

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**Experiências de famílias sobre a vacinação de crianças menores
de dois anos:
subsídios para o cuidado de enfermagem**

GLÓRIA LÚCIA ALVES FIGUEIREDO

Ribeirão Preto
2007

GLÓRIA LÚCIA ALVES FIGUEIREDO

**Experiências de famílias sobre a vacinação de crianças menores
de dois anos:
subsídios para o cuidado de enfermagem**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração Enfermagem em Saúde
Pública

Inserido na linha de pesquisa: Assistência à criança e
ao adolescente

Orientadora: Prof. Dra. Débora Falleiros de Mello

Ribeirão Preto
2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Figueiredo, Glória Lúcia Alves

Experiências de famílias sobre a vacinação de crianças menores de dois anos: subsídios para o cuidado de enfermagem. Ribeirão Preto, 2006.

108 p. il: 30cm

Tese de Doutorado apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.

1. Programas de vacinação. 2. Cuidado do lactente. 3. Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Glória Lúcia Alves Figueiredo

Experiências de famílias sobre a vacinação de crianças menores de dois anos:
subsídios para o cuidado de enfermagem

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área
de concentração Enfermagem em Saúde Pública
Inserido na linha de pesquisa: Assistência à criança e
ao adolescente

Aprovado em:

Banca examinadora

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello – Orientadora
Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima – Professor Associado do Departamento de
Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto –
USP.

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres - Professor Titular do Departamento de
Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina – USP.

Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete - Professor Doutor do Departamento de
Enfermagem em Saúde da Criança da Faculdade de Medicina – Universidade Estadual
Paulista Botucatu.

Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto - Professor Doutor do Departamento de Enfermagem
Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Dedico este trabalho aos meus pais,
que iluminaram o caminho da minha vida
e à minha família, Alencar, Antônio e Laura,
a quem espero poder fazer o mesmo.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello, pelo aprimoramento científico, pela confiança em mim depositada quando aceitou ser minha orientadora e pela tranqüilidade com que conduziu a orientação deste trabalho.

À Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima, pelas discussões e valiosas sugestões.

Ao Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, por ter nos recebido e com isso permitido a construção da fundamentação teórica desta tese.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação da EERP-USP, que contribuíram para a realização desta tese.

À Secretaria Municipal de Saúde, por ter autorizado a realização desta pesquisa e aos enfermeiros das UBS selecionadas por terem disponibilizado os arquivos das salas de vacinas.

Às famílias, que me permitiram entrar em suas residências, gravar entrevistas e conhecer um pouco o modo como cuidam de suas crianças.

Aos meus colegas de trabalho, de pós-graduação e, em especial, à Célia, minha companheira de Ribeirão Preto, de São Paulo, de muitos questionamentos e que muito me emociona com sua amizade.

E a todas as outras pessoas que direta ou indiretamente colaboraram com a realização deste trabalho.

APRESENTAÇÃO

Concluí o curso de graduação, em 1986, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com habilitação em Saúde Pública. Nesse período, sensibilizada pelo clima reformista contagiante, embalado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, pelo movimento de descentralização, implementado pelas Ações Integradas de Saúde e Sistema Único Descentralizado de Saúde e pelo processo da municipalização, que gerou ampliações e mudanças na organização dos serviços de saúde, ingressei na rede básica de saúde e, desde então, participo ativamente desse movimento no município de Franca-SP.

Iniciei a trajetória profissional ministrando aulas e estágios supervisionados no ensino médio profissionalizante de enfermagem, nas áreas de Saúde Pública e Pediatria, na Escola Técnica Estadual Dr. Júlio Cardoso, que hoje pertence à Secretaria de Ciência e Tecnologia da Fundação Paula Souza, vinculada à Universidade Estadual Paulista (UNESP). Concomitantemente, estive atuando em Unidade Básica de Saúde (UBS) e, em 1991, trabalhei no Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde.

A atuação em um setor regional, possibilitou visualizar a estrutura organizacional e a atuação do enfermeiro de uma forma ampliada, aproximar de algumas atividades, mas distanciar de outras. Nas atividades de vacinação, convergi a experiência do cotidiano de sala de vacina de UBS à supervisão e à orientação técnica das atividades de vacinação e da rede de frio, aos municípios pertencentes à região de Franca. Outras atividades como o acompanhamento da cobertura vacinal e da situação epidemiológica das doenças preveníveis por vacina, a coordenação e a execução de campanhas de vacinação definidas pela Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde, trouxeram-me novas inquietações e foi um período de intensa sensibilização e aprendizado.

Atuei, posteriormente, na Secretaria Municipal de Saúde de Franca, como chefe do Serviço de Enfermagem, responsável pela supervisão técnica de treze unidades de saúde. Em

1995, trabalhei como enfermeira e gerente técnico-administrativo da Unidade Básica de Saúde do Parque Progresso. Mas, desde 2004, trabalho como enfermeira na Vigilância Epidemiológica Municipal, responsável pelo serviço de imunização do município e, iniciei em 2005, como docente na disciplina Saúde da Criança do curso de graduação de Enfermagem da Universidade de Franca (UNIFRAN).

Durante toda essa trajetória, as questões voltadas à saúde da criança sempre despertaram o meu interesse, por perceber nessa temática um campo promissor de interação do profissional de saúde com o *indivíduo* e suas relações sociais.

Acompanhando as propostas de reorganização dos serviços de saúde, que ocorreram gradativamente, em várias partes do país, no período de 1983 a 1987, o processo de municipalização da saúde em Franca-SP iniciou com o movimento de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) no Estado de São Paulo. Desde janeiro de 1998, o município trabalha com o Conselho Municipal da Saúde na gestão plena da saúde. A gestão municipalizada tem possibilitado um avanço no reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde local, na ampliação da oferta de serviços públicos de saúde e certa autonomia para gerir seu sistema de saúde.

A enfermagem na rede básica de saúde do município de Franca, mais especificamente na saúde da criança, tem atuado em ações de imunização, em atividades de pré e pós-consulta, em procedimentos básicos (medidas antropométricas, medicações, nebulizações, curativos, entre outros), consultas de enfermagem, visitas domiciliares, ações educativas individuais e grupais, bem como em ações gerenciais, administrativas, entre outras.

Na tentativa de caracterizar o cuidado de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil realizado na rede básica de serviços públicos de saúde, desenvolvi, no Mestrado, um estudo baseado na observação, através de videogravação, das atividades de enfermagem nos setores de vacinação, pré-consulta, pós-consulta e coleta

para o teste do “pezinho”. O estudo foi desenvolvido em três Unidades Básicas de Saúde do município de Franca-SP. Depreendi que as ações básicas na assistência de enfermagem à criança têm se consolidado, porém não estão sendo operacionalizadas de forma integrada (FIGUEIREDO, 2001).

No presente momento, dando continuidade na pós-graduação, busco aprofundar alguns aspectos da vacinação de crianças desenvolvida na rede básica de serviços públicos de saúde. Este estudo apresenta, sem a pretensão de esgotar a discussão, a leitura das experiências familiares no cuidado com a vacinação de crianças menores de dois anos, buscando subsidiar o cuidado de enfermagem na vacinação.

A apresentação formal do texto está construída em cinco capítulos.

No capítulo I – “A vacinação de crianças como prática de saúde pública e como tarefa do cuidado na atenção primária à saúde”, apresento o objeto de estudo, a partir de uma revisão da literatura, buscando a vacinação como parte do cuidado da criança nos serviços públicos de saúde e o lugar da enfermagem nesse espaço. Sigo apresentando os objetivos da pesquisa.

No capítulo II – “Bases conceituais”, trago a discussão relativa ao cuidado no tocante atenção à saúde da criança como fundamentação para a apreensão da temática vacinação infantil nos relatos das famílias.

No capítulo III – “Percurso metodológico”, descrevo a caracterização do estudo, a descrição detalhada dos procedimentos metodológicos de exploração e trabalho de campo, as técnicas de coleta e de análise dos dados.

No capítulo IV – “Experiências de famílias sobre a vacinação de crianças menores de dois anos de idade”, trago os resultados da análise do material empírico que se constituiu de quatro temas: o cotidiano do cuidar da criança; conhecimentos práticos e científicos sobre vacinação de crianças; responsabilidade e obrigatoriedade da vacinação de crianças e ampliação das práticas de vacinação de crianças.

Finalizo, no capítulo V – com algumas “Considerações” sobre o conhecimento produzido pela pesquisa, busco apresentar, a partir da compreensão das narrativas das famílias, a vinculação da vacinação como cuidado. Se os escritos são sempre provisórios e inacabados, a leitura do texto tentará contribuir trazendo subsídios para o cuidado de enfermagem no encontro com as famílias no ato da vacinação.

A partir deste momento o texto passa a ser apresentado na primeira pessoa do plural.

RESUMO

FIGUEIREDO, G.L.A. **Experiências de famílias sobre a vacinação de crianças menores de dois anos: subsídios para o cuidado de enfermagem.** Ribeirão Preto, 2007. 108p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Este estudo tem por objetivo compreender as experiências de famílias com a vacinação de crianças menores de dois anos, fundamentado no cuidado em saúde, buscando subsídios para o cuidado de enfermagem. O reconhecimento da relação entre cuidado em saúde e a prática de vacinação permite enriquecer nossas intervenções. As bases conceituais estão centradas nos estudos sobre o cuidado e a reconstrução das práticas de saúde de J.R. Ayres. O substrato empírico consiste de entrevistas gravadas nos domicílios de 19 famílias moradoras na área de abrangência de duas unidades básicas de saúde do município de Franca-SP. A partir de abordagem qualitativa, na perspectiva hermenêutica, os dados foram analisados e agrupados ao redor de quatro temas: o cotidiano do cuidar da criança; conhecimentos práticos e científicos sobre vacinação de crianças; responsabilidade e obrigatoriedade da vacinação de crianças; e ampliação das práticas de vacinação de crianças. De modo geral, espontaneamente, a vacinação não é lembrada entre os cuidados familiares dispensados às crianças. As práticas em vacinação se estabeleceram numa relação de obrigatoriedades e, nessa construção, vários aspectos influenciaram as relações nas salas de vacina entre famílias e trabalhadores de saúde, particularmente de enfermagem. A prática de vacinação aparece descolada dos cuidados cotidianos da criança. A análise permitiu identificar elementos potenciadores da não vacinação: a inexperiência e dependência no empenho dos pais, estado civil solteira, excesso de tarefas, recusa de aplicações simultâneas de vacinação e a relação com os serviços de saúde (assistência fragmentada, ausência de diálogos, discriminação, falsas contra-indicações e relação embasada na obrigatoriedade) e elementos potenciadores da vacinação: ter experiência e realização pessoal no papel de ser pai/mãe, temor ao adoecimento, reconhecer como um bom cuidado, possuir conhecimento prático e científico de vacina e de manejo com eventos adversos e a relação com os serviços de saúde (acesso assegurado, flexibilidade do horário, vínculo, divulgação, gratuidade, posse do cartão de vacinas, campanhas de vacinação, disponibilização de vacinas e profissionais). As famílias entrevistadas sugerem as seguintes estratégias de aproximação às crianças/famílias que faltam à vacinação: informações pelos meios de comunicação, cartazes, seguimento de crianças, visita domiciliar e envolvimento de profissionais e serviços de outras áreas. O modo como as famílias cuidam da vacinação das crianças pode estar ligado ao modo de ser daquelas pessoas e ao modo como as práticas estão organizadas, demonstrando a necessidade de integração entre prática de vacinação e cuidado à saúde da criança nos serviços de atenção primária à saúde. Nesse sentido, é preciso reconstruir a prática de enfermagem em salas de vacinação, com vistas a articular saberes técnicos e saberes práticos.

Palavras chave: Programas de vacinação. Cuidado do lactente. Enfermagem.

RESUMEN

FIGUEIREDO, G.L.A. **Experiencias de familias sobre la vacunación de niños menores de dos años: subsidios para el cuidado de enfermería.** Ribeirão Preto, 2007. 108h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo.

La finalidad de este estudio es comprender las experiencias de familias con la vacunación de niños menores de dos años, basado en el cuidado en salud, buscando subsidiar el cuidado de enfermería. El reconocimiento de la relación entre cuidado en salud y la práctica de vacunación permite enriquecer nuestras intervenciones. Las bases conceptuales están centradas en los estudios sobre el cuidado y la reconstrucción de las prácticas de salud de J.R. Ayres. El substrato empírico consiste de entrevistas grabadas en los domicilios de 19 familias moradoras en el área de alcance de dos unidades básicas de salud del municipio de Franca-SP. A partir de una aproximación cualitativa, en la perspectiva hermenéutica, los datos fueron analizados y agrupados alrededor de cuatro temas: el cuidado cotidiano del niño; conocimientos prácticos y científicos sobre vacunación de niños; responsabilidad y obligatoriedad de la vacunación de niños; y ampliación de las prácticas de vacunación de niños. En general, espontáneamente, la vacunación no es recordada entre los cuidados familiares dispensados a los niños. Las prácticas en vacunación se establecieron en una relación de obligatoriedades y, en esa construcción, varios aspectos influenciaron las relaciones dentro de las salas de vacuna entre familias y trabajadores de salud, particularmente de enfermería. La práctica de vacunación aparece descolada de los cuidados cotidianos del niño. El análisis permitió identificar potenciadores de la no-vacunación: la inexperiencia y dependencia en el empeño de los padres, estado civil soltera, exceso de tareas, recusa de aplicaciones simultáneas de vacunación y la relación con los servicios de salud (atención fragmentada, ausencia de diálogos, discriminación, falsas contra-indicaciones y relación basada en la obligatoriedad) y elementos potenciadores de la vacunación: tener experiencia y realización personal en el papel de ser padre/madre, temor a la enfermedad, reconocer como un buen cuidado, poseer conocimiento práctico y científico de vacuna y de manejo con eventos adversos y la relación con los servicios de salud (acceso asegurado, flexibilidad del horario, vínculo, divulgación, gratuidad, posesión de la tarjeta de vacunas, campañas de vacunación, disponibilidad de vacunas y profesionales). Las familias entrevistadas sugieren las siguientes estrategias de aproximación a los niños/familias que faltan a la vacunación: informaciones por los medios de comunicación, carteles, seguimiento de niños, visita domiciliar e involucramiento de profesionales y servicios de otras áreas. El modo como las familias cuidan de la vacunación de los niños puede estar ligado al modo de ser de aquellas personas y al modo como las prácticas están organizadas, demostrando la necesidad de integración entre práctica de vacunación y cuidado a la salud del niño en los servicios de atención primaria a la salud. En ese sentido, es preciso reconstruir la práctica de enfermería en salas de vacunación, con vistas a articular saberes técnicos y saberes prácticos.

Palabras clave: Programas de vacunación. Cuidado del Lactante. Enfermería.

ABSTRACT

FIGUEIREDO, G.L.A. **Family experiences of vaccination in children under two years old: support for nursing care.** Ribeirão Preto, 2007. 108p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

This study aims to understand families' experiences in vaccinating children under two years old, from a health care perspective, with a view to supporting nursing care. The acknowledgement of the relation between health care and vaccination practice makes it possible to enrich our interventions. The conceptual bases are centered on studies about care and the reconstruction of health practices by J.R. Ayres. The empirical substrate consists of interviews recorded at the homes of 19 families who lived in the area covered by two basic health units in Franca-SP, Brazil. Based on a qualitative approach, within a hermeneutical perspective, data were analyzed and grouped around four themes: daily care for the child; practical and scientific knowledge on vaccination for children; responsibility and obligation of vaccination for children; and broadening the vaccination practices for children. In general, spontaneously, vaccination is not remembered as a part of family care for children. Vaccination practices were established in a relation marked by obligations and, in this construction, various aspects influenced the relations between families and health professionals, particularly nursing staff, in the vaccination rooms. Vaccination appears to be separated from daily care for the child. The analysis allowed us to identify elements that enhance non-vaccination: inexperience and dependence in the parents' efforts, single civil status, excess tasks, refusal to receive simultaneous vaccination application and the relation with health services (fragmented care, absence of dialogues, discrimination, false contraindications and relation based on obligation) and elements enhancing vaccination: possessing experience and personal realization in the role of being a father/mother, fear of disease, acknowledging vaccination as good care, having practical and scientific knowledge about vaccination and coping with adverse events and the relation with health services (guaranteed access, flexible times, bonding, dissemination, no cost, possession of vaccination card, vaccination campaigns, availability of vaccines and professionals). The interviewed families suggest the following strategies to approach children/families who do not attend vaccination: information through communication means, posters, follow-up of children, home visits and involvement by professionals and services from other areas. The way families take care of the children's vaccination can be related to their way of being and to the way health practices are organized, demonstrating the need for integration between vaccination practice and child health care in primary care services. In this sense, nursing practices in vaccination rooms need to be reconstructed, with a view to articulating technical and practical knowledge.

Key words: Vaccination programs. Infant Care. Nursing.

LISTA DE SIGLAS

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIS – Ações Integradas de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
API – Sistema de Informação e Avaliação do Programa Nacional de Imunização
BCG – Bacilo de Calmette Guérin, vacina contra a tuberculose
CENADI – Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos
CGPNI – Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização
CRIE – Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica
DIR – Divisão Regional de Saúde
DPT – vacina contra a difteria, coqueluche e o tétano
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
FESIMA – Fomento de Educação Sanitária e Imunizações em Massa contra Doenças Transmissíveis
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
HIV – Human Immunodeficiency Virus
INCQS – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
LLA – Leucemia Linfóide Aguda
MS – Ministério da Saúde
NGA – Núcleo de Gestão Assistencial
NUBS – Núcleo Unidade Básica de Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OPS – Organización Panamericana de la Salud
OPV – Oportunidades Perdidas de Vacinação
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI – Programa Ampliado de Imunização
PAISC – Programa de Assistência Inteira à Saúde da Criança
PNI – Programa Nacional de Imunização
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF – Programa Saúde da Família
SES – Secretaria de Estado de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SUS – Sistema Único de Saúde
SVE – Sistema de Vigilância Epidemiológica
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNESP – Universidade Estadual Paulista
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
VEM – Vigilância Epidemiológica Municipal

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

RESUMO

LISTA DE SIGLAS

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	01
1.1 A VACINAÇÃO DE CRIANÇAS COMO PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA.....	01
1.2 A VACINAÇÃO COMO TAREFA DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	16
1.3 OBJETIVOS.....	23
2. BASES CONCEITUAIS	24
3 PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	31
3.2 EXPLORAÇÃO DO CAMPO.....	32
3.3 TRABALHO DE CAMPO.....	39
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4. EXPERIÊNCIAS DE FAMÍLIAS SOBRE A VACINAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS DE IDADE	43
4.1 O COTIDIANO DO CUIDAR DA CRIANÇA DA CRIANÇA.....	43
4.2 CONHECIMENTOS PRÁTICOS E CIENTÍFICOS SOBRE VACINAÇÃO DE CRIANÇAS.....	52
4.3 RESPONSABILIDADE E OBRIGATORIEDADE DA VACINAÇÃO DE CRIANÇAS.....	64
4.4 AMPLIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE VACINAÇÃO DE CRIANÇAS.....	73
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	83
ANEXOS	92
APÊNDICES	94

1 Construção do objeto de estudo

1.1 A vacinação de crianças como prática de saúde pública

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de cinco anos é complexo e, pretende-se aqui, olhar para esse processo destacando a prática da vacinação desenvolvida na rede básica de serviços públicos de saúde, a partir dos relatos de famílias do município de Franca-SP.

Nos programas de saúde e diretrizes governamentais, no Brasil, a vacinação é valorizada para a proteção individual e coletiva, sendo considerada uma importante prática de saúde pública.

Na década de 80, do século XX, em uma ação coordenada entre o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, baseado na análise das condições sanitárias e epidemiológicas da população brasileira, foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). O objetivo central era assegurar a assistência integral à saúde da criança através de ações básicas, como resposta aos agravos mais frequentes e de maior peso na mortalidade de crianças de zero a cinco anos de idade. As ações básicas eram: promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias, imunização e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência nessa faixa etária (BRASIL, 1984). A prática da vacinação é preconizada nesse documento como ação fundamental para compor a assistência integral à saúde da criança.

Os anos 90 trouxeram para o setor saúde uma revalorização do tema família, culminando, em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF). O Ministério da Saúde, na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde, assumiu o desafio da estratégia

de saúde da família, embasada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência (BRASIL, 1998a).

O PSF, nas questões da saúde da criança, vem se apresentando como campo propício à incorporação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Essa estratégia, adotada no Brasil em 1996, de acordo com proposição da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), tem como objetivos: a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade; diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculose, malária, sarampo, e também distúrbios nutricionais; garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de cinco anos, tanto nos serviços de saúde como no domicílio e na comunidade, e o fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância (BRASIL, 1998b; OPAS, 2000). Nessa estratégia, a vacinação é destacada como importante ação de proteção e prevenção, sendo enfatizada a criança e a família.

A partir do final dos anos 90, para a atenção à criança no contexto da família, de acordo com as diretrizes governamentais, foram propostas linhas de cuidado, considerando o cuidado integral, a vigilância e a promoção da saúde. Como uma das principais estratégias de ação governamental, a organização das linhas de cuidado adota a premissa da continuidade do cuidado integral, desde ações de promoção até as de tratamento e reabilitação, com fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contra-referência responsável, até a recuperação do indivíduo. Essa estratégia traz a intenção de permitir a articulação das ações de saúde e superar a desarticulação entre os diversos níveis de atenção à saúde, buscando, em última instância a integralidade da atenção, em todo o país (BRASIL, 1998a, 2004a).

As linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e de redução da mortalidade infantil propostas pelo setor público federal são: Ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada; Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; Triagem neonatal: teste do pezinho; Incentivo ao aleitamento materno; Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; Combate à desnutrição e anemias carenciais; Atenção às doenças prevalentes; Atenção à saúde bucal; Atenção à saúde mental; Prevenção de acidentes, maus tratos/violência e trabalho infantil; Atenção à criança portadora de deficiência e Imunização (BRASIL, 2004a).

Na atenção básica, de acordo com as principais causas de morbidade e mortalidade das crianças brasileiras e dos períodos em que estão mais vulneráveis aos agravos, o Ministério da Saúde determina, entre outros destaques, as ações que não podem deixar de ser priorizadas e realizadas em sua plenitude, a saber: a promoção do nascimento saudável, o acompanhamento do recém-nascido de risco; o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; imunização; promoção do aleitamento materno e alimentação saudável; atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais e abordagem das doenças respiratórias e infecciosas, enfocando a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes (BRASIL, 2004a).

Segundo essa política ministerial, após o nascimento da criança, ganha importância conhecer o número de recém-nascidos e de puérperas da área de abrangência da unidade; programar ações de saúde; realizar visitas domiciliares a partir da primeira semana de vida; avaliar a saúde da criança e a saúde materna, assim como dos membros familiares; verificar cartão da criança e relatório de alta da maternidade; identificar e acompanhar recém-nascido de risco; orientar registro de nascimento; orientar e realizar teste do pezinho; orientar e incentivar o aleitamento materno e os cuidados básicos com a criança; avaliar e orientar sobre alimentação; orientar e realizar vacinação; realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; avaliar sinais de risco/perigo e identificar fatores de risco; realizar

práticas educativas; promover e avaliar o desenvolvimento infantil e familiar; não perder oportunidades de abordagem global da criança (BRASIL, 2004a). Nessa estratégia governamental, a vacinação é ressaltada entre as ações prioritárias do cuidado integral à saúde da criança.

A vacinação está ligada, também, às propostas de redução da mortalidade na infância. A redução da mortalidade infantil tem sido uma das principais metas dos programas direcionados à saúde da criança no Brasil. Em termos mundiais, os documentos atuais demonstram que, anualmente, ocorrem quase 11 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos, sendo que cerca de 4 milhões delas ocorrem no primeiro mês de vida e, que grande parte dessas mortes poderia ser evitada se todas as crianças tivessem cobertura de intervenções já existentes. Mas, que em muitos países não estão ao alcance da maioria das crianças, merecendo destacar a importância da redução da equidade, tanto entre países quanto dentro de um mesmo país (VICTORA; BARROS, 2005).

A análise da mortalidade infantil representa um primeiro passo para o estabelecimento de prioridades de intervenção em saúde, posto que permite determinar quais os problemas prioritários e onde se encontram, permitindo, também, definir áreas específicas, tomando em conta as desigualdades existentes dentro do país considerado (OPS, 2001).

Até os anos setenta, a mortalidade infantil era entendida como um problema de subdesenvolvimento socioeconômico. Contudo, no Brasil, os coeficientes de mortalidade infantil e de crianças menores de cinco anos de idade não têm sido compatíveis com o potencial econômico do país (COSTA *et al.*, 2003; VICTORA; BARROS, 2001). Vem ocorrendo significativa redução na mortalidade infantil, sendo que no período de 1994 a 2004 houve queda de 32,6%, chegando em 2004, ano de estimativa mais recente, a 26,6 óbitos por mil nascidos vivos (UNICEF, 2005). Cabe ressaltar que temos diferenças regionais, pois os

coeficientes são mais elevados no Norte e Nordeste e menores no Sul e Sudeste, além de haver diferenças dentro de um mesmo município.

A discussão do aparente paradoxo, subdesenvolvimento socioeconômico e mortalidade infantil decrescente no Brasil, foi analisado em vários estudos. A tendência temporal da mortalidade infantil, no período de 1980 a 1998, aponta para os seguintes fatores que delinearão sua evolução: implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC); implantação da terapia de rehidratação oral; redução do analfabetismo; expansão da rede de abastecimento de água e saneamento básico; aumento da oferta de serviços de saúde; avanços sociais; significativa redução da fecundidade (média de 2,2 filhos por mulher); regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS); aumento da cobertura vacinal e incidência decrescente das doenças incluídas no Programa Nacional de Imunização (PNI) (COSTA *et al.*, 2003; REICHNHEIM; WERNECK, 1994).

Cabe ressaltar que, historicamente, a vacinação e seus programas tem tido êxitos. Na década de 70, houve o delineamento do Programa Ampliado de Imunização (PAI), em razão do êxito das ações de vacinação efetuadas mundialmente, particularmente para o controle da varíola. Na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (APS), realizada em Alma-Ata, em 1978, reiteraram e aprofundaram as propostas do PAI, o que foi determinante para a definição das políticas nacionais. Em 1977, foi estabelecido o PAI na região das Américas (FAUSTO, 2002).

