

Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Maristela Batista

**O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA VACINAÇÃO NAS UNIDADES DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO MINEIRO**

JUIZ DE FORA/MG

2013

Maristela Batista

**O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA VACINAÇÃO NAS UNIDADES DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO MINEIRO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich

Juiz de Fora/MG

2013

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

Batista, Maristela.

O trabalho da enfermeira na vacinação das Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município mineiro / Maristela Batista. -- 2013.

201 f. : il.

Orientadora: Denise Barbosa de Castro Friedrich

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

1. vacinação. 2. enfermeira. 3. trabalho. 4. atenção primária à saúde. 5. saúde da família. I. Friedrich, Denise Barbosa de Castro, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM
TEL. (32) 21023297 – EMAIL: mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br



TERMO DE APROVAÇÃO

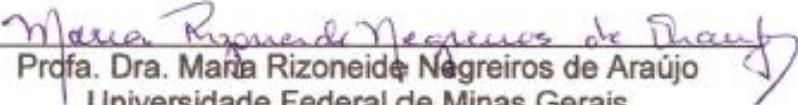
Título da Dissertação: O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA VACINAÇÃO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO MINEIRO

Nome do Aluno: Maristela Batista

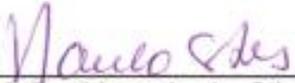
ORIENTADOR (A): Denise Barbosa de Castro Friedrich

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

Aprovada em 10 de julho de 2013



Profa. Dra. Maria Rzoneide Negreiros de Araújo
Universidade Federal de Minas Gerais



Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves
Universidade Federal de Juiz de Fora



Profa. Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich
Universidade Federal de Juiz de Fora

*Dedico esta dissertação aos meus pais que,
embora não tivessem a oportunidade do
acesso ao conhecimento científico,
sempre se dedicaram ao
cuidado do outro.*

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Denise Barbosa de Castro Friedrich pela orientação cuidadosa, pela oportunidade de compartilhar seu conhecimento e experiência e pelas brilhantes e construtivas sugestões, me auxiliando em cada momento desta dissertação. Obrigada pela dedicação, e disponibilidade.

À coordenadora do Mestrado em Enfermagem, Professora Doutora Anna Maria de Oliveira Salimena pela seriedade, respeito e competência na condução do seu trabalho.

À toda equipe de professores da Faculdade de Enfermagem da UFJF que me conduziram à reflexão sobre diversos saberes que fortalecem a especificidade da enfermagem científica.

Aos professores das bancas de qualificação e apresentação, minha gratidão por terem avaliado minuciosamente este trabalho, com suas críticas e sugestões.

Aos profissionais da UAPS Nova Era, em especial à equipe de enfermagem e de agentes comunitários de saúde pelo respeito e compreensão..

Em especial às enfermeiras que aceitaram participar desta pesquisa, por seu desejo de transformar o trabalho da enfermagem na vacinação nas UAPS.

Às minhas colegas deste curso pelo carinho e companheirismo, pelos inesquecíveis momentos que compartilhamos nossos anseios, preocupações e expectativas, em especial às colegas Sandrinha e Lilian.

À minha querida filha Larissa e meu marido Fernando que cederam momentos de nossa convivência para que eu pudesse dedicar à construção desta dissertação, sempre me socorrendo nos momentos difíceis. .

Aos meus pais, irmãos e sobrinhos que sempre me apoiaram.

E, sobretudo a Deus, por estar sempre presente em minha vida.

*"O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado.
Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.
Portanto, abrange mais que um momento de atenção.
Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de
envolvimento afetivo com o outro."*

Leonardo Boff

RESUMO

Esta pesquisa constituiu-se a partir do referencial teórico sobre o SUS e seus desdobramentos na APS, o trabalho da enfermeira e a vacinação. Teve como objetivo analisar o trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPS de um município da Zona da Mata mineira, procurando identificar as facilidades e as dificuldades nesse trabalho que geram contradições, conflitos e tensões e descrevê-lo nos contextos das transformações das UAPS. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa de concepção dialética que utilizou a técnica de análise temática nos depoimentos das enfermeiras entrevistadas em grupo focal. Desta forma, a matéria sintetizou o cotidiano do trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPS e suas implicações por meio dos temas: definição do responsável pela sala de vacinação, funções da enfermeira na sala de vacinação das UAPS e organização do trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPS. A imagem objetiva da consciência foi analisada na abordagem sobre a educação permanente como subsídio para o trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPS tendo destacado as práticas na vacinação das UAPS; a educação formal dos profissionais de enfermagem; Educação permanente em saúde na vacinação. A prática social transformadora foi abordada em dois momentos distintos: antes do SUS e após o SUS, no tema sobre o trabalho da enfermeira no contexto das políticas de saúde e de vacinação. Da totalidade do título, pode-se observar que as contradições e conflitos representam desafios para os quais se devem buscar alternativas de superação, sendo que a enfermeira e a equipe de enfermagem representam uma organização social que através da vacinação podem conquistar o seu espaço, dando mais visibilidade ao trabalho que desenvolve e contribuindo para compreensão dos fenômenos dominantes da enfermagem na ESF das UAPS, Para isso, devem se inserir nas discussões sobre a prática da APS e participar dos movimentos políticos, sociais e emancipatórios, vislumbrando-se na construção da história da enfermagem, enquanto prática social. Portanto, é preciso que a enfermeira dialogue com os pares na busca de autonomia, na politização e no crescimento da profissão, no debate e no diálogo com as ciências e a cultura popular, na redefinição dos objetos de estudo e saberes, e a favor do bem-estar público, à equidade e a solidariedade.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Trabalho. Enfermagem. Vacinação.

ABSTRACT

This research was formed from the theoretical reference to the UAPS and its developments in the APS, the nurse work and vaccination. Aimed to analyze the work of nurses in vaccination UAPS in a municipality in the Zona da Mata of Minas Gerais, seeking to identify the facilities and difficulties in this work that generate contradictions, conflicts and tensions and describe it in the context of the transformations of UAPS. This is a descriptive study with a qualitative approach that used the dialectic analysis technique in the testimonies of the nurses interviewed in focus groups. This way, the subject synthesized the daily work of nurses in vaccination in UAPS and its implications through the topics: responsible for defining the vaccination room, function room nurse in vaccination of UAPS and work organization in nurses' vaccination UAPS. The objective picture of consciousness was analyzed in approach to permanent education as a subsidy for the work of nurses in vaccination in UAPs and highlighted practices in vaccination of UAPs; formal education of nursing professionals; continuing health education on vaccination. The practice social sector was addressed in two different moments: before and after SUS, the theme of the nurse's work in the context of health policies and immunization. The entire title, it can be observed that the contradictions and conflicts pose challenges for which they should seek alternatives to overcome, being the nurse and the nursing staff represent a social organization through vaccination can conquer your space, giving more visibility to the work that develops and contributes to understanding the dominant phenomena of nursing in the ESF of UAPs. This should be inserted in the discussions on the practice of APS and part of the political, social and emancipatory, glimpsing in the construction of the history of nursing as a social practice. Therefore, it is necessary that the nurse dialogue with peers in the quest for autonomy, the politicization and growth of the profession, in debate and dialogue with sciences and popular culture, in redefining the objects of study and knowledge, and for the well-public welfare, equity and solidarity.

Keywords:, Public Health System. Primary Health Care. Family Health. Work. Nursing. Vaccination.

RESÚMEN

Esta investigación fue el marco teórico en el SUS y sus despliegues en la APS, el trabajo de enfermera y vacunación. El objetivo fue analizar el trabajo de vacunación en enfermera UAPS de un municipio de la Zona da Mata de Minas Gerais, tratando de identificar las ventajas y las dificultades en este trabajo que generan contradicciones, conflictos y tensiones y describen en el contexto de las transformaciones de UAPS. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo de concepción dialéctica y utilizó de la técnica de análisis temática de los informes de las enfermeras entrevistadas en los grupos focales. Desta fuerma, el material sintetizado el trabajo cotidiano de la enfermeras en la inmunización de UAPS y sus consecuencias a través de los temas: responsables de la definición de la sala de vacunación, funciones de la enfermera en la sala de vacunación de la UAPS y la organización del trabajo de enfermería en vacunación en UAPS. La imagen de la objetiva conciencia se analizó en el enfoque educación continua como una subvención, enfermera trabajando en la vacunación la UAPS y prácticas destacadas en la vacunación de la UAP; la educación formal de los profesionales en enfermería, educación permanente de la salud sobre la vacunación. El sector social la práctica se trató en dos momentos: antes del SUS y después del SUS el tema del trabajo de la enfermera en el contexto de las políticas de salud y de vacunación. Todo el título, se puede observar que las contradicciones y los conflictos plantean retos para los que deben buscar alternativas para superar, siendo la enfermera y el personal de enfermería representan una organización social a través de la vacunación puede conquistar su espacio, dando más visibilidad al trabajo que desarrolla y contribuye a la comprensión de los fenómenos dominantes de la enfermería en el ESF de la UAPS. Esto se debe insertar en los debates sobre la práctica de la atención de la salud y participar en movimientos políticos, sociales y emancipadora, notables en la construcción de la historia de la enfermería como una práctica social. Por lo tanto, es necesario que la enfermera dialogue con sus compañeros en la búsqueda de la autonomía, la politización y el crecimiento de la profesión, en el debate y el diálogo con la ciencia y la cultura popular, en la redefinición de los objetos de estudio y el conocimiento, y para el bien bienestar social, la equidad y la solidaridad.

Palabras claves: Sistema Público de Salud. Atención Primaria de Salud. Salud de la Familia. Trabajo. Enfermería. La Vacunación.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – As vacinas segundo ano de disponibilidade no PNI, composição, prevenção, até março de 2013.....	68
Quadro 2 – Características das enfermeiras que participaram do grupo focal, maio de 2012	99
Quadro 3 – Temas e subtemas oriundos dos depoimentos sobre o trabalho das enfermeiras na vacinação nas UAPSs de um município da Zona da Mata Mineira – 2012	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG ID	Bacillus de Calmette e Guérin
Ceme	Central de Medicamentos
CENADI	Centro Nacional de Armazenagem e Distribuição
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CV	Cobertura vacinal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DTP	Vacina contra difteria, tétano e coqueluche
EAPV	Evento adverso à vacinação
EPI	Equipamento de proteção individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo cruz
Fsesp	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GF	Grupo focal
CIFAVI	Comitê Interinstitucional de Farmacovigilância de Vacinas
H1N1	Hemaglutinina 1 e Neuraminidase 1
Hib	<i>Haemophilus influenzae b</i>
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
IVR	Índice de Valorização de Resultados
NOB	Norma Operacional Básica
NR 4	Norma Regulamentadora número 4
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAI	Programa Ampliado de Imunização
PASNI	Programa de Autossuficiência Nacional de Imunobiológicos
Pentavalente	Vacina contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e <i>Haemophilus influenzae b</i> .
PNI	Programa Nacional de Imunização
Pnud	Programa das Nações Unidas para a Infância
PPD RT 23	Derivado proteico purificado <i>Renset tuberculin</i>

PSF	Programa de Saúde da Família
SESMT	Serviços Especializados de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho
Sesp	Serviços Especiais de Saúde Pública
SICRIE	Sistema de Informação Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
SIEAPV	Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-vacinais
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SNABS	Secretaria Nacional de Atenção Básica em Saúde
SRC	Síndrome da rubéola congênita
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Sistema de Vigilância à Saúde
Tetravalente	Vacina contra difteria, tétano, coqueluche e <i>Haemophilus influenzae b</i> .
Triviral	Vacina contra sarampo, rubéola e caxumba
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIP	Vacina inativada contra poliomielite
VOP	Vacina oral contra poliomielite
VORH	Vacina oral contra rotavírus humano

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS DESDOBRAMENTOS	19
3	O TRABALHO EM SAÚDE	33
4	O TRABALHO DA ENFERMEIRA	40
5	VACINAÇÃO	50
5.1	CONTEXTUALIZANDO A VACINAÇÃO.....	51
5.2	UM POUCO DA HISTÓRIA DA VACINAÇÃO ANTES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO	54
5.3	O PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO	60
5.4	AS VACINAS DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO	66
5.5	SEGURANÇA EM VACINAÇÃO.....	74
5.6	ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO.....	75
5.7	AVALIAÇÃO DO TRABALHO NA VACINAÇÃO.....	79
5.8	O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA VACINAÇÃO	84
5.8.1	O cotidiano da sala de vacinação	86
6	OBJETIVOS	93
6.1	OBJETIVO GERAL.....	93
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	93
7	PERCURSO METODOLÓGICO	94
7.1	ABORDAGEM METODOLÓGICA	94
7.2	CAMPO DE INVESTIGAÇÃO.....	95
7.3	SUJEITOS	98
7.3.1	Perfil das enfermeiras entrevistadas.....	99
7.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	101
7.5	COLETA DE DADOS.....	101

7.5.1	A entrevista individual	103
7.5.2	A entrevista do grupo focal	104
7.6	ANÁLISE DOS DADOS	104
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	106
8.1	DEFINIÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA SALA DE VACINAÇÃO	107
8.1.1	Responsabilidade técnica	108
8.1.2	Autonomia	111
8.2	FUNÇÕES DA ENFERMEIRA NA SALA DE VACINAÇÃO E SUAS CONTRADIÇÕES.....	113
8.2.1	Respaldos legais	113
8.2.2	As contradições nas funções das enfermeiras na sala de vacinação	116
8.2.2.1	A função assistencial	119
8.2.2.2	A função gerencial/administrativa	121
8.2.2.3	A função educadora.....	126
8.2.2.4	A função de participação	128
8.2.2.5	A função na pesquisa	130
8.2.3	Sobreposição e superposição das funções da enfermeira	130
8.2.4	A necessidade de padronização.....	132
8.3	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA VACINAÇÃO	133
8.3.1	Organização na relação com os pares	133
8.3.2	Organização na relação hierárquica	138
8.3.3	Organização na relação com a estrutura.....	141
8.4	A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO SUBSÍDIO PARA O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA VACINAÇÃO	144
8.4.1	Análise das práticas na vacinação das Unidades de Atenção Primária à Saúde	145
8.4.2	Análise da educação formal dos profissionais de enfermagem.....	148

8.4.2.1	A educação formal/prática dos acadêmicos de enfermagem no trabalho na vacinação nas Unidades de Atenção Primária à Saúde	148
8.4.2.2	A educação formal e a prática do técnico e do auxiliar de enfermagem.....	154
8.4.3	A educação permanente em saúde na vacinação	156
8.5	TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE VACINAÇÃO	161
8.5.1	A vacinação antes do Sistema Único de Saúde em um município da Zona da Mata Mineira.....	161
8.5.1.1	Dos Centros de Saúde às Unidades de Atenção Primária à Saúde	161
8.5.1.2	O Programa Nacional de Imunização e a realidade da vacinação	163
8.5.2.1	A descentralização da vacinação	165
8.5.2.2	A vacinação após a implantação da Estratégia Saúde da Família	168
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
	REFERENCIAS.....	179
	APÊNDICES	192
	ANEXOS	199

1 INTRODUÇÃO

Desde o período da graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Universidade Federal de Juiz de Fora, em 1984, percebi uma grande afinidade pelas ações de enfermagem em saúde coletiva. Tive oportunidade de atuar na assistência de enfermagem na atenção terciária, exerci cargo de professora em escolas de enfermagem de curso técnico e de graduação, mas minha maior trajetória se deu nas ações voltadas para a Atenção Primária à Saúde (APS).

A minha inserção na atenção primária à saúde se iniciou em 1987, após aprovação em concurso público para os municípios de Volta Redonda/RJ e de Barra Mansa/RJ, quando tive oportunidade de trabalhar na assistência de enfermagem em centros de saúde e também na supervisão geral das equipes de enfermagem. Naquela ocasião, os maiores desafios encontrados relacionavam-se à discussão da reforma sanitária e ao processo de construção do Sistema Único de Saúde, seus princípios e diretrizes, principalmente a questão da universalidade e da descentralização respectivamente.

Em 1992, fui aprovada no concurso público da Prefeitura de Juiz de Fora/MG, tendo exercido atividades em Unidades Básicas de Saúde até 1995, no modelo tradicional, deslocando para Vigilância Epidemiológica até 2008. Depois, retornei para a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) para atuar na Estratégia de Saúde da Família (ESF), entendendo que esta é a grande possibilidade para a concretização da atenção primária em saúde.

O trabalho da equipe de enfermagem na ESF se materializa a partir de uma prática voltada à atenção ao indivíduo no contexto da família dentro de um território definido, desencadeada pelo diagnóstico situacional e pelo respectivo planejamento destas ações de saúde. Exige um olhar interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e com participação de representantes legítimos da comunidade, o que contribui para a efetivação da proposta de atenção primária em saúde (APS).

Em novembro/1995, fui convidada a participar do quadro de profissionais da Superintendência de Epidemiologia do município de Juiz de Fora e, após aprovação de um novo organograma municipal, assumi a chefia da Divisão de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, no período de 1996 a 2003.

Posteriormente, continuei trabalhando no mesmo setor até 2008, atuando diretamente na Coordenação de Vacinação do município.

Entre as diversas atividades exercidas nesse período, minha maior aproximação relaciona-se às atividades do Programa Nacional de Imunização (PNI), sendo que fui monitora de todas as capacitações em sala de vacinação para enfermeiros e/ou auxiliares de enfermagem, ocorridas entre 1997 e 2008, sempre com a preocupação de sensibilizá-los para a importância das ações de vacinação e atuação com segurança e compromisso com o usuário, gerando impacto sobre as doenças imunopreveníveis.

Esta minha trajetória profissional conduziu-me a perceber o desempenho da equipe de enfermagem em vacinação, com autonomia de ações na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de um município da Zona da Mata de Minas Gerais. Porém percebo que a enfermeira, no seu cotidiano, encontra problemas relacionados às dificuldades técnico-operacionais e administrativas que comprometem o cuidado na vacinação e o alcance de metas. Neste agir profissional, ela assume a responsabilidade pelo trabalho de mediar as ações da equipe de enfermagem e, portanto, suas competências envolvem a assistência, administração, educação, pesquisa e participação política da enfermagem no cuidado de APS.

O motivo que me levou a fazer esta investigação está fundamentado no entendimento de que a enfermeira exerce funções importantes nas ações do PNI e que é a responsável pela sala de vacinação nas UAPSs, onde possui autonomia de decisão. Graças ao empenho das enfermeiras e suas equipes, a população tem sido vacinada e, por isso, está ocorrendo a redução de doenças imunopreveníveis, caracterizando-se como uma ação de compromisso social. Entretanto, as contradições, conflitos e tensões parecem repercutir sobre o desenvolvimento e transformação da categoria de enfermagem da atenção primária à saúde neste município, gerando dúvida, insegurança, angústia, insatisfação, alienação, pouco poder de negociação, impedindo a valorização do trabalho da enfermagem e o alcance de metas preconizadas. Por isso, empreendo este trabalho, procurando entender as transformações e trocas mediadas por este profissional no contexto da UAPS.

Neste estudo, é considerado que a concepção dialética sobre a realidade do trabalho da enfermagem nas UAPSs ajudará analisar cientificamente este fenômeno, buscando entendê-la a partir da realidade objetiva (a matéria), a

consciência (sensações, percepções, representações, conceitos, juízos) e as transformações e mudanças presentes no trabalho, que integra teoria e prática.

No maior município da Zona da Mata de Minas Gerais, o PNI foi descentralizado a partir de 1990, juntamente com o Departamento de Vigilância Epidemiológica, tendo acompanhado a trajetória nacional. Desde então, as atividades relacionadas à vacinação na prática cotidiana das UAPSs foram assumidas pela equipe de enfermagem, composta por enfermeira e auxiliar de enfermagem.

Percebe-se que as atitudes dos profissionais devem se originar da identificação e determinação das necessidades, incorporando o modo de ação da enfermeira, como instrumento básico no desempenho tanto para com seus pares como com os usuários e gestores. Assim, o seu empenho deve contribuir para a superação de dificuldades operacionais históricas, como: abastecimento de vacinas, com garantia de rede de frio adequada para a conservação, capacitação dos profissionais, recursos materiais, veículos, incorporações seguras de novas vacinas no calendário básico, acesso universal e sensibilização da população (BRASIL, 2003a).

Diante do exposto, apresento as seguintes questões norteadoras deste estudo: como se caracteriza o trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSs? Há contradições, conflitos e tensões na prática de vacinação realizada pela equipe de enfermagem no maior município da Zona da Mata de Minas Gerais? Quais as repercussões para a qualidade desse trabalho?

Portanto, o objeto deste estudo foi o trabalho da enfermeira na vacinação nas Unidades de Atenção Primária em Saúde em um município da Zona da Mata mineira, apoiado na afirmação de que a vacinação na UAPS constitui um cuidado de saúde específico da enfermagem que compreende momentos distintos (o antes, o durante e o depois) e exige, além do domínio técnico e científico, a compreensão minuciosa do trabalho da equipe de enfermagem nesta ação.

Este estudo teve como objetivo analisar o trabalho da enfermeira na vacinação em um município da Zona da Mata Mineira. A partir dos depoimentos das enfermeiras, entrevistadas em grupo focal, buscou-se identificar facilidades e dificuldades deste trabalho de vacinação nas UAPSs que geram contradições, conflitos e tensões na prática de enfermeira e se procurou descrevê-lo no contexto das transformações das UAPSs.

Desta forma, espera-se contribuir para uma reflexão sobre a prática da enfermeira na vacinação nas UAPSs a partir da análise deste trabalho, que inclui diversos saberes da enfermagem na atuação em saúde preventiva e coletiva nas UAPSs: ao interagir e assumir a responsabilidade por este cuidado, a enfermeira se destaca. Por isso se espera contribuir para maior visibilidade para o trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSs e contribuir para as transformações e mudanças que se consolidam no espaço da sala de vacinação.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS DESDOBRAMENTOS

Percebe-se que os trabalhadores da enfermagem na ESF têm assumido diversas funções, voltadas ao cuidado do indivíduo, das famílias, grupos e comunidade. A vacinação é a atividade preventiva e coletiva que mais marcou a história da enfermagem em saúde pública (ALMEIDA; ROCHA, 1997) e perpassa pelas discussões sobre os modelos de sistema de saúde com vistas à APS, exemplificando a possibilidade de transformação da realidade, como o que vem acontecendo com as doenças imunopreveníveis.

À luz das evidências científicas disponíveis busca-se ampliar o entendimento sobre a complexidade do objeto deste estudo, iniciando pela abordagem sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho em saúde e o trabalho de enfermagem e, por último, a abordagem sobre a vacinação.

Ao longo da história, os projetos assistenciais para o serviço de saúde vêm sendo modelados de acordo com o momento político e sua interface com as condições econômicas e sociais vividas naquele tempo. As mudanças no perfil da população decorrentes dos novos modos de produção após revolução industrial fizeram agravar as condições de moradia, higiene e infraestrutura básicas para as famílias, somadas ao novo ritmo de condições de trabalho, resultando em propagação de doenças.

As iniciativas governamentais influenciadas pelo capitalismo pós-guerra dividiram opiniões entre sanitaristas e higienistas. Enquanto os higienistas defendiam a importância de higienizar os lugares para evitar os agravos à saúde, os sanitaristas defendiam que as atitudes deviam partir do Estado para o controle dos agravos. Nesse sistema econômico, a assistência à saúde da sociedade coube ao Estado, porém representando interesse de grupos sociais hegemônicos (MERHY et al., 2004).

Em 1978, diante de grande adversidade econômica e social mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs um novo paradigma para a assistência à saúde. Convocou a Conferência Internacional de Alma-Ata com o tema central “Cuidados Primários à Saúde”, o que reforçou o movimento da reforma sanitária no Brasil, culminando com o movimento pela redemocratização do país (PEREIRA et al., 2009).

No Brasil, na década de 1970, predominava o modelo de assistência à saúde com características medicocêntricas e hospitalocêntricas, com ênfase na especialização das partes e nos procedimentos. Os serviços de saúde utilizavam as bases tecnológicas da crescente industrialização de equipamentos biomédicos e farmacêuticos que representavam elevado custo assistencial. O atendimento era discriminado conforme a inserção social do cidadão (MERHY et al., 2004).

Ainda na década de 1980, as políticas de saúde articuladas a projetos hegemônicos da sociedade capitalista apoiaram um modelo de atenção que fortalecia o modelo biomédico privatista, centrado na atenção hospitalar, curativa e individual, enquanto as ações de APS ficaram negligenciadas, somando-se as condições de precariedade de acesso a saneamento básico, trabalho, renda, moradia, altos índices de mortalidade infantil ao lado da pobreza crescente, decorrente da má distribuição de renda, desemprego e arrocho salarial. Este modelo se conflitava com o modelo assistencial sanitário, que se apoiava em campanhas, programas especiais, ações de vigilância epidemiológica e sanitária (PEREIRA et al., 2009).

Sendo assim, o movimento da reforma sanitária e os movimentos populares pela redemocratização no Brasil avançaram em meio ao jogo de forças políticas a partir da década de 1980. Após movimento popular pelo fim da ditadura militar e inspirado na meta de *Saúde para todos em 2000*, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, quando foi discutido e aprovado um novo sistema de saúde brasileiro, com a participação das representações dos trabalhadores da saúde, das instituições prestadoras de serviços e, principalmente, dos usuários (PEREIRA et al., 2009).

Esses avanços sociais e políticos se consolidaram e fortaleceram na Constituição de 1988 e na aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS). Pela primeira vez, conquista-se um capítulo na Carta Magna Brasileira específico para a saúde, ficando estabelecido que “Saúde é direito do cidadão e dever do Estado” [...], e elege a cidadania e a dignidade da pessoa humana como fundamentais (BRASIL, 1990a; ANDRADE, BARRETO; BEZERRA, 2006).

Em 1990, o SUS é instituído na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e tem como princípios a universalidade, equidade e integralidade. Suas diretrizes organizativas são a descentralização com responsabilidade pela organização do sistema nas esferas federal, estaduais e municipais, a regionalização e

territorialização, financiamento público, acesso e acessibilidade (PEREIRA et al., 2009).

Para garantir a aplicação da proposta, a participação social na gestão do SUS foi legitimada na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que passa a contar com as deliberações dos Conselhos de Saúde na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde e com as Conferências de Saúde para avaliação e proposição de diretrizes para formulação da política de saúde (PEREIRA et al., 2009).

Nesta lógica de formação da política de saúde após a Constituição de 1988, o SUS é composto por uma ampla rede de serviços públicos e privados e abrange um conjunto complexo de saberes e práticas, voltado ao atendimento de todos os cidadãos brasileiros, norteados por princípios e diretrizes legais. Desta forma, estabelece que as ações e serviços preventivos, curativos e reabilitadores de saúde individual e coletiva devem estar articulados à universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, reiterada pela igualdade, sem discriminações ou privilégios, salvo nas iniquidades que apontam por necessidades diferenciadas de saúde (BARRETO, 2002; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Na sequência, surge o princípio da integralidade, como eixo integrador dos serviços de saúde no SUS, que remete à compreensão da saúde como direito do ser, com interações positivas entre profissionais, usuários e instituições, tratamento digno, respeito e qualidade, acolhimento e vínculo. A subjetividade do indivíduo requer prática humanizada, articulação lógica, bom relacionamento, diálogo e vínculo, com preservação dos seus direitos e valores (SILVA, 2009).

São observadas dificuldades de alcance da integralidade, considerando-se que envolve várias dimensões, podendo ser percebida em uma dimensão individual na intensidade do cuidado e em uma dimensão sistêmica como uma atenção contínua e articulada em rede através de tecnologias de gestão com integração entre os diversos serviços do sistema de saúde (SILVA, 2009).

Entre as dificuldades para a integralidade na rede de assistência à saúde, destacam-se:

a falta de cooperação entre profissionais, o descompromisso dos trabalhadores diante dos resultados organizacionais, falta de uma rede integrada de serviços de saúde, serviços fragmentados, necessidade de desenvolver formas de comunicação e negociação como incentivo à participação dos profissionais de saúde com formação de novos espaços de articulação das ações e dos saberes, abordagem fragmentada e reducionista, desde a sua formação. (SILVA, 2009, p. 111).

Segundo Silva (2009, p. 33), é preciso adotar um “olhar totalizante”, que integre ações preventivas, promocionais e assistenciais, numa perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, o que requer que os profissionais dialoguem sobre as abordagens das famílias para o alcance da integralidade.

Para o alcance dos princípios e diretrizes no SUS, é preciso que a dimensão assistencial e tecnológica dos serviços de saúde se apoie em decisões políticas para garantir a organização da produção de serviços em saúde e ações sociais específicas. Daí, surgem formas diferenciadas, denominadas de modelo técnico-assistencial (MERHY et al., 2004).

Por isso, para contemplar tentativas de articulações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação na dimensão individual e coletiva, desencadeada a partir do SUS, foram publicadas várias normas operacionais básicas (NOBs), mas somente na NOB1/96 (BRASIL, 1996b) foi definido o financiamento per capita da atenção básica e proposto um modelo epidemiológico centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, a partir do núcleo familiar, com o compromisso da integralidade da atenção. Este modelo epidemiológico busca a compreensão da realidade complexa a partir de intervenções fundamentadas na síntese de fatores e variáveis, sendo essencial o processo de comunicação social e de educação em saúde, construção da ética do coletivo, criação de vínculos entre usuário e prestador de serviço e promoção do indivíduo como protagonista de sua saúde.

Com o avanço do processo de municipalização e implantação da ESF, surge a implementação do modelo fundamentado na vigilância à saúde com definição de recursos financeiros como estímulo para as ações básicas, devidamente informadas (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Na medida em que os serviços da atenção primária à saúde foram se organizando, os sistemas locais de saúde (SILOS) passaram a ocupar o ponto focal do planejamento e gestão do sistema de saúde, surgindo o modelo de vigilância à

saúde. Assim, este modelo reconhece no território a lógica das relações de condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços, com sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários com mapeamento das delimitações, recursos sociais, agrupamento de risco nas áreas e microáreas (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Sobre este aspecto, Merhy e outros (2004) destacam o modelo técnico-assistencial cidade saudável, apoiado na promoção da saúde, como um novo paradigma sanitário. Com esta perspectiva, as discussões sobre a promoção da saúde apontam cinco campos de atuação: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Nesta concepção de promoção da saúde, há necessidade de ampliar os horizontes da prevenção de doenças não só oferecendo proteção específica, mas reconhecendo e lidando com a multicausalidade do problema por meio de ações pautadas em: concepção holística, equidade (oportunidade, conotação moral, eliminando fatores evitáveis ou injustos, justiça social para necessidade diferenciada), intersetorialidade, que valoriza a multiplicidade de olhares sobre a realidade, participação social, sustentabilidade (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006).

Como estratégia de organização para o modelo técnico-assistencial de promoção da saúde, a *Política Nacional de Atenção Básica* encontra-se articulada à Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a), que trata do *Pacto pela Saúde*, editada pelo Ministério da Saúde 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, 2006a).

As diretrizes operacionais referidas no Pacto pela Saúde constituem-se de três componentes que se complementam e se articulam: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Vida estabelece seis prioridades, a partir da análise da situação de saúde brasileira, sendo elas: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde e

Fortalecimento da Atenção Básica. Define que os estados, regiões e municípios devem pactuar ações necessárias para alcançar metas e objetivos frente às prioridades estabelecidas para a atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

O Pacto de Gestão que fundamentalmente reafirma o processo de descentralização deve se dar por meio da regionalização e define as funções e responsabilidades sanitárias de cada esfera – Ministério da Saúde como proponente, e as Comissões Intergestoras Bi e Tripartite como instâncias de pactuação e de deliberação (BRASIL, 2006a).

O Pacto em Defesa do SUS busca assegurar a retomada da (re)politização da saúde, comprometida com a defesa do caráter público e universal do Sistema de Saúde do Brasil (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Saúde representa esforços na organização do SUS que devem pautar-se nos princípios que o norteiam, com garantia de acesso de qualidade e humanização na atenção à saúde e com controle social.

Todos os campos de Promoção da Saúde dependem da articulação dos componentes do pacto pela Saúde. Desta forma, as UAPSs como porta de entrada para o SUS precisam ser resolutivas, na missão que se propõem, ou seja, prevenir, assistir, educar, produzir o cuidado, gerar conhecimentos, comunicar e interagir com a comunidade e com os profissionais de saúde.

Por isso, ao pensar sobre a política de atenção primária à saúde, deve-se atentar para as iniquidades, procurando abordar aspectos da ética, justiça social com imparcialidade, visão humanitária, pois aqueles que apresentam maiores necessidades também precisam de mais atenção à saúde, por estarem em condições de desigualdade social (CAMPOS, R.; CAMPOS, G.; 2006; STARFIELD, 2002).

A atenção primária à saúde (APS) tem uma construção histórica, cuja origem surge com os conceitos de centro de saúde e distrito sanitário, a partir da necessidade de aliar trabalho em saúde e população no início do século XX. Seu objetivo principal era controlar agravos transmissíveis, sendo a vacinação sua principal estratégia.

Entre 1910 e 1915, nos Estados Unidos, com intenção de delimitar os serviços a uma população, com área definida, foi implantado o Centro de Saúde, como foco administrativo. Na Inglaterra, em 1920, definiu-se Centro de Saúde como

instituição encarregada de oferecer atenção médica no nível primário (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; STARFIELD, 2002).

Os autores Andrade, Barreto e Bezerra (2006) citam que, ainda na década de 1970, nos EUA, a APS era definida como cuidados médicos, com interação única entre paciente e médico, cujo foco era a manutenção da saúde e tratamento da doença.

A expressão “atenção primária à saúde” (APS) foi incorporada pela primeira vez aos documentos da OMS em 1975, como caminho mais efetivo para a organização do sistema de saúde, que se identifica com a necessidade de desenvolvimento social com base comunitária (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009; STARFIELD, 2002).

Desde a Conferência de Alma-Ata, está posto que a APS deve ser colocada ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade com plena participação, devendo ser orientada de acordo com os problemas da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção de saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; MERHY et al., 2004).

Até a década de 1980, a APS era referida pelos sanitaristas como ações de prevenção, cujas decisões eram centralizadas na esfera federal e eram restritas a programas de controle, eliminação e erradicação de doenças transmissíveis. Disponibilizavam algumas vacinas, como a contra febre amarela e contra varíola, instituíram algumas ações de vigilância epidemiológica, porém os investimentos nessa área eram escassos (PEREIRA et al., 2009).

A partir da proposição do SUS, com ampliação do conceito de saúde e seus determinantes, entendeu-se a necessidade de investimentos em APS. Face ao processo de municipalização, observa-se um incremento dos postos de trabalho nas secretarias municipais de saúde do país, na atenção básica (ou atenção primária à saúde), demarcando uma significativa expansão do acesso da população aos serviços de saúde com a implantação da ESF (PEREIRA et al., 2009).

Esta expansão de acesso, fruto das discussões sobre saúde como direito de todos e APS como base para um sistema de saúde, precisa levar em conta os valores, princípios e características estruturais e funcionais que sustentam sua construção. Assim, a equidade, a solidariedade e o direito a um nível de saúde mais elevado possível constituem os valores sociais que precisam ser definidos, articulados e priorizados; os princípios solidificam as políticas de saúde em APS e

devem ser propostos para dar resposta às necessidades de saúde da população com serviços orientados para a qualidade, mediante responsabilidade e prestação de contas do governo. Devem-se buscar estrutura e funcionalidade que darão efetividade para a melhoria da saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005).

Andrade, Barreto e Bezerra (2006) citam como características estruturais e funcionais necessárias à APS: a) acesso e cobertura universal, b) atenção integral e integrada, c) ênfase na prevenção e promoção, d) atenção apropriada à pessoa e suas necessidades sociais e de saúde, e) orientação familiar e comunitária, f) organização e gestão otimizadas, g) políticas e programas que estimulam a equidade, h) principal porta de entrada do sistema de saúde, i) recursos humanos apropriados, j) foco em planejamento com recursos adequados e sustentáveis, l) ações intersetoriais e enfoque comunitário.

As evidências de impacto positivo da APS em diversos países do mundo reforçaram a tendência do investimento nas ações de saúde em detrimento das ações voltadas à doença. Surgem propostas de métodos inovadores para avaliar resultados, visando adotar uma abordagem preventiva promocional, construída de forma coletiva por uma equipe de profissionais de saúde e integrada aos outros níveis de atenção (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) comenta que a melhoria do sistema de saúde requer investimento na Atenção Primária (APS), que pretende ser de boa qualidade, resolutiva e de baixo custo. A autora propõe acesso aos serviços, cuidados em ambiente humanizado, garantia de continuidade, focalização na família como sujeito da atenção, orientação da família no contexto em que está inserida e na perspectiva da saúde coletiva.

Para ser eficiente, o sistema de APS precisa adotar duas metas: maximizar conhecimentos avançados sobre causas, manejos e prevenção de doenças com valorização dos condicionantes de saúde e minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, facilitando o acesso aos serviços de saúde para todos, com especial atenção aos menos favorecidos, aos quais está relacionada maior concentração dos indicadores de morbimortalidade por causas evitáveis (STARFIELD, 2002).

Estas concepções de organização de sistema de saúde no SUS contribuíram para a destinação de mais recursos financeiros para as ações da APS,

de acordo com a composição populacional, gerando maior possibilidade de investimentos e de organização da demanda aos serviços de saúde e com maior resolutividade dentro da área adscrita (MERHY et al, 2004).

Para a concretização da APS, a sociedade civil, os profissionais de saúde e gestores precisam aglutinar esforços e ampliar os fóruns de discussão em seus conselhos de saúde e em conferências de saúde para instaurar um novo paradigma da saúde, centrado na qualidade de vida em detrimento da doença (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Assim, logo após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, diversas mudanças começaram acontecer, a partir da necessidade de organizar uma estratégia para enfrentar o modelo tradicional. Precisava aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2006a, 2011b).

Para tal, inicialmente, em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, em 1994, nasceu o Programa de Saúde da Família (PSF), com objetivo de construir um modelo de APS focado na unidade familiar e operacionalizado na esfera comunitária, procurando contemplar os princípios do SUS (MERHY et al., 2004).

Assim, percebe-se expansão das UAPSs, como porta de entrada do SUS, apoiadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Além da reorganização interna para as ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, em território da ESF e fortalecimento do controle social, as UAPSs impulsionaram a organização dos demais níveis de atenção, a partir da complexidade das necessidades individuais e coletivas da população.

A essência da ESF é composta pelos conceitos de equipe de saúde da família, unidade familiar, comunidade. Foram portanto adicionados novos atores no processo de decisões no nível local. A equipe de saúde da família passa a ser organizadora da demanda local, planejadora das ações de saúde, educadora popular e agente de transformação social (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A organização da ESF é composta de: definição e descrição do território de abrangência, adscrição da clientela, diagnóstico de saúde da comunidade, acolhimento e organização da demanda, trabalho em equipe multiprofissional, enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade, estímulo à participação e

controle social, conquista de um espaço de cogestão coletiva na equipe, identificação dos serviços de referência e contrarreferência, monitoramento dos indicadores de saúde da área de abrangência, clínica ampliada (produzida por todos que compõem a equipe de saúde com formação de vínculo) e educação permanente em saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BRASIL, 2006a).

Desta forma, a instituição da ESF se justificou pela crença no custo-efetividade positivo das ações de APS e pela possibilidade de estruturar o SUS, a partir da superação de dificuldades operacionais das UAPSs (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Esta experiência inovadora trouxe maior investimento de recursos financeiros federais para a expansão da rede assistencial local e autonomia municipal, novas responsabilidades da gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com esta proposta (MERHY et al., 2004).

A seguir, diversas normatizações vêm sendo instituídas, através de portarias ministeriais no sentido de garantir e ampliar a organização e a efetivação do SUS nos estados e municípios, a partir da ESF, que focaliza a APS centrada na unidade familiar. Tais normatizações visam consolidar as responsabilidades do poder público com a efetividade das ações de saúde (BRASIL, 2006a, 2011b, 2011c).

A Política Nacional de Atenção Básica é orientada pela universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Propõe o desenvolvimento da atenção básica (ou APS) articulada com uma prática gerencial participativa e democrática, com enfoque no trabalho de equipe, considerando o contexto onde as populações vivem e o respeito à singularidade dos sujeitos que buscam atenção (BRASIL, 2006a; PEREIRA et al., 2009).

As diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica foram revisadas e aprovadas na Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011c) que trata da Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e na Portaria n. 2.027, de 25 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011b) que trata da composição da equipe e do repasse financeiro.

Estas portarias definem que a equipe mínima necessária para atuar em uma área da ESF deverá ser composta por enfermeira, auxiliar de enfermagem, médico e

agentes comunitários de saúde e estes devem assumir a responsabilidade pela saúde da população de um território definido (BRASIL, 2011b, 2011c).

Para Silva (2009), a Estratégia de Saúde da Família, colocada como porta de entrada do sistema de saúde, pode facilitar a construção de um sistema integrado, na medida em que valoriza os atributos necessários para uma atenção básica resolutive, com garantia de acesso da população a todos os níveis de complexidade na atenção à saúde e melhor articulação da prestação de ações com enfoque coletivo com as atividades clínicas individuais. Caracteriza-se por possibilitar a integração e promover a organização das atividades em um território definido, propiciando o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

A estrutura das UAPSs deve facilitar a chegada das pessoas para os serviços de saúde da APS, entendida como acessibilidade. O sucesso desta captação depende de uma escuta qualificada, com acolhimento de suas necessidades, disponibilidade e resolubilidade. Entretanto, as barreiras geográficas, sociais e organizacionais que dificultam esta entrada devem ser analisadas pelos profissionais a partir do ponto de vista da população (STARFIELD, 2002).

Sabe-se que nem toda necessidade da população se esgota na UAPS. Por isso, como concebe Starfield (2002), a APS deve fazer parte de uma rede de assistência que se comunica com os serviços especializados da atenção secundária e terciária através do sistema de referência e contrarreferência e com as redes sociais. Precisa também buscar parcerias com outros setores, utilizar os recursos disponíveis na área de abrangência do território definido e valorizar a participação popular.

Desta forma, considera-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é prioritária para transformação do modelo de atenção e possui processo de mudança complexo que combina saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para atender às necessidades de saúde individuais e coletivas. O cuidar deve ser voltado a uma população definida, com planejamento local participativo e estabelecimento de parcerias com outros setores.

As mudanças propostas para a ESF trouxeram alterações macrossistêmicas, na formulação e implantação de políticas de saúde. Porém, no cotidiano dos serviços das UAPSs, geraram alterações microssistêmicas, representando um novo desafio no processo de trabalho (SHIMIZU; ROSALES, 2009).

Segundo Merhy e outros (2004) e Andrade, Barreto e Bezerra (2006), a nova filosofia de atenção à saúde, prevista para a ESF, traz conflitos advindos de seus aspectos inovadores. Surge a necessidade de estruturar o sistema de saúde pública, com redirecionamento das prioridades de ação, para consolidar os princípios organizativos do SUS. Tem como principal desafio a integração com as redes de atenção secundária e terciária à saúde, que apresentam relações complexas.

Entretanto, Merhy e outros (2004) e Pires e Gottems (2009) destacam que a APS focada na ESF enfrenta restrições quanto à atenção básica e ao planejamento, devido a influências do autoritarismo, conservadorismo e controle de epidemias remanescentes do século XX. Comentam que, quantitativamente, houve um grande avanço, sendo um fato político reconhecido no SUS; porém, ao considerar como porta de entrada, supõe um curso linear da doença, com longa fila de espera para as referências especializadas, ações para grupos focalizados e com limitações no acesso a serviços de saúde, limitações no dimensionamento da equipe de trabalho e na abordagem de famílias, com diversidade de afetos, tensões e contradições.

