

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Representações sociais de usuários e profissionais da
Estratégia Saúde da Família sobre vacinação”***

por

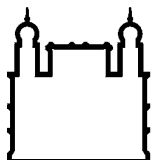
Jaíra Ataíde dos Santos de Brito

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientador principal: Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz

Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Elisabeth Teixeira

Belém, fevereiro de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Representações sociais de usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre vacinação”

apresentada por

Jaíra Ataíde dos Santos de Brito

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Rosa Carmina de Sena Couto

Prof.^a Dr.^a Marize Bastos da Cunha

Prof.^a Dr.^a Elisabeth Teixeira – Segunda orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 28 de fevereiro de 2011.

Ao Cici e à Nazaré, meus pais, aos
quais, tudo devo, amorosamente...

**Ao Ray, Jamilly, Ramon, Jaíra Filha,
Júlio e Bárbara:** minhas representações
de porto seguro; sem vocês é impossível
a aventura de voar em busca de minhas
utopias....

AGRADECIMENTOS

A Deus, inteligência, justiça e amor infinitos. Impossível não encontrá-lo no cotidiano...

Ao Prof. Dr. Eduardo Stotz que, pelo compromisso com o conhecimento, apesar da distância, com delicadeza e atenção, aceitou ser o meu outro social...

À Prof^a Dra Elizabeth Teixeira, a quem conheço há tempos, sempre surpreendente e pela qual tenho carinho, admiração e amizade. Por sua competência, conhecimento, lucidez, companheirismo e presença, que aceitou de pronto acompanhar-me na ousadia de buscar compreender as redes de interações do cotidiano e desvelar as representações sociais sobre vacinação, tão essenciais para o serviço de enfermagem, para o programa de imunizações, para o SUS... és eterna pelo que cativas.

Aos usuários e profissionais da ESF, pela acolhida, aceitação, confiança e participação... sem vocês não haveria pesquisa...

À Coordenação do Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde – ENSP-FIOCRUZ e UEPA, por oportunizarem minha qualificação profissional, acreditando que o serviço precisa de massa crítica em tempo real, para fazer valer todas as utopias do SUS, em todas as regiões deste fantástico BRASIL...

Aos professores do curso de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde na Amazônia, suas participações com conhecimento, paciência e entusiasmo fortaleceram nossa caminhada, iluminaram nossos escuros, mediaram nossos conhecimentos...

As colegas de turma, pelo estabelecimento e fortalecimento de laços de carinho e amizade. A unidade faz avançar sobre a adversidade. Amapá é Pará. Somos vitoriosas!...

Aos funcionários da UEPA – COAD, representados pela Édina, pela disponibilidade, cordialidade, paciência e atenção, desde o tempo da especialização...

Aos colegas do Departamento de Epidemiologia/Divisão de Imunizações da SESP, estímulo constante na caminhada, na certeza que somos parte da mesma rede de interações, que no cotidiano sonham com a eliminação dos agravos preveníveis por vacinação...

As colegas no Núcleo de Promoção a Saúde- UPS/SESMA, pelo profissionalismo, gentileza e atenção na análise do projeto de pesquisa e consequente autorização para frequentar as Casas Família, para coleta e produção de dados;

Aos colegas das coordenações de imunizações em cada um dos 143 municípios desta terra de ricas florestas, fecundadas ao sol do Equador... pela oportunidade de conhecê-los... é ... a gente quer valer o nosso amor... a gente quer valer nosso suor... a gente quer é ter muita saúde...

Ao Ramon e Ana Letícia, as “ajudas” na formatação e tradução foram providenciais, como não poderia deixar de ser, o conhecimento é compartilhado.

Não basta ter belos sonhos para realizá-los.

Mas ninguém realiza grandes obras se não for capaz de sonhar grande.

Podemos mudar o nosso destino, se nos dedicarmos à luta pela realização de nossos ideais.

É preciso sonhar, mas com a condição de crer em nossos sonhos; de examinar com atenção a vida real; de confrontar nossa observação com nosso sonho; de realizar escrupulosamente nossa fantasia. Sonhos, acredite neles.”

(TORTELLO, O pensamento vivo de Lênin, 1987)

RESUMO

Introdução: As vacinas são alguns dos meios mais efetivos de interromper a cadeia de transmissão de algumas doenças imunopreveníveis, sendo também, um objeto de difícil apreensão, por ser um fenômeno de grande complexidade em que se associam e se chocam crenças e concepções políticas, científicas e culturais dos mais variados processos históricos. O controle das doenças imunopreveníveis só será obtido se as coberturas alcançarem índices homogêneos para todos os grupos da população e em níveis considerados suficientes para reduzir a morbimortalidade por essas doenças.

Objetivo: Desvelar as representações sociais de usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família/ESF sobre vacinação e as implicações dessas representações para o cuidado vacinal nas Casas Família. **Método:** A amostra foi composta por 90 usuários e 70 profissionais da ESF. Os usuários foram 74,48% do sexo feminino; 78% na faixa etária de 38 a 57 anos; 65,5% com escolaridade menor que oito anos de estudo; 86,7% moram na área adscrita, há mais de dois anos. Os profissionais foram 87,14% do sexo feminino; 61,42% com idade entre 18 a 37 anos; 71,42% com ensino médio completo e 97,1%, trabalham unicamente na ESF. Os dados foram coletados pela técnica de associação livre de palavras-ALP, cujo estímulo indutor foi vacinação; processado através do software EVOC 2003 e interpretado segundo a teoria do núcleo central das representações sociais. **Conclusão:** As representações sociais sobre vacinação para os usuários apresentam uma estrutura cognitiva da qual participam elementos positivos e negativos. Dentre os positivos temos: criança, proteção e saúde. Quanto aos negativos, ressaltam-se dor, reação, choro, demora, medo e fila. Para os profissionais a estrutura de suas representações sobre vacinação é constituída somente de elementos positivos: imunidade, prevenção, proteção, saúde e revelam aspectos da rotina de vacinação: campanha, controle, cuidado e orientação.

Palavras chave: Vacinação; Representação Social; Estratégia Saúde da Família

ABSTRAT

Introduction: Vaccines are one of the most effective means of interrupting the transmission chain of some immunopreventable diseases, they are also an object of difficult apprehension, as being a great complexity phenomenon in what beliefs and political, scientific and cultural conceptions, of the most varied historical process, are associated and clashed. The immunopreventable diseases control will only be obtained if the coverage achieve homogeneous indexes for all population groups and in sufficient levels to reduce the morbidity and the mortality from these diseases. **Objective:** Unveil the social representations of users and professionals of Health and Family Strategy/HFS about the vaccination and the implications of these representations for immunization care in Family Houses. **Method:** The sample consisted of 90 users and 70 professionals of SHF. The 74,48% of users were female; 78% of those aged 38 to 57 years; 65,5% with less than eight years of study; 86,7 live within the enrolled area for more than two years. The professionals were 87,14% of females; 61,42% are aged 18 to 37 years; 71,42% with high school degree and 97,1% working only in HFS. Data were collected by the technique of free association words/ FAW, whose stimulus inducer was the vaccination, processed through EVOC 2003 software and interpreted according to the central nucleus of social representations. **Conclusion:** Social representations about vaccination for the users present a cognitive structure which involves positives and negatives elements. Among the positives are: child, protection and health. As for the negative we emphasize: pain, reaction, cry, delay, fear and queue. For professionals, the structure of their representations about vaccination consists entirely of positive elements: immunity, prevention and health; it also reveals aspects of the routine and vaccination: campaign, control, care and orientation.

Key words: vaccination; social representation; Strategy of Health and Family.

SUMÁRIO

1-Considerações iniciais: O cotidiano e o território em que ancoramos o objeto vacinação	16
1.1- Aproximação com o objeto de estudo	17
1.2- Motivação para a partida	19
1.3- Problemática e objetivos da pesquisa	24
2- Referencial Técnico	28
2.1- Vacinação: um bem coletivo	29
2.2- Atenção Primária à Saúde: Uma estratégia nacional à favor da cidadania	36
2.3- Teoria das Representações Sociais: Uma via de acesso ao cotidiano	40
3- Meios e Métodos	44
3.1- Abordagem e tipo de estudo	45
3.2- O território do estudo	46
3.2.1- A cidade de Belém do Pará	46
3.2.2- O Distrito Administrativo de Icoaraci- DAICO	47
3.2.3-As casas família do DAICO	49
3.3- Os sujeitos: usuários e profissionais da ESF	49
3.3.1- Abordagem dos sujeitos	50
3.3.2- Caracterização dos sujeitos da pesquisa	51
3.4- Produção dos dados	51
3.4.1- Da técnica em si	51
3.4.2- Da aplicação da técnica	52
3.5- Análise dos dados	53

3.5.1- O software EVOC 2003	53
3.5.2- Passos na aplicação do EVOC 2003 e análise dos dados	53
3.5.3- Procedimentos éticos	57
4- Os conteúdos estruturados das representações sociais de vacinação	58
4.1- Desvelando a estrutura das RS sobre vacinação dos usuários	59
4.2- Revelando a estrutura das RS sobre vacinação dos profissionais de saúde	67
4.3- Articulação entre as representações de usuários e profissionais	70
5- Considerações finais	72
Referências	77
Apêndices	83
Anexos	88