O PAI foi resultante da ação conjunta empreendida pelas nações do mundo, a OMS e a OPAS. O objetivo do programa era reduzir a morbidade e mortalidade de seis doenças preveníveis por imunização: sarampo, coqueluche, poliomielite, tuberculose, tétano e difteria, mediante aplicação das correspondentes vacinas. As metas propostas pelo PAI consistiam em tornar os serviços de imunização acessíveis a todas as crianças menores de um ano e às gestantes, possibilitar a simultaneidade das vacinações, sendo possível numa só visita

administrarem diversas vacinas e integrar a imunização rotineira dos serviços de saúde na atenção primária (PAI, 1981).

No Brasil, a avaliação do MS era de que, as ações de vacinação conduzidas dentro de programas especiais (erradicação da varíola, controle da tuberculose) e as atividades desenvolvidas por iniciativa de governos estaduais, necessitavam de uma coordenação central que lhes proporcionasse sincronia e maior racionalização (BRASIL, 1993). A vacinação era considerada como instrumento para racionalização de recursos com finalidade de combater um dano e controlar as doenças preveníveis (GONÇALVES, 1994).

Assim, resultante de fatores de âmbito nacional e internacional, em 1975, a Lei nº 6.259, de 30/10/1975, regulamentada pelo Decreto 78.231, de 30/12/76, institucionalizou o Programa Nacional de Imunização, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993), com objetivo de coordenar as ações de imunização desenvolvidas na rede de serviços que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e reduzida área de cobertura (BRASIL, 2004b).

As ações do PNI convergiram em estímulo à expansão da utilização de agentes imunizantes, através de atividades permanentes de vacinação, contribuíram para o fortalecimento institucional do programa e para a organização de ações de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2004b). No âmbito internacional, o PNI é parte integrante do Programa Ampliado de Imunizações da Organização Pan-Americana da Saúde (BRASIL, 1993), do Programa da Organização Mundial de Saúde, e conta com o apoio técnico-operacional e financeiro do UNICEF, contribuições do Rotary Internacional e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (BRASIL, 2004b).

Em termos de cobertura vacinal, entre 1992 e 1996, a cobertura de crianças menores de um ano de idade com as vacinas tríplice bacteriana (DTP - contra difteria, tétano e coqueluche), contra a poliomielite, contra o sarampo e BCG, dos países da América Latina e

Caribe, alcançaram níveis superiores a 80%. Em 1996, 93% da população menor de um ano receberam a vacina DTP (1ª dose) e 98% a vacina BCG (OPS, 1998). Para efeitos comparativos, o Brasil, em 1996, vacinou 89% da população menor de um ano com a primeira dose da vacina DTP (BRASIL, 2004b) e o município de Franca atingiu 82,73% de cobertura vacinal da DTP. Houve aumento progressivo no município, atingindo, no ano de 2005 quando o município atingiu 97,8% de cobertura com a vacina tetravalente (contra difteria, tétano, coqueluche e meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b) em menores de um ano e 96,61% de cobertura com a vacina Sabin em menores de 5 anos (FRANCA, 2006).

A atuação do PNI apresentou consideráveis avanços no controle de doenças sob duas estratégias, a vacinação de rotina e a de campanha. A primeira Campanha Nacional de Vacinação foi em 1980, contra a poliomielite, com a meta de vacinar todas as crianças menores de cinco anos de idade em um só dia, independentemente de imunidade adquirida. Os impactos positivos fizeram com que essa estratégia fosse recomendada pela OPAS e adotada por diversos países no mundo e, o Brasil, recebesse, em 1994, o Certificado de Erradicação da Poliomielite (BRASIL, 2004b).

A partir de 2004, o PNI foi integrado à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e inserido na Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização (CGPNI). A CGPNI é responsável pela normatização das ações de imunização e pela aquisição, armazenagem e distribuição dos imunobiológicos de rotina e os especiais (indicados para situações e grupos populacionais específicos), através da Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos (CENADI), preservando a qualidade dos imunobiológicos pela Rede de Frio a quase 26.000 salas de vacina existentes em todo o país. Cabe lembrar que cerca de 75% da quantidade de vacinas consumidas no país são produzidas em laboratórios nacionais (BRASIL, 2004b).

Ao longo do tempo, a atuação do PNI consolidou uma estratégia de âmbito nacional, apresentou consideráveis avanços, pois doenças que afligiam milhares de crianças brasileiras estão controladas: as formas graves de tuberculose; o tétano; a coqueluche; a difteria; a rubéola; a caxumba; entre outras, estão em franca redução (BRASIL, 2004b).

Em 1967, o Departamento Nacional da Criança do Ministério da Saúde publicou as primeiras normas para vacinação na infância, além de fazer referências às vacinas contra Febre Amarela, Febre Tifóide e Paratifóide (BRASIL, 1967). O primeiro calendário do PNI de vacinas disponibilizava, para crianças menores de cinco anos, proteção vacinal a seis doenças (BRASIL, 1974). Atualmente, o MS instituiu por intermédio do PNI três calendários de vacinação: da Criança, do Adolescente e do Adulto e Idoso (Anexo A), disponibilizando à população brasileira vacinas contra quatorze doenças: tuberculose, poliomielite, diarreia por rotavírus, difteria, coqueluche, tétano, sarampo, hepatite B, meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b, febre amarela, rubéola, caxumba, gripe e pneumonia pelo pneumococo, além de outras oferecidas pelos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIEs) (BRASIL, 2004b).

Com os avanços do PNI, o MS implantou, a partir de 1993, os CRIEs. Estas instituições beneficiam uma parcela da população que, por apresentar quadros clínicos especiais, necessitam de proteção adicional de outros agentes imunizantes, ou para aqueles que por algum motivo não poderiam mais receber os agentes imunizantes utilizados na rotina (BRASIL, 2001; SÃO PAULO, 2006).

O que marcou o PNI nos anos 90 foi a política de descentralização, com a implantação do Sistema de Informação do PNI pelo MS, em todos os municípios brasileiros, fornecendo dados relativos à cobertura vacinal de rotina e de campanhas, taxa de abandono e controle do envio de boletins de imunização e, ainda, dispõe de um subsistema de estoque e distribuição de imunobiológicos para fins gerenciais (BRASIL, 2001). Esse sistema possibilitou ao PNI

um controle organizado dos dados de vacinação e a utilização descentralizada dos mesmos, além dessa análise central, também, a análise do desempenho no próprio município (FAUSTO, 2002).

As vacinas, como todos os produtos farmacêuticos, não são isentas de efeitos colaterais ou eventos adversos. Como significativa proporção da população é vacinada a cada ano, há certo número de eventos adversos após a vacinação que devem ser monitorados e investigados oportunamente para a manutenção da confiança nos programas de vacinação. No Brasil, iniciou-se a sistematização do registro de eventos adversos em meados dos anos 80 e, em 1992, o PNI implantou oficialmente esse sistema, que gradativamente vem se aprimorando (BRASIL, 2001).

As vacinas são constituídas por diversos componentes biológicos e químicos que, ainda hoje, apesar de aprimorados processos de produção e purificação, podem produzir efeitos indesejáveis. A incidência desses eventos varia conforme características do produto, da pessoa a ser vacinada e do modo de administração. As reações pós-vacinais moderadas, graves, locais ou sistêmicas devem ser notificadas a partir da unidade de saúde através de impresso próprio. Deverão ser notificados todos os casos de eventos adversos pós-vacinação, segundo os critérios estabelecidos na Cartilha para Trabalhadores de Sala de Vacinação (BRASIL, 2003). Caberá à unidade de saúde identificar, tratar, investigar e notificar os casos ao serviço de vigilância epidemiológica do município, que irá consolidar, analisar e encaminhá-los à Direção Regional de Saúde que, por sua vez, fará o repasse dos dados à Secretaria de Estado. Posteriormente, esses dados irão compor o consolidado nacional. Esse Sistema de Investigação de Casos de Complicação Vacinal foi instituído no Estado de São Paulo desde 1984 (SÃO PAULO, 1998).

A qualidade dos produtos distribuídos é garantida mediante atuação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz

(FIOCRUZ), criado em 1981. Amostras de todos os lotes dos imunobiológicos, nacionais ou importados são analisadas pelo INCQS, antes da distribuição para consumo (BRASIL, 2001).

No âmbito nacional, o PNI se integra à epidemiologia, aos projetos no âmbito da promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e outros grupos. Continua, também, com função de apoio e cooperação técnica para implementar ações, controlar os agravos que possam constituir risco ou adoção de mecanismos ou instrumento de controle que exija uma utilização mais rápida e abrangente, como é o caso das campanhas nacionais de vacinação (BRASIL, 2001).

Para assegurar a aceitação e uniformidade de uso em todo o país, as normas são estabelecidas com a participação dos Estados e municípios, além de outras instituições representadas (Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Medicina Tropical) no Comitê Técnico Assessor em Imunizações, criado pela Portaria nº389, de 06/05/1991 (BRASIL, 2001). As decisões e avaliações sobre aspectos técnicos, gerenciais e operacionais são sistematizadas em documentos técnicos-normativos-operacionais e disseminadas por toda a rede de serviços. Além disso, são previstas ações que visam a capacitação de recursos humanos, assessoria técnica, supervisão e acompanhamento das atividades.

No âmbito das unidades federadas, as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela coordenação do PNI, executando a programação estadual, a operacionalização, a supervisão e a avaliação das atividades, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde e com as demais instituições envolvidas com as ações de imunização (BRASIL, 1993).

Em 1988, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo instituiu comissões científicas (Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações, Centro de Vigilância Epidemiológica-CVE e Fomento de Educação Sanitária e Imunizações em Massa contra Doenças Transmissíveis - FESIMA) para assessorar no desenvolvimento de programas de saúde. Dessa forma, foi publicada a Norma do Programa de Imunização (SÃO PAULO,

1988), um documento para orientar as práticas nas salas de vacinas e, principalmente, o calendário vacinal a vigorar no Estado de São Paulo, onde as condições epidemiológicas e operacionais permitiram a complementação do esquema básico de vacinação do Programa Nacional de Imunização. A edição posterior da Norma do Programa de Imunização de 1989 acrescentou orientações técnicas e a vacinação da gestante contra o tétano, a partir do segundo trimestre de gestação (SÃO PAULO, 1989).

O registro nos mapas diários, de cada dose aplicada nas salas de vacinas, inicia uma cadeia de informação, que culmina com uma base de dados que é enviada ao MS e posteriormente à Organização Panamericana de Saúde. Estes dados permitirão a avaliação do desempenho dos países, estados e municípios e de cada sala de vacinas e, conseqüentemente, a análise e planejamento das ações de vacinação (SÃO PAULO, 2006).

As doses de vacinas são registradas em impressos padronizados pelo PNI. Uma vez preenchido pelo trabalhador de saúde, será consolidado no boletim mensal de doses aplicadas de vacinas e encaminhado à Vigilância Epidemiológica Municipal. As regionais da Secretaria de Saúde do Estado, após receberem eletronicamente os dados municipais e consolidá-los por região, procedem ao envio para o nível central, onde se obtém o total do Estado. O registro é de fundamental importância para o Sistema Informatizado de Avaliação do Programa de Imunização (SI-API). Este sistema fornece subsídios importantes, para o controle do comportamento epidemiológico das doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2001; SÃO PAULO, 2006).

Apesar do sistema contar com a informatização dos dados, na maioria dos municípios do Brasil, o registro dos dados de vacina é um desafio de âmbito nacional e também internacional. Estudos desenvolvidos nos Estados Unidos, Inglaterra e Austrália com diferentes estratégias de registro, avaliação de cobertura e investimentos, demonstraram que os relatórios das unidades de serviço e do sistema central de dados se contradizem quando

comparados entre si. Relataram divergências quando comparados a diferentes fontes de registro, especialmente, quando das informações da vacinação de crianças moradoras em outra cidade ou pertencente a outro serviço de saúde (BOTHAM *et al.*, 2004; ONTA *et al.*, 1998; SMITH; EDEN, 2002; SZILAGYI *et al.* 1997).

Maia (1994) desenvolveu um estudo em Passos-MG, onde entrevistou pais de crianças menores de cinco anos e faltosas ao esquema básico de vacinação, e, também, identificou falhas quando comparou as anotações das fichas controles dos arquivos das salas de vacinas com o cartão de vacinas das crianças e falhas no intercâmbio de informações entre as unidades de saúde. Entre as crianças faltosas selecionadas para o estudo 34,68% delas apresentaram no dia das entrevistas o esquema vacinal em dia.

A disponibilidade e a qualidade da assistência que os serviços de saúde oferecem constituem importantes condicionantes na evolução das condições de saúde na infância. Em um estudo da evolução da cobertura e da qualidade da assistência materno-infantil, desenvolvido na cidade de São Paulo, nos anos 80 e 90, considerou o número de vezes que as crianças foram levadas aos serviços de saúde para controle do crescimento e desenvolvimento e a apresentação do cartão de vacinação da criança. Comparando os dois períodos, a cobertura vacinal foi o componente da assistência materno-infantil que apresentou a melhor evolução na cidade. Aumentos significativos de cobertura foram encontrados, inclusive, na distribuição social dessa assistência. O desempenho excepcional da vacinação injetável, de 79,9% para 96,8% em todos os estratos de renda, determinou sua virtual universalização na cidade, o que, nesse caso, eliminou desigualdades sociais que prevaleceram entre as famílias no primeiro inquérito (MONTEIRO *et al.*, 2000).

A vacinação, apesar dos recentes avanços, tem sido e continuará a ser desafiada pelo impacto científico, econômico e social. Encontramos na literatura da década de 90 até os dias de hoje, estudos voltados às questões técnicas da vacinação. Entre eles, Negrini (2000), no

município de Ribeirão Preto-SP, estudou entre crianças e adolescentes vacinados, a soroconversão contra a meningite pelo Meningococo tipo C, e não foram encontradas diferenças significativas entre crianças e adolescentes, e nem em relação ao gênero. Zanetta (2000) investigou a influência dos níveis de anticorpos maternos contra o sarampo em crianças menores de um ano de idade, de uma comunidade de São Paulo, e estimou a idade de quinze meses para a vacinação de crianças contra o sarampo. Volc (2003) pesquisou o estado imunológico contra o sarampo e rubéola em crianças com leucemia linfóide aguda (LLA), após o término do tratamento e sugeriu mais uma dose de reforço contra o sarampo e posterior avaliação do estado imunológico em relação à rubéola.

Crianças infectadas pelo HIV demandam avaliação e indicações especiais na aplicação de vacinas. Carvalho (2003) analisou, em Florianópolis-SC, a vacinação contra influenza em crianças de um a doze anos de idade infectadas pelo HIV e recomendou certa prudência na aplicação dessa vacina para as crianças com condição clínica e imunológica não estável, principalmente, se essas não estiverem sob terapêutica antiretroviral eficaz. Lindgren-Alves *et al.* (2001) pesquisaram, em Belo Horizonte-MG, a presença de anticorpos contra o sarampo em crianças de quarenta e quatro meses a sessenta e dois meses. Após a vacinação básica, as crianças infectadas pelo HIV apresentaram menor soroprevalência de anticorpos contra o sarampo, do que as crianças imunocompetentes não-infectadas e apontaram a necessidade de maximizar a proteção contra o sarampo nesse grupo.

A preocupação dos pais em relação aos efeitos adversos e aos componentes das vacinas contribuiu para demandar pesquisas nessa área. As substâncias presentes nas vacinas, como conservantes, adjuvantes, aditivos e resíduos de reagentes utilizados na fabricação de vacinas foram revistos em estudos (OFFIT; JEW, 2004; VERSTRAETEN *et al.*, 2004). Offit e Jew (2004), na Filadélfia-Pensilvânia, reviram dados sobre os componentes das vacinas e verificaram, que esses estão presentes em vacinas em quantidade suficiente para induzir,

embora raramente, reações de hipersensibilidade imediata, no entanto, não se provou que a quantidade de timerosal, alumínio, albumina sérica humana, formaldeído, antibióticos e proteínas de leveduras presentes nas vacinas fossem prejudiciais. Verstraeten *et al.* (2004) avaliaram em um estudo de coorte a possível toxicidade de vacina com timerosal em lactentes nascidos entre 1992 e 1999, a partir de dados informatizados e não encontraram associações significativas entre vacinas com timerosal e problemas de desenvolvimento neurológico.

Freitas (2005) ao estudar o sistema de vigilância aos eventos adversos pós vacina DTP notificados no Estado de São Paulo, entre 1984 a 2001, identificou 6266 casos, dos quais 53% eram graves e 29,5% foram hospitalizados. Os eventos mais frequentes foram: febre, episódio hipotônico-hiporresponsivo, reação local e convulsão. Em 75% dos casos ocorreu nas primeiras horas pós-vacinação. Apesar das limitações, o sistema foi capaz de identificar diferentes tipos de eventos adversos, os lotes mais reatogênicos e fornecer subsídios para estudos sobre a vacina DTP. Sugeriu reavaliação do calendário e a introdução da vacina DTP acelular.

A partir de 2002, a vacina DTP foi substituída pela vacina Tetravalente para crianças menores de um ano e, Jesus *et al.* (2004) motivados pelo aparecimento de número elevado de eventos adversos provocados após a aplicação da vacina tetravalente, buscaram, a partir dos casos notificados, no município do Rio de Janeiro-RJ, entre 2002 e 2003, caracterizar esses eventos. Entre os resultados, destacaram-se os eventos locais e estes associados aos sistêmicos, e, ainda, que as suas causas estavam relacionadas à não observância pelos profissionais de saúde quanto às normas preconizadas pelo MS de preparo, conservação e administração dos imunobiológicos.

A política antipoliomielite adotada no Brasil levou à erradicação da poliomyelite pelo vírus selvagem, entretanto, eventos adversos ocorreram. Dias-Tosta e Kuckelhaus (2004) estudaram trinta casos de poliomyelite associada à vacinação oral (Sabin) a partir de 4081

notificações de paralisias agudas e flácidas feitas ao MS no período de 1989 a 1995, com o objetivo de avaliar a gravidade do quadro neurológico. Dezesesseis pacientes tiveram monoplegia, 6 paraplegia, 5 tetraplegia, 2 hemiplegia e 1 triplegia. Foram 56% em menores de 1 ano, 56,7% no sexo feminino e 46% dos casos provenientes do nordeste. Em 10 pacientes foi isolado o vírus vacinal P2, em oito o P3 e dois o P1. Os demais tinham associações de mais de um tipo de vírus. A erradicação da poliomielite pela vacina Sabin apresentou um risco mínimo do ponto de vista epidemiológico, porém, com custos individuais não desprezíveis.

Para aconselhar e fazer recomendações em matérias relacionadas com a prevenção de doenças infecciosas, através da vacinação e da prevenção de reações adversas às vacinas foi criado, nos EUA, em 1988, o Comitê Nacional de Aconselhamento de Vacina (2004), composto por médicos, pais, membros de organizações públicas e privadas. Em 2002, juntamente com parceiros representativos de agências federais, departamentos de saúde estaduais e locais e organizações profissionais revisaram e atualizaram práticas, políticas e definiram padrões para as práticas de vacinação de crianças e adolescentes, constituindo-se em elemento importante na estratégia nacional para proteger as crianças americanas contra doenças preveníveis por vacinas. São eles: disponibilidade de vacinas; avaliação padronizada do estado vacinal em todas as consultas pelos profissionais de saúde; comunicação efetiva sobre benefícios e riscos das vacinas; armazenamento, administração e documentação adequados de vacinação e implementação de estratégias para melhorar a cobertura de vacinal.

No Brasil, segundo o MS (BRASIL, 2001) para o desenvolvimento das atividades de vacinação com a comunidade faz-se necessário o diagnóstico e o planejamento de ações para avaliar a baixa cobertura ou a situação vacinal do local. Considerando a composição da equipe de saúde, os sistemas de informação disponibilizados, as condições de aquisição, distribuição e manutenção dos equipamentos, sugere iniciar com os seguintes questionamentos: será que a

população está suficientemente esclarecida sobre a existência de doenças que podem ser evitadas? Será que os responsáveis pelas crianças conhecem os tipos de vacina e o número de doses necessário para completa imunização? Será que o serviço está divulgando os locais e horários de funcionamento da vacinação e que as vacinas são gratuitas? Será que os pais não levam suas crianças para serem vacinadas porque acham que diarreia, resfriado ou febre impedem a vacinação? Será que os pais não voltam para as demais doses com receio das reações? Será que as famílias estão encontrando problemas para chegar até o serviço? Quais são esses problemas? Será que os horários de vacinação são os mais adequados aos modos de vida e de produção da maioria dos pais? Será que a comunidade acredita no serviço e em seus profissionais? (BRASIL, 2001).

Todos esses aspectos, os levantados na literatura e nas diretrizes governamentais nos permitiram repensar a prática de vacinação, procurando, no entanto, refletir sobre essa prática no contexto da atenção primária à saúde, com vistas ao cuidado à saúde da criança.

1.2 A vacinação como tarefa do cuidado na atenção primária à saúde

Historicamente, a Atenção Primária à Saúde (APS) é conceituada como a assistência sanitária essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, postas ao alcance dos indivíduos, famílias e comunidade. Muito embora possuam conceitos próprios, a APS apresenta como sinônimos, Atenção Básica à Saúde; Cuidados Primários de Saúde; Atendimento Primário; Atenção Primária.

Atualmente, na literatura, coexistem três interpretações sobre a APS: atenção primária seletiva, nível primário do sistema dos serviços de saúde e reorganização do sistema de saúde (MENDES, 2001; STARFIELD, 2002).

Na visão seletiva, o entendimento da APS é de programa focalizado em pessoas e regiões pobres, onde há tensões e desordem social, é preconizada a utilização de tecnologias simples e de baixo custo. A APS, quando interpretada como um primeiro atendimento às pessoas que se dirigem aos serviços de saúde pela primeira vez, tem sido entendida como porta de entrada ou nível primário do sistema de assistência à saúde. A corrente que toma a APS como reorganização do sistema de saúde, ressalta a importância da articulação dos seguintes princípios para o êxito da assistência: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (MENDES, 2001; STARFIELD, 2002).

No primeiro contato, é colocada a relevância do acesso aos serviços de saúde. Acesso é dado pela experiência das pessoas nos serviços de saúde e a acessibilidade como processo da busca e obtenção da assistência à saúde, resultante de uma combinação de fatores de distintas dimensões. A longitudinalidade define-se pela relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. O termo continuidade também é utilizado, porém longitudinalidade é considerado mais preciso, requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso competente ao longo do tempo, em um ambiente de relação humanizada entre profissionais de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade exige que a atenção reconheça, adequadamente, a variedade completa das necessidades relacionadas à saúde das pessoas e proporcione os recursos adequados. A coordenação busca elementos constitutivos para a manutenção da responsabilização nas relações entre as pessoas e os profissionais de saúde, em longo prazo. Cabe ressaltar a importância de uma articulação e sustentabilidade do primeiro contato, da longitudinalidade e da integralidade da assistência (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, ganha enfoque desenvolver uma atuação qualificada e intervenções na promoção da saúde, prevenção de doenças, manutenção, recuperação e reabilitação da saúde,

de forma indissociável, na perspectiva do cuidado integral à saúde individual e coletiva, valorizando a interdisciplinaridade e os princípios ético-políticos.

O seguimento da saúde da criança deve ser logrado considerando o seu contexto social e familiar. Portanto, esse seguimento deve ser um processo amplo e contínuo, tendo como eixo norteador o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, realizando avaliação e intervenção, também, no ambiente e na dinâmica familiar. Nas práticas de saúde e de enfermagem no processo de seguimento da criança em atenção primária à saúde é fundamental a efetiva articulação entre os princípios do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, imprimindo qualidade nos cuidados à saúde.

Considerando a criança como um sujeito social imbuído de direitos e necessidades, que precisam ser assistidos de forma integral e protegida, é que a assistência prestada a esta população requer o favorecimento e acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento.

Cuidados preventivos, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e de enfermidades infantis, a orientação alimentar e a vacinação, constituem importantes aspectos para a promoção de boas condições de saúde na infância (UNICEF, 1990a, 1990b; WHO, 1996). O acompanhamento das crianças pelas unidades de saúde é preconizado como uma das ações mais importantes, estando a vacinação aí inserida, em busca de redução do coeficiente de mortalidade infantil e de seus componentes e para o alcance de melhor qualidade de vida (MONTEIRO *et. al.*, 2000; SUCUPIRA; BRESOLIN, 2003; UNICEF, 1990b). Também é colocado por esses autores que a qualidade de vida está fundamentalmente marcada pelas condições de vida e que as políticas públicas da área da saúde e as ações intersetoriais têm importância, também, na determinação dessa qualidade de vida.

Embora o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento seja o eixo norteador da atenção à saúde da criança, a ênfase é colocada na vigilância de fatores que possam interferir nesse processo, mas nem sempre são construídas relações humanas mais ampliadas. Conhecer

este processo torna-se necessário para que se possa atender a criança em qualquer ambiente, seja no domicílio, na unidade de saúde, na escola, na creche, entre outros. O seguimento da criança deve iniciar-se o mais precocemente possível, em conjunto com outras ações. Por se tratar de um processo dinâmico, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento deve ser preferencialmente longitudinal, evitando-se as medidas e avaliações isoladas da evolução da criança.

Cada contato com a família ou comparecimento na unidade de saúde deve ser encarado pela equipe de saúde como uma oportunidade na perspectiva do cuidado integral da criança, incluindo a avaliação e observação do crescimento e desenvolvimento e do estado vacinal da criança. Nesses momentos, oportuniza-se a identificação precoce de eventuais problemas e o estabelecimento de intervenções adequadas objetivando assegurar, prontamente, a qualidade de vida da criança e de sua família.

No Brasil, a prática de enfermagem em vacinação e na assistência em puericultura tem enfoque na prevenção e proteção de doenças e vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, marcada por avanços e retrocessos. No tocante à vacinação, é ressaltada sua importante forma de intervenção protetora, dentro de um enfoque de vigilância em saúde visando o alcance de altas coberturas vacinais e o papel da família em responder pela saúde de seus membros, no caso a atualização do esquema vacinal.