A oferta dos serviços na APS deve se originar das necessidades da população e deve priorizar a organização da demanda, facilitando o acesso oportuno, com continuidade das ações, foco na prevenção da doença e promoção da saúde, diagnóstico e tratamento precoce e garantia da integralidade (STARFIELD, 2002).

Para Silva (2009), a ESF no Brasil apresenta dificuldades e limites que se contrapõem às potencialidades apontadas pela sua expansão e composição de equipe multiprofissional, em que o enfermeiro se destaca pelo seu perfil, determinado pelo seu fazer e seu saber.

Entende-se que todos da equipe multiprofissional têm papel significativo para melhorar as condições de saúde da população. O trabalho em equipe deve ser estimulado, pois ajuda a caracterizar o potencial de contribuições de cada trabalhador e facilita a sua efetividade nos serviços. O impacto das ações contribui para o sucesso da APS, porém é preciso que os profissionais tenham acesso à educação permanente para acompanhar as novas evidências em saúde, determinadas por transições demográficas e epidemiológicas e superar desafios de relacionamentos interpessoais e da comunicação.

Por estarem mais próximos da variedade de problemas do indivíduo, família e comunidade, os profissionais da ESF devem procurar elucidá-los e obter informações que levam ao diagnóstico e ao manejo mais apropriado. Esta relação profissional-usuário possibilita avaliação dos múltiplos e interativos determinantes de doença e saúde, resultados da combinação genética, física, ambiental, social, e comportamentos culturais. O estilo de vida das pessoas é fortemente influenciado por diferenças nestes determinantes, o que pressupõe que os profissionais reconheçam as iniquidades e adotem estratégias pertinentes (MERHY et al., 2004).

Para os autores Pires e Gottens (2009) e Merhy e outros (2004), na produção do cuidado na ESF é preciso assumir entendimento múltiplo sobre a família, o que justifica a busca pela interdisciplinaridade nos processos de trabalho, o estabelecimento de vínculos entre profissionais e população e aprimoramento dos instrumentos, os saberes e tecnologias.

As forças sociais se configuram na ESF através da participação dos atores sociais nas definições de ações estratégicas de políticas públicas, nas relações confrontadas dentro de um contexto histórico-social, na autonomia dos sujeitos para a construção de projetos próprios, com maior oportunidade e liberdade de escolha nas ações realizadas (MERHY et al., 2004; PIRES; GOTTEMS, 2009).

Esta forma politizada do cuidado, entendida pela relação dialética entre ajuda e poder, mostra potencialidades emancipatórias e indicam cenários de autonomia do trabalho das equipes da ESF que precisam ser conquistados (PIRES; GOTTEMS, 2009).

A reordenação da assistência proposta pela ESF para atender às necessidades de saúde da população é uma possibilidade que deve considerar o entendimento do contexto e as relações presentes no processo de trabalho.

Estas relações intersubjetivas de ajuda e de poder, denominadas de gestão do cuidado, são organizadas e se manifestam de forma contraditória pelo domínio autoritário ou pelo compartilhamento de poderes que contribui para a emancipação do outro (PIRES; GOTTEMS, 2009). As equipes da ESF têm autonomia para planejar e executar as ações em seu ambiente de trabalho, com garantia de participação popular através de seus representantes legais, citados na Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b, 2011c).

Criatividade, flexibilidade, negociação e confronto são inovações na gestão do cuidado, que, na ESF, representam desafio na estruturação da APS com

repercussão sobre o SUS. Entretanto, não se deve perder o enfoque de ações previstas anteriormente em programas de saúde pública, com normatizações, diretrizes e ordenações (PIRES; GOTTEMS, 2009).

Espera-se que, ao tomar a família como espaço estratégico de intervenção, a equipe da ESF consiga, de fato, colocar em prática o novo modelo de saúde em que o cuidado deve ser abrangente, integral, integrado e interdisciplinar, construído com a participação do indivíduo e família, sendo alvo de realização dos profissionais (de enfermagem, em especial), e os atores sociais são protagonistas de sua própria história.

Para que a APS aconteça, é preciso organizar o trabalho em saúde e seus processos na produção do cuidado de forma crítica e reflexiva e, assim, tentar romper com o processo de trabalho centrado na doença, no médico e na produção de procedimentos, na indústria de equipamentos e de medicamentos (MERHY et al., 2004).

Para tal, os profissionais de saúde, a população e gestores devem dialogar para tornar efetivo o trabalho na APS, como uma prática humanística, que encontra respaldo nos princípios que solidificam o SUS e remetem a valores sociais.

Desta forma, percebe-se que o trabalho na vacinação é uma atividade de enfermagem na APS que passa pelas transformações do SUS, cujos benefícios são percebidos pela redução de doenças imunopreveníveis e ampliação dos imunobiológicos disponíveis.

3 O TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho surgiu da necessidade do homem de se organizar para produzir bens materiais e garantir a sua sobrevivência (MINAYO, 2004). Por meio do trabalho, o homem se organiza em sociedade, estabelecendo uma relação social de interação e dominação, de acordo com suas competências. Corroborando a importância do trabalho para o homem, Bunge (2002, p. 392) diz que “o trabalho é a ação que sustenta a vida humana e torna o mundo social pulsante”.

O trabalho humano na concepção da economia política é fonte de valores de uso, independentemente das formas sociais de produção e reprodução (BUNGE, 2002). No processo de trabalho, surgem contradições marcadas por interesses sociais que oscilam antagonicamente entre apropriação e dominação, típicos das diferenças de classes sociais (CATTANI, 2002).

Desta forma, as transformações e mudanças decorrentes do mundo do trabalho impactam sobre a formação social, na qual o trabalhador precisa articular com várias instâncias da sociedade para lutar pelos seus interesses sociais, em meio a conflitos e tensões presentes na dinâmica de seu cotidiano (CATTANI, 2002).

Percebe-se, assim, que, a partir da década de 1990, as rápidas e complexas transformações econômicas e sociais redefiniram o mercado de trabalho, as condições de vida e a identidade dos trabalhadores, a dinâmica econômica e as formas de gestão. Na esfera produtiva, ocorreram mudanças aceleradas e significativas, a partir da robotização, automação, novas formas gerenciais, reestruturação do produto e realocização espacial (GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Atualmente, é possível vislumbrar as diversas formas de desenvolvimento decorrentes da inter-relação socioeconômica do sistema capitalista que impulsiona novos paradigmas para a ciência frente às inovações tecnológicas, com mais recursos e maior uso da informação que conecta o mundo em rede. Nesta nova dinâmica das relações capitalistas, a produção está sendo potencializada quantitativamente, levando à igualdade de acesso ao produto, mas mantém a desigualdade econômica.

Nesta perspectiva, as grandes transformações no mundo do trabalho globalizado, consequências das mudanças econômicas, sociais, técnicas e culturais,

geram implicações para o trabalhador, condicionando o modo de vida do homem ao modo de produção (GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

O mundo do trabalho busca lucros máximos em menor espaço de tempo possível. Por isso, os trabalhadores precisam buscar continuamente resposta social e científica para manterem-se ativos no processo de trabalho, fundamental para sua existência; devem se preparar para enfrentarem situações controversas, geradas pelo processo de reestruturação política, com formas precárias e instáveis de trabalho, com qualificação profissional efêmera ou restrita, novas formas de controle operário e social, que afetam a classe trabalhadora e podem interferir na sua saúde, determinando sofrimento psíquico (CATTANI, 2002; BUNGE, 2002).

As dimensões do mundo do trabalho devem ser analisadas incluindo as relações do trabalho, a divisão social do trabalho e a organização do trabalho. Neste sentido, Cattani (2002) afirma que quanto mais desenvolvida, extensa e profunda for uma sociedade, mais complexo será o engajamento do indivíduo no sistema capitalista.

As relações de trabalho se configuram nas relações de poder; nas relações de troca entre utilidade, capacidade e remuneração e nas relações entre os diversos atores que interagem no processo produtivo. Estas relações geram conflitos de interesses antagônicos entre trabalhadores e patrões, pois dependem das concepções político-ideológicas, econômicas e organizativas respectivamente (CATTANI, 2002; FRIEDRICH, 2005), além das dimensões culturais e éticas, complementa Nakamura e outros (2009).

Estas relações de trabalho se resumem, segundo o marxismo, em uma única forma de poder, que é o econômico da sociedade capitalista, uma vez que considera que os demais poderes existem para garantir a dominação social pelos poderosos da classe dominante (SANDOVAL FILHO, 2002).

Assim, na divisão social do trabalho na organização capitalista, existem algumas características que legitimam os mecanismos de dominação e exploração, como as relacionadas ao sexo, à idade e ao trabalho manual e intelectual.

A maior concentração de mulheres em algumas atividades sociais de produção de bens e serviços na saúde, na educação, serviços gerais, escritórios, reforça o estereótipo de “dons naturais”, em que o “ser mulher” é identificado com o mundo doméstico privado, da produção do cuidado dos mais frágeis, entre eles crianças, idosos, pessoas incapacitadas (CATTANI, 2002).

Nesta divisão sexual do trabalho, frequentemente, as mulheres são submetidas à autoridade masculina, com menor oportunidade de promoção e de acesso a cargos de chefia e com menores salários.

A separação entre trabalho manual (execução) e trabalho intelectual (concepção), surgida com o capitalismo industrial, distancia as concepções sobre o produto, processo de trabalho e procedimentos, implicando fragmentações que levam a simplificação, parcelamento e especialização. Embora incrementando a produtividade, fragmenta o trabalhador, impedindo o desenvolvimento integral de suas potencialidades, desvaloriza a força de trabalho e enfraquece as negociações trabalhistas (CATTANI, 2002; CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006; MINAYO, 2004).

Garay (2002) afirma que a existência da organização do trabalho é importante para entender os processos que geram e moldam os significados vitais, uma vez que são capazes de determinar estados de motivação, inovação, criatividade, adesão, comunicação, ascensão, status, prestígio, divisões de classes, divisão sexual e outros comportamentos.

Dependendo de como se dá a tomada de decisão em relação aos problemas organizacionais, poderão surgir desfechos diferentes, dependendo da cultura organizacional. Em um contexto de trabalho em que o grupo não compartilha dos mesmos valores e missões da empresa, surge antagonismo, luta de classes inerentes ao modo de produção capitalista, divergência de interesses e contradições entre os indivíduos da pirâmide organizacional. A esta forma de organização Garay (2002) denomina de *contracultura organizacional*.

A adoção de decisões interdisciplinares no trabalho em equipe tem sido estratégia para redução do impacto das diversas dimensões do trabalho, na medida em que difunde o domínio do conhecimento científico para o conjunto de trabalhadores, garante participação no planejamento, tomada de decisões e conquista maior respeito entre as diversas categorias envolvidas, permitindo maior autonomia para os trabalhadores (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006; GOMES; OLIVEIRA, 2010; MERHY et al., 2004).

Neste sentido, o trabalho nos serviços de saúde manifesta-se nas relações estabelecidas com os usuários e com a equipe através da intervenção e do convívio. Neste espaço de trabalho e de produção do cuidado em saúde, os trabalhadores devem compartilhar diversos saberes e competências em busca de produtos e resultados (MERHY et al., 2004).

As práticas cotidianas do trabalho em saúde são espaços dialógicos com formação de compromissos e construção de contratos sociais (leis, regras, comportamentos), nos quais o trabalhador cria vínculos com os sujeitos. Assim o trabalhador amplia sua capacidade de análise e de ação, a partir do seu entendimento sobre dominação, controle social, conflito, contrato social, grupo de interesses. O trabalho em equipe, a convivência com movimentos sociais e a participação em organizações comunitárias fazem do trabalhador um ser político que precisa lidar com redes de poder, com conflitos, com alianças e composição de interesses (CAMPOS, R.; CAMPOS, G, 2006).

O processo de trabalho em saúde ocorre entre sujeitos com diferentes interesses, saberes, desejos e poderes, sendo, portanto, uma interação que depende da estrutura das organizações de saúde e das instituições sociais. Segundo R. Campos e G. Campos (2006), a aplicação de categorias analíticas no trabalho em saúde sugeridas por Karl Marx inclui: o objetivo, a finalidade, o objeto sobre o qual se trabalham os meios de intervenção e o resultado dessas práticas. A produção em saúde ocorre por meio de ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação e de cuidados paliativos.

Para R. Campos e G. Campos (2006), a finalidade do trabalho em saúde é alcançar graus relativos maiores de saúde em várias dimensões quantitativas e qualitativas com medições objetivas e subjetivas mediante participação ativa dos sujeitos envolvidos. Inclui “coprodução de autonomia”, ou seja, os sujeitos sofrem influências, mas reagem aos fatores com que interagem, o que representa uma possibilidade de mudança que pode ser ampliada pela capacitação dos sujeitos.

Além disso, busca a produção do cuidado individual ou coletivo, por meio de diversos saberes que se arranjam entre dimensões do fazer em saúde expressos por tecnologias leve, leve-dura e dura. Desta forma, o “ato de cuidar” desenvolvido pelos trabalhadores de saúde inclui saber, fazer tecnológico e compromisso, sobre as necessidades de saúde cujo resultado esperado é a promoção, proteção e prevenção, cura e reabilitação (MERHY et al., 2004).

O trabalho em saúde é um “trabalho humano vivo”, cujo consumo se dá ao mesmo tempo de sua produção e, por isso, as relações estabelecidas entre indivíduos trabalhadores e os usuários são componentes importantes do processo de trabalho em saúde que devem ser analisados. Daí, a ação de saúde é colocada como um produto de consumo (MERHY et al., 2004, p. 70).

Observa-se que o objeto de trabalho em saúde reside nos sujeitos munidos de complexidade individual e coletiva. Está relacionado com o processo de adoecer (fatores predisponentes – que demandam prevenção, promoção, diagnóstico precoce, cura, reabilitação), com os problemas de saúde (risco e vulnerabilidade) e com a doença (CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S., 2006).

Percebe-se que 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 (MERHY et al., 2004).

Desta forma, 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 (PIRES; GOTTEMS, 2009).

Witt e Almeida (2003) e Kirchhof (2003) afirmam que o trabalho é um conjunto de eventos que se relacionam uns com os outros e geram modificações na forma de produzir. Por isso, impõe novas competências profissionais: reordenação da relação trabalho-educação com foco no trabalhador e suas implicações subjetivas com o trabalho; relações com as organizações e mercado de trabalho (empregabilidade), associadas à postura de gestão que reúne atributos como autonomia, iniciativa e responsabilidade; participação de decisões com inúmeras interações sociais, no sentido de gerir condutas e reconfigurar valores ético-políticos dos trabalhadores; produção de serviço com enfoque na comunicação, incluindo participação ativa, contratos por objetivos, com formas de avaliação e autoavaliação para o controle da qualidade dos produtos.

A qualificação da competência profissional, centrada na lógica do ser (e não do ter) responde à necessidade de elevar o nível dos trabalhadores, através de mecanismo de diálogo entre sujeitos sociais do mundo produtivo (WITT; ALMEIDA, 2003).

No trabalho em APS, deve predominar a racionalidade da saúde coletiva entendida como um campo de práticas e conhecimentos que transcende a questão da doença em si mesma e focaliza a saúde numa dimensão ampliada, em direção à prevenção de riscos e agravos e à promoção da saúde, cuja construção é histórica e envolve diversos campos disciplinares (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006).

Assim, para sustentação do trabalho em saúde em APS, preconiza-se a articulação de conhecimentos, tendo em vista a interdisciplinaridade, cujas funções essenciais visam melhorar sua prática e fortalecer as lideranças de autoridade sanitária. Por isso, a resposta educacional para formação desses profissionais deve contemplar as competências:

analíticas, culturais, educacionais, de comunicação, em gestão da informação, em ciências básicas da saúde, utilização de novos enfoques para o trabalho em equipe, realização de autoaprendizagem permanente, flexibilidade de adaptação às novas modalidades de organização e de condições de trabalho, predisposição para incorporar inovações e avaliação de desempenho contínuo. (WITT; ALMEIDA, 2003, p. 434).

O profissional de saúde lida com a interpretação da realidade concreta do mundo de seus usuários, porém é fundamental promover mudanças e transformações dessa realidade. Nessa acepção, na proposição do SUS e ESF, o trabalho em saúde deve ser pautado na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que colocam em risco a população e no planejamento das ações que envolvam ações interdisciplinares, intersetoriais.

Propõe-se, assim, que o sujeito do cuidado precisa ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento operar “seu próprio modo de andar na vida” (MERHY et al., 2004, p. 84). Para tal, o formato de organização do processo de trabalho que se almeja em APS e ESF deve considerar as diretrizes de acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia.

Desta forma, entende-se que, no mundo do trabalho em APS, o acolhimento facilita o acesso através da escuta qualificada e o compromisso com a resolução de problemas; o vínculo proporciona ao usuário estabelecer referência com o profissional de saúde com responsabilização recíproca e a autonomia visa à produção do cuidado (MERHY et al., 2004).

A dimensão do sujeito autônomo em APS traz a reflexão sobre o autocuidado e o vínculo dos sujeitos do cuidado que incluem as relações interpessoais, a rede de poder e de controle social em que o sujeito está imerso, na perspectiva da ética do desejo do eu e do outro (MERHY et al., 2004).

A autonomia é um aprendizado social que tem condicionantes internos ao sujeito, mas depende de sua inserção no contexto social, estabelecendo

compromissos e vínculo com outros sujeitos. É construção gradativa (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006). Refere-se “às situações de enfrentamento às formas sociais e econômicas dominantes, marcadas por experiências históricas” (CATTANI, 2002, p. 44).

Nesta concepção, observa-se que o grau de autonomia no trabalho em saúde pode ser influenciado por um contexto ou situação, superando, assim, a definição clássica de autonomia (capacidade de autodeterminação, implicando vontade e consciência dos agentes em relação as suas ações e pensamentos), para a lógica da singularidade do sujeito na coprodução, em que as decisões e ações das pessoas envolvidas resultam da formação de compromissos (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006).

Portanto, no trabalho na APS, é esperado que os profissionais, ao cuidarem do usuário, família e comunidade, procurem entender as necessidades destes e estabeleçam compromisso com a promoção da saúde. Este trabalho requer consciência sanitária com adesão dos sujeitos ao modelo assistencial proposto pela ESF, configurando-se a produção do cuidado como um modo de produção em saúde. Desta forma, destaca-se, a seguir, o trabalho da enfermeira pelo seu potencial para transformação de sua prática na saúde da família e da comunidade.

4 O TRABALHO DA ENFERMEIRA

O trabalho da enfermeira está inserido no processo de trabalho em saúde como prática social determinada pela sua finalidade de intervenção, portanto, deve acompanhar a dinâmica das transformações da sociedade (EGRY; FONSECA, 2000).

Exige articulação de equipe, na qual a enfermeira se destaca por sua competência técnica no processo de cuidar, sua autonomia e liderança dos demais membros da equipe de enfermagem. A enfermeira e sua equipe de enfermagem dispõem os seus fazeres, fornecendo, inclusive, a base para o trabalho de outros profissionais na instituição de saúde, consolidando a organização da enfermagem, como um processo coletivo, necessário para a produção do cuidado em saúde (EGRY; FONSECA, 2000).

O cuidado realizado pela equipe de enfermagem é hierarquizado por complexidade de concepção e execução, tendo em vista que esta equipe, composta por enfermeira, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, possui competências diferentes. A enfermeira é a responsável pelos demais, conforme respaldo legal do exercício profissional vigente, por meio do Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987 (BRASIL, 1987) e da Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986).

Assim, o cuidado parcelado entre os componentes da equipe de enfermagem acontece entre saberes diferentes que se complementam, constituindo o trabalho da enfermagem. Esta situação contribui para que estes trabalhadores, com níveis de qualificação diferentes, vivenciem conflitos inerentes à divisão técnica do trabalho (FRIEDRICH, 2005).

A categoria enfermagem constitui uma força de trabalho em saúde que tem especificidades, determinadas pelo âmbito técnico, ético e político, de conformação histórica e regulamentado na Lei do Exercício profissional (PEREIRA et al., 2009).

Para o êxito do trabalho da enfermeira, é preciso desenvolver uma prática que se coloque necessária e apropriada ao usuário, facilitando e fortalecendo o processo de trabalho. Este desafio acontece no interior da produção dessa prática, o que comprova sua factibilidade.

O trabalho de enfermeira está inserido nos serviços da saúde e produz bens não materiais, e a sua prática é produzida conforme as determinações deste setor. A expressão deste trabalho está na produção de serviços de saúde e nas relações sociais que seus agentes estabelecem durante o processo de trabalho (ALMEIDA; ROCHA, 1997; KIRCHHOF, 2003; WITT; ALMEIDA, 2003).

A ocupação de espaços importantes pela enfermeira no setor saúde e na sociedade contribui para o seu reconhecimento como protagonista de sua prática. Entretanto, observa-se que no trabalho estabelece relações sociais, internas e externas, em meio aos conflitos de interesses e de necessidades que dizem respeito aos sujeitos do cuidado, e, por isso, deve utilizar o diálogo entre os sujeitos como instrumento mediador do cuidado (WITT; ALMEIDA, 2003).

Na conjuntura atual, o trabalho da enfermagem se organiza a partir de uma divisão técnica e social expressa pela competência do saber, fazer e ser. Entretanto, sua prática tem acontecido sob condições de precariedade, com divisão sexual e implicações de gênero, hegemonia da clínica sobre o coletivo, salários insuficientes e venda de sua força de trabalho para instituições de saúde para garantir sua sobrevivência (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

A enfermeira e sua equipe compõem uma categoria predominantemente feminina, têm sua inserção na organização produtiva marcada pelas leis e necessidades sociais que dimensionam a produção de capital e de poder e definem o seu papel, enquanto finalidade de trabalho que produz transformação (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

A divisão técnica do trabalho da enfermagem reforça a dicotomia entre o cuidar e o administrar, visto que, historicamente, as ações da enfermeira estão voltadas mais para a articulação, integração e controle de todas as atividades no trabalho coletivo da enfermagem, assim como participação na coordenação, supervisão e controle da produção em saúde, de acordo com aspectos estruturais, organizacionais e relacionais (ALMEIDA; ROCHA, 1997; KIRCHHOF, 2003).

Estas situações dicotômicas geram tensões no cotidiano da equipe de enfermagem, implícitas nas relações de poder que se estabelecem, levando ao entendimento do trabalho da enfermagem sob o ponto de vista econômico, ideológico e político, apoiado no referencial filosófico da teoria marxista (FRIEDRICH, 2005; KIRCHHOF, 2003; PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

Tomando-o como poder econômico, observa que a produção do trabalho da enfermagem é trocada por uma remuneração, além de ser fonte geradora de força de trabalho. Ainda não existe um piso salarial para as categorias de enfermagem e o vínculo empregatício prevê 40 horas semanais de trabalho, em geral. Os baixos salários e as necessidades pessoais e familiares são motivos para que estes profissionais tenham mais de um vínculo, com carga horária diária excessiva, o que leva ao cansaço e estresse (KIRCHHOF, 2003).

Como poder político, o mesmo diz respeito aos interesses presentes na produção do serviço de enfermagem que direciona o processo de trabalho, tanto do trabalhador de enfermagem como do empresário, do usuário e da sociedade. A categoria de enfermagem é uma força de trabalho numerosa, porém a coesão e a integração do grupo ainda é muito frágil (KIRCHHOF, 2003).

Quanto ao poder ideológico, o trabalho da enfermeira diferencia-se dos demais serviços do setor saúde pela sua singularidade, cujo produto está diretamente vinculado aos significados de cada ato do processo de trabalho e à compreensão dos participantes e da sociedade neste processo de trabalho. O domínio das ideias confere-lhes graus variados de autoridade e autonomia, agregando valores ao trabalho da enfermagem. Os valores distintos no conjunto dos trabalhadores produzem diferentes status/reconhecimento (FRIEDRICH, 2005; KIRCHHOF, 2003; PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

Estas formas de poder estão presentes em cada etapa do trabalho desenvolvido e interferem na sua efetivação, visto que as transformações são requeridas pelas necessidades humanas. Finalidade, necessidade e produto nem sempre são coerentes no trabalho de enfermagem, e este é influenciado pelo seu caráter histórico e dinâmico que determina novas necessidades e precisa de validação ético-estética (KIRCHHOF, 2003).

A inserção da enfermagem como profissão advém de sua participação social no trabalho em saúde, construindo sua historicidade frente às transformações da sociedade. Assim, a profissão sofreu influência religiosa da sociedade medieval; beneficiou-se das descobertas científicas que contribuíram para a racionalidade humana, como a descoberta da bacteriologia, a microbiologia e a fisiologia; cresceu em meio à Revolução Industrial e as duas grandes guerras mundiais, fortalecendo-se no modelo hospitalocêntrico e está conquistando espaço na atenção primária à saúde (SANTOS; SANNA, 2006; SANTOS T. et al, 2011; TOLEDO et al., 2008).

Atualmente, pretende-se uma enfermagem mais humanística, que procura entender os sentidos e valores contidos em sua prática e que esteja em consonância com os princípios do sistema de saúde vigente (SANTOS, T. et al, 2011; TOLEDO et al., 2008). Por isso, pode-se afirmar que as transformações e conflitos sociais contribuíram para o processo de construção da trajetória da identidade profissional da categoria, conforme corroboram Witt e Almeida (2003) e T. Santos e outros (2011).

A institucionalização das práticas de enfermagem resulta na profissionalização desta, e a dinâmica de sua força de trabalho é impulsionada pelas exigências do mundo capitalista, além de ter que superar estigmas sociais e limitações de conhecimentos. A forma de inserção da enfermagem no mercado de trabalho influencia os modos de desenvolvimento produtivos da enfermagem em determinado momento histórico.

A enfermagem científica expande no mundo, a partir da enfermeira Florence Nightingale, que contribuiu para a organização de escolas de enfermagem. No Brasil, surge a Escola de Enfermagem “Alfredo Pinto” no Rio de Janeiro, ainda em 1890, sob a direção de médicos. Somente em 1923, embasada por um saber e conhecimento específico de enfermagem, fundou-se a Escola de Enfermagem Anna Nery, vinculada à Universidade Federal do Rio de Janeiro, na estrutura do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) do Serviço de Enfermeiras de Saúde Pública (CARVALHO, 2007).

Carvalho (2007) refere que, no Brasil, a profissão de enfermagem é legalmente consolidada quanto ao exercício de sua prática desde 1931, pelo Decreto-lei nº 20.109/31. Foram feitas revisões para ajustar-se ao foco da ação profissional, prevalecendo os instrumentos legais mais recentes, apoiados no Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987 (BRASIL, 1987) e na Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986)

Na década de 1940, por ocasião da Segunda Guerra Mundial, houve, no Brasil, um crescimento dos setores urbano e industrial, ocorrendo uma nova expansão da saúde pública. O Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) foi criado, tendo como objetivo principal a prestação de assistência aos trabalhadores na extração da borracha, matéria-prima exportada para utilização na guerra. Porém, existia uma forte demanda da assistência essencialmente hospitalar, exigindo uma

maior qualificação dos trabalhadores da enfermagem (TOLEDO et al., 2008, SANTOS T. et al., 2011).

As autoras T. Santos e outros (2011) e Toledo e outros (2008) citam que a enfermagem passou a ter um novo campo de atuação, atendendo a uma nova perspectiva de mercado de trabalho, decorrente da medicalização da assistência, que se encontrava em expansão. Conforme modelo anglo-americano, no período 1923 a 1949, foram criadas 24 escolas de enfermagem: sendo nove católicas, três ligadas a hospitais evangélicos, seis estaduais, três federais, duas da Cruz Vermelha e uma municipal.

Em Minas Gerais, surge, em 1933, a primeira faculdade de enfermagem, denominada Escola de Enfermagem Carlos Chagas, atual Escola de Enfermagem da UFMG. Com a Reforma da Saúde Pública de Minas Gerais, por meio do Decreto-lei n.1.751, de 3 de junho de 1946, assinado pelo interventor Dr. João Tavares Correa Beraldo, nasceu a terceira Escola de Enfermagem deste Estado, denominada *Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo*, localizada em Juiz de Fora/MG, a qual foi incorporada à Universidade Federal de Juiz de Fora/MG no final da década de 1970 (CASTRO, 1999; TOLEDO et al., 2008).

Desde a década de 1970, por força de Reforma Universitária, a enfermagem foi incluída como uma das subáreas do campo das Ciências da Saúde nos termos do Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, que trata especialmente de Pesquisa Fundamental e Pós-Graduação. Ao ser incluída neste plano, a enfermagem teve sua descrição definidora efetuada a partir da “concepção nightingaleana primaz”, passando a estar documentada como parte do sistema educacional de pós-graduação do país para a formação de professores, pesquisadores e cientistas (CARVALHO, 2007; CASTRO, 1999).

Os novos paradigmas em saúde a partir da década de 1990 repercutiram sobre as diretrizes curriculares nos cursos da área da saúde e da enfermagem, exigindo a formação de profissionais críticos e reflexivos, com competências, habilidades e conteúdos que atendam às exigências contemporâneas do trabalho (ERDMANN; MENDES; LEITE, 2007).

Concebe-se daí que o trabalho de enfermeira exige uma percepção ampliada das situações e necessidades, num sistema de cuidados integrais que abrangem a dimensão social, coletiva e ético-política, mediante interação de saberes (ser, fazer, aprender e conviver) de enfermagem (WITT; ALMEIDA, 2003).

As especificidades do trabalho de enfermeira se referem ao trabalho de cuidar, prestar o cuidado ou mediá-lo para a equipe de enfermagem e de saúde, ao trabalho de educar e ao trabalho de administrar-gerenciar (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

O trabalho de cuidar identifica historicamente a profissão, a partir de sua atuação nos fenômenos do cuidado (indivíduo, família, comunidade e enfermagem), dando sustentação à produção científica e à busca de novos paradigmas apoiados em interpretações teórico-filosóficas (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Já o trabalho de educar da enfermeira visa ampliar as possibilidades do cuidado em saúde, tanto da equipe de trabalho como do usuário, com escolhas mais críticas, na construção das conquistas de saúde e da cidadania. Lida com a consciência individual e/ou coletiva (KIRCHHOF, 2003).

As atividades educativas estão presentes na educação não formal através da orientação grupal ou individual, na educação popular de cunho mais comunitário, na educação permanente e continuada voltada para a redução ou eliminação da vulnerabilidade do trabalhador da enfermagem e nas atividades docentes propriamente ditas relacionadas com a educação formal (CASTRO, 1999).

Estas atividades são fundamentais para a qualificação da força de trabalho em enfermagem, na medida em que busca a transformação, através do despertar da consciência crítica e reflexiva do profissional em relação as suas práticas de saúde inseridas no contexto social, tornando-o mais apto para participar e propor mudanças necessárias (KIRCHHOF, 2003; PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

No processo de trabalho administrar-gerenciar, a enfermeira tanto organiza o trabalho da equipe de enfermagem quanto é mediadora do trabalho da equipe de saúde, ocupando posição de liderança. Diante de diferentes forças, compostas pelo usuário, trabalhador e instituição assistencial, estabelece-se uma micropolítica do processo de trabalho da enfermeira (KIRCHHOF, 2003).

Desta forma, o trabalho da enfermeira na produção do cuidado deve centrar-se no indivíduo, família e comunidade, para alcançar a saúde coletiva na ESF da APS. Por isso, vai além do modo como é realizado, incluindo as relações que se estabelecem entre as pessoas do trabalho e a estruturação dos serviços de saúde. Pressupõe interdisciplinaridade, respeitando suas especificidades e autonomias, para alcançar a promoção da saúde.

A perspectiva da prática interdisciplinar constitui um novo modo de desenvolver o processo de trabalho e compreender os seus componentes, na medida em que possibilita melhores relações de trabalho entre os profissionais e usuários; aproxima os profissionais das necessidades do usuário e contribui para uma assistência de melhor qualidade, favorecendo o vínculo, o acolhimento e o acesso, fundamentais para a efetivação do SUS.

A partir da interdisciplinaridade, é possível agregar um amplo campo de conhecimentos, tendo como produto final uma visão mais ampla, teoricamente consistente, com diferentes significados e percepções, fornecendo maior compreensão acerca da profissão e identidade para os profissionais que nela atua (PADILHA; BORENSTEIN, 2006).

Estas características das relações interdisciplinares são consideradas potencializadoras da integração que permite uma compreensão ampliada do objeto de trabalho em saúde, através da interação entre os profissionais com articulação de diversos saberes e fazeres (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2010).

Gomes e Oliveira (2010) dizem que os diversos espaços de atuação da enfermeira, tanto nos serviços públicos como privados, são conquistas técnicas, teóricas e políticas marcadas por avanços e contradições que contribuem para a concretização da autonomia profissional.

Atitudes diárias da equipe de enfermeira com os usuários do sistema de saúde expressam compromisso e responsabilidade, constituindo um processo permanente e com muitas fragilidades, além do domínio do conhecimento científico necessário ao atendimento à clientela e para a obtenção do respeito da equipe multidisciplinar. Estas atitudes se traduzem em autonomia na medida em que o profissional procura dar resolubilidade às necessidades, sem extrapolar os limites do saber e da competência legal; fornece contribuições originais e pertinentes à equipe de saúde a partir do modo próprio de agir e da visão da enfermagem e desempenha um papel necessário na instituição ou poder público, mas dentro das normas e rotinas preestabelecidas (GOMES; OLIVEIRA, 2010).

O aproveitamento dos espaços já criados pela reforma macropolítica organizacional sanitária brasileira, que culminou com a criação do SUS, trouxe melhores perspectivas para o trabalho de enfermeira. É preciso tomada de consciência de que seu saber deve ser propulsor de flexibilidade e afinidades ao

produzir saúde que vai além da racionalidade da prática em enfermagem e ousar para novos paradigmas, defende Kirchof (2003).

No caso da atuação da enfermeira na atenção primária em saúde, a demonstração de conhecimento e a efetiva resolução das demandas trazidas pelos usuários do SUS permitem que uma relação de confiança seja estabelecida, como na consulta de enfermagem, na educação em saúde de forma problematizadora e dialógica ou nas atividades programáticas da estratégia de saúde da família. Contudo, ao lado da cientificidade, a autonomia em enfermagem se pauta pela empatia como forma de concretização do cuidado (GOMES; OLIVEIRA, 2010).

Assim, o trabalho da enfermeira nas UAPs no processo de construção da ESF deve priorizar os problemas de grupos populacionais de uma determinada área, a partir das práticas de vigilância em saúde, aspectos demográficos, culturais, políticos, socioeconômicos, epidemiológicos e sanitários, pautados na identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida da população. Nesse sentido, o trabalho da enfermeira tem seu espaço garantido, resultante da sua contribuição na evolução da história das políticas de saúde do Brasil (PEREIRA et al., 2009).

Frente às prioridades referidas para a ESF, Pereira e outros (2009) entendem que o perfil do trabalho da enfermeira deve ser norteado pelas premissas das indivisibilidades das dimensões do ser humano de forma integral e das necessidades de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção. É necessário desempenhar o trabalho em equipe como também desenvolver conhecimento, habilidades e atitudes, articuladas e integradas para o cuidado individual, coletivo e de gestão participativa.

No contexto social da enfermagem, existem padrões culturais de determinação histórica, permeados por conceitos, preconceitos e estereótipos que influenciam o entendimento da sociedade sobre os valores profissionais. Ao lidar diretamente com as necessidades dos usuários, a produção em saúde e compromisso com o modelo de atenção atual, observa-se uma construção social de um novo olhar sobre esta categoria (ERDMANN; MENDES; LEITE, 2007; PEREIRA et al., 2009).

Na saúde coletiva, a enfermeira está inserida na participação social dos processos decisórios da ESF, no resultado das relações e vínculos conquistados no exercício da profissão e nos benefícios sociais alcançados. Além disso, a integração da enfermeira deve acontecer também com os outros profissionais que compõem a

ESF para efetivar a proposta de mudança do modelo de assistencial (CATTANI, 2002; KIRCHHOF, 2003; PADILHA; BORENSTEIN, 2006; SANTOS T. et al., 2011; TOLEDO et al., 2008).

As expectativas do profissional de enfermagem estão contempladas pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização em saúde, ao tratarem da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção em saúde e compromisso com o modelo de atenção vigente (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

Entretanto, as contradições presentes nos serviços de saúde comprometem significativamente a qualidade dos serviços prestados. As deficiências de infraestrutura, o distanciamento entre gestor e o cotidiano do trabalho da ESF e a pouca prática de planejamento local e de trabalho interdisciplinar, somados às fragilidades advindas da qualificação profissional, repercutem negativamente em diferentes aspectos do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

Além disso, os conflitos surgem nas dinâmicas das equipes que ocorrem em meio às relações de poder estabelecidas pelas diferentes categorias profissionais, oriundas de classes sociais diferentes e apoiadas pelo poder corporativo (TRAD; ROCHA, 2011).

As relações entre trabalhadores e usuários são afetivas e se manifestam em sentimentos e impressões de ambos, dependendo das experiências, valores e da história pessoal de cada um, explícitos na indiferença burocrática, desafio profissional, vontade de ajudar, indisposição, dependência absoluta do profissional, esperança mágica, revolta, entre outros (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006).

A equipe de enfermagem precisa de relações internas e hierárquicas harmônicas e humanas, que valorizam emoções, desejos, pulsões, ou seja, humanizando o cuidado de quem cuida (GELBCKE; LEOPARDI 2004; PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

Por isso, a enfermeira, ao assumir a liderança da equipe de enfermagem, precisa, objetivamente, promover atualização de conhecimentos específicos e criar espaço para reflexão da prática, socializar as decisões sobre o serviço e sobre o planejamento, promover estratégias para criação de vínculos satisfatórios da enfermagem com os usuários e com a equipe multiprofissional, buscando desenvolvimento de potencialidades, comprometimento e valorização (BEZERRA et

al., 2010; GELBCKE; LEOPARDI, 2004; PEREIRA et al., 2009; TRAD; ROCHA, 2011; WITT; ALMEIDA, 2003).

Assim, a transformação do fazer, saber e ser da enfermagem encontra nas dimensões da prática do trabalho cotidiano características que identificam sua singularidade como trabalhadores em saúde, que deve começar no projeto político pedagógico da formação destes profissionais. Ao se inserir no contexto histórico e social, enfrenta modificações que exigem novas formas de organização, com implementação de novas tecnologias, novas concepções sobre o cuidado e novas relações de trabalho (ERDMANN; MENDES; LEITE, 2007; GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Furukawa e Cunha (2010) corroboram que a enfermeira, além da competência da assistência direta, assume, frequentemente, a competência da gestão da equipe de enfermagem e, às vezes, da equipe de saúde, da organização do serviço de saúde. Sendo assim, a enfermeira detém responsabilidade com a transformação da equipe que lidera e, por isso, precisa lidar com as contradições presentes na sua realidade de trabalho, buscando superar os desafios nesta relação de poder.

Desta forma, entende-se que a força de trabalho da enfermagem, inserida no sistema produtivo, precisa superar desafios e conquistar reconhecimento sociopolítico que se concretiza no seu espaço de atuação. À medida que determina avanço, compromisso e responsabilidade em prol da saúde e da profissão, surge maior visibilidade social. O questionamento, as incertezas, os conflitos devem ser incentivo para construir um novo saber da enfermagem, que deve ser compartilhado com toda a equipe de enfermagem.

A enfermeira e sua equipe, engajadas na construção do SUS, devem atentar-se aos seus princípios, a fim de que possam produzir um trabalho que tenha repercussão para a população e consolidar novos rumos para a profissão. Destaca-se, aqui, a vacinação entre as atividades básicas da APS na qual o trabalho da enfermagem é essencial.

5 VACINAÇÃO

Os termos vacinação e imunização têm conceituações diferentes. Vacinação é um termo originário do latim – *vaccinus*, derivado de vacas, usado por Jenner (1798), que significa método para induzir a imunidade, enquanto a imunização está comprometida com a habilidade de resposta do organismo ao antígeno estranho, através de mecanismos que envolvem células e moléculas do sistema imunológico, resultando em proteção específica (imunidade, derivado do latim *immunitas*) contra determinada doença (BRASIL, 2001).

Ao ser vacinada, a pessoa recebe o antígeno, a imunidade é induzida de forma ativa e artificial, ou seja, o organismo humano entra em contato com o antígeno vacinal e, a partir daí, inicia os mecanismos de defesa que deverão formar respostas específicas humorais com estímulo de linfócitos B, ou respostas celulares com ativação do linfócito T. Estas respostas dependem de fatores inerentes aos componentes da vacina e à capacidade do indivíduo de resposta ao antígeno da vacina (BRASIL, 2001).

A vacinação é uma prática de saúde pública e coletiva, fundamental na atenção primária à saúde, na qual o trabalho da enfermeira implica tomada de decisões, com competências e habilidades que extrapolam a educação formal e demandam educação permanente e continuada. É importante a apropriação dos novos saberes e das inovações técnico-científicas em vacinação para que esta prática na UAPS seja bem-sucedida.

Por isso, a vacinação representa, para a equipe de enfermagem das UAPSs, um desafio, frente a sua historicidade, às publicações frequentes que incluem produções de diversas áreas afins, além da área da imunologia, ao mesmo tempo que aquelas decisões político-administrativas de ampliar e universalizar o acesso do indivíduo a cada vacina no SUS.

5.1 CONTEXTUALIZANDO A VACINAÇÃO

Vacinas, vacinadores e campanhas de vacinação fazem parte do longo processo de estabelecimento da autoridade sanitária no Brasil. Desta forma, a cultura de vacinação está associada a um longo processo de introdução de vacinas nas atividades de rotina, de campanhas de vacinação e de vacinação em massa empreendidas pelo Estado brasileiro desde o final do século XIX (HOCHMAN, 2011).

Todo o percurso da vacinação no país pode gerar reivindicações de expansão da oferta, dependendo do momento histórico, político e epidemiológico, a exemplo do que ocorre com a vacina antigripal por causa da epidemia pelo vírus H1N1 e com a vacina contra meningite. Pode também gerar dúvidas, questionamentos, como o ocorrido com a prevenção quanto à poliomielite, que foi adotado vacina Sabin no Brasil e na Índia e a vacina Salk nos EUA; ou a revacinação BCG ID na prevenção da tuberculose adotada por vários anos para maiores de 5 anos. Necessidade de expansão e as dúvidas contribuem para variações na resistência antivacinal (FEIJÓ; SÁFATI, 2006; MOULIN, 2003).

Porém, a resistência antivacinal pode estar associada ao procedimento, gestos ou informações adotados e nem sempre explicados ou entendidos pelos profissionais de saúde, o que contribui para a dificuldade do alcance das metas na população. Diferenças culturais podem interferir na decisão sobre a utilização de uma vacina e influenciar as decisões científicas, éticas e sociais.

Tanto os vacinadores quanto os vacinados possuem crenças com implicações sobre o entendimento do fenômeno, e sua aceitabilidade deve ser analisada a partir das representações e experiências práticas que as comunidades vivenciam e não como fenômeno negativo. Assim, eventos adversos pós-vacinais (reações individuais indesejáveis) devem ser cuidadosamente notificados e investigados e adotadas orientações adequadas quanto às vacinações subsequentes, podendo antecipar avanços em vacinologia (FEIJÓ; SÁFATI, 2006; FERNANDES et al., 2007; MOULIN, 2003).