LISTA DE SIGLAS

- ACS- Agentes Comunitários de Saúde
- ALP- Associação Livre de Palavras
- BCG- Vacina Bacillus Calmette Guérin
- CNES- Código Nacional de Estabelecimento de Saúde
- CRIE- Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
- DAB- Departamento de Atenção Básica
- DABEL- Distrito Administrativo de Belém
- DAENT- Distrito Administrativo do Entroncamento
- DAGUA- Distrito Administrativo do Guamá
- DAICO- Distrito Administrativo de Icoaraci
- DAMOS- Distrito Administrativo do Mosqueiro
- DAOUT- Distrito Administrativo do Outeiro
- DASAC- Distrito Administrativo da Sacramenta
- DATA/SUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DTP- Vacina contra Diftéria, Tétano e Coqueluche
- DUPLA VIRAL Vacina contra Diftéria e Tétano
- ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente
- ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública
- ESF- Estratégia Saúde da Família
- EVOC 2003- Eusemble de Programmes Permettant L'analyse Des Evocations
2003
- HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH- Índice de Desenvolvimento Humano
- MS- MS

OMS- Organização Mundial da Saúde

OMS- Organização das Nações Unidas

ONU- Organização das Nações Unidas

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

PNI- Programa Nacional de Imunizações

RS- Representação Social

SI-PNI- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TETRAVALENTE- Vacina contra Diftéria, Tétano, coqueluche e infecções causadas pelo haemophilus influenzae B

TRIVIRAL- Vacina contra Sarampo, Caxumba e Rubéola

TRS- Teoria das Representações Sociais

UBS- Unidade Básica de Saúde

UEPA- Universidade do Estado do Pará

UMS- Unidade Municipal de saúde

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF- Unidade Saúde da Família

VORH- Vacina Oral de Rotavírus Humano

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1- Cobertura vacinal segundo o tipo de vacina e região, por ano, Brasil 1995, 2000 e 2005.
- QUADRO 2- Número previsto de equipes da ESF para implantação, número de equipes implantadas, % de cobertura e estimativa de população atendida.
- QUADRO 3 Resultado da ALP dos usuários da ESF para o estímulo indutor vacinação.
- QUADRO 4- Organização do quadro de quatro casas do termo vacinação para os usuários.
- QUADRO 5- Comparação de taxas de eventos adversos sistêmicos graves associados a vacina DTP e taxas de complicações associadas a coqueluche.
- QUADRO 6- Categorias empíricas emergentes do termo vacinação para os usuários.
- QUADRO 7- Resultado da ALP dos profissionais da ESF para o estímulo indutor vacinação.
- QUADRO 8- Organização do quadro de quatro casas do termo vacinação para os profissionais.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1- Divisão Administrativa do município de Belém
- FIGURA 2- Quadro de quatro casas
- FIGURA 3- Dicionário dos Usuários (tela do word)
- FIGURA 4- Dicionário dos Profissionais (tela do word)
- FIGURA 5- Corpus Usuários (tela do word)
- FIGURA 6- Corpus Profissionais (tela do word)

1-CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O cotidiano e o território em que ancoramos o objeto vacinação

A vida cotidiana é, em grande medida heterogênea; e isso sob vários aspectos, sobretudo no que se refere ao conteúdo e a significação ou importância do nosso tipo de atividade (Heller¹)

1.1- Aproximação com o objeto de estudo

A aventura à qual lançamos nosso olhar está localizada no mundo da vida cotidiana, onde a característica dominante, segundo Heller¹ é a espontaneidade, que se expressa na assimilação de comportamentos e ritmos da vida, acompanhando-se por motivações por vezes efêmeras, em constante alteração, em permanente aparecimento e desaparecimento.

A vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente, que é a realidade social. Este é o mundo do cotidiano que se origina no pensamento e na ação dos homens comuns, sendo afirmado como real para eles¹.

O cotidiano familiar aproximou-nos da área da saúde; ainda menina, por ser minha genitora técnica de enfermagem, visitávamos enfermos sem parentes na cidade de Belém-Pará e frequentávamos as festas celebradas pela equipe de enfermagem do hospital Adventista de Belém. Aos vinte e dois anos de idade obtivemos a graduação em enfermagem e obstetrícia pela Escola de Enfermagem Magalhães Barata, hoje, curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará - UEPA. Então, há vinte e sete anos, exercemos a função de enfermeira, como trabalhadora da saúde.

Iniciamos na área hospitalar, em unidades de internação de cirurgias de pescoço e cabeça e no ano de 1989, por meio de concurso público ingressamos na Secretaria Estadual de Saúde Pública- SESPA, atuando inicialmente, na unidade Básica de Saúde-UBS do Benguí (unidade de saúde localizada em subúrbio na periferia da cidade, bairro formado por invasões); este foi nosso primeiro **território de atuação**.- aqui nominamos território o espaço geográfico e social onde a UBS está inserida, considerando a população moradora e atendida na citada UBS.

As UBS, são unidades de saúde pública que realizam atendimento a população e são responsáveis pelo desenvolvimento dos programas da Atenção a Saúde, essenciais no tratamento e prevenção de agravos a saúde, dos quais destacamos: realização de pré-

natal, controle da hanseníase, controle da tuberculose, saúde do adolescente, saúde da criança e da mulher, imunização, controle do diabetes e hipertensão. Trabalhamos na Unidade Básica de Saúde - UBS do Benguí, por doze anos e entre as várias atividades desenvolvidas inerentes a enfermagem, tínhamos um apego muito especial pela sala de vacinação, talvez por ser a parte integrante do serviço de enfermagem, que atendia uma clientela com grande variedade de faixas etária, e tínhamos que vacinar desde crianças até idosos.

Sendo assim, várias vezes no turno de trabalho nos encontrávamos na sala de vacinação, acompanhando as técnicas na aplicação das vacinas; observando as orientações dadas as pessoas que eram vacinadas, esclarecendo as dúvidas dos responsáveis pelas crianças. As vacinas estão entre as grandes intervenções que fizeram a diferença na vida da população mundial. Duas intervenções em saúde que apresentaram o maior impacto na saúde mundial foram a água potável e as vacinas ².

Existem agravos para os quais as vacinas são praticamente o único meio de evitá-los, contribuindo de maneira decisiva e favorável na proteção a saúde da população. Desde sua criação, em 18 de setembro de 1973, dentro de um contexto que buscou ordenar em um único órgão as ações de vacinação, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) avança na perspectiva da inclusão social, na medida em que assiste todas as pessoas, em todos os recantos do país, sem distinção de qualquer natureza. As vacinas estão disponíveis em todas as salas de vacinação ou com as equipes de vacinação, cujo empenho permite levar a imunização a locais de difícil acesso – às matas, aos morros, aos becos das favelas, às palafitas, às aldeias indígenas, onde se fizer necessário chegar, o PNI vai ².

Neste cotidiano, quinzenalmente aplicávamos um instrumento de supervisão na sala de vacinação e atualizávamos a equipe de vacinadores, principalmente para o atendimento da clientela (orientações que deveriam ser dadas para a vigilância de eventos adversos pós vacinação, como também, esclarecimento de dúvidas, pois considerávamos necessária e oportuna a acolhida das pessoas na sala de vacinação, com informações precisas, como forma de captar e vacinar contra os agravos preveníveis por vacinas, todos que buscassem pela sala de vacinação.

A vivência nos possibilitou identificar algumas situações, como por exemplo: as mulheres com as quais conversava no pré natal sobre imunização eram assíduas na vacinação das crianças; as mulheres do planejamento familiar também estavam em dia em relação à vacinação contra o tétano; as visitas que realizavam na creche do bairro garantiam a atualização do cartão de vacinação das crianças a conversa e o esclarecimento de dúvidas facilitavam a adesão. Porém, tais ações isoladas repercutiam de maneira muito discreta, pois tínhamos crianças faltosas à vacinação e não tínhamos como alcançá-las em casa, faltava um visitador; às vezes liberávamos um atendente para ir em busca dos faltosos, mas o endereço não era encontrado ou a família já havia trocado de endereço. Percebia que em muito pouco ou nada repercutia a busca tardia de tais crianças; ficava a imagem de que a melhor estratégia para garantir a imunização da

clientela da UBS era não perder a oportunidade de, em qualquer contato, envolver o tema da vacinação.

Hoje, atuando há dez anos na coordenação do Programa de Imunizações do estado do Pará, junto a uma equipe de profissionais, vivenciamos a difícil realidade, agora bem mais ampliada, de buscar manter vacinada a clientela das UBS, e manter uma população devidamente protegida com cobertura vacinal adequada nos cento e quarenta e três municípios do estado onde temos inúmeros fatores limitantes, interferindo diretamente na validação dos dados de vacinação.

1.2- Motivação para a partida

Segundo o DATA/SUS³, cobertura vacinal é o percentual de crianças imunizadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Moraes⁴, ao discutir a cobertura vacinal em estudo realizado para a faixa etária de crianças menores de um ano, refere que a cobertura obtida para cada vacina específica não corresponde à cobertura pelo esquema vacinal completo para cada criança, fornecendo geralmente valores superestimados; há divergências entre dados de produção e dados de inquérito; há problemas de acesso ou adesão ao programa de imunizações e diferenças intra-estaduais e inter-municipais importantes que devem ser consideradas.

A busca pela cobertura vacinal adequada (calculada através do número de crianças com esquema básico completo, na idade alvo para determinado tipo de vacina x 100, dividido pelo número de crianças na idade alvo, em determinada área geográfica), é uma ação diária das coordenações de imunização; para o Programa de Imunizações, ter a cobertura vacinal adequada, significa ter o controle de determinado agravo prevenível por vacinação. Sendo assim, cada município, mensalmente, tem meta determinada para vacinar as várias faixas etárias e atingir os indicadores de cobertura vacinal em cada aplicação⁵.

Ao discutir a prevalência da hepatite B, Souto⁶ constatou que, em área rural de município hiperendêmico na Amazônia Mato-Grossense, havia mais de 50% de cobertura vacinal em todos os estratos etários. Entre crianças, encontrou 87% e entre adolescentes, encontrou 72% de vacinados com as três doses da vacina. Estes dados são considerados pelo pesquisador como bastante razoáveis, porém, não se atingiu o percentual mínimo de 95%, como é preconizado pelo PNI, para a vacinação contra hepatite B.