A vacinação de crianças, em geral, é uma prática de saúde valorizada e alguns aspectos têm sido ressaltados. A vacinação é considerada controversa do ponto de vista ético. É uma intervenção médica em pessoa sadia para prevenir uma doença. Quando a prevalência da doença é alta, a vacinação, em princípio, é geralmente aceita, a menos que seus efeitos adversos sejam sérios. A situação modifica-se à medida que a incidência da doença diminui e destacam-se os efeitos adversos da vacina ou aqueles associados ao uso da mesma, apesar da incerteza dessa associação. Esse fenômeno está sendo vivenciado por sociedades que recusam

a vacinação, alegando razões para exercerem o direito de tomar a melhor decisão em relação a seus filhos (OPAS, 2005). Mediar essa tênue fronteira entre prevenção e reconhecimento das liberdades individuais pode ser considerado um desafio para a saúde pública (DINIZ; GUEDES, 2006) e em particular, para a enfermagem, uma vez que, nas práticas de vacinação, é um dos profissionais de saúde que atua mais próximo às famílias, assiste à suas decisões e administra as vacinas.

Contudo, a vacinação aparece como um método de prevenção eficaz, porém complexo, em que se deve encarar tanto os sucessos como as limitações. Vacinar uma criança tem duas finalidades: imunizá-la e fazer dela um dos elementos de imunidade que, quando está suficientemente elevada, constitui uma barreira eficaz à difusão das doenças transmissíveis na coletividade. A criança não vacinada corre um risco maior, como também diminui a resistência na rede de imunidade comunitária. O direito dos indivíduos opõe-se, de certa forma, à proteção da saúde pública. Convém lembrar, que não vacinar uma criança por quaisquer motivos, não são gestos neutros e desprovidos de conseqüências, eles empenham também a sua responsabilidade. A educação em saúde encontra aí um marcante terreno de aplicação (FARHAT, 1987).

A responsabilidade pela vacinação da população de uma área geográfica, não se restringe aos profissionais de saúde que fazem a vacinação ou ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e, também, não deveria ocorrer apenas quando a mãe ou responsável comparece ao serviço exclusivamente para vacinar a criança (GERA, 1998). No entanto, no estudo de Almeida *et al.* (1997), a vacinação, que é uma prática de saúde preventiva e coletiva, está sendo executada como se fosse um instrumento de alcance individual, ou seja, somente a criança que comparece é vacinada.

Muitas questões a respeito das Oportunidades Perdidas de Vacinação (OPV) vêm sendo discutidas por organismos internacionais desde a década de 80 (OPS, 1998). Segundo o MS,

OPV é considerada toda aquela circunstância na qual uma pessoa encontra-se disposta a receber o benefício da vacinação, comparece em uma unidade de saúde e não é vacinada (BRASIL, 2001).

A Organização Pan-Americana de Saúde preconizou fortalecer os serviços de vacinação de rotina para a diminuição das OPV. Essa preocupação revelou a necessidade de abordar as atitudes dos trabalhadores de saúde (OPS, 1998), pois são eles quem se encontram com as famílias das crianças e desenvolvem as atividades de vacinação, desde a divulgação, recepção na unidade de saúde, até a administração ou não da vacina e seu posterior regresso às doses subseqüentes ou de outras vacinas.

É importante, entender, que as relações entre as famílias e os serviços de saúde estão inseridas em um conjunto de determinantes sociais, políticos e econômicos. E, que o estilo de vida pode influenciar a longevidade, a prevenção das mais variadas doenças e a promoção de saúde, pois a condição de saúde da família e da criança, em particular, está integrada com os diversos tipos de recursos da sociedade e requisitos da qualidade vida. No entanto, essa integração vai depender do entusiasmo e dedicação dos pais no cotidiano do processo de crescimento e desenvolvimento dos filhos e dos profissionais de saúde em reconhecer e intervir sobre suas angústias, necessidades, habilidades e dificuldades, respeitando e estimulando-os (ROCHA *et al.*, 2002).

O setor de vacinação, especialmente, sempre foi tomado, pelo enfermeiro, como mais de sua responsabilidade do que de outros profissionais da saúde, pelo fato de estar sempre envolvido com as atividades do mesmo. Ou seja, no controle de estoque e validade das vacinas, cobertura vacinal, técnicas de manipulação e aplicação, atividades educativas junto à clientela, treinamento e supervisão do pessoal auxiliar (ALMEIDA *et al.*, 1997), busca e controle dos faltosos para atualização do esquema vacinal, vigilância aos eventos adversos pós-vacinais, controle da rede de frio, dos insumos e outros.

A receptividade de um serviço realizado basicamente pela enfermagem poderia ser um momento favorável para o estabelecimento de boa comunicação entre a enfermagem e a clientela, talvez uma alternativa para a lacuna existente entre as ações básicas da assistência à saúde da criança e as atribuições da enfermagem no modelo assistencial de pronto-atendimento. A assistência de enfermagem à criança em unidade básica de saúde implica a (re) construção de uma prática de saúde com relações de proximidade, acolhimento, interação facilitadora e ações educativas efetivas (FIGUEIREDO; MELLO, 2003).

Entendemos que as experiências que as pessoas vivenciam no cuidado cotidiano à saúde estão interligadas aos conhecimentos científicos e tecnologias produzidas na sociedade. Mas que, nem sempre, o acesso aos serviços de saúde, a presença diante dos profissionais de saúde, a existência de tratamentos, enfim, uma série de aspectos não é suficiente para a incorporação de medidas e mudanças nas atitudes ligadas à saúde e, também, para a compreensão de um conjunto de questões importantes para a vida das pessoas.

A compreensão das práticas de saúde, tanto nos serviços quanto nas famílias, necessita ser repensada, procurando ampliar o vínculo com a população e compreender a adesão às medidas de proteção e promoção à saúde, a atuação efetiva dos profissionais de saúde com os sujeitos e a construção de planos de responsabilização e de projetos de saúde (AYRES, 2004a, 2004b, 2005).

Assim, cabe ressaltar aqui o interesse em tematizar a prática da vacinação, a partir dos relatos de famílias, discutindo qual o lugar da vacinação no cuidado e a vinculação dela ao cuidado à saúde das crianças, tomando como norte o cuidado numa perspectiva integradora.

Nesse sentido, para ampliar objetivamente a atuação da enfermagem, pretendemos, nesse estudo, conhecer as dimensões que permeiam a prática da vacinação. Entendendo-a como prática social e de cuidado, buscaremos elementos para um efetivo papel da enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, um cuidado

integral, possibilitando a construção de novas relações famílias - trabalhadores de saúde nos serviços públicos de atenção primária à saúde.

1.3 Objetivos

A presente pesquisa tem por objetivo geral compreender as experiências das famílias sobre a vacinação de crianças menores de dois anos de idade, moradoras das áreas de abrangência de duas unidades básicas de saúde do município de Franca-SP, na perspectiva do cuidado em saúde, buscando subsídios para o cuidado de enfermagem.

Os objetivos específicos são:

- identificar, a partir de relatos das famílias, a vacinação como parte do cuidado à saúde das crianças;

- compreender o modo como as famílias respondem à prática da vacinação infantil, na perspectiva do cuidado em saúde.

2 Bases Conceituais

A atenção profissional à criança e à família implica um estar junto no processo saúde-doença e cuidado, porque a criança e a família necessitam de vários cuidados à saúde, qualquer que seja a fragilidade ou o dano (FIGUEIREDO, MELLO, 2003; MELLO *et al.*, 2002). Esse cuidado também sofre influências dos setores saúde e educação, através de diretrizes políticas do Estado, dos programas e serviços da comunidade (DYTZ *et al.*, 1999).

Olhar para a temática da vacinação e o cuidado à saúde da criança nos fez refletir sobre as relações entre as famílias e os serviços de saúde, a partir da fundamentação teórica de Ayres (2001, 2004a, 2004b, 2005, 2006a), acerca do cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Para refletirmos sobre as particularidades da vacinação no processo de crescimento e desenvolvimento da criança no contexto da família e as relações com os serviços de saúde, é importante considerar as interações, o caráter relacional e como é construído o cuidado em saúde.

Em geral, o cuidado em saúde é caracterizado por *um conjunto de procedimentos técnicos para o êxito de um tratamento*, podendo ter sentido de um *elenco de recursos e medidas terapêuticas ou de procedimentos auxiliares para efetivar a aplicação de uma terapêutica* (AYRES, 2004a, p.74). Esses aspectos configuram uma definição do senso comum sobre cuidado em saúde.

Ayres (2006a, p.55) propõe abordar o cuidado como:

[...] um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se as reclama.

Nessa perspectiva, o cuidado em saúde é visto como interação entre sujeitos, implicando a percepção e a construção da intersubjetividade. Ayres (2001) toma a subjetividade como ato ou estado de ser sujeito. O autor discute que a subjetividade é relação, é intersubjetividade,

pressupõe uma relação que tem o sentido de encontro, o ato de se colocar diante do outro, significando possibilidades e compartilhamentos e ressaltando o caráter relacional e contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos.

A partir de uma perspectiva hermenêutica, o cuidado permite a compreensão do sentido da existência como humanos, revelando o mundo em que se vive, que se antecipa, se escolhe e se negocia e são os sujeitos que antecipam, escolhem e negociam o mundo, possibilitando a autocompreensão e a reconstrução contínua e simultânea de projetos humanos (AYRES, 2004a, 2006a).

Apoiado nessa complexa construção, por meio de elaborações hermenêuticas, Ayres (2004a, 2006) elege os seguintes elementos para composição teórica do cuidado em saúde: *movimento, interação, identidade e alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não-causalidade e responsabilidade.*

A idéia de *movimento* é que o cuidado está ligado à construção da identidade humana de forma pragmática, as identidades não são construções a priori, inscritas como um destino, mas vão sendo construídas no e pelo ato de viver, de por-se em movimento pelo mundo. Esse processo é permeado por *interações* que contribuem para as transformações do ser humano, assim, a *identidade* de cada um vai se fazendo na presença do outro e a *alteridade* de cada um se define pela construção de uma identidade e vice-versa.

O movimento, as identidades e alteridades são imbuídos de *plasticidade*, que permite transformações da existência humana, em uma dinâmica entre criar e recriar na finitude. A plasticidade, o movimento, as efetivas interações e identidades necessitam estar articuladas à capacidade de conceber e construir *projetos*, própria do cuidado.

Também está presente o *desejo* de manifestação, de presença, de busca de sentidos, assim como lidar com resistências e conflitos. Esses aspectos da construção da existência

também estão permeados pela *temporalidade*, pelo fluxo do tempo, da tripartição temporal, das relações entre passado, presente e futuro.

Em relação à *não-causalidade*, o autor aponta que a existência humana não pode ser explicada em termos de causa e efeito. O cuidado implica compossibilidade, expandindo a compreensão com a visão gadameriana de círculo hermenêutico, numa interdependência entre parte e todo, ou seja, cada parte só ganha sentido em uma totalidade e a totalidade tem um sentido dependente de cada uma de suas partes.

A existência tem um sentido, não como trajeto linear; o cuidado na perspectiva existencial busca um sentido de *responsabilidade* como o tomar-se para si, do responsabilizar-se, que, segundo o autor, assume um duplo sentido: responder por si e para si; cuidar não é estabelecer um projeto, mas é um projeto que implica responsabilidade, um projetar porque se responsabiliza (AYRES, 2004a).

Segundo Ayres (2002), para o século XXI projeta-se uma série de desafios na área da saúde, levando a reflexão e estruturações em diversos campos de saberes e práticas. O autor relata que os efeitos positivos e negativos das transformações tecnocientíficas na assistência à saúde têm sido muito discutidos. Apontando, de um lado, a aceleração e ampliação do poder dos diagnósticos, a precocidade das intervenções terapêuticas, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança das intervenções, a melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes em vários agravos. E, de outro lado, situam-se a autonomia dos exames complementares, a segmentação do paciente em órgãos e funções, o excesso de intervenções, o encarecimento e acesso desigual a esses recursos e a iatrogenia. Aponta, ainda, certas incapacidades das ações de assistência à saúde serem racionais e mais abertas às necessidades das pessoas e aos limites das ações.

Pensar na assistência à saúde remete de certa forma, pensar em aplicação de tecnologias que proporcionem o bem estar físico e mental das pessoas. É preciso considerar os modos

como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos, podendo haver limites sobre o que damos conta de enxergar das necessidades de saúde e de intervenções em saúde. Para Ayres (2004a), é importante estar atento para que nossa presença diante do outro não se resuma à aplicação de conhecimentos, que a ação em saúde não seja restrita e que articule a intervenção técnica a outros aspectos não tecnológicos.

É de extrema importância a compreensão de tecnologias de assistência à saúde em relação ao encontro terapêutico propriamente dito, dando ênfase na atribuição de significados às experiências, interligando passado, presente e futuro, de maneira dialética. Para Ayres (2004a), a tecnologia não é apenas a aplicação de conhecimentos científicos, não é simplesmente um modo de fazer, mas envolve também decisões sobre quais coisas podem e devem ser feitas. Nesse sentido, a compreensão de tecnologia aponta para a reflexão sobre cuidado em saúde e interação entre sujeitos.

Ayres (2001, 2006a) afirma que o movimento do encontro entre os sujeitos e seu mundo não deve ser restrito à busca de êxito técnico, mas sim vinculado a um sucesso prático. Para o autor, *êxito técnico significa prevenir, reverter ou minimizar danos morfofuncionais. Sucesso prático é considerado um ganho ou conquista de condições ou situações valorizadas como fonte de realização, de felicidade para as pessoas em seus cotidianos*. O êxito técnico não tem um sentido real para as pessoas, isoladamente, mas sim articulado ao sucesso prático.

Na saúde, a preocupação com o controle da doença, dos sintomas, da patogenia, da infecção ou de epidemias, tem um enfoque que, de certa forma, prevalece a normatividade do sucesso das práticas de saúde.

Ayres (2001, p.69) coloca que o sucesso que tem orientado as práticas de saúde tem se confundido com o êxito técnico, ressaltando que eles implicam aspectos diferentes em relação às experiências:

O êxito técnico refere-se, sem dúvida, a um sucesso, mas um sucesso em relação a um “como fazer”. Não faz parte de suas aptidões definir os “quê fazer”. Por isso é tão fácil definir o que é prevenir agravos do que o que seja promover saúde. Nós, efetivamente, não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas para a vida, para o bem viver, para a saúde.

O autor afirma que precisamos de dedicação a essas reflexões, senão ficaremos condenados à negatividade da doença para definir saúde, se continuarmos tendo como conceito de sucesso prático somente a busca de controle técnico.

O cuidado, tratado como categoria reconstrutiva, envolve voltar-se à presença do outro, otimizar a interação, enriquecer os horizontes, procurando ter presença ativa, interações intersubjetivas ricas e dinâmicas, redes de conversação, acolhimento, responsabilização, expansão de horizontes, possibilitando, assim, *reconstruir as práticas de saúde para que possamos chamá-las de cuidado* (AYRES, 2004a, 2004b).

Nessa visão de cuidado, há o encontro de sujeitos numa fusão de horizontes, em que a busca de caminhos não é somente para que os profissionais de saúde possam ajudar as pessoas a cumprirem um projeto. Mas, também, principalmente, ter percepção do horizonte do outro, procurando entender que lugar os profissionais ocupam no projeto de vida do outro e compreendendo-se melhor diante do outro (AYRES, 2005). Para o autor, as composições necessárias e possíveis com cada indivíduo e com a comunidade são baseadas em pontes, mas não são construções imediatas, ou seja, ter a ação terapêutica não implica em mostrar para a pessoa e achar que ela vai se apropriar daquilo rapidamente, e sim construções que implicam compartilhar e reconstruir o tempo todo.

O cuidado como sabedoria prática, vinculado aos saberes técnico-científicos, aponta para a realização de ações de saúde permeadas de êxito técnico e sucesso prático, ou seja, junto das finalidades técnicas das práticas de saúde há antecipação, escolha e negociação de uma vida boa ou de projetos possíveis colocados em questão (AYRES, 2006a).

A sabedoria prática não é considerada um saber universal, é contingente, lida com a eventualidade, com a incerteza, com o que pode suceder ou não, com aspectos e acontecimentos vinculados às experiências. Envolve o correr da vida, o modo de estar no mundo, as tomadas de decisão, escolhas, planos, sentidos, enfim um conjunto amplo de aspectos para a vida, para as relações no mundo e com o mundo, implicando inter-relações com questões éticas, morais, políticas, culturais e sociais (GADAMER, 1993; AYRES, 2001). Sabedoria prática é considerada um saber fundamental e que influencia os outros campos, dos conhecimentos e das técnicas.

Quando tomamos o cuidado em saúde em suas dimensões práticas, ele tem um caráter contingencial, sem *a priori*, mas reconstruído a todo o momento.

No cuidado à saúde da criança é importante o alcance da adesão ao seguimento do crescimento e desenvolvimento da criança no contexto da família, estando a prática da vacinação aí inserida, mas é importante repensar, sobretudo, os valores expressados por mães e famílias. É importante tomar esse processo como um trazer à existência, com criatividade, espontaneidade e regido pelas experiências (GADAMER, 1993).

O diálogo, a conversa e a interação entre famílias e profissionais de saúde permitem trabalhar com a complexidade do cuidado da criança na atenção à saúde, possibilitando aproximações da compreensão das decisões tomadas e estratégias adotadas. Conhecer os valores e interesses dos sujeitos e conversar sobre eles são elementos da construção de um olhar prático, um modo de lidar com a sabedoria prática em suas singularidades e particularidades.

Nesses termos, não significa dispensar os princípios científicos, a técnica ou os protocolos de vacinação e de acompanhamento da saúde da criança, mas indica que é possível repensá-los e revisá-los constantemente, implicando incorporar flexibilização, adaptação, que reflitam as diferenças, que relacionem com os diferentes espaços potenciais do cuidado.

Ao pensarmos no acompanhamento da saúde da criança e eleger a temática da vacinação é importante rever seu enfoque, comumente embasado em um modelo ideal de assistência com coberturas vacinais plenas e adesão completa às normas, sendo importante compreender os obstáculos no processo saúde-doença e cuidado e tematizar valores vitais que não são permanentes e nem construídos *a priori*. Na saúde infantil, não lidamos com um crescimento e desenvolvimento linear, há obstáculos, há valores e percepções, há enfermidades, há situações diversas e experiências de cuidar da criança que se expressam de várias maneiras.

Neste estudo, o entendimento é de que o cuidado da saúde da criança abarca a prática da vacinação. Nesse sentido, o acompanhamento da saúde da criança é considerado uma tecnologia de cuidado à saúde, não simplesmente um modo de fazer, não como um saber *a priori*, mas envolve também decisões sobre quais coisas podem e devem ser feitas, remete a uma reconstrução de saberes e práticas com novas dimensões para a produção de cuidados. Buscar compreender as experiências que as famílias expressam em relação à prática de saúde da vacinação de crianças menores de dois anos está vinculado à idéia de tomar a vacinação integrada ao cuidado da saúde da criança no contexto da família.

3 Percurso metodológico

Neste capítulo descrevemos a caracterização do estudo e os procedimentos metodológicos de exploração e trabalho de campo, as técnicas de coleta e análise dos dados.

3.1 Caracterização do estudo

Esta pesquisa configura-se na perspectiva de um *estudo hermenêutico* (AYRES, 2005, 2006b). O estudo hermenêutico tem por base uma análise compreensiva-interpretativa-aplicada, que segue um caminho encontrado pelo pesquisador para realizar uma construção discursiva específica. AYRES (2006b, p.25) destaca que é importante:

[...] propiciar uma maior auto-compreensão do sentido de nossas construções conceituais e expandir nossos horizontes de temas e meios de produção do conhecimento, especialmente no que se refere ao incremento de nossa sabedoria prática.

Este tipo de estudo procura explicitar uma situação problematizada, levando a uma expressão discursiva e favorecendo um entendimento sobre algo, a apropriação de uma situação ou de aspectos dela, que antes não estava clara e que por alguma razão tornou-se problemática.

Para AYRES (2006b), no campo da saúde, muitos aspectos relacionados às práticas de saúde podem ser estudados na abordagem hermenêutica, por ser um campo com constantes tarefas de interpretação e síntese de saberes voltado para aplicação a aspectos práticos.

Na tentativa de conhecer e compreender as experiências das famílias com a vacinação das crianças, procuramos ressaltar uma dada situação, tematizando certa prática, levantando significados dessa prática a partir dos relatos, dentro de um conjunto de aspectos da totalidade compreensiva do cuidado em saúde. Nesse sentido, o entendimento é de que as narrativas dão

acesso a uma certa compreensão, trazendo significados para compreender as pessoas, particularmente em relação à vacinação e ao cuidado em saúde.

Trata-se de uma aproximação ao estudo hermenêutico, que permite olhar para as experiências das famílias sobre a vacinação de crianças, construídas social e culturalmente ao longo de um processo histórico e permeadas por intersubjetividades, apontando uma certa compreensão a respeito do nosso próprio conhecimento e das suas limitações, explicações, horizontes e experiências.

3.2 Exploração do campo

A fase da exploração do campo inclui a escolha do local da pesquisa e dos participantes; o estabelecimento dos critérios de inclusão e das estratégias de entrada em campo (MINAYO, 1999).

Para configurarmos o espaço da pesquisa, inicialmente, descrevemos os aspectos gerais do município de Franca-SP, motivados pelo conhecimento de que, em geral, o meio ambiente pode influir nas condições em que a população de estudo vivencia o cuidado com as crianças. Em seguida, descrevemos os serviços públicos de saúde disponibilizados no município.

A região nordeste do Estado de São Paulo, compreendida entre os rios Pardo e Grande, foi desbravada no início do século XVIII por Bandeirantes paulistas, à procura de minérios. Com o declínio da mineração, a agropecuária passou a ser a atividade econômica da região. Em 1824, a vila passou à categoria de cidade. Hoje, além dessas atividades, o município possui expressiva participação no setor industrial, especialmente no setor de calçados (FRANCA, 1998; 2001).

O abastecimento de água tratada e fluoretada, a coleta e o tratamento do esgoto atingem 100% das residências no município de Franca. A coleta do lixo doméstico é terceirizado e

recolhido em 100% da área urbana, com destino ao aterro sanitário municipal. A coleta seletiva do lixo doméstico é realizada, semanalmente, em 80% do município com destino à usina de reciclagem e o lixo hospitalar é incinerado (FRANCA, 2001).

A população estimada é de 321.969 habitantes, referente ao ano de 2005 (IBGE, 2006). A mortalidade infantil, mostra queda progressiva, em 1995, a taxa era de 17,97 passando para 10,03 óbitos por 1000 nascidos vivos, em 2005 (FRANCA, 2006).

O município é sede da Divisão Regional de Saúde XIII - DIR XIII e, compõe o conjunto de vinte e dois municípios (Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orândia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra e São José da Bela Vista). O processo de municipalização da saúde, em Franca, ocorreu com base no movimento de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) no Estado de São Paulo, que se deu gradativamente em várias partes do país no período de 1983 a 1987.

Adotando a descentralização das ações de saúde como estratégia de implementação de uma nova política de saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), Franca, desde janeiro de 1998, está qualificada para a gestão plena do sistema municipal de saúde. Define e gerencia, com o Conselho Municipal da Saúde, a estruturação e recursos aos prestadores contratados e conveniados ao SUS, e todas as unidades de saúde municipalizadas (FRANCA, 2001).

No início do ano de 2006, o município contava com quatorze unidades básicas de saúde (UBSs), cinco núcleos do Programa Saúde da Família (PSF), oito ambulatórios especializados, o Núcleo de Gestão Assistencial 16 (NGA-16), dois hospitais filantrópicos, dois pronto-socorros, sendo um destinado ao atendimento infantil e o outro para adultos. Na área hospitalar o município possui dois hospitais conveniados ao SUS e dois particulares.

Os serviços especializados de saúde disponibilizam o atendimento à população da DIR-XIII, através da rede ambulatorial composta por: Ambulatório de Saúde Mental; Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; Ambulatório de Geriatria; Ambulatório de Doenças Crônicas Renais; Ambulatório de Saúde do Trabalhador; Casa do Diabético; Centro de Saúde-I - que oferece atendimento médico e de enfermagem nas áreas de Dermatologia sanitária, Hanseníase, Tuberculose e o NGA-16 - ambulatório de atendimento individual e grupal em vinte especialidades médicas, enfermagem geral e especializada em ostomias e o serviço social.

Os serviços de saúde disponibilizados pela rede básica de saúde do município nas quatorze UBSs configuram em atendimento individual e/ou grupal, com médicos (clínico geral, pediatra e ginecologista obstetra), equipe de enfermagem, dentista, fonoaudiólogo e assistente social. O município conta com vinte e uma salas de vacinas instaladas em treze UBS, quatro núcleos da Saúde da Família, uma no Centro de Saúde – I e três clínicas de vacinação da rede privada.

O Serviço de Vigilância Epidemiológica foi municipalizado em 1998. Atualmente, a Divisão de Vigilância em Saúde coordena as Vigilâncias Sanitária, Ambiental e Epidemiológica Municipal. A Vigilância Epidemiológica Municipal (VEM) é composta por um médico pediatra, três enfermeiros, um farmacêutico e um biomédico, três técnicos em enfermagem, três auxiliares de enfermagem, quatro visitantes sanitários e o pessoal administrativo. Esses profissionais atuam junto à Secretaria Municipal de Saúde, desenvolvem o sistema de vigilância epidemiológica às doenças de notificação e agravos à saúde e, respondem, entre outras atribuições, pelo serviço de imunização do município.

As competências de cada esfera de governo estão definidas na Constituição Federal de 1988 e especificadas na Lei 8080/90. A coordenação regional do Sistema de Vigilância Epidemiológica é das DIRs. Em cada DIR existe um Grupo Técnico de Vigilância

Epidemiológica que compete coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica e atividades de vacinação. E à direção municipal compete executar ações de vigilância epidemiológica e entre eles o serviço de vacinação.

Para definirmos quais as unidades do serviço público de saúde que, dispondo de sala de vacinas, comporiam o estudo, optamos pela avaliação da taxa de abandono da vacinação básica da tetravalente. Pois, consistindo em três doses aos menores de um ano, com intervalo de sessenta dias entre elas (BRASIL, 2001), considera-se que o comparecimento aos retornos para completar o esquema vacinal, sugere cuidado e adesão ao programa de vacinação. O não comparecimento aos retornos para as doses subseqüentes poderia, num primeiro momento, caracterizar abandono à vacinação.