A vacinologia precisa vencer os fracassos, reações indesejáveis, ineficácia, falta de especificidade das vacinas. O empreendimento nesta área é uma necessidade para ampliar as possibilidades de novas alternativas vacinais para as

doenças como tuberculose, aids, dengue, neoplasias, entre outras. Os avanços tecnológicos e na área da biologia molecular e da imunologia têm trazido grandes expectativas à comunidade científica e à população que espera se beneficiar destas evoluções. É preciso que seja permeada de rigor nas normas de segurança adotada e transparência (MOULIN, 2003; PAULO, 2010; QUEIROZ et al., 2009).

A eficiência da vacinação inclui os efeitos alcançados em relação ao esforço despendido, levando em conta, além da eficácia (grau de proteção), as condições reais de trabalho em vacinação, como a aceitação, a estabilidade e facilidade de aplicação. A incidência e mortalidade por doenças imunopreveníveis são indicadores que indiretamente expressam as condições de assistência à saúde, as ações de vigilância epidemiológica e o trabalho dos profissionais em vacinação (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2006).

A decisão de buscar a vacinação disponível nos serviços de saúde é atribuída, primeiramente, ao usuário, o que depende de suas características, percepção da necessidade e também das barreiras existentes no acesso ao serviço de saúde. Os meios para obtenção da vacinação dependem das condições e estilos de vida; assim, a relação entre uma condição econômica desfavorável e uma menor cobertura vacinal pode ser compreendida sob a perspectiva do acesso à intervenção. Piores condições econômicas podem significar uma menor oferta de serviços e/ou uma maior dificuldade de acessar a intervenção. Os comportamentos, hábitos e atitudes que concretizam um estilo de vida da população podem interferir nos resultados de uma cobertura vacinal e determinar graus diferentes de aceitabilidade (BARATA, 2006; MORAES; RIBEIRO, 2008).

Por isso, os trabalhadores da saúde e o Governo precisam da adesão de diversos segmentos da população brasileira na mobilização para o alcance de metas estabelecidas pelo PNI, porque a substituição do conceito de resistência pelo de aceitabilidade resulta da compreensão dos benefícios desta ação (MELLO et al., 2010; MOULIN, 2003).

A vacinação deve ser considerada atividade de responsabilidade coletiva, e ocorre uma estreita relação entre PNI, APS e ESF, pois todos são de grande relevância epidemiológica (BRASIL, 2001, 2003a). Entende-se, portanto, que todos os profissionais integrantes da ESF e das UAPSs precisam se envolver nas indicações e nos resultados das ações da vacinação, embora a equipe de

enfermagem se destaque nas atribuições e compromisso com a vacinação da população.

O Ministério da Saúde corrobora que a “enfermagem tem despendido esforço constante e exaustivo para vacinar com eficácia em determinadas áreas” e, por isso, destaca: “é imprescindível valorizar o pessoal que cumpre a missão de vacinar” (BRASIL, 2003a, p. 212).

Assim, percebe-se que, para garantir o acesso a toda a população, é preciso enfrentar o caos urbanístico, deslocando-se para áreas rurais e periferia urbana, em meio à crescente violência, à escassez de recursos, às improvisações, informações insuficientes para a mobilização da população e à falta de reconhecimento, apoio e incentivo por parte dos gestores (BRASIL, 2003a).

Nesta perspectiva, a vacinação constitui um desafio para o trabalho da enfermeira porque a mesma, ao coordenar o trabalho da equipe, precisa obter os melhores desempenhos e contar com a participação efetiva dos profissionais envolvidos, atendendo às expectativas, anseios e receios da população.

Desta forma, a enfermeira deve subsidiar as competências da equipe de enfermagem nesta atividade, que são relevantes, considerando-se o impacto social que ocorre com a mudança no perfil da morbimortalidade por doenças transmissíveis no país.

Sabe-se que o trabalho em vacinação em Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) é executado majoritariamente pela equipe de enfermagem, sendo que a enfermeira assume a responsabilidade por todas as ações de uma sala de vacinação, como: a conservação das vacinas, manutenção do estoque, administração das vacinas, orientações, capacitação do profissional e elaboração do arquivo de cartão espelho; o controle das doses administradas na rotina diária, garantindo assim a eficácia de uma possível busca ativa aos faltosos (PAULO, 2010; PEREIRA; BARBOSA, 2007; QUEIROZ et al., 2009).

Nesse sentido, a vacinação nas UAPSs constitui-se em um trabalho da equipe de enfermagem que possui os seguintes componentes: a) o objeto que se refere à vacina e ao cuidado dispensado à pessoa a ser vacinada; b) os agentes do cuidado incluem o profissional de enfermagem e o usuário da atenção primária à saúde; c) os instrumentos agrupam-se, os artefatos físicos, as habilidades, atitudes e o conhecimento; d) a finalidade é a prevenção de doenças; e) os métodos estão voltados à sistemática das ações, procedimentos e técnicas e f) o produto desta

ação é medido pelo impacto da ação no controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis (ALMEIDA; ROCHA, 1997; SANNA, 2007). Estes componentes do trabalho em vacinação exprimem um gesto vacinal que possibilita compreender o espaço social do trabalho da enfermagem em vacinação.

Segundo Ballalai (2005, p. 30), o gesto vacinal refere-se “aos três momentos distintos relacionados à aplicação das vacinas: o antes, o durante e o depois da aplicação”. Exige, portanto, domínio técnico e fundamentação teórica para a compreensão deste gesto.

5.2 UM POUCO DA HISTÓRIA DA VACINAÇÃO ANTES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

Tanto o contexto histórico da profissão de enfermagem como a trajetória histórica da vacinação na saúde pública do Brasil são marcados por transformações e trocas mediadas pelo sistema econômico vigente, desde o início do século XX até os dias atuais, razão pela qual se torna necessário entender os avanços científicos, tecnológicos e políticos da vacinação, para facilitar a análise do trabalho da enfermagem nas UAPS nesta ação.

A aceitação e ampliação dos conhecimentos sobre vacinas têm como marco histórico o pioneirismo de Edward Jenner, 1796. Seus feitos vêm ganhando novas proporções na medida que há transformações na compreensão do sistema imunológico e suas funções e que aumentam os aparatos tecnológicos e apoio político (MOULIN, 2003).

Historiadores das ciências retratam a vacinação no Brasil e sua história contraditória entre empreendimentos e sucesso imunológico, frente à complexidade biológica, social e política, cujos desdobramentos marcam a memória coletiva da sociedade (MOULIN, 2003).

Antes da descoberta da vacina, a epidemia de varíola causou muitos danos à população mundial. Na Europa, adotava-se, para neutralizar os efeitos desta terrível epidemia, o uso da inoculação das bexigas, que consistia unicamente em introduzir na epiderme o vírus de uma pústula variólica no perfeito estado de sua natureza (LOPES; POLITO, 2007; MOULIN, 2003).

Na época da conquista de Argel pela França em 1830, o exército instaurou a vacinação antivariólica de Edward Jenner e a população se revoltou em oposição às exigências do Governo que lhe impunha novos impostos e trabalho obrigatório. Também no Egito, o paxá considerava-a uma inovação capaz de lhe fornecer um instrumento para a sua política ambiciosa e seus projetos militares, um meio de dispor de um exército que não fosse dizimado pelas doenças contagiosas. O paxá implementou a vacina obrigatória, primeiro no exército, depois na totalidade do território egípcio, suscitando nos aldeões reações duradouras de medo e de esquiva (MOULIN, 2003).

No Brasil, as doenças infectocontagiosas trazidas pelos europeus e escravos africanos tiveram propagação rápida e progressiva, representando um grande problema socioeconômico. A epidemia de varíola, importada pelos colonizadores, disseminou-se entre escravos e indígenas, causando-lhes desolação e mortes (LOPES; POLITO, 2007; MOULIN, 2003; SANTOS; SANNA, 2006).

Lopes e Polito (2007) historiam que, enquanto Portugal se preocupava com a exploração do ouro, escravos africanos e índios morriam de varíola. Até que iniciativas foram tomadas. Primeiramente, trouxeram o material in natura para a inoculação. Depois, por iniciativa de negociantes da Bahia e com recursos filantrópicos brasileiros, foram buscar a vacina em Lisboa, em 1804. Na época, a Bahia foi consagrada o berço da instituição vacínica no Brasil, porém, para dar lugar à chegada da família real em 1808, o trabalho da vacinação foi transferido de local (dentro da Casa da Câmara) e os vacinadores enfraqueceram na sua missão.

Ainda em 1808, a vacina contra varíola foi enviada ao Rio de Janeiro onde houve melhor receptividade do Governo local, sendo considerado marco inaugural, registrado pelo Instituto Histórico Geográfico Brasileiro. O apoio político e as vantagens para o público contribuíram posteriormente para a criação da Instituição Vacínica em 4 de abril de 1811. Este ficou sob a direção de um físico-mor do reino, um intendente geral da polícia, um inspetor e três cirurgiões, executores do trabalho de vacinação (LOPES; POLITO, 2007).

No início do século XX, em 1904, aconteceu a primeira campanha de vacinação em massa feita no país, idealizada pelo sanitarista Doutor Oswaldo Cruz, com objetivo de controlar a varíola, que dizimava boa parte da população do Rio de Janeiro. No entanto, essa iniciativa resultou em fracasso. A sangrenta revolta da Vacina no Rio de Janeiro significava, para além da recusa da vacinação, uma

oposição aos programas de higienização do espaço urbano, com uso da repressão policial (LOPES; POLITO, 2007; MOULIN, 2003).

Naquela época, esse episódio preocupava os cientistas e higienistas devido às altas taxas de mortalidade e morbidade por varíola, enquanto a população oprimida frente às medidas autoritárias, com negação de justiça e igualdade, manifestava reação à violência, à derrota política e à expulsão da população do centro da cidade (MOULIN, 2003).

O sanitarista Dr. Oswaldo Cruz, idealizador dessa campanha, diretor fundador do Instituto que leva o seu nome atualmente, em ilustração, aparece em meio a combates, tiroteio, mortos e feridos, segurando uma seringa como se fosse uma arma de guerra, o que traduz a relação de poder e contestação que marcou a história da saúde pública. Este sanitarista recebeu também a incumbência de sanear a capital do país, combatendo a peste bubônica e a febre amarela (MOULIN, 2003).

Na década de 1920, o Brasil acumulou experiência expressiva no combate aos vetores da febre amarela e da malária, tendo contado com o apoio internacional da Fundação Rockfeller (RISI JÚNIOR, 2003).

Em 1925, foi implantada a vacina BCG via oral (*Bacillus de Calmette e Guérin*) no Brasil. Sua história se iniciou em 1921, quando foram cultivados bacilos de *Mycobacterium bovis vivos atenuados*, no Instituto Pasteur, na França, e vacinada a primeira criança, com sucesso, o que levou a ser difundida rapidamente. Entretanto, em 1929, foi deflagrada a dramática notícia do acidente de Lübeck na França, sobre os óbitos de diversas crianças após serem vacinadas por *Mycobacterium humanus*, por negligência no manuseio laboratorial, com repercussão mundial (BRASIL, 1994, 2002, 2011d).

Apesar das diversas controvérsias que marcaram a história da vacina BCG, esta é utilizada até os dias atuais, por ser eficaz na prevenção da meningite tuberculosa e da tuberculose miliar, como no aumento do linfócito T que propicia resposta imune para outras doenças. Inicialmente, era de aplicação oral e, somente em 1969, no Brasil, passou a ser aplicada por via intradérmica. Possui etapas evolutivas pós-vacinais com manifestação cutânea local, sendo obrigatória para as crianças logo após o nascimento. Apesar das altas coberturas para esta vacina, o país enfrenta dificuldades ligadas à natureza da infecção tuberculosa, que evolui endemicamente de forma crônica e variável de indivíduo para indivíduo (BRASIL, 1994; MOULIN, 2003; 2011d).

Em 1941, foi consolidada a política nacional de controle de algumas doenças transmissíveis do Ministério da Educação e Saúde e a vacinação contra estas doenças passou a ser gerenciada por órgãos autárquicos que assumiam a responsabilidade pela produção, normalização técnica e utilização dos produtos. A cooperação técnica e o apoio aos suprimentos de imunizantes do Governo federal eram insuficientes e descontínuos, com maior prioridade para os compromissos internacionais. Por isso a vacina BCG estava a cargo do serviço nacional de tuberculose e a vacina contra febre amarela era executada pela Fundação Rockefeller (RISI JÚNIOR, 2003).

A partir da década de 1950, as organizações mundiais tomaram como meta a erradicação de doenças transmissíveis com base na vacinação e na vigilância epidemiológica. No Brasil, em 1962, foi instituída novamente a Campanha Nacional de Vacinação contra varíola, tendo assumido, em 1966, o objetivo de erradicá-la. Em 1970, no território nacional, já se falava em alcance da erradicação, em consonância com a mesma perspectiva mundial. Em agosto de 1973, o Brasil recebeu de uma comissão internacional a certificação da erradicação da varíola no país e, por conseguinte, da região das Américas. A vacinação antivariólica continuou obrigatória na rotina dos serviços de saúde até o ano de 1975. Em maio de 1980, a Assembleia Mundial da Saúde declarava que a varíola estava erradicada (FERNANDES; CHAGAS; SOUZA, 2011; HOCHMAN, 2011; RISI JÚNIOR, 2003).

A difusão da vacinação antivariólica contou com legislações de obrigatoriedade e com as instituições locais de saúde em parcerias com o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp - criado em 1942), que também realizava atividades de educação sanitária que envolviam divulgação, educação e mobilização, não só nas ações de rotina, como também nas escolas no mesmo modelo do Serviço Nacional de Educação Sanitária (FERNANDES; CHAGAS; SOUZA, 2011).

O Sesp, depois reconhecido como Fundação Sesp, assumia que a educação sanitária deveria ser atributo de todos os profissionais das unidades de saúde e que a simples transmissão de hábitos considerados saudáveis não era suficiente para o processo educativo, necessário para transformar as condições de saúde de uma população (FERNANDES; CHAGAS; SOUZA, 2011).

Outra doença que causou grande repercussão para a história da vacinação no Brasil foi a poliomielite, que, embora o poliovírus tenha sido identificado em 1908,

somente na década de 1940, foi esclarecido seu modo de transmissão, graças ao avanço da microscopia eletrônica e de técnicas laboratoriais de cultura em tecido (BRASIL, 2003a; NASCIMENTO, 2011; RISI JÚNIOR, 2003).

Estes avanços resultaram na produção em laboratório americano de duas vacinas eficazes na prevenção da poliomielite, que foram autorizadas e levaram o nome de seus descobridores: a vacina Salk, de vírus inativado (VIP), de aplicação parenteral, em 1955, e a vacina Sabin, de vírus vivo atenuado (VOP), de aplicação por via oral, em 1960 (BRASIL, 2003a; NASCIMENTO, 2011).

Martins e Maia (2003) e Mello e outros (2010) contam que, no início da vacinação com a VIP, ocorreu nos Estados Unidos o “acidente de Cutter”, que resultou em 192 casos de paralisia provocados pela vacina mal inativada por problema na produção, causando-lhes grandes transtornos. Logo após a correção do problema, a população voltou a se vacinar. Esta vacina tornou-se preferida pelos médicos que atuam nos meios mais desenvolvidos economicamente, sendo considerada atualmente mais segura.

A VOP introduz cepas virais atenuadas no intestino da criança vacinada e tem a possibilidade de imunização de massa por meio da eliminação do vírus vacinal no ambiente através das excreções fecais dos vacinados, contribuindo para a imunidade coletiva. Esta vacina apresentou excelentes resultados, sendo aplicada nos meios mais carentes, em virtude da facilidade de utilização e da menor exigência de cuidados na higiene pessoal (MARTINS; MAIA, 2003; MELLO et al., 2010; MOULIN, 2003).

Entretanto, sabe-se que, por causa da circulação do vírus vacinal, a VOP é mais propensa a desencadear evento adverso tanto na pessoa vacinada como nos seus comunicantes, havendo registro de casos de poliomielite pelo vírus vacinal, na proporção de um caso deste evento adverso para cada um milhão de primeiras doses aplicadas (FERNANDES et al., 2007; MARTINS; MAIA, 2003; MELLO et al., 2010; MOULIN, 2003).

Considerando-se seu baixo custo, sua inocuidade, facilidade de aplicação, efeito protetor prolongado e a possibilidade de imunização de massa por eliminação do vírus vacinal no ambiente através das excreções fecais dos vacinados, decidiu-se, no Brasil, em 1961, pelo uso da vacina oral Sabin (BRASIL, 2003a; MARTINS; MAIA, 2003; NASCIMENTO, 2011; RISI JÚNIOR, 2003).

Porém esta vacinação com VOP foi adotada por iniciativas isoladas em alguns estados brasileiros, com resultados bem-sucedidos. Por isso, a doença continuou ocorrendo de forma epidêmica, deixando sequelas que marcaram definitivamente a vida de muitas pessoas (BRASIL, 2003a; NASCIMENTO, 2011; RISI JÚNIOR, 2003). Somente em 1971, foi tomada a decisão política por um Plano Nacional de controle da Poliomielite, com expansão desta vacinação oral em todos os estados brasileiros (BRASIL, 2003a; NASCIMENTO, 2011).

O Ministério da Saúde, com apenas 1% do orçamento da União em 1973, assumia as ações preventivas e, por isso, detinha pouca capacidade de planejamento “para equacionar e enfrentar os problemas de sua competência” (PONTE, 2003, p. 629). A situação se agravou com as novas demandas surgidas frente ao desenvolvimento econômico da época, relacionadas às precárias condições de vida da população nos grandes centros urbanos e nas áreas mais desenvolvidas do país.

Ponte (2003) afirma que, antes da década de 1980, a aceleração do crescimento industrial, a urbanização e a modernização da estrutura social contribuíram para o crescimento da medicina curativa em capitalização e expansão da rede privada, enquanto os serviços públicos foram degradados.

Naquela época, as experiências com alguns programas de controle de doenças transmissíveis, especialmente a campanha de erradicação da varíola, contribuíram para a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica das doenças evitáveis por vacinação, como o sistema de notificação de doenças. As informações produzidas fortaleceram esse processo e contribuíram para a implementação de diversos programas nacionais na área da imunização, como estratégia para enfrentar os altos índices de morbimortalidade infantil, por doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2003a; PONTE, 2003).

Estas experiências acumuladas com a vacinação antivariólica e as novas expectativas em relação à vacina antipólio em contraposição à crescente morbimortalidade por doenças transmissíveis, principalmente infantil, resultaram, em 1973, por determinação do Ministério da Saúde, na criação do Programa Nacional de Imunização - PNI (BRASIL, 2003a).

5.3 O PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) visa contribuir para o controle, eliminação e/ ou erradicação das doenças infectocontagiosas e imunopreveníveis, tais como a poliomielite (paralisia infantil), sarampo, difteria, tétano, coqueluche, tuberculose e outras, mediante a imunização sistemática da população (BRASIL, 2007; NASCIMENTO, 2011).

O PNI é parte integrante do Programa Ampliado de Imunizações da Organização Mundial de Saúde, com o apoio técnico, operacional e financeiro da Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e contribuições do Rotary Internacional e do PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (HOMMA et al., 2011).

O suprimento dos imunobiológicos é de responsabilidade federal, e, por isso, o PNI deve incentivar a produção nacional e coordenar a importação que for necessária. Para tal, possui o Programa de Autossuficiência Nacional de Imunobiológicos que integra a sua Coordenação Geral (BRASIL, 2003a; HOMMA et al., 2011).

O PNI foi formulado em 1973, a partir de uma proposta básica elaborada por técnicos do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças e da Central de Medicamentos (Ceme) e renomados sanitaristas e infectologistas (MARTINS; MAIA, 2003).

A transferência, em 1974, do Ministério da Saúde (MS) do Rio de Janeiro para Brasília, inicialmente, representou dificuldades para o PNI. A Fundação Sesp até 1979 continuou coordenando o PNI, porém tendo permanecido instalada no Rio de Janeiro; distante dos outros órgãos do Ministério da Saúde. Enfrentando dificuldade de articulações, reaglutinou os profissionais que estavam cedidos a vários órgãos do Ministério da Saúde, havendo prejuízo inclusive para o PNI (BRASIL, 2003a).

Nacionalmente, o PNI tornou-se conhecido, através de suas normas técnicas e do suprimento de imunobiológicos adquiridos pelo MS, tendo antecipado e ajustado aos objetivos e diretrizes internacionais da OMS. Porém, percebia-se grande dificuldade entre a proposta original do PNI e sua execução (PONTE, 2003).

Entretanto, o Ministério da Saúde, ao instituir, em 1975, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, formalizado pela Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975 (BRASIL, 1975) e Decreto 78.231, de 12 de agosto de 1976 (BRASIL, 1976), incorporou as doenças transmissíveis de grande relevância na época e instituiu o PNI para coordenar as atividades de vacinação desenvolvidas rotineiramente na rede de serviços de saúde do Brasil (BRASIL, 2003a; NASCIMENTO, 2011; PEREIRA; BARBOSA, 2007).

Ficaram estabelecidas por este decreto as seguintes competências do PNI:

Implantar e implementar as ações do Programa, relacionadas com as vacinações de caráter obrigatório; estabelecer critérios e prestar apoio técnico e financeiro à elaboração, implantação e implementação dos programas de vacinação a cargo das secretarias de saúde das unidades federadas; estabelecer normas básicas para a execução das vacinações; supervisionar, controlar e avaliar a execução das vacinações no território nacional, principalmente o desempenho dos órgãos das Secretarias de saúde, encarregados dos programas de vacinação; centralizar, analisar e divulgar as informações referentes ao PNI. (BRASIL, 2001, p. 9).

Posteriormente, o Ministério da Saúde fortaleceu as atividades de vacinação de rotina, na rede de serviços permanentes e instituiu instrumentos de regulação, como lei específica que tornou obrigatório o cumprimento do esquema básico de vacinação em menores de um ano de idade, sob a pena de suspensão do salário-família (PONTE, 2003).

Para a coordenação do PNI, a vacinação, juntamente com as outras medidas de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, precisava ser estendida para além dos centros urbanos, sendo disponibilizada às áreas rurais e periferias urbanas de todo o país. Esperava que pelo menos 85% da população menor de 5 anos fosse vacinada contra as doenças-alvo do programa (PONTE, 2003; RISI JÚNIOR, 2003).

Porém, no período de 1973 a 1980, a rede de serviços de atenção básica estava despreparada para implementação da vacinação e as coberturas vacinais permaneceram insatisfatórias (RISI JÚNIOR, 2003). Esta situação foi analisada por uma Comissão Interministerial, nomeada em 1979, que apontou a estruturação da atenção à saúde no país como principal obstáculo ao avanço das ações do PNI e que eram necessárias definição e decisão política governamental (PONTE, 2003).

Esta comissão recomendou o fortalecimento do PNI, a criação de grupos de trabalho específicos para estudos inerentes e a criação de coordenações estaduais do programa, com garantia da autonomia federal (BRASIL, 2003a; PONTE, 2003).

Ponte (2003, p. 636) destaca a recomendação desta Comissão Interministerial quanto ao “desenvolvimento de vacinas nacionais, a modernização e o aprimoramento dos laboratórios produtores e a implementação do controle de qualidade dos produtos”.

No cenário internacional, a partir de 1978, a vacinação contra doenças infecciosas é colocada entre as prioridades em saúde, apoiada na decisão da Conferência de Alma-Ata, que afirmou os preceitos da atenção primária em saúde (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006; RISI JÚNIOR, 2003).

Em 1980, o PNI passou a ser de responsabilidade da Divisão Nacional de Epidemiologia (criada no final de 1976), da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS). A seguir, em 1981, foi criado o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) pela Fiocruz - RJ para análise de todos os lotes de vacinas e soros produzidos nacionalmente ou importados e, somente em 1983, conseguiu centralizar esse controle (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006; RISI JÚNIOR, 2003).

Em 1982, foi implantado o Centro Nacional de Armazenagem e Distribuição (Cenadi) que tem a função de armazenar e repassar os imunobiológicos às Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2008a). Após o país enfrentar problemas com o abastecimento de soro antiofídico por empresa multinacional e as precárias condições de funcionamento dos laboratórios nacionais (Instituto Butantan, Instituto Vital Brazil e Fundação Ezequiel Dias), criou-se, em 1986, o Programa de Autossuficiência Nacional de Imunobiológicos (PASNI), integrante da Coordenação Geral do PNI. Trata-se de um programa de investimentos federais para a construção de um parque industrial com a intenção de suprir nossas necessidades e independência tecnológica e científica, de forma gradativa (PONTE, 2003; RISI JÚNIOR, 2003; RAW ; HIGASSHI, 2008).

Em 1990, ao ser promulgada a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), a área da vigilância epidemiológica dentro do contexto do SUS começa a ser reorganizada para se inserir nos sistemas municipais com autonomia técnico-gerencial sobre os problemas de saúde locais e reduzir a dicotomia entre ações preventivo-assistencial. Nesse momento, foi extinta a SNABS e o PNI passa a

fazer parte do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) da Funasa - Fundação Nacional de Saúde (BARRETO, 2002; BRASIL, 2005b).

Com a municipalização da saúde, o município, além de principal executor das ações de vacinação do PNI, precisou organizar uma coordenação local e buscar recursos para investimentos em capacitações de seus profissionais, principalmente da equipe de enfermagem (BARRETO, 2002; BRASIL, 2005b). Com isso, ocorreu maior enfrentamento da prevenção das doenças imunopreveníveis pelos municípios, com maior ênfase na vacinação de rotina, na gestão local de recursos e com controle social, substituindo a concepção vertical do PNI por atividades permanentes na atenção básica de saúde, com ampliação da oferta de vacinas na rede pública (RISI JÚNIOR, 2003).

Starfield (2002, p. 614) observa que “as novidades tecnológicas nos sistemas de computação facilitaram o desenvolvimento de sistemas de informação mais efetivos”, que possibilitam transferência rápida e precisa de informações. Com esta ideia, através do Datasus e Cenepi, a partir de 1990, é desenvolvida a construção de sistemas de informação em saúde para utilização pelos municípios e comunicação periódica aos níveis estaduais e federal, subsidiando-se as análises da situação de saúde no SUS. Diversas iniciativas foram adotadas para viabilizar sistemas de informação em saúde que se articulem com o planejamento e avaliação dos programas no nível municipal, devendo servir de base para o controle das ações, alcance de metas e as normatizações (BRASIL, 2003a).

Para o PNI, foi instituído o Sistema de Informação do PNI (SI-PNI), que, a partir da digitação do relatório de doses aplicadas por faixa etária para cada Sala da Vacinação cadastrada do município, pode gerar diversas informações que permitem monitorar os resultados obtidos. Posteriormente, foram disponibilizados subsistemas que alimentam informações mais específicas, como no caso de eventos adversos pós-vacinação (SI-EAPV), solicitação de imunobiológicos especiais (SI-Crie), estoque e distribuição de imunobiológicos (EDI), entre outros (BRASIL, 2003a; PAULO, 2010).

Ao instituir transferência de recursos financeiros fundo a fundo na NOB/96, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) incluiu no Índice de Valorização de Resultados (IVR) a implantação ou implementação dos sistemas de informação sobre mortalidade (SIM), sobre nascidos vivos (Sinasc), sobre agravos notificáveis (Sinan) e SI-PNI como um dos critérios para repasse (BRASIL, 2005b, 2006a).

Assim, percebe-se que, na década de 1990, o PNI foi incluído na pauta de discussão dos gestores, sendo que, nos municípios e estados, esta discussão se fortaleceu com as pactuações de metas de coberturas vacinais, a partir da NOB/96, na Programação Pactuada e Integrada. Inicialmente, priorizou-se a cobertura vacinal na campanha de antipólio para menores de 5 anos e na rotina da vacina tríplice bacteriana (DTP) em menores de 1 ano de vida (BRASIL, 1996b; 2006a).

Dando prosseguimento às novas iniciativas, em 1997, o PNI implementou o Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Adversos pós-vacinais, com a publicação de um manual específico elaborado pelo Comitê Técnico Assessor em Imunizações e disponibilizado aos municípios. Contribuiu, assim, para normatizar o reconhecimento e a conduta frente aos casos suspeitos, orientar a notificação e investigação de casos suspeitos, identificar lotes de vacinas mais reatogênicas, contribuir para o aperfeiçoamento das vacinações, promover supervisões e atualizações científicas. Definiu também as atribuições para todas as instâncias, desde o nível local, passando pelo municipal, regional, estadual e nacional (BISETTO; CUBAS; MALUCELLI, 2011; BRASIL, 1998).

O PNI vem ampliando gradativamente a oferta de vacinas à população, a partir de 1990. A tecnologia moderna tem contribuído para a proteção de indivíduos portadores de situações especiais, como no caso de estarem com susceptibilidade aumentada às doenças, riscos de complicações para si e para outros, exposição ocupacional, violência sexual, evento adverso à vacinação anterior, imunodepressão ou convívio com pessoas imunodeprimidas, transplante, asplenia, aids (BRASIL, 2006c, 2008c).

Apoiada nestas necessidades, a Comissão técnica da Coordenação Geral do PNI decidiu por implantar Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Cries) para atender a esta demanda, dentro do princípio de equidade do SUS. Estes Cries devem estar vinculados às Secretarias Estaduais de Saúde, contar com equipe mínima de médico, enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem, devidamente capacitados e com funcionamento em tempo integral. Suas competências foram descritas na Portaria 48/2004 (BRASIL, 2004). A partir de 2003, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS do Ministério da Saúde (MS), que ficou responsável nacionalmente por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, incluindo as atividades de coordenação PNI.

Atualmente, o PNI é citado como referência mundial, com destaque, pelos resultados com erradicações de doenças como varíola, poliomielite; pelos investimentos em pesquisa e tecnologia na área de pesquisa em imunização e pelo trabalho de profissionais de saúde que contribuem para o sucesso da imunização (PEREIRA; BARBOSA, 2007).

A OMS coordena os programas globais de vacinação como previsão para a erradicação mundial da poliomielite até 2015 e erradicação de sarampo, além da coordenação dos programas de vacinação do mundo, por via de suas representações regionais (HOMMA et al., 2011).

O Unicef tem a responsabilidade de desenvolver previsões de demanda global de vacinas e realiza licitações internacionais de grandes volumes, conseguindo, com isso, os menores preços internacionais (HOMMA et al., 2011). Destaca-se apoio de instituições não governamentais no incremento da vacinação global, com trabalhos de conscientização e advocacia junto aos governos e políticos, nas atividades de defesa da causa e convencimento e também junto a entidades representativas, especializadas e aos profissionais da área, como as contribuições do Rotary Internacional, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e da *Global Alliance for Vaccine and Immunization (GAVI)* (HOMMA et al., 2011).

O PNI conta com institutos e laboratórios produtores nacionais de vacina e soro, como a Fiocruz, a Fundação Atauípho de Paiva, Fundação Ezequiel Dias/MG, Instituto de Tecnologia do Paraná, Instituto Vital Brazil, Instituto Butantan e Centro de Produção e Pesquisa de Imunobiológicos do Paraná. Estes têm recebido incentivos para buscar parcerias e transferências de tecnologia para a produção de novas vacinas, tendo em vista o alcance da autossuficiência (HOMMA et al., 2011).

Os investimentos tecnológicos recentes no PNI, somados aos incentivos em pesquisas científicas para o desenvolvimento de novos produtos imunológicos, têm contribuído para melhorar a estrutura da rede de serviços relacionados à vacinação e o controle de qualidade no país, permitindo a introdução de novas vacinas no calendário básico de vacinação das crianças. A exemplo, o país foi o primeiro na introdução da vacina oral contra Rotavírus humano (VORH) em 2006, implantou as vacinas pneumocócica conjugada 10 valente e contra meningite meningocócica, sorogrupo C conjugada em 2010. Permitiu também expandir a vacinação para a

população em geral, de acordo com as necessidades epidemiológicas (HOMMA et al., 2011; BRASIL, 2006b).

Assim, percebe-se que os avanços do PNI têm contribuído para “ampliar o prestígio das vacinas, enquanto instrumento de proteção e promoção da saúde”, conforme afirma Ponte (2003, p. 637). As expansões da oferta de vacinas e os resultados alcançados indicam o crescimento da capacidade técnica do PNI, inclusive nas questões de logística para vacinação (BRASIL, 2003a; HOMMA et al., 2011).

Ao mesmo tempo que aumentam os investimentos em pesquisas e na capacidade tecnológica dos laboratórios do país, cresce a conscientização social a respeito da cultura em saúde, evidenciada pela participação social com reivindicações populares quanto à ampliação de novas vacinas no calendário básico (BRASIL, 2001, 2003a; TEMPORÃO, 2003b).

Portanto, o PNI tem sido de grande relevância epidemiológica sobre os indicadores de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis. Na medida em que suas ações se universalizam, permitindo melhor acesso da população, alcançam altas coberturas vacinais, levando progressivamente ao controle, eliminação e erradicação das doenças. Assim, as alterações do calendário de vacinação acompanham a dinâmica da oferta de novas vacinas que origina de necessidades epidemiológicas identificadas e do progresso tecnológico e científico.

5.4 AS VACINAS DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

A inclusão de vacinas no PNI depende historicamente de propostas articuladas com outros serviços da política nacional de saúde que contribuem para a decisão dos calendários básicos disponíveis. Isso ocorreu ao instituir o Programa Integral à Saúde da Criança em 1984, quando a vacinação foi citada como uma das ações básicas prioritárias para as crianças menores de 5 anos (FIGUEIREDO; MELLO, 2003).

Atualmente, os calendários básicos de vacinação são instituídos por portarias e se estendem à criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso. O último calendário foi instituído pela Portaria 3.318, de 28 de outubro de 2010 (BRASIL,

2010d) e vem sendo implementada por informes técnicos. A meta do Ministério da Saúde é de vacinar 95% da população-alvo, com vacinas seguras e eficazes e alcançar a erradicação do sarampo e a eliminação tétano neonatal, bem como o controle de outras doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2012a, 2012b).

Em 2012, foi divulgado atualização do calendário de vacinação com novos arranjos e associações para facilitar a operacionalização, sem, contudo, ampliar o número de doenças a serem protegidas. Ocorreu a introdução de duas doses da vacina inativada contra poliomielite (VIP) para os menores de um ano e também a vacina pentavalente que associa os componentes anti-hepatite B com as toxinas do tétano e da difteria e a bactéria morta da coqueluche e Hib (BRASIL, 2012a).

As vacinas propostas pelo PNI disponíveis à população contribuem para redução dos indicadores de morbimortalidade. Cada uma delas têm características diferenciadas. Nesta perspectiva, a seguir, destacam-se algumas características das vacinas que hoje são disponíveis para população brasileira (Quadro 1).

Quadro 1 – As vacinas segundo ano de disponibilidade no PNI, composição, prevenção, até março de 2013

VACINA	Ano início	Composição	Prevenção	Referencias *
BCG ID BACILO DE CALMETTE E GUÉRIN	1969	Bacilos de <i>mycobacterium bovis</i> vivos atenuados	Formas miliar e meningite tuberculose, contatos de hanseníase; segunda dose aplicada seis meses após a primeira nos contatos intradomiciliares	Brasil (2005b) Barreto, Pereira e Ferreira (2006) Brasil (2011d)
ANTI-HEPATITE B (HB)	Áreas endêmicas em 1989	DNA-recombinante contra o vírus da hepatite B, obtida por engenharia genética	Hepatite viral do tipo B	Brasil (2006c) Raw e Higashi (2008)
DTP BASE PARA TETRA, PENTA E HEXAVALENTE, ADULTO- DT	Rotina: Dec 1950	Associação dos toxóides diftérico e tetânico e da <i>bordetella pertussis</i> inativada (células inteiras), tendo o hidróxido ou fosfato de alumínio como adjuvante e o timerosal como preservativo	Difteria, tétano e coqueluche	Brasil (2006c) Raw e Higashi (2008) Martins et al. (2007) Brasil (2012a)
HIB	Crie: 1998 Rotina: 2000. Em 2001 disponibilizada na tetra	Polissacarídeo capsular purificado (PRP) de <i>haemophilus influenzae</i> tipo B (HIB) covalentemente ligado anatoxina tetânica ou diftérica Excipiente: lactose Diluyente: solução salina estéril e fenol	Doença causada por <i>haemophilus influenzae</i> tipo B	Temporão (2003b) Brasil (2006c) Feijó e Sáfiadi (2006) Hochman (2011)
DUPLA ADULTO	Rotina:	Associação dos toxóides diftérico e tetânico	Difteria e tétano	
TETRAVALENTE (DTP+HIB)	Rotina:	Componentes da DTP+ HIB	Difteria, tétano e coqueluche + doença causada por <i>haemophilus influenzae</i> tipo B	
PENTAVALENTE (DTP+HIB+HB)	Rotina:	Componentes da DTP + HIB + HB	Difteria, tétano e coqueluche + doença causada por <i>haemophilus influenzae</i> tipo B + hepatite viral do tipo B	

POLIOMIELITE ORAL CERTIFICADO DE ERRADICAÇÃO EM 1994	Rotina: 1961 Campanha: 1980 (Dia D)	Poliovírus vivos atenuados (tipo I, II e III), cloreto de magnésio (estabilizante) e o vermelho de amaranth ou o roxo de fenol (corantes-indicadores de pH) e conservante (antibiótico)	Poliomielite tipos I, II, III	Pereira e Barbosa (2007) Brasil (2008c) Mello et al. (2010) Nascimento (2011) Brasil (2012b)
POLIOMIELITE INATIVADA	Rotina: agosto/2012	Cultivo de células vero de poliovírus inativados dos tipos I, II, III + fenoxietanol, formaldeído, ácido clorídrico ou hidróxido de sódio (para ajuste de pH), traços neomicina, estreptomomicina e Polimixina B	Poliomielite tipos I, II, III	Martins et al. (2007) Mello et al. (2010) Nascimento (2011) Brasil (2012b)
VORH	Rotina: 2006	Vírus isolados de humanos e atenuados	Diarreia infecciosa por rotavírus humano dos tipos	Brasil (2006b) Feijó e Sáfiadi (2006)
PNEUMOCOCICA 10	Rotina: 2010 Crie: 2001 (com 7 v)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (1, 4, 5, 6b, 7f, 9v, 14, 18c, 19f, 23f) e conjugada com a proteína D de <i>Haemophilus influenzae</i> para oito de seus sorotipos e carreadores de toxide diftérico (DT) e de toxide tetânico (TT) Cloreto de sódio, fosfato de alumínio e água. Não contém conservantes	Doença invasiva e otite média aguda causadas por <i>streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6b, 7f, 9v, 14, 18c, 19f e 23f	Brasil (2010a) Homma et al. (2011)
PNEUMOCOCICA 23 V	Crie: 1992 Campanha idoso: 1999	Polissacarídeos purificados de <i>streptococcus pneumoniae</i> dos sorotipos: 1, 2, 3, 4, 5, 6b, 7f, 8, 9n, 9v, 10a, 11a, 12f, 14, 15b, 17f, 18c, 19a, 19f, 20, 22f, 23f, 33f. - fenol, solução tampão isotônica: cloreto de sódio Fosfato de sódio dibásico Fosfato de sódio monobásico e água para injeção	Infeções causadas pela bactéria s. <i>Pneumoniae</i> , responsável por doenças bacteremia/septicemia	Brasil (2008c)
MENINGO CONJ C (CRM197)	Rotina: 2010 Crie: 1990	- Oligossacarídeo meningocócico C, conjugado com proteína CRM197 de <i>corynebacterium diphtheriae</i> - Hidróxido de alumínio, manitol, fosfato de sódio monobásico monoidratado, fosfato de sódio dibásico heptaidratado, cloreto de sódio e água para injeção	<i>Meningococo meningitidis</i> do grupo C	Brasil (2005b) Brasil (2010c)

FEBRE AMARELA	Rotina: 2000 (1ª vez em 1930)	Vírus atenuado, com a cepa 17-DD, procedente da amostra africana <i>asibi</i> , desprovida de neuro e viscerotropismo e cultivada em ovos de galinha embrionados.	Febre amarela	Camacho et al. (2004) Fernandes et al. (2007) Tauil (2010)
TRIVIRAL	Rotina: 1996	Cepas produzidas em ovo de galinha dos vírus do sarampo atenuado vivo (<i>Cepa schwarz</i>), +vírus da caxumba atenuado vivo (<i>Cepa rit 4385</i> – derivada da <i>Cepa jeryl lynn</i> + vírus da rubéola atenuado vivo (<i>Cepa ra 27/3</i>), produzidos em células diploides humanas (MRC-5). Conservantes: neomicina, a kanamicina ou a eritromicina corante ou não (vermelho de amaranth e/ou roxo fenol) Estabilizante: glutamato de sódio, lactose anidra, sorbitol, manitol, aminoácidos e água	Sarampo, caxumba e rubéola	Feijó e Sáfiadi (2006) Brasil (2008c) Brasil (2010d)
ANTI SARAMPO	1972 no Rio de Janeiro; 1972, restante do país	Vírus do sarampo atenuado vivo (<i>Cepa schwarz</i>), produzidos em células de embrião de galinha + conservante + estabilizante + água	Sarampo	Brasil (2003a) Feijó e Safadi (2006) Brasil (2008c)
CONTRA INFLUENZA	Campanha: 1999	(Fragmentada e inativada) trivalente Em 2012, composição: vírus similar ao vírus <i>influenza A /califórnia/7/2009</i> (h1n1), vírus similar ao vírus <i>influenza a/perth/16/2009</i> (h3n2) e o vírus similar ao vírus <i>influenza b/brisbane/60/2008</i> (BRASIL, 2012)	Grupos prioritários, como, profissionais de saúde e indígenas, crianças de seis meses a dois anos e gestantes	Brasil (2010b) Homma et al. (2011) Brasil (2013)
ANTIVARICELA	Crie	Vírus vivo atenuado + adjuvantes e conservantes	Varicela	Brasil (2004)
ANTI HEPATITE A	Crie	Vírus da hepatite A cultivados em fibroblastos humanos, concentrados, purificados e inativados por formaldeído de uma das três cepas virais hm175, cr326f e gbm. Adsorvidas em hidróxido de alumínio	Hepatite viral do tipo A	Brasil (2004)

DTPA	Crie	Preparado acelular contra a coqueluche (toxina pertussis inativada + aglutinina e filamentosos componentes antigênicos + toxóides diftérico e tetânico. + timerosal ou fenoxietanol. Adsorvida sais de alumínio	Difteria, tétano e coqueluche	Brasil (2004)
ANTIRRÁBICA EM CULTURA DE CEL. DIPLOIDES HUMANAS		Produzida em cultura de células diploides humanas	Profilaxia após exposição (natureza e condição do agressor – cão ou gato suspeito, raivoso, desaparecido ou agressão por morcegos). Pré-exposição de profissionais com risco permanente para a raiva	Brasil (2008c)
ANTI RÁBICA ANIMAL	Campanha antirrábica animal	Vírus inativados	Proteção animal	Brasil (2008c)
HPV	Em negociação	Vacina bivalente protege contra os tipos 16 e 18, mais comumente associados a tumores e a quadrivalente, contra os tipos 6, 11, 16 e 18.	Associação entre a infecção pelo HPV (papiloma vírus humano) e o desenvolvimento de neoplasias de colo de útero	Feijó e Sáfadi (2006) Borsato, Vidal e Rocha (2011)
SOROS HETERÓLOGOS		Anticorpos prontos de (obtidos de animais hiperimunizados)	Para atender as situações emergenciais, como no caso de exposição, acidentes por animais peçonhentos graves	Brasil (2001) Brasil (2006c)
SOROS HOMÓLOGOS		Anticorpos prontos de origem ou homóloga (obtidos de seres humanos vacinados ou convalescentes)	Situações emergenciais, como exposição de gestantes e profissionais de saúde susceptíveis a varicela, acidentes graves; violência sexual e acidentes por objetos perfurocortantes com possível exposição ao vírus da hepatite B	Brasil (2001) Brasil (2006c)
PPD	Padronizado em 1955, pela OMS	A prova tuberculínica (com ppd rt 23 - derivado proteico purificado, do lote da <i>renset tuberculin</i>)	Avaliação da sensibilidade ao bacilo da tuberculose (comunicantes e casos suspeitos)	Brasil (2005b) Barreto, Pereira e Ferreira (2006) Brasil (2011d)

Fonte: A autora

Nota: * Quadro organizado de acordo com as referências citadas

As vacinas do PNI são destinadas à prevenção, portanto, tem, no nível primário de atenção, seu principal executor, com estratégias na rotina das salas de vacinação e nas campanhas, nos bloqueios e intensificações vacinais. Por isso, as UAPSs devem manter a interlocução com os demais níveis, para garantir a integralidade da atenção, como no caso de pessoas com agravos específicos atendidos na atenção secundária e terciária, com recomendações para uso de vacinas especiais ou para atendimento de eventos adversos à vacinação e ou nas indicações de soros ou imunoglobulinas (MARTINS et al., 2007; TEIXEIRA; ROCHA, 2010).