Luhm⁵, ao estudar os sistemas informatizados de registro de imunização com enfoque na saúde infantil, confirma que o sucesso do controle das doenças imunopreveníveis em nosso país deve-se a sua elevada cobertura vacinal, amparada por políticas de autosuficiência em imunobiológicos e iniciativas que garantam a segurança das mesmas.

Ao pesquisar sobre comunicação social e vacinação, Rocha⁷ assinala que a população brasileira continua a dar credibilidade aos chamamentos anuais para a vacinação contra a poliomielite e para outras vacinas. Também se mobiliza para o enfrentamento de outras situações, como o combate ao cólera, ao vetor da dengue, etc. A rotina dos serviços de saúde, seja para vacinação, seja para outras medidas (pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, tratamento da hanseníase ou tuberculose), ainda deixa a desejar em termos de resposta da população. É preciso buscar os motivos, inventar metodologias e técnicas de maior aproximação com a população, para que ela sinta essas ofertas como direitos de cidadania e venha buscar a vacinação.⁷

Refletindo sobre o grande impacto da vacinação para o controle de determinados agravos e a necessidade de garantir o fácil acesso do usuário à sala de vacinação, reconhecemos que existe um espaço vazio entre a sala de vacinação e o usuário e que tal vazio necessita de mediação, que neste contexto são os profissionais da estratégia saúde da família que cotidianamente frequentam o mesmo território – área adscrita de tais usuários, podem fazer a aproximação possível, ocasionando o grande encontro da vacinação com a população.

A vacinação é uma das ações básicas em saúde e uma das mais importantes para a melhoria da saúde pública. Todo município, por menor que seja sua estrutura de secretaria municipal de saúde, faz as ações de vacinação. Com exceção do saneamento básico, nenhum outro avanço, nem mesmo os antibióticos, apresentaram o mesmo impacto na redução da mortalidade e no crescimento da população mundial². É também a forma mais econômica de intervenção, pois reduz os custos de tratamento.

É responsabilidade do Ministério da Saúde (MS)² definir as vacinas de caráter obrigatório em todo o território nacional ou em determinadas regiões do país, de acordo com o comportamento epidemiológico das doenças imunopreveníveis nos termos do Decreto Lei nº 78 231 de 12/08/1976,⁸ que dispõe ainda sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, a notificação compulsória de doenças, além de regulamentar o Programa Nacional de Imunizações (PNI). Desde então, segue-se uma rotina de proteção contra determinados agravos preveníveis por vacinação em todo o território nacional.

Na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), braço da Organização Mundial da Saúde (OMS), o PNI brasileiro é citado como referência mundial, e por essa excelência comprovada, organizou duas campanhas de vacinação no Timor Leste, ajudou nos programas de imunizações na Palestina, na Cisjordânia e na Faixa de Gaza. Ministrou cursos no Suriname, recebeu técnicos de Angola para serem capacitados no Brasil e mantém cooperação técnica com Estados Unidos, México, Guiana Francesa, Argentina, Paraguai, Uruguai, Venezuela, Bolívia, Colômbia, Peru, Israel, Angola, Filipinas. Fortalecido internacionalmente, ganha o reconhecimento e admiração de países por dar cobertura a um país de dimensões continentais e de tão grande

diversidade socioeconômica na proteção da população contra os agravos preveníveis por vacinação².

Em trinta e sete anos, os avanços e inovações no Programa de Imunizações são frequentes, bem como a introdução de novas vacinas; nesta última década foram introduzidas as vacinas influenza sazonal, que é uma vacina trivalente e anualmente têm suas cepas atualizadas. A vacina Triviral (contra sarampo, caxumba e rubéola); a vacina Dupla Viral (contra sarampo e rubéola); a vacina Tetravalente (contra difteria, tétano, coqueluche e infecções causadas pelo *haemophilus influenza B*); a Vacina Oral de Rotavírus Humano – VORH, e bem recentemente, em março de 2010, a introdução da estratégia de vacinação contra influenza A H1N1 para a vacinação em todo o território nacional. Vale destacar o aprendizado do ano de 2008, com a campanha nacional de vacinação contra a rubéola, que vacinou 67.953.226 homens e mulheres de 12 a 39 anos contra rubéola de uma meta de 70.234.226. Bem recente, entrou no calendário básico de vacinação, no mês de março de 2010, a vacina Pneumocócica 10- valente conjugada⁹.

Se as vacinas são um dos meios mais efetivos para interromper a cadeia de transmissão de algumas doenças imunopreveníveis e, por isso, há empenho em proteger a população através da vacinação, entendemos a vacinação como um objeto de difícil apreensão, por ser um fenômeno de grande complexidade, em que se associam e se chocam crenças e concepções políticas, científicas e culturais dos mais variados acumulados processos históricos de cada cultura⁷. É exatamente nesta rede que estamos ancorando o nosso estudo. Entender o problema da vacinação tal como é percebido por usuários e profissionais de saúde de unidades da Estratégia de Saúde da Família em Belém, estado do Pará e as representações sociais desses sujeitos acerca da vacinação, como ação específica de saúde pública nos parece relevante como contribuição ao debate em curso entre profissionais e pesquisadores da área.

O quadro é um paradoxal: de um lado a importância incontestável das vacinas para a melhoria da saúde da população mundial; as campanhas vitoriosas para a erradicação da varíola; a manutenção da erradicação da poliomielite; a erradicação do sarampo e rubéola¹⁰; a normatização das ações de vacinação no Brasil, que garante a proteção vacinal de determinados agravos para toda a população e do outro lado, as baixas coberturas vacinais na rotina e no dia-a-dia das salas de vacinação em menores de um ano, em várias regiões³ do país, como podemos observar com as vacinas tetravalente (contra difteria, tétano, coqueluche e *haemophilus influenzae B*), cujo percentual de cobertura vacinal adequado é de 95%, e a vacina contra Hepatite B, que também tem o percentual de cobertura vacinal adequado de 95% (quadro 1).

QUADRO 1-Cobertura Vacinal segundo o tipo de vacina e região, por ano, Brasil, 1995, 2000 e 2005

Vacina	Ano	Brasil	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro Oeste
Tetraivalente	1995 **(DTP)	8,5%	66,1%	69,5%	97,8%	86,2%	64,5%
	2000 (DTP)	94,7%	78,1%	89,9%	99,8%	99,5%	99,7%
	2005	95,4%	91,7%	93,8%	95,6%	99,5%	99,7%
Hepatite B	1995	10,5%	39,2%	***_	5,4%	30,7%	0,3%
	2000	91,1%	72,2%	85,7%	98,2%	97,0%	88,9%
	2005	91,3%	85,3%	89,2%	93,2%	95,9%	92,4%

Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)

*Vacina Tetraivalente, entrou na rotina do PNI no ano de 2003;

** Vacina DTP (contra difteria, tétano e coqueluche), foi substituída pela vacina Tetraivalente;

*** Não houve dado disponível.

Com base no quadro acima, observamos que as regiões norte e nordeste não apresentaram coberturas vacinais adequadas nos anos do estudo, para nenhuma das vacinas apresentadas; tal situação nos leva a querer compreender as dificuldades enfrentadas para garantir a vacinação dos menores de um ano com as vacinas do esquema básico. Segundo o IBGE 2000, na amostra de domicílios 2008, as regiões norte e nordeste são tidas como as mais empobrecidas, com grandes extensões territoriais, deficientes em número de equipes de saúde, o que já sinaliza a necessidade de um olhar mais direcionado para buscar compreender as baixas coberturas vacinais nesses territórios.

Porém, identificamos um avanço paulatino no crescimento das coberturas vacinais entre as várias regiões do país. As maiores coberturas vacinais foram encontradas nas regiões sul e sudeste. Possivelmente, a facilidade de acesso pode ter sido decisivo para tais coberturas vacinais. Quando desmembramos da região norte o estado do Pará, evidenciamos o mesmo crescimento observado no país, como mostra o quadro 2.

QUADRO 2- Cobertura Vacinal segundo o tipo de vacina, por ano, Pará, 1995, 2000 e 2005

Vacina	Anos		
	1995	2000	2005
*Tetraivalente	**DTP 71,13%	**DTP 68,19%	98,13%
Hepatite B	31,42%	63,75%	90,79%

Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)

*Vacina Tetraivalente, entrou na rotina do PNI no ano de 2003;

** Vacina DTP (contra difteria, tétano e coqueluche), foi substituída pela vacina Tetraivalente;

São progressivos os avanços de coberturas vacinais, no estudo, a partir do ano de 2005. Observamos coberturas vacinais aproximadas dos níveis mínimos recomendados para a quebra da cadeia epidemiológica das doenças imunopreveníveis. Entre as dificuldades para atingir as coberturas ideais, encontramos na vacinação contra Hepatite B um fator relevante, que é o intervalo entre a primeira e a terceira dose, que sendo de seis meses, possibilita vários abandonos.

1.3- Problemática e objetivos da pesquisa

As ações de imunização nos serviços de saúde pública do Pará estão relacionadas à Atenção Básica, tradicionalmente disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde, cada qual com a sua sala de vacinação. Mais recentemente, na Estratégia Saúde da Família (ESF), que acompanha a proposta da proteção vacinal, há um espaço físico na Casa Família com a perspectiva de ampliação do acesso, da racionalidade técnica e econômica, de participação popular em saúde e extensão de cobertura dos serviços de saúde para parcelas específicas da população.¹¹

As equipes da ESF encontram-se em fase de expansão tanto em áreas rurais como em áreas urbanas. São compostas no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando se trata de uma equipe ampliada, é acrescida por um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. A atuação das equipes ocorre principalmente em unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter um território definido, com uma população delimitada sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividade de educação e

promoção da saúde. E ainda, por estabelecer vínculos de compromisso e de coresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistema de informação para o monitoramento e a tomada de decisões, e atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde que tem efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, família e comunidade ¹¹.