Portanto, a taxa de abandono à vacinação expressa o percentual de crianças que não chegaram a completar o número mínimo de doses necessário para se protegerem. Ao analisar os resultados obtidos é importante investigar as razões do abandono da vacinação, evitando o acúmulo de suscetíveis e a formação de grandes bolsões que possam comprometer o controle epidemiológico. A análise do percentual de abandono pode ser procedida a partir dos seguintes parâmetros: taxa acima ou igual a 10% é considerado alta, de 5% a 10% média, e a taxa menor de 5% é considerada baixa (BRASIL, 2001).

Para selecionarmos as unidades que apresentassem maiores taxas de abandono, utilizamos o Sistema de Informação e Avaliação do Programa Nacional de Imunização (SI-API) do município. Das dezoito salas de vacinas municipalizadas, duas UBS apresentaram taxas de abandono ao esquema vacinal da tetravalente. A maior foi de 8,95% seguida de outra com 8,37%.

Na perspectiva de retratar as experiências das famílias no cuidado com a vacinação da criança menor de dois anos, utilizamos estas duas UBS como locais da pesquisa. Essa escolha foi motivada pelo interesse em estudar as particularidades desse cuidado, procurando

explorar, documentar e compreender as experiências, preocupações, responsabilidades, necessidades e tomadas de decisão no contexto familiar, buscando aprofundar discussões sobre vacinação e cuidado em saúde.

Neste estudo, as unidades de saúde selecionadas foram apresentadas por letras (A e B), para sigilo de informações.

A unidade **A** conta com uma equipe composta por nove médicos (quatro pediatras, três clínicos e dois ginecologistas obstetras), uma enfermeira, três técnicos e cinco auxiliares de enfermagem, três dentistas, uma fonoaudióloga, uma assistente social e pessoal administrativo (três recepcionistas, um escriturário e uma auxiliar de serviços gerais). O horário de funcionamento é das 7:00 às 19:00h. A assistência realizada envolve consultas médicas, de enfermagem, de fonoaudiologia e de odontologia, atendimento básico (vacinação, medicação e curativos), teste do pezinho, atendimento com o serviço social, visitas domiciliares e grupos educativos.

A unidade **B** conta com cinco médicos (dois pediatras, dois clínicos e um ginecologista obstetra), uma enfermeira, dois técnicos e três auxiliares de enfermagem, três dentistas, uma fonoaudióloga, uma assistente social e pessoal administrativo (duas recepcionistas, um escriturário e uma auxiliar de serviços gerais). O horário de funcionamento é das 7:00 às 19:00h. A assistência realizada envolve consultas médicas, de enfermagem, de fonoaudiologia e de odontologia, atendimento básico (vacinação, medicação e curativos), atendimento com o serviço social, visitas domiciliares e grupos educativos.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo B). Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, as famílias foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo, solicitando sua participação e consentimento. Foram também informados a respeito de sua liberdade em se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da

pesquisa, sem penalização alguma. Após terem ciência, aqueles que aceitaram participar assinaram termo de consentimento (Apêndice A).

As famílias, com os respectivos endereços, foram levantadas nos arquivos das salas de vacinas das duas UBS escolhidas. Selecionamos crianças menores de dois anos, em atraso vacinal e moradoras na área de abrangência das UBSs. A partir do levantamento, obtivemos um total de oitenta e quatro famílias. Dessas, trinta e quatro mudaram de endereço, dezenove estavam com os endereços incorretos e doze famílias não foram encontradas nos dias das visitas aos domicílios, apesar de retornamos duas ou três vezes ao local. Desta forma, dezenove famílias fizeram parte do estudo, sendo nove famílias da área de abrangência da UBS A e dez famílias da UBS B, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Participantes do estudo, segundo composição familiar, idade e escolaridade da mãe, atividade profissional, familiar entrevistado, situação vacinal da criança e UBS de origem.

Famílias	Composição Familiar	Idade e escolaridade da mãe	Atividade Profissional dos familiares	Familiar entrevistado	Situação Vacinal da criança menor de dois anos no dia da entrevista	UBS
1 Almeida	Mãe, pai e 5 filhos	30anos 7anos de estudo	Mãe do lar e coladeira de peças de calçados. Pai cortador de calçados.	Mãe	Em dia	A
2 Borges	Mãe e 3 filhos	25 anos 6anos de estudo	Mãe doméstica trabalha em dias alternados. Não recebe pensão dos filhos	Mãe	Não vacinou o primeiro filho, mas os outros estão em dia	A
3 Castro	Mãe, pai, 2 filhas e avó materna	18anos 7anos de estudo	Mãe do lar. Pai vendedor ambulante de frutas.	Avó	Em atraso na data da seleção, mas atualizado no dia da entrevista.	A
4 Derruci	Mãe, pai e 2 filhas	22anos 11anos de estudo	Mãe do lar. Pai vendedor em uma loja de material para construção.	Mãe	Em atraso na data da seleção, mas atualizado no dia da entrevista.	A
5 Elias	Mãe, pai e 2 filhas	28anos 07anos de estudo	Mãe do lar. Pai trabalha em fábrica de calçados.	Mãe	Em atraso na data da seleção, mas atualizado no dia da entrevista.	A
6 Fanan	Mãe, 3 filhos, irmã, 2 sobrinhos e avó materna	26anos 04anos de estudo	Família coleta lixo reciclável. Avó auxiliar de cozinha em restaurante.	Mãe	Em atraso	A
7 Gomes	Mãe, pai, 4 filhos, irmã da mãe com 1 filha	28anos 08anos de estudo	Mãe do lar Pai trabalha em fábrica de calçados Tia balconista de uma loja	Mãe e pai	A sobrinha estava em atraso	A
8 Hantaro	Mãe, pai e 1 filha	28anos 08anos de estudo	Mãe passageira de roupa 3x/semana Pai autônomo	Mãe	Em atraso na data da seleção, mas atualizado no dia da entrevista.	A
9 Isac	Mãe e 1 filha Avós maternos	35anos 11anos de estudo	Mãe desempregada. Moram no fundo da casa de seus pais	Mãe	Em atraso na data da seleção, mas atualizado no dia da entrevista.	A
10 Jales	Mãe, pai e 1 filha	26anos	Mãe frentista de posto de gasolina Pai frentista de posto de gasolina	Mãe	Em atraso na data da seleção, mas atualizado no dia da entrevista.	B
11 Leme	Mãe e 2 filhos	21anos 07anos de estudo	Mãe faxineira	Mãe	Em atraso na data da seleção, mas atualizado no dia da entrevista.	B
12 Matias	Pai, mãe e 2 filhos	25anos 6anos de estudo	Mãe pesponta calçado Pai pesponta calçado	Mãe	Em atraso	B
13 Neves	Mãe, pai e 1 filho	23anos 07anos de estudo	Mãe do lar Pai trabalha em fábrica de calçados	Pai	Em atraso na data da seleção, mas atualizado no dia da entrevista.	B
14 Oliveira	Mãe, pai e 2 filhas	23anos 07anos de estudo	Mãe do lar e costura calçado em casa Pai trabalha em banca de pesponto	Mãe	Em atraso na data da seleção, mas atualizado no dia da entrevista.	B
15 Pereira	Pai, mãe e 2 filhos	29anos 07anos de estudo	Mãe do lar Pai cortador de calçados	Mãe	Em atraso na data da seleção, mas atualizado no dia da entrevista.	B
16 Rosa	Pai, mãe e 1 filho	20anos 08anos de estudo	Mãe do lar Pai autônomo(vendedor de calçados)	Mãe	Em atraso	B
17 Silva	Pai, mãe e 4 filhos	30anos 05anos de estudo	Mãe do lar Pai “motoboy”	Mãe e Pai	Em atraso	B
18 Tavares	Mãe, 1 filho, avós maternos, sobrinha com 1filho	30anos 06anos de estudo	Mãe do lar	Mãe	Em atraso na data da seleção, mas atualizado no dia da entrevista.	B
19 Xavier	Pai, mãe e 3 filhos	31anos 11anos de estudo	Mãe do lar Pai autônomo	Mãe e Pai	Em atraso na data da seleção, mas atualizado no dia da entrevista.	B

Assim, as famílias foram selecionadas de modo intencional, buscando aspectos sobre o cuidado com a vacinação das crianças, com vistas a estudar as especificidades das

experiências de alguns casos, não sendo prioridade o estabelecimento de amostra quantitativa e a garantia de generalizações.

Participaram do estudo vinte e dois sujeitos, dezessete mães, quatro pais e uma avó materna. A partir da escolha e definição dos participantes, partimos para o trabalho de campo propriamente dito.

3.3 Trabalho de campo

O trabalho de campo envolve os momentos de entrada, permanência e saída do campo. Na fase de entrada em campo, foram realizados contatos com a Secretaria Municipal de Saúde, junto aos responsáveis pela atenção básica de saúde. E, posteriormente, com as enfermeiras, responsáveis técnicas pela vacinação das duas UBSs, para explicar o projeto de pesquisa e combinar aspectos sobre a inserção da pesquisadora durante o levantamento de dados nos arquivos das salas de vacina.

A fase de trabalho de campo, com a coleta de dados, foi realizada durante o período de janeiro a junho de 2006. Planejamos o cronograma de encontros para entrevistar as famílias no domicílio, porém as visitas não foram agendadas com antecedência. Os familiares das crianças selecionadas, que estavam presentes na residência no momento da visita e, que aceitaram participar da pesquisa, foram entrevistados. A partir da abordagem da pesquisa qualitativa em saúde e de acordo com os objetivos propostos, este estudo analisou as informações em fontes primárias, por meio de entrevistas com as famílias das duas UBS.

Para Duarte (2004), as entrevistas em pesquisas qualitativas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças e valores de universos sociais específicos, delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados, pois permitem coletar indícios dos modos como os sujeitos percebem e significam sua realidade. A

entrevista é considerada uma técnica de investigação importante nas atividades científicas, tendo a grande vantagem de criar uma relação de interação e uma atmosfera de influência recíproca entre o entrevistador e o entrevistado, permitindo captação imediata e corrente das informações (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Na entrevista, uma vez que entrevistador e entrevistado estão ambos presentes, à medida que as questões são formuladas e respondidas, há oportunidade para um cuidado maior na comunicação das questões e em fornecer informação. Além disso, o entrevistador tem a oportunidade de observar tanto o sujeito como a situação na qual a resposta ocorre. A entrevista poderá revelar informações que são tão complexas como emocionalmente carregadas, por favorecer o aparecimento de sentimentos subjacentes a uma opinião expressa (KIDDER, 1987). A entrevista é uma estratégia onde intencionalmente o pesquisador obtém informações através das falas dos entrevistados.

Para Bogdan e Biklen (1994), a entrevista é considerada uma conversa intencional, entre pelo menos duas pessoas, dirigida por uma das pessoas, com o objetivo de obter acesso a narrativas do participante. Essa forma de colher os dados possibilita ao pesquisador conhecer algumas idéias do entrevistado. Optamos pela entrevista aberta, pois segundo Vasconcelos (2002), esta técnica permite conhecer aspectos do pensamento da pessoa entrevistada, o que sabe, acredita, espera, sente e deseja no tocante ao tema proposto pela pesquisa. A entrevista aberta também traz flexibilidade, profundidade e interação entre entrevistado e entrevistador, podendo proporcionar encontros ricos e esclarecedores (BOGDAN; BIKLEN, 1994; MINAYO, 1999).

No desenvolvimento da entrevista aberta, não há imposição de uma ordem rígida de questões a serem investigadas, ela comporta uma narrativa livre em que o entrevistado discorre sobre o tema proposto e o entrevistador vai colocando perguntas norteadoras. Durante a entrevista, o entrevistado pode ir apresentando espontaneamente seu pensamento e

experiências, dentro do eixo principal colocado em tópicos pelo pesquisador, garantindo que as questões pertinentes ao objeto de estudo sejam abordadas. Esses tópicos podem compor um roteiro, como um guia, no entanto, não são construídos *a priori*, mas advém da teoria e de várias informações sobre o fenômeno social estudado (TRIVIÑOS, 1994).

Neste estudo, utilizamos a técnica da entrevista aberta, na tentativa de estimular as falas dos familiares de forma livre, permitindo que refletissem um pouco sobre o cotidiano do cuidado à criança. A entrevista com as famílias partiu da seguinte pergunta norteadora: Como tem sido os cuidados com as crianças? No transcorrer da entrevista buscávamos conversar com os participantes sobre a vacinação dos filhos, como aprenderam e o que sabem sobre a vacinação, o que pensam sobre famílias que não vão com frequência aos serviços de saúde para vacinar os filhos e se teriam sugestões para aproximar famílias e serviços públicos de saúde. Procuramos apreender a narrativa das famílias, tentando conhecer as experiências, preocupações, responsabilidades, necessidades e tomadas de decisão para o cuidado à saúde das crianças, particularmente na vacinação. Utilizamos também diário de campo, composto por notas de campo e notas do pesquisador. Essas anotações foram referentes a alguns dados das crianças, familiares, local de moradia, assim como impressões, sentimentos, primeiras abstrações e correlações com alguns autores, conceitos e teorias.

As entrevistas foram gravadas com autorização dos participantes e em seguida transcritas, totalizando aproximadamente sessenta e duas horas de gravação. Os dados transcritos totalizaram cento e vinte e três páginas, digitadas em espaço simples, letra *Times New Roman*, tamanho doze.

Os resultados serão apresentados sob a forma de recortes das falas dos entrevistados, seguidos da análise e discussão. Nas entrevistas apresentadas está especificado, em parênteses, o grau de parentesco com a criança. Os recortes das falas dos entrevistados estão

apresentados em itálico e, para o sigilo de informações, atribuímos a cada família um nome fictício.

3. 4 Análise dos dados

Na análise dos dados, procedemos com a ordenação dos mesmos, realizando a organização sistemática das transcrições das entrevistas, seguindo alguns princípios dos estudos de Minayo (1999, *et al.* 2000).

Após a transcrição das entrevistas, realizamos uma primeira análise de forma separada para cada entrevista. Por meio de leitura, releituras e organização em arquivos, os dados foram sendo ordenados e com a leitura flutuante do conjunto de dados, estruturando as partes e relacionando-as, procurando identificar tendências e idéias relevantes. Minayo *et al.* (2000) colocam que a leitura flutuante tem o propósito de encontrar aspectos que se repetem ou que se destacam, procurando, assim, apreender temáticas relevantes.

Dessa forma, a partir da abordagem qualitativa, na perspectiva hermenêutica, fizemos um agrupamento dos dados definidos em quatro grupos temáticos: O cotidiano do cuidar da criança; Conhecimentos práticos e científicos sobre vacinação de crianças; Responsabilidade e obrigatoriedade da vacinação de crianças e Ampliação das práticas de vacinação de crianças.

Este estudo apresenta uma leitura dessas experiências, sem a pretensão de esgotar a discussão, sendo a busca de fontes primárias uma aproximação com a realidade e as experiências de algumas famílias de crianças menores de dois anos.

4. Experiências das famílias sobre a vacinação de crianças menores de 2 anos de idade

Nesta parte do estudo apresentamos o agrupamento dos dados definidos em quatro grupos temáticos: O cotidiano do cuidar da criança; Conhecimentos práticos e científicos sobre vacinação de crianças; Responsabilidade e obrigatoriedade da vacinação de crianças; Ampliação das práticas de vacinação de crianças.

4.1 O cotidiano do cuidar da criança

Primeiramente, apresentamos algumas falas que expressaram os cuidados realizados com as crianças das famílias entrevistadas, no cotidiano de suas vidas.

(mãe) Os cuidados domésticos de perigo dentro de uma casa com as crianças é, principalmente, com o fogão. E mamadeira sempre limpinha, leite sempre bem fervido pras crianças... Quando for cuidar, nunca deixar as crianças com nada na boca porque é perigoso engasgar. Sempre trocar as fraldas na hora certa para não assar... Tem muita coisa... (Família Borges).

(mãe) Quando eu tive meus meninos, eu tive que aprender quase que bem dizer, sozinha! Eu tive a minha primeira menina, solteira. Morava com o meu pai e minha mãe. Só que na época a minha mãe estava meio assim, sabe? Então, eu não tive muita ajuda... Eu sabia alguma coisa, por causa que eu ajudei a minha mãe a criar meus três irmãos mais novos... (Família Gomes).

(mãe) ...eu era babá dos outros. Eu sempre fui pobre, minha família precisava... eu tinha que ficar o dia inteiro lá... Foram mais de dois anos. Aí foi onde eu aprendi. Eu aprendi a trocar ele, dar as coisas pra ele... A gente aprende... (Família Silva).

(pai) A mãe é que cuida mais dele. Porque, assim, ele tem deficiência... A mãe dele teve toxoplasmose na gravidez, só que a gente fizemos todos os exames e não acusou... e quando ele nasceu, passou um mês o Dr. A. foi quem descobriu. É uma doença, que chama microcefalia... No começo foi muito difícil... E na hora que a gente descobriu, foi aquele choque, né? Porque a possibilidade de várias coisas podia acontecer ou não acontecer, de andar ou de não andar... De falar ou não falar, tem tudo isso. Só que a gente tá procurando o melhor jeito possível, pra cada dia que passa pra ele ser mais independente... é tudo mais demorado... Falar, ele ainda não fala, mas já está gesticulando... Tem que incentivar ele.. E eu passei muito, assim, confiar na parte médica. Porque, se eu não confiar, quem vai poder me ajudar? Assim, a não ser Deus, né?... Porque a gente não sabe certinho... (Família Matias).

(mãe) *De fase em fase a gente vai aprendendo. A minha mãe me ajudou, e tinha uma vizinha que morava perto e a minha sogra também me ajudou. Quando eu ganhava neném eu ia direto pra casa da minha sogra. Ficava até o sete dia lá, até cair o imbigio, depois que eu ia embora... Mas, muita coisa eu aprendi depois que eu fiz um curso de gestante na (UBS) C. Vai médico, ginecologista e pediatra participar do curso, e eles dão muita dica pra gente... tipo o imbigio que eu tinha medo... Ele falou assim: ...antigamente punha fumo, punha aquela coiserada no imbigio do menino, aí infeccionava e acabava morrendo de tétano. E, muita gente falava que era o mal de sete dias... E não existe isso, né? E daí que eu passei a acreditar, porque eu também acreditava até no segundo filho. ...é o cuidado com o imbigio, eu aprendi. E aprendi muita coisa também (Família Almeida).*

(mãe) *Da minha primeira menina eu aprendi a ferver a água pra dar banho. Agora, da minha segunda menina, já aprendi que não era necessário, podia pegar do chuveiro quando tiver bem quentinho. Então, foi assim, o que eu não aprendi na primeira, eu aprendi da segunda. Foi muito bom eu ter feito o curso das duas....A gente sempre vai aprendendo... (Família Neves).*

Depreende-se nessas falas o movimento de construção dos cuidados dispensados às crianças no dia-a-dia das famílias.

As fontes de informação sobre os cuidados realizados com as crianças apresentaram-se sob duas vertentes: o conhecimento científico e o conhecimento prático. Essas duas vertentes de conhecimento parecem ser a base para tomada de decisão para o cuidado. O conhecimento científico foi adquirido nas relações com os profissionais de saúde, nos momentos das consultas ao pediatra e na participação em grupos de gestantes promovidos pelas unidades básicas de saúde. O conhecimento prático sobre os cuidados foi sendo construído no contexto da família, a partir da própria vivência, simultaneamente, à construção dos papéis de mãe e pai. As experiências anteriores de cuidados com os irmãos mais novos, com o trabalho de babá, com as orientações e apoio de familiares e vizinhos, à percepção das mudanças na forma do cuidar, como condicionantes do cuidar cotidiano dos filhos. Observa-se o caráter relacional na construção dos cuidados com as crianças, seja no contexto familiar ou nas relações com os serviços de saúde.

O ato de cuidar dos filhos constituiu-se na construção do papel de pai e mãe, que pareceu não se encerrar com o primeiro filho. As experiências, mais ou menos expressivas nos cuidados com o segundo filho, estiveram presentes nas falas das famílias entrevistadas.

(mãe) Com a K. eu era um pouco inexperiente. Eu tive ela com dezoito anos. Agora da L., eu estou me saindo muito bem. Muito bem, mesmo! Eu nem tenho que pedir nada pra minha mãe, nada, nada... (Família Derruci).

(mãe) Eu tive ela com 18. Eu já era casada. Eu casei com 15 anos... Só que ela, a minha mãe me ajudou... Mas depois, o outro eu fiquei o resguardo na casa da minha sogra. Ela curou o umbigo, depois eu vim pra casa e tomei conta deles... hoje eu fico com eles aqui mesmo, no meio de nós. Eu fico junto deles o dia inteiro... porque deixar pra outros olhar, a gente fica com medo, né? Aí é bom que fica aqui comigo... Ele não é muito de ficar doente... ele é muito saudável. Não me dá trabalho, nenhum...(Família Xavier).

(mãe) Quando eu tive o primeiro menino, eu ia fazer 16 anos... como eu era solteira eu sofri bastante. Porque eu fiquei muito nervosa, eu não queria aceitar... Mas sempre minha mãe que cuidou dele... Eu tinha bronquite asmática, porque eu trabalhava na fábrica... e era tudo fechado. Eu não podia ficar fechada. Aí a bronquite piorava... mas depois eu saí e a C. veio saudável, graças a Deus. Eu também tive mais saúde. A gente foi mais feliz... Aí, depois é a T., e esse aqui é o meu filhotinho... Mas está bom, eu tenho saúde... não tenho preguiça de cuidar deles, não. Eu gosto. Desde criança, eu gosto... eu não cuidei do meu primeiro, mas os outros como eu já tinha trabalhado de babá, eu já sabia tudo! (Família Silva).

(mãe) Agora, os últimos 3 filhos, não! Eu já saía do hospital e ia embora pra casa, porque eu já sabia cuidar... (Família Almeida).

Os relatos das experiências práticas em cuidar da saúde dos filhos foram diferentes entre o primeiro filho e os demais filhos. De certo modo, o desempenho nos cuidados com o recém-nascido possibilitou o movimento de compreensão de uma nova identidade, o papel de pai e mãe. No primeiro, em um contexto relatado como inexperiente, especialmente para as mães, as famílias expressaram os seguintes aspectos: a mãe ser muito jovem ou ter problemas de saúde; a necessidade de ajuda das avós (materna e paterna); o estado civil solteira; a rejeição e o sofrimento com a gravidez indesejada.

Com efeito, a inexperiência relatada com o primeiro filho limitou as ações de cuidado e dependência aos familiares. Com o segundo filho, o contexto mais vivenciado, converteu-se

em experiência. Algumas mães, sentindo relativa segurança, não recorreram à ajuda das avós das crianças. Elas ganharam um novo horizonte, dentro do qual expressaram, como sujeitos responsáveis pela experiência adquirida, confiança em suas ações e diferentes sentimentos *...estou me saindo muito bem...*(Família Derruci), *...a gente foi mais feliz...*(Família Silva).

Principalmente após o nascimento dos filhos, observamos nos relatos das famílias, um movimento de transformação, de mudanças de papéis e de aquisição de identidades. Segundo Ayres (2004a), dada à plasticidade da matéria de nossa existência torna-se possível a contínua recriação do ser vivente.

Viver o papel de pai, de mãe ou de trabalhador que cuida de criança (babá) pareceu trazer realização pessoal quando expressaram satisfação e autonomia, ao perceberem que, experientes, não dependeriam mais do apoio de familiares. Não se pode perder de vista que a ajuda e apoio dos familiares nos cuidados com o recém-nascido atenderam às necessidades emergentes.

A criança pequena depende do estabelecimento de relações afetivas mantidas pelos familiares ou por outra pessoa, para se estruturarem como sujeito e construir identidades (VICTORA *et al.*, 1988) e para que o seu processo de crescimento e desenvolvimento se expresse com potencialidade. Ao mesmo tempo, que os cuidados preventivos, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o controle de enfermidades infantis, a orientação alimentar e a vacinação são particularmente relevantes nos primeiros anos de vida (MONTEIRO *et al.*, 2000), constituem importantes aspectos para a promoção de boas condições de saúde na infância (WHO, 1996). A qualidade desses cuidados é destacada entre os fatores extrínsecos como fundamental para o bom crescimento e desenvolvimento humano (BRASIL, 2002).

Nos cuidados rotineiros com as crianças, as famílias expressaram a realização de tarefas e o compromisso em assumir responsabilidades.