Percebe-se que a expansão da vacinação na rede básica de saúde foi facilitada com o processo de municipalização, tendo como principal responsável o trabalho desenvolvido na UAPS, devido seu caráter preventivo e coletivo. Esta expansão após a instituição do SUS pauta-se nos seus princípios norteadores e organizativos, principalmente trabalhando de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da comunidade. Todas as faixas etárias têm acesso à vacinação, justificado pela realidade epidemiológica e disponibilidade dos imunobiológicos (HOMMA et al., 2011).

As vacinas com indicações especiais estão disponíveis nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), imunobiológicos indicados em situações específicas, que devem ser avaliadas por especialista médico, conforme preconiza a Portaria nº 48, de 28 de julho de 2004. São as seguintes: vacina Salk ou contra pólio inativada, contra hepatite A, contra varicela, DTP acelular, Pneumo 23, vacinas combinadas (como a pentavalente e hexavalente), imunoglobulina específica contra hepatite B, contra o tétano, contra varicela (BRASIL, 2006c).

Além das vacinas adotadas no calendário básico pelo Ministério da Saúde, a população recorre também às clínicas privadas que seguem o calendário vacinal aprovado pela Sociedade Brasileira de Imunobiológicos (SBIIm). Entretanto, estas clínicas precisam atender às exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, incluindo licenciamento do imunobiológico e normatização para o funcionamento da Sala de vacinação (BALLALAI, 2005; TEMPORÃO, 2003a).

Quanto à imunização passiva artificial, de ação rápida e transitória, por soros de origem heteróloga (obtidos de animais hiperimunizados) ou homóloga (obtidos de seres humanos vacinados ou convalescentes), sabe-se que estes estão disponíveis nos Cries e/ou nos serviços de emergência para garantir acesso imediato ao usuário

vítimas acidentes graves com risco de adquirir tétano e/ou raiva, acidentes por animais peçonhentos, acidentes por objetos perfurocortantes com possível exposição ao vírus da hepatite B e na exposição de gestantes susceptíveis à varicela e violência sexual. Os soros, apesar de seu efeito protetor, podem desenvolver evento adverso grave devido à reação de hipersensibilidade, como: anafilaxia, doença do soro (BRASIL, 2001, 2005b).

As pessoas vítimas de acidentes antirrábicos chegam nas UAPSs e precisam prontamente serem atendidas e referidas, além da orientação para acompanhamento da saúde do animal agressor, quando viável. Além disso, no município do estudo, as campanhas de vacinação antirrábica animal para cães e gatos acontecem anualmente, quando todo pessoal de enfermagem é acionado e utiliza-se a infraestrutura da sala de vacinação para acondicionamento dessas vacinas.

Embora venha acontecendo a redução das doenças imunopreveníveis no país, ainda é preciso vencer muitos desafios. Neste sentido, observa-se que a enfermeira e a equipe de enfermagem devem extrapolar suas ações para além do espaço limitado da sala de vacinação. Assim devem adotar condutas de vacinação nos ferimentos decorrentes de acidentes e cuidado com o coto umbilical do recém-nascido, orientações no pré-natal, na puericultura, desenvolver trabalhos educativos com orientações à população em geral, integrando os cuidados da atenção primária à saúde, no atendimento das UAPSs.

Por isso, a enfermeira deve conhecer sobre as vacinas disponíveis na sala de vacinação da UAPS e também nos serviços de referência, para contribuir para a integralidade do atendimento do usuário com necessidades específicas. O incentivo do sistema de saúde vigente à autossuficiência nacional contribuiu para a incorporação de novas e modernas vacinas ao PNI, ampliando o acesso da população às diversas vacinas, que antes eram desconhecidas ou disponibilizadas apenas em clínicas privadas.

5.5 SEGURANÇA EM VACINAÇÃO

A vacinação deve ser uma intervenção segura e efetiva. Porém, podem ocorrer surtos ou acontecimentos indesejáveis, denominados eventos adversos (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011; MARTINS et al., 2007). Evento significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença. Já o evento adverso pós-vacinal (EAPV) pode ser desencadeado pela vacinação, devendo ser avaliado adequadamente, para ampliar a qualidade do PNI (BRASIL, 2011a).

Nem sempre a relação entre vacina e evento adverso procede, pois a maioria consiste em associação temporal devido a condições do indivíduo com determinados fatores predisponentes, como: convulsão febril, quadros neurológicos, infecções preexistentes (FERNANDES et al., 2007).

Na investigação de EAPV, diversos motivos podem ser encontrados, como: técnica de aplicação inadequada, fatores individuais predisponentes, fatores relacionados à vacina devido a processo de inativação ou atenuação, adjuvantes, estabilizantes e conservantes, tipo de cepa, cultivo dos microrganismos ou associações temporais (FERNANDES et al., 2007; MARTINS; MAIA, 2003; MARTINS et al., 2007).

Os eventos adversos pós-vacinais constam na lista de agravos de notificação compulsória, sendo, portanto, de notificação obrigatória para todos os profissionais de saúde, sejam médicos, enfermeiras, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino (Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011a), em conformidade com a Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975 (BRASIL, 1975).

Para promover ações articuladas entre o Sistema de Vigilância em Saúde na vigilância pós-registro de vacinas e outros imunobiológicos, foi criado o Comitê Interinstitucional de Farmacovigilância de Vacinas e outros Imunobiológicos (Cifavi) constituído pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Secretaria de Vigilância em Saúde e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade (BRASIL, 2008c).

A farmacovigilância de vacinas e outros imunobiológicos “é o processo de detecção, avaliação, compreensão, prevenção e comunicação de eventos adversos pós-vacinação”, conforme cita o artigo 2º da Portaria Conjunta n. 92, de 9 de outubro de 2008 (BRASIL, 2008a).

Os EAPVs devem ser avaliados cuidadosamente, procurando elucidar se existe associação causal ou não, para contribuir para a qualidade dos programas de vacinação disponíveis à população (BRASIL, 2008 a; FERNANDES et al., 2007).

Ao definir as funções dos diferentes níveis do sistema de saúde, atribui-se às Unidades de Saúde do nível local:

identificar, investigar e notificar à Coordenação de Imunizações e/ou ao serviço de Vigilância de referência do município, devendo orientar os vacinados, familiares e/ou responsáveis, adotar condutas clínicas pertinentes, consolidar e analisar os casos notificados. (BRASIL, 2008 c, p. 28).

Neste sentido, o trabalho da enfermeira deve iniciar pela orientação à população sobre a possibilidade da ocorrência de eventos adversos esperados, como febre, dor e edema local, ou eventos mais graves, como convulsões febris, episódio hipotônico-hiporresponsivo, choque anafilático. Deve estar atenta à composição das vacinas, quanto ao antígeno, ao adjuvante, ao conservante e avaliar os fatores relacionados à pessoa vacinada, como idade, sexo, número de doses, eventos adversos anteriores, doenças instaladas e tratamento atual. Porém, é fundamental avaliar os fatores relacionados à administração, que incluem técnica de aplicação, local de inoculação e via de aplicação, condições dos insumos, como agulha e seringa descartáveis. Desta forma, entende-se que a enfermeira da UAPS contribui para que os objetivos do Sistema de Vigilância Epidemiológica dos EAPVs sejam alcançados.

5.6 ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO

Uma vez disponível a vacina, é preciso definir a estratégia a ser adotada para fazer com que chegue até população-alvo. Assim são adotadas as campanhas de vacinação com dias específicos para esta atividade e estratégias de rotinas de

vacinação para atividades sistemáticas. Em situações epidemiológicas especiais, são indicadas intensificação vacinal e vacinação de bloqueio de surtos (BRASIL, 2005b).

Na estratégia de vacinação de rotina, trabalha-se com atendimento da população em geral, tendo como referência o calendário básico de vacinação do Ministério da Saúde e como local específico a Sala de vacinação das UAPSs. Trata-se de um trabalho sequencial, em que a enfermeira e sua equipe devem estar disponíveis para acompanhar a situação vacinal da população-alvo de cada vacina disponível pelo PNI.

A vacinação de rotina compreende as atividades realizadas de forma contínua, através dos serviços permanentes de saúde, visando assegurar, o mais precocemente possível, a vacinação adequada, para evitar a formação de bolsões populacionais suscetíveis à doença (HOMMA et al., 2011).

Além das salas de vacinação das UAPSs, esta atividade poderá ocorrer em postos de vacinação montados nas localidades distantes da UAPS para facilitar o acesso da população, tanto em áreas rurais como urbana. Também é uma prática frequente dos vacinadores fazer vacinação extramuros, indo até aos domicílios, empresas, hospitais, escolas, creches, igrejas, entre outros.

Nas campanhas de vacinação, é preciso vacinar toda a população-alvo, num curto espaço de tempo. São adotadas para impedir a circulação de microrganismos, levando a um impacto positivo sobre a epidemiologia das morbimortalidades, como no caso do poliovírus, dos vírus da influenza ou em situações de implantação de novas vacinas. A estratégia de campanha constitui também ação complementar para a vacinação de rotina, quando a rede de serviços de saúde for insuficiente para assegurar uma satisfatória cobertura vacinal (BRASIL, 2003a; HOMMA et al., 2011).

“Os dias nacionais de vacinação” ou “Dias D” foram instituídos em janeiro de 1980 no Brasil, somando-se às experiências no controle da poliomielite em outros países latino-americanos e em Cuba e as publicações científicas de Dr. Albert Sabin, acumulando-se ao êxito da erradicação da varíola anunciado pela Assembleia Mundial de Saúde em maio de 1980 (NASCIMENTO, 2011; PEREIRA; BARBOSA, 2007).

É importante salientar que a vacina oral contra poliomielite, aplicada em campanhas, produz extensa disseminação do vírus vacinal, capaz de competir com a circulação do vírus selvagem, interrompendo abruptamente a cadeia de

transmissão da doença. Por ser de administração oral, apresenta facilidade operacional de aplicação e proporciona uma maior disseminação das partículas dos vírus vacinais no ambiente. Pode, direta ou indiretamente, imunizar um maior número de crianças nas campanhas e bloqueios, chamada imunidade de massa ou rebanho (BRASIL, 2012b; NASCIMENTO, 2011; PEREIRA; BARBOSA, 2007).

Devido ao sucesso das ações de vacinação contra poliomielite com a Vacina Sabin e as medidas de vigilância epidemiológica adotadas, em setembro de 1994, o Brasil recebeu o Certificado de Erradicação da Transmissão autóctone do poliovírus selvagem, juntamente com os demais países das Américas. Para impedir a reintrodução e sua disseminação, manteve o compromisso de alcançar anualmente altas coberturas vacinais, de forma homogênea e uma vigilância epidemiológica ativa, com investigação de todos os casos de paralisia flácida e aguda em menores de 15 anos (BARRETO; PEREIRA; FERREIRA, 2006; BRASIL, 2005b; CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006).

A receptividade internacional ao modelo de dias nacionais, após a evidência do êxito no Brasil, ganhou o apoio da Organização Pan-americana de Assistência à Saúde (OPAS), foi acompanhado pelo Unicef e, mais tarde, pela OMS (MELLO et al., 2010; RISI JÚNIOR, 2003).

Em agosto de 2012, foram introduzidas modificações na vacinação contra poliomielite, sendo implantada na rotina a vacina inativada (VIP), para serem aplicadas duas doses, por via intramuscular, nas crianças aos 2 e 4 meses de idade e a VOP aos 6 e 15 meses. Manteve-se a estratégia de campanha com VOP em uma etapa anual para menores de 5 anos por recomendação da OMS (BRASIL, 2012b).

Destacam também as epidemias de sarampo registradas em 1980, 1984, 1986, 1990. Para isso, o Ministério da Saúde iniciou, em 1992, o Plano de Controle e Eliminação do Sarampo, marcado por uma exitosa Campanha Nacional de Vacinação contra o sarampo, indiscriminada para toda a população entre 9 meses e 14 anos de idade (BRASIL, 1998, 2003a).

Em 1996, a vacina combinada de vírus vivos atenuados contra sarampo, rubéola e caxumba, denominada Triviral foi inserida no calendário básico das crianças, após Campanha Nacional de Vacinação, envolvendo menores de 14 anos novamente (BRASIL, 1998, 2003a). Posteriormente, as faixas etárias foram estendidas até 49 anos e implementou-se a vigilância epidemiológica para

erradicação do sarampo e controle e eliminação da rubéola e síndrome da rubéola congênita (BRASIL, 2005b; FEIJÓ; SÁFATI, 2006).

Desta forma, entende-se que a utilização dos Dias Nacionais de Vacinação é uma importante iniciativa para a recuperação da cobertura vacinal, demonstrada por inquérito populacional em todas as regiões do país, principalmente nas capitais do Norte e Nordeste, porque supre as deficiências na rotina de vacinação e aproveita a mobilização do público-alvo e de profissionais de saúde. Entretanto, os motivos alegados para o não comparecimento nestes dias evidenciam a necessidade se de adotarem estratégias diferenciadas de comunicação e organização, que sensibilizem a população-alvo, de acordo com seu local de residência (MELLO et al., 2010; QUEIROZ et al., 2009).

No entender de Luna e outros (2011), os dias nacionais de vacinação influenciam positivamente o trabalhador da vacinação e o serviço de saúde. Segundo os autores, os trabalhadores percebem que esta é uma oportunidade de agir fortemente no controle de doenças transmissíveis, apoiados na composição da estrutura das campanhas.

Para viabilizar a logística de campanha, é necessária uma ação coordenada que articule recursos, insumos, divulgação, capacitações. É preciso prever e prover equipes para a busca passiva, busca ativa e fazer atividades extramuros, incluindo equipes móveis e a participação de voluntários. Também é preciso programar quantidade necessária, disponibilizar espaço físico, equipamentos adequados para conservação, transporte e estocagem, mecanismos e instrumentos de controle, acompanhamento e avaliação.

Para atender à população adulta, é importante organizar vacinação em ambientes de trabalho, para facilitar o acesso daqueles inseridos no mercado de trabalho. Não se deve restringir aos períodos específicos das Semanas Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA), mas deve fazer parte da avaliação admissional e periódica, assim como nos retornos de trabalho, em mudanças de função, na demissão e antes de viagens para áreas de risco (BALLALAI, 2005; SANTOS P. et al., 2011).

A vacinação nos serviços de saúde ocupacional tem como objetivo a prevenção dos trabalhadores aos fatores de risco biológico imunopreveníveis. A partir da história vacinal de cada trabalhador e da exposição ocupacional, definem-se as vacinas que deverão ser administradas (SANTOS P. et al., 2011) aos

trabalhadores. Entretanto, esta traz benefícios também para a empresa, por assegurar o ritmo da produção, evitando faltas, licenças temporárias por adoecimentos imunopreveníveis (BALLALAI, 2005).

Segundo P. Santos e outros (2011), o Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT/NR-4), de acordo com a Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) n. 3.214, de 8 de junho de 1978 (BRASIL, 1978) deve abranger a vacinação como uma atividade de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores para redução de risco ocupacional .

Ressalta-se a importância dessas medidas preventivas nos estabelecimentos de saúde pela relação saúde-trabalho-doença ocupacional. Embora subnotificadas no Brasil, tanto as doenças profissionais de relevância, como a ocorrência de acidentes de trabalho com objeto perfurocortante apontam para a necessidade da vacinação, aliada à vigilância em saúde do trabalhador da saúde (HOMMA et al., 2011; SANTOS P. et al., 2011).

Em todas as estratégias de vacinação orientadas pelo PNI, a enfermeira exerce funções importantes para a concretização da vacinação e a respectiva imunidade da população. Por isso, é fundamental que a enfermeira, responsável pela Sala de vacinação, dialogue com a equipe de vacinadores, para que todos possam se envolver na construção de ações resolutivas, em todas as estratégias a serem adotadas. Deve também fazer parcerias com a comunidade, buscando apoio de lideranças para divulgação das estratégias adotadas.

Desta forma, a equipe deve buscar condições adequadas de funcionamento da sala de vacinação, atendimento em horário que facilite o acesso aos usuários, controle da rede de frio, indicações e agendamentos corretos, registro e organização de arquivos de vacinação, busca ativa de faltosos regularmente, sensibilização e divulgação para os profissionais de saúde e população.

5.7 AVALIAÇÃO DO TRABALHO NA VACINAÇÃO

O trabalho em vacinação não se limita apenas à aplicação de vacinas, requer continuamente avaliação e planejamento das atividades na UAPS, e a enfermeira assume grande responsabilidade. Está sujeito aos fatores intervenientes

do serviço de saúde que podem facilitar ou dificultar o alcance das metas estabelecidas pelo PNI. A vacinação está incluída entre as ações da área de vigilância em saúde que necessita de planejamento e acompanhamento integrado para sua organização (BRASIL, 2011a).

Por isso, avaliação em vacinação deve ser um processo contínuo e dinâmico e deve incluir informações sobre a situação de saúde da população e suas condições socioeconômicas, grau de organização dos serviços e sua capacidade resolutiva. Deve ser desenvolvida em equipe e de forma coletiva, envolvendo coordenação local e representantes da população, com foco no resultado final, que é a redução da morbimortalidade das doenças-alvo.

Segundo Pinheiro e Escosteguy (2006), avaliação é um importante instrumento para o planejamento e tomadas de decisões necessárias à melhoria da qualidade dos serviços de saúde, por permitir orientação mais adequada às necessidades de saúde da população, incluindo demanda, oferta, acesso, uso e equidade.

A necessidade em saúde pode ser analisada sob diferentes ângulos. Conforme explicam Pinheiro e Escosteguy (2006), do ponto de vista do profissional de saúde, necessidade está relacionada ao conhecimento científico sobre o problema identificado, às formas de atenção disponíveis e sua experiência profissional; porém, para a população, esta necessidade depende da percepção individual, influenciada pelos padrões sociodemográficos e culturais e, a partir daí, busca atendimento transformando necessidade em demanda (atendida ou reprimida).

Por isso, a oferta dos serviços de saúde deve seguir o perfil das necessidades da população e estar disponível em quantidade e qualidade suficientes para atendê-la, o que depende de recursos físicos, humanos e equipamentos (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2010).

O acesso aos serviços de saúde abrange dificuldades e resistências que podem estar associados a fatores como disponibilidade de recursos, distância, barreiras geográficas, transporte, tempo de espera, horários disponíveis. Tais fatores representam a acessibilidade geográfica, econômica, cultural e funcional (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2010).

Desta forma, as estratégias adotadas no trabalho na vacinação devem valorizar a forma de organização da demanda, oferta, acesso, uso e equidade

naquele serviço de saúde para atender às necessidades epidemiológicas e populacionais, e a melhor alternativa será aquela que assegure a obtenção e manutenção de altas coberturas vacinais de forma homogênea em toda população-alvo (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011). Assim, espera-se que um serviço de vacinação deve “primar por relevância, eficiência, eficácia, efetividade, progressividade” (BRASIL, 2001, p. 120).

Quanto à relevância, mede-se pela sua relação com a epidemiologia das doenças-alvo, devendo-se contar, para tal, com avaliações abrangentes, que incluam informações interdisciplinares e intersetoriais, comunitárias e políticas, importantes para o sistema de vigilância em saúde (BALLALAI, 2005; BRASIL, 2001; PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2006).

A eficiência da vacinação inclui os efeitos alcançados em relação aos esforços despendidos. Leva em conta as condições reais de trabalho no campo, como a aceitação, a estabilidade térmica das vacinas (conservação), facilidade de aplicação, recursos (humanos, materiais e financeiros) e insumos disponíveis e adequados (BALLALAI, 2005; PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2006).

A eficácia das vacinas requer estudos científicos laboratoriais que antecedem a aprovação para uso em humanos. Diz respeito ao seu grau de proteção em relação às doenças específicas, ou seja, relaciona a capacidade de cada vacina de induzir conversão sorológica (soroconversão), transformando o indivíduo susceptível em imune para a doença específica, e o índice de proteção é variável de acordo com a vacina (BRASIL, 2008c).

A vacinação é um ato para a imunização ativa, cuja eficácia depende da procedência do antígeno e dos processos de obtenção: inativação por métodos químicos ou físicos, atenuação (diminui a patogenicidade e induz a imunidade), por produtos do metabolismo do microrganismo (toxinas, por liberação de componentes ou polissacarídeos de cápsula ou proteínas) e por material genético, obtido por técnica de engenharia genética (BRASIL, 2001).

A efetividade refere-se à redução, controle, eliminação e erradicação na morbimortalidade da doença-alvo, propiciada pela imunidade individual ou coletiva. Espera-se que um serviço de vacinação seja efetivo, ou seja, soma-se eficiência com eficácia (BRASIL, 2001; PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2006). A progressividade desta ação implica acompanhar os níveis de cobertura vacinal (CV), através de

métodos administrativos ou por inquéritos de cobertura (BRASIL, 2001; LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011).

Rotineiramente, os dados de cobertura vacinal (CV) são obtidos pelo método administrativo, a partir dos dados de produção dos serviços de cada uma das Salas de Vacinação (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011).

Para cálculo, utiliza-se no numerador a quantidade de doses aplicadas que alimentam o Sipni e, no denominador, a população-alvo das estimativas populacionais do IBGE ou o número de recém-nascidos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos - Sinasc ou o cadastro populacional no Sistema de Informação de Atenção Básica – Siab (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011).

Essa informação é consolidada nas esferas municipal, estadual e federal, pelo aplicativo do sistema de informação específico, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a), tornando-se possível fazer um acompanhamento da evolução da CV, observar a tendência evidenciada e a necessidade de iniciativas para alcançar os resultados desejados.

O Sipni disponibiliza também tabelas que permitem visualizar déficit e comparar índices de abandono, expresso pela diferença entre uma CV ideal (100%) e uma CV real. Aplicam-se aquelas vacinas com mais de uma dose para o esquema completo (como Tetra, Hepatite B, VORH, Antipólio, Meningo C, Pneumo 10v), sendo índices altos, quando acima de 15%; médios, quando entre 10 e 15% e baixos, quando menores que 10% (BRASIL, 2001; TEIXEIRA; ROCHA, 2010).

A construção desse indicador (CV) apresenta vários problemas, derivados da concepção do sistema de informação e do processo de coleta, podendo apresentar erros que comprometem a garantia da qualidade da informação (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011).

A cobertura vacinal é, na realidade, um indicador de acesso ao PNI. Os fatores que interferem na cobertura vacinal podem ser agrupados em três tipos de condicionantes, do mais geral para o mais específico: sistema de saúde (política), o grau de estruturação das atividades relativas à vacinação (prestadores de serviços e organização) e os usuários. Assim, o planejamento das ações em vacinação deve prever intervenções programadas para grupos em desvantagem social que concretizam políticas públicas compensatórias (MORAES; RIBEIRO, 2008).

Outra opção para conhecer a CV é adotar o método estatístico que retrata mais fielmente a realidade. Este método consiste na obtenção de informações da

própria população, por meio de inquérito ou levantamento de campo realizado em visita nos domicílios de uma amostra representativa (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011).

O trabalho da vacinação nos estados e municípios brasileiros tem enfrentado o desafio de obtenção de resultados homogêneos de CV em áreas geográficas com características distintas, tendo que combater o acúmulo de susceptíveis, com adequada proteção imunitária para a população em geral (BRASIL, 2003a; HOMMA et al., 2011).

Em muitos casos, a vacinação não é feita com a regularidade desejada. A diversidade de condições de vida na população e a acessibilidade aos serviços de saúde podem gerar diferentes coberturas vacinais dentro do município e nos municípios vizinhos, variando também pela capacidade que as áreas vizinhas têm de influenciar e atrair a população de acordo com os serviços disponibilizados, sem adscrição de clientela (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011).

Sabe-se que a heterogeneidade da CV leva ao acúmulo de suscetíveis em estratos populacionais, capazes de determinar a reintrodução ou manutenção da circulação de agentes infecciosos, colocando em risco de novos surtos e epidemias antes consideradas erradicadas ou eliminadas na população (MELLO et al., 2010; MORAES; RIBEIRO, 2008).

Teixeira e Rocha (2010) corroboram que a desagregação da informação por estratos menores dentro dos municípios evidencia a existência de bolsões com CVs baixas, facilitando a adoção de medidas específicas. Por isso, sugerem para avaliação da vacinação que seja adotada a vigilância das coberturas vacinais com medidas como o monitoramento rápido de cobertura (MRC); avaliação da cobertura do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e estimativas populacionais; comportamento dos registros de doses aplicadas, assim como oportunidades perdidas e taxas de abandono; além da observação sobre a mobilidade populacional e migração.

Também deve buscar informação sobre as vacinas aplicadas nas clínicas particulares e conveniadas, que devem somar às informações dos serviços públicos, uma vez que estas Salas de Vacinação são monitoradas pela vigilância sanitária (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011; MORAES; RIBEIRO, 2008).

Entende-se que a avaliação do trabalho na vacinação deve incluir o monitoramento e supervisão para a melhoria do funcionamento deste. Estas ações

não podem ser confundidas com atividade fiscalizadora e punitiva, pois devem contribuir para que as recomendações sejam adotadas, impedindo ocorrência de falhas.

Neste trabalho, é preciso cruzar as informações com o sistema de vigilância epidemiológica através das notificações, investigações de surtos, inquéritos de morbidade e os resultados de coberturas vacinais e garantir equidade do acesso às vacinas (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011).

Acredita-se que as fragilidades nos dados de cobertura vacinal, relacionadas às falhas em registros das doses aplicadas e erros de consolidação dos dados, possam ser sanadas ao viabilizar registros eletrônicos na sala de vacinação das UAPSs do município em estudo, aliados ao comprometimento dos profissionais com este trabalho.

Desta forma, entende-se que a avaliação do trabalho em vacinação é uma atividade complexa, que requer o entendimento de todos os fatores que interferem no resultado final e impedem a efetividade desta ação. Como responsável pela sala de vacinação da UAPS, a enfermeira precisa utilizar de meios e instrumentos para análise contínua desse trabalho, procurando intervir sobre as principais dificuldades encontradas. A avaliação local é uma oportunidade de replanejamento e de retroalimentação para a equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe e para a população e não deve se limitar às solicitações oficiais dos gestores.

5.8 O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA VACINAÇÃO

A enfermeira exerce papel fundamental em todas as ações de execução do PNI. Por isso, ela e sua equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem têm participação ativa no impacto social da vacinação sobre a série histórica dos indicadores de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2003a; PEREIRA; BARBOSA, 2007).

A contextualização da evolução histórica das políticas de saúde e da enfermagem tem mostrado que as dificuldades operacionais representam um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. Entretanto, neste trabalho de saúde coletiva, a enfermeira precisa da interação dos seus diversos saberes para alcançar

as especificidades do seu saber na vacinação para atuar com a sua equipe, a equipe interdisciplinar e a população (ALMEIDA; ROCHA, 1997; SANTOS; SANNA, 2006; WITT; ALMEIDA, 2003).

Entende-se que a enfermeira, ao assumir a responsabilidade pela Sala de vacinação nas UAPSs, deve buscar a participação ativa da equipe de enfermagem e dos demais profissionais da equipe multiprofissional e manter-se em contato frequente com as referências técnicas, para orientá-la em tomadas de decisões importantes (PEREIRA; BARBOSA, 2007).

Os avanços científicos em vacinação têm beneficiado a produção e disponibilização de novas vacinas à população (BRASIL, 2003a, LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011; MARTINS; MAIA, 2003). Isso exige da enfermeira atualização para o bom desempenho neste trabalho. Além disso, a comunidade e, especificamente, os sujeitos/agentes da vacinação precisam de informações esclarecedoras para entender a sua finalidade e para aderir aos esquemas propostos em calendários oficiais da União, assim como participar no controle deste processo. Neste caso, ao ampliar seu vínculo com a população, a enfermeira atua sobre fatores culturais, desenvolve habilidades sociais e educativas, contribuindo para a promoção da saúde em vacinação (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006).

Desta forma, entende-se que vacinação é um assunto que, embora seja abordado na educação formal dos profissionais de enfermagem, precisa ser também discutido em educação continuada e permanente e em capacitações sistemáticas. As capacitações em Sala de vacinação são propostas pelo PNI e pactuadas entre gestores. São destinadas aos profissionais de enfermagem, que são os vacinadores. É um momento de concentração em que as trocas de experiências vividas se somam ao conhecimento científico, com reflexões sobre a prática em vacinação, tornando-os mais inseridos e envolvidos com esta atividade (BRASIL, 2001).

Estas capacitações devem ser apoiadas em uma discussão dialógica em que o facilitador/monitor e os demais profissionais envolvidos na capacitação trocam saberes, experiências e interações e, assim, analisam e reconstroem o olhar da prática em vacinação (BRASIL, 2001).

As condições reais de trabalho da equipe de enfermagem na vacinação devem ser consideradas importantes, pois abrangem avaliação das facilidades e dificuldades. As supervisões com acompanhamento das atividades e assessoria técnica ajudarão a busca de soluções mais rápidas, principalmente aquelas

referentes às indicações, contraindicações, eventos adversos associados à vacinação e termoestabilidade (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2006).

Desta forma, entende-se que o trabalho de enfermagem na vacinação se concretiza em ações realizadas na Sala de vacinação, bem como em domicílio, hospitais, escolas, creches, empresas e em quaisquer das estratégias adotadas, seja nas campanhas, rotinas, intensificações ou bloqueios vacinais.

Assim a responsabilidade da enfermeira no trabalho da vacinação inclui: a orientação à população e à equipe; a execução com ética e segurança; manutenção das condições ideais de conservação de imunobiológicos; zelo pelo funcionamento dos equipamentos; realização de previsão de vacinas e materiais necessários; manutenção de registros em dia; geração de informações para o sistema de informações (SIPNI); acompanhamento e avaliação dos trabalhos da equipe, as coberturas vacinais, o alcance de metas, a ocorrência de EAPV; providência de busca ativa de faltosos, busca de atualização técnico-científica; promoção de momentos na equipe para discussões reflexivas sobre o trabalho na vacinação; participação na e incentivo da educação permanente em saúde; participação de reuniões com os coordenadores de vacinação, gerente e gestor, sempre que necessário.

5.8.1 O cotidiano da sala de vacinação

É no cotidiano da Sala de vacinação que se efetiva a construção do papel da enfermeira e sua equipe na vacinação. Sala de vacinação é um espaço físico destinado ao cuidado em vacinação, portanto deve ter paredes e pisos laváveis; ter pia e interruptores para uso exclusivo de cada equipamento elétrico; ser arejada e bem iluminada, evitando-se, porém, a incidência de luz solar direta, ter área mínima de nove metros quadrados, com dimensão mínima de 2,50 metros (ARANDA; MORAES, 2006; BRASIL, 2008b; LUNA et al., 2011).

A sala de vacinação é o local destinado exclusivamente para este fim. Por isso, espera-se que, neste espaço, o trabalho da enfermeira e dos técnicos e auxiliares de enfermagem seja compartilhado, e a enfermeira detém o maior nível de qualificação (FRIEDRICH, 2005).

Para que seja um trabalho apropriável ao usuário, esta atividade precisa interligar conhecimentos teóricos com a prática, e os agentes do cuidado (vacinadores e população) devem passar por transformações que contribuem para um novo entendimento sobre a importância da vacinação (PEREIRA et al., 2009; SANNA, 2007).

Com esta perspectiva, o trabalho da enfermeira na vacinação se dá em meio às relações sociais de produção, para as quais o profissional de saúde neste cuidado aplica saberes e competências, que vão determinando os produtos e os resultados, com utilização de tecnologias apropriadas.

Na sala de vacinação, o fazer da enfermagem inclui ações técnicas, administrativas, operacionais, educativas, que, adotando a conceituação de Merhy e outros (2004, p. 23), operam com “tecnologias leves – os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde – e tecnologias leves-duras – os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos”.

Desta forma, a enfermeira, no trabalho da vacinação, deve adotar as recomendações específicas sobre conservação, manipulação, administração, acompanhamento de eventos adversos pós-vacinais, educação para saúde, orientações sobre agendamentos, busca ativa, adesão da população (BISETTO; CUBAS; MALUCELLI, 2011; BRASIL, 2001).

Por isso, está preconizado pelo Ministério da Saúde que os Manuais, Resoluções e Informes técnicos operacionais sejam disponibilizados nas salas de vacinação para consultas pelos profissionais, para assegurar a realização de procedimentos e informações confiáveis aos usuários (BRASIL, 2001, 2003a). Além disso, é exigido pelo órgão fiscalizador da categoria de enfermagem que todo serviço de enfermagem tenha disponível o seu Manual de Normas e Rotinas para todos os procedimentos inerentes àquele setor, sendo, portanto, incluída a vacinação (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010).

Estas padronizações devem nortear o trabalho em Sala de Vacinação, contudo o profissional deve manter um olhar crítico e reflexivo sobre o gesto vacinal e os fatores que interferem para a eficiência e eficácia desta ação (ALMEIDA; ROCHA, 1997; BALLALAI, 2005). No cotidiano da sala de vacinação das UAPSs, o fazer da enfermeira abrange ações antes, durante e depois da aplicação das vacinas para as quais é preciso diálogo com os diversos atores sociais que compõem o

sistema de saúde. Este trabalho acontece, entre as demais atividades da ESF, por isso, deve se apoiar nas ideias nucleares da proposta de ESF que são “a territorialização e vínculo” segundo Merhy e outros (2004, p. 97).

Assim, para estruturar o serviço de vacinação na UAPS, voltado para o sujeito do cuidado, é preciso que a enfermeira se informe sobre o diagnóstico da situação de sua área de atuação; deve procurar conhecer as reais necessidades da população, seu perfil social e epidemiológico e a distribuição num dado território e também valorizar a formação de vínculo com a população, o que contribui para organização das relações sociais.

Desta forma, o planejamento para as estratégias de vacinação de rotina, campanha, bloqueios ou intensificação deve ter por base critérios populacionais, que serão decisórios na definição de metas, de previsão de recursos financeiros, materiais, humanos, insumos, tipos e doses de vacinas, transporte, divulgação, equipamentos, rede de frio adequada, espaço físico exclusivo para uma sala de vacinação (BRASIL, 2001). Este planejamento deve ser integrado ao sistema organizacional da UAPS e dos departamentos e serviços afins da Secretaria de Saúde do município.

Além disso, precisa contar com serviços de apoio suficientes para facilitar o desempenho de suas atividades que incluem fornecimento de vacinas e insumos, transporte, manutenção preventiva e corretiva para equipamentos, infraestrutura com localização e espaço adequado da sala de vacinação (MELO; OLIVEIRA; ANDRADE, 2010)

Para garantia da potência das vacinas, é preciso uma rede de frio para conservá-las no nível local em refrigeradores com temperatura de 2 a 8°C; portanto deve contar com abastecimento de energia elétrica e/ou sistema substitutivo, como uso de geradores. Precisa também de caixas térmicas de material isolante e termômetros para monitoramento das temperaturas internas dos refrigeradores. A temperatura do ambiente da sala de vacinação não deve exceder a 20°C, por isso recomenda-se climatização, com instalação de aparelhos de ar refrigerado (BRASIL, 2007; MELO; OLIVEIRA; ANDRADE, 2010).

A sala de Vacinação deve estar aberta ao público em tempo integral de funcionamento da UAPS e, em situações de vacinação extramuros, esta atividade deve se adequar ao horário da necessidade referida, seja em creche, escolas, empresas, instituições asilares, presídios, entre outros.

Antes do procedimento da vacinação propriamente dita, a enfermeira e sua equipe de enfermagem devem acolher a pessoa a ser vacinada, procurando entender seus medos, angústias, experiências e verificar atentamente as indicações, contraindicações, falsas contraindicações e eventos adversos em vacinação posterior, assim como necessidade de vacinas especiais indicadas.

Durante a vacinação, devem ser adotados princípios de biossegurança, além de ser feito o preparo da vacina de acordo com as apresentações diversas, decidir o local de aplicação e usar a técnica de aplicação para medicações orais e injetáveis pelas vias indicadas: intradérmica, subcutânea ou intramuscular, conforme normas técnicas vigentes (SANTOS P. et al., 2011).

Os registros do trabalho executado são uma necessidade e têm implicações legais, portanto devem ser feitos por quem os executou. Neste caso, devem constar anotações no cartão de vacinação do usuário, no cartão de arquivo da UAPS, quanto ao lote e data de validade do frasco de vacina, a data e a assinatura do profissional (BRASIL, 2001).

Estes registros dos dados sobre a vacinação podem ser eletrônicos ou manuais e devem ser usados para efeito do monitoramento, supervisão e avaliação. Observa-se que, na maioria dos serviços de saúde do município em estudo, há o registro manual. Estas informações são importantes para alimentar o Sistema de Informação do PNI, cujo fluxo inicia na sala de vacinação e passa para a coordenação municipal, estadual e federal (BRASIL, 2008a).

A sala de vacinação precisa de cuidados especiais que incluem a limpeza da geladeira, caixas térmicas e bobinas de gelo e também a limpeza diária e desinfecção periódica do ambiente. Incluem também os cuidados com o lixo, sendo recomendada a inativação por autoclavagem dos frascos de vacinas de microrganismos vivos, antes do envio para a coleta de lixo hospitalar (BRASIL, 2001; GARCIA; BETINA, 2004).

Caso ocorra evento adverso após aplicação de uma vacina, deve ser assegurada a assistência ao usuário, devendo contar com a atuação da equipe local e, se necessário, referenciar para serviço de emergência ou assistência hospitalar, configurando-se a necessidade de uma rede de assistência para a integralidade do cuidado (FERNANDES et al., 2007; LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011; SILVA, 2009).

Entretanto, observa-se que as enfermeiras que atuam na sala de vacinação das UAPSs estão inseridas também em outras diversas responsabilidades e funções inerentes à ESF, o que pode interferir neste processo de trabalho. Entretanto, devem priorizar a vacinação como uma efetiva ação preventiva e coletiva, devendo incentivar a participação dos auxiliares e técnicos de enfermagem nas buscas de solução para os problemas encontrados, além de ter participação ativa nas reuniões de representações comunitárias e nas discussões de políticas de saúde para garantia das condições de trabalho em vacinação e de acesso da população (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Na comemoração dos resultados positivos dos primeiros 30 anos do PNI (em 2003), destacou-se o seguinte:

num país tão imenso como o nosso, as vacinadoras e vacinadores do Brasil fazem chegar a vacina até onde, em tese, é impossível ir; seja nas vastas regiões cobertas por matas e cortadas por rios, seja no emaranhado das favelas que sobem os morros e se espalham pelas periferias das metrópoles, “as mulheres e homens do PNI dão um jeito de alcançar os locais mais remotos, mais inacessíveis”. (BRASIL, 2003a, p. 12).

Porém, o trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSs ocorre em meio a diversas situações que podem gerar conflitos inerentes às relações entre os membros da equipe de enfermagem e da ESF e de grupos populacionais, e também à organização do trabalho e à divisão técnica.

As condições de trabalho e necessidades dos trabalhadores e população nem sempre coincidem com os interesses e decisões políticas dos gestores, gerando insatisfações e frustrações (ALMEIDA; ROCHA, 1997). As enfermeiras, ao combinarem ações dirigidas à vacinação em relação às ações do trabalho da enfermagem na APS, precisam valorizar a autonomia que esta atividade lhes confere, expressa pela capacidade de decidir em cada caso, o que dependerá de investimento na capacitação, dedicação, responsabilidade compartilhada, envolvimento com a população (ALMEIDA; ROCHA, 1997; LUNA et al., 2011; QUEIROZ et al., 2009).

Portanto, entende-se que a enfermeira comprometida com o trabalho da sala de vacinação deve reconhecer que este transcende a demarcação de área adscrita e do espaço físico da UAPS. Deve focalizar o trabalho na vacinação de acordo com

o princípio da integralidade, com assistência humanizada, adotando intervenções privilegiadas do fazer da enfermagem que contemplem eficientemente o processo saúde-doença, possibilitando ao cidadão a adoção de um comportamento saudável e participativo, além do acesso consciente a um direito adquirido. Deve buscar também elementos multidisciplinares, como os sociológicos e filosóficos, que lhe permitam relacionar experiências e valores dos indivíduos, numa visão de promoção da saúde em sala de vacinação.

Embora a equipe de enfermagem da UAPS atue em uma complexidade de demandas para atender às necessidades dos usuários de sua área de atuação, a vacinação continua sendo uma ação preventiva e coletiva de grande responsabilidade que precisa continuar tendo um espaço definido nas agendas desses profissionais. É preciso superar as limitações e vencer os conflitos que emergem no trabalho da enfermagem em vacinação nas UAPSs (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

A enfermeira deve subsidiar as competências da equipe de enfermagem nesta atividade, que é comemorada, considerando-se o impacto social que sucede da mudança no perfil da morbimortalidade por doenças transmissíveis no país, devido à ampliação da oferta das vacinas no calendário básico de vacinação e às respectivas coberturas vacinais de forma eficaz e eficiente.

Os desafios do trabalho da enfermeira na vacinação devem contemplar melhores desempenhos e com maior participação dos profissionais envolvidos nos processos administrativos e operacionais, sustentados no trabalho em equipe, descentralização de decisões, flexibilidade e inovações, frente às expectativas, anseios e receios da população (FIGUEIREDO; MELLO, 2003; SANTOS P. et al., 2011).

Os profissionais de enfermagem que atuam na sala de vacinação das UAPSs devem ser acolhedores, procurando ouvir atentamente o que a população tem a dizer, entendendo suas relações e subjetividades sobre os procedimentos de enfermagem e aproveitar para promover educação para a saúde. É uma oportunidade para aprimorar a comunicação com o usuário e responsável, estreitando o vínculo com a clientela (FIGUEIREDO; MELLO, 2003).