Ao discutir o Cadastro Ampliado da Saúde da Família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde, Sala, Simões, Luppi e Mazziere¹² afirmam que, para a ESF, a família aparece como a unidade de ação programática, e não apenas o indivíduo. Deste modo, a família deve ser tomada como unidade de análise, pois é objeto privilegiado de intervenção. Os indivíduos agora são definidos com base em sua relação na família. O trabalho não se esgota na ação sobre cada família, mas compreende também a dinâmica da comunidade ou de um conjunto social.

Neste contexto, a coordenação estadual de imunizações, ao relacionar, no estado do Pará, o número de equipes da ESF e o número de salas de vacinas, constatou que a ampliação das equipes no estado não implicou o aumento do número de salas de vacinas cadastradas no Sistema de Informação e Avaliação do Programa de Imunização, e ainda, em várias reuniões do Programa de Imunizações com equipes da ESF, não conseguimos visualizar se há o acompanhamento da situação vacinal da população moradora da área adstrita da estratégia.

Ainda neste cenário, em que a ESF se relaciona com as ações de vacinação, constatamos, na coordenação estadual, algumas situações preocupantes como, por exemplo, as atividades educativas, fortalecedoras de iniciativas de busca da proteção vacinal pela população, que são desconsideradas por conta da rotina do atendimento ao grande público, ficando evidente uma fragilidade cuidativa-educativa na ESF, quando relacionada à vacinação; por suas características de missão e atuação, a ESF deveria ser a grande aliada do Programa de Imunização, uma vez que atua com área geográfica adstrita, tendo a possibilidade de um contato mais próximo com a comunidade residente, e desta forma, poderia acompanhar a atualização do cartão vacinal de cada um dos residentes das casas visitadas ¹².

No cotidiano dos serviços, podemos observar algumas vezes um trabalho impessoal e geralmente ineficiente e ineficaz. Isso acontece quando não se prioriza a busca de faltosos e, assim, se favorece a formação de bolsões de suscetíveis; ou quando se estabelecem aprazamentos para vacinação em confronto com a orientação do atendimento direto a qualquer momento da busca do usuário pelo serviço; e ainda quando não se utiliza o cartão de espelho e se perde oportunidades para vacinar a população contra agravos imunopreveníveis ^{2,12,13}.

Ao discutir a organização do trabalho e o perfil dos profissionais da ESF na reestruturação da atenção básica em saúde, Andrade e Barreto¹⁴ afirmam que os

profissionais devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam as necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Na mesma discussão, ao fazer a relação entre as principais atividades apontadas para cada um dos profissionais participantes das equipes da ESF e as atividades que são desenvolvidas pelos mesmos, os autores destacam a visita domiciliar como ação realizada por todos os profissionais da equipe. Na nossa compreensão a visita é um dos grandes momentos de interação social entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, proporcionando a troca de informações e fortalecendo atitudes consideradas favoráveis para a promoção e proteção à saúde, como a ação de vacinação.

Ao realizar pesquisa de opinião sobre as campanhas de vacinação contra influenza no estado São Paulo, Aranda, Carvalhanas, Paiva e Brandileone¹⁵ e também Moura e Silva¹⁶, chamam atenção para a baixa indicação da vacina por parte das equipes de saúde. Não obstante, os autores encontraram associação entre o comparecimento à vacinação e a recomendação médica.

Inquieta-nos a possibilidade de que, por ineficiência de intervenção dos profissionais de saúde, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, venham a correr o risco de adoecer, complicar e virem ao óbito por ocorrência de doenças perfeitamente evitáveis pela vacinação, pois, quando temos o adoecimento pelo agravo, temos também o risco de propagação do mesmo, por possível presença de pessoas suscetíveis e o risco de complicações, e até mesmo a possibilidade de óbito (dependendo do agravo imunoprevenível e da faixa etária do doente). Permeando este quadro, temos o absenteísmo, uma vez que, se trabalhador, obrigatoriamente ficará ausente do trabalho, com perda de sua produção, gastos com hospitalização e desgaste emocional provocado pelo adoecimento. Se responsável por menor, terá que acompanhá-lo em todas as etapas de tratamento da doença, vivenciando o desgaste emocional de ter um familiar doente correndo os riscos citados. Enfim, nestas situações perfeitamente evitáveis, o cidadão só teve perdas.

A inquietação avança quando sabemos que as vacinas estão entre os avanços mais significativos no impacto de morbimortalidade, contribuindo de maneira decisiva na proteção da saúde dos povos. No Brasil, através do Programa Nacional de Imunizações, as vacinas indicadas para a proteção de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos estão disponíveis diariamente em todas as salas de vacinação do país, para qualquer sujeito, independente da localidade de sua moradia. Tal afirmação é um nítido contraste com a notificação através do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, da ocorrência de casos suspeitos de doenças preveníveis por vacinação, como por exemplo, o tétano acidental, e a baixa cobertura vacinal encontrada em várias localidades do estado, na população em geral. Logo, a atuação das ESF e o agir da comunidade são os motivadores para apreender possíveis lacunas existentes na interação usuários e profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família no processo de vacinação.

O cotidiano das salas de vacinação e a rotina de trabalho da ESF são exuberantes em comunicação e interação entre indivíduos (usuários com usuários, profissionais com usuários e profissionais com profissionais de saúde), no qual sentimentos, informações e atitudes permeiam o ambiente social. Sendo assim, são produtores e reprodutores de representações sociais, uma vez que, segundo Moscovici¹⁷, as mesmas são saberes utilizados pelas pessoas em sua vida cotidiana e comportam visões compartilhadas por grupos, que determinam condutas desejáveis ou admitidas num campo de comunicação povoado de idéias e valores.

Neste cotidiano de efervescentes interações, o objeto de representação é a vacinação e a realidade confirma a necessidade de estudos que venham contribuir para uma aproximação com os aspectos biopsicossociais e culturais de usuários das salas de vacinação e profissionais de saúde da ESF, sobre este objeto. Assim, perguntamos: **quais as representações sociais sobre vacinação de usuários e profissionais da ESF?** Como questões de pesquisa temos: a) Como os usuários e profissionais da estratégia saúde da família se manifestam sobre a vacinação e o que é central e o que é periférico nas suas representações?; b) Como as reflexões de tais representações de usuários e profissionais de saúde influenciam as ações de vacinação?

Com base no exposto, nos propomos a atingir o seguinte objetivo geral: desvelar as representações sociais de usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre vacinação e as implicações destas representações para o cuidado vacinal em unidades da Estratégia Saúde da Família de Belém. Como objetivos específicos: a) Analisar o que é central e periférico nessas representações; b) Relacionar as reflexões de tais representações de usuários e profissionais de saúde com as ações de vacinação.

A dissertação está organizada em cinco capítulos. No primeiro, tecemos nossas considerações iniciais sobre o objeto de estudo. No segundo, indicamos os referenciais teóricos do estudo. No terceiro, as trilhas metodológicas. No quarto, os resultados da pesquisa de campo. Finalmente, no quinto capítulo, tecemos as considerações transitórias do cotidiano.

2- REFERENCIAL TEÓRICO

Os acontecimentos históricos ou da vida cotidiana são governados por uma profunda conjunção interna da qual ninguém é completamente independente, na medida em que todos são por ela penetrados de todos os lados (Minayo¹⁷)

2.1- Vacinação: Um bem coletivo

As sociedades humanas vivem o presente, marcado pelo passado e projetado para o futuro, o que traz em si, dialeticamente, as marcas progressas, numa re-construção constante com o que está dado e do novo que surge¹⁷. É com este olhar histórico, que buscamos situar os marcos do Programa Nacional de Imunizações (PNI), compreendendo que todo processo histórico traz consigo as marcas de seu tempo e das interações partilhadas, conscientemente ou não, mas que de maneira intrínseca estão contidas no que temos hoje. E assim, compreendemos a construção de um programa nacional especialmente dedicado às questões de vacinação na saúde pública como um processo histórico. Desde as primeiras vacinações em 1804, quando o Marquês de Barbacena resolveu, de maneira rudimentar, imunizar os escravos que trazia em sua viagem pelo Atlântico, em direção ao Brasil¹⁸, acumulam-se mais de 200 anos de imunizações. Hoje desenvolvem ações planejadas e sistematizadas, que dado a seu crescimento e consolidação são reconhecidas internacionalmente e normatizam o programa de imunizações no nosso país².

Localizamos alguns fatos históricos indispensáveis para a compreensão da dinâmica interna que movimenta a rede de interações da vacinação que envolve o conhecimento científico, ideologias, articulação política, sociedade, saúde, doença e morte. Assim sendo, encontramos a varíola, que foi a enfermidade mais devastadora da história da humanidade. Somente no século XIX, matou quase quinhentos milhões de pessoas no mundo, tal a magnitude do agravo. Tendo como único hospedeiro o homem, a doença iniciava com sintomas de febre e mal estar, evoluindo com dores musculares, gástricas e vômitos violentos. Após infecção do trato respiratório, o vírus multiplicava-se nas células, espalhando-se primeiro para os órgãos linfáticos e depois para a via sanguínea e pele, onde surgiam as pústulas típicas, primeiro na boca, membros e generalizando-se pelo corpo¹⁹.