(mãe) *Eu dou o almoço, na hora certa, né? As duas ainda mamam (risos), é uma mamadeira de manhã e uma depois do almoço, pra uma dormir. Quem dorme é só a pequinininha, a outra não dorme. Dou banho. É eu que dou o banho, né? Assim, cuido muito bem da higiene delas. A minha mais velha vai no banheiro sozinha, só que quem limpa ela é eu. Banho nela, também, é eu que dou. Roupa delas é limpinha. É usada, assim, eu ganho usada, mas é limpinha, passadinha... Eu não trabalho fora por causa disso, porque elas é pequenininha. Eu costuro sapato em casa. Eu cuido delas, da casa e ainda arrumo tempo pra costurar um pouquinho. Sempre que elas precisa brincar, eu paro pra brincar com elas, porque isso é muito importante, também, né? Porque eu fiz curso de gestante, então, eu aprendi que a gente nunca deve deixar os filhos por causa do serviço. Elas têm que estar sempre em primeiro lugar. Sempre tem que ter um tempinho pros filhos. Então, eu brinco bastante com elas, converso bastante (Família Neves).*

(mãe)... *Ele nasceu prematuro de sete meses... come de tudo que dá pra ele... Onze horas da noite, mais ou menos, é que ele vai dormir, e ranheta a noite inteira... De manhã ele gosta de uma papinha de bolacha, e eu dou na hora que ele acorda. Mais tarde, eu dou o almoço. À tarde, eu dou uma fruta, uma maçã raspada, essas coisas. Aí, eu dou a janta. Ele mama bastante, mas é à noite. E de manhã, que ele acorda, assim, cinco, cinco e meia ele já tá de pé, já. Aí, eu dou uma mamadeira, e lá pras oito, oito e meia eu dou a papinha de bolacha. É essa a rotina... Amamenteei até dez meses... É, eu dei bastante tempo pra ele. Eu achei que eu não ia ter... mas foi assim, tudo bem... Se nasceu, tem que cuidar, uai... tem que fazer tudo isso aí que eu falei e muito mais, até ficar grande... (Família Rosa).*

(mãe) *Eu dou de 3 até 4 banhos por dia no menorzinho, porque nos grandes é mais complicado. Eles correm do banheiro. Tem a mamadeira na hora certa, a papinha na hora certa. (pai) Trocar as fraldas sempre que precisar... rapidinho... Agora, a mamadeira, ele gosta do leite bem espertinho. Nós temos, por exemplo, o G. de 4 anos... a gente tem que ficar de olho, porque o jeito que ele chega no neném é até perigoso dele machucar. A gente toma muito cuidado com isso. Quanto à segurança, quando colocamos ele em cima da cama, por exemplo, a gente está sempre ali em volta pra que, às vezes, com 7 meses, já começa, a ficar espertinho, a mexer. E, às vezes, vai e vira de bruço... Ah! dormir, né? Sempre colocar de lado, ou então de bruços. Eu sempre tive esse cuidado. Eu até coloco alguma coisinha, um pano, enquanto eles são pequeninhos, pra ele não virar... Ah! sempre que vai sair à noite, sempre que está frio, tem que tampar o ouvido. Porque criança que está com dor de ouvido, ninguém dorme. (Família Tavares).*

(mãe) *Ah! eu tenho muito cuidado com ele. Dou banho na hora certa, papinha... Eu tenho muito cuidado, porque ele tem alergia. Não pode tá usando lencinho umedecido. Tem que dar banho, enxugar ele com a toalha, com a fraldinha. Usar pomada de alergia direto... Então, tem que ter o maior cuidado porque racha a orelhinha, se deixar de enxugar, pescoço, cabecinha, tudo, sabe? Qualquer coisinha dá alergia no M... eu tenho que evitar tudo o que dá alergia... Igual, fralda, não é qualquer uma... Um monte de cuidados com ele... O parto foi difícil... eu tive parto normal. Amamenteei até sete meses*

*e meio... Comecei a dar mamadeira e num instantinho ele largou do peito...
Aí, eu passei a dar mamadeira, leite com Mucilon..., papinha, na hora certa,
o leite, água, suquinho de cenoura, beterraba. Eu dou as coisas pra ele, né?
Porque tem que dar as coisas que têm vitamina, né? Na papinha tem couve,
tudo o que a pediatra falou... É o dia inteiro cuidando de menino! (Família
Pereira).*

O relato das tarefas executadas no domicílio referiu-se ao atendimento às necessidades de cuidados das crianças, como higiene, alimentação, amamentação, rotina de horários, vestuário, sono, dedicação exclusiva, lazer, segurança, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e cuidados com a prevenção de doenças provocadas pelo frio e com doenças do tipo alérgicas, delimitando um conjunto de atividades diversas. Essas ações implicaram em um conjunto de atividades relacionadas às necessidades vitais das crianças, que por sua vez, sugere uma aproximação com os cuidados médicos.

Historicamente, a gênese do cuidado de si e suas implicações do ponto de vista biopolítico são anteriores ao capitalismo e à moral burguesa, embora nesses contextos possa ter assumido importância particular. Desenvolveu-se como um aperfeiçoamento da alma com auxílio da razão para que se possa levar a melhor vida. O ocupar-se consigo, na cultura grega, tinha a conotação de privilégio de alguns, uma dádiva. Mas não se cuidar era sucumbir, e para não sucumbir era preciso conhecer a verdade. O cuidado de si constituiu-se, então, simultaneamente, um atributo e uma necessidade. Esses preceitos desdobraram-se para além do caráter doutrinatório, não apenas como preocupação, mas como um conjunto de ocupações, um labor (AYRES, 2004a).

Se por um lado, o cuidado com a criança é apresentado como uma responsabilidade inerente à família, percebe-se que o mesmo apareceu como trabalhoso, árduo, dispendioso em tempo. Esses aspectos também já foram abordados em outros estudos (FRANCESCHINI, 2005; MELLO, 1998), enfatizando os desafios das mães no dia-a-dia e a importância do papel dos profissionais da saúde em dar apoio, compreender e acolher a mãe/família nessas situações.

As práticas de cuidado à criança expressas nas falas das famílias estenderam-se para além do espaço domiciliar, ao se referirem à assistência médica às crianças.

(mãe) *O pediatra dela é o Dr. B, como se diz é um paizão pra ela. Oh! qualquer coisinha eu levo ela, é muito bom. A gente é bem atendida. O pediatra é aquele que gosta de saber de tudo... Eu gosto de levar ela no (N)UBS mesmo ela não tendo nenhum problema, eu gosto de levar todo mês no pediatra pra ver... Até o pediatra brincou comigo: já que é pertinho, fica com ela aqui. Então, a gente tem que cuidar certinho (Família Jales).*

(mãe)... *qualquer coisa eu vou lá (UBS) e já guardo vaga (Família Derruci).*

(mãe) *Ele é muito esperto. Só que ele é custoso pra dormir... Eu não sei o que ele tem. Eu levo ele no Dr. C. ele falou: ...mas ele é uma criança saudável. Eu levo direto pra ele ver. Levo quando ele está com gripe, essas coisas. O único problema que ele deu foi que ele começou... a vomitar, e eu só dava o peito nessa época. Ele só amamentava e eu peguei e corri com ele... Ai, deu a injeção de Plasil, para cortar o vômito e deu o soro caseiro... Eu dei pra ele. Foi a única coisa... (Família Rosa).*

(pai) *Agora, por exemplo, nota que está com uma febre, estado febril, já corre e vai lá no (N)UBS, ou no (Pronto Socorro Infantil) Janjão, já procura ver. A R[mãe], às vezes, eu até fico bravo com ela, porque qualquer coisinha ela quer levar no médico. Mas, é necessário. A gente sabe, e eu acho que ela está certa...(Família Tavares).*

(mãe) *Médico, sempre que precisa, eu levo no Dr M. Estava trazendo de mês em mês, porque a minha menina é de baixo peso. Agora o doutor disse que não precisa mais de trazer de mês em mês. Mas, sempre que fica doente, eu procuro correr, não fico esperando. Porque as duas já deu começo de pneumonia, então eu procuro correr quando eu vejo que tem algo errado... (Família Neves).*

(mãe) *Ele é um foguinho! Tem dois dentro (dele)... Eu dou os remédios na hora certinha. A única coisa, assim, dele, que ele tem muito é dor de ouvido. Eu sempre levo ele no médico. Ele fala, que ele está com o ouvido limpinho, que não é infecção, mas fica bem vermelho a orelhinha dele. Ai, eu coloco remédio e passa o choro. Não sei se o organismo dele acostumou?...Quando ele está bem, não tem febre, assim, eu deixo passar um pouquinho, mas eu levo sim. Eu sempre levo... quando é garganta, porque não sai o catarro, fica tampado. Ai, dá muito trabalho. Tem que dar remédio direitinho, antibiótico. Lá no (N)UBS, que eu lembre agora, além das consultas é só! (Família Oliveira).*

(mãe) *Eu levo de mês em mês, eu sempre levo os dois. Quando eu marco (agendamento na UBS), eu sempre marco pros dois, eu levo os dois juntos. Eu venho. Eu trago. Faço todos os cuidados. Remédios, eu sempre que dou... E, quando também tem abuso sexual com algum menor, tem o*

Conselho Tutelar, também. São os cuidados que a gente tem que ter, ainda mais com a filha menina, mulher... Tem a educação... a escola... (Família Elias).

(mãe) É bom acompanhar também, não é? Eu acho importante. Quem, eu to parada, tenho condição de ir, é perto da minha casa, então eu vou. É muito bom eu estar acompanhando, quer dizer, vai fazer o bem pra ele estar acompanhando. Então pra quê que eu não vou, né? É muito bom. Igual, eu não tenho convênio, então é muito bom estar acompanhando... A gente não teve oportunidade, agora tem a oportunidade, então a gente tem que estar levando, pra gente ter o melhor, né? (Família Pereira).

Aspectos do acesso aos serviços de saúde permearam as falas e o profissional médico foi lembrado como ator (praticamente único) da assistência à saúde da criança. Depreende-se a formação de vínculos com o profissional médico, pois fora considerado a referência quando a criança não está bem. Esses depoimentos sugerem que o médico tenha proporcionado respostas às necessidades apresentadas. As motivações que levaram à procura dos serviços variaram desde queixas clínicas, como febre, gripe, pneumonia, otite, dor de garganta, presença de secreção nasal, baixo peso, à percepção de que tinham algo errado com a criança apresentando algum sinal ou não. Também houve a busca pela consulta médica para o seguimento de puericultura.

Outras instituições envolvidas nos cuidados com as crianças foram lembradas: o Conselho Tutelar, como recurso de atendimento aos casos de violência sexual quando as vítimas são crianças e a Escola, como local de educação.

Conforme apresentado na introdução a esse trabalho, o MS, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança marcou uma diretriz política no sentido de expansão e consolidação da rede de serviços básicos, preconizou a estratégia da assistência integral, a integração entre as diferentes instituições envolvidas na prestação da assistência à saúde (BRASIL, 1984). Com o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento infantil como referenciais para as atividades de atenção à criança, seria possível identificar os fatores de

risco tanto do ponto de vista orgânico como nos aspectos relacionais com a família (BRASIL, 2002).

A convivência cotidiana nos serviços de saúde em função da sucessão de retornos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, em geral, permite o estabelecimento de relações entre famílias e trabalhadores de saúde. De certa forma, as famílias percebem ao longo do tempo o quê esperar daquele serviço de saúde, assim como vão se conhecendo. As relações entre as famílias e trabalhadores de saúde poderão facilitar ou dificultar a busca para o atendimento às necessidades nos serviços de saúde, em geral, dependerá da capacidade da equipe em lidar com as necessidades emergentes da população.

Particularmente no Brasil, o conjunto específico das demandas relacionadas às ações clínicas apóia-se em técnicas diagnósticas e terapêuticas de menor uso de equipamentos, mas, em contrapartida, exigem para sua adequada compreensão e efetiva transformação, sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas. Os requisitos de uma unidade básica de saúde em sua forma de assistência deveriam ser de alta capacidade resolutiva e, ao mesmo tempo, alta sensibilidade diagnóstica, para atuar corretamente nas demandas primárias e propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Para as famílias deste estudo, observamos que o acesso aos serviços de saúde foi preservado. As famílias entrevistadas relataram aspectos acerca da resolução dos problemas pelo serviço público de saúde, entretanto, o seu alcance ficou restrito à consulta médica com o pediatra e à terapêutica medicamentosa, embora, seja possível, e esperada, a participação de outros profissionais na promoção de práticas de saúde.

4.2 Conhecimentos práticos e científicos sobre vacinação de crianças

Espontaneamente, a vacinação não foi lembrada entre os cuidados familiares dispensados às crianças. O cuidado com a vacinação não esteve na agenda dos entrevistados, pois só foi abordado após questionamento específico, por parte da pesquisadora.

Em resposta à questão de como aprenderam sobre as vacinas, destacamos as fontes desse conhecimento.

(mãe) *Então, eu fiz o curso da minha menina, e lá eles explica, né? Porque até, então, eu não sabia... eles falam muito das vacinas, do pediatra, que tem que tá sempre levando, né? Então, foi assim que eu aprendi... com a minha segunda menina, eu, também, fiz o curso. Eu falo, às vezes, tem coisa que a gente ainda não aprendeu, e sempre é bom estar aprendendo* (Família Neves).

(pai) *As minhas de pequeno eu tomava certo também... Até as de quinze anos. Tem a vacina da febre amarela, também, sempre que precisar tomar eu tomo. Eu tenho tomado porque um dia disseram tem que tomar, então tem que tomar, né? Porque, se deixar é perigoso. (mãe) Em questão de vacina eu acho certo tomar vacina. Por causa que, nós tem a M. de 11 anos, quando ela tinha 2 anos ela teve hepatite. E na época que deu hepatite não tinha vacina... ela ficou muito ruim, foi pra UTI. Então, hoje eu vejo, se tivesse vacina ela não tinha ficado como ela ficou. A gente sofreu muito naquela época por causa da hepatite... Até eu mesmo, eu não gosto. Quando eu tive o Jéferson, eu tomei, acho que tinha que tomar uma de rubéola? Não sei. A mãe tinha que tomar no dia do BCG, então, eu tomei... Enfrentei, por causa dele. Enfrentei, assim, por causa dos meus filhos, sabe? Por que por mim mesmo... Nossa. Eu tenho pavor. Pavor de tomar injeção.... eu não gosto, mas pelos meus filhos eu faço qualquer coisa* (Família Gomes).

(mãe) *Bom o primeiro foi minha mãe que cuidava pra eu trabalhar, eu ajudava um pouco... mas como eu já tinha trabalhado de babá, eu já sabia tudo!... eu aprendi a dar banho, a trocar fralda, a fazer papinha pra eles, aprendi quando ficava doente a dar remédio, aprendi a dar mamadeira, aprendi das vacinas...* (Família Silva).

(mãe) *Então, desde a maternidade eles já orientam, né? Assim, que eles levam o nenê no quarto eles já falam, sobre a primeira vacina que ele tomou e já orientam da próxima. E, assim, no (N)UBS elas vão orientando. Pra gente não estar esquecendo. Estar sempre lembrando. Nas consultas, também, estão sempre lembrando a gente. Avisam que tem vacina, então não dá pra esquecer* (Família Hantaro).

(mãe)...*A vacina é importante, né? Bom é o que vocês falam, principalmente a madrinha E. (técnica em enfermagem), ela sempre me falou:*

tem que dar a vacina na época certa pra não dar problema, e que é muito importante. Tipo assim, se não der a vacina é muito perigoso né? A paralisia infantil, o tétano... (Família Elias)

Na medida em que as experiências dos pais com o primeiro filho, com a utilização dos serviços de saúde e com a própria história de vida foram relatadas, apreendemos a diversidade das fontes do conhecimento relacionado à vacinação. No âmbito familiar, foi citada a infância dos pais, o trabalho de babá, os familiares, a vivência no papel de pais cuidando do primeiro filho e a experiência em ter tido filho que adoeceu por uma doença imunoprevenível. Nos serviços de saúde, o conhecimento relacionado à vacinação foi oportunizado durante a programação dos cursos de gestantes, nas consultas médicas ao pediatra, com o profissional de saúde, na maternidade e por ocasião da primeira vacina contra a Hepatite-B realizada nas primeiras doze horas de vida.

Especificamente, aspectos relacionados ao Cartão de Vacinas estiveram presentes nas falas dos entrevistados.

(pai) Ah! desde que a criança nasce, já sai do hospital, já sai com aquela papelada, com o registro, com os dias pra levar no (N)UBS pra fazer o teste do pezinho. (mãe) E ali, no (N)UBS, o pessoal, mesmo, já vai orientando a gente. (pai) Já dão o cartãozinho, já está tudo marcado o dia que você tem que levar de novo. Não tem como, é só ir (Família Tavares).

(mãe)... Quando eu ganhei ele, eles me deram um cartãozinho e eu falei: Ah! vou vacinar o meu filho, porque é melhor pro meu filho... O cartão fala pra vacinar... (Família Pereira).

(mãe)...no (N)UBS, mesmo, eles explicam, dão o cartãozinho. Marca a data, põe no cartãozinho. Ai a gente olha e leva (Família Xavier).

(pai) Ele (o filho) tomou todas as que têm que dar. Vamos supor, eu não entendo muito, porque quem acompanha mais é a mãe dele. Mas todas estão marcadas no caderninho dele, o dia, a gente procura marcar no guarda-roupa, na folhinha pregada pra quando chegar o dia levar. Faz tudo o que tiver que fazer... As dele não atrasou, porque a gente tem, assim, um cuidado especial. Igual, eu não sei se ele não tivesse nada, se a gente preocupava tanto com ele assim. Só que a gente procura fazer de tudo pra ele... e a gente está procurando o de melhor pra ele a cada dia que passa... (Família Matias)

Entre os impressos que as mães recebem da maternidade por ocasião da alta, está presente o Cartão de Vacinas da criança. Esse documento, nos serviços de saúde, é utilizado para o controle do esquema vacinal de rotina da criança, pois possibilita o conhecimento das doses e dos lotes das vacinas aplicadas, o serviço de saúde e o trabalhador que realizou a vacinação e os próximos retornos vacinais.

Apreendemos que a utilização e a posse do Cartão de Vacinas pelas famílias pareceram auxiliar é um instrumento não só de lembrança dos retornos vacinais para o acompanhamento das crianças, mas, também, como uma garantia do direito à vacinação disponibilizada nos serviços de saúde. Percebemos, também, que todas as informações fornecidas chamaram à responsabilização e ao compromisso dos pais quanto aos cuidados com a vacinação.

A responsabilização dos pais com a vacinação dos filhos, vinculada à posse do documento que registra as vacinas recebidas, foi apontada na literatura, em vários estudos. A posse e apresentação do comprovante de vacinação dos filhos no momento da coleta de dados em pesquisas científicas foram altamente associadas com esquemas atualizados de vacinação (BRUGA; KEVANY, 1995; KLJAKOVIC; Mc LEOD, 1997; SZILAGYI *et al.*, 1997; SULLIVAN *et al.*, 1998).

A Lei 6259/75, regulamentada pelo Decreto nº 78.231/76, ainda vigente, institucionaliza o PNI e define que as vacinas obrigatórias serão praticadas de modo sistemático e gratuito, e asseguradas pelo Ministério da Saúde a toda população. Mas, as equipes de saúde precisam contar com o apoio e participação da população (BRASIL, 2001). Todavia, essa proposição não diminuiu a possibilidade de se identificar limites da assistência, na execução das ações do Programa Nacional de Imunização – PNI.

Pelos depoimentos colhidos, depreendemos que, no momento da vacinação, no ato de vacinar, as orientações foram sintetizadas no Cartão de Vacinas, com o agendamento. Não

houve relatos sobre orientações quanto à importância da vacinação, tampouco sobre qual vacina as crianças acabaram receberam ou receberiam futuramente.

Em consonância ao discurso oficial sobre Imunização na infância, que recomenda o apoio e participação da população, acreditamos ser de extrema relevância que o encontro das famílias com o profissional de enfermagem na sala de vacina seja um encontro terapêutico, permeado da compreensão ampliada da tecnologia de cuidado à saúde. Com ênfase não apenas na aplicação de conhecimentos científicos, não é apenas como um modo de fazer, mas voltada para a interação entre os sujeitos.

Nas falas a seguir, aparecem aspectos sobre a vacinação associando à prevenção contra doenças, que exprimem a consciência dos familiares sobre o seu dever nesta ação, bem como sobre a obrigatoriedade da mesma.

(mãe) ... porque hoje evitam tanta doença, né? Tanta coisa que dá pra prevenir. É a melhor coisa que a gente faz... (Família Hantaro).

(mãe) Previne, é bom pra nunca pegar as doenças, né? (Família Leme).

(mãe) (vacina) Ah, eu acho bom! Eu tenho o outro, né. Foi tudo bem, não teve nada. Tomar vacina diretinho previne de muita coisa, assim... evita tudo! Tem que fazer, né? (Família Oliveira).

(mãe) A gente é obrigada a vacinar. A mãe é obrigada a vacinar o filho. Faz bem pra ele... Quer dizer ninguém me obrigou, eu acho que é obrigação das mães, entendeu? Já nasce o filho, eles já dão o cartãozinho pra gente... Pra não dar doença, ainda ajuda muita coisa... Então, a gente que quer prevenir doença... A gente, as mães, eu acho assim, que tem que vacinar... Porque a gente vê tanto caso... eles falam que não tinha antigamente vacina, e as pessoas ficou com paralisia infantil, problema na perna, no braço. Às vezes, porque não tinha vacina. Então, eu conheço gente que, às vezes, foi por causa que não vacinou. Agora, hoje, as vacina veio pra evitar essas coisas. Tem a febre amarela, de gripe... eu acreditei por causa disso... dos cartazes. E o remorso depois?... (Família Pereira)

(mãe) Hoje eu vejo, se tivesse a vacina da hepatite, ela (filha) não teria ficado tão ruim do jeito que ela ficou. Hoje em dia elas já tomaram, mas quando tem, que precisa tomar, a gente obriga elas a tomar, por causa que se der alguma coisa nelas elas já estão prevenidas com as vacinas (Família Gomes).

(mãe) *A vacina é muito preocupante. Eu tive um dia que eu fui pra fazenda... passear e esqueci da vacina... tinha a vacina da campanha... já tava de tarde quando eu lembrei: Será que se amanhã eu for lá no (N)UBS eles fazem a vacina? E naquele, será? Será? Eu fiquei a noite inteirinha acordada, pensando, pro outro dia eu vir embora. Aí, quando foi no outro dia, eu morrendo de medo, aquele medo da paralisia infantil, né? Porque já pensou uma criança minha der uma paralisia infantil? Curpa minha, né? Mãe, responsável por aquela criança e eu não levei pra tomar vacina... ah! mas aquela noite, eu não dormi. Aí, quando foi no outro dia eu vim embora. Fui no (N)UBS dar a vacina. Aí, a moça falou pra mim: Você deu esse mês, não precisa, mas vem aqui, vamos tomar de novo a gotinha. É muito preocupante. As mães têm que preocupar com isso...(Família Almeida).*

(mãe) *Eu acho, assim, que tem que levar, né? Porque gera doença, né? E com a vacina evita, então, antes prevenir do que depois ter que cuidar. Eu acho importante (Família Xavier).*

Atribuíram à vacina, um bom cuidado, com capacidade de proteger as crianças de ...tanta coisa... (Família Hantaro), e de ...nunca pegar as doenças... (Família Leme), mas com uma condição, se ...tomar diretinho (Família Oliveira) todas as doses recomendadas e no prazo estabelecido no calendário de vacinação vigente. O sentido da obrigatoriedade apareceu associado ao temor ao adoecimento da criança. O ato de protegê-la com a vacinação trouxe para a superfície o conflito, que emergiu no caráter imposto ou não da obrigatoriedade em vacinar. A obrigatoriedade presente na fala das famílias foi demarcada sob diferentes aspectos, em uma foi percebida através dos impressos dos serviços de saúde, na outra, edificada na sabedoria prática, nas possíveis seqüelas instaladas nas crianças que não foram vacinadas. A prevenção, nos relatos, apareceu como um ato responsável nos cuidados familiares com as crianças, especialmente na relação mãe-filho.

Neste estudo, algumas famílias com crianças em atraso vacinal também foram entrevistadas. De acordo com diretrizes programáticas da vacinação, a falta à vacinação é considerada um indicador de risco. E, em se tratando da vacinação, risco individual (adoecimento da criança) e coletivo (rompe e/ou enfraquece a barreira de proteção contra

determinada doença), colocando-a em situação de vulnerabilidade ao adoecimento pela não proteção conferida pela vacinação, além de envolver aspectos relacionados à família.

Entretanto, nos dias das entrevistas, as crianças que participaram deste estudo apresentaram diferentes situações vacinais. Quatorze delas estavam com as vacinas atualizadas no dia da entrevista, e cinco ainda permaneciam em atraso vacinal, de acordo com os relatos.

Em contraponto, quando a vacinação não aconteceu, por esquecimento dos familiares, os sentimentos de culpa, medo e remorso foram vivenciados e narrados pelas mães. Sugerem a percepção da família sobre a vulnerabilidade de suas crianças ao adoecimento, em função da não vacinação no dia da campanha, nos horários estipulados pelos serviços ou no dia do retorno agendado. Proporcionar espaços para o reconhecimento desses valores ora expressos ou não pelas famílias, poderia trazer importantes contribuições para compreendermos o modo como chegam até o serviço de saúde e buscam o atendimento às suas necessidades.

A eficácia da vacinação, em outros termos, também, foi evidenciada na capacidade em abrandar as doenças imunopreveníveis. Por definição, a eficácia vacinal é o grau de proteção contra uma determinada infecção conferida pela vacina. É expresso como porcentagem de vacinados que tenham recebido todas as doses recomendadas para uma proteção total contra determinada infecção (OPAS, 2005). Esse percentual está relacionado às características epidemiológicas de cada doença e preconiza-se que precisam ser alcançados e mantidos de forma homogênea dentro de cada unidade geográfica, a fim de que a vacinação resulte em impacto sobre a situação da doença ou agravo objeto de controle. Os índices recomendados pelo PNI, para crianças de 0 a 5 anos, são: 90% para o BCG e tetravalente, 95% para a vacina contra hepatite-B, contra a poliomielite e tríplice viral e 100% para a vacina contra a febre amarela. Para os menores de um ano, especialmente, a meta operacional básica é vacinar 100%, com todas as vacinas indicadas para o primeiro ano de vida (BRASIL, 2001).

O calendário de vacinação vigente no município de estudo é o preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Baseado nas condições epidemiológicas e operacionais do Estado de São Paulo, a Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações e o Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE “Prof. Alexandre Vranjac” publicaram a Norma Técnica para o Programa Estadual de Imunização. As orientações preconizadas e, principalmente, o calendário vacinal aplica-se à situação específica do Estado de São Paulo, onde permitem a complementação do esquema básico do PNI, do MS (SÃO PAULO, 2000).

Nas falas a seguir, apareceram aspectos sobre os retornos do calendário de vacinação de rotina e as campanhas de vacinação.

(mãe) Eu trago tudo em dia. Se eu não levo de manhã, eu levo de tarde...(Família Leme).

(pai) A gente também participa, as vacinas, no período certinho, não falta nenhuma. Sempre quando tinha vacina nós vinha... Nas campanhas, também. A gente não deixa...Porque deixar assim é perigoso. A gente tem que vim assim certinho, pra não ter problema nenhum (Família Gomes)

(mãe) Está tudo em dia. Até as de campanha, agora parece que tem uma. Não! Espaço agora, né? Nas campanhas eu levo mesmo, não deixo de levar, não perdi uma!... a L. é uma criança normal. Eu tive eclampsia na hora do parto, ela não tem seqüela nenhuma. Graças a Deus eu também não tive... E eu achava assim, por ela ter demorado a nascer, que ela ia nascer uma criança, assim, boba... que ela ia ter alguma seqüela... e (a gente) seguiu certinho nos retornos (Família Jales).

(mãe) Estão em dia, eu não deixo atrasar. As vacinas delas é em dia. Campanha, também, eu não falto uma, e eu moro longe... eu venho, sempre. Às vezes, eu chego até mais cedo do horário da vacinas, e elas dão antes, né? Devido ao lugar que eu moro... Então, está tudo em dia as vacinas, as campanhas.... Eu acho muito bom! É bom, porque, assim, quando a gente ganha neném, tem aquele exame do pézinho, né? Eu acho muito importante fazer, porque vem doença que, às vezes, a gente nem espera... Então é muito importante, a vacina também. Dói. Dá dó, mas é importante. Muito importante estar com as vacinas das crianças em dia (Família Neves).