Os esquemas do calendário básico de vacinação pressupõem retorno periódico do usuário à sala de vacinação, com agendamento predefinido, o que facilita o envolvimento e conhecimento de outras necessidades da pessoa a ser

vacinada e de sua família. Por outro lado, a captação dos usuários pode acontecer no momento em que eles recorrem à UAPS para outros atendimentos, seja de enfermagem e/ou dos demais da equipe. Deve-se fazer também a busca ativa nos domicílios, empresas, escolas, creches, entre outros. Ao intensificar a comunicação e acolhimento para aproveitar a oportunidade para vacinação, amplia-se o alcance das metas, consolidando-se assim o papel efetivo da enfermeira na vacinação (FIGUEIREDO; MELLO, 2003).

São necessárias modificações e readaptações, com avaliações contínuas, buscando parcerias e interlocuções que ampliem a comunicação e o vínculo com a população e a estrutura administrativa (FIGUEIREDO; MELLO, 2003; SANTOS, P. et al., 2011). Por isso, a enfermeira, como líder da equipe de enfermagem, deve viabilizar a gestão desse trabalho na vacinação na UAPS.

Do referencial teórico acima se depreende que o SUS e seus desdobramentos, o trabalho da enfermeira nas UAPSs e a vacinação são marcados por seus aspectos históricos, desencadeados e impulsionados pelas contradições que mobilizaram seus avanços, tendo repercutido sobre o desenvolvimento e transformações do trabalho da enfermeira na vacinação, sobretudo na atenção primária à saúde de um município da Zona da Mata de Minas Gerais.

Por isso, buscou-se analisar o trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSs de um município da Zona da Mata mineira. Foram identificadas facilidades e dificuldades deste trabalho de vacinação nas UAPSs que geram contradições, conflitos e tensões na prática da enfermeira e procurou-se descrevê-la nos contextos das transformações das UAPSs.

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSs de um município da Zona da Mata mineira.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar facilidades e dificuldades do trabalho da enfermeira na vacinação na UAPS que geram contradições, conflitos e tensões;
- Descrever o trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSs nos contextos das transformações desses setores.

7 PERCURSO METODOLÓGICO

7.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa a partir de uma concepção dialética. Com esta concepção da totalidade da realidade natural e social e do pensamento, emergem a materialidade dos fenômenos e a possibilidade de conhecê-los. Nesta perspectiva, esta abordagem buscou responder aos objetivos do estudo, pois permitiu uma aproximação às contradições, conflitos e tensões presentes na realidade dos sujeitos. A dialética originou-se da presença dos movimentos contraditórios e em permanente transformação que marcaram as classes sociais (MINAYO, 2004).

Para analisar o trabalho da enfermeira na vacinação, procurou-se identificar as dificuldades e facilidades e descrever sobre este trabalho nas UAPSs nos contextos de um município da Zona da Mata mineira, constituindo os temas de análises. Buscaram-se explicações coerentes, lógicas e racionais para o trabalho da enfermeira na vacinação, para compor uma concepção científica desta realidade.

Para dar base e orientação ao pensamento científico deste estudo, filosoficamente, utilizou-se da lei da negação da negação, que, a partir das afirmações, procurou analisar e construir as sínteses (MINAYO, 2004; TRIVIÑOS, 2007).

Os princípios da matéria, da consciência e da prática social constituem as categorias de análise, ou seja, a matéria se refere à realidade objetiva que existe fora da consciência; a consciência reflete a imagem da realidade objetiva (sensações, percepções, representações, conceitos, juízos) e a prática social orienta e transforma a natureza e a vida social e conduz à mudança da realidade (MINAYO, 2004; TRIVIÑOS, 2007).

7.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Esta pesquisa tem como campo de investigação as Unidades de Atenção Primária à Saúde que aderiram à ESF em um município situado no centro regional da Zona da Mata, ao sudeste do Estado de Minas Gerais. É considerado município desde 31 de maio de 1850, quando foi desmembrado do município de Barbacena. Desde 2001, está dividido em sete centros regionais, denominados norte, nordeste, leste, centro, sudeste, sul e oeste (GERALDO, 2011).

Para contextualizar este cenário, destacam-se alguns pontos essenciais para o entendimento da dinâmica socioeconômica do município em questão. Este município está localizado na região sudeste do país, ocupando uma área de 1429,875 km², sendo 446,551 km² de área urbana e 983,324 km² de área rural. Possui relevo com colinas côncavo-convexas e vales com altitude máxima de 1.104 m e mínima de 467 m (GERALDO, 2011; TAVARES, 2006).

A maior concentração da população na região urbana teve início com processo migratório rural-urbano no momento em que os investimentos na produção agrícola e pecuária do município e região não acompanharam o processo de modernização industrial (GERALDO, 2011).

O destaque da produção industrial do município no século XX tornou-o conhecido como Manchester Mineira. Migrou da indústria têxtil e alimentícia para indústria siderúrgica e química. Atualmente, conta com dois distritos industriais localizados na região norte, próximo ao Bairro Benfica e no Bairro Milho Branco, pelas proximidades com as rodovias BR-040 e BR-267, e sistema ferroviário que facilita a comunicação com os portos do Rio de Janeiro e São Paulo, além da proximidade do Aeroporto Regional da Zona da Mata (GERALDO, 2011; JUIZ DE FORA, 2010; TAVARES, 2006).

No município, o setor terciário tem grande importância econômica e ampla oferta de mão de obra, destacando-se o comércio, a logística e prestação de serviços e educação. A oferta de serviços educacionais atrai a população das cidades vizinhas e de outros estados, uma vez que conta, além da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, com outras instituições universitárias particulares e cursos técnicos (JUIZ DE FORA, 2010).

A habitação neste município possui um padrão diversificado, influenciado pela renda e poder aquisitivo de seus habitantes. A dinâmica populacional que se dava antes do campo para a cidade, agora muda do centro para os bairros, com construção de casas e apartamentos para corrigir o déficit habitacional. Neste momento, destacam-se duas modalidades de grandes contrastes: a comercialização de moradias por baixo custo pelo “Programa Minha casa, minha vida” para atender aqueles moradores oriundos de área de risco versus o crescimento de espaço privado de habitação com surgimento de condomínios residenciais (GERALDO, 2011; JUIZ DE FORA, 2010).

Quanto ao saneamento básico, a cidade apresenta boas condições, com água tratada em 95% e coleta de lixo em 98% das residências. Possui 92,8% de instalações sanitárias ligadas à rede de esgoto, precisando ampliar o tratamento de esgoto, antes do seu destino final (GERALDO, 2011; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [c201-]).

A população recenseada em 2010 era de 516.247 habitantes e apresentava um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,828 no ano 2000, estando no grupo de cidades de alto desenvolvimento humano (IDH maior que 0,8), marcado pela educação com índice de alfabetização na faixa etária de 10 a 49 anos igual a 98,5%, renda per capita de 419,39 reais, e o crescimento da longevidade que alcançou 12,51% da população com 60 anos ou mais (JUIZ DE FORA, 2010; TAVARES, 2006).

Dados do recenseamento geral do município apontam crescimento de 61,8% de 1970 para 2001 e de 2001 para 2010 cresceu 84,6%, tendo variado a taxa de crescimento anual respectivamente 3,73%, para 2,4% para 1,1% (GERALDO, 2011; JUIZ DE FORA, 2010; TAVARES, 2006).

Quanto aos serviços de saúde, Juiz de Fora ocupa a posição de polo microrregional para serviços especializados de média e alta complexidade hospitalares, sendo sede de uma Superintendência Regional de Saúde que responde por 70 municípios.

O perfil epidemiológico do município constitui-se por uma população de 6.794 crianças nascidas vivas em 2012 e taxa de natalidade de 12,9 para 1000 habitantes, com tendência de estabilidade. No mesmo ano ocorreram 4.042 óbitos, com taxa bruta de mortalidade geral de 7,5 por 1000 habitantes sendo que as doenças do aparelho circulatório ocuparam 24,8%, as neoplasias 15,9%, doenças

do aparelho respiratório 14,6%, causas externas 8,6%, doenças infecto-parasitárias 4,4%. A mortalidade infantil atingiu 14,1 para 1000 nascimentos vivos, sendo que as causas redutíveis somam 91% desses, indicando necessidade de melhor qualidade da assistência ao pré-natal, parto e ao recém-nascido (COSTA, 2013; MAGALHÃES, 2013).

Esta diversidade de perfis do município, social, econômico e epidemiológico, configura-se em espaços com padrões de desigualdade social que estão presentes no enfrentamento das ESFs nas UAPSs deste município.

Desta forma, desde a instituição do SUS, este município vem passando por transformações no seu modelo de gestão para adequar as necessidades e expectativas da população residente e do entorno, por tratar-se de uma cidade sede regional. Atualmente, o modelo de gestão é do tipo pleno de sistema de saúde.

O organograma atual da Secretaria de Saúde do município é composto de cinco subsecretarias que são: atenção primária à saúde, atenção secundária, urgência e emergência, vigilância à saúde, regulação (JUIZ DE FORA, 2010).

A rede pública de saúde tem como principal porta de entrada na zona urbana as 43 UAPSs, sendo que 72% destas aderiram à ESF (31 UAPSs, com 94 equipes de ESF, compostas de enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico e agentes comunitários de saúde), representando uma cobertura da ESF para cerca de 70% da população (376.000 habitantes). O município possui quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), localizadas nas regiões norte, leste, oeste e sul; um Pronto Atendimento Infantil (PAI) localizado na região centro; unidades secundárias de clínicas especializadas todas localizadas na região centro e três hospitais públicos (JUIZ DE FORA, 2010).

A coordenação de vacinação foi municipalizada em 1990 e, desde então, está ligada ao Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, coordenado por enfermeira deste e do quadro efetivo.

A vacinação está disponível em todas as UAPSs da zona urbana e na unidade de referência secundária em saúde da criança, localizada na área central. Na zona rural, a vacinação é programada periodicamente, não disponibilizando de sala de vacinação fixa.

Os dados de cobertura vacinal fornecidos pelo Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde deste município estão disponíveis no banco de dados do Sistema de Informações do PNI. Facilitam avaliar as coberturas

vacinais nas estratégias de campanha e rotina de vacinação e podem ser desagregados por UAPS.

A Tabela 1, a seguir, apresenta as coberturas vacinais que constaram nas pactuações entre a esfera municipal e a estadual.

Tabela 1 – Cobertura vacinal nas campanhas e rotina no município do estudo, 2005-2011

Vacinas/ ANO	META (%)	2005 (%)	2006 (%)	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)
Antipolio oral campanha 1 ano	95	79,9	78,3	77,9	87,2	95,7	84,9	100,4
Tetravalente (DTP + Hib) < 1 ANO	95	96,4	91,7	85,3	86,7	85,7	88,6	95,7
Contra influenza 60 anos ou mais	80	79,9	73,9	73,6	71,2	73,4	81,6	84,5

Fonte: baseado em Juiz de Fora (2010)

A série histórica do período de 2005 a 2011 mostra as respectivas coberturas vacinais para a vacina da rotina Tetravalente e das campanhas de Antipoliomielite oral e contra influenza (BRASIL, 2013). Estes dados mostram que o município tem encontrado dificuldades para alcançar as metas mínimas estabelecidas, tanto na estratégia de rotina como em campanhas de vacinação.

7.3 SUJEITOS

Os sujeitos deste estudo foram enfermeiras que trabalham nas UAPSs de Estratégia de Saúde da Família, convidadas por ocasião da visita da pesquisadora às UAPS e em reunião do polo de educação permanente em saúde. Os sujeitos receberam todas as informações sobre a pesquisa, especialmente acerca do objetivo e procedimentos e tiveram ampla liberdade para aceitar ou recusar o convite.

Na seleção dos sujeitos para a participação no estudo, foram incluídas aquelas que têm vínculo empregatício com a Prefeitura maior que um ano,

independentemente de estarem com contratos temporários ou efetivos. Aquelas que aceitaram, compareceram nas datas previstas para as entrevistas em grupo focal e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Participou do GF um total de nove enfermeiras. Como critério de exclusão, não participaram as enfermeiras da UAPS onde a pesquisadora trabalha, exceto para validar o instrumento de coleta de dados.

7.3.1 Perfil das enfermeiras entrevistadas

O Quadro 2, a seguir, apresenta algumas características das enfermeiras que participaram das entrevistas em grupo focal, realizado no mês de maio de 2012, refletindo o perfil das enfermeiras que atuam na vacinação nas UAPSs.

Quadro 2 – Características das enfermeiras que participaram do grupo focal, maio de 2012

	Nome de fantasia	Idade	Tempo após graduação	Tempo de atuação na UAPS	Vínculo	Especialização
Entrevista individual	Azaleia	29	5 anos	1 ano e 2 meses	Contrato temporário	Saúde da Família
Grupo focal	Hortência	69 anos	32 anos	28 anos	Efetivo	Saúde da Família
Grupo focal	Margarida	28	6 anos	2 anos	Efetivo	Saúde da Família
Grupo focal	Jasmim	33	11 anos	2 anos	Contrato temporário	Saúde da Família
Grupo focal	Lírio	39	15 anos	8 anos	Efetivo	Saúde da Família
Grupo focal	Dama-da-noite	53	27 anos	10 anos	Efetivo	Saúde da Família
Grupo focal	Dália	54	28 anos	10 anos	Efetivo	Saúde da Família
Grupo focal	Violeta	49	25 anos	23 anos	Efetivo	Saúde da Família
Grupo focal	Rosa	27	6 anos	1 ano e 6 meses	Contrato temporário	Saúde da Família
Grupo focal	Orquídea	43	16 anos	14 anos	Efetivo	Saúde da Família

Fonte: A autora (Item I do Apêndice B)

Nota: Os depoimentos da enfermeira Azaleia não estão incluídos no grupo focal

O grupo focal compôs-se de nove enfermeiras que aceitaram participar da pesquisa. A faixa etária compreendeu entre 27 e 69 anos e o tempo de conclusão da graduação variou entre seis e 28 anos, havendo, portanto, profissionais formados por diversas grades curriculares. O tempo de trabalho dessas enfermeiras nas UAPSs do município em estudo variou de um ano e seis meses a 28 anos. Todas as depoentes fazem parte das equipes de ESF das UAPSs, com carga horária de trabalho de oito horas diárias. As características comuns favoreceram a troca de experiências entre as depoentes e a proximidade com o objeto de discussão.

No momento do estudo, existiam duas modalidades de vínculo empregatício no quadro a equipe de enfermagem nas UAPSs, sendo que aqueles com contratos temporários aguardavam por sua efetivação, uma vez que se submeteram a um concurso público anteriormente. Este fato se estende aos auxiliares e técnicos de enfermagem de suas equipes que eram todos contratados como auxiliares de enfermagem I, pois não existia a função de técnico de enfermagem no Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), sendo que os técnicos, para ascensão de cargo ao nível de auxiliar II, submetiam-se a um curso preparatório obrigatório com realização de provas.

Conformando este perfil, percebe-se que a força de trabalho de enfermagem está apoiada na Lei do exercício das profissões de enfermagem e em legislações que tratam do SUS e ESF, dentro do contexto da construção histórica do sistema de saúde e da enfermagem. Witt e Almeida (2003, p. 436) corroboram que o profissional deve “colocar em prática os fragmentos emprestados a diferentes especialidades e fazer uma combinação desses, de acordo com sua experiência”.

O modelo de saúde atual preconiza para a atenção primária à saúde a construção de trabalhos coletivos e democráticos. Por isso o perfil da enfermeira que se pretende para a ESF é o de percepção geral com embasamento generalista e com visão crítica e reflexiva (MERHY et al., 2004; PEREIRA et al., 2009).

Todas as depoentes registraram que possuem curso de pós-graduação com especialização em Saúde da Família, o que indica investimento deste profissional para aprimoramento para as competências técnicas e científicas na APS. Isso reflete na aptidão e habilidade da prática desse profissional.

7.4 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo aos aspectos éticos de pesquisa, todas as etapas de realização do estudo foram pautadas nas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, contempladas na Resolução do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde n. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996a).

Para esta pesquisa, foi encaminhado projeto ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, Parecer n. 321/2011, Protocolo CEP-UFJF 25623022011; FR: 477671; CAAE: 0295.0.180.000-11 (Anexo A), tendo sido apreciado e aprovado em 15 de dezembro de 2011. Antes de seu encaminhamento ao Comitê de Ética, solicitou-se autorização à Secretaria Municipal de Saúde para realização desta pesquisa de campo (Apêndice C).

7.5 COLETA DE DADOS

Como instrumentos de coleta de dados para o trabalho de campo foram utilizadas duas técnicas complementares de entrevista como prática dialógica de interação social, que expressa a realidade num dado contexto: a entrevista semiestruturada individual e em grupo focal (GF), e as informações coletadas na primeira serviram de base para as discussões do grupo focal.

Na entrevista semiestruturada, é permitido ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto sem se prender à indagação formulada. Facilita a aproximação e dá maior flexibilidade ao entrevistador no diálogo com o entrevistado (MINAYO, 2004; TRIVIÑOS, 2007).

O grupo focal tem a finalidade de obter a fala em debate, em que são discutidos vários pontos, gerando conceitos, impressões, concepções sobre determinado tema. É utilizado no entendimento de diferentes percepções e atitudes sobre um determinado fato ou prática, cujo objetivo é permitir ao pesquisador coletar dados a partir de uma discussão focada em tópicos específicos e diretivos (LERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Nesta pesquisa, primeiramente, utilizou-se a entrevista semiestruturada individual na abordagem sobre o trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSSs para validar o instrumento de pesquisa (roteiro de entrevista – Apêndice D). Desta forma, foi possível construir questões para o cenário do grupo focal.

No grupo focal, a coordenadora/pesquisadora conduziu a discussão, permitindo que cada participante compartilhasse oralmente seu entendimento e experiências sobre o trabalho da enfermeira na vacinação e buscando o aprofundamento da discussão. Contou com um relator para auxiliá-la, fazendo as observações e anotações sobre o processo criativo e interativo, além de colaborar nos aspectos organizacionais.

Ao adotar a técnica de grupo focal, a pesquisadora traçou o planejamento da coleta de dados preliminarmente. Assim, seguiu um roteiro nesta etapa do trabalho de campo, a saber: a) Foi convidada uma colega mestranda para participar do GF como observadora; b) Foi solicitada à supervisão do Departamento de APS a aplicação do GF e eleito o local para realização da reunião em área central de fácil acesso e disponível para fins de sala de aula (Escola de Governo da Prefeitura); c) Foi feito, inicialmente, para a seleção das participantes, convite às enfermeiras por ocasião da visita da pesquisadora às UAPSSs e em reunião no Polo de Educação Permanente em Saúde (PEPS); d) Feita apresentação do projeto de pesquisa e autorização institucional para as convidadas que compareceram aos encontros marcados, as quais assinaram o TCLE; e) Foi dada explicação sobre a técnica de entrevista de GF; f) Preocupou-se em promover uma dinâmica de apresentação para integração das participantes. Cada enfermeira registrou dados sobre seu perfil profissional.

Antes da entrevista do GF, foram adotados pseudônimos escolhidos pelas próprias participantes do estudo, sob a temática de “flores” e distribuídos os crachás com os respectivos pseudônimos e orientados sobre a técnica de grupo focal (Margarida, Jasmim, Lírio, Dama-da-noite, Dália, Violeta, Rosa, Orquídea, Hortêncina).

As questões formuladas para embasar a discussão em grupo focal foram apresentadas em projeção de *Power Point*: como se caracteriza o trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSSs do município da Zona da Mata de Minas Gerais? Existem contradições, conflitos e tensões neste trabalho? Quais? Debater sobre as facilidades e dificuldades encontradas neste trabalho.

Assim, o grupo focal foi realizado em maio de 2012, em dois encontros com as enfermeiras selecionadas, com uma duração de 90 minutos por sessão. Ao final, a pesquisadora encerrou agradecendo a participação dessas enfermeiras. As entrevistas individuais e no grupo focal foram gravadas e transcritas na íntegra para estudo posterior, com aquiescência das entrevistadas e ficarão arquivadas com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos e, após, serão incineradas.

As enfermeiras selecionadas apresentam características comuns associadas ao tópico pesquisado e mantiveram a tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos.

7.5.1 A entrevista individual

Utilizou-se da entrevista semiestruturada individual (APÊNDICE D) para validação do instrumento para o grupo focal, sendo abordadas as principais dificuldades e facilidades da enfermeira na atuação na sala de vacinação. Desta entrevista individual, emergiram os seguintes temas pertinentes à realidade da enfermeira nas UAPSs: vinculação empregatícia, relacionamento enfermeira-auxiliar de enfermagem-gerente, o registro, conhecimento sobre a cobertura vacinal e o alcance das metas, indicações e orientações, aceitação da população/adesão, preparo da equipe, capacitações, estrutura física da sala de vacinação, abastecimento de insumos e vacinas, o seu cotidiano na UAPS.

Neste momento, percebe-se a pertinência do estudo e maior aproximação da pesquisadora com a realidade dialógica a ser explorada nos dois encontros do grupo focal.

O mesmo instrumento foi disponibilizado às participantes do GF que completaram dados referentes à construção do perfil das enfermeiras entrevistadas.

7.5.2 A entrevista do grupo focal

Os debates que emergiram no GF são complementares e constituem relevância para as enfermeiras entrevistadas. Isso facilitou o trabalho da pesquisadora. Tratou-se da realidade objetiva (matéria) sobre a vacinação no cotidiano das UAPS; da consciência (imagem da realidade) sobre o trabalho da enfermeira e da equipe de enfermagem refletida nas percepções, conceitos, juízos e sensações das entrevistadas e da prática social da enfermeira frente aos diversos contextos das políticas de saúde e de vacinação.

Buscou-se, nos depoimentos das participantes do GF, separar as unidades de significado que representam os subtemas, contidos nos temas. Os temas definidos a partir da coleta de dados se apoiam no referencial teórico sobre o SUS, trabalho da enfermeira e vacinação. Assim foram selecionados os temas e subtemas, buscando analisar a realidade concreta do trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSS, numa perspectiva dialética.

7.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados deu-se a partir da análise de conteúdo dos textos oriundos dos depoimentos das entrevistadas. Utilizou-se como técnica a análise temática, por melhor se adequar à investigação sobre saúde (MINAYO, 2004). Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo “parte de uma literatura para atingir um nível mais aprofundado que ultrapassa os significados manifestos”. Relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados (MINAYO, 2004, p. 203).

Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo, a análise temática consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença significa alguma coisa para o objetivo analítico”. Possui três etapas: pré-análise (o “corpus”), exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2004, p. 209).

Após a transcrição dos depoimentos das entrevistas semiestruturadas e do GF, utilizou-se a técnica de análise de temas. Constituiu-se, assim, dos seguintes momentos: fez-se, primeiramente, a leitura cuidadosa dos depoimentos, procurando destacar as informações significativas. A seguir, procurou-se organizá-las, agrupando-as de acordo com o objetivo do estudo e as características de homogeneidade, pertinência, exaustividade, representatividade. A exploração do material resultou na compreensão dos textos, compondo os subtemas (unidades de significado) que foram classificados e agregados em temas que sintetizam este estudo.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste momento, procurou-se debater o material coletado, apresentando os temas de análise e sendo destacados os depoimentos originados na entrevista do Grupo Focal, para responder ao objetivo traçado neste estudo.

Segundo Minayo (2004), a interpretação dos dados na concepção dialética busca entender as falas como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento, cuja atividade-meio é o diálogo e atividade-fim é o sentido (MINAYO, 2004).

Percebe-se que, na busca por respostas às necessidades de saúde e resolução de problemas da população da área de abrangência da ESF, a enfermeira se insere em ações diversas, por isso, ao debaterem sobre o trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSs, as depoentes levantaram discussões que envolvem decisões técnicas, educacionais, administrativas, gerenciais, políticas. Assim, no trabalho de cuidar, educar, gerenciar/administrar, a enfermeira na APS assume funções diversas com características próprias do saber da enfermagem (KIRCHHOF, 2003).

Nesta dissertação, tratou-se da análise dos depoimentos importantes que foram descritos em cinco temas (Quadro 3) que versam sobre o trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSs de um município mineiro.

Quadro 3 – Temas e subtemas oriundos dos depoimentos sobre o trabalho das enfermeiras na vacinação nas UAPSs de um município da Zona da Mata Mineira – 2012

Temas	Subtemas	Síntese
1. Definição do responsável pela sala de vacinação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabilidade técnica 2. Autonomia 	Cotidiano da Enfermeira na vacinação e suas implicações (Realidade objetiva)
2. Funções da enfermeira na sala de vacinação das UAPSs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respaldos legais 2. As contradições 3. Superposição e sobreposição 4. A necessidade de padronização 	
3. Organização do trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relação com os pares 2. Relação hierárquica 3. Relação com a estrutura 	
4. A educação permanente como subsídio para o trabalho da enfermeira na vacinação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análise das práticas de vacinação das UAPSs 2. Análise da educação formal dos profissionais de enfermagem 3. A educação permanente em saúde como subsídio para o trabalho na vacinação 	A construção da práxis do trabalho da enfermeira na vacinação: consciência (imagem da realidade) sobre o trabalho da enfermagem refletida nas percepções, conceitos, juízos e sensações.
5. O trabalho da enfermeira no contexto das políticas de saúde e de vacinação	<ol style="list-style-type: none"> 1. O trabalho da enfermeira na vacinação antes do SUS 2. O trabalho da enfermeira na vacinação após o SUS 	O trabalho da enfermeira no contexto das políticas de saúde e de vacinação (Prática social transformadora)

Fonte: A autora

8.1 DEFINIÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA SALA DE VACINAÇÃO

Entre os debates suscitados, primeiramente, foi mencionada a necessidade de definição de uma enfermeira responsável pela sala de vacinação na UAPS, considerando-se que cada UAPS possui três equipes de ESF.

Desta forma, emergiram os seguintes subtemas: Responsabilidade técnica; Autonomia.

8.1.1 Responsabilidade técnica

Os depoimentos das participantes mostram uma indefinição sobre a responsabilidade pela sala de vacinação entre as enfermeiras da UAPS, o que gera conflito na organização deste trabalho, como se pode observar a seguir:

É que fica meio solto mesmo e também nós, enfermeiras, deixamos. (Jasmim)

Às vezes, outra pessoa chama ou aconteceu alguma outra coisa mesmo; que a gente é chamado mesmo, [...] Às vezes, você está orientando uma pessoa ou a mãe e ficou uma coisa importante, mas tocou o celular, faltou um auxiliar, ficou doente, você tem que sair, orientar a mãe. (Violeta)

Percebe-se a necessidade de definir um responsável pela sala de vacinação, para facilitar a organização do trabalho. Isso aparece nas falas a seguir de Margarida, Jasmim, Violeta, Rosa, Dália:

Acho que a dificuldade dentro do PSF para sala de vacinação é não ter um responsável. Então são três enfermeiras, acaba que são três pessoas pensando e, a cada momento, tem um técnico de equipe diferente atuando lá dentro, então complica um pouco. Deveria ter uma equipe responsável talvez. (Margarida)

Quando a sala de vacinação fica com mais de uma, o que acontece é uma pessoa procura seguir, organizar com baixo risco, usa uma metodologia, aí vem outro e... (Jasmim)

Esta é uma oportunidade que eu tenho de organizar. A tal responsabilidade técnica. (Violeta)

Eu também acho difícil. É preciso definir só um técnico. (Rosa)

Quem é responsável pela sala de vacinação? que não é meu caso, eu já fui. Assim, a gente fica com a responsabilidade toda não. Eu acho que a gente peca com o registro mensal, o livro de registro, passar alguma coisa, enfim. Mas eu acho que a gente tem mais responsabilidade além disso. Eles (os auxiliares) percebem mais que não tem como, assim, assumir tudo não. (Dália)

A responsabilidade técnica do trabalho da enfermagem compete à enfermeira, independentemente de qual profissional esteja assumindo a gerência da UAPS. Desta forma, ela responde tecnicamente pela assistência e qualidade dos serviços prestados pela equipe de enfermagem sob sua responsabilidade, assumindo o controle e acompanhamento desse trabalho no funcionamento da UAPS.

É exigido que todo estabelecimento apresente a certidão de Responsabilidade Técnica da Enfermeira pela gestão do Serviço de Enfermagem, onde houver atividade de enfermagem, com atualização anual, conforme citado nos artigos 1º e 2º da Resolução Cofen 302/2005 (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010). Esta exigência legal visa garantir que a assistência de enfermagem seja executada sob a supervisão da enfermeira, sendo uma garantia institucional frente à população.

A responsabilidade técnica pela sala de vacinação nas UAPSs compete à enfermeira, sendo fundamental sua participação no desenvolvimento de todas as ações de execução do PNI (PEREIRA; BARBOSA, 2007). Esta realidade dos serviços públicos difere das clínicas privadas. Nestas últimas, a obtenção de licença sanitária exige, entre outras, a apresentação do termo de responsabilidade técnica, devidamente preenchido e assinado pelo médico Responsável Técnico pelo estabelecimento, que é a autoridade sanitária daquele local, conforme art.4º, item VI da Portaria Conjunta Anvisa/Funasa n. 1, de 2 de agosto de 2000 (BRASIL, 2000a).

Observou-se também que, embora não tenha havido citação direta, a ênfase dos depoimentos sobre responsabilidade, evidenciada no tom das participantes

parece indicar conflito no relacionamento entre as enfermeiras de uma mesma UAPS.

Tem que gostar, mas tem que ter responsabilidade. Acho que a gente, na nossa profissão, posso até não amar, mas tenho que ter responsabilidade. Na nossa profissão, posso até não amar alguma coisa, mas, se você é responsável, que você faça bem. Ou então procura outra área, outro trabalho, então para atuar... Volta pro o hospital então... Realmente a pessoa tem que ter perfil. Ele precisa sentir aquela responsabilidade. Ele peca menos na responsabilidade. (Rosa)

A enfermeira não pode estar ali, estar fazendo tanto outras coisas. E como está a prática do auxiliar na vacinação? (Margarida)

Mas, a gente sabe a responsabilidade, mas, às vezes, não sobra tempo pra gente. (Jasmim)

Por estes depoimentos, pode-se observar que a indefinição nesta responsabilidade é interna nas UAPSs. Percebe-se necessidade de ampliar o diálogo entre as enfermeiras, podendo envolver também o gerente local e a equipe com discussões que amenizem este conflito.

Propõe-se que seja feita uma escala de atribuições em que a responsabilidade pela sala de vacinação precisa ser compartilhada entre as três enfermeiras da UAPS, sendo possível oportunizar atuação de todas, sem comprometer o andamento das demais atividades.

As relações entre estes trabalhadores podem ser transformadas, na medida em que as enfermeiras adotarem estratégias de comunicação que valorizem o diálogo entre si primeiramente, para ampliá-lo aos demais integrantes da equipe.

Acredita-se que os auxiliares de enfermagem sentem-se mais seguros ao saberem a quem recorrer para sanar dúvidas, promovendo um trabalho da equipe de enfermagem. A enfermeira, ao assumir a liderança de um trabalho, deve conhecer e valorizar o potencial de cada profissional da equipe, envolvendo-os no planejamento e nas decisões, fortalecendo o relacionamento e a autonomia da

equipe. Estas relações de ajuda e poder caracterizam a gestão do cuidado, no trabalho da ESF nas UAPSs (PIRES; GOTTEMS, 2009).

Nesta perspectiva, a enfermeira deve assumir a responsabilidade pela vacinação na UAPS, adotando decisões voltadas aos fins a que se destinam, a partir do envolvimento dos trabalhadores da enfermagem. Isso reflete na transformação do trabalho da enfermagem e contribui para a consolidação da descentralização técnico- administrativa do PNI no nível local.

8.1.2 Autonomia

Na UAPS, a enfermeira deve tomar decisões sobre as atividades relacionadas à sala de vacinação, com definição sobre o seu funcionamento, os procedimentos técnicos, a necessidade de educação em saúde, a parceria com a comunidade e outros setores.

Embora ela seja referência para a equipe e população em relação à vacinação e já tenha conquistado credibilidade pública nesta ação, ainda persiste a dificuldade de reconhecer este microespaço como local de realização profissional. Então, procura por outras atividades que lhe deem mais visibilidade, como:

Eu acho assim: a enfermeira, às vezes, quer fazer alguma coisa que dá um pouquinho de status. Quer fazer preventivo, ta ali... resolvendo aquela situação... , mexeu no bolo da situação.
(Jasmim)

Objetivamente, a enfermeira Jasmim dialoga sobre “a necessidade de status”. Não estaria, neste momento, espelhando-se em outra categoria profissional? Sendo assim, evidencia a contradição entre o poder hegemônico da consulta individual especializada (como no caso da consulta médica) e o saber científico da enfermeira da UAPS que focalize atenção à pessoa integral e suas relações sociais e familiares na saúde coletiva. É preciso atentar-se para não se afastar da essência da enfermagem.

Porém, Violeta, ao dialogar sobre o respeito da população pelo seu trabalho, evidencia a importância da credibilidade do trabalho na vacinação, que reflete em avaliação positiva da imagem da enfermeira na sociedade.

Tem um fechamento do mês, faço com respeito, consolidado, organizo, tenho um respeito à imunização, e as colegas respeitam. Você tem uma visão boa, já tô lá há muito tempo, e assim há respeito, não há interferência não. Lá tá organizado, tá legal, há respeito legal, o povo nos respeita pelo trabalho; (pausa) tem um respeito legal. (Violeta)

Neste espaço, a conquista de respeito e reconhecimento profissional decorre da maneira como a enfermeira e sua equipe desenvolve este trabalho, que tem grande utilidade à sociedade. Por isso, o valor desse trabalho deve partir da própria equipe de enfermagem.

A sala de vacinação nas UAPSs é um espaço de trabalho que depende de decisões do PNI, definidas pelas coordenações federal, estadual e municipal para as normatizações e disponibilidades dos imunobiológicos; portanto tem decisões verticais, no que se refere à hierarquia das esferas de governo. Mas, dentro deste espaço das UAPSs, as ações voltadas ao gesto vacinal necessitam de um agir autônomo da enfermeira, para garantia de um trabalho satisfatório da equipe de enfermagem, configurando-se na possibilidade de decisões horizontais (QUEIROZ et al., 2009).

Autonomia e conquista de espaços no mercado de trabalho da saúde coletiva se solidificam pelo domínio do conhecimento científico nesta área que se soma à efetiva resolução de problemas da população. Isso permite que a relação de confiança seja estabelecida e que cresça a importância da atuação da enfermeira frente ao processo saúde-doença (GOMES; OLIVEIRA, 2010).

Para transformar a sua realidade de trabalho, a enfermeira da UAPS precisa valorizar o cuidado e utilizá-lo para desenvolver um modelo de trabalho autônomo da enfermeira e de maior impacto nos campos da promoção da saúde e prevenção de doenças. A construção da autonomia se dá no seu cotidiano, com conquista de participação efetiva e de autopromoção (FRIEDRICH; SENA, 2002).

Os espaços participativos de gestão, com manifestações da criatividade e iniciativa, efetivam mecanismos regulatórios, relacionados com autonomia e corporativismo profissional e envolvimento nos processos decisórios, e substituem as formas autoritárias de controle (GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Na área da saúde coletiva, a enfermeira tem um espaço amplo de atuação, cuja autonomia profissional no cotidiano tem caráter processual, sendo constituída pela relação entre saber e fazer. O saber abre possibilidades para que haja sustentação nas relações de poder, que originam da formação e da participação na construção e organização de espaços de discussão da profissão. O fazer, especialmente na prática dos Programas, depara com os limites, que dependem de como a enfermeira ocupa seus espaços nos serviços de saúde, assumindo responsabilidades, refletindo, portanto, um comportamento pessoal e profissional (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

Neste sentido, espera-se que a enfermeira, na sala de vacinação, tome decisões sobre as vacinas a serem aplicadas e os cuidados para preservação da rede de conservação, capacite seus auxiliares de enfermagem, busque parcerias na comunidade para alcançar as metas necessárias, organize e aja com determinação, autoridade e criatividade (PEREIRA; BARBOSA, 2007). Em outras palavras, deve aproveitar este espaço para um fazer autônomo e independente.

8.2 FUNÇÕES DA ENFERMEIRA NA SALA DE VACINAÇÃO E SUAS CONTRADIÇÕES

8.2.1 Respaldos legais

A enfermeira que atua na ESF das UAPSs possui funções específicas da enfermagem enquanto líder de uma categoria e funções comuns à equipe multiprofissional. Porém, são preocupantes os depoimentos a seguir:

[...] a gente acaba delegando essa atribuição aos nossos técnicos. (Jasmim)

Na UAPS que estou, no momento, as outras enfermeiras praticamente não entram na sala de vacinação. (Margarida)

O trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSs é permeado de cuidados, em que a ela cabe especificamente a responsabilidade pelo seu trabalho e dos demais da equipe de enfermagem. Sua presença neste espaço implica diagnosticar as necessidades da população e as dificuldades e limitações daqueles sob sua responsabilidade.

Assim, o auxiliar de enfermagem, na sala de vacinação das UAPSs, ao executar funções, como as referentes à conservação, aplicação de vacinas, ao registro das atividades, arquivamento das informações, limpeza do ambiente e dos equipamentos, deve fazê-las sob a supervisão, orientação e direção da enfermeira.

As atividades inerentes ao auxiliar e técnico de enfermagem somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção da enfermeira, conforme cita o artigo 13 da Lei 7.498, , de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986)

A enfermeira tem a responsabilidade e dever ético, respaldados pelo código de ética dos profissionais de enfermagem (conforme cap. VII, Seção I, da Resolução Cofen 311/2007 (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010), destacando-se, entre outras:

Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 13 - Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010, p. 59)

Porém, na ESF, ela deve desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos e, por isso, precisa interagir com a equipe multiprofissional, visando ao alcance de objetivos comuns para a população.

Neste sentido, consta na regulamentação do exercício da enfermagem da Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, artigo 8º. Item II, (BRASIL, 1986) que compete ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde: participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação; participação na prevenção e

controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010).

Além disso, como integrante da ESF, assume a responsabilidade pelo trabalho do ACS, tornando-se necessário monitorar e avaliar o modo como este está trabalhando nas visitas aos domicílios e nas ações individuais e coletivas, cujos critérios de risco e vulnerabilidade devem ser dialogados, na tentativa de instrumentalizá-los para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e vigilância à saúde.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011c), compete à enfermeira “planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em conjunto com os outros membros da equipe” (BRASIL, 2011c, p. 50).

Por isso, na sala de vacinação, a enfermeira deve adotar cuidados de enfermagem que permeiam o gesto vacinal antes da aplicação das vacinas à população-alvo, bem como durante e após, de forma segura, e buscar na equipe multiprofissional apoio para os problemas colaborativos relacionados à vacinação da população; como o incentivo à atualização da situação vacinal e a buscas ativas dos faltosos.

Desta forma, o diálogo interdisciplinar constitui uma necessidade para o modelo de atenção centrado na ESF, por reunir os diversos conhecimentos dos profissionais da enfermagem e da saúde coletiva, implicando-se a interação entre os sujeitos para construir solidariamente o cuidar (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

A enfermeira deve conhecer as limitações e dificuldades de sua equipe e planejar ações voltadas à atualização do conhecimento, assim como aquelas relacionadas à organização da demanda e satisfação da população. Desta forma, estará atuando para minimizar os riscos relacionados à vacinação, assim como aqueles relacionados ao manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos. Ao mesmo tempo em que previne doenças transmissíveis, contribui para o crescimento da equipe de enfermagem e, conseqüentemente, obtém um resultado final satisfatório.

Percebe-se que a enfermeira na ESF possui atribuições comuns à equipe multiprofissional que a deixa comprometida com o modelo de atenção à saúde proposto. Soma-se a isso, sua atuação como facilitadora da integração entre os

membros da equipe e da participação popular, buscando identificar as lideranças comunitárias.

Além disso, Pavoni e Medeiros (2009) ressaltam que, em geral, as atividades administrativas da UAPS são realizadas pela enfermeira, como aquelas relacionadas à organização do ambiente e da demanda, elaboração de relatórios, alimentação de sistemas de informação.

Espera-se que o trabalho da enfermeira na vacinação na UAPS possa orientar um momento de encontro dos profissionais com a população. Por isso, neste trabalho “vivo, em ato” (MERHY et al., 2004, p. 70), é preciso promover “momentos de falas, escutas, cumplicidades, relações de vínculo, aceitação e responsabilidade diante do problema a ser enfrentado” (ROCHA; ALMEIDA, 2000, p. 98).

Porém, diante do acúmulo de atividades e responsabilidades atribuídas, a enfermeira da UAPS precisa superar as dificuldades, evitando as inadequações de funções na equipe de enfermagem. Em contrapartida, deve lutar contra a exposição aos fatores estressantes e desmotivadores, como condições precárias de trabalho, os baixos salários, longas jornadas de trabalho. Deve buscar usufruir de uma política institucional que incentive a capacitação e valorização profissional (COSTA; SILVA, 2004; PAVONI; MEDEIROS, 2009).

Frente às várias possibilidades de trabalho numa UAPS, é essencial que a enfermeira, no trabalho da vacinação, mantenha suas funções com o foco na atenção à família, considerando-se o ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde de cada sujeito do cuidado, integral e dotado de autonomia e adote um agir consciente neste espaço, apoiado em bases legais.

8.2.2 As contradições nas funções das enfermeiras na sala de vacinação

Ao debaterem sobre a vacinação nas UAPSs, entende-se que as enfermeiras percebem as suas funções e aquelas mediadoras da equipe de enfermagem neste trabalho. Entretanto, as contradições surgem no decorrer dos depoimentos, na abordagem sobre detalhamento das funções. Desta forma, citaram:

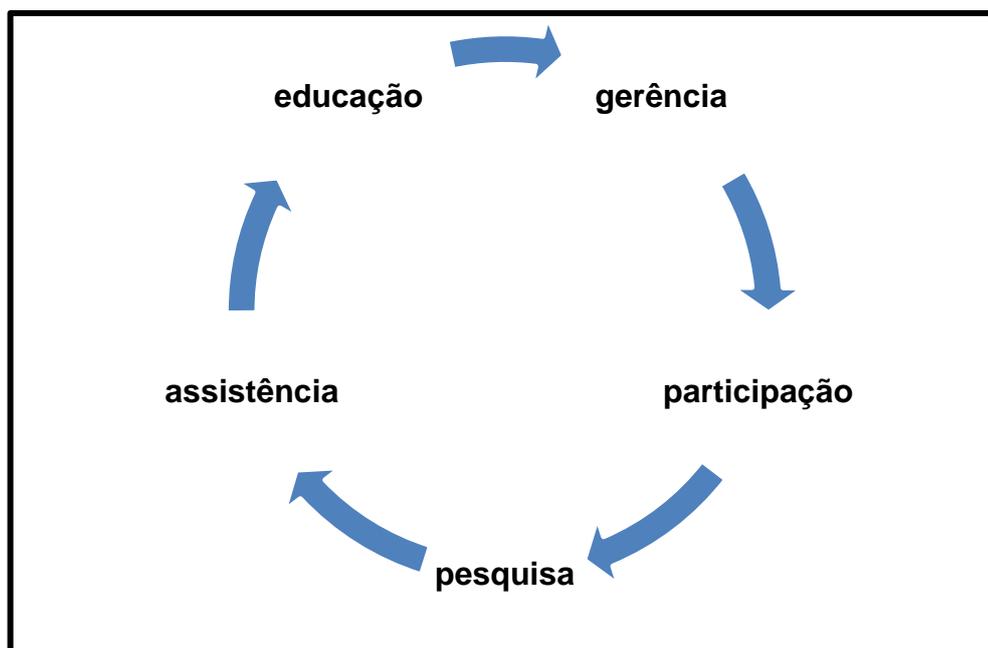
A vacina é uma questão da enfermagem. Não só da enfermagem, como é da enfermeira. (Jasmim)

Vacinação é uma questão importante, tem coisa maior... Fica melhor para orientar, supervisionar, precisamos dar apoio no acolhimento, corrigir falhas... Se cada hora é um, o novato... né? A gente precisa estar mais lá. Dá pra entender a importância da vacina. Não é fácil. A gente tem que gostar de trabalhar na APS, ESF. (Violeta)

Os eventos adversos... Por exemplo, se acontecer um caso de paralisia flácida e aguda e for investigar, a gente tem que saber; esta coisa me preocupa. (Dália)

As funções específicas da equipe de enfermagem que trabalha na sala de vacinação são destacadas no manual de procedimentos de vacinação do PNI: manter a ordem e a limpeza da sala; prover, periodicamente, as necessidades de material e de imunobiológicos; manter as condições ideais de conservação dos imunobiológicos; manter os equipamentos em boas condições de funcionamento; encaminhar e dar destino adequado aos imunobiológicos inutilizados e ao lixo da sala de vacinação; orientar e prestar assistência à clientela, com segurança, responsabilidade e respeito; registrar a assistência prestada nos impressos adequados; manter o arquivo em ordem; avaliar, sistematicamente, as atividades desenvolvidas (BRASIL, 2001; PEREIRA; BARBOSA, 2007).