A varíola surgiu há mais de três mil anos, provavelmente na Índia ou no Egito, aniquilou populações inteiras ao longo de séculos, incluindo-se diversas tribos indígenas no Brasil. A transmissão ocorria de pessoa para pessoa por meio de convívio e geralmente através das vias respiratórias. Citam os autores que, em algumas culturas

antigas, a letalidade da varíola era tão elevada entre as crianças que estas só recebiam nomes se sobrevivessem a doença. A sobrevivência dependia do tipo de varíola: a varíola *major* (forma mais agressiva com 30% de letalidade) e a varíola *minor* ou alastrim (mais comum com menos de 1% de letalidade)¹⁹.

Neste contexto, o Brasil registra, em 1563, a primeira epidemia de varíola na ilha de Itaparica-BA, disseminando-se para o restante do país; após, várias outras epidemias de varíola sucederam-se.

Em 14 de maio de 1796, o médico inglês Edward Jenner, após observar que pessoas antes infectadas com o vírus da varíola bovina nunca manifestavam a varíola humana, retirou pequena quantidade de sangue das mãos de uma camponesa e inoculou em um garoto de oito anos, com o tempo, constatou-se que a criança havia se tornado imune à varíola. De maneira rudimentar, estava descoberta a vacina contra a varíola. Edward Jenner mudou a história da imunologia. A palavra vacina, vem do latim *vaccinus*, de *vacca* (vaca). Já em 1804, na tentativa de proteção contra a varíola, narra-se que o Marquês de Barbacena, durante uma travessia no Atlântico, forçou seus escravos a se cortarem no braço e encostar o ferimento no corpo do outro para assim, transmitir o vírus¹⁹, e desenvolver a proteção contra o agravo. A vacinação continuou braço a braço, conforme técnica de Jenner.

Em 1887, o Brasil começa a produzir a vacina contra varíola em vitelos de laboratório, graças ao Barão Pedro Afonso, diretor da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Nesta oportunidade, em uma contagem censitária, o país somava 14,3 milhões de habitantes.¹⁹ Em 1900, é criado o Instituto Soroterápico Federal em Manguinhos, no Rio de Janeiro, com o objetivo de desenvolver soros e vacinas e apoiar as campanhas de saneamento levadas por Oswaldo Cruz. Nesse momento, o Brasil tem 17,5 milhões de habitantes¹⁹.

Em 1904, com o mundo ainda convivendo com as várias epidemias de varíola, a vacina já estava sendo produzida no país. O grande sanitarista Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, consegue, no Congresso, a aprovação da lei que torna obrigatória a vacinação contra a varíola no estado. Logo, inicia-se a campanha de vacinação para toda a população. Com a permissão do Congresso, as brigadas sanitárias entravam nas casas, acompanhadas de policiais, para aplicar a vacina à força. Como é possível prever, a lei causou indignação na população que se rebelou contra o governo. Começa, assim, a Revolta da Vacina, uma das mais importantes manifestações populares da história do país. Os manifestantes depredaram ônibus, bondes e lojas e tentaram invadir os órgãos do governo, contabilizaram-se mais de 30 mortes e 110 feridos. Centenas de manifestantes foram presos e muitos foram deportados para o Acre. Após conter a rebelião, o governo voltou a vacinar, sem enfrentar novos distúrbios^{18,19}.

A Revolta da Vacina é um marco de grande importância nos meios acadêmicos, e ainda hoje é lembrada, por ocasião das grandes campanhas de vacinação, como a vacinação de idosos contra influenza sazonal, ou como a vacinação nacional contra rubéola ou ainda, mais recente, na vacinação da população contra influenza A H1N1.

Infelizmente, são produzidos e disseminados publicamente vídeos ou e-mails com informações desfavoráveis à vacinação, relacionando a vacina aos efeitos letais ou ao surgimento de morbidades após alguns anos da vacinação. Possivelmente, tais informações interagem no imaginário simbólico das pessoas, contribuindo de um lado para a formação de uma memória positiva sobre vacinação, pois protege, evita o adoecimento e a morte. Mas, por outro lado, aparecem as resistências que interferem na aceitação da vacina, o que pode explicar a dificuldade em alcançar 100% das metas previstas nas campanhas de vacinação.

No artigo “Vacinas e campanhas: as imagens de uma história a ser contada”, Porto e Pontes¹⁹ assinalam que a iconografia em torno das vacinas e das campanhas de vacinação são importante acervo para os interessados pela temática das políticas de imunização. Nelas, muitas vezes, encontram-se diversas representações sobre vacinas e as doenças por elas combatidas, os ambientes onde as vacinações eram postas em prática, os veículos e as estratégias de convencimento e comunicação de massa, bem como o conhecimento que se tinha a respeito das doenças e das vacinas utilizadas para combatê-las. A vacinação atravessou vários períodos na história do Brasil e teve vários marcos, como destacamos, em que pese o momento político brasileiro em que se deu a Revolta da Vacina. Sobre esse episódio, vários autores^{19,20,21} apontam para um movimento que teria sofrido manipulações políticas, articuladas por segmentos da elite brasileira descontentes com os rumos assumidos pela República; mas não há como negar que a obrigatoriedade da vacinação por si só trazia força suficiente para provocar reações violentas em defesa da privacidade e da livre determinação¹⁸.

Após a Segunda Guerra Mundial, com o avanço da tecnologia, é desenvolvida a vacina contra a poliomielite, constituída de vírus inativados (mortos); é descoberta uma técnica para cultivo do poliovírus, o que viabiliza a produção da vacina em massa. Em 1945, é criada a Organização das Nações Unidas (ONU) e na conferência convocada para definir a constituição da ONU, o Brasil e a China lançam a proposta de criação de um órgão que trate da saúde em âmbito mundial, uma única organização, nova e autônoma, o que é aprovado por unanimidade. No ano seguinte, é criado o Fundo para as Nações Unidas para o Desenvolvimento Infantil (UNICEF) e, em 1948, no dia 7 de abril, há a fundação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Neste dia, comemora-se mundialmente o dia da Saúde. A OMS chega com a missão institucional de levar a toda a população mundial o mais alto nível de saúde possível. Logo, a varíola é definida como uma doença de grande importância, cabendo ao mundo unir esforços para combatê-la. No ano seguinte, é assinado um acordo entre a Organização Sanitária Pan-Americana (que posteriormente se chamaria Organização Pan-Americana da Saúde) e a Organização Mundial de Saúde, de modo que a Organização Sanitária Pan-Americana passa a ser considerada oficina regional da OMS^{18, 19, 20}.

São ganhos da década de cinquenta: a decisão da Assembléia Mundial de Saúde de promover o controle da varíola, e a aprovação pela OMS um plano para erradicação da varíola. Em 1961, como projeto experimental, são realizadas no Brasil as primeiras campanhas com a vacina oral contra a poliomielite em Petrópolis –RJ e Santo André-

SP⁹. Por iniciativa e coordenação da Organização Mundial de Saúde/OMS, em 1965 inicia-se a campanha para erradicação da varíola. Seguindo-se as ações do plano, na Somália, no ano de 1977, é registrado o último caso de varíola, sendo a mesma considerada erradicada do mundo no ano de 1980^{18,20}. Seguindo estas conquistas, a OMS criou o Programa Ampliado de Imunizações (PAI), expandindo as atividades de imunização para outras doenças, como poliomielite, sarampo, tuberculose, difteria, tétano e coqueluche em vários países do mundo²⁰.

O Programa Nacional de Imunizações/PNI é criado em 1973, por determinação do MS. Seus objetivos são: a promoção do controle do sarampo, tuberculose, difteria, tétano, coqueluche e pólio e a manutenção da situação de erradicação da varíola. Na década de oitenta, iniciam-se as campanhas nacionais de vacinação contra a poliomielite. Consideramos oportuno destacar que as ações de vacinação, por envolverem diretamente decisões políticas, custos financeiros, grupos de pesquisadores, cientistas, laboratórios produtores de vacinas, lideranças nos vários níveis da gestão, nem sempre são ações de fácil consenso. Ao discutir a história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização, Campos e Maranhão²¹ afirmam que as experiências anteriores de campanha contra a poliomielite sofreram grande descontinuidade a partir de 1961, pois o que ocorria nas campanhas era o fato de que “tinha uma epidemia de poliomielite e em seguida era desencadeada uma epidemia de vacinação”, isto é, a vacina chegava atrasada, quando a epidemia já estava em declínio, e as crianças das classes mais favorecidas eram vacinadas por seus pediatras, o que levou a mudar o perfil da doença, pois a mesma passou a incidir basicamente nas classes menos favorecidas da população, causando um impacto social de “menor” visibilidade. Some-se a isso as dificuldades decorrentes das dimensões continentais e a diversidade existente no país, que prescindia de grandes quantidades de vacina e uma estrutura de serviço, que na época, era insuficiente²¹.

Com frequentes surtos de pólio em vários pontos do país, o MS instituiu o Plano Nacional de Controle da Poliomielite; o governo federal assegurava o suprimento de vacinas e a supervisão técnica, os estados adotavam a estratégia de vacinação em massa num só dia, estabelecendo três etapas anuais de vacinação do grupo etário de três meses a quatro anos de idade, realizadas em períodos distintos em cada estado. Em 1971, a experiência ocorreu somente no estado do Espírito Santo. Nos anos de 1972 e 1973, o plano foi executado em 14 estados. Em 1974, a estratégia de campanha de vacinação foi abandonada, ficando somente a vacinação de rotina na rede básica de saúde. Neste momento, junto com o novo ministro da saúde, assumiu o poder um grupo de técnicos, com forte influência da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que defendia fervorosamente a atuação do centro de saúde, as ações de rotina da vacinação e a educação sanitária²¹. Perdeu-se cobertura vacinal, uma vez que os serviços de saúde de rotina eram insuficientes no país. Porém, ganhou-se com a normatização técnica da conservação das vacinas na rede de frio, e principalmente com o estabelecimento da vigilância epidemiológica, que incluiu normas técnicas para a confirmação clínica e laboratorial dos casos e investigação epidemiológica no nível nacional. Isso permitiu

aprofundar os estudos das características epidemiológicas da pólio no Brasil, não só no tempo e no espaço, mas também, em relação a importantes variáveis como: idade, estado vacinal prévio, tipo de poliovírus isolado e sequelas. Verificou-se que a pólio incidia mais na faixa etária de zero a quatro anos, com predominância na faixa etária de seis meses a dois anos, afetando mais as crianças não vacinadas, que viviam em zonas urbanas e era causada principalmente pela poliomielite vírus 1. Demonstrou-se que a vacinação realizada nos últimos anos pela rede de serviços básicos de saúde foi insuficiente para promover o controle da poliomielite, tendo ocorrido várias epidemias neste período em vários estados²¹.