(mãe) Eu levo pra vacinar lá (na UBS)... Ele toma aqui, também, quando é de campanha, eles dão aqui no Centro Comunitário do bairro. Ai eu levo, porque é mais pertinho. Ai ele tem tomado. Até na escola eles também

dão. Ele tem tomado todas... o local é facinho... é aqui (apontou), na rua de baixo (Família Xavier).

(mãe) ...Atrasou porque eu tenho dó do menino, e depois ele fica muito enjoado e eu não tenho ninguém pra deixar ele, se eu precisar de sair. A minha mãe trabalha e a minha irmã não olha nem os meninos dela e, também, ele fica muito doente. O C. tem bronquite, ele sempre tem que tomar remédio... Não adianta elas me mandar aquelas cartinhas, não dá pra levar. Eu levo nas campanhas. A da M. já não manda mais... (Família Fanan).

A preocupação das famílias relativa ao estar em dia, com a aplicação de todas as doses de vacinas preconizadas pelo calendário de vacinação vigente, pareceu assegurar a prevenção contra as doenças imunopreveníveis.

Devido à distância do local de moradia e a dificuldade em chegar até o serviço, as famílias entrevistadas reconheceram a atitude dos trabalhadores de saúde em atendê-las fora do horário estabelecido. Nesses casos, o acesso e o atendimento foram assegurados pela flexibilização proporcionada por aqueles trabalhadores de saúde. Esse aspecto fez o diferencial na assistência, privilegiando os relacionamentos da família com o serviço e o acolhimento. A plasticidade na organização dos serviços potencializou a vacinação de crianças.

Na literatura, todavia, a associação entre maior cobertura vacinal e residência próxima aos locais de vacinação foi encontrada em estudos de cobertura vacinal. Também apresentou diferenças as crianças moradoras da zona rural, quando comparadas às crianças da zona urbana, apresentaram baixas coberturas vacinais. Vários estudos apontaram, como causa em que populações que não conseguiram utilizar adequadamente os serviços de saúde, a dificuldade ou falta de acesso ao serviço de saúde e transporte, (BARLOW, DIOP, 1995; BHUIYA *et al.*, 1995; FEDER *et al.*, 1993; HELLERSTEDT *et al.*, 1999; HENNESSEY *et al.*, 2000; HULL *et al.*, 2001; JAMIL *et al.*, 1999; KUM-NJI *et al.*, 1995; LI, TAYLOR, 1993; LIU *et al.*, 2002; PATERSON *et al.*, 2004; PEBLEY *et al.*, 1996; SZILAGYI *et al.*, 1993; TUGUMISIRIZE *et al.*, 2002; UGHADE *et al.*, 2000).

A partir das entrevistas, apreendemos que a estratégia das campanhas de vacinação foi considerada uma prática de saúde estruturada em torno de uma base comum: o local (fácil acesso), boa divulgação e um dia pra vacinar (horário ampliado). De certa forma, as famílias não perceberam que o comparecimento para a vacinação das crianças apenas nos dias de campanhas vacinais, e não nos retornos agendados da vacinação de rotina, possa comprometer a imunização das crianças. Talvez por não compreenderem que as campanhas são complementares ao esquema vacinal de rotina.

As campanhas de vacinação são estratégias que visam o controle de doenças de maneira intensiva ou a extensão da cobertura vacinal para complementação do serviço de rotina (SÃO PAULO, 1998). É uma estratégia com abrangência limitada no tempo. O alto custo, a intensa mobilização da comunidade, e, também, a ampliação do número de postos faz com que a população fique mais próxima da vacina, possibilitando o alcance de maiores contingentes. É esperado que a oportunidade da campanha seja aproveitada para a administração de todas as vacinas, iniciando ou completando o esquema de vacinação estabelecido (BRASIL, 2001). A saber, a vacinação de rotina das crianças até cinco anos do calendário vigente, no município de estudo, consta de oito agendamentos, sendo preconizado duas campanhas anuais contra a poliomielite para as crianças menores de cinco anos. Em razão da localização do município de Franca, a vacinação contra a febre amarela em bebês com nove meses faz parte da vacinação básica de rotina.

As visitas aos serviços de saúde e os sentimentos desencadeados no ato da vacinar foram relatados, como apresentado abaixo:

(mãe) Olha, as vacinas foi assim, a partir do momento que ela nasceu, mesmo, que eu fiquei sabendo. Inclusive, assim, no primeiro ano tem que tomar muitas vacinas. Começa com aquela do BCG. Eu acho assim, uma coisa que dá muita dó na gente é a coisa de aplicar agulha na criança, né? Mas se tem que passar por isso, e isso é bom pra eles, né? E, eu fui aprendendo no dia a dia, mesmo. No dia a dia aprendendo a lidar com essa coisa da vacinação, os cuidados depois... (Família Isac).

(mãe) *Até quando eu fui levar ela pra fazer o exame do pezinho ela tinha que tomar aquela (vacina) que deixa a marquinha, e a enfermeira perguntou: você quer trocar pra dar depois? Eu falei: não! Tá marcado pra hoje, ela vai tomar hoje. Vai doer? Vai. Mas, melhor doer agora, que mais pra frente (Família Jales).*

(mãe) *As vacinas dos outros tá tudo certo... Elas (da UBS) chamam a gente, mas não sabe como que é. Quem vai cuidar dele pra mim?... Mas, depois eu vejo se eu vou lá, mas não é pra dar tudo de uma vez só, não. Judia muito da criança. Eu não agüento ver aquele tanto de agulhada. Judia demais da criança. E depois é ainda pior, quando chega pra gente cuidar. Eu tenho é muita dó...(Família Fanan).*

Estudos demonstraram que a crescente oferta de vacinas chegou com um fardo de dor, angústia e eventos adversos, que interferiram na aceitação familiar e agravaram sentimentos antivacina (JACOBSON *et al.*, 2001; LOGULO, 2001; PARREK; PATTISON, 2000). Entre as famílias entrevistadas, a dor relativa à vacinação trouxe interpretações antagônicas, em uma apareceu como algo que deve ser enfrentado e outra a considerou uma condição que traz transtornos.

Uma das causas de baixa cobertura vacinal é a perda de oportunidade para vacinar crianças e uma tarefa essencial é procurar sensibilizar todos os profissionais da equipe de saúde para que se envolvam na atividade de vacinação. A não simultaneidade na aplicação de vacinas é considerada como uma oportunidade perdida de vacinação atribuída ao trabalhador de saúde (BRASIL, 2001). Algumas famílias resistem à indicação e não aceitam a aplicação, reitera-se a necessidade de uma divulgação mais ampliada com a população e as organizações da comunidade, bem como com a equipe de saúde.

TUGUMISIRIZE *et al.* (2002) pesquisaram entre 215 crianças de doze a vinte e três meses, de uma área rural de Uganda, que buscaram os serviços de saúde e perderam a oportunidade para ser vacinada. As razões encontradas foram: o profissional de saúde não questionou, estava ocupado; as crianças estavam doentes; e os pais relataram medo dos trabalhadores rudes. Os trabalhadores, por sua vez, apresentaram baixo nível de educação formal e nenhum soube o horário da vacinação.

A ocorrência de eventos esperados ou adversos pós-vacinação dispensados às crianças foram relatados.

(mãe) *...a primeira vacina, aquela, Tríplice, não é? Aí, deu uma febrinha, mas foi coisa pouca* (Família Xavier).

(mãe) *...ela é uma criança muito saudável. Não me deu trabalho até hoje. As vacinas, assim, não teve nenhuma reação complicada. Foi muito tranqüilo, só uma febrinha. Dava um analgésico, e já passava. Não teve nenhuma reação alérgica...* (Família Hantaro).

(pai) *...eles não deram trabalho, não... Eles ficam um pouquinho enjoadinho, dá febre, mas não tiveram nada, não... Até o P., teve um dia que nós estivemos lá pra tomar vacina de 1 ano, e ele acabou tomando 3 (estavam atrasadas) no mesmo dia, mas foi porque o pessoal do (N)UBS não falou que tinha que tomar outra dose lá. Porque a R. sempre tomou cuidado de não deixar atrasar, aí foi o único caso também! Agora, com os 3 está tudo em dia* (Família Xavier)

As vacinas são constituídas por diversos componentes biológicos e químicos que, ainda hoje, apesar de aprimorados processos de produção e purificação, podem produzir efeitos indesejáveis. A incidência desses eventos varia conforme características do produto, da pessoa a ser vacinada e do modo de administração. Passados 30 anos de PNI, alguns eventos benignos e de evolução autolimitada já são conhecidos e esperados pós-vacinação. Desde 1984 está instituído no Estado de São Paulo, um sistema de investigação de eventos adversos pós-imunização a cargo do CVE “Prof. Alexandre Vranjac” (SÃO PAULO, 1998). Nos relatos, depreendemos que as famílias sentiram certo alívio por não terem tido nenhuma manifestação mais grave após a aplicação das mesmas, sendo a febre a manifestação mais freqüente.

O manejo com os eventos adversos passou por alguns cuidados anteriores e posteriores à vacinação e foram relatados pelas famílias entrevistadas.

(mãe) *(as vacinas)...dá febre, tem que dar Tylenol ou então Dipirona. Aí, eu dou com um chazinho, igual à doutora me ensinou, e a mãe também fala, né: tem que dar chazinho de hortelã ou de erva-cidreira com umas gotinha de Dipirona. Aí eu pego, ponho no meio e dou pra ele, e melhora a febrinha. Ah! eu também dou um banhozinho nele, ponho pouca roupa. Agora tem que trazer*

de novo pra vacinar... dá febre, mas tem que vacinar, né? ...Quer dizer, vai dar febre no neném, tudo, mas quer dizer a gente tem que vacinar porque está fazendo o bem pra eles. O mal não está fazendo. Igual, eu venho, dá febre no nenezinho, eu levo eles pro Pronto Socorro... A vacina não faz mal! A gente que é mãe é que sente que tem que fazer o bem pra criança. Igual o remedinho, se eu não tiver dinheiro ou o pai não tiver, eu espero receber, ou eu faço um crochê. Sei lá, eu vendo um Avon, mas tudo dá certo... (Família Pereira).

(avó) Chegou o mês, a data certinha, ela (mãe) dá remédio, dá as vacina, porque dá febre. Ela toma a providência antes. Ela dá as gotinhas antes de levar... (Família Castro).

(mãe) Porque, nossa! Eles não tem nada, dá a vacina neles, dá injeção neles. Minha filha! ataca o corpo inteiro deles. Fica tudo dolorido. Ainda, dá a febre, também... Tem que prevenir, né? Porque, às vezes, tem as doenças e prevenir é através das vacinas, né?... Porque, assim, quando ele está bonzinho, está normal. Aí a gente vai lá e dá a vacina nele. Então naquele dia... Eu já dou vacina nele depois do almoço, porque de manhã a gente pasta (risos). Eu já faço o que eu já tenho que fazer, porque depois do almoço eu só fico por conta dele. Porque, aí, dá febre, dá dor no corpo, dependendo do jeito e do lugar que a gente vai pegar nele, vai doer. Aí quando é no braço tem que evitar de pegar lá. Quando é na bundinha, a gente tem que ficar com ele com a bundinha pra cima, pra não pegar onde tomou a vacina. É isso! (Família Silva).

A vacinação, tomada como obrigatória, trouxe a necessidade de enfrentamento dos problemas associados a ela. As famílias, em geral, demonstraram conhecimento da necessidade de cuidados especiais com as crianças após a vacinação. Mas, nas circunstâncias que perpassam o cuidar: financeira, transporte, filhos menores, entre outros, buscaram alternativas para esse cuidado, adotando medidas, tais como o uso de medicações, chás caseiros, banho, horário e disponibilidade da mãe, posição de pegar e de dormir da criança, vestuário, entre outros. Depreendemos que ao relatar os modos como participam dos cuidados com as crianças vacinadas, os familiares tornaram-se sujeitos valorizados enquanto pais e cuidadores, entretanto, também, apontaram para a necessidade de suporte técnico para esses cuidados. Aqui, a enfermagem, poderia contribuir com educação em saúde, intervenção e prevenção a serem abordados na consulta de enfermagem.

O Pronto Socorro foi citado como um local de acesso quando a criança apresentar algum evento adverso, de fato, para qualquer caso de complicação pós-vacinal, o município de estudo oferece 24 horas de atendimento médico no Pronto Socorro Infantil Municipal.

4.3 Responsabilidade e obrigatoriedade da vacinação de crianças

Há famílias que não levam as crianças nos retornos da vacinação de rotina, as famílias entrevistadas relataram sobre esse fato.

(pai) *Eu acho uma falta de responsabilidade por parte do pai e da mãe. Eu vejo pelo tanto que eu sofri... Atrasou a vacina do J. por causa que ele ficou doente... Passava do dia, mas eu tava lá no (N)UBS. Nunca recebi uma cartinha de vacina atrasada dele, nunca! Então, eu acho que é falta de responsabilidade, mesmo!... eu já ouvi comentários sobre essas cartinhas... A V. que recebeu., mas é que a filha dela tava doente e o Dr. J. disse pra ela não dar... mas eu acho que não pode acontecer, né? Por causa que é uma criança. A gente tem que cuidar dela. Porque a gente que é pai e mãe... Eu falo porque eu sofri muito por causa dos meus, e não vai ser por causa de uma falta de responsabilidade minha, que eles vão sofrer. ...Porque tem uns que não tão nem, aí... Eu fico preocupado... Mas, a gente nunca recebeu cartinha nenhuma... (Família Gomes).*

(pai) *Eu penso assim, eu acho que deveria olhar bem mesmo, porque, vamos supor, de paralisia, ficar paralítica por causa de uma vacina? Eu acho que é, assim, uma coisa muito... Nem as palavras eu não consigo achar, mas é muita falta de consideração pela criança. Porque, quer queira ou não ela não entende, não sabe se precisa ou não. Quem vai saber é a mãe e o pai. Hoje tem muita informação, só não dá mesmo, quem não quer! Porque tem muita informação (Família Matias).*

(mãe) *...Eu acho, assim, é falta de cuidado, né? Dar alguma coisa, assim, por ser criança a gente tem que ver muito. Porque antigamente não tinha essas vacinas, não tinha nada. E o que tem, a gente não reconhece, não aceita ou tal... é culpa da mãe não levar, né? Porque enfermeira e vacina, tudo, tem. É só falta da mãe, mesmo, que não tem tempo, responsabilidade... (Família Leme).*

(mãe) *...muita irresponsabilidade, porque hoje evitam tanta doença, né? Tanta coisa que dá pra prevenir. É a melhor coisa que a gente faz... Então eu acho que quem não traz é por falta de consciência, mesmo! Falar: ah, eu não sabia! Acho que isso a pessoa não pode falar. Porque tem muita orientação na rádio, na televisão, os vizinhos. Todas as pessoas, qualquer pessoa orienta a gente. Se for o primeiro, o segundo, se passar dez anos sem*

ter neném, acho que isso aí não é desculpa. Hoje em dia não dá pra deixar de estar trazendo (Família Hantaro).

(mãe) Eu acho uma falta de consciência muito grande de uma mãe, sabe? Porque vacina é muito necessária, todas elas, com certeza. Eu acho uma falta muito grande de conscientização das mães...e por causa de instrução das mães. Às vezes, acham que não há necessidade de vacinar, né? Então, depois, quem paga são as crianças, né? São as mais prejudicadas dessa situação, dessa condição (Família Isac).

(mãe) Olha, eu acho que é um erro. Eu, geralmente..., não sei. Porque..., não sei nem o quê pensar. Porque, como se diz, cada caso é um caso. Tem mãe que, às vezes, ela não traz por falta de recurso. Recurso não, porque recurso tem muito, às vezes, por falta de informação. Ou porque, sei lá, não quer mesmo. Acha que é só por no mundo e ficar por isso mesmo?... Porque eu acho muito importante cuidar (Família Neves).

As falas *...hoje tem muita informação, só não dá mesmo, quem não quer!* (Família Matias) e *...qualquer pessoa orienta a gente...* (Família Hantaro) sugerem que a informação, científica ou não, existiu. Um estudo desenvolvido em Belo Horizonte buscou entender a educação popular nos serviços de saúde e observou-se que, atualmente, há duas grandes interfaces de relação educativa entre os serviços de saúde e a população: os grandes meios de comunicação de massa e a convivência cotidiana nos serviços de atenção primária à saúde (VASCONCELOS, 1999).

Há, contudo, uma estreita relação entre o conhecimento exposto e a vivência, e que impõe limites ao conhecimento, os quais não devem ser tomados como obstáculos, senão como desafios, à sua ativa incorporação aos horizontes normativos (AYRES, 2004a) do cuidado com a criança.

A partir dos depoimentos relativos à falta de cuidados atinentes à vacinação das crianças, apreendemos que as reações de reprovação tomam como foco a questão da vulnerabilidade da criança ao adoecimento em função de sua dependência ao empenho de seus familiares. Considerando que nas próprias famílias entrevistadas está ou esteve presente a situação de atraso vacinal, pois foi o critério de inclusão para esse estudo, não se

perceberam nessa condição. É fato que, das dezenove famílias selecionadas, nos dias das entrevistas, somente cinco crianças continuavam em atraso vacinal, sete já estavam com a vacinação atualizada e as outras sete crianças restantes, ainda, estavam em atraso nos arquivos das UBSs, mas em dia no Cartão de Vacinas, pois foram vacinadas em outras UBSs, mas não foram atualizadas pelo sistema entre as UBSs envolvidas.

A questão da vulnerabilidade das crianças em adoecer pela não vacinação, também, passa pelo cuidado nos serviços de saúde, no encontro família/trabalhador de saúde, e se potencializa na ausência de ações educativas e de acolhimento, na maneira como é passado o conhecimento científico. No entanto, não se pode perder de vista que as famílias, mesmo tendo acesso a esses elementos, têm maneiras diferentes de pensar, agir e de provocar mudanças práticas no seu cotidiano.

Observa-se a necessidade de difundir atitudes apoiadas no conhecimento da família, no respeito às suas fragilidades, na ausência de preconceitos, buscando a compreensão da situação familiar na busca de soluções a fim de aproximá-la dos serviços de saúde. Seria um movimento entre família, elementos da comunidade e profissionais de saúde. Pois, há famílias que não comparecem aos serviços de saúde não porque não querem, mas porque não conseguiram. Atitudes de conhecimento das condições que limitaram a ida aos serviços de saúde não têm encontrado espaços para serem discutidas e apoiadas.

As famílias que fizeram uso dos serviços de saúde relataram comparações com um período em que havia menos vacinas e trabalhadores de saúde, nos indicando que vêem diferenças no transcorrer do tempo, em função da ampliação das informações, maior número de profissionais de saúde e vacinas disponibilizadas. Todavia, depreendemos que a participação dos serviços de saúde ficou restrita às “*cartinhas*” (Família Gomes) que comunicam o atraso vacinal e convocam as famílias a comparecerem nos serviços de saúde

para a atualização das vacinas. As falas sugerem que os serviços de saúde estão pouco organizados para compartilhar dúvidas, inquietações e dificuldades desse cuidado.

Gonçalves (1994) fez um estudo sobre o programa de vacinação no processo de municipalização da saúde, no município de Ribeirão Preto, e verificou que poucos vacinadores estabelecem diálogos educativos e troca de informações, mesmo que sejam imprescindíveis para essa atividade; eles não eram praticados sistematicamente no cotidiano do trabalho, evidenciando que o momento existe, porém, só alguns se utilizaram deles para ações educativas. A seqüência de atos de preparo, aplicação, armazenamento e agendamento de retorno se dão pela força do hábito, configurando-se como rotina.

Eticamente, é um direito do paciente o acesso a qualquer informação sobre seu corpo, mente, doença, terapêuticas etc., e também porque o conhecimento amplia a eficácia da cura. Assim, tanto na atenção individual ou de grupo, como nos programas de saúde, seria fundamental considerar como tarefa indispensável dos profissionais a transmissão de conhecimentos, ampliando a sua autonomia e reforçando a sua condição de sujeitos sociais, capazes de se autocuidar e de cobrar das instituições o atendimento às suas necessidades (CAMPOS, 1997), inclusive na vacinação das crianças.

A receptividade de um serviço, no caso a vacinação, realizado basicamente pela enfermagem poderia ser um momento favorável, um momento mais explorado para o estabelecimento de boa comunicação entre a enfermagem e a clientela. Talvez, ser uma alternativa para a lacuna existente entre as ações básicas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e as atribuições da enfermagem à saúde da criança no modelo assistencial de pronto-atendimento (FIGUEIREDO, 2001).

O não comparecimento para a vacinação pareceu estabelecer nos entrevistados, disposição para atribuir culpa, ainda, se porventura, as crianças adoecessem ou fossem acometidas por efeitos provocados pela não vacinação, teria um culpado. O atraso vacinal

trouxe diferentes significados para as famílias, atribuídos, de maneira geral, à mãe: a irresponsabilidade; a falta de tempo; a situação de dependência das crianças; a falta de consciência e orientação. A partir dos relatos depreendemos que a responsabilidade com a vacinação, embora atribuída à mãe, permeia o contexto familiar. A vacinação, como importante cuidado protetor para criança, implica na articulação família, serviço de saúde e comunidade. O envolvimento e responsabilização de todos dificultariam perder oportunidades para a vacinação.

Oportunidades perdidas de vacinação foram relatadas pelas famílias entrevistadas, como os exemplos a seguir.

(mãe) (as vacinas) é tudo direitinho. Às vezes, assim, eu só não dou se a Dra M. falar pra gente não dar. Assim, às vezes está com febre, ou tomando algum remédio, antibiótico, ela fala pra esperar. Mas está tudo certinho, que nem eu te falei, né? Mas é muito importante, protege as crianças. É tanta doença, né? Eu falo pra minha sobrinha, sempre, assim, que tem campanha, pra ela não esquecer de levar a filha dela. A vacina é muito importante...(Família Rosa).

(mãe) (as vacinas)... está mais ou menos em dia... Sabe o que é? Eu levo no médico do (N)UBS e, às vezes, no do convênio. O do convênio pediu para eu não levar até ela melhorar, e nada. Ela não melhorava. Então, eu fui levar no médico, no dr. J. do (N)UBS e ele disse que depois que acabasse o remédio, é antibiótico, que era pra eu levar. Eu fui esperando e acabou atrasando. Eu nem sei se eu fiz direito. Ah! é tanta coisa... (Família Derruci).

(mãe) ...Nunca deixei, assim, às vezes, atrasava um pouco, eu não ia no posto, mas nunca eu deixei atrasar mais de 20, 30 dias... Assim, às vezes, ele está doente, principalmente. Porque, às vezes, ele está com febre, está gripado. Eu não dou! Porque, além do resfriado, daqueles cuidado com a febre, com a dor e com a infecção de garganta, que ele já está sentindo, a vacina, às vezes, já tem as reação dela mesmo... Aí, eles choram 24 horas. Aí, eu não dou! Eles já estão com um problema, ainda vai dar injeção, aí vai ficar com mais problema. Você vai é piorar. Aí, eu não deixo! (Família Silva).

(mãe) ...ele fica muito doente, o C. tem bronquite, ele sempre tem que tomar remédio... Não adianta elas me mandar aquelas cartinhas, não dá pra levar. Eu levo nas campanhas. A da M. já não manda mais... o médico disse que era pra não dar (a vacina) porque ele estava com febre. Era pra esperar terminar o remédio, mas ele não pára de tomar remédio, então, eu fiquei com medo. As vacinas dos outros tá tudo certo...Elas (da UBS) chamam a gente, mas não sabe como que é. Quem vai cuidar dele pra mim?... (Família Fanan).

(mãe) Mas eu sempre perguntava para a Dr J. se ele não podia tomar. Enquanto ele não liberava eu não dava. Porque ele nasceu prematuro, sabe? Ele ficou muito doentinho, né? Então, eu sempre precisava de tá levando ele no médico... Então, eu não dava!... (Família Gomes).

Na experiência fragmentada de assistência à saúde, tendo diferentes condutas entre os profissionais de saúde quanto aos cuidados referentes à vacinação das crianças, não compreendem as orientações ou quando delegam a indicação ao médico, mas não conseguem consulta com o mesmo, as famílias precisam se adaptar e decidirem o quê fazer. Depreendemos que as atitudes das famílias sugeriram, então, adiar o problema, a vacinação. Preocupa-nos o significado potencial da decisão de não levar para vacinar e a capacidade de não perceberem a vulnerabilidade às doenças que as crianças estarão expostas.

A vacinação protege a pessoa vacinada e a comunidade, pois reduz a transmissão do agente infeccioso, conferindo proteção indireta aos não vacinados, através da chamada imunidade coletiva. A forma de implementar essa proteção varia de país para país, mas todos têm, na rotina, seu próprio calendário de vacinação. Entende-se por calendário vacinal a seqüência cronológica de vacinas que são administradas sistematicamente em um país ou área geográfica e cuja finalidade é obter uma imunização adequada da população. O calendário vacinal deve reunir as seguintes características: ser eficaz, simples, ou seja, que simplifique as doses e visitas aos serviços de saúde, ser aceito amplamente pelos médicos e a sociedade, ser adaptado às características epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas da população, ser unificado para a área geográfica onde é aplicado e atualizado permanentemente. Desta forma, o calendário deve ser dinâmico com alterações importantes e necessárias para que o calendário cumpra seu objetivo (OPAS, 2005).

Observamos que, a febre, o uso de antibiótico, gripe, dor, infecção de garganta e prematuridade apareceram como obstáculos à vacinação. Claro que os padrões atuais podem diferir bastante do que era pouco tempo atrás, expondo, assim, a necessidade de atualização

freqüente dos profissionais envolvidos. A promoção da educação permanente para os trabalhadores de saúde poderia ser uma alternativa.

Segundo o MS, o desenvolvimento do PNI é orientado por normas técnicas estabelecidas nacionalmente para assegurar a aceitação e uniformidade de uso em todo o país e também estabelece as contra-indicações gerais e específicas à vacinação (BRASIL, 2001). Em primeira instância o PNI visa a ampla extensão da cobertura vacinal para alcançar adequado grau de proteção imunitária da população contra as doenças transmissíveis por ele abrangidas. Entretanto observa-se, a ocorrência de contra-indicações desnecessárias, baseadas em teorias ou em conceitos desatualizados, com perda da oportunidade de vacinação e conseqüente comprometimento da cobertura vacinal (SÃO PAULO, 1998). O uso de antibióticos, as doenças agudas leves com febre baixa, a prematuridade, desnutrição, alergias, internação hospitalar são algumas das falsas contra-indicações para a vacinação (BRASIL, 2003).