A enfermeira comprometida com o trabalho na vacinação na UAPS encontra no espaço da sala de vacinação a necessidade de execução de todas as funções que podem ser sintetizadas em assistenciais, educativas, gerenciais/administrativas, participativa e de pesquisa. Estão esquematizadas na Figura 1, a seguir:

Figura 1 – Funções da enfermeira na sala de vacinação

Fonte: A autora

Em geral, no parcelamento do trabalho da enfermagem na UAPS, a enfermeira assume a função de gerenciamento da assistência, da educação em saúde, das participações sociais e apoio às pesquisas, enquanto a execução do cuidado, na maioria dos casos, é assumida pelos demais da equipe (GELBCKE; LEOPARDI, 2004; PIRES; GOTTEMS, 2009).

Entre as competências da enfermeira na UAPS, citam-se: a) assistenciais: vacinação, visita domiciliar, curativo, consulta de enfermagem, glicemia, controle de PA acolhimento, realização de ações programáticas e de vigilância à saúde; b) educativas (grupos educativos, palestras, educação continuada e permanente, supervisão de estudantes de cursos técnicos e de graduação); c) gerenciais (organizar, planejar, avaliar, supervisionar, monitorar/acompanhar, informar/alimentar sistemas de informação, gerar relatórios); d) participação (no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde, projetos de construção ou reforma das UAPSs, na mobilização social e identificação de parceiros, reuniões de equipe e com gerentes e gestores), e pesquisas.

Estas funções são interligadas e complementares para a efetivação do cuidado na APS, entretanto são permeadas pelas contradições presentes no

cotidiano da equipe de enfermagem e da realidade de uma UAPS, o que nem sempre permite que o trabalho na vacinação receba a dedicação necessária.

8.2.2.1 A função assistencial

Na expectativa de desenvolver cuidado integral na vacinação na UAPS, espera-se uma maior aproximação da enfermeira com o usuário neste trabalho, o que implica executar, acompanhar a execução dos auxiliares e técnicos de enfermagem, prescrever e orientar este cuidado nas diversas circunstâncias do atendimento da população.

Assim, é preciso incluir esta ação na distribuição das atividades do seu cotidiano da ESF, para possibilitar o que sugere o depoimento a seguir:

O ideal é ter uma pessoa para ficar lá, seja nós e/ou o auxiliar.
(Violeta)

A assistência à saúde voltada para o ato de cuidar envolve conhecimento sobre o processo de trabalho, que é específico para cada profissional de acordo com sua qualificação (GELBCKE; LEOPARDI, 2004; PIRES; GOTTEMS, 2009). Porém, quanto ao cotidiano da enfermeira na vacinação, as participantes destacaram:

Nosso dia a dia é tão assim... ele demanda tanto de nossas ações. (Margarida)

Com uma auxiliar só, fica melhor. (Dama-da-noite)

É uma gota, uma dose, muita diversidade envolvida tem que saber. (Violeta)

Percebe-se que, pela divisão técnica do trabalho da enfermagem, esta produção do cuidado é parcelada entre auxiliar e técnico de enfermagem e enfermeira. Assim, o técnico e auxiliar de enfermagem cumprem a função de

executá-la sob a supervisão da enfermeira. Mas, ao distanciar-se da sala de vacinação, a enfermeira não se exime da responsabilidade por esta.

Na execução do cuidado, deve haver aproximação do conhecimento com a prática para o entendimento sobre as atividades inerentes à vacinação por todos da equipe de enfermagem, para uma ação efetiva.

É no momento do cuidado que a relação entre o trabalhador e usuário acontece e, nesta interação, conquista-se mais visibilidade social e possibilita o desenvolvimento de potencialidades do profissional para conquistar transformações para a categoria e para a população.

Considerando-se que a enfermeira possui maior qualificação profissional entre os componentes da equipe de enfermagem, entende-se que esta detém melhor concepção sobre a assistência à saúde, na produção do cuidado. Por isso, é preciso estar muito atenta devido à fragmentação entre concepção e execução que se estabelece nesta divisão (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Entretanto, as múltiplas funções da enfermeira na UAPS implicam a necessidade de melhor organizar as ações assistenciais, com planejamento previamente discutido com a equipe. Isso apareceu nas citações seguintes:

[...] às vezes, você está orientando uma pessoa ou a mãe e ficou uma coisa importante, mas tocou o celular, faltou um auxiliar, ficou doente, você tem que sair, orientar a mãe.
(Violeta)

A gente quer fazer o melhor, mas o tempo todo é uma questão que a gente tem que resolver, é a corrida pra olhar tudo.
(Margarida)

Por isso, é importante que a enfermeira conheça as diversas situações/problemas inerentes a sua ação para apropriar-se do objeto e dos instrumentos deste trabalho para alcançar a finalidade a que se propõe. Precisa estabelecer prioridades, envolvendo a equipe de enfermagem, para evitar a perda de oportunidade para a vacinação. Pois,

[...] Se estiverem muito ocupadas, elas não fazem. (Dália)

A perda da oportunidade de vacinação aumenta ainda mais as ações, que podem variar desde a busca ativa do indivíduo no domicílio para atualização da situação vacinal à conseqüente ocorrência de doenças ou agravos. Além disso, pode criar uma barreira pela falta de acessibilidade e prejuízo no vínculo com o usuário. Por isso, deve buscar o aperfeiçoamento dos sujeitos e compartilhar saberes, o que, na relação com a equipe, poderá ajudar a enfermeira no enfrentamento de situações de imprevisibilidade (WITT; ALMEIDA, 2003).

Entende-se, assim, que a enfermeira necessita encontrar meios para superar as dificuldades relacionadas à função assistencial no contexto do trabalho. Deve colocar em ação sua capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes e incorporar a ética e os valores como elementos do desempenho competente.

8.2.2.2 A função gerencial/administrativa

Historicamente, as funções administrativas sempre estiveram vinculadas à função da enfermeira, tendo em vista a associação da responsabilidade pelo cuidado e a necessidade de gerência da unidade de serviço de saúde para garantir assistência de boa qualidade. Houve momentos nos quais a enfermeira destacou-se mais na administração que na assistência, afastando em muito das ações cuidadoras, o que, atualmente, na ESF, tem se tentado resgatar.

Sabe-se que, atualmente, nas UAPSs deste município, o cargo de gerência local pode ser ocupado por qualquer um dos profissionais do quadro efetivo, que tenha, no mínimo, formação em ensino médio, sendo esse cargo ocupado também pelo auxiliar de enfermagem (18%) ou pelo médico (5%), ou assistente social (7%) ou enfermeira (70%), surgindo conflito entre estes profissionais. Portanto é preciso também refletir sobre qual modelo de gerência é necessário (JUIZ DE FORA, 2010).

Com esta concepção, a função gerencial/administrativa é debatida pelas enfermeiras, a partir da necessidade de organização do trabalho na vacinação. A função gerencial da enfermeira na vacinação se revela na organização deste trabalho e na capacidade de transformar a qualidade deste cuidado na UAPS em que atua.

Neste sentido, as enfermeiras debateram sobre as contradições percebidas na sala de vacinação que dependem de posicionamento gerencial.

Ah, eu acho que, na sala de vacinação, às vezes, ele faz, faz, faz, faz, faz... Mas sempre a cobertura está ruim. Não tem muito bom retorno, a cobertura sempre baixa, falha nos registros. Nunca tem uma resposta boa mesmo. (Jasmim)

Uma dose aqui, outra ali no Retiro, no São Sebastião, Jardim esperança.... No final, a produção no município... mas quanto isto significa? vai dar quanto no município? Quando se fala em cobertura vacinal baixa, a carapuça não serve em mim. Sinceridade. Porque o que a gente corre para conseguir cobertura vacinal! Não depende da gente. Se está baixa, não é culpa minha não. São outras coisas: mãe que trabalha fora, criança na creche... Agora da minha parte, eu estou tranquila. Não é culpa minha não. Entendeu? (Violeta)

Percebe-se que estas enfermeiras têm uma preocupação com o alcance das metas de vacinação e trabalham buscando este objetivo. Porém, reconhecem as contradições no seu cotidiano que contribuem para este insucesso. Incluem atitudes internas da equipe, como o registro adequado (por exemplo) e também as condições do acesso e acessibilidade dos usuários a este trabalho.

A avaliação é fundamental para a equipe de trabalho conhecer os limites e possibilidades do desempenho de um trabalho e deve subsidiar a tomada de decisão (URBANETTO; CAPELLA, 2004). Assim, manifestam preocupação com os resultados insatisfatórios no trabalho da vacinação. Embora apontem falhas no registro pela equipe de enfermagem, esses resultados foram mais evidenciados como associados a fatores externos à organização do trabalho, relacionados às questões sociais que parecem impedir o acesso da população à vacinação.

Segundo Merhy e outros (2004), no ato de gerenciar, os sujeitos do cuidado devem estar associados a um projeto de saúde em defesa da vida das pessoas. Por isso, neste trabalho, a enfermeira deve assumir a função gerencial, visando construir uma equipe de enfermagem criativa, ética e tecnicamente competente.

Nos depoimentos a seguir, as enfermeiras trocam informações, tentando encontrar uma solução:

Na nossa Unidade, a gente faz assim: a gente fica responsável pela sala de vacinação por um período de um ano, quando roda. Montou uma escala para parte da manhã e parte da tarde, onde sempre tem uma enfermeira na sala, além do responsável. Isso ajudou e facilitou muito. Começamos desde o início, assim. Tá dando certo. (Lírio)

Era bem interessante que aqui a gente colocasse quantas horas eu fico na sala de vacinação. Porque, neste esquema que você está falando, com certeza você fica muito mais condicionada com o local. Aí dá uma mudada. Você sabe que, no meu período, eu vou modificar o que eu quero, eu vou limpar, vou treinar o auxiliar que vai ficar junto comigo, vamos tirar dúvidas. Eu vou melhorar esse processo. Aí eu vou procurar saber o que tenho que fazer. Eu acho que assim dá uma melhoria com este sistema de escala... (Margarida)

A troca de experiências e a criatividade são iniciativas que devem ser valorizadas, pois contribuem para a transformação de ações mais comprometidas e efetivas, tornando-se a função gerencial menos complexa. Desta forma, a escala rotativa na sala de vacinação surge entre as participantes como uma medida fácil e possível e que não requer decisões complicadas. Isso conforma com a proposta de criar espaços de discussão sobre a prática, proporcionando reflexões que possam apontar para soluções viáveis e factíveis. Assim, entende-se que é preciso ampliar as discussões sobre o gerenciamento no trabalho da enfermeira na sala de vacinação e levá-las até as equipes.

Segundo Urbanetto e Capella (2004), a enfermeira em contato direto com os sujeitos do cuidado aproxima-se mais das exigências e facilita buscar apoio da instituição para sustentação e orientação. Por isso, o gerenciamento participativo com clareza das competências de cada um permite o entendimento dos limites das partes envolvidas. Permite conhecer os critérios adequados à realidade, sem

privilégios, mas primando pela satisfação e estímulo do grupo. Foi mencionada a dificuldade de trabalhar nas UAPs, mediante a instabilidade de vínculo empregatício, gerando descontinuidade das ações, como apontado nesta fala:

O problema é... Como fazer o pessoal trabalhar de forma adequada? Aquilo que a gente já conseguiu e ter que recomeçar, porque venceu o contrato. (Dama-da-noite)

As enfermeiras e auxiliares de enfermagem novatos precisam ser incluídos na equipe. Seu saber-fazer na vacinação é gradativo e depende da ambientação na equipe de trabalho. É, neste momento, que manifestam seu embasamento teórico oriundo de sua formação para transposição na prática e, por isso, estão mais acessíveis para a educação em saúde.

Por isso, a enfermeira, na liderança de uma equipe, deve ajudar os componentes desta a vencer os medos, as inseguranças, sem que estes sintam constrangimento por serem inexperientes (URBANETTO; CAPELLA, 2004). O monitoramento e avaliação das ações de vacinação estão presentes nas ações da enfermeira das UAPs deste município, o que se evidencia no depoimento abaixo:

Precisamos de dados mais fidedignos, corrigir muitas falhas, sempre tem que tá corrigindo. Pra ficar tudo certinho. Eu vejo muito erro no registro; Às vezes, você está orientando uma pessoa, mas precisa interromper... tem que sair. Já aconteceu de marcar só o finalzinho do lote da febre amarela, entendeu? Aí, qual foi o lote que é aquele? O que acontece? na hora de consolidar é uma confusão; às vezes, um dá baixa no cartão, o outro não. É preciso mostrar a importância, mostrar as consequências e confiar também. (Violeta)

Quando a enfermeira acompanha o trabalho da equipe, consegue avaliar o processo de trabalho e fazer mudanças que podem contribuir para um melhor resultado final. A partir da apresentação e discussão destes resultados, podem ser levantadas as falhas ocorridas e, conseqüentemente, novas estratégias podem ser adotadas.

A avaliação e a retroalimentação devem ser parte de toda a dimensão do trabalho da vacinação (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011). Devem incluir a compreensão e possibilidade de aprendizagem para mudar e transformar a realidade profissional e o perfil epidemiológico da população (URBANETTO; CAPELLA, 2004). A seguir, as enfermeiras debateram sobre o trabalho em sala de vacinação como uma ação que, independentemente de afinidades dos profissionais, deve ter um controle:

Quando eu fui para UAPS, ninguém gostava de trabalhar na sala de vacinação. Agora melhorou um pouco. Todo mês um grande problema para o fechamento, entre as enfermeiras. (Dama-da-noite)

Eu acho assim. A vacina é uma função não exclusiva do PSF. Precisa valorizar mais. (Violeta)

Acho que só fiquei na sala porque era acadêmica. Talvez, se fosse auxiliar de enfermagem..., eu teria ido organizar fila, fazer registro, e o fato do auxiliar já ter tanto tempo de trabalho eu confiasse, ele já tem 20 anos de trabalho, passou por vários treinamentos, mas cai tanto na rotina que esquece de lavar as mãos, o erro persiste, não muda. (Margarida)

A responsabilidade pela ação da equipe de enfermagem enquanto líder requer da enfermeira o controle deste trabalho, que inclui a competência gerencial. Nesta função, o perfil da enfermeira se revela na forma de lidar com o outro e seu entendimento sobre autoridade e poder, que são de difícil delimitação.

O controle inclui autoridade, poder e liderança. Fala-se de autoridade como subordinação hierárquica e humanizada que visa estabelecer limites assertivos e não autoritários. Por isso, o poder e a liderança neste caso se dão pela participação. Não devem ser confundidos com chefia ou ação burocrática (URBANETTO; CAPELLA, 2004).

Ao analisar os depoimentos sobre função gerencial, percebe-se que, neste trabalho da enfermeira, aplicam-se concepções diferentes de gerência associadas à

qualidade do cuidado. Nesse sentido, Greco (2004) afirma que a gerência da unidade consiste na previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos; e a gerência do cuidado consiste no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, incluindo supervisão, orientação e delegação de atividades.

Assim, em meio aos conflitos inerentes à função gerencial, a enfermeira deve permitir que seu trabalho seja avaliado, sinalizando maturidade no trabalho em equipe para novas tomadas de decisões mais assertivas. Enquanto líder da equipe de enfermagem, a enfermeira deve manter uma postura que vise ao crescimento coletivo da equipe.

8.2.2.3 A função educadora

Ao assumir a função de educar, a enfermeira deve buscar a construção do saber crítico, em que os sujeitos interagem na transformação do novo saber. Então,

Eu não sei se porque ele não entende!? E isso a gente explica, fala, mas parece que não entende, não aceita, já tive muito problema lá, por conta dessa questão... Então ele não faz nada... (Rosa)

É preciso entender o outro, com suas limitações e interesses. Trata-se do cuidado com o outro, que deve ser integral e humanizado. Neste caso, é preciso educar para o compromisso com o trabalho.

*Eu acho complicado isso. Qual o sentido da conservação?
(Violeta)*

E como está a prática do auxiliar na vacinação? (Margarida)

Estão fazendo mecanicamente. Se der alguma confusão, se aparece alguma doença prevenível? Qual o lote? Quem aplicou? Sou eu a responsável pelo caso que aconteceu, pois sou a responsável pela vacina. O usuário pode voltar até a gente pra saber. (Dália)

Ao lidar com diferentes saberes, a enfermeira precisa entender as limitações do outro sob sua responsabilidade, para intervir cautelosamente, ora atuando no aprendizado, ora desenvolvendo ações de monitoramento e supervisão da equipe na sala de vacinação. Neste espaço coletivo, o aprender e o ensinar acontecem de forma contínua e recíproca.

O esclarecimento ao usuário é fundamental para que ele entenda a importância da vacinação. As orientações sobre a vacinação não devem ocorrer apenas na sala de vacinação, mas deve fazer parte de todas as ações de atendimento individual e coletivo da UAPS. Todo usuário deve ser devidamente orientado sobre as vantagens e a possibilidade de eventos adversos antes de ser vacinado, o que se conforma num direito do cidadão (FERNANDES et al., 2007; LUNA et al., 2011).

Para disponibilizar à população um fazer qualificado, deve apropriar-se dos saberes da enfermagem. Deve-se utilizar de uma relação reflexiva sobre a teoria e a prática, a ser implementada na supervisão e na educação em serviço (WALDOW, 2009).

Neste sentido, percebe-se que as atividades da equipe de enfermagem envolvida na sala de vacinação requerem qualificação frequente. Representam atividades que são modificadas pelo desenvolvimento científico, tecnológico, político, impondo necessidades de capacitações, treinamentos, educação permanente e continuada para o enfrentamento dos problemas identificados.

Destaca-se, neste sentido, a atribuição da enfermeira de contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e de outros membros da equipe da ESF (BRASIL, 2011b). As necessidades, possibilidades e exigências de uma sociedade, somadas aos diversos saberes existentes, constituem uma oportunidade para a educação em saúde como prática social reflexiva. É uma competência do trabalho em saúde, que inclui conhecimentos, habilidades e atitudes

colocados em ação (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006; PEREIRA et al., 2009; WITT; ALMEIDA, 2003).

Entende-se que os conflitos e incertezas que surgem no cotidiano da sala de vacinação na UAPS dependem de como a enfermeira e a sua equipe produzem e se organizam, e a reflexão sobre este trabalho pode repercutir em transformação social.

8.2.2.4 A função de participação

Na APS, a participação deve ser incentivada para a promoção do cuidado em saúde e envolve as relações entre os profissionais de saúde, os usuários e as famílias e também os gestores e as parcerias com as representações sociais. A participação da enfermeira foi citada em diversas situações, como:

Na minha equipe, reunimos toda semana para planejar.
(Violeta)

Lá a gente faz o trabalho de grupo de idosos que é um momento festivo. (Margarida)

Na época das campanhas, a gente pedia para divulgar na igreja e no rádio. (Hortência)

Entende-se que, por meio da participação, a enfermeira da ESF tem a oportunidade de conquistar os sujeitos do cuidado, numa relação de troca de saberes. Isso pode refletir em mudanças nas práticas de saúde e na sua emancipação profissional. Neste sentido, o trabalho em equipe deve ser uma construção coletiva, que inclui a participação da comunidade, compartilhando saberes específicos que devem ser mobilizados, para produzir a transformação em saúde.

Desta forma, nas diversas estratégias de vacinação, são usados os recursos locais para a divulgação desse trabalho que devem somar às outras atividades da equipe multiprofissional para que a população seja vacinada.

Quanto maior for a participação dos diversos profissionais, mais eficaz, efetivo e motivador este trabalho se transforma. Os contratos de trabalho se estabelecem neste pensar e fazer coletivo, privilegiando a interação e o diálogo e compartilhando poderes administrativo, técnico e político (BRASIL, 2009a).

Esta participação pode efetivar-se através da presença em reuniões, mesmo sem contribuições ou envolvimento pessoal; na delegação de atividades ou representatividade ou ainda pela participação propriamente dita, em que há envolvimento direto ou indireto do participante no processo de decisão política (MELO; SANTOS, 2007). Isso pode ser visto no depoimento a seguir:

Tenho muito orgulho de ter contribuído para o SUS de JF. Tive oportunidade de ser representante dos enfermeiros no Conselho Municipal de Saúde com voz e voto, nos anos 90.
(Hortência)

A participação política da enfermeira na gestão compartilhada do SUS deve representar o trabalho da enfermagem, como prática necessária no sistema de saúde. Por isso, a enfermeira deve expressar um saber crítico sobre a condução das decisões que é feita em espaços de disputa de poder e depende da coerência do seu posicionamento.

No SUS, participação está vinculada a espaços públicos para a construção de políticas de saúde. Esta participação social está respaldada na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b) para a composição dos conselhos de saúde e nas conferências de saúde e inclui trabalhadores, gestores e usuários do sistema. Assim, ela é exercida no âmbito do SUS para fins de planejamento e avaliação das necessidades da população, na perspectiva de democratização dos processos decisórios (MELO; SANTOS, 2007).

Entretanto, percebe-se que, nem sempre, a enfermeira tem interesse em participação social e política, mas a assume como uma obrigação, o que pode ser observado no depoimento de Dália:

Não gosto muito de participar de reuniões de conselho, mas vou... tenho que ir. (Dália)

Percebe-se que a enfermagem enquanto categoria se ocupa de muitos fazeres, envolve-se na busca por solução de problemas da assistência à população. Precisa participar mais nas decisões políticas no que se refere às conquistas para o setor saúde nas decisões do poder. Também deve participar nas organizações da própria categoria para fortalecer as lutas históricas da profissão e, assim, organizar-se para lutar para a projeção política da profissão.

Qualquer que seja o posicionamento e atitude da enfermeira, este implica participação política como processo que permeia todo seu trabalho e justifica seu estar no mundo em sociedade e pode transformar esta realidade.

8.2.2.5 A função na pesquisa

As participantes não referiram a participação em pesquisas, mas as UAPSs são campo de ensino das faculdades de enfermagem do município e de faculdades de outras profissões. Por isso, frequentemente são convidadas para outras oportunidades. A pesquisa é fundamental para o desenvolvimento da ciência da enfermagem, que segundo FERREIRA (2011), (re)afirma a arte e (re)constrói a ciência do cuidado, a partir da elaboração dos saberes.

8.2.3 Sobreposição e superposição das funções da enfermeira

Em geral, a enfermeira da UAPS tem muitas funções estabelecidas pela ESF e ainda se encarrega de funções que não são de sua competência. Este acúmulo de funções compromete a sua prática diária e gera estresse. Com este enfoque, as enfermeiras apontaram os seguintes depoimentos:

A gente quer fazer o melhor, mas o tempo todo há uma questão que tem que resolver, é a corrida pra olhar tudo. Se sou responsável pela farmácia, vacina, curativo... Eu sou responsável, eu faço. Se sou responsável pela farmácia, vacina, curativo... Eu sou responsável, eu faço. (Violeta)

O enfermeiro não pode estar ali, ele está na visita domiciliar, na consulta, esta fazendo tanto outras coisas. (Margarida)

Eu acho que o enfermeiro assume funções que não são nossas. É a grande dificuldade de atividades... Lá o outro enfermeiro é responsável pela medicação (ao intervir, informa, controle da farmácia), e outro.. Mas fica meio assim, também tem a recepção e arquivo. (Rosa)

Duas situações contraditórias surgem neste momento: ou as enfermeiras estão assumindo funções que não são suas ou estão em várias atividades ao mesmo tempo. Isso compromete o seu saber e o seu fazer. Com este entendimento, a sobreposição de atividades (“enfermeira amálgama”) e a superposição (“enfermeira resolve”) geram tensão entre administrar e o cuidar, reduz a especificidade da ação e do saber. Gera prejuízo para a autoimagem e heteroimagem da enfermeira (GOMES; OLIVEIRA, 2010).

A enfermeira no seu saber e fazer deve reconhecer os seus limites para não incorrer-se em negligência, imprudência e imperícia (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010). Por isso, ela precisa impor limites para não se perder naquilo que é exclusivo dela. Quando deixa de observar a prática do auxiliar de enfermagem na sala de vacinação e assume a responsabilidade pela farmácia, por exemplo, ela se compromete com a dimensão ética e se distancia das bases teóricas da profissão.

8.2.4 A necessidade de padronização

As práticas de saúde individuais e coletivas necessitam da definição de normas e rotinas, bem como fluxos bem orientados para sua efetivação (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006). Porém devem ser claras, flexíveis e aplicáveis ao coletivo (GELBCKE; LEOPARDI, 2004). Esta afirmativa na enfermagem constitui uma exigência do órgão fiscalizador da profissão (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010) e se justifica pela necessidade de uniformização de condutas que facilita o trabalho da equipe de enfermagem. Estas enfermeiras esperam por um documento de padronização local, conforme citam:

Agora chegou um novato, tô esperando o POP pra eu passar pra ela. Se cada hora é um, o novato... né? A gente precisa estar mais lá. Se cada hora é um... (Violeta)

Tem muitas pessoas novas na rede, contratadas, tanto enfermeira como auxiliar. (Margarida)

Com este entendimento, foi elaborado pela pesquisadora um Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos do trabalho da enfermagem na vacinação nas UAPSs do município cenário do estudo e discutida cada etapa com as enfermeiras do PEPS, visando validar o material que foi disponibilizado ao Departamento de APS para reprodução e uso pela equipe de enfermagem. Consiste em organizar o conhecimento para efetivação das práticas, descrevendo o passo a passo do fazer da enfermagem na vacinação. Tem como finalidade ajudar na tomada de decisão, sem, contudo, representar algo acabado e inflexível e não prescinde da prática reflexiva.

Este município possui um Protocolo de Ações da Enfermagem na APS, aprovado em 2002, que destaca esta força de trabalho em várias ações (FRIEDRICH, 2005). Porém, naquele documento, a vacinação não foi contemplada.

8.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA VACINAÇÃO

A organização do trabalho da enfermeira na vacinação é uma prática do trabalho em saúde que envolve, além das atividades assistenciais desta, as relações de trabalho com seus pares, com a hierarquia e com uma determinada estrutura institucional. A eficiência deste trabalho depende da organização na enfermagem. Entende-se a organização do trabalho da enfermeira na vacinação a partir de relatos sobre as formas como este está sendo disponibilizado à população nas UAPSSs com a ESF.

Assim, as enfermeiras dialogaram sobre organização, tendo surgido os seguintes subtemas: relação com os pares, relação hierárquica e relação com a estrutura.

8.3.1 Organização na relação com os pares

As relações vinculadas ao trabalho da enfermeira na vacinação se estabelecem técnica e socialmente entre os agentes dessa prática em saúde, que se inserem no contexto das UAPSSs na ESF, num espaço territorial definido e de acordo com as necessidades da população. Depende da forma de organização do sistema de saúde, em que os trabalhadores (recursos humanos) são fundamentais para o êxito do trabalho.

A interação da enfermeira com a equipe é fundamental para manter um bom padrão de organização. Entretanto, no cotidiano destas enfermeiras do município em estudo, existem contradições que interferem na organização do trabalho na vacinação, conforme citações a seguir:

Acho que a maior dificuldade é a organização por esse motivo: cada um vai se organizar a sua maneira. Então, se, esse mês, o meu técnico está lá, eu vou estar lá atuando muito e eu vou tá lá organizando. Do contrário, nos outros dias, são outros enfermeiros que vão tá organizando; acho que a maior

dificuldade que encontrei foi esta. A gente fica meio sem saber como vai ser esta organização..., vai ser a de uma, se todos entram e mexem? Então quer dizer, a gente acabou de colocar daquela maneira; o outro que entende que aquilo não é interessante vem e muda e no outro mês volta e coloca de novo. Deveria ter uma equipe responsável e não três pessoas responsáveis. (Margarida)

Quando a sala de vacinação fica com mais de uma, o que acontece é uma pessoa procura... seguir, organizar com baixo risco, usa uma metodologia, aí vem outro... (Jasmim)

A gente quer fazer o melhor. Fica melhor para orientar, supervisionar, precisamos dar apoio no acolhimento, corrigir falhas... (Violeta)

Pelo exposto, as enfermeiras reconhecem sua importância na organização do trabalho na vacinação, mas esbarram na dificuldade em operacionalizá-la na prática devido às ambiguidades nas decisões gerenciais/administrativas, comprometendo as relações interpessoais.

No cotidiano da enfermeira da UAPS, Friedrich e Sena (2002) corroboram que a ação gerencial confronta com a ação cuidadora quando ela planeja e administra tecnicamente as atividades dos demais trabalhadores da enfermagem, como aquelas que acontecem na sala de vacinação.

Entendendo que a gerência dos serviços de saúde deve ser facilitadora de condições para que os trabalhadores/recursos humanos respondam criativamente às novas necessidades, espera-se um gerente que priorize as relações interpessoais, que promova a participação efetiva e o bom relacionamento no trato com as pessoas. Entretanto, neste município, a tomada de decisões do ocupante do cargo de gerência nas UAPS se impõe pela prevalência de decisões políticas sobre as técnicas, subordinadas às normas verticalizadas, voltadas para a produtividade (FRIEDRICH; SENA, 2002).

Estruturas fixas, permanentes e rígidas de organograma com ênfase na divisão do trabalho, no planejamento das funções, na descrição de cargos, nos

manuais de tarefas e procedimentos são menos importantes para a organização de um trabalho do que a flexibilidade e adaptação às mudanças e transformações diante da dinâmica da ESF, para responder às necessidades de saúde da população.

Assim, a gerência dos serviços de saúde deve ser facilitadora de condições para que os recursos humanos respondam criativamente às novas necessidades. Entende-se que a atividade de vacinação necessita de atividades gerenciais para melhor organização do trabalho. Uma vez que o gerente e a enfermeira responsável pela vacinação estão dentro de uma mesma UAPS, esta relação entre cuidado e gerência torna-se mais viável, desde que seja promovido um encontro entre estes para unificar a tomada de decisões.

Segundo Greco (2004, p. 505), gerenciar deve ser “um processo pelo qual um grupo cooperativo de pessoas em uma instituição dirige suas ações e recursos para a consecução de metas e objetivos comuns”.

De acordo com esta visão, percebe-se que há necessidade de alteração na forma de organização do trabalho na vacinação, no que tange à relação com a equipe, para melhorar o atendimento à população quanto a esta atividade. Inclui-se a isso a importância de novos mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação efetiva de todos da equipe de saúde.

Com foco nas atuais proposições da ESF/SUS, espera-se que a enfermeira atue em uma rede de decisões, em que o modelo de gestão busque a participação efetiva dos trabalhadores e usuários, com maior flexibilização administrativa, de forma descentralizada para cada UAPS (GRECO, 2004).

Assim a enfermeira, ao assumir a responsabilidade pelo caráter técnico da assistência na vacinação e se destacar como referência na equipe, lida com as intersubjetividades dos sujeitos do cuidado tanto por parte da equipe como do usuário e da gerência do sistema de saúde. Neste sentido, ela se insere na prática social da enfermagem em uma teia de relações interpessoais e grupais de caráter complexo (URBANETTO; CAPELLA, 2004).

Por isso, para organizar o trabalho na vacinação e torná-lo mais produtivo e qualificado, é preciso refletir sobre ele a partir do entendimento dos profissionais que o executam e que estão inseridos na UAPS e, desta forma, somar esforços para garantir maior viabilidade técnica.

Espera-se que o encontro da enfermeira com o gerente possa resultar na interação dos profissionais no cuidado na vacinação, que não se limita ao conhecimento e ao uso de tecnologias, mas uma oportunidade para ações cooperativas e humanizadas, que possam transformar a organização desse trabalho da enfermeira.

É esperado pelo mercado de trabalho que a enfermeira, além da competência de assistência direta à saúde, seja capaz de desenvolver competências para orientar a gestão da equipe de enfermagem (e de saúde) e da organização dos serviços de saúde, para o alcance de resultados significativos (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

Observa-se que a enfermeira na UAPS está frequentemente envolvida em ações que lhe exigem liderança, comunicação, tomada de decisão, negociação, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, criatividade, visão sistêmica, planejamento e organização. Por isso deve ter oportunidade de desenvolver suas potencialidades profissionais.

Além disso, estas participantes referiram gostar de trabalhar com vacinação, mas, na relação com a equipe de enfermagem, as dificuldades aparecem como nos recortes dos depoimentos seguintes:

A gente tem que entender... tem que ter perfil mesmo. (Violeta)

Na UAPS que estou, no momento, as outras enfermeiras praticamente não entram na sala de vacinação. (Margarida)

Se a enfermeira estiver muito ocupada e ela não conseguir montar caixa... eles não fazem. Eu não sei se porque ele não entende!? (Rosa)

Na relação do trabalho da enfermeira na vacinação, como em outras atividades, existem afinidades decorrentes de sua experiência ou domínio do conhecimento que contribuem para um bom desempenho do trabalho. Ao ocupar a liderança da equipe de enfermagem, deve conhecer os limites e as dificuldades próprias e de cada um, buscando estabelecer relação de confiança com aqueles sob sua responsabilidade e, assim, agregar valores ao seu desempenho. Entretanto,

esta relação se estabelece influenciada por fatores internos que determinam a motivação e satisfação pelo que faz e também por fatores externos que podem influenciar a sua dedicação e responsabilidade (FREITAS; OGUIISO; MEREGUI, 2006).

No diálogo em relação ao trabalho com os outros profissionais da equipe da ESF/UAPS, as enfermeiras percebem que há um reconhecimento de seu trabalho, conforme a citação seguinte:

Até os médicos indicam a gente na sala de vacinação. Eles mesmos dão o maior valor. Sala de vacinação é da enfermeira, ué! Eu acho que, se a gente domina, tem que mostrar. Adquire maior respeito. Até com a Secretaria mesmo, né. Nem tudo é não. A gente tem que se valorizar. A população confia na gente. Não esta mil, mas procuro fazer um trabalho legal, ainda tem uma confiança. (Violeta)

Eu acho que a fama da vacina nas UAPS é boa. Eles dizem que, no serviço público, ela é muito bem conservada, bem olhada. Sinto que as pessoas confiam. Às vezes, deixam de tomar no particular para tomar com a gente. Isto é um ponto muito bacana nosso. (Dália)

Ao tratar da equipe multiprofissional e de trabalho comunitário, este trabalho se depara com culturas diferentes, que indicam conflitos derivados da divergência de interesse, desigualdade de tratamento social e formas de controle e comando. Por isso, a confiança se dá pela competência e pelo relacionamento entre as partes.

O trabalho da enfermeira almeja uma ação transformadora, marcada por uma intencionalidade, planejada antes da realização do produto final, cuja prática determina a finalidade social do trabalho, a partir da perspectiva da necessidade individual ou coletiva (PEREIRA et al., 2009).

Devido à posição privilegiada de formação frente aos demais componentes da equipe de enfermagem, a enfermeira desenvolve funções que podem envolver a parceria de um grupo de profissionais. Por isso, deve procurar construir relações de diálogo para maior aproximação e conquistar a confiança da equipe e privilegiar as

necessidades da população para a vacinação, de acordo com critérios sociais e epidemiológicos para a organização desta demanda.

Desta forma, o subtema Organização nas relações com os pares ocupa um papel central na articulação para a qualidade técnica na vacinação e relações sociais no trabalho da enfermeira das UAPSs.

8.3.2 Organização na relação hierárquica

Nas UAPSs, a enfermeira, ao assumir a responsabilidade pelas ações de vacinação, adquire a autoridade no nível mais descentralizado do PNI, o que deve ser conciliado com seu saber específico de enfermagem. Na dialética das relações hierárquicas, estas enfermeiras mencionaram o seguinte:

Mas parece que não entende, não aceita, já tive muito problema lá, por conta dessa questão... Então eles não fazem nada. A gente pede p/ fazer a limpeza da sala, vê a escala e vai ter que montar a caixa. Precisamos supervisionar mais de perto a sala de vacina, mas... também tem outras coisas. O que fala lá é assim: o enfermeiro tem a função dele, o auxiliar outra. Como se o enfermeiro não supervisionasse e eles não entendem isso. (Rosa)

Precisa dar uma atenção na sala de vacinação, vai lá dar um apoio ao auxiliar, fazemos assim quem tá lá, passa tudo mastigadinho, olhamos se tem fila, dúvidas. Não é possível ficar exclusivamente para ela, mas eu procuro acompanhar também, ficar mais perto, dar apoio, reúno, discuto. Procuro fazer o melhor. (Violeta)

Eu entendo que há falta de perfil e que o auxiliar de enfermagem não aceita o que existe de novidade, a gente vai

falar ela fala “Ah eu já sei”. Não aceitação da supervisão do enfermeiro, porque ele assume muita coisa. (Dália)

Por sua especificidade profissional, a enfermeira ocupa uma posição de poder na UAPS frente à equipe e à população e, por isso, deve procurar influenciá-los positivamente para o alcance das metas do PNI.

A organização hierárquica das ações e dos serviços públicos do SUS integra ao princípio de descentralização político-administrativa, tanto no sentido da rede de serviços quanto em níveis crescentes de complexidade, conforme cita respectivamente os artigos 7º e 8º, capítulo II da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a).

As fragilidades e facilidades nas relações hierárquicas na organização do trabalho da enfermagem somam-se à divisão do trabalho, ao modelo de gestão institucional e de enfermagem, às complexidades tecnológicas e do conhecimento (SILVA, 2009).

A distribuição de funções por grau de complexidade na enfermagem é inerente à composição da profissão em três categorias diferentes, diferenciadas pela formação do saber técnico. A enfermeira, nesta hierarquia, deve ser capaz de, além de executar ações específicas, planejar ações a serem realizadas pela equipe, supervisionar, orientar e implementar novas ações (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010).

Assim, ao mesmo tempo que a enfermeira avança no seu saber/fazer, enfrenta desafios pelas contradições internas no saber/fazer, tendo em vista que a assistência de enfermagem não é prestada exclusivamente por ela. Entende-se, assim, que a enfermeira precisa dialogar frequentemente com sua equipe, procurando detectar as necessidades desta. O enfrentamento, neste caso, torna-se mais ameno, quando a enfermeira, ao supervisionar sua equipe, promove reflexões para atuação com mais segurança.

Acrescenta-se que, ao liderar uma equipe de enfermagem, a enfermeira deve ajudá-la a desenvolver suas potencialidades, inseri-la no planejamento das ações e na participação das decisões para maior comprometimento com o trabalho e agregar valores ao indivíduo para mantê-lo motivado.

A liderança como uma abordagem estruturada na delegação de poderes, alianças, equipes, envolvimento, parcerias e negociações deve promover a

motivação humana, para o alcance de maior produtividade, eficiência e realce dos valores humanos daqueles que compõem o quadro de pessoal da instituição. A vontade de trabalhar produtivamente é de grande importância para a enfermagem e reflete na forma como o cuidado é executado (BEZERRA et al., 2010; PEREIRA et al., 2009; TRAD; ROCHA, 2011).

Desta forma, a enfermeira tem o desafio de considerar a produção de sujeitos capazes de aprender e de compartilhar desde que estejam motivados para as suas funções. Além disso, ela deve dialogar com os sujeitos do cuidado sobre a importância da vacinação, promovendo reuniões comunitárias, atenta às reivindicações a partir de uma escuta qualificada e construir vínculos com esta.

Quanto maior a proximidade da enfermeira com a sala de vacinação e com os sujeitos deste cuidado, mais rápida será a solução de problemas, facilita a produção do cuidado em vacinação e supera o conflito determinante de desgastes e desequilíbrios na equipe de enfermagem.

Como profissional integrante de uma rede de cuidados, a enfermeira da UAPS precisa dialogar também com o nível municipal, através da Coordenação de Vacinação, e com a Chefia do Departamento de Atenção Primária a Saúde. Nesta relação hierárquica ascendente/vertical, busca respaldo para suas decisões internas na UAPS. Entretanto, nestas relações hierárquicas, ela enfrenta contradições externas, como apontam os diálogos a seguir:

Eu perguntei pra eles sobre... aí me disseram que agora é assim. Fui saber de onde saiu aquilo e, de repente, disseram: apaga tudo que tá..., Gente, eu acho... que eles realmente estão acima da gente. (Dama-da-noite)

Eu tenho experiência de ter trabalhado em outro município. Fora daqui, a gente vê a atenção que se dá à vacinação. Numa realidade totalmente diferente. (Jasmim)

A Coordenação sempre tinha referência. Fazia cobranças: você pediu muita vacina, o que aconteceu, seu movimento não fecha. A gente tem que ter conversa. Quando não tem ninguém pra cobrar... (Dália)

Ainda assim é o único lugar que tem rede de informação. Aí irrita quando eles cobram... porque eu sei onde tá a falha.
(Violeta)

O saber/fazer da enfermeira no trabalho da vacinação passa por mudanças frequentes, marcadas pelas transformações do avanço científico na área de imunização e as conquistas políticas de inserção de novos imunobiológicos no calendário de vacinação. Para isso, precisa ter uma comunicação frequente com os níveis ascendentes da Secretaria de Saúde, tanto para buscar apoio para sanar dúvidas, como alimentar as informações sobre o produto de seu trabalho, através dos relatórios de doses aplicadas de vacinas e do movimento de entrada e saída de vacinas.

Percebe-se por estes depoimentos que a enfermeira e sua equipe precisam de retroalimentação de informações, com possibilidade de debate para o replanejamento e, assim, reforçar positivamente a finalidade deste trabalho e a participação dos sujeitos do cuidado na vacinação.

Desta forma, entende-se que as relações hierárquicas no trabalho da enfermeira na vacinação na UAPS devem ser conduzidas no sentido de socializar as decisões e encontrar soluções que ajudem a superar os conflitos e gerar transformações na APS.