A situação era grave e foi reconhecida pela própria OMS. Neste contexto, o sanitarista Waldir Arcoverde, recém empossado ministro da Saúde no governo do presidente João Baptista Figueiredo, optou por enfrentar decisivamente a questão da pólio no Brasil. Logo, foi composta uma equipe com qualificação técnica e competência para enfrentar os problemas da área, com penetração e liderança política, uma vez que na área da saúde existiam grupos conservadores que defendiam a privatização da saúde e grupos progressistas que defendiam uma reforma que possibilitasse a universalização dos serviços¹⁹. Ademais da gravidade da situação, houve uma importante epidemia no estado do Paraná e em Santa Catarina, o que levou o secretário de Saúde do Paraná a denunciar na televisão a existência do surto epidêmico. O fato repercutiu nacionalmente em fins do ano de 1979 e ao longo de 1980²¹.

Assim, criou-se uma situação favorável para o enfrentamento da poliomielite no Brasil, uma vez que o governo militar estava em processo de abertura e interessado em lançar mão de políticas sociais para sua legitimação. A estratégia básica defendida, já em janeiro de 1980, era a vacinação em massa, em curtíssimo tempo, em todo o território nacional. Com esta definição, iniciaram-se as negociações em busca de apoio técnico e político. Albert Sabin foi convidado pelo MS para prestar assessoria à equipe quanto ao aprimoramento da estratégia a ser utilizada. Sabin, logo na sua chegada, em fevereiro daquele ano, discordou das informações do MS sobre a Poliomielite e propôs uma pesquisa sobre prevalência das sequelas em escolares abrangendo todo o país para, estimar a magnitude da doença e assim, definir as ações de controle da poliomielite; tal proposta demandava tempo e recursos e para aquele momento não era viável²¹.

Criou-se então a polêmica. Os técnicos do ministério compreendiam que os dados disponíveis permitiam identificar o problema e determinar diretrizes básicas de um programa de controle e a proposta de Sabin postergava uma intervenção que na avaliação dos técnicos era urgente. Não havendo acordo, Sabin escreveu uma carta ao presidente da República defendendo a exatidão dos dados estatísticos. A imprensa abriu espaço para a controvérsia ao longo do mês de março e a opinião pública nacional e internacional aliou-se a Sabin nas duras críticas ao ministério²¹. O ministro Waldir Arcoverde, ao defender no plenário da Câmara dos Deputados o controle da poliomielite no Brasil, justificou a indicação de dias nacionais de vacinação contra a doença tendo como base dados publicados pela OMS que mostravam que o Brasil, depois da Índia, era o país que mais tinha casos de poliomielite registrados em todo o

mundo, no período de 1976 a 1978, e que somente a estratégia de vacinação da rotina não conseguiria fazer o controle do agravo.

Iniciou-se então um trabalho monumental para montar a infra-estrutura de armazenagem, controle de qualidade e distribuição das vacinas e demais insumos, como também, foi realizada negociação entre o MS e estados, com governadores e secretários de Saúde. O ministro da Saúde viajou a todos os estados para conseguir que os governadores priorizassem a campanha contra a poliomielite ²¹. Mesmo com posições contrárias à proposta (a própria OMS também se posicionará contrária à idéia de “dia nacional”), todos os recursos e apoios possíveis foram mobilizados, desde o nível central, com o apoio de todos os órgãos ministeriais, até clubes de serviço como o Rotary e o Lions, sociedades de pediatria e grupos comunitários a nível local. Assim, nos dias 14 de junho e 16 de agosto de 1980, realizaram-se, respectivamente, a primeira e segunda etapas de vacinação, em crianças entre zero e cinco anos, independente de vacinação anterior, em um só dia, em todo o território nacional²¹.

Em consequência disso, houve uma grande redução do número de casos da doença, que passou de 11290, em 1980, para 122, em 1981. No ano seguinte, observou-se o menor número de casos já registrados nacionalmente: 45 casos confirmados. A oposição se calou. A estratégia dos dias nacionais de vacinação passou a se repetir a cada ano, e, sendo assim, o número de casos aproximou-se de zero. A OMS, baseada no exemplo do Brasil, recomendou o uso da estratégia de campanhas de vacinação para a erradicação da transmissão do poliovírus selvagem na região das Américas. Com a participação popular, através de concurso nacional, é criada a marca-símbolo da campanha nacional de vacinação contra a poliomielite, o Zé Gotinha. Em 1989, temos o último registro de caso de poliomielite no país, no município de Souza, na Paraíba ^{2,19,20}. Desde então, trabalhamos com as duas etapas anuais das campanhas de vacinação contra a poliomielite para manter a erradicação, uma vez que ainda temos baixa homogeneidade de cobertura vacinal.

Ao lembrar brevemente o contexto histórico em que ocorreram as articulações para a realização das campanhas nacionais de vacinação contra a poliomielite, objetivamos sinalizar a complexidade que envolve o fenômeno vacina e sua utilização social. Ao discutir a saúde coletiva, Minayo¹⁶ afirma que a saúde é um bem social, um direito universal associado à qualidade e à proteção da vida, espelhando políticas públicas e sociais universalizantes, inclusivas na cidadania e superadoras de desigualdades sociais. A vacinação, também é defendida pela inclusão social, na medida em que assiste todas as pessoas, em todos os recantos do país, sem distinção de qualquer natureza ².

Na década de oitenta, com o grande sucesso alcançado pelos países desenvolvidos no controle das doenças imunopreveníveis, houve o reconhecimento de que ainda milhões de crianças de países em desenvolvimento e, sobretudo, de países mais pobres, poderiam ser salvas. Tal fato mobilizou os organismos internacionais, como o Fundo Mundial para Educação e Infância – UNICEF, a OMS, a Fundação

Rockfeller e o Banco Mundial, no sentido de criar, em 1991, a iniciativa de Vacinas para a Infância (Children Vaccine Initiative, 1993), o que elevou consideravelmente a demanda de vacinas, influenciando ainda nos laboratórios produtores de vacinas que tiveram de aumentar sua capacidade de produção realizando novos investimentos ².

Na contagem censitária de 1991, o Brasil tinha aproximadamente 145 milhões de habitantes. O calendário vacinal amplia-se para a população de menores de um ano, agora com proteção para onze agravos imunopreveníveis. Nesta mesma década, inicia-se a vacinação contra influenza para os idosos, objetivando dar continuidade ao processo de universalização do atendimento, oportunizado pelo ano internacional do idoso. ^{2,15}

Em 2000, o Brasil tinha uma população aproximada de 170 milhões de habitantes, dos quais 16,4 milhões com idade entre zero a quatro anos. No país existiam 5.561 municípios, 73,2% com população de até dois mil habitantes, parte deles recém criados, com precária infra estrutura urbana. O PNI continua avançando, e foi concretizado um calendário básico para vacinação da população indígena. A vacinação é cada vez mais procurada para a proteção de menores de um ano e da população em geral, torna-se prática de prevenção e controle de doenças em grandes populações e o Programa de Imunizações destaca-se para o mundo como modelo e exemplo de atenção a saúde que é vitorioso, sendo premiado e recomendado em vários países. ^{2,18,20,21}

Nesta década, para a faixa etária de menores de um ano, temos a proteção vacinal contra quatorze agravos preveníveis por vacinação. As vacinas são disponibilizadas em todas as salas de vacinação do território nacional (que atendam as garantias de armazenamento e controle de temperatura). Através da sala especial de vacinas do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE, passou-se a oferecer proteção vacinal para pessoas imunodeprimidas (renais, diabéticos, HIV positivo, transplantados, neuropatas, cardiopatas, hepatopatas e seus contatos intradomiciliares), como também, para crianças, que diante de um quadro de reação adversa a vacina seja encaminhada para mudança de esquema vacinal ²².

Faz-se oportuno destacar que a construção histórica da vacinação está relacionada ao contexto econômico e social, certamente influenciando as decisões tomadas na aquisição de determinadas vacinas para a proteção da população, principalmente para os mais desfavorecidos economicamente, dado o impedimento financeiro de adquiri-las. Para avançar para uma reflexão mais contextualizada da necessidade de garantir políticas públicas que protejam a população menos favorecida, lembramos que o panorama econômico, com grande massa de excluídos, possivelmente, faz parte das consequências do avanço do capitalismo em todo o contexto histórico social do país, o que corroborado por Oliveira, que cita “a consolidação do acúmulo de capital origina processo desigual de concentração de riquezas e o crescente aumento de populações desfavorecidas e socialmente marginalizadas” ²³ Assim, o coletivo dos mais desfavorecidos necessita de políticas protetoras da saúde, educação, moradia, transporte, saneamento básico entre outros, o que vem sendo sinalizado insistentemente

no setor saúde desde a Conferência de Alma-Ata, como proposta para promover a saúde de todos os povos do mundo. Logo, a vacinação é neste estudo entendida como um bem coletivo, que se ancora contemporaneamente na Atenção Primária à Saúde e na Estratégia Saúde da Família, de que tratamos a seguir.