Para conferir adequada proteção imunológica às crianças, pelo menos quanto aos imunobiológicos disponíveis no SUS, é necessário que se complete todo o esquema vacinal preconizado pelo calendário de vacinação vigente, que determina vários retornos aos serviços de saúde para a aplicação das vacinas. Entretanto, as crianças acompanhadas pelos serviços de saúde que não comparecerem aos retornos pré-agendados serão consideradas faltosas, mesmo tendo como motivo uma falsa contra-indicação.

Assim, se faz necessário rever atitudes e condutas com as famílias das crianças faltosas ao esquema vacinal, pois impregnada de preconceitos, essa condição confere imagem negativa à família e dificultam o seu reconhecimento. As dificuldades que as famílias enfrentam no cuidar da criança não estão encontrando espaço para serem compartilhadas e os equívocos capazes de distanciar famílias e serviços de saúde parecem atravessar as práticas dificultando e comprometendo a prevenção.

Nas falas, a seguir, apresentamos as experiências das famílias com o atraso vacinal das crianças.

(mãe) (a vacina)... eu esqueci! Meu pai, quando foi procurar um negócio pra ele, o cartãozinho do (N)UBS, foi ele que disse, que estava atrasado... Eu fiquei preocupada. Fiquei pensando. Nossa eu preciso dar a vacina. É tanta coisa pra fazer, meu Deus! Por que pra mim, eu achei que não ia dar vacina mais. Dar vacina atrasada, entendeu? Nossa, eu nem dormia direito pensando dela ficar sem a vacina... porque tem o dia certo, né? O dia que está marcado, e tem que ser no dia mesmo que está marcado... foi uma colega minha que falou isso... se passar do dia, não pode! Nos filhos delas eles não deram vacina, mas foi em outro (N)UBS.... Minha amiga levou o filho dela e elas não vacinaram... E, se a mãe tiver outra coisa pra fazer, tiver no trabalho, trabalhando e não tiver ninguém pra trazer? E se o menino estiver na creche, e não dá pra levar, né?...Eu levei depois no (N)UBS, e está tudo bem! (Família Elias).

(mãe) ...em certos casos a pessoa nem está preparada pra ter certa responsabilidade... Porque, eu tinha uma vizinha que tinha 10 filhos, só que 2 não morava com ela. Então, eu ficava ali morrendo de dó, e morrendo de curiosidade pra ver como ela fazia, como ela vivia. Porque, ela trabalha e ela não tem marido, e ela não tem condições. Quando chega o dia da vacina, ela não lembra e não leva, não tem condições. Chega o dia da reunião da escola, como é muita criança, ela não tem condições de ir na reunião das 5 crianças. Por exemplo, nessas reunião que eles fazem, parece que eles fazem de propósito. É uma correria! Eu tenho 3 na escola, aí eu ficava doidinha. Eu ia na reunião do J., e depois eu ia correndo pra reunião da E. e depois da A. Porque, elas fazem (reunião) no mesmo dia, e na mesma hora? Não tem jeito! Como você vai se virar em 4, 5? Eles colocam as reunião tudo num dia só, e numa hora só. Então, eles deveria ver isso também. Igual a vacina, ela trabalha e só tem um dia de folga, às vezes não dá pra ela levar. E como uma mãe que cuida de 8 crianças? Porque, a de 15 anos dá mais trabalho que as outras tudo. Quanto mais cresce, mais trabalho dá! Então a gente vê a convivência dela, a luta dela, e eu ficava, sinceramente, olhando tudo isso. A gente ficava abismada do jeito que ela cria eles, tudo sozinha, sozinha e Deus... Então, ela não tem condições... Agora com as vacinas eu, também, não sei, porque a diferença deles é tudo de um ano, é uma escadinha. Mas agora deve estar tudo bem, mais organizado. Então é isso, eles devia olhar isso também. Tem gente que não consegue fazer tudo, essa ela era sozinha, coitada! (Família Silva).

Como já foi discutida, a quantidade de tarefas que permeiam os cuidados com as crianças são muitas e a família pode se esquecer de algumas. Os serviços de saúde que estão atentos a essas questões desenvolvem a supervisão e busca ativa das crianças em atraso vacinal, preconizado pelo PNI. Segundo o mesmo programa, todos os grupos de idade

merecem atenção do programa da vacinação, porém cuidado especial deve ser adotado aos menores de um ano. O acompanhamento das crianças que faltaram à vacinação deve ser realizado semanal ou quinzenalmente, de acordo com as possibilidades da equipe de saúde. Para fazer a busca devem-se adotar as seguintes estratégias: visita domiciliar, envio de carta ou aerograma ou fazer chamamentos por meio de outros recursos nos grupos e organizações da comunidade (BRASIL, 2001) para atualizar a vacinação.

As vacinas são oferecidas à população, mas sua utilização depende de decisão pessoal em ir se vacinar, ou de decisão dos pais ou responsáveis em levar suas crianças. Os serviços de saúde não podem pretender, sozinhos, interferir ou influenciar o poder de decisão, que é pessoal e intransferível (BRASIL, 2001). Neste contexto a quem compete a responsabilidade pela proteção da criança? A responsabilidade está sendo compartilhada entre a comunidade, profissionais de saúde e família? Apesar dos avanços alcançados, revela-se um longo caminho a percorrer.

4.4 Ampliação das práticas de vacinação de crianças

Os entrevistados, também, expressaram sugestões para alcançarmos as famílias que não comparecem à vacinação, destacando os meios de comunicação; o seguimento da saúde da criança; participação de outros profissionais e outros setores sociais.

(mãe) Porque tem muita orientação na rádio, na televisão, os vizinhos... a televisão chega em todo lugar, né? Pra mim é o melhor, eu pra mim é a televisão. Orientam tanto... Porque hoje em dia, quem não tem uma televisão? Um rádio? (Família Hantaro).

(mãe) A televisão fala... vacina é tal dia. Vacina de poliomielite, paralisia, pneumonia. Eles sempre alertam, né? ... é isso (Família Jales).

(mãe) Divulgar, eu acho que é bem divulgado. Porque televisão, rádio, todo mundo hoje tem televisão, não adianta falar que não tem, que tem! Assiste toda hora, né? De casa em casa é muita gente, talvez não tenha como, né?

Mas, eu não sei como poderia. Porque toda hora passa quando tem vacina, tem cartaz, todo mundo vê.... (Família Matias).

(mãe) Ah é difícil! É muita gente e vocês são em poucos. Acho que cada mãe tem que ter sua responsabilidade. Na televisão fala toda hora. Tem cartaz. Acho que eles é que não querem mesmo.... acho que deveriam cuidar melhor dos filhos, então pra quê que tiveram? Se nasceu, tem que cuidar, uai.... tem que fazer tudo... até ficar grande...(Família Silva).

A televisão e o rádio foram lembrados como meios de comunicação efetivos na divulgação de informações relacionados à vacinação. Os cartazes informativos também foram lembrados, com destaque às campanhas de vacinação contra a paralisia infantil e a vacinação do idoso.

Estudos demonstraram que em populações mais desassistidas de países como Bangladesh e Gana, a propriedade do rádio (BHUIYA *et al.*, 1995) foi associado a registros mais completos de vacinação. A maioria citou o médico como forte fonte de informação, mas revelaram os trabalhadores, a ajuda dos líderes religiosos, líderes tradicionais e os meios de comunicação, também, como fontes de motivação para a vacinação (EKERETE, 1997; HULL *et al.*, 2001; LOGULO, 2001; MOORE *et al.*, 1996; PARREK; PATTISON, 2000; PRISLIN *et al.*, 1998; TUGUMISIRIZE *et al.*, 2002).

O seguimento da saúde de crianças foi apontado nos relatos a seguir.

(mãe) ...eu morava em Minas Gerais, e lá tem aquela coisa de umas enfermeiras que vão até as casas das pessoas, incentivam as mães que, às vezes, até por falta de instrução, acham que não precisam, não há necessidades: ah!, meu filho não vai precisar tomar, porque tá só mamando no peito, então tá bom! Então, assim, uma campanha, né? Uma campanha mais profunda, tratando mais disso. Explicando mais para as mães, e se possível ir de casa em casa, passando no pessoal mais de periferia. Para o pessoal de periferia ter mais, assim, saber que é muito importante essa coisa da vacinação. Você acompanhar a criança. Acho que seria isso! Uma campanha de casa em casa, acho que seria o ideal.. (em) Cássia, Minas Gerais... tem aquelas moças que trabalham no Posto, que vão até as casas das pessoas, perguntam como é que eles cuidam das pessoas de mais idade, falam a respeito das vacinas pras mães. As crianças que já nasceram, no caso, elas acompanham, tem tudo isso... O Saúde da Família, eles dão muita assistência, né? Às vezes, acham que não há necessidade de vacinar, né? Então, depois, quem paga são as crianças, né? São as mais prejudicadas dessa situação, dessa condição...(Família Isac).

(mãe) *Campanha todo mundo faz. Aviso tem na televisão. Acho que tinha que ter algum programa, o pessoal ir nas casas, ver, acompanhar, pra saber o porquê que a mãe não traz. Porque não são todas que não trazem porque não querem, às vezes tem algum problema que não pode trazer. Eu tenho uma afilhadinha. Porque eu que levo pra tomar todas as vacinas... Porque se for esperar a mãe dela...A mãe dela fica: ah, não! Não preciso não, outro dia eu levo. E nesse outro dia, outro dia dá uma coisa na criança, que Deus me livre e guarde! Acontece o pior, e depois (Deus) leva, e vai dar outro filho? Não vai! Eu falo que a minha maior riqueza é isso aqui (aponta para a filha) (Família Jales).*

(mãe) *Ah! eu acho que não tem jeito, né? Isso vai de cada um. As mães é que tem que saber o que é melhor para os seus filhos... Porque eu que tenho que ter consciência de procurar, porque tem de graça, todo postinho tem, de maneira que... porque, ir em cada casa também é difícil! Já tem (UBS) pra procurar... (Família Oliveira).*

(mãe) *Eu acho que, igual, assim, igual você veio. Eu acho que devia vir alguém do (N)UBS, assim, em casa, pra orientar, pra falar. Eu acho que, porque, só a cartinha, as pessoas vêm, lê e não dá bola, né? Ai, vindo alguém, acho que era importante ter um acompanhamento assim... (Família Xavier).*

A visita casa a casa foi lembrada como uma alternativa para acompanhar a criança, e na seqüência dos cuidados prestados no domicílio saber o porquê que a mãe não trouxe. Poderia ser uma oportunidade para orientar sobre as vacinas, conhecer as condições e motivos que levaram aquela família a não comparecer ao serviço de saúde para a vacinação. O Programa Saúde da Família (PSF) foi lembrado como estratégia que se utiliza dessa lógica de atendimento, mas as regiões que o grupo de entrevistados pertencem não recebem cobertura do PSF, contam apenas com os serviços das UBSs, talvez por isso compreenderam que *...ir em cada casa... é difícil!* (Família Oliveira).

As diretrizes programáticas políticas, de 1984, já visavam incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e as cinco ações básicas propostas para a saúde da criança continuam sendo o enfoque principal, reafirmando que o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento infantil são referenciais para as atividades de atenção à criança. As normas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foram sendo, gradativamente,

incorporadas às atividades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF (BRASIL, 2002).

Também, a participação de outros profissionais e serviços foi considerada.

(mãe) *Eu acho que, eu não sei se seria o caso de uma assistente social, ou o Conselho Tutelar, eu não sei. Mas tinham que estar acompanhando mais. Sabe por que? Porque eu escuto muito o rádio, então, tem muito caso que... é errado a mãe largar um filho pra ir trabalhar. Mas, às vezes, ela não tem com quem deixar, e o Conselho Tutelar vai lá e cata o filho dessa mãe que está trabalhando... Então, eu acho que tinha que ter um acompanhamento dessas famílias (Família Neves).*

(pai) *Eu acho, assim, que os meios que vocês usam que podem chegar, já estão sendo usados, né? Que é através da divulgação. Eu acho que é um trabalho de conscientização, mesmo. Ser bem firme, mesmo! Mas também, até usar esse trabalho de conscientização através de uma assistente social, na igreja. Igual a eu, por exemplo, eu cuido da Igreja Quadrangular do Planalto. Eu gostaria, de repente, que marcasse lá um dia, um sábado, que fosse lá alguém da área da saúde e desse uma palestra pro pessoal. Eu vejo que muitas pessoas estão mal informadas, porque tem outras que não querem ser informadas. Então eu gostaria... (Família Tavares).*

(mãe) *Igual eu já vi muita gente fazendo as coisas que não pode. Então, eu vou lá e falo que a pediatra falou isso e aquilo... Eu passei a acompanhar todo mês eu acompanho... A gente já sabe o que faz... Eu acho que é a mãe que tem que preocupar. A mãe é que tem que entender, né? Porque tem muita gente que não preocupa, né? As mães têm que falar assim: eu quero o melhor pros meus filhos... Vou levar pra acompanhar no pediatra e querer o melhor pro seu filho... (Família Pereira).*

A vacinação é uma ação preventiva oferecida à população no serviço de saúde. Seria ilusório acreditar que uma comunidade usuária de um serviço ineficiente, que não atende às suas necessidade básicas, passe a acreditá-lo por conta somente da vacinação. A articulação com as organizações da comunidade, governamentais ou não, pode ser um primeiro passo para uma ação mais abrangente em termos de solução dos problemas de saúde (BRASIL, 2001).

Mais uma vez, ficou evidente, que no grupo é preponderante a concepção sobre a responsabilidade da família, em especial, da mãe na tomada de iniciativa em acompanhar a saúde da criança, inclusive na vacinação. Todavia, para o acompanhamento das famílias,

aprendemos que as famílias estenderam a participação considerando outros profissionais e serviços além das fronteiras dos serviços de saúde, citaram o caso da assistente social, do Conselho Tutelar e da igreja.

É provável que a educação em saúde seja um instrumento de impacto considerável. A promoção de educação formal e informal, utilizando recursos da própria comunidade para as famílias e trabalhadores de saúde para orientá-los sobre as vacinas, eventos adversos e administração poderiam contribuir para o aumento da cobertura vacinal (PATERSON *et al.*, 2004; SALMASO *et al.*, 1999; TUGUMISIRIZE *et al.*, 2002).

A construção de uma conduta protetora, através da vacinação nos vários segmentos da sociedade, além da complexa interação entre os serviços, pressupõe a distribuição de responsabilidades. Reitera-se a necessidade de reorganização das práticas de enfermagem nas salas de vacinação, sendo necessário rever, entre outras, as questões da co-responsabilização pela proteção.

5. Considerações Finais

Nesta parte final, tendo por base o cuidado em saúde numa perspectiva integradora, retomamos a reflexão sobre o modo como as famílias se preocupam com a vacinação de crianças nos primeiros anos de vida, buscando subsídios para o cuidado de enfermagem.

Este estudo esteve centrado nas entrevistas realizadas nos domicílios das famílias de crianças menores de dois anos de idade. Ao estudarmos as narrativas das experiências das famílias a respeito dos cuidados com as crianças, apreendemos que há um descolamento da questão da vacinação como parte dos cuidados com a criança. De certa forma, não nomeiam a vacinação como um cuidado com a saúde. A vacinação apareceu, principalmente, como uma obrigação, de maneira menos autônoma e mais burocrática.

No Brasil, a vacinação, nos programas de saúde e diretrizes governamentais, é valorizada para a proteção individual e coletiva, sendo considerada uma importante prática de saúde pública. Cabe ressaltar que, historicamente, o Programa Nacional de Imunização tem tido êxitos, por meio de altas coberturas vacinais e apresentando consideráveis avanços no controle e erradicação de doenças.

No entanto, na perspectiva do cuidado mais integrador, que articula intervenção técnica a outros aspectos não tecnológicos, que compreende uma assistência à saúde como encontro terapêutico entre sujeitos, que as interações e intersubjetividades não se restringem ao êxito técnico, mas se ampliam com o sucesso prático, não seria possível olhar só a relação entre os meios técnicos e os resultados. Ocorre que a preocupação, particularmente da enfermagem, reside na processualidade da assistência à saúde, ou seja, se voltam para o acompanhamento das ações de saúde e não para o estabelecimento do diagnóstico e da terapêutica.

É evidente que, numa situação emergencial, o importante é criar a imunidade coletiva, incrementando a cobertura e a eficácia. Mas, quando nos voltamos para a sua sustentabilidade, ao longo do tempo, emergem outros aspectos, como por exemplo, se a

vacinação for só cumprir o calendário em situações muito autoritárias, muito descolada das práticas de cuidados das famílias a sua sustentabilidade tende a se tornar frágil.

Os cuidados com as crianças no cotidiano das famílias foram relatados como trabalhoso, dispendioso em tempo e constituído por um conjunto de atividades diversas. Apreendemos que o modo como cuidam das crianças foi proveniente do conhecimento científico (com os profissionais de saúde nos momentos das consultas médicas e nos grupos educativos) e do conhecimento prático (proveniente das experiências anteriores de cuidados com os irmãos mais novos, com o trabalho de babá e com a própria vivência).

Nas entrevistas, de forma geral, as dificuldades das famílias quanto ao desempenho do papel de pai e mãe nos cuidados com o primeiro filho foram: a mãe ser muito jovem; a necessidade de ajuda da avó materna e/ou paterna; o estado civil solteira; a rejeição e o sofrimento com a gravidez indesejada. Com o segundo filho, em um contexto mais vivenciado, as ações de cuidados domiciliares com os filhos converteram-se em experiência, tornaram-se mais seguros e confiantes. A autonomia em decidir sobre as ações de cuidados com as crianças pareceu trazer realização pessoal, uma vez que, experientes, não dependeriam mais do apoio e orientações dos familiares. Porém, não se pode perder de vista a importância da ajuda e do apoio dos familiares nos cuidados com o recém-nascido.

Além do espaço domiciliar de cuidados, identificaram o acesso aos serviços de saúde e o profissional médico como ator da assistência à saúde da criança.

Espontaneamente, a vacinação não foi lembrada entre os cuidados familiares dispensados às crianças. As narrativas ocorreram após questionamento específico pela pesquisadora. Sendo assim, a partir das narrativas, compreendemos como as famílias respondem à prática da vacinação infantil, sob diversos aspectos: com o cartão de vacinas; como meio de prevenção; nas campanhas de vacinação; nos cuidados pré e pós-vacinação e na ausência ao serviço de saúde para atualizar as vacinas.

O cartão de vacinas, elaborado para o controle do esquema vacinal de rotina e utilizado pelos serviços de saúde, em posse dos familiares, ampliou-se e agregou valores. Apreendemos que a utilização do mesmo pelas famílias foi um auxiliar no cuidado com as vacinas. O cartão de vacinas foi considerado um instrumento não só de lembrança dos retornos vacinais para o acompanhamento das crianças, mas, também, como uma fonte de informações e garantia do direito à vacinação disponibilizada nos serviços de saúde no dia agendado. Compreenderam que a sua posse chamou à responsabilização e compromisso quanto aos cuidados com a vacinação, despertando sentimentos contraditórios, ora garantia de direitos, ora cobrança de cuidados a serem dispensados às crianças, sem a contextualização da situação familiar.

Atribuíram à vacina um bom cuidado, com capacidade de prevenir o adoecimento das crianças, mas com uma condição, só se receberem todas as doses recomendadas e no prazo estabelecido pelo calendário de vacinação vigente. Entre as famílias entrevistadas, algumas estavam em atraso vacinal, mas não se perceberam como faltosas aos retornos, classificação utilizada pelos trabalhadores dos serviços de saúde para o acompanhamento e avaliação da cobertura vacinal. Apreendemos que os faltosos, para essas famílias, seriam os que não aceitam a vacinação, os que não cumprem com a obrigação.

A estratégia das campanhas de vacinação para as famílias foi considerada como uma prática de saúde estruturada em torno de uma base comum: local de fácil acesso, bem divulgado e horário ampliado. Há famílias, que não comparecem ao serviço de saúde no dia agendado da vacinação de rotina e, só levam a criança para vacinar nos dias de campanha. O comparecimento apenas nesses eventos não foi percebido como complementar ao esquema vacinal de rotina, tampouco, que pudesse comprometer a imunização de rotina das crianças. Para as famílias a vacinação só nos dias de campanha não implica em recusa ao esquema vacinal, é quando dá para levar.

As famílias, em geral, demonstraram conhecimentos a respeito da necessidade de cuidados especiais com as crianças antes e após a vacinação. Mas, nas circunstâncias que perpassam o cuidar, financeira, transporte, filhos menores, entre outros, buscaram alternativas para esse manejo, adotando medidas tais como: uso de medicações, chás caseiros, banho, vestuário, dedicação exclusiva, posição para pegar e para dormir, horário de vacinação, entre outros.

Considerando a importância do cuidado como emancipador para os envolvidos, os cuidados alternativos para o manejo dos eventos adversos pós-vacinação e o preparo das famílias para ficar com as crianças vacinadas foram situações valorizadas para as pessoas em seus cotidianos e foram capazes de expor nesses cuidados sujeitos e modos como participam do cuidado com a vacinação. Articulando o êxito técnico ao sucesso prático, e olhando para a enfermagem, esse espaço seria um campo de possibilidades para estarmos juntos a essas famílias, na consulta de enfermagem, utilizando a educação em saúde como atendimento às necessidades de cuidados com a vacinação.

Por outro lado, medidas como, evitar a vacinação, também, foram relatadas como resposta às dificuldades das famílias em compreender o que fazer. Preocupa-nos o significado potencial da decisão de não levar para vacinar e de não perceberem a vulnerabilidade às doenças que as crianças estarão expostas. Entre os relatos, pareceu estabelecer disposição para atribuir à mãe, a falta de responsabilidade, falta de consciência, de orientação e culpa pelos efeitos que possam ser provocados pelo não seguimento das normas, pelo não cumprimento da obrigação.

Outro aspecto foi o não comparecimento para a vacinação motivada pelo profissional de saúde. Dada a dinamicidade do setor, os profissionais envolvidos devem estar atentos e atualizados quanto às mudanças e inovações normativas, a educação permanente seria uma

alternativa. Depreendemos que, mesmo sendo uma falsa contra-indicação, determinou à criança faltosa e sua família uma imagem negativa.

Baseados na obrigatoriedade do comparecimento, as famílias que faltam à vacinação tendem a fugir do juízo, se afastando dos serviços de saúde. A vacinação, assim, está se sustentando por trás de situações muito autoritárias, descoladas do contexto das famílias, o que a torna distante e frágil. Sob o ponto de vista do processo da atenção à saúde da criança no contexto do seu crescimento e desenvolvimento, a prática de vacinação poderia se tornar fortemente sustentável e longitudinal sob a forma de um cuidado mais integrador e próximo das famílias. Dessas considerações desdobram-se novas possibilidades para o cuidado de enfermagem com a vacinação.

Para os profissionais dos serviços de saúde promoverem encontros mais verdadeiros com as famílias consideradas faltosas à vacinação, os entrevistados apontaram algumas estratégias de aproximação: informações pelos meios de comunicação, cartazes informativos, seguimento de crianças, visita domiciliar e envolvimento de profissionais e serviços de outras áreas, como o serviço social, o conselho tutelar e a igreja.

Ao voltarmos o olhar para o cuidado, há aspectos para mudar, para melhorar. Por exemplo, as famílias que faltam aos retornos vacinais sinalizam mais necessidades de cuidados do que as que não faltam. Elas precisariam ser acolhidas pela equipe, por questões do tipo como é que essas pessoas estão lidando com as crianças? Faltou por que? Cada vez que a pessoa fosse até o serviço, nos agendamentos da vacinação de rotina, como poderíamos nos encontrar com o cuidador? O importante seria ler o que está por trás desse atraso para que possamos cuidar adequadamente, estimular a autonomia, mas sem eximir à necessidade de dar suporte técnico e alcançar êxito nesse cuidado. Observa-se a necessidade de difundir atitudes apoiadas no conhecimento da família, no respeito às suas fragilidades, na ausência de

preconceitos, buscando a compreensão da situação familiar, a fim de aproximá-la dos serviços de saúde, gerando novas relações.

Talvez o grande desafio esteja na busca e encontro de novos espaços e estruturas que permitam o acompanhamento dessas famílias nos serviços de saúde. Talvez mudar a dinâmica em relação à organização das salas de vacinas, buscando ser um espaço de encontro com o cuidador e não só de aplicação de vacinas. Poderia ser um espaço para a realização de consulta de enfermagem de forma mais ampliada. É importante que a prática de vacinação, enquanto intervenção e prevenção, seja repensada como encontro entre sujeitos, que as tomadas de decisão para esse cuidado entre famílias, trabalhadores de saúde e elementos da comunidade sejam construções que impliquem compartilhar e reconstruir, o tempo todo, ações e compromissos.

O campo da saúde tem como desafio central a humanização das práticas de saúde, não a discussão entre mais tecnociência ou menos tecnociência, mas o interesse por um progressivo enriquecimento das relações entre os fundamentos técnicos e os valores associados à felicidade e aos projetos existenciais de indivíduos e comunidades (AYRES, 2006a).