8.3.3 Organização na relação com a estrutura

As enfermeiras apresentaram suas dificuldades relacionadas à organização da estrutura, à luz de suas experiências. A organização da estrutura física das salas de vacinação, o apoio administrativo para a logística de vacinação e suas relações de vínculo empregatício foram considerados relevantes. Assim a sala de vacinação na UAPS é mencionada por uma das enfermeiras:

A gente agora está com uma sala novinha, com uma sala só para isso; antes não tinha. Agora, compraram geladeira novinha, tudo direitinho, tá? Faltou só auxiliar. (Violeta)

Observa-se que, apesar da nova estrutura física na UAPS (citada por Violeta), ainda persiste a falta do auxiliar de enfermagem para este trabalho. A estrutura física adequada é aquela que atende às necessidades para a sala de vacinação (BRASIL, 2008b) e deve atender exclusivamente a esta finalidade. Os recursos e investimentos para construção são financiados pelo SUS, tendo em vista a finalidade a que se propõem.

A organização do trabalho sofre influências estruturais, relacionadas à estrutura macroeconômica, bem como à estrutura organizacional, como o modo de gestão empreendido pela instituição, que está, por sua vez, relacionado ao modo de produção vigente (GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Outro fator importante para a operacionalização da vacinação refere-se ao apoio administrativo, para garantir a acessibilidade da população. No diálogo com este enfoque, as enfermeiras apontaram:

Aqui, você trabalha, trabalha, trabalha... o profissional que corre atrás, que sabe a sua responsabilidade, mas, às vezes, esbarra em muita coisa, precisa fazer um trabalho de qualidade. (Jasmim)

Eu acho que falta um pouco de apoio. No dia da campanha, por exemplo, a gente tem um carro para fazer. Se você não fez os acamados no dia, a gente fica enrolado depois. Eu ainda acho que a vacina ainda é a parte da SMS que a gente tem mais apoio. Pelo menos no dia D a gente tem o carro à disposição com motorista. As outras coisas não. Isto fez com que tivesse um certo status. (Dália)

Em outro município, Sala equipada, tem armário, geladeira, ar refrigerado, ela tá tudo direcionada pra quê? Para atendimento á vacinação onde você tem um funcionário responsável no turno da manhã e da tarde para resolver as questões de vacina. E você tem a Secretaria de Saúde em cima, junto com você. Pra quê? Para te auxiliar nas campanhas. Aí você consegue fazer um trabalho de excelência. Então você

consegue no dia D, você consegue enviar a campanha na zona rural, nos bairros fora pra quando terminar a campanha você tenha um bom resultado... E junto também tem um carro, um transporte, tem todo um aparato pra te ajudar a fazer. O agente, o carro de som, tem tudo pra fazer. Então assim, eu sempre defendi o resultado. Vindo pra cá não acontece.
(Jasmim)

Neste momento, observa-se que existem diferenças na disponibilidade de recursos para a estratégia de rotina e de campanha de vacinação, como carro e motorista, divulgação. Nas campanhas de vacinação, os resultados são avaliados mais rapidamente, tendo maior visibilidade do produto desta ação, que, neste caso, entendido como o alcance da meta estabelecida, expresso pela cobertura vacinal.

Neste enfoque, é relevante a estratégia de participação de todos profissionais da equipe para este objetivo, principalmente nos dias específicos (dia D). Configura-se, nesse momento, a importância de um trabalho em equipe, em que todos perseguem um resultado final, o mesmo produto.

As condições de trabalho, representadas pela estrutura física adequada, materiais e insumos em quantidades e qualidade suficientes, acesso facilitado aos serviços de saúde são importantes, mas não se pode esquecer a importância do recurso humano nesta organização. Com este entendimento, a organização da estrutura passa a ser evidenciada pelas relações de trabalho e emprego, citadas pelas enfermeiras:

O problema é... Aquilo que a gente já conseguiu e ter que recomeçar, porque venceu o contrato. (Dama-da-noite)

Eu estou com dois auxiliares novos contratados que nunca tinham visto uma sala de vacinação. (Margarida)

Tem colega minha (enfermeira) que aprendeu fazendo comigo e por ela mesma, tá? (Violeta)

As contradições do trabalho da enfermeira na vacinação das UAPSs foram evidenciadas pela incerteza gerada pelo contrato temporário, a inexperiência e a insegurança, configurando-se em uma estrutura de recursos humanos com muitas fragilidades.

Desta forma, percebe-se que os aspectos estruturais relacionados à conjuntura social, econômica e política estão presentes no cotidiano da organização do trabalho da enfermeira na vacinação.

Com base nos depoimentos, percebe-se a necessidade da equipe de enfermagem se unir para reivindicações referentes aos seus direitos trabalhistas, dada a sua posição na composição da equipe de ESF das UAPSs. Entende-se que o saber e o fazer da enfermagem devem retratar um caráter organizativo, que também se aplica a sua imagem, conforme citam Gomes e Oliveira (2010).

O trabalho da enfermeira nas UAPSs é um processo em construção no qual este profissional precisa reconhecer os microespaços de poder e suas diferentes subjetividades e valorizar sua participação como ator neste processo (GELBCKE; LEOPARDI, 2004; KIRCHHOF, 2003).

No trabalho em saúde, as estruturas das relações sociais são marcadas pelas diferenças de poder e subordinação e de salários e emprego entre os profissionais e os usuários e o domínio de saberes e valores culturais (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006). Portanto, a organização do trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSs reforça as vantagens da descentralização deste trabalho, em que a população e os trabalhadores participam e se comprometem com esta responsabilidade nos serviços de saúde, compondo uma integração da equipe para a finalidade da vacinação. Entretanto, neste trabalho, localizam-se relações complexas que são reveladas no cotidiano em busca da efetividade na vacinação.

8.4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO SUBSÍDIO PARA O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA VACINAÇÃO

Os sujeitos da equipe de enfermagem na UAPS possuem modo de agir decorrente do ambiente, do modo de vida e das interações sociais. Porém, no seu todo social, surgem conflitos que contrastam com consenso, cooperação e

antagonismo, diálogo e dissenso. Por isso, a consciência sobre o trabalho na vacinação contribui para o equilíbrio da equipe.

A consciência dos sujeitos envolvidos no trabalho na vacinação advém do conhecimento teórico e sua aplicação na prática. Desta forma, pode-se afirmar que a vacinação é um trabalho da enfermeira e da equipe de enfermagem que acontece nas UAPSs, como seu principal espaço de manifestação. Assim, as sensações, percepções, conceitos e juízos constituem a imagem da realidade, que reflete os elementos significativos do mundo produtivo, cujas transformações são produzidas historicamente ao integrar teoria e prática, consciência e ser, matéria e ideia.

Desta forma, a educação permanente em saúde como subsídio para o trabalho da enfermeira na vacinação foi analisada em três subtemas distintos, porém complementares: 1) Análise das práticas na vacinação das UAPSs; 2) Análise da educação formal dos profissionais de enfermagem; 3) Educação permanente em saúde na vacinação.

8.4.1 Análise das praticas na vacinação das Unidades de Atenção Primária à Saúde

A vacinação tomada como objeto do agir do profissional de enfermagem constitui um cuidado de APS, no qual a enfermeira é responsável por todas as funções inerentes a este trabalho nas UAPSs. Esta prática é campo de aplicação do conhecimento e das habilidades.

No cotidiano desta prática, o entendimento das dificuldades encontradas atribuídas ao domínio cognitivo/conhecimento pode nortear as atividades educativas dos profissionais e dos estudantes da área da enfermagem e apontar a importância de refletir sobre este trabalho em educação permanente em saúde. Nesta prática, a enfermeira apresenta sua expectativa:

Agora, chegou um novato, estou esperando o POP para passar para ela. (Violeta)

Trata-se da padronização operacional dos procedimentos em vacinação, que foi abordada no Tema 2. Entretanto, observa-se que este documento só terá repercussão sobre a prática se precedido de reflexão sobre o saber fazer. Por isso, acredita-se na necessidade de criar espaços de discussão sobre a prática, proporcionando reflexões que possam apontar para soluções viáveis e factíveis.

Neste sentido, os manuais de normas, rotinas e procedimentos contêm informações que ajudam na organização e no desempenho do trabalho da enfermagem e constituem uma exigência para todos os serviços de enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010; WITT, 2005). Porém, devem ser acompanhados de reflexão sobre esta prática (WALDOW, 2009).

A vacina e o cuidado são objetos do trabalho da enfermeira na vacinação. Esse cuidado requer fundamentação dos conhecimentos científicos para sustentação da prática. Percebe-se que a enfermagem voltada à arte de cuidar tem se empenhado na construção de uma prática cientificamente fundamentada para a construção do cuidado às pessoas que necessitam de conforto, bem-estar, atenção, alívio dos sofrimentos (FERREIRA, 2011).

Esse processo do cuidar inclui quatro fases: percepção, identificação da situação, ação propriamente dita e resposta. Para isso, é necessário que o profissional tenha motivação, experiência, conhecimento, habilidades técnicas, capacidade para cuidar, pensamento crítico (WALDOW, 2009).

As enfermeiras, ao assumirem a responsabilidade pela sala de vacinação precisam resgatar conhecimentos para si e dar subsídio para a sua equipe de enfermagem, ou seja, precisam articular saberes para fortalecer a sua competência no processo do cuidar.

As enfermeiras que primam por qualidade e segurança em saúde preocupam-se com ocorrências éticas, norteadas por valores profissionais, que incluem responsabilização profissional frente à sociedade. Por isso apontam que

As coisas acontecem quando a enfermeira não está ali; mas quando está, precisa orientar a auxiliar, ver as falhas, as dúvidas, justamente por causa desta distância. (Margarida)

É importante mostrar a importância em todos os sentidos. Eles precisam sentir importante, entender, então joga a responsabilidade. (Violeta)

A dimensão ética permeia as relações de trabalho não somente no que tange ao respeito aos direitos do usuário, mas também na relação com os demais profissionais na equipe de trabalho. Por isso a enfermeira deve estar atenta à falta de destreza, de habilidade ou de conhecimento técnico (imperícia), assim como à negligência e à imprudência daqueles que estão atuando sob a sua responsabilidade (FREITAS; OGUISSO; MEREGUI, 2006).

Quando expressam preocupação com eventos adversos ou falam de ocorrência de doenças, as enfermeiras exprimem seu lidar responsável com a sala de vacinação que não se encerra no ato de aplicar a vacina. Como mostra o seguinte depoimento:

Não gosto nem de lembrar-me do dia que fiz uma DTP em uma criança e, logo depois, mais ou menos meia hora, a criança ficou molinha, cianótica... Que aperto!!! (Hortência)

Se acontecer um caso de paralisia flácida e aguda e for investigar, a gente tem que saber; esta coisa me preocupa Eu acho que nem a gente, nem os técnicos de enfermagem... esquece. (Dália)

Tem uma muito insegura, de fazer. Até enfermeira e assim também custou a quebrar isto. (Violeta)

Estão fazendo mecanicamente. Se der alguma confusão, se aparece alguma doença imunoprevenível? Qual o lote? Quem aplicou? Sou eu a responsável pelo caso que aconteceu, pois sou a responsável pela vacina. O usuário pode voltar até a gente pra saber. (Dália)

É esperado que os profissionais de enfermagem recém-ingressos nas UAPSs e que chegam para trabalhar na sala de vacinação, várias vezes repetidas

pelos depoentes, venham a somar esforços para uma atenção primária de boa qualidade.

Além disso, para enfrentamento do processo de cuidar na vacinação, é preciso de profissionalismo que, segundo (WITT, 2005), implica estar preparado para o trabalho e pressupõe a evolução do exercício da atividade profissional do plano das operações para o plano reflexivo.

As reflexões sobre o trabalho na sala de vacinação contribuem para que esta prática seja ajustada, redimensionada, transformada. Por isso a articulação da teoria com prática é entendida como complementar e fundamental para potencializar o conhecimento e a tomada de decisão nestas ações de prevenção em toda oportunidade de encontro com o usuário do SUS.

8.4.2 Análise da educação formal dos profissionais de enfermagem

Neste subtema, foram abordados dois itens que tratam da educação formal e a prática dos acadêmicos de enfermagem e da educação formal e a prática dos auxiliares e técnicos de enfermagem no trabalho na vacinação.

8.4.2.1 A educação formal/prática dos acadêmicos de enfermagem no trabalho na vacinação nas Unidades de Atenção Primária à Saúde

O processo histórico contextual da formação dos profissionais da área da saúde é marcado pelo modelo centrado na doença em detrimento do cuidado, em que os conteúdos agrupados em disciplinas não se articulavam. As mudanças recentes das políticas de saúde propõem avançar para o modelo de promoção da saúde.

Respaldo pelo artigo 200, item III do texto constitucional que cita “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;” (BRASIL, 2012c), o modelo de saúde proposto pelo SUS e seus princípios reforçaram a necessidade

de avançar nas propostas curriculares da formação dos profissionais de enfermagem, coincidindo com as mudanças na lei de diretrizes básicas da educação a partir da década de 90 e a legalização do exercício profissional pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) em 1986 (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010; GOTTEMS; ALVES; SENA, 2007)

Com ênfase na maior integração entre ensino e serviço e parceria entre educação e saúde, as UAPSs do município em estudo assumem também como espaço de atividades de ensino, mediante convênios com as faculdades públicas e privadas da área da saúde existentes e a Secretaria Municipal de Saúde, incluindo os cursos de graduação de enfermagem. Desta forma, as enfermeiras em serviço vivenciam as práticas de ensino nas UAPSs, estando lado a lado com professores e estudantes das instituições formadoras, por isso compartilham responsabilidades. Assim, as depoentes comentam:

[...] estou com acadêmica, além de que sou formada recente. Então, eu acredito que, nos estágios de enfermagem, o professor que vai pro estágio, ele é enfermeiro de estágio. Então, Ele vai pra sala de vacinação com seu acadêmico, ele vai ensinar, pra ensinar. Mas ele fica lá junto. Outros, eles deixam o aluno dentro da Unidade e... Se eu não faço, como estou ensinando pro meu acadêmico pra ele fazer? Se eu não tenho tempo de pagar mico na sala com ele...? Ele pode até não ter perfil, mas, se eu for lá com ele, demonstrar tudo que o enfermeiro faz lá dentro, estiver mesmo dentro da sala de vacinação, ele vai poder aprender e perder o medo. (Margarida)

Mas a gente não tem tempo mesmo de ensinar. Mas, se a enfermeira vai pra sala de vacinação, passam vários acadêmicos de enfermagem de faculdades diferentes. (Orquídea)

Eles deixam a gente como responsável. (Rosa)

O Professor de estagio que vai lá um dia, assenta e manda assinar a folha de estágio e vai embora..., eu acho que é complexo, né? (Margarida)

O ensino da enfermagem inclui a modalidade teoria e prática. Conforme depoimentos acima sobre os estágios, o acadêmico fica mais independente e conta com a enfermeira da UAPS como referência para seu aprendizado, mas existe uma supervisão do órgão formador, para respaldá-lo na condução desse momento de seu aprendizado.

Pelos depoimentos de Margarida, pode-se inferir que nem todas as enfermeiras das UAPSs se sentem tranquilas para lidar com o processo ensino-aprendizagem na vacinação, o que depende também do perfil originado na sua formação e de como constrói a sua atualização.

Os acadêmicos, assim como as enfermeiras, manifestam interesse por desempenho de ações específicas, como apontam as citações abaixo:

A gente não vê esta dificuldade do acadêmico quando vai pra uma sala de preventivo. Entendeu? A gente não vê. Mesmo tendo dificuldade, em outros locais diferentes, a gente não vê. Eles preferem mais uma sala de curativo a uma sala de vacinação. Há diferença aí, eu não sei o porquê. (Orquídea)

Porque realmente há um estigma. A sala de vacinação... nossa... não pode isso, não pode aquilo...tenho que estudar...é muita informação pra um estágio de poucas horas. (Margarida)

Hoje em dia, faz, mas por obrigação, com muita resistência. Tem gente que tem mais perfil, gosta mais... (Violeta)

Na UAPS que estou, no momento, os enfermeiros praticamente não entram na sala de vacinação. (Margarida)

Eu acho o seguinte: são raros aqueles acadêmicos que gostam mais de saúde pública. (Violeta)

Eu tinha perfil na valorização da imunização. Eu acho que, assim como enfermeiro não tem perfil, tem acadêmico também que não tem perfil. Ele não quer saber de vacinação. (Lírio)
Sobre a vacinação, eu prefiro falar que alguns acadêmicos aprendem só por obrigação. (Rosa)

A satisfação e afinidade no desempenho do trabalho podem ser associadas a fatores intrínsecos ou extrínsecos ao processo do aprendizado (WALDOW, 2009). Assim, o acadêmico identifica valores para manter-se motivado e, dependendo da experiência vivenciada, pode ser estimulado a ter dedicação e responsabilidade.

Acredita-se que o educando precisa acreditar na capacidade de êxito de suas ações e, por isso, precisa entendê-las em profundidade. Daí, a preocupação com os depoimentos sobre “obrigação de saber”:

Tem acadêmicos!!! Nossa!!! Não querem aprender. Eu falo. “Você vai ser enfermeiro, vacina é do enfermeiro... Precisa saber”. Eu acho muito infeliz fazer coisas por obrigação. Vem cá, você aprende o calendário, tem obrigação de saber. Não lê cartão. Tem enfermeira também que não gosta. Tem que saber a importância, é dinâmica que muda tudo. Tem que saber sim. Muitos detalhes, muda sempre. (Violeta)

Percebo que o acadêmico não quer entrar na sala de vacinação. Ele tem medo? Não sei o que mudou. É mais atual? (Lírio)

Acredita-se que é preciso averiguar a razão do desinteresse do acadêmico e usar novas estratégias para incentivá-lo. A adoção do ensino contextualizado, crítico-reflexivo ajuda na formação de indivíduos conscientes, autônomos, capazes de construir conhecimentos (FREIRE, 2011). Ao referirem-se ao ensino de enfermagem, as depoentes mencionam diferenças entre os acadêmicos de enfermagem oriundos de instituição pública e particular/privada:

Lá onde trabalho, recebe acadêmico de enfermagem de três faculdades diferentes. Outro dia, eu senti diferença: dependendo da faculdade é o interesse pela sala de vacinação. Isto representa uma dificuldade pra nós lá dentro. Temos lá alunos de faculdade que não aceitavam ficar dentro da sala de vacinação e não tinha aqueeeela... né...que a gente confiasse, com tranquilidade. Outras os acadêmicos são supertranquilos, voltava pra gente uma coisa positiva. Então assim, depende... (Jasmim)

Eu também concordo que tem característica diferente: quando a faculdade valoriza o ensino público, ela valoriza a saúde pública, as instituições públicas. (Lírio)

Influenciada pela demanda do mercado de trabalho para a categoria de enfermagem, percebe-se uma expansão da abertura de cursos de graduação, pós-graduação, técnicos e auxiliares de enfermagem. No município da pesquisa, no início do século XXI, surgiram quatro faculdades de enfermagem de instituições particulares, aumentando o quantitativo de profissionais de enfermagem disponíveis, não significando, contudo, melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem.

A grade curricular da graduação em enfermagem modifica-se de acordo com o contexto das políticas de saúde, da educação e da própria profissão. Percebe-se que existem diferenças nos focos da formação nas décadas de 1980, 1990, 2000, de acordo com os depoimentos das enfermeiras sobre as suas épocas de graduação em comparação com o momento atual:

Nossa formação dava uma boa base e dominávamos bem todas as técnicas. Éramos muito práticas e hoje elas saem mais teóricas que práticas. O assunto vacinação era ensinado junto com a Enfermagem pediátrica, eu acho. (Hortência)

Quando eu formei, a faculdade não tinha muitas aulas de saúde coletiva. A carga horária era pouca. Mas a questão de vacina a gente aprendeu muito na teoria e prática. Tem que

gostar também. Tem que ter perfil. Então assim: eu me lembro de ir pra prática, ficar dias treinando. Quando eu fiz estágio, a gente não tinha medo, já sabia aplicação, olhar o calendário, tinha minha colinha, eu buscava. Não depende só da instituição, mas também do aluno. A gente observa que tem acadêmico lá, cada um diferente do outro, uns são ótimos, interessados, estudam em casa, tudo depende do interesse, acho que depende mais do aluno mesmo. Se ele está na minha responsabilidade ele deve ficar comigo. Estratégia que eu adotei recente lá, por causa disso. (Lírio)

Acho que isto é muito atual. Na minha época, era diferente. Bato muito sobre isto lá. (Violeta)

Após a década de 1980, houve modificações nos currículos da graduação da enfermeira, visando a qualificação profissional e o crescimento da produção científica na área da enfermagem (PADILHA; BORENSTEIN, 2006).

Estas mudanças curriculares contribuíram para a mudança de perfil das enfermeiras. Percebe-se que as enfermeiras egressas na década de 1980 foram formadas para as atividades assistenciais privativas; as egressas na década de 1990 foram capacitadas para interagir com a equipe, identificar e intervir em diferentes situações, com maior domínio intelectual da dinâmica assistencial da unidade; as egressas na década de 2000-2010 estão mais atentas à produção científica.

Na perspectiva de mudança do modelo de atenção vigente, para atender aos novos paradigmas do SUS e com a implantação da ESF no município em estudo, em 1996, as enfermeiras que estavam lotadas em UAPS foram selecionadas para fazer curso de especialização em Saúde da Família e da Comunidade. Esta iniciativa foi estendida às enfermeiras contratadas posteriormente. Então,

Na minha equipe, agora todo mundo estudou... As enfermeiras fizeram especialização em PSF, né! (Violeta)

Desta forma, houve uma mobilização das instituições de saúde e de ensino, do gestor e das enfermeiras para adequação do conhecimento aos propósitos de

desenvolvimento dos recursos humanos do setor saúde para suprir deficiências e aumentar capacidade resolutiva, principalmente na área da APS na ESF. Buscou-se também a adoção de novas metodologias de ensino aprendizagem que favoreçam a formação crítica e reflexiva, a responsabilidade compartilhada e a integração ensino-serviço (GOTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

A aproximação entre a evolução das políticas de saúde e de educação tem contribuído para melhorar o processo de trabalho, atuando na construção e reconstrução do perfil profissional das enfermeiras, com maior possibilidade do cuidado crítico reflexivo no trabalho da enfermeira na vacinação na UAPS.

8.4.2.2 A educação formal e a prática do técnico e do auxiliar de enfermagem

As escolas de formação dos profissionais de nível médio na área da enfermagem disseminaram-se por todo o país e atualmente concentra-se no setor privado, sendo preocupante a questão da qualidade da infraestrutura educacional (GOTTEMS; ALVES; SENA, 2007). Por isso os questionamentos sobre a formação do técnico e auxiliar de enfermagem surgem do cotidiano de trabalho das enfermeiras nas UAPSs, como:

É muito difícil convencer um técnico que tem que lavar as mãos se ele nunca foi ao laboratório para visualizar um microrganismo. É muito difícil para o técnico entender alguma coisa que ninguém provou pra ele. É preciso rever a formação do técnico. Assim como tem falha na nossa formação, a deles...? A vacina é uma questão da enfermagem. Não só da enfermagem, como é do enfermeiro. Eu acho que minha maior dificuldade é esta. E pior ainda, porque todos (os técnicos) passaram pelas escolas particulares. (Jasmim)

Remete-se ao processo de ensino-aprendizagem a indagação a seguir:

Aí fico me perguntando, quem esta formando este técnico? Não são os próprios enfermeiros? Como os enfermeiros estão dando aula para estes técnicos de enfermagem? (Margarida)

Eu estou com dois auxiliares novos contratados que nunca tinham visto uma sala de vacinação. (Violeta)

Neste caso, entende-se que, além da infraestrutura disponível, a enfermeira, nesta função educadora-professora, tende a repetir o modelo de sua formação no ensino do técnico e do auxiliar de enfermagem, de acordo com os recursos e carga horária disponíveis. Parece que predomina a concepção de transmissão de conhecimentos teóricos e pouca vivência com práticas mais voltadas para a atenção terciária para atender à lógica de mercado de trabalho na área hospitalar.

Quando as auxiliares e técnicos de enfermagem são contratadas para trabalhar nas UAPSs, frequentemente, houve-se falar do total desconhecimento desse trabalho, sendo a sala de vacinação a grande novidade para eles, conforme depoimento de Violeta. Além disso, dentre as auxiliares de enfermagem com maior tempo de serviço, algumas eram atendentes e passaram por cursos para a regulamentação na categoria de enfermagem da legislação do exercício profissional, conforme mostram os depoimentos a seguir:

A minha atendente foi obrigada a estudar, terminar o ensino fundamental e fazer o curso de auxiliar de enfermagem depois das mudanças do COREN. Eu gostava muito de ajudá-la, hoje somos muito amigas. Eu tinha também experiência na enfermagem como atendente e, quando terminei a faculdade, trabalhei um tempo no hospital. (Hortência)

Na minha equipe, agora, todo mundo estudou. Agora está assim; as técnicas de enfermagem são contratadas como auxiliares de enfermagem e não existe mais atendente. (Violeta)

Antes da legalização de três categorias na enfermagem, até a década de 1980, havia um grande contingente de atendentes de enfermagem. A partir da década de 1990, houve uma grande mobilização para que as atendentes de enfermagem se qualificassem com formação mínima no ensino fundamental e formação como auxiliares de enfermagem e ensino médio para os técnicos de enfermagem (GOTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

Com esse enfoque, a categoria de enfermagem ocupou as agendas da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN e das políticas públicas, à luz das Leis de Diretrizes Básicas da educação, tendo se beneficiado com o Projeto Larga Escala e o Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem (ProfaE) (GOTTEMS; ALVES; SENA, 2007; WITT, 2005).

Neste município, precisa haver a inclusão da categoria do técnico de enfermagem no quadro dos recursos humanos do setor saúde. Soma-se a isso, a importância do incentivo à qualificação profissional e a atualização dos conhecimentos para atender às necessidades dos usuários do SUS.

8.4.3 A educação permanente em saúde na vacinação

Embora a enfermeira e sua equipe devam usufruir da tecnologia da informação que disponibiliza as inovações científicas, a busca espontânea nem sempre acontece. Por isso a educação permanente em saúde deve ser prática social reflexiva que permita à enfermeira enfrentar as contradições nas diversas funções, como aquelas presentes no seu trabalho na vacinação nas UAPSs.

Desta forma, as enfermeiras depõem sobre as possibilidades de educação em serviço, citando os treinamentos, capacitações, reuniões técnicas e a educação permanente em saúde, como na fala a seguir:

A vacina tem mais detalhe, precisa estar sempre atualizando, tem sempre informação nova, tem que passar pra ela. Tem gente que tem resistência mesmo. Quando falo, ele pergunta, de novo? Já mudou?... É importante observar isto. É dinâmica, né. (Violeta)

Precisa ser treinado, mas precisa de perfil. (Rosa)

Gostam mesmo, adoram reciclagem, outros não. A gente tem que facilitar. Eu gosto de vacina também. Então a gente tem que vê como fica isso. Está precisando muito de capacitação... em sala de vacinação, em BCG tem pouquíssimos enfermeiros fazendo BCG, o pessoal está aposentando e não tem pessoal treinado novo para fazer BCG e PPD, Tenho recebido pessoas da zona norte para fazer BCG lá na região leste. Minha colega tem cinco anos de Prefeitura e, até hoje, não fez capacitação em sala de vacinação, coitada. (Violeta)

Realmente, no município, não tem tido capacitação em sala de vacinação há muito tempo. Não tem, né? Quem já fez... tudo bem. Mas quem tá entrando, não ta tendo. Então precisamos aproveitar o PEPS para isso. (Margarida)

A articulação de saberes constitui as especificidades do trabalho em saúde, por isso é necessária socialização e politização para acumular poder para a transformação da relação de trabalho (CAMPOS, R.; CAMPOS, G., 2006; MERHY et al., 2004; WITT; ALMEIDA, 2003).

No cotidiano do trabalho na vacinação, as enfermeiras tentam suprir esta necessidade, fazendo algumas intervenções, mas nem sempre conseguem o sucesso almejado. Por isso, debatem:

Eu não sei se porque ele não entende!? E isso a gente explica, fala, mas parece que não entende não aceita, já tive muito problema lá, por conta dessa questão de por tentar. (Rosa)

Fiz treinamento, falamos lá em baixo (na chefia), conversamos com acadêmico de enfermagem para ajudar, fizemos várias reorientações; mas tem gente que tem o maior bloqueio, até mesmo... (Violeta)

Acho complicado, mas vou dizer: eles não fundamentam as orientações, tem que ser e pronto. (Rosa)

Aí, eu falei com minha colega; nós vamos fazer isso? Aplicar vacina intramuscular no deltoide de criança menor de dois anos?... (Dama-da-noite)

Esclarece-se que os trabalhos educativos desconectados e baseados em transmissão do conhecimento não são eficazes para incorporar novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas (CECCIM, 2005). A enfermeira na ESF tem a possibilidade de ações mais contextuais para a compreensão do indivíduo. Seu processo de trabalho ocorre em um espaço multiprofissional, em que a interdisciplinaridade é desejável, a formação de vínculos com a população a situa como corresponsável pelas ações de saúde de uma área. Desta forma, a enfermeira na UAPS precisa colocar em prática suas potencialidades.

Por isso, ao refletir sobre a possibilidade de melhorar o cuidado na sala de vacinação, as participantes relatam:

Espera um pouquinho: Ele precisa entender a importância disso! Talvez ele entenda a responsabilidade. E a gente conquista o espaço da sala de vacinação. (Violeta)

Devia informar mais a nós e aos nossos técnicos e auxiliar. O que acontece com vacina. Por exemplo, a menina anotou o lote da febre amarela e a gente viu que era Sabin. E se... Tem que voltar para a responsabilidade, a importância e o que acontece. Estão fazendo mecanicamente. (Dália)

Com base nos questionamentos, percebe-se que as enfermeiras, assim como auxiliares e técnicos de enfermagem precisam de espaço para estudar sobre vacinação, de forma sistemática, sendo importante destinar um tempo na sua carga horária para fins de educação permanente em saúde.

Os profissionais em saúde são citados como a base para viabilizar e implementar projetos, ações e serviços de saúde disponíveis à população. A

formação de recursos humanos para o SUS tem aproximado as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS para facilitar condições de crítica e reflexões para mudanças de formação e cuidado em saúde (WITT, 2005).

Com esse propósito, em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que incentiva a criação do Polo de Educação permanente em Saúde (PEPS) como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, utilizando a problematização dos processos de trabalho, baseada em uma reflexão crítica sobre suas práticas (ALMEIDA; FERRAZ, 2008; BRASIL, 2009a; PIERANTONI et al., 2008).

O PEPS deve ser espaço de diálogo e de negociação entre os atores das ações e serviços e das instituições formadoras, para superar limites da formação e reorientação das práticas de prevenção e promoção da saúde na proposta da ESF. Assim constitui um espaço para as enfermeiras discutirem e refletirem sobre o cuidado e as contradições presentes no cotidiano do seu trabalho e assim mobilizarem a equipe de enfermagem para alcançar os objetivos de um saber fazer qualificado, que traduza em autonomia profissional (GOMES; OLIVEIRA, 2010).

A educação permanente é um instrumento importante para propor a formação a partir das necessidades de saúde das pessoas, estruturada a partir da problematização do processo de trabalho com o objetivo de transformação das práticas profissionais e da própria organização. Por isso, esta necessidade encontra uma possibilidade na iniciativa do poder público, por meio do Peps para enfermeiras e para auxiliares de enfermagem das UAPSs.

Entende-se, assim, a educação permanente essencial à política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores que atuam no SUS e comporta diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras (BRASIL, 2006a). Entretanto, no município em questão, esta proposta de PEPS para as enfermeiras e auxiliares de enfermagem das UAPSs teve início somente em 2011, sete anos após ter sido instituído.

Dependendo da concepção que se tem sobre o processo ensino-aprendizagem, as relações entre os sujeitos (acadêmicos, enfermeira, auxiliares e professor) diferem. É preciso que os sujeitos dialoguem sobre a prática de educação dominadora e o alcance de uma educação como prática de liberdade. Isto implica contribuir para perfis diferentes de profissionais de enfermagem.

Segundo Freire (2011), ao adotar a concepção “bancária”, o educador transmite valores e conhecimentos enquanto o educando memoriza conteúdos, mas mantém a contradição. O educador é sujeito dominador e o educando escuta, segue a prescrição, acomoda. Nesta visão, os seres humanos são considerados seres de adaptação.

Na concepção de educação problematizadora, considera-se essencial que ocorra uma relação dialógica entre os sujeitos para superar a contradição entre educador e educando. A unidade dialética favorece um conhecimento solidário sobre a realidade concreta sobre a qual os aspectos subjetivos e a objetividade se encontram, construindo e reconstruindo um saber crítico. Propõe, portanto, a reflexão autêntica de suas relações com o mundo, em busca da liberdade. Nesta visão, os homens desenvolvem a consciência crítica e lutam por emancipar-se da opressão (FREIRE, 2011).

A problematização e a tomada da consciência coletiva sobre a realidade do trabalho deve fazer parte do processo educativo e das intervenções e potencializa a emancipação dos trabalhadores (CECCIM, 2005; FREIRE, 2011). Desta forma, Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde.

A *construção dos sujeitos* criativos, éticos, tecnicamente competentes, defensores da saúde da população, capazes de atuar nos focos do gerir e do agir no interior dos serviços de saúde pode contribuir para alterar a lógica do cuidado à saúde e, conseqüentemente, o modelo de atenção em saúde (MERHY et al., 2004).

Assim acredita-se que o PEPS poderá possibilitar construção de espaço coletivo para a reflexão e avaliação do cotidiano do trabalho da enfermeira na vacinação, porque, ao mesmo tempo que atualiza as práticas, permite a construção de relações e processos nas equipes e na organização da UAPS, ao compartilhar saberes. Neste espaço, é possível vislumbrar produções de conhecimentos para o campo da saúde coletiva e da enfermagem.

8.5 TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE VACINAÇÃO

A vacinação integra a proposta essencial de APS oriunda da concepção de prevenção de doenças imunopreveníveis, tendo um reconhecimento histórico pela sua relevância epidemiológica. Nesta ação, a enfermeira se insere nas UAPSs, gerando transformações no seu cotidiano de trabalho e na sociedade. Percebe-se que, nesse município, houve crescimento das coberturas dos serviços de enfermagem para a população no período do estudo, influenciado pelas mudanças legais da regulamentação do exercício profissional e pelas decisões políticas de construção de um sistema de saúde para todos.

Os depoimentos das enfermeiras sobre a vacinação no seu trabalho a partir de 1970 apontam as especificidades vinculadas ao modo de produção no seu cotidiano e as determinações das políticas de Estado, que foram sintetizadas em subtemas que serão descritos a seguir.

8.5.1 A vacinação antes do Sistema Único de Saúde em um município da Zona da Mata Mineira

8.5.1.1 Dos Centros de Saúde às Unidades de Atenção Primária à Saúde

Os termos centros de saúde, centros comunitários de saúde, Unidade de Saúde tradicional, Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), PSF e ESF surgiram nos depoimentos das enfermeiras e refletem as diversas concepções das políticas de saúde, conforme se pode observar:

[...] quando comecei a trabalhar aqui na Prefeitura, por volta de 1983, fui trabalhar num Centro comunitário de saúde que ficava bem distante do centro da cidade e de minha casa. Lá trabalhava a enfermeira, a assistente social, um atendente de

enfermagem e auxiliar de expediente. Não tinha médico.
(Hortência)

Na Unidade tradicional, esta dificuldade não tem, por conta de ter uma enfermeira responsável. (Dama-da-noite)

Pensei em trabalhar no Posto de saúde da zona rural,...
(Orquídea)

Quando passou o PSF, eu preferi não mudar de local. Continuei na Unidade tradicional... (Dália)

Quando eu cheguei aqui, era UBS, de repente, muda tudo... que agora é UAPS. (Lírio)

Na ESF aqui, é assim... (Violeta)

Estas expressões remetem-se à dinâmica dos modelos de atenção à saúde, por vezes usado como sinônimos, porém apresentam tensão paradigmática, dependendo do contexto conceitual, ideológico e político. A denominação centro de saúde foi muito usada até o final da década de 1980, é marcada pela presença contínua ou intermitente do profissional médico especialista no nível primário (ALMEIDA; ROCHA, 1997; ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006; FRIEDRICH, 2005).

A expressão atenção básica foi utilizada nos documentos oficiais da política de governo referindo-se, prioritariamente, às ações de cunho assistencial e programático que ocorrem em Unidade Básica de Saúde (UBS), dentro do modelo clínico tradicional. A UAPS remete ao conceito de APS, que encontra na ESF a possibilidade para se efetivar com foco na unidade familiar e construído na esfera comunitária (BRASIL, 2006a; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Os depoimentos de Hortência sobre o seu começo nas atividades de enfermeira se referem ao período anterior à instituição do SUS. Refere-se a uma assistência voltada mais aos pobres, com condições sociais precárias e excluídos do sistema de saúde que prevalecia na década de 80. As ações citadas abaixo partiam

de iniciativas de pequenos grupos para mobilizar recursos e meios para viabilizar ações de saúde a esta clientela e não se configurava dentro de uma política de Estado.

[...] ação preventiva por isso fazia grupos de gestantes, confeccionava enxovalzinho com os tecidos que ganhava nas fábricas. Não fazia atendimento de puericultura nem pré-natal.
(Hortência)

Naquela época, os recursos para as ações de atenção básica eram escassos e insuficientes para as ações de prevenção e promoção da saúde da população que sofria com a precariedade de acesso às condições básicas para sua sobrevivência, como saneamento básico, moradia, trabalho, renda e, conseqüentemente, altas taxas de morbimortalidade infantil por doenças transmissíveis (PONTE, 2003).

8.5.1.2 O Programa Nacional de Imunização e a realidade da vacinação

No início, o PNI enfrentou dificuldades na sua execução, que se somaram à centralização e ao despreparo dos serviços de saúde para a implementação da vacinação. Para fortalecer e garantir a aplicação das vacinas, o nível federal adotou mecanismos regulatórios, para fiscalizar e normatizar as práticas e alcançar as metas preconizadas, atrelando a importância do cartão de vacinação da criança para recebimento do salário-família. Somente em 1979, foram criadas as coordenações estaduais do PNI (PEREIRA; BARBOSA, 2007; PEREIRA et al., 2009; PONTE, 2003).

As enfermeiras se empenhavam para viabilizar condições de trabalho, contudo sem contar com infraestrutura do município para a execução da vacinação. Este é um aspecto que foi analisado, segundo a fala de Hortência, pois evidencia a falta de infraestrutura para a efetividade do processo de trabalho, uma vez que as enfermeiras assumiam o transporte das vacinas do centro para a periferia,

enfrentavam dificuldades com a armazenagem, o reaproveitamento de material, as improvisações.

Naquele tempo, Eu saía da periferia e ia ao Palácio de saúde, no Estado, para buscar as vacinas, levando tudo de ônibus. Mas, quando se quer mudar alguma coisa, a gente arregança as mangas e vai. No Centro Comunitário, as vacinas eram colocadas na geladeira ou guardadas em isopor com gelo ensacado que nós fazíamos. Não tinha termômetro para o controle de temperatura. As agulhas eram de metal e as seringas eram de vidro. (Hortência)

Outro aspecto que foi analisado refere-se aos recursos materiais utilizados no contexto assistencial da vacinação na atenção primária à saúde na mesma década de 1980. Utilizavam-se as seringas de vidro e as agulhas de metal para a aplicação de vacinas (RIZZO et al., 1986). O uso de seringas e agulhas descartáveis foi difundido na década de 1980 a partir da divulgação dos perigos da transmissão do HIV e regulamentação do controle de infecção hospitalar (PIERANTONI et al., 2008).

As agulhas eram de metal e as seringas eram de vidro. Eram esterilizadas em estufa e reaproveitadas ao máximo. Quando as agulhas ficavam com as pontas ruins, rombas, eu tinha uma pedra para limar a ponta. Até final de 80, ainda era assim. A enfermagem gastava muito tempo para preparar o material. Eu não usei, mas sei que também usavam colocar as seringas e agulhas para ferver para matar os bichos. Contando hoje, parece absurdo, mas, na saúde, as coisas evoluem... ainda bem, né? (Hortência)

Percebe-se que houve avanço nos conhecimentos científicos e estes revolucionaram as técnicas e contribuíram para a implantação de novas

metodologias de trabalho, impulsionando novos modos de intervenção como o que vem acontecendo com as práticas em sala de vacinação.

Eu me lembro... de uma sala escura e uma lamparina para flambar as agulhas que eram usadas no BCG. (Dália)

Era colocado várias doses da vacina na seringa e a cada pessoa vacinada a agulha era colocada na chama da lamparina para a esterilização e aplicava depois que esfriava. (Hortência)

Esta vacina BCG parecia ter um ritual misterioso. A gente tinha uma aula prática na faculdade para ver como era feito, mas, na prática, era exclusivo da enfermeira do Palácio da Saúde que preferia treinar as atendentes que trabalhava com ela. Era um serviço dos funcionários do Estado. (Hortência)

O trabalho da vacinação antes da implantação do SUS apresentava dificuldades operacionais para as enfermeiras desse município, havendo pouca participação para torná-lo efetivo. Entende-se que a realidade do trabalho na vacinação vem passando por transformações que dependem do sistema de saúde vigente e da forma como está organizado (TEMPORÃO, 2003b).

8.5.2 O trabalho da enfermeira na vacinação após a instituição do Sistema Único de Saúde em um município da Zona da Mata Mineira

8.5.2.1 A descentralização da vacinação

Depois de instituído o SUS, em 1990, iniciaram-se os processos de municipalização das ações, sendo que os municípios tornam-se os coordenadores e executores das ações de vigilância epidemiológica e, conseqüentemente, dos serviços de vacinação. Neste momento, o PNI passa a ser subordinado ao Centro

Nacional de Epidemiologia – Cenepi, uma das diretorias finalísticas da Funasa (Fundação Nacional de Saúde), que manteve o compromisso com a aquisição de vacinas (BARRETO, 2002; BRASIL, 2005b). As atividades logísticas relacionadas a compras, armazenagem e distribuição foram separadas da estrutura do PNI e deslocadas para a Coordenação Geral de Insumos Estratégicos, subordinada à diretoria de administração do Ministério da Saúde (BARRETO; PEREIRA; FERREIRA, 2006; BRASIL, 2003a).

Nos depoimentos, oriundos de suas práticas anteriores em outros municípios e captados pelo grupo focal, observou-se que as opiniões sobre a diretriz política de descentralização da vacinação divergem, entre as enfermeiras, sujeitos desta pesquisa.

Eu acho que precisa ser centralizada, de novo. Em toda UAPS que trabalhei, eu tive esta dificuldade com esta descentralização, a gente não consegue, na verdade isto tudo que falaram. Às vezes, o trabalho fica... registro, anotação subnotificada, depende de cada uma, que pensa de uma forma diferente, cada um trabalha de uma forma, agindo diferente.
(Dama-da-noite)

As depoentes falam de uma realidade de trabalho em outro município onde a descentralização da vacinação ainda não tinha acontecido. Ressaltam as vantagens da centralização sobre o controle interno. Entretanto, as dificuldades de acesso da população a um serviço localizado distante de sua residência contrariam um dos princípios fundamentais do SUS. Ao tratarem de suas experiências anteriores, relatam:

E, antigamente, quando trabalhava em outro município, na sala de vacina, tinha um enfermeiro que era responsável pela sala de vacina com mais três auxiliares da Secretaria Estadual de Saúde que faziam três turnos diferentes, devido à responsabilidade. O enfermeiro era responsável pelo fechamento, organização e tudo mais sobre vacina. Tinha mais

facilidade, mais acesso, a gente ficava atento pra ter um trabalho mais valorizado. (Margarida)

Nós do PSF não tínhamos sala de vacinação em nossa comunidade. A sala de vacinação não estava na minha Unidade. Ficava no centro. Era apenas num local. Mas funcionava muito melhor. Sala equipada, com geladeira, ar refrigerado, ela tem tudo direitinho. (Jasmim)

Pelos fragmentos apresentados, dos depoimentos das enfermeiras Jasmim e Margarida, percebe-se que a descentralização das salas de vacinação em Minas Gerais ainda não se concretizou em alguns municípios; embora, relatem estarem mais bem equipadas que aquelas onde elas atuam.