2.2- Atenção Primária à Saúde: Uma estratégia nacional à favor da cidadania

A primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (1978), deliberou que “uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva”. Além disso, afirmou que “os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social”, considerando o envolvimento comunitário e individual.^{24,25} Declarou que é chocante a desigualdade existente no estado de saúde dos povos, principalmente entre os povos desenvolvidos e em desenvolvimento, como também, afirmou que a que a proteção a saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social, e ainda, que é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

Não chegou a saúde para todos no ano 2000. Porém, as conferências mundiais para discussão de temas relevantes para a saúde do planeta tornaram-se sistemáticas, e assim, a cada conferência realizada, o resultado das discussões é apresentado por meio de um documento (carta) em defesa da promoção da saúde²⁶. É consenso entre os países de que essa promoção é essencial ao contínuo desenvolvimento econômico e social, à manutenção da melhoria da qualidade de vida dos povos e à manutenção da paz mundial. Entre as principais conferências temos: Ottawa (1986); Adelaide (1988); Sundsvall (1991); Bogotá (1992); Porto Spain (1993); Jacarta (1997); Suíça (1998); México (2000); São Paulo (2002); Bangkok (2005) e a conferência internacional de saúde para o desenvolvimento, em Buenos Aires (2007). Cada conferência é uma discussão localizada, atual, contextualizada, sobre as questões da saúde pública do planeta, discutindo medidas e apontando a necessidade de políticas fortalecidas para garantir a promoção à saúde a todos os indivíduos e coletivos do mundo^{24,26,27}.

O quadro de desigualdades sociais interfere diretamente na saúde da população brasileira, estudiosos dedicam-se a expor as várias interfaces e assim, contribuir para uma discussão mais ampliada que possibilite a fomentação de políticas públicas mitigadoras de tal impacto nas populações menos favorecidas social e economicamente. Neste desvelamento das desigualdades no setor saúde, Scwarcwald, ao estudar a mortalidade infantil e o custo social do desenvolvimento brasileiro, mostra que a lógica de desenvolvimento do país, com os serviços de infra-estrutura urbana necessários à proteção das condições de saúde, como: assistência médica, saneamento básico,

habitação, transportes coletivos, energia elétrica, entre outros, quando executados, atenderam a lógica de reprodução capitalista do desenvolvimento econômico, desconsiderando as necessidades sociais. Ao fazer análise histórica da evolução da mortalidade geral e infantil no mundo, desde a Revolução Industrial, a autora refere, que no Brasil, os estudos consistentemente demonstraram padrões de desigualdade social em relação à probabilidade de um indivíduo morrer antes de completar o primeiro ano de vida, coexistindo duas situações distintas: uma, encaminhando-se aos níveis dos países avançados, e outra, permanecendo com os valores elevados, exatamente nas regiões mais pobres do país²⁸.

Paralelo ao crescente quadro das desigualdades sociais em saúde no país, temos várias experiências da educação popular em saúde, que constitui-se um movimento social, composto por pesquisadores, profissionais e técnicos de saúde, ativistas, técnicos e lideranças dos movimentos e organizações sociais comprometidos em participar e ampliar os esforços de emancipação das camadas trabalhadoras, considerada uma das mais espoliadas da população brasileira. Cada um desses segmentos da educação popular contribui com suas visões de mundo diferentes, mas articulados na abordagem de educação de Paulo Freire, que através da compreensão da educação bancária na relação opressor e oprimido, buscam avançar para uma compreensão libertadora das classes menos favorecidas.

Esta forma de enfrentamento das desigualdades sociais na saúde, encontra eco em várias experiências da educação popular em saúde, como observadas na análise realizada por Stotz, sobre as experiências da educação popular nos movimentos sociais de saúde, nas décadas de 70 e 80, com os vários movimentos comunitários, trabalho educativo e educação política, que com lutas e acúmulos sistemáticos da organização popular, chegam em 2003 com a criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde – Aneps, com o objetivo de conhecer as experiências de movimentos e práticas locais e refletir sobre suas possíveis contribuições para a política de saúde²⁹.

E, ainda, Barata, ao discutir como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde, conclui que uma condição indispensável para se buscar formas de enfrentamento, sejam elas no âmbito das políticas públicas ou no campo do cotidiano, é compreender o processo que as produzem, identificar os diferentes aspectos que estabelecem a mediação entre os processos macrossociais e o perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais. Entre outros aspectos, afirma que como esforço para minorar as desigualdades sociais em saúde, faz-se necessário a implementação e o aprimoramento contínuo do SUS, tornando realidade os princípios da universalidade, integralidade e equidade, que constituem os marcos do novo sistema de saúde brasileiro³⁰.

Diante de tantos acúmulos vindos dos movimentos sociais das décadas de 70 e 80, respaldados no contexto histórico de Alma-Ata, que defende a atenção primária à saúde com a participação da comunidade e a garantia de saúde para todos, corroborados pelos acontecimentos econômicos, sociais e políticos, no Brasil, é aprovado o Sistema Único

de Saúde/SUS- institucionalizado nas Leis nos. 8 080 e 8 142, de 1990. A mudança é radical: Saúde como direito a ser garantido pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, o que exige o contínuo exercício do controle social^{31, 32}.

Os avanços são inúmeros, a consolidação legal do SUS passa por normas, diretrizes e portarias, é a mais importante e avançada política social em curso no país.¹¹ Após a consolidação legal, é sentida a necessidade de se revisar e readequar as ações de saúde no país, e assim, se instituem as políticas do SUS, objetivando o fortalecimento das ações e, entre elas, temos a Política Nacional da Atenção Básica, de acordo com a portaria nº 648/2006.³¹ Esta política consolida o Programa Saúde da Família como a estratégia de abrangência nacional e prioritária para a reorganização da Atenção Básica à Saúde no território nacional.

Tal afirmativa é respaldada pelo Departamento de Atenção Básica – DAB, que aponta “A Atenção Básica caracteriza-se como um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”.^{11, 13}

O DAB, vinculado a Secretaria de Atenção à Saúde, do MS, tem a missão de operacionalizar essa política no âmbito da gestão federal do SUS. Para executar esta política conta com a participação dos estados, Distrito Federal e municípios. Desenvolve ainda mecanismos de controle e avaliação, prestando cooperação técnica a estas instâncias na implementação e organização da Estratégia Saúde da Família e ações de atendimento básico como: Saúde Bucal, Diabetes e Hipertensão, Vacinação, Alimentação e Nutrição, Gestão e Estratégia e Avaliação e Acompanhamento. Assume que tem como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS, a Saúde da Família^{11,13}.

Segundo o Departamento de Atenção Básica/coordenação do estadual da ESF, a ampliação na implantação das equipes da ESF, segue uma programação que atende a uma estimativa populacional de cobertura nacional. Do previsto para implantação, até o mês de agosto/2010, se tinha o seguinte quadro:

QUADRO- 2: Número previsto de equipes da ESF para implantação, número de equipes implantadas, % de cobertura e estimativa da população atendida

	BRASIL	REGIÃO NORTE	PARÁ	BELÉM
Teto Previsto	79 028	6 342	3 078	594
N equipes implantadas	31 423	2 465	915	89
% cobertura	52.27%	52%	41,23%	21.55%
Estimativa Populacional	99 150 132	7 903 502	3 040 889	307 050

Fonte: DASE/Pará/agosto 2010

Observamos, a ampliação do número de equipes da ESF na região norte acompanha o percentual do país. Porém, no estado, temos uma cobertura de equipes abaixo do índice nacional, e o município de Belém apresenta o índice de implantação bem aquém da cobertura estadual.

Conforme a coordenação estadual da ESF, hoje, o Pará têm cobertura de 36,9% de equipe da ESF e o município de Belém, 18,7%. No mês de outubro de 2009, Belém tinha 96 equipes da ESF e, no mês de março de 2010, 67 equipes atuantes. Vale destacar que o município tem 1% de zona rural, representado por um conjunto de pequenas ilhas. Dada sua importância como estratégia nacional de reorganização da Atenção Básica, consideramos que seja qual for o percentual de cobertura da ESF, a mesma é aliada das ações de vacinação e onde a ESF existir, deve existir elevada e homogênea cobertura vacinal, em todas as famílias cadastradas, principalmente nos menores de um ano de idade.

A íntima relação entre a ESF e as ações de vacinação, como também, o cotidiano de atuação das equipes saúde da família, encontra respaldo em vários estudos com inquietação similar. Ao realizar pesquisa para testar o Monitoramento Rápido de Vacinação, com o intuito de detectar bolsões de suscetíveis e conhecer os motivos para a não vacinação em duas áreas do município de São Luiz de Gonzaga (área A, com ESF implantada e área B, com ESF não implantada), no estado do Rio Grande do Sul, Marchionatti, teve-se como resultado: no bairro A, em vinte casas visitadas, foram encontradas 25 crianças menores de cinco anos, todas com vacinação em dia; no bairro B, em vinte casas visitadas, foram encontradas 28 crianças menores de cinco anos, onde somente 17 estavam com a vacinação em dia, tendo-se uma cobertura vacinal de 60.71% . Os motivos para a não vacinação foram o desconhecimento do atraso vacinal e a presença de doenças na criança. O estudo concluiu que a ESF é uma estratégia para manter as coberturas vacinais elevadas e homogêneas ³². Ao estudar a organização do trabalho e perfil dos profissionais do PSF que objetivava delinear o perfil dos profissionais e a organização do trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família, do município de Teixeiras, em Minas Gerais, foram encontradas questões referentes a organização do trabalho e qualificação profissional das ESF como obstáculos para a implantação mais adequada dessa estratégia, que tem o coletivo e a família como foco de atenção ³³ Cota e outros, ao realizar avaliação normativa de ação programática de imunizações nas Equipes de Saúde da Família do município de Olinda, estado de Pernambuco, concluíram que as equipes não seguem as normas e rotinas preconizadas, o que demonstra a necessidade de implementação de ações de caráter político e operacional para o programa alcançar suas metas ^{32,33}.