Ao refletirmos sobre a prática de enfermagem, temos a compreensão que os profissionais de enfermagem têm um olhar para o cotidiano, um olhar prático, não somente um olhar técnico, porque lidam com a processualidade da assistência à saúde. No entanto, esse processo não é natural, ele é complexo e tem que ser reconstruído a todo o momento, integrando sabedoria prática e sabedoria técnica, visando rearranjos assistenciais para a construção de projetos de êxito técnico e sucesso prático, na perspectiva do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.C.P. *et. al.* O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde de Ribeirão Preto. In: ALMEIDA, M.C.P.: ROCHA, S.M.M. (orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva** . Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006a, p. 49-83.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, fev. 2004b.
- AYRES, J.R.C.M. **Do processo de trabalho em saúde à dialógica do cuidado: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva**. São Paulo, 179p. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560.jul./set. 2005.
- AYRES, J.R.C.M. **Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação**. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2006b. 33p. [mimeografado].
- AYRES, J.R.C.M. Humanização e produção de cuidados em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n., p. 549-560, 2004a.
- AYRES, J.R.C.M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.583-592, jul./set. 2004b.
- AYRES, J.R.C.M., Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2004a.
- BARLOW, R.; DIOP, F. Increasing the utilization of cost-effective health services through changes in demand. **Health Policy Plan**, Inglaterra, v.10, n.3, p.284-95, 1995 Sep.
- BHUIYA, I.; BHUIYA, A.; CHOWDHURY, M. Factors affecting acceptance of immunization among children in rural Bangladesh. **Health Policy and Planning**, Inglaterra, v.10, n.3, p.304-11, 1995.
- BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto editora, 1994.
- BOTHAM, S.J.; POULOS, R.G.; MCFARLAND, K.J.; FERSON, M.J. Getting it right--the Australian Childhood Immunisation Register and immunisation rates in south-eastern Sydney. **New Zealand Méd. J.**, Nova Zelândia, v. 28, n.1, p.68-71, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: internações e custos proporcionais por grupos de patologias de crianças menores de 5 anos, SUS, Brasil, 1998b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>. Consulta realizada em 31/05/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento nacional da criança. **Normas para vacinação**. 2ª ed. Rio de Janeiro, 1967.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. Coordenação geral do programa nacional de imunizações. Centro nacional de epidemiologia. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 316 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. Coordenação de imunizações e auto-suficiência em imunobiológicos. Programa nacional de imunizações Brasília: Fundação nacional de saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984a. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de saúde materno-infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: PNI 25 anos**, Brasília, Fundação Nacional de Saúde. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 mai. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Cadernos de Atenção Básica, n.11, série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2ªed. Brasília: MS, 1998a. 35p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação: cartilha para trabalhadores de sala de vacinação**. Brasília: Centro de documentação do MS, 2003. 147p.

BRUGHA, R.; KEVANY, J. Immunization determinants in the Eastern Region of Ghana. **Health Policy and Planning**, Inglaterra, v.10, n.3: 312-318, 1995.

CAMPOS, W.S.C. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, A.P.; DUTRA, L.C.; TONELLI, E. Vacinação contra influenza em crianças infectadas pelo HIV: alterações imunológicas e na carga viral. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79 n.1, p.29-40, jan/fev. 2003.

COMITÊ NACIONAL DE ACONSELHAMENTO DE VACINAS. Padrões para práticas de vacinação de crianças e adolescente. **Rev. Pediatrics**. Ed. bras. São Paulo: Pharmapress, v. 8, n. 1, p.41-47, jan/fev.2004.

COSTA, M.C.N.; MOTA, E.L.A.; PAIM, J.S.; SILVA, L.G.V.; TEIXEIRA, M.G.; MENDES, C.M.C. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 699-706, 2003.

DIAS-TOSTA, E.; KUCKELHAUS, C.S. Morbidade neurológica em poliomielite paralítica pós vacinal no Brasil de 1989 a 1995. **Arq. Neuro-Psiquiatria**. São Paulo: v.62, n.2b, p.414-420, 2004.

DINIZ, D.; GUEDES, C. Informação genética na mídia impressa: a anemia falciforme em questão. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 11, n. 4, p. 1055-1062, 2006.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n.24, p.213-225, 2004.

DYTZ, J.L.G.; ROCHA, S.M.M.; MELLO, D.F. A pesquisa em saúde infantil: a técnica do relato oral e o depoimento de mães. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo: EE-USP, v. 33, n. 1, p. 49-58, 1999.

EKERETE, P.P. Motivating consumers for National Programme on Immunization (NPI) and Oral Rehydration Therapy (ORT) in Nigeria, USA, v. 12, n.1, p.33-60, 1997.

FARHAT, C.K. **Fundamento e prática das imunizações em clínica médica e pediatria**. 2ª edição. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu, 1987. p.523-626.

FAUSTO, M.C.R. A política de imunização no Brasil: avanços e dilema na descentralização. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.A. (Orgs.). **Sistema único de saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

FEDER, G.S.; VACLAVIK, T.; STREETLY, A. Traveller Gypsies and childhood immunization: a study in east London. **Br. J. Gen. Pract.**, Inglaterra, v.43, n.372, p.281-284, 1993.

FIGUEIREDO, G.L.A. **A enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em Unidade Básica de Saúde**: fragmentos e reconstruções, 175p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. O cuidado de enfermagem às crianças menores de dois anos de idade em uma Unidade Básica de Saúde: utilizando os momentos da vacinação. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 16, n.4, p. 86-90, 2003.

FRANCA. Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria de Planejamento. **Plano Diretor**. Franca, 2001.

FRANCA. Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria de Planejamento. **Plano Diretor**. Franca, 1998.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde, Serviço de Vigilância Epidemiológica Municipal. **Relatório de Atividades/2005**. Franca, 2006.

FRANCESCHINI, T.R.C. **Observação da relação mãe-bebê-família como ferramenta para o aprendizado da integralidade**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FREITAS, F.R.M. **Vigilância de eventos adversos pós-vacinas DPT e preditores de gravidade**: Estado de São Paulo, 1984 – 2001, 140p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GADAMER, H.G. **O mistério da saúde**: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa: Edições 70; 1993. 165p.

GERA, S.C.. **Oportunidades perdidas de vacinação**: um indicador da assistência integral à saúde da criança. 186 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

GONÇALVES, M.L. **O programa de vacinação no processo de municipalização da saúde, no município de Ribeirão Preto**. 211p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

HELLERSTEDT, W.L.; OLSON, S.M.; OSWALD, J.W.; PIRIE, P.L. Evaluation of a community-based program to improve infant immunization rates in rural Minnesota. **Am. J. Prev. Med.**, Minnesota, v.16, n.3 (Suppl), p.50-7, 1999 Apr.

HENNESSEY, K.A.; MARX, A.; HAFIZ, R.; ASHGAR, H.; HADLER, S.C.; JAFARI, H.; SUTTER, R.W. Widespread Paralytic Poliomyelitis in Pakistan: A Case-Control Study to Determine Risk Factors and Implications for Poliomyelitis Eradication. **The Journal of Infectious Diseases**, Washington, n.182: p.6-11, 2000

HULL, B.P.; MCINTYRE, P.B.; SAYER, G.P. Factors associated with low uptake of measles and pertussis vaccines--an ecologic study based on the Australian Childhood Immunisation Register. **Aust N Z J Public Health**. Austrália, v. 5, n. 25, p.405-10, 2001.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociais municipais**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2006.

JACOBSON, R.M.; SWAN, A.; ADEGBENRO, A.; LUDINGTON, S.L.; WOLLAN, P.C.; POLAND, G.A. Making vaccines more acceptable - methods to prevent and minimize pain and other common adverse events associated with vaccines. In: World Congress on Vaccines and Immunisation, 2, 2000, Belgique. Review, **Vaccine**. p. 2418-27, 2001.

JAMIL, K.; BHUIYA, A.; STREATFIELD, K.; CHAKRABARTY, N. The immunization programme in Bangladesh: impressive gains in coverage, but gaps remain. **Health Policy and Planning**, Inglaterra, v.14, n.1, p. 49-58, 1999.

JESUS, D.M.; BASTOS, M.A.; CARVALHO, E.C. Estudo dos eventos adversos provocados pela vacina tetravalente. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 299-305, 2004.

KIDDER, L.H. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 1987, p. 15-48.

KLJAKOVIC, M., MCLEOD, D. A general practice case-control study of delayed immunisation in under two year old children. **New Zealand Med. J.**, Nova Zelândia, v.14, n.110, p. 413-415, 1997

KUM-NJI, P.; JAMES, D.; HERROD, H.G. Immunization status of hospitalized preschool children: risk factors associated with inadequate immunization. **Pediatrics**, USA, v. 96, n.3, p.434-438, 1995 Sep.

LI, J.; TAYLOR, B. Factors affecting uptake of measles, mumps, and rubella immunisation **B.M.J.** Inglaterra, v.6905, n.307, p.681-2 , 1993 Sep.

LINDGREN-ALVES, C.; FREIRE, L.M.S.; OLIVEIRA, R.C.; GUERRA, H.L.; DA SILVA, E.E.; SIQUEIRA, M.M.; HORTA, I.M.; QUEIROZ, C.C. Pesquisa de anticorpos contra o sarampo em crianças infectadas pelo HIV, após a imunização básica. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v.77, n.6. p. 496-502, nov/dez. 2001.

LIU, T.C.; CHEN CS; CHEN LM The impact of National Health Insurance on neonatal care use and childhood vaccination in Taiwan. **Health Policy and Planning**, Inglaterra, v.17, n.4, p.384-92, 2002

LOGULO, P. **Papel de vias de comunicação na eficácia da vacinação contra o sarampo na cidade de São Paulo**, 117p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EDU, 1986.

MAIA, M.A.C. **Crianças faltosas ao programa de vacinação do município de Passos – MG**. 80p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

MELLO, D.F. **O cuidado de enfermagem no seguimento de crianças prematuras e de baixo peso**. 191p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MELLO, D.F.; ROCHA, S.M.M; SCOCHI, C.G.S.; LIMA, R.A.G. Brazilian mother's experiences of home care for their low birth weight infants. **Neonatal Network**, USA, v.21, n.1, p. 30-34, 2002.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa de qualidade, 2001.

MINAYO, M. C. **Pesquisa Social, Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1999. 80p.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z. M.A.; BUSS, P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. p.7-31.

MONTEIRO, C.A.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CONDE, W.L. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde pública**, São Paulo, v. 34, n. 6 (supl.), p. 19-25, 2000.

MOORE, P., FENLON, N.; HEPWORTH, J.T. Indicators of differences in immunization rates of Mexican American and white non-Hispanic infants in a Medicaid managed care system. **Public Health Nurs.**, USA, v.13, n.1, p.21-30, 1996.

NEGRINI, B.V.M. **Estudo da soroconversão em crianças vacinadas com o polissacarídeo da membrana externa de Neisseria meningitidis do sorogrupo C, no município de Ribeirão Preto, Brasil.** 106 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

OFFIT, P.A.; JEW, R.K. Ao encontro das preocupações dos pais: as vacinas contêm conservantes, adjuvantes, aditivos ou resíduos prejudiciais? **Rev. Pediatrics**. Ed. bras. São Paulo: Pharmapress, v. 8, n. 3, p.147-55, abr. 2004.

ONTA, S.R.; SABROE, S.; HANSEN, E.H. The quality of immunization data from routine primary health care reports: a case from Nepal Health. **Policy and Planning**, Inglaterra, 1998, v.13, p.131-9.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual de vacinas da América Latina.** 3ª edição. Madrid: Euro RSCG Life Esquema, 2005. 620p.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. **Melhorando a saúde das crianças.** AIDPI: o enfoque integrado. Brasília: OPAS/AIDPI, 2000.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. Desigualdades en la mortalidad infantil em la región de las Américas: elementos básicos para el análisis **Boletín epidemiológico.** Washington, D.C.:Publicación científica, v.22, n.2, 2001.

PAI. Programa Ampliado de Imunização. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Planejamento, administração e avaliação.** Doenças e vacinas do PAI. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1981.

PAREEK, M.; PATTISON, H.M. The two-dose measles, mumps, and rubella (MMR) immunisation schedule: factors affecting maternal intention to vaccinate. **Birmingham J General Practice.** Inglaterra, December; v. 50, n.461, p.969-71, 2000.

PATERSON, J.; PERCIVAL, T.; BUTLER, S.; WILLIAMS, M. Maternal and demographic factors associated with non-immunisation of Pacific infants living in New Zealand. **New Zealand Med J.** Nova Zelândia, v.117, n. 1199, 994p., 2004.

PEBLEY, A.R.; GOLDMAN, N.; RODRÍGUEZ, G. Prenatal and delivery care and childhood immunization in Guatemala: do family and community matter? **Demography**, USA, v.33, n.2, p.231-247, 1996 May.

PRISLIN, R.; DYER, J.A.; BLAKELY, C.H.; JOHNSON, C.D. Immunization status and sociodemographic characteristics: the mediating role of beliefs, attitudes, and perceived control. **American Journal of Public Health.**, USA, 1998, v. 88, n.12, p. 1821-26.

REICHENHEIM M.E.; WERNECK G.L. Adoecer e morrer no Brasil nos anos 80: perspectivas de novas abordagens. In: GUIMARÃES R.; TAVARES R.A.W. (orgs.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 113-131.

SALMASO, S.; ROTA, M.C.; CIOFI DEGLI ATTI, M.L.; TOZZI, A.E.; KREIDL P. Infant immunization coverage in Italy: estimates by simultaneous EPI cluster surveys of regions. **Bulletin of the World Health Organization (Bull. W.H.O.)**, Suíça, v. 77, n. 10, p. 843-851, 1999.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Comissão permanente de assessoramento em imunizações **Norma técnica do programa de imunização**. 2ª edição revisada. São Paulo: SES, 2000. 49p.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Comissão permanente de assessoramento em imunizações. **Norma do programa de imunização**. São Paulo: SES, 1998. 51p.

SÃO PAULO. Secretaria de estado da saúde de São Paulo. Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo. Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações. **Norma do programa de imunização**. 2ª edição. São Paulo: SES, 1989.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo. Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações. **Norma do programa de imunização**. São Paulo: SES, 1988.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Cartilha de orientações para registros de imunobiológicos em serviços de saúde**. Coordenadoria de controle de doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de imunização. 2ª ed., São Paulo: CVE, 2006.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, S.R.B. (orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996, p.29-47.

SMITH, R.E., EDEN, A.N. Assessing immunization rates in an ambulatory care setting. **J Urban Health.**, USA, v.79, n.2, p.219-24, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Unesco: ed. Brasileira. 2002. 725p.

SUCUPIRA, A.C.S.L., BRESOLIN, A.M.B. Princípios do atendimento à criança. In: São Paulo. **Caderno temático da criança**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2003. p.29-31.

SULLIVAN, E.A., CHEY, T.; NOSSAR, V. A population-based survey of immunization coverage in children aged 2 years and younger in New South Wales. **J. Paediatric Child Health**, Austrália, v.34, n.4, p.342-5, 1998.

SZILAGYI, P.G.; RODEWALD, L.E.; HUMISTON, S.G.; FIERMAN, A.H.; CUNNINGHAM, S.; GRACIA, D.; BIRKHEAD, G.S. Effect of 2 urban emergency department immunization programs on childhood immunization rates, **Pediatrics**, USA, v.151, n.10, p.999-1006, 1997.

SZILAGYI, P.G.; RODEWALD, L.E.; HUMISTON, S.G.; RAUBERTAS, R.F.; COVE, L.A.; DOANE, C.B.; LIND, P.H.; TOBIN, M.S.; ROGHMANN, K.J.; HALL, C.B. Missed opportunities for childhood vaccinations in office practices and the effect on vaccination status. **Pediatrics**, USA, v.91, n.1, p.1-7, 1993 Jan.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

TUGUMISIRIZE, F.; TUMWINE, J.K., MWOROZA, E.A. Missed opportunities and caretaker constraints to childhood vaccination in rural areas of Uganda. **East African Medical Journal**, Kenya, v.79, n.7, 2002. p.347-354.

UGHADE, S.N.; ZODPEY, S.P.; DESHPANDE, S.G.; JAIN, D. Factors responsible for delayed immunisation among children under 5 years of age. **J. Indian Med. Assoc.**, Índia, v.98, n.1, p.4-5, 14, 2000 Jan.

UNICEF. **Plan of action implementing the world declaration on the survival, protection and development of children in the 1990's**. New York: Unicef; 1990b.

UNICEF. **Situação da infância brasileira 2006**. Brasília: Unicef; 2005

UNICEF. **World declaration on the survival, protection and development of children**. New York: Unicef; 1990a.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica**. Campinas: Alínea, 2002.

VERSTRAETEN, T.; DAVIS, R.L.; DESTEFANO, F.; LIEU, T.A.; RODES, P.H.; BLACK, S.B.; SHINEFIELD, H.; CHENM, R.T. Segurança de vacinas com Timerosal: estudo em duas fases de bases de dados informatizadas de organizações para manutenção da saúde. **Rev. Pediatrics**. Ed. bras. São Paulo: v. 8, n. 2, p.120, mar. 2004.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. **Epidemiologia da desigualdade**. São Paulo: Hucitec, 1988. 187p.

VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. Global child survival initiatives and their relevance to the Latin América and Caribbean Region. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 18, n. 3, p. 197-205, 2005.

VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 119, n.1, p. 33-42, 2001.

VOLC, S.M. **Avaliação da proteção vacinal contra sarampo e rubéola em crianças portadoras de leucemia linfóide aguda após o término do tratamento.** 110 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de São Paulo da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

WHO. World Health Organization. Division of Diarrheat and Acute Respiratory Disease Control. **Integrated Management of the sick child.** Bull World Health Organ, n. 73, p. 735-740, 1996.

ZANETTA, R.A.C. **Idades ótimas de vacinação contra sarampo no primeiro ano de vida em uma comunidade do estado de São Paulo, Brasil:** considerando o status das mães. 131 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de São Paulo da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ANEXO A – Calendários de Vacinas



As experiências presentes no SUS colocam-se como um campo de interesse para acompanhamento e observação por oferecerem contribuições significativas para a abordagem da Atenção Básica, destacando-se a utilização de recursos que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Considerando-se o estágio de implantação destas experiências no SUS, propõe-se implantar, no âmbito do Ministério da Saúde, Observatório com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre as práticas e seu impacto na saúde.

Diretriz Única
Criação de Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, no âmbito do Ministério da Saúde.

Para tanto, as medidas a serem empreendidas buscarão:
1. instituir Observatório das experiências já consolidadas de Medicina Antroposófica no SUS, articulando-se as três esferas de gestão;

2. desenvolver metodologias apropriadas para o acompanhamento e avaliação das práticas desenvolvidas nos serviços; e
3. elaborar e publicar material informativo sobre os resultados dos Observatórios.

PORTARIA Nº 1.601, DE 17 DE JULHO DE 2006

Autoriza o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de Recife (PE) para a intensificação das ações de controle da filariose.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, com base no preconizado na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB SUS 01/96, e Considerando a Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004; e

Considerando a Portaria Conjunta nº 8/SE/SVS, de 29 de junho de 2004, resolve:

Art. 1º Autorizar o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de Recife, do Estado de Pernambuco, no valor de R\$ 420.000,00 (quatrocentos e vinte mil reais) em uma única parcela que será paga na competência junho de 2006.

Art. 2º O recurso de que trata o artigo anterior refere-se a um incentivo para a intensificação das ações de controle da filariose, com vistas a sua eliminação como problema de saúde pública.

Art. 3º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência da parcela constante do artigo 1º para o Fundo Municipal de Saúde correspondente.

Art. 4º Os créditos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.305.1203.0829-0001 - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios Certificados para Vigilância em Saúde - Nacional.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de junho de 2006.

JOSÉ AGENOR ALVARES DA SILVA

PORTARIA Nº 1.602, DE 17 DE JULHO DE 2006

Institui em todo o território nacional, os calendários de Vacinação da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o disposto nos arts. 27 e 29 do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, resolve:

Art. 1º Instituir, em todo o território nacional, os calendários de Vacinação da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso, integrantes do Programa Nacional de Imunizações (PNI), visando ao controle, à eliminação e à erradicação das doenças imunopreveníveis.

Art. 2º Estabelecer que a atualização do Calendário de Vacinação da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso deva atender ao disposto nos Anexos I, II e III a esta Portaria, respectivamente.

Art. 3º Determinar que as unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) devam adotar as vacinas e os períodos estabelecidos nos calendários constantes dos Anexos I, II e III a esta Portaria.

Art. 4º O cumprimento das vacinações será comprovado por meio de atestado de vacinação emitido pelos serviços públicos de saúde ou por médicos em exercício de atividades privadas, devidamente credenciadas para tal fim pela autoridade de saúde competente, conforme o disposto no art. 5º da Lei nº 6.529/75.

§ 1º O comprovante de vacinação deverá ser fornecido pelos médicos e/ou enfermeiros responsáveis pelas unidades de saúde.

§ 2º As vacinas que compõem os calendários de Vacinação da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso e seus respectivos atestados serão fornecidos gratuitamente pelas unidades de saúde integrantes do SUS.

Art. 5º Determinar que a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) adote as medidas necessárias à implantação e ao cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 7º Ficam revogadas as Portarias nº 597/GM, de 8 de abril de 2004, publicada no Diário Oficial da União, nº 69, Seção 1, de 12 de abril de 2004, pag. 46, e nº 2.170/GM, de 7 de outubro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, nº 195, Seção 1, pag. 47, de 8 de outubro de 2004.

JOSÉ AGENOR ALVARES DA SILVA

ANEXO I

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA			
IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG-ID	Dose única	Formas graves da Tuberculose
	Contra Hepatite B (1)	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Contra Hepatite B	2ª dose	Hepatite B
2 meses	Tetravalente (DTP + Hib) (2)	1ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções por Haemophilus influenzae tipo b
	VOP (Vacina Oral contra a Poliomielite)	1ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (3)	1ª dose	Diarréia por Rotavírus
4 meses	Tetravalente (DTP + Hib)	2ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções por Haemophilus influenzae tipo b
	VOP (Vacina Oral contra a Poliomielite)	2ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (4)	2ª dose	Diarréia por Rotavírus
6 meses	Tetravalente (DTP + Hib)	3ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções por Haemophilus influenzae tipo b
	VOP (Vacina Oral contra a Poliomielite)	3ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil
	Contra Hepatite B	3ª dose	Hepatite B
9 meses	Contra Febre Amarela (5)	Dose inicial	Febre Amarela
12 meses	SCR (Triplíce Viral)	Dose única	Sarampo, Caxumba e Rubéola

15 meses	DTP (Triplíce Bacteriana)	1ª reforço	Difteria, Tétano, Coqueluche
	VOP (Vacina Oral contra a Poliomielite)	Reforço	Poliomielite ou Paralisia Infantil
4 - 6 anos	DTP (Triplíce Bacteriana)	2ª reforço	Difteria, Tétano, Coqueluche
	SCR (Triplíce Viral)	Reforço	Sarampo, Caxumba e Rubéola
10 anos	Contra Febre Amarela	Reforço	Febre Amarela

- A primeira dose da vacina contra Hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de 3 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.
- O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetravalente e dois reforços com a Triplíce Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo, entre 4 e 6 anos.
- É possível administrar a primeira dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias de idade (6 a 14 semanas de vida).
- É possível administrar a segunda dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias de idade (14 a 24 semanas de vida). O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e segunda dose é de 4 semanas.
- A vacina contra Febre Amarela está indicada para crianças a partir dos 9 meses de idade, que residam ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados: BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

ANEXO II

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE (6)

IDADE E INTERVALO ENTRE AS DOSES	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
De 11 a 19 anos (na primeira visita ao serviço de saúde)	Contra Hepatite B	1ª dose	Hepatite B
	dT (Dupla tipo adulto) (7)	1ª dose	Difteria e Tétano
	Contra Febre Amarela (8)	Reforço	Febre Amarela
	SCR (Triplíce Viral) (9)	Dose única	Sarampo, Caxumba e Rubéola
1 mês após a 1ª dose contra Hepatite B	Contra Hepatite B	2ª dose	Hepatite B
6 meses após a 1ª dose contra Hepatite B	Contra Hepatite B	3ª dose	Hepatite B
2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla tipo adulto)	2ª dose	Difteria e Tétano
4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla tipo adulto)	3ª dose	Difteria e Tétano
A cada 10 anos por toda vida	DT (Dupla tipo adulto) (10)	Reforço	Difteria e Tétano
	Contra Febre Amarela	Reforço	Febre Amarela

- Adolescente que não tiver comprovação de vacinação anterior, seguir este esquema. Se apresentar documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado.
- Adolescente que já recebeu anteriormente 3 (três) doses ou mais das vacinas DTP, DT ou dT, aplicar uma dose de reforço. É necessário doses de reforço da vacina a cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves ou gravidez, antecipar a dose de reforço para 5 (cinco) anos após a última dose. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 (trinta) dias.
- Adolescente que resida ou que irá viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados: BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.
- Adolescente que tiver duas doses da vacina Triplíce Viral (SCR) devidamente comprovada no cartão de vacinação, não precisa receber esta dose.
- Adolescente grávida, que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço, a dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para cinco anos após a última dose.

ANEXO B – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 051/2005

Ribeirão Preto, 29 de abril de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 74ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de abril de 2005.

Protocolo: nº 0516/ 2005

Projeto: Vulnerabilidade e o cuidado familiar com a vacinação de crianças menores de dois anos de idade

Pesquisadores: Débora Falleiros de Mello (orientadora) e
Glória Lúcia Alves Figueiredo

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Cléa Regina de Oliveira Ribeiro
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmº. Srº.

Profº Drº Débora Falleiros de Mello
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Vulnerabilidade e o cuidado familiar com a vacinação de crianças menores de dois anos.

Pesquisadores responsáveis: **Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello**

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. COREN nº 37613 – SP.

Glória Lúcia Alves Figueiredo Aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Esc. de Enf. de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Meu nome é Glória Lúcia Alves Figueiredo, sou aluna do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem e gostaria de saber se você poderia participar de uma pesquisa. A minha orientadora é a Débora Falleiros de Mello, enfermeira e professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O objetivo deste trabalho é descrever as suas experiências e opiniões sobre como tem sido cuidar do seu filho e da vacinação dele. Para isso, conversaremos sobre como foram suas experiências em cuidar de criança menor de dois anos. Pretendemos conversar (entrevista) em sua casa ou na Unidade Básica de Saúde (UBS), e se você concordar, gravaremos nossa conversa para que eu não esqueça nada do que foi dito. Caso não queira que a conversa seja gravada, escreverei o que você fala e depois faremos a leitura juntas. Toda conversa será mantida em segredo (anonimato). A qualquer momento poderá deixar de participar da pesquisa e isso não vai interferir no seu tratamento e de sua família na unidade de saúde.

Caso você queira se comunicar conosco o endereço é Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, na Avenida Bandeirantes nº 3900, fone (016) 602-3435.

Glória Lúcia Alves Figueiredo

Aluna de Pós-Graduação da Esc. de Enf. de Ribeirão Preto da USP.

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

Enfermeira e Prof. da Esc. de Enf. de Ribeirão Preto da USP.

Eu, _____

aceito participar da entrevista do projeto de pesquisa “Vulnerabilidade e o cuidado familiar com a vacinação de crianças menores de dois anos”. Estou ciente de que a entrevista será gravada, as informações serão mantidas em segredo e caso decida que não deva mais participar, em qualquer momento, tenho a liberdade de retirar o meu consentimento. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com a interessada.

Assinatura do entrevistado

Data: ____ / ____ / ____