Vale lembrar que a municipalização representa uma estratégia política para a descentralização, por isso os municípios precisam apresentar condições para assumir compromissos e responsabilidades que são requisitos para a definição das modalidades de gestão (BRASIL, 2006a). O município do estudo se encontra habilitado para a gestão plena do sistema municipal, sendo referência para vários municípios da região da Zona da Mata mineira, com maior número de salas de vacinação na região (JUIZ DE FORA, 2010).

Apesar da proposta de combater a verticalização dos programas e transformá-los em serviços que permitam um diálogo entre os atores sociais, as normatizações, os insumos e os recursos financeiros vêm da esfera federal. Os técnicos da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais chamam periodicamente os coordenadores municipais para as reuniões avaliativas e a apresentação das normatizações atuais. Estes coordenadores municipais devem ser multiplicadores, ocupando a referência em vacinação. Desta forma, o coordenador municipal precisa dialogar diretamente com as enfermeiras das UAPSSs para que estas sejam atualizadas. Por isso, o depoimento abaixo aponta uma mudança na relação hierárquica que precisa ser entendida pelas enfermeiras executoras das ações do SUS.

Realmente a GRS (que agora mudou de nome) orienta sim, mas nem tem chamado a gente mais. (Dama-da-noite)

Nesta relação hierárquica da esfera estadual com a municipal e dentro do próprio município que conta atualmente com mais de 60 UAPSs com salas de vacinação (JUIZ DE FORA, 2010), as enfermeiras participam na dinâmica da construção da política de vacinação no SUS, no nível local mais periférico.

A municipalização da Coordenação e execução da vacinação em 1990, no município do estudo, facilitou a ampliação e disponibilidade dos imunobiológicos para todas as UAPSs, tendo contribuído para as melhorias das coberturas vacinais. Desta forma, entende-se que a municipalização foi uma estratégia importante que impulsionou a descentralização (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Assim,

a vacinação teve uma mudança para nós aqui. Passamos a ter uma coordenadora da vacinação do município que procurou fazer treinamentos sobre BCG e outras vacinas e várias mudanças aconteceram. As enfermeiras podiam contar com uma colega para resolver as dúvidas mais rapidamente. Foi muito bom. Sinto falta disso, atualmente. (Hortência)

Desde então, destaca-se que essa coordenação municipal de vacinação neste município sempre esteve a cargo de enfermeira ligada ao Departamento de Vigilância Epidemiológica, o que parece facilitar o entendimento e a comunicação para a atuação da enfermagem. Este departamento pertence atualmente à Subsecretaria de Vigilância à Saúde.

A vacinação, ao ser inserida no trabalho da UAPS, além de maior acesso para a população, implica, para a enfermeira, capacidade de influenciar a equipe de enfermagem para a execução e necessita de maior coesão e integração do grupo de enfermeiras. Desta forma, a descentralização da vacinação confere maior poder à enfermeira da coordenação e da UAPS no município em estudo.

8.5.2.2 A vacinação após a implantação da Estratégia Saúde da Família

Com o avanço das políticas de saúde a partir do SUS, as concepções sobre produto, processo e procedimentos de trabalho se aproximam quando o trabalho de

executar e o trabalho intelectual (concepção) se unem, combatendo a fragmentação, a simplificação e a especialização (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

O município sede desta pesquisa se beneficiou pela disponibilidade de recursos humanos para articular saberes e práticas com tecnologias apropriadas à APS na ESF. Fez-se parceria entre o sistema de saúde e o setor de educação para adequar o saber profissional ao modelo de saúde proposto, na perspectiva de construção do SUS. Por isso, todas as depoentes deste estudo fizeram curso de especialização em saúde da família e da comunidade. Então,

Depois do SUS, ficou muito melhor pra gente, pois aumentou o número de enfermeiras e aí melhorou para a enfermeira fazer a assistência de enfermagem, principalmente com a ESF.
(Hortência)

O processo de trabalho das enfermeiras da ESF nas UAPSs deste município inclui o exercício de múltiplas funções, além de mediar a equipe de enfermagem na função cuidadora. Elas exercem, por exemplo, atividades assistenciais, educativas, administrativas e de participação no planejamento e nas representações sociais, como conselhos locais de saúde. Além disso, assumem a responsabilidade pelos ACSs (BRASIL, 2011 b) e, em várias UAPSs (70%) do município, acumulam a função de gerente (JUIZ DE FORA, 2010). (No momento da realização do estudo, das 60 UAPSs existentes, o cargo de gerente era ocupado por enfermeira em 42 UAPSs, por auxiliar de enfermagem em 11 UAPSs, por médico em três UAPSs e por assistente social em quatro UAPSs). Assim, a enfermeira se vê diante de muitas solicitações de sua presença:

Porque o telefone chama, a gente sai para atender e perde o registro. (Violeta)

Eu acho que o enfermeiro assume funções que não são nossas. É a grande dificuldade de atividades. (Rosa)

[...] e outro enfermeiro é responsável pela medicação (ao intervir informa, controle da farmácia), e outro... Mas fica meio assim, também tem outras coisas. (Rosa)

Eu acho assim: o enfermeiro, às vezes, quer fazer alguma coisa que dá um pouquinho de status. Quer fazer preventivo, tá ali ... resolvendo aquela situação... mexeu no bolo da situação. (Jasmim)

Mas as ações da enfermeira na UAPS precisam ser modificadas e transformadas continuamente no seu cotidiano, para atender às necessidades e demandas dos cidadãos e alcançar a dinâmica da saúde coletiva do SUS (ALMEIDA; ROCHA, 1997; FRIEDRICH; SENA, 2002; KIRCHHOF, 2003). Com frequência, sentem-se sobrecarregadas, mas precisam planejar e distribuir melhor seu tempo.

Ao abraçar a responsabilidade pela sala de vacinação, a enfermeira assume um compromisso com todas as funções referentes (ALMEIDA; ROCHA, 1997), que requerem o seu empenho para o envolvimento da equipe de enfermagem e alcance de resultados satisfatórios para a população. Por isso, além da execução técnica, esse trabalho precisa de planejamento e avaliação contínua, portanto, sugere-se uma escala rotativa entre as enfermeiras, para melhor organização e definição de referência dentro da UAPS.

As depoentes citam sobre os resultados com a vacinação que as metas do PNI não são objetivamente informadas, mas visualizadas no seu modo de fazer, como:

Eu nunca me preocupei em fazer contas. Mas eu mesma fazia as busca ativa nas casas, saía levando o isopor e vacina e lá mesmo já aplicava a vacina. Sempre tive um bom relacionamento com os pais das crianças, o que me ajudava muito. (Hortência)

Quando falam que o resultado tá baixo, eu nem me preocupo, pois eu sei o que fazemos lá. Mas, às vezes, esquece-se de

registrar, a população não é aquela que eles estão falando....
(Violeta)

Nota-se que ainda predominam nas salas de vacinação das UAPSs pesquisadas os registros manuais, com utilização dos diversos registros em impressos, cadernos e cartão de vacinação. A alimentação de dados no Sistema de Informação do PNI foi implantada no município no final da década de 1990, mas está centralizada na Coordenação de Vacinação do município que recebe e providencia a digitação dos relatórios mensalmente.

É esperada a retroalimentação dos dados, cujos resultados devem ser discutidos pela equipe de enfermagem e compartilhados com os outros profissionais e com a população usuária da UAPS. Mediante a análise e discussão dos dados pela equipe, as dificuldades, as limitações, assim como os êxitos, devem ser avaliados e contribuir para o replanejamento em vacinação, além de ser uma oportunidade para valorização deste trabalho da enfermagem na UAPS (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011; TEIXEIRA; ROCHA, 2010).

Entende-se que, embora o trabalho em sala de vacinação da UAPS venha sendo exclusivo da categoria de enfermagem, a enfermeira precisa envolver a participação da equipe multiprofissional da ESF, para que as oportunidades de indicações da vacinação sejam incorporadas ao cotidiano de todos os profissionais da UAPS.

Acho que três enfermeiras responsáveis no PSF complica um pouco. Deveria ter uma equipe responsável talvez. (Margarida)

Quando os médicos chegaram aos Centros Comunitários de saúde, não sabiam sobre vacina. Por isso este assunto é de domínio das enfermeiras. (Hortência)

Até os médicos indicam a gente na sala de vacinação. Até os médicos mesmos dão o maior valor. Sala de vacina é do enfermeiro, ué. Eu acho que, se a gente domina, tem que mostrar. Adquire maior respeito. Até com a Secretaria mesmo, né. Nem tudo é não. Os agentes comunitários fazem a busca

pra gente. Eles vão. Embora esteja baixa. A gente corre muito atrás. (Violeta)

Desta forma, este trabalho precisa ajustar-se com a proposta de interdisciplinaridade na ESF, que deve ser focada na unidade familiar e comunitária, buscando integração conceitual e metodológica, para permitir melhor compreensão da complexidade das dificuldades para alcance de resultados ótimos (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

As enfermeiras depoentes reivindicaram as capacitações em vacinação, como uma estratégia para aprimorar sua atuação nas UAPSs e embasar seu fazer neste trabalho. Destacaram:

Nós chegamos aqui para trabalhar e, até hoje, não fizemos capacitação em sala de vacinação. Chego à Unidade, preciso dar resposta. (Rosa)

Tem muitas pessoas novas na rede, contratadas. Eu estou com dois auxiliares de enfermagem novos contratados que nunca tinham visto uma sala de vacinação. Tem colega minha que aprendeu fazendo comigo e por ela mesma, tá? (Violeta)

Fiz capacitação em sala de vacinação. Que curso bom! A gente saía de alma lavada, mas muito mais preocupada com a tal responsabilidade. Tudo que era dúvida no meu dia a dia, foi discutido no grupo. Sabe, eu fazia as vacinas e achava que tinha encerrado o assunto. Mas a capacitação me trouxe mais preocupações; e os resultados? E os eventos adversos? E os susceptíveis? (Hortência)

Nossa formação dava uma boa base e dominávamos bem todas as técnicas. Éramos muito práticas e hoje elas saem mais teóricas que práticas. (Violeta)

Observa-se que houve crescimento do número de profissionais de saúde, com a ampliação da cobertura da ESF no município, sobretudo da equipe de enfermagem das UAPSs (JUIZ DE FORA, 2010). Porém, existiam fragilidades quanto às vinculações empregatícias no momento de realização do estudo que contribuem para as indecisões na sala de vacinação e, portanto, são contradições que precisam ser superadas.

Para tal, a estratégia educativa é um investimento em qualificação do trabalho da enfermeira e, conseqüentemente, dos auxiliares de enfermagem fundamental para avançar rumo aos princípios e diretrizes do SUS e da própria categoria profissional.

Neste sentido, desde o início da descentralização, a Coordenação de Vacinação neste município assumiu o compromisso de desenvolver capacitação em sala de vacinação para a equipe de enfermagem e a capacitação para a vacinação BCG para enfermeira, seguindo as normatizações das esferas federal e estadual. Entende-se a necessidade de dar prioridade para as enfermeiras das UAPSs frente à responsabilidade neste trabalho. Quando a enfermeira tem um envolvimento social e participação nos processos de construção do SUS, percebe-se que consegue visualizar as vantagens e a satisfação pelo trabalho desenvolvido, como aponta o depoimento a seguir.

Tenho muito orgulho de ter contribuído para o SUS de JF. Tive oportunidade de ser representante dos enfermeiros no Conselho Municipal de Saúde com voz e voto, nos anos 90. Como participante do primeiro curso sobre o Programa de Saúde da Família e integrante das primeiras Unidades do PSF em Juiz de Fora, acho que foi muito legal no início. Fiquei empolgada e participei dos treinamentos dos ACSs, que eram pessoas da comunidade e que precisavam de muitas orientações. Ensinei pra eles que a busca ativa na vacinação é deles e por isso eles precisam aprender o calendário de vacinação e estar sempre falando com a enfermeira da sua equipe. (Hortência)

Ao contrário, quando não se percebe envolvimento dos atores sociais, permanece uma visão política conservadora em que as pessoas são obrigadas a adaptar e aceitar determinado modo de organização social, sem participação, negando sua própria história (*Isto é assim porque é*) (MOULIN, 2003). A alienação pode contribuir para o enfraquecimento da profissão, impedindo o seu crescimento.

A trajetória da profissão de enfermagem, desde os primórdios esteve ligada a sua participação na sociedade que evoluiu desde uma religiosidade medieval, marcada pelo sentimento maternal, pela participação nas guerras, para uma enfermagem atual científica e humanística (SANTOS T. et al., 2011; TOLEDO et al., 2008; TRAD; ROCHA, 2011). Nesta construção secular, não faltaram esforços e dedicação de enfermeiras e de sua equipe, o que contribuiu para que este trabalho continue necessário e de relevância social, como mostra o depoimento a seguir:

*As enfermeiras, brotinho de hoje, não conhecem, como eu, sarampo, rubéola, difteria e outros. **Eu contribuí para mudar isto.** Na minha infância, quase perdi meu irmão com sarampo (emociona). Meus filhos também tiveram sarampo e coqueluche. (Hortência, grifo nosso)*

Entende-se, portanto, que a enfermeira, neste trabalho na vacinação, lida com necessidades, demandas, intervenções à população e, por isso, é um cuidado que integra a prática social na ESF e é produzido de acordo com o contexto histórico da política de saúde e de vacinação. Suas ações e compromissos contribuíram para a mudança dos indicadores de doenças imunopreveníveis, o que demonstra a importância desta profissional na UAPS.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta análise de dados foi constituída a partir do referencial teórico sobre o SUS e seus desdobramentos na APS e a ESF, o trabalho em saúde, o trabalho da enfermeira e a vacinação. Da proposição dialética sobre o título, facilitada pela opção pela entrevista em grupo focal, emergiram os depoimentos que compõem informações significativas no trabalho da enfermeira na vacinação na UAPS no município em questão e foram agrupados em temas e subtemas.

Assim, buscou de forma objetiva analisar a matéria a partir da realidade sobre o cotidiano do trabalho da enfermeira na vacinação, refletir sobre a interligação da teoria com a prática desse trabalho, analisada como a imagem objetiva da consciência e por último buscou-se entender as transformações da enfermagem frente ao contexto das políticas de saúde e de vacinação no município, procurando entender como esta prática social se efetiva.

Desta forma, a matéria foi evidenciada nos temas: Definição do responsável pela sala de vacinação; Funções da enfermeira na sala de vacinação das UAPS e organização do trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPS. Estes temas sintetizam o cotidiano do trabalho da enfermeira na vacinação e suas implicações. A imagem objetiva da consciência foi abordada na descrição do tema sobre a educação permanente como subsídio para o trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPS. O tema intitulado “O trabalho da enfermeira no contexto das políticas de saúde e de vacinação” sintetiza esta prática social transformadora que foi abordada em dois momentos distintos: antes do SUS e após o SUS.

Ao tratar dos aspectos práticos do trabalho na vacinação a partir das dificuldades encontradas percebeu-se a necessidade de articulação da teoria com a prática, indicando a educação permanente em saúde como possibilidade para orientar mudanças nas ações e serviços, na formação de novos perfis profissionais e introduzir mecanismos de autoanálise e incentivo à busca proativa de conhecimentos sobre a vacinação para o incremento desse trabalho.

A instituição formadora é muito importante na constituição do saber da enfermagem, seja na escolaridade do nível médio ou universitário. Este encontro entre formação e os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho pode gerar

renovação de parâmetros e novos referenciais para fazer as mudanças no sistema de saúde e na enfermagem, enquanto categoria.

Os depoimentos expressaram reflexões pessoais e profissionais com valores e princípios que emergiram da prática das enfermeiras na vacinação das UAPS. Concluiu-se pela indicação do PEPS para as enfermeiras como subsidio para melhorar a qualidade de trabalho na vacinação nas UAPS, a partir da reflexão crítica e deve ser estendido aos auxiliares, técnicos e acadêmicos de enfermagem. Deve ser uma oportunidade de reflexão sobre as condições do mundo do trabalho em saúde e na enfermagem, enquanto categoria profissional.

O êxito da vacinação nos 40 anos do PNI (1973 a 2013) se deve de modo preponderante ao trabalho da enfermagem, que esteve e continua presente em todas as salas de vacinação, mesmo que as condições de trabalho não favorecessem o seu desempenho ou que a sobrecarga de funções, os baixos salários, as longas e duplas jornadas de trabalho lhes causasse grandes estresses. Foi através do empenho desses trabalhadores que a população foi vacinada e hoje já se pode falar em erradicação e eliminação de algumas doenças. Portanto, o trabalho da enfermeira na vacinação nos diversos contextos históricos é de grande relevância para as ações de APS e antecede a ESF.

A sala de vacinação é um micro espaço onde a enfermeira deveria atuar com competência técnica, social, educativa, científica, ética e política, e portanto seu trabalho é resolutivo e possui autonomia de decisão na UAPS. Estas enfermeiras precisam superar fragilidades, frente à racionalidade técnico-científica, aos interesses de governo e às metas da política de Estado. As contradições, os conflitos e as tensões que marcaram o trabalho das enfermeiras nas UAPS apontam para a necessidade de valorização daquelas que se empenharam para a efetividade da vacinação com redução significativa dos indicadores de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis.

As transformações da realidade do trabalho da enfermeira na vacinação é um processo em construção diária, que está vinculado a sua participação nos contextos sociais, políticos e culturais. Portanto, a enfermeira neste trabalho atua transformando e sendo transformada e, assim, contribui para o protagonismo de sua própria história e para conquista de seu espaço emancipatório.

O grupo focal favoreceu a explanação sobre os variados pontos de vista das enfermeiras das UAPS sobre o trabalho da enfermeira na vacinação neste cenário.

Houve interação da pesquisadora com as entrevistadas, tendo em vista que todas têm alguma aproximação com o trabalho na sala de vacinação.

Da totalidade do título, pode-se observar que as contradições e conflitos que surgem das fragilidades do trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPS representam desafios para os quais se devem buscar alternativas de superação. Ao confrontar de forma grupal as ideias, ora as enfermeiras manifestaram compartilhar dos mesmos pontos de vista, ora manifestaram pontos de vistas antagônicos, que variaram de acordo com sua percepção.

Por isso, para explicitar maior sustentação às orientações advindas do diálogo da pesquisadora com os sujeitos que participaram deste estudo no município em questão, considerou-se essencial a construção de artigos que buscam neste cenário a proximidade deste com a educação em saúde (artigo 1), com o contexto das políticas de saúde (artigo 2). Foi também oportuno elaborar e validar um “Manual de Normas, rotinas e procedimentos do trabalho da enfermagem na vacinação nas UAPS” deste município, cuja validação do conteúdo se deu a partir da participação da pesquisadora como facilitadora nos encontros do PEPS das enfermeiras das UAPS.

Observou-se que a equipe de enfermagem é uma organização social que através da vacinação pode conquistar o seu espaço, dando mais visibilidade ao trabalho que desenvolve na ESF e pode também contribuir para compreensão dos fenômenos dominantes da ciência da enfermagem que tratam do indivíduo, da família, do ambiente, da enfermagem e da saúde.

Percebeu-se que as transformações da realidade do trabalho da enfermeira na vacinação surgem da sua forma de inserção nas discussões sobre saúde, seja na prática das UAPS, seja participando dos movimentos políticos, sociais e emancipatórios. Neste sentido, deve se vislumbrar a construção da própria história da enfermagem, enquanto prática social.

Na medida em que foi construindo esta dissertação, permaneceu a seguinte indagação: Que elementos são necessários para a transformação da Enfermagem, enquanto profissão? Acredita-se que é preciso que a enfermeira dialogue com os pares e parceiros sobre o seu trabalho enfatizando-se os pontos positivos. Entende-se que é importante buscar autonomia e liberdade para atuar na sociedade; favorecer o crescimento da profissão para além das competências específicas, utilizando da politização, da publicização e marketing; ter convicção de que a

participação social e o exercício da cidadania são indissociáveis; debater e dialogar com as ciências e a cultura popular na redefinição dos objetos de estudo e saberes e nos processos indissociáveis (produto e consumo, ética, tecnologia e contexto sócio histórico, interesses públicos e privados), desenvolver valores e práticas sociais favoráveis ao bem-estar público, à equidade e à integralidade.

Desta forma, esta dissertação possibilitou um (re)pensar do trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPSs. Por isso, esses resultados alcançados estão disponíveis às participantes e demais interessados. Espera-se que as lacunas identificadas poderão nortear outras reflexões sobre a inserção da enfermeira na APS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. P. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 31-35, fev. 2008.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M (Orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ARANDA, C. M. S. S.; MORAES, J. C. Rede de frio para a conservação de vacinas em unidades públicas do município de São Paulo: conhecimento e prática. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 172-185, jun. 2006.

BALLALAI, I. **Guia prático de vacinação em empresas**. Rio de Janeiro: SBlm-RJ, 2005. 62 p.

BARATA, R. B. Desigualdades sociais em saúde. In: CAMPOS, G. W. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 457-486.

BARRETO, M. L. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 5, p. 4-17, nov. 2002. Suplemento 1.

BARRETO, M. L.; PEREIRA, S. M.; FERREIRA, A. A. Vacina BCG: vacinação e revacinação. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, Porto Alegre, v. 82, n. 3, p. s45-s54, jul. 2006. Suplemento 0.

BEZERRA, F. D. et al. Motivação da equipe e políticas motivacionais adotadas pelo enfermeiro. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 33-37, jan./fev. 2010.

BISETTO, L. H. L.; CUBAS, M. R.; MALUCELLI, A. A prática da enfermagem frente aos eventos adversos pós-vacinação. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1128-1134, out. 2011.

BORSATTO, A. Z.; VIDAL, M. L. B.; ROCHA, R. C. N. P. Vacina contra o HPV e a prevenção do câncer do colo do útero: subsídios para a prática. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 67-74, 2011.

BRASIL. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. 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, 31 out. 1975. Seção 1, p. 14433.

BRASIL. Decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que 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 ago. 1976. Seção 1, p. 10731.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jul. 1978. p. 10423.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. p. 9273.

BRASIL. Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Seção 1, p. 8853.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe 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. 1990a. p. 18055.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **2º informe técnico sobre a vacinação/revacinação BCG**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996a. Seção 1, p. 21082.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral a saúde da população e ao

disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996b. Seção 1, p. 22932.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica dos eventos adversos pós-vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Nacional de Saúde. Portaria conjunta n. 1, de 2 de agosto de 2000. Estabelece as exigências para o funcionamento de estabelecimento privados de vacinação, seu licenciamento, fiscalização e controle, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 ago. 2000a. Seção 1, p. 15.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 set. 2000b. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Capacitação de pessoal em sala de vacinação- manual do treinando**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2001. 154 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**. 6. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 62 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 148.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 212 p. (Série C. Projetos e programas e relatórios)

BRASIL. Decreto n. 4.726, de 9 de Junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jun. 2003b. Seção 1, p. 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 48, de 28 de julho de 2004. Institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, define as competências da Secretária de Vigilância em Saúde, dos Estados, Distrito Federal e CRIE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jul. 2004. Seção 1, p. 63.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 nov. 2005a. Seção 1, p. 80.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005b. 816 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doença diarreica por rotavírus: vigilância epidemiológica e prevenção pela vacina oral de rotavírus humano - VORH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 36 p. Informe Técnico.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 188 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de rede de frio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 115 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Conjunta n. 92, de 9 de outubro de 2008. Dispõe sobre o estabelecimento de mecanismo de articulação entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Secretaria de Vigilância em Saúde e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz sobre Farmacovigilância de Vacinas e outros Imunobiológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde e define suas competências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 out. 2008a. Seção 1, p. 112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 52 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 184 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 63 p. Série B. Textos básicos de saúde. Série Pactos pela saúde 2006, 9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 56 p. Série B. Textos Básicos de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Proposta para introdução da vacina pneumocócica 10 valente (conjugada) no calendário básico de vacinação da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 18 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações. **Estratégia nacional de vacinação contra o vírus influenza pandêmico (H1N1) 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 31 p. Informe Técnico Operacional.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Introdução da vacina meningocócica C (conjugada) no calendário de vacinação da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 18 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.318, de 28 de outubro de 2010. Institui em todo o território nacional, o Calendário Básico de Vacinação da Criança, o Calendário do Adolescente e o Calendário do Adulto e Idoso. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 29 out. 2010d. Seção 1, p. 105.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2011a. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 ago. 2011b. Seção 1, p. 90.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011c. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. 168 p. Serie F. Comunicação e Educação em Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico da introdução da vacina pentavalente:** vacina adsorvida difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae* tipo b (conjugada). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico da vacina inativada poliomielite (VIP).** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 18 p.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012c. 454 p. Série textos básicos, n. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe técnico:** campanha nacional de vacinação contra a influenza ano 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 19 p.

BUNGE, M. **Dicionário de filosofia.** Tradução, G. K. Guinsburg, São Paulo: Perspectivas, 2002. 406 p.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, fev. 2005.

CAMACHO, L. A. B. et al. Imunogenicidade das vacinas contra febre amarela WHO-17D e 17DD: ensaio randomizado. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 671-678, out. 2004.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-688.

CARVALHO, V. Enfermagem e história da enfermagem: aspectos epistemológicos destacados na construção do conhecimento. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 500-508, set. 2007.

CASTRO, E. A. B. **O ensino da enfermagem na Universidade Federal de Juiz de Fora e a política profissional do enfermeiro no mercado de trabalho hospitalar.** 1999. 250f. Dissertação (Mestrado em Educação)– Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Educação, Juiz de Fora, 1999.

CATTANI, A. D. (Org.) **Trabalho e tecnologia:** dicionário crítico. 4. ed. rev. ampl. Petropolis: Vozes; Porto Alegre: UFRGS, 2002. 368 p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Legislação e normas** [texto]. v. 12, n. 1. Belo Horizonte: COREN-MG, 2010.

COSTA, M. B. S.; SILVA, M. I. T. Impacto da criação do PSF na atuação do enfermeiro. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 272-279, 2004.

COSTA, T. J. N. M. **Relatório relativo ao sistema de informação sobre nascidos vivos** [mensagem pessoal]. Mensagem pessoal recebida por <maristela.batista@ig.com.br> em 20 maio 2013.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 233-239, set. 2000.

ERDMANN, A. L.; MENDES, I. A. C.; LEITE, J. L. A Enfermagem como área no CNPq: resgate histórico da representação da área. segundo representantes da área. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 118-126, mar. 2007.

FEIJÓ, R. B; SÁFADI, M. A. P. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. **Jornal de pediatria (Rio de Janeiro)**, Porto Alegre, v. 82, n. 3, p. s1-s3, jul. 2006. Suplemento.

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, Apr 2007.

FERNANDES, T. M. D.; CHAGAS, D. C.; SOUZA, E. M. Varíola e vacina no Brasil no século XX: institucionalização da educação sanitária. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 479-489, fev. 2011.

FERREIRA, M. A. Enfermagem: arte e ciência do cuidado. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 664-666, dez. 2011.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 544-551, jul./ago. 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. revis. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011. 253 p.

FREITAS, V. G.; OGUISSO, T.; MEREGUI, M. A. B. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 76-81, jan./mar. 2006. Suplemento 1.

- FRIEDRICH, D. B. C. **O Trabalho em saúde:** focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora. 2005. 151f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2005.
- FRIEDRICH, D. B. C.; SENA, R. R. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde em Juiz de Fora/MG. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 772-779, nov./dez. 2002.
- FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1061-1066, nov./dez. 2010.
- GARCIA, L. P.; BETINA, G. Z. R. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 744-752, mai./jun. 2004.
- GELBCKE, F. L.; LEOPARDI, M. T. Perspectivas para um novo modelo de organização do trabalho da enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 193-197, mar./abr. 2004.
- GERALDO, W. M. J. **Novas dinâmicas socioespaciais na “Cidade Alta” de Juiz de Fora – MG.** 2011. 125f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Geografia)– Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Juiz de Fora, 2011.
- GRECO, R. M. Relato de experiência: ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p.504-505, jul./ago. 2004.
- GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 145-153, 2005.
- GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 608-615, jul./ago. 2010.
- GOTTEMS, L. B. D.; ALVES, E. D.; SENA, R. R. A enfermagem brasileira e profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 1033-1040, set./out. 2007.
- HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 375-386, fev. 2011.

HOMMA, A. et al. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos de Bio-Manguinhos. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 445-458, fev. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resultados do censo 2010**. [c201-]. Disponível em :<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 out. 2012.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Juiz de Fora: SMS, 2010. 272.p.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673, nov./dez. 2003.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun. 2001.

LOPES, M. B.; POLITO, R. Para uma história da vacina no Brasil: um manuscrito inédito de Norberto e Macedo. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 595-605, abr./jun. 2007.

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. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 90-98, fev. 2011.

LUNA, G. L. M. et al. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 513-521, fev. 2011.

MAGALHÃES, M. C. **Relatório relativo ao sistema de informação de mortalidade** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <maristela.batista@ig.com.br> em 23 maio 2013

MARTINS, R. M.; MAIA, M. L. S. Eventos adversos pós-vacinais e resposta social. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 807-825, 2003. Suplemento 2.

MARTINS, R. M. et al. Incidência de episódios hipotônicos-hiporresponsivos associados a vacina DTP/Hib usada no PNI. **Jornal de pediatria (Rio de Janeiro)**, Porto Alegre, v. 83, n. 6, p. 523-528, Nov./dez. 2007.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 3, n. 5, p. 775-778, set./out. 2010.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de saúde em nível municipal. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 426-432, jul./set. 2007.

MELO, G. K. M; OLIVEIRA, J. V.; ANDRADE, M. S. Aspectos relacionados à conservação de vacina nas unidades básicas de saúde da cidade do Recife – Pernambuco. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 25-32, mar. 2010.

MELLO, M. L. R. et al. Participação em dias nacionais de vacinação contra poliomielite: resultados de inquérito de cobertura vacinal em crianças nas 27 capitais brasileiras. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 278-288, 2010.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 296 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed., São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

MORAES, J. C. E.; RIBEIRO, M. C. S. A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 11, p. 113-124, maio 2008. Suplemento 1.

MOULIN, A. M. A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 499-517, 2003. Suplemento 2.

NAKAMURA, E. et al. Potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 253-258, mar./abr. 2009.

NASCIMENTO, D. R. As campanhas de vacinação contra a Poliomielite no Brasil (1960-1990). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 501-511, fev. 2011.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, ESCOREL, LOBATO, NORONHA, CARVALHO (Orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Washington: PAHO, 2005.

PAI, D. D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político; refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 82-87, jan./mar. 2006.

PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. História da enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 532-538, dez. 2006.

PAULO, E. F. **Oportunidades perdidas de vacinação de crianças menores de dois anos de idade ocorridas na sala de vacinação das Unidades de Saúde da região norte de São Paulo**. 2010. 151f. Dissertação (Mestrado em Ciências)– Secretaria da Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças, São Paulo, 2010.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. Processos de trabalho na equipe estratégia de saúde da família. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, mar./abr. 2009.

PEREIRA, M. A..D.; BARBOSA, S. R. S. O cuidar de enfermagem na imunização: os mitos e a verdade. **Revista meio ambiente e saúde**, Manhuaçu, v. 2, n. 1, p. 76-88, 2007.

PEREIRA, M. J. B. et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 771-777, set./out. 2009.

PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. Epidemiologia e saúde. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo. Atheneu, 2006. p. 515- 524.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, 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.

PONTE, C. F. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. **História, ciências, saúde - Mangueiras**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 619-653, 2003. Suplemento 2.

QUEIROZ, S. A. et al. Atuação da equipe de enfermagem na sala de vacinação e suas condições de funcionamento. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**, Fortaleza, v.10, n. 4, p. 126-165, out./dez. 2009.

RAW, I.; HIGASHI, H. G. Auto-suficiência e inovação na produção de vacinas e saúde pública. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 155-170, 2008.

RISI JÚNIOR, J. B. A produção de vacinas é estratégica para o Brasil. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 771-783, 2003. Suplemento 2. Entrevista.

RIZZO, E. et al. Seringas hipodérmicas descartáveis versus reutilizáveis: estudo de possíveis efeitos sobre o vírus da vacina viva, atenuada contra o sarampo. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 20, n. 6, p. 475-480, dez. 1986.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinariedade. **Revista Latino-americana enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

SANDOVAL FILHO, S. **Braverman, divisão do trabalho e maquinaria**: o alcance da análise do processo de trabalho presente em “Trabalho e Capital Monopolista”. 2002. 229f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)– Universidade Estadual de Campinas . Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2002.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar./abr. 2007.

SANTOS, A. G.; SANNA, M. C. A participação da enfermeira nas campanhas de erradicação da varíola no Estado de São Paulo, no período 1968-1973. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 470-477, dez. 2006.

SANTOS, P. R. et al. Enfermagem e atenção à saúde do trabalhador: a experiência da ação de imunização na Fiocruz/Manguinhos. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 553-565, fev. 2011.

SANTOS, T. C. F. et al. A memória, o controle das lembranças e a pesquisa história da enfermagem. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 616-621, jul./set. 2011.

SILVA, R. V. G. R. **O trabalho de enfermagem na articulação entre atenção hospitalar e atenção básica no pós-alta da criança**: subsídios para a integralidade. 2009. 165f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2009.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 424-429, maio/jun. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, MS, 2002. 725 p.

TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle da febre amarela no Brasil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 44, n. 33, p. 555-558, jun. 2010.

TAVARES, G. M. (Org.). **Atlas Social - Juiz de Fora**: diagnóstico. Juiz de Fora: Prefeitura de Juiz de Fora, 2006.

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

TEMPORÃO, J. G. O mercado privado de vacinas no Brasil: a mercantilização no espaço da prevenção. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1323-1339, set./out, 2003a.

TEMPORÃO, J. G. Programa Nacional de Imunização (PNI): origens e desenvolvimento. **História, ciências e saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 601-617, 2003b. Suplemento 2

TOLEDO, J. R. et al. Emblemas e rituais: reconstruindo a história da Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 243-250, jun. 2008.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, mar. 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. 15 reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

URBANETTO, J. S.; CAPELLA, B. B. Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 447-452, jul./ago. 2004.

WALDOW, V. R. Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 140-145, jan./fev. 2009.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública. 2005. 336f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais: contribuição para a construção de Projetos Pedagógicos na Enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 433-438, jul./ago. 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Juiz de Fora – MG

Faculdade de Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário(a), a participar da pesquisa com o título provisório “O trabalho da enfermeira na vacinação nas Unidades de Atenção Primária em Saúde em um município mineiro”. Neste estudo, pretende-se analisar as características do trabalho da enfermeira na vacinação nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

O motivo que me levou a fazer esta investigação está fundamentado na ideia de que a vacinação nas ESF das UAPS é uma prática de prevenção de doenças onde a equipe de enfermagem desenvolve todas as etapas de forma autônoma. Entretanto, as dificuldades técnico-operacionais e administrativas geram, como pude perceber nestes anos de trabalho, contradições, conflitos e tensões na prática de vacinação, o que impede a valorização do trabalho da enfermagem nesta atividade e o alcance de metas preconizadas.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa cujo instrumento de coleta de dados será entrevista com questões semiestruturadas que depois de autorizada, será gravada e transcrita posteriormente.

Nesta pesquisa, os riscos considerados são mínimos, como aqueles que podem acontecer no seu dia a dia, apesar disso, são de responsabilidade da pesquisadora a suspensão e o oferecimento de assistência necessária em relação às possíveis complicações e danos decorrentes da pesquisa.

Para participar você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se, podendo retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. O (a) Sr(a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável na Faculdade de Enfermagem/UFJF e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “**O Trabalho da enfermeira na vacinação nas Unidades de Atenção Primária em Saúde em um município mineiro**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Desta forma, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do participante	Assinatura do orientador	Assinatura do pesquisador
End: _____	End: Rua Ivon José Curi, 368Bairro Portal da Torre, Juiz de Fora/MG.	End: Rua Aurora Tristão, 1046 Bairro: Bandeirantes, Juiz de Fora/MG, CEP: 36047100
_____	CEP: 36037467	Fora/MG, CEP: 36047100
_____	Tel: (32) 3236 2474	Tel: (32) 3224 3492
_____	8887 2474	9954 1873

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:
 CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
 JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900
 FONE: (32) 2102-3788
 E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE B – Entrevista no Grupo Focal

Faremos uma discussão entre as enfermeiras presentes que assinaram o TCLE. Esta entrevista em grupo focal será gravada para ajudar-nos a construir uma dissertação e artigos sobre o título proposto.

Cada enfermeira deverá se identificar por o nome de uma flor, como:

(Nome da flor) falando.....

Assim:

“Rosa” falando:

No meu dia a dia....

Na Sala de vacinação da minha UAPS...

O debate deve ser circular entre as presentes e focado nas seguintes questões:

Fale sobre as facilidades e dificuldades encontradas no trabalho das enfermeiras em vacinação

Existem contradições, conflitos e tensões no trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPS?

O que pode ser feito para melhorar este trabalho?

Complemento:

Como é o trabalho da enfermeira na vacinação na UAPS?

Como é o trabalho da equipe de enfermagem na vacinação?

O que facilita/dificulta o seu trabalho na vacinação na UAPS?

Como são as condições para que a vacinação aconteça na UAPS?

APÊNDICE C – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realização da pesquisa



Universidade Federal de Juiz de Fora – MG
Faculdade de Enfermagem
Autorização Institucional para realizar a pesquisa

Ilma. Sra. Secretária Municipal de saúde
Dra. Maria Helena Leal Castro
Assunto: autorização

Juiz de Fora, 07 de novembro de 2011.

Prezada Senhora,

Vimos pela presente solicitar a V.S. a autorização para, enquanto pesquisadoras do Programa de Pós-graduação, *stricto sensu*, na modalidade de Mestrado Acadêmico da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, realizar entrevistas com os enfermeiros e auxiliares de enfermagem das Unidades de Atenção Primária em Saúde cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, no período de janeiro a abril de 2012.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com o título provisório **“O trabalho da enfermeira na vacinação nas Unidades de Atenção Primária em um município mineiro”** a ser desenvolvida pela Mestranda Enfermeira Maristela Batista, sob a orientação da Professora Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich. Tem o objetivo de analisar as características do trabalho da enfermeira na vacinação, após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF de acordo com exigências éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os depoimentos atenderão à finalidade de um trabalho científico, incluindo a elaboração do projeto de dissertação e elaboração de relatório a ser apresentado para a banca examinadora da Faculdade de Enfermagem da UFJF, como atividade obrigatória para conclusão do curso de mestrado em Enfermagem.

Antecipadamente agradecemos e colocamo-nos à disposição para melhores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Denise Barbosa de Castro
Friedrich - Orientadora da Pesquisa
Rua Ivon José Curi, 368 B. Portal da Torre -
Juiz de Fora/MG
CEP 36037467

Mestranda Enf. Maristela Batista
R. Aurora Tristão, 1046 B. Bandeirantes
Juiz de Fora/MG
CEP: 36047 100 Tel.: (32) 32243492

DECLARAÇÃO

Na qualidade de responsável pelo(a) SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE AUTORIZO a realização da pesquisa intitulada "Trabalho de enfermagem na vacinação nas Unidades de Atenção Primária em Saúde num município mineiro", a ser conduzida sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Professora Doutora Denise Barbosa de Castro Friedrich e enfermeira Maristela Batista, e DECLARO que essa instituição apresenta a infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Juiz de Fora, 11 de 11 de 2011.

ASSINATURA: _____


Dra. Maria Helena Leal Castro

Maria Helena Leal Castro
Secretária de Saúde/PJF

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semiestruturada

PESQUISA:

O trabalho da enfermeira na vacinação nas Unidades de Atenção Primária em um município mineiro

PERFIL DAS ENTREVISTADAS:

Sexo: F () M ()

Cargo/função na UAPS: _____

Idade: _____

Tempo de experiência profissional:

Há quanto tempo você trabalha na ESF: _____

Possui especialização na área:

() sim () não () outra: _____

Possui capacitação em sala de Vacinação?

Fale sobre as facilidades e dificuldades encontradas no trabalho das enfermeiras em vacinação

Existem contradições, conflitos e tensões no trabalho da enfermeira na vacinação nas UAPS?

O que pode ser feito para melhorar este trabalho?

ANEXOS

ANEXO A – Termo de aprovação do Comitê de ética em Pesquisa –UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 321/2011

Protocolo CEP-UFJF: 2562.302.2011 **FR:** 477571 **CAAE:** 0295.0.180.000-11

Projeto de Pesquisa: Trabalho da Enfermagem na vacinação nas Unidades de Atenção Primária à Saúde em um município mineiro

Area Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Denise Barbosa de Castro Friedrich

Data prevista para o término da pesquisa: julho/2013

Pesquisadores Participantes: Maristela Batista

Instituição Proponente: Universidade Federal de Juiz de Fora

Instituição Co-Participante: Prefeitura de Juiz de Fora – Secretaria de Saúde

Análise do protocolo:

Itens Avaliados		Sim	Não	P	NA	
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	X				
	Objeto de estudo está bem delineado	X				
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	X				
	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	X				
Material e Métodos	Informa	Tipo de estudo	X			
		Procedimentos que serão utilizados	X			
		Número de participantes	X			
		Justificativa de participação em grupos vulneráveis				X
		Critérios de inclusão e exclusão	X			
		Recrutamento	X			
		Coleta de dados	X			
		Tipo de análise	X			
		Cuidados Éticos	X			
Revisão da literatura	Atuais e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	X				
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	X				
Cronograma	Agenda as diversas etapas de pesquisa	X				
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	X				
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	X				
	Apresenta o responsável pelo financiamento	X				
Referências	Segue uma normatização	X				
Instrumento de coleta de dados	Preserva o sujeito de constrangimento	X				
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	X				
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa				X	
Termo de assentimento	Apresenta o termo em caso de participação de menores				X	
TCLE	Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito	X				
	Apresenta justificativa e objetivos	X				
	Descreve suficientemente os procedimentos	X				
	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	X				
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito	X				
	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o	X				



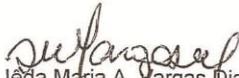
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 PRO-REITORIA DE PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
 36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

	consentimento sem penalidades				
	Garante sigilo e anonimato	X			
	Explícita	Riscos e desconfortos esperados	X		
		Ressarcimento de despesas	X		
		Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa	X		
		Forma de contato com o pesquisador	X		
		Forma de contato com o CEP	X		
		Como será o descarte de material coletado (no caso de material biológico)			X
		O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos	X		
Pesquisador (es)	Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa	X			
	Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.	X			
Documentos	Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP	X			
	Folha de Rosto preenchida	X			
	Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ)	X			
	Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa	X			

P= parcialmente NA=Não se aplica

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

Situação: Projeto Aprovado
 Juiz de Fora, 15 de Dezembro de 2011


 Prof. Dra. Iêda Maria A. Vargas Dias
 Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2011
ASS: _____