Na atualidade, a Saúde da Família desenvolve o trabalho com 238 mil ACS, 31 mil equipes da ESF e 19 mil equipes de saúde da bucal, atuantes em todo o território nacional, com apoio dos gestores locais, estadual e federal. Há muitas conquistas, como a ampliação do acesso da população brasileira aos serviços de saúde, promoção da equidade e melhoria dos indicadores de saúde. ^{34,35}

As equipes da ESF em seu cotidiano, interagem com os usuários e ambos, nestes contextos de compartilhamento, elaboram e trocam representações sociais. Estas representações norteiam suas ações permanentemente. Como neste estudo nos aproximamos das representações desses atores sociais, passo a seguir a tecer considerações sobre a Teoria das Representações Sociais - TRS.

2.3- Teoria das Representações Sociais : Uma via de acesso ao cotidiano

Para compreender a rede de relações que envolvem as baixas coberturas vacinais em áreas cobertas pela ESF, que envolve como sujeitos os profissionais da estratégia e os usuários do serviço dentro de uma dada realidade social, necessitamos de instrumentos, conceitos e teorias, para orientar tal aproximação com o real, para desvelar suas dimensões e significados.

Durkheim inicia o uso do conceito de representações, concebendo-as como representações coletivas. Do ponto de vista sociológico, afirma que as representações coletivas são categorias do pensamento através das quais, determinada sociedade elabora e expressa sua realidade, transformando-se elas próprias em fatos sociais. Relacionou representações coletivas a fatos sociais, desconsiderando a possibilidade de interferências individuais na construção das representações³⁶.

A teoria da representação social de Serge Moscovici, autor romeno, naturalizado francês, publicada no livro *“La psychanalyse: son image et son public”*, em 1961 buscou renovar e confirmar a especificidade da psicologia social e do conceito de representações coletivas de Durkheim, inaugurando uma vertente psicossociológica, e estabelecendo uma psicologia do conhecimento com o conceito de representação social. Considera problema da psicologia social “o estudo de como, e por que, as pessoas partilham o conhecimento e deste modo constituem sua realidade comum, de como eles transformam idéias em práticas”³⁷.

Segundo Moscovici, na perspectiva da psicologia social, “o conhecimento é sempre produzido através da interação e da comunicação. Emerge do mundo onde as pessoas se encontram e interagem, do mundo onde os interesses humanos, necessidades e desejos encontram expressão, satisfação ou frustração.” A representação social é uma forma de conhecimento particular. Assim, elaboramos conhecimentos e os comunicamos entre e com os indivíduos. Logo, se há interação, há representação social^{37, 38}.

As representações dão sentido à nossa vida cotidiana e se revelam nas atitudes, nos gestos, nas falas, nas comunicações, nas relações entre indivíduos em que um influencia o outro; e neste dinamismo interpretam e elaboram o real. Assim ocorre entre os usuários e profissionais da Equipe Saúde da Família que nas interações cotidianas formam suas representações sociais. As interações que ocorrem no cotidiano entre usuários e profissionais dos serviços de saúde, particularmente da ESF, apontam uma

forma de pensamento social, construído na relação do vivido com o experimentado. Entendemos que a Teoria das Representações Sociais é um meio para se construir uma compreensão do objeto vacinação, representado por usuários e profissionais da estratégia saúde da família. Conforme Moscovici, “as representações sociais circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente, por meio duma palavra, dum gesto, ou duma reunião em nosso mundo cotidiano”^{37,38}.

Dois processos, objetivação e ancoragem, se articulam na TRS, possibilitando a transformação de um conhecimento em representação e a forma como esta representação interfere e transforma o social.

A objetivação é um processo de seleção da informação dentro de um contexto mais geral, transformando-se em uma posterior esquematização que possibilita inscrever a representação dentro de uma relação de coerência com aquilo que é consensual a um grupo, e por isso comunicável. Torna concreto o que era abstrato. Forma o núcleo figurativo da representação, conferindo materialidade a idéias, palavras e esquemas conceituais³¹. No mecanismo de construção da objetivação, são observadas três fases: uma primeira fase, a triagem dos elementos, que é realizada por meio de critérios presentes no campo da cultura e especialmente normativos; seguindo-se a fase de esquematização, em que informações são retiradas de um campo científico e apropriadas por um determinado público, de acordo com esquemas que lhes são próprios; finalmente, a fase de naturalização, em que os vários elementos do núcleo figurado são coordenados e tornam-se elementos da realidade, transformando-se em evidências que orientam as percepções e os julgamentos da realidade socialmente construída.^{37,38,39}

A ancoragem é a operação cognitiva que busca dar sentido ao figurado. É o traço essencial do fenômeno representacional. Classifica e dá valoração aos novos elementos que irão se incorporar na realidade de significados e categorias familiares ao sujeito que conhece, imagina e age. É a familiarização do estranho, ligado a valores, crenças, saberes pré-existentes e dominantes na sociedade, proporcionando o enraizamento social da representação. Logo, a ancoragem promove a articulação das funções básicas da RS, que são: integração da novidade; interpretação da realidade e orientação das condutas e das relações sociais.^{37,38,39} Desvelar as representações dos usuários e profissionais da ESF sobre vacinação é ter a possibilidade de compreender sob que rede de interações estão ancoradas as representações destes sujeitos sobre o objeto da pesquisa e desvelar que informações cotidianamente reforçam sua memória histórica sobre a vacinação. É também dispor de um meio de orientação para reordenar a educação continuada desses atores sobre vacinação.

A área da saúde é um amplo cenário para o estudo das RS. Amâncio³⁶ refere que a área da saúde é um território de medos e ansiedades face a acontecimentos incontrolláveis e ameaçadores para os indivíduos; é espaço de confrontação institucional entre poderes diferentes e saberes diversos, e uma área cada vez mais central para os decisores políticos; destaca que o domínio da saúde e da doença constitui-se um terreno

fértil de representações sociais nas sociedades contemporâneas, tal afirmativa é corroborada por vários outros estudos.^{17,36,40,41,42,43,44}

Avançando no estudo da RS inaugurada por Moscovici,^{37,38} convém destacar o desdobramento de três correntes teóricas complementares: a processual, que é uma primeira dimensão, em que os preceitos de Moscovici, são ampliados por Denise Jodelet; a societal, a segunda dimensão, que procura articulá-la com uma perspectiva mais sociológica, liderada por Willem Doise; e uma terceira, liderada por Jean-Claude Abric, que enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações e compreende que as representações sociais se estruturam em torno de um núcleo central.^{40,45}

Neste estudo, nos aproximamos da abordagem estrutural de Abric, que, na Conferência Internacional de Aixen-Provence, recebeu o reconhecimento oficial por parte de Moscovici³⁹. É fato que a ampliação do conhecimento possibilita o surgimento de novas teorias e dimensões de compreensão; tais perspectivas têm divergências metodológicas (qualitativas, quantitativas e experimentais), e estas serão frequentes, o que não implica desacordos insuperáveis^{39, 45}; ao contrário, o ganho é enriquecedor, pois há mais pontos de convergência, de reconhecimento mútuo e possíveis articulações. Abric considera que toda RS é organizada em torno de um núcleo central (que unifica e dá sentido ao conjunto de uma representação), e de alguns elementos periféricos, que permitem certa flexibilidade à mesma. Refere, ainda, que o núcleo central tem relação com as representações construídas a partir de situações históricas particulares de um grupo social, ou seja, representações construídas em função do sistema de normas ao qual o grupo está sujeito e que, por sua vez, está relacionado a condições históricas, sociológicas e ideológicas desse grupo.^{40,45,46}

Aponta os elementos periféricos como relacionados à adaptações individuais destas representações, em função da história de vida de cada membro desse mesmo grupo. Sendo assim, o núcleo central atua como elemento unificador e estabilizador das RS construídas por um determinado grupo, enquanto que os elementos periféricos constituem-se em verdadeiros sistemas que atuam no sentido de permitir certa flexibilidade às mesmas, de sorte que, diante de elementos novos, esses últimos é que são acionados para realizar as devidas adaptações, evitando assim, que o significado central das representações, para aquele grupo, seja colocado em questão. Ainda, segundo o autor, o sistema central é estável, coerente, consensual e historicamente definido. Já o sistema periférico, constitui o complemento indispensável do sistema central do qual ele depende. Isso ocorre uma vez que o sistema central é essencialmente normativo e o núcleo periférico, por sua vez é funcional.^{39,40,43,44,45,46}

Neste contexto, consideramos que usuários e profissionais da ESF, diante das interações cotidianas do setor saúde em seus territórios de domicílio, em momentos desse cotidiano (quer seja por visita domiciliar, ou consulta na casa família, ou ainda, cuidados inerentes a casa família, entre outros), lidam com o objeto de estudo dessa pesquisa, e são levados a posicionarem-se frente a este objeto, tal posicionamento é a própria atitude do sujeito diante da vacinação. Logo, a formação das RS sobre

vacinação são estimuladas pela comunicação entre profissionais da ESF e usuários; as informações recebidas pelos usuários levam-no a familiarizar o conceito no seu âmbito de vida e as consequências da vacinação podem ser favoráveis ou não a formação de núcleos de representações consensuais que valorizem ou não a vacinação como cuidado básico de proteção à saúde.

Deste modo, compreender a estrutura organizacional do núcleo central e elementos periféricos das RS sobre vacinação, é compreender onde são mais mutáveis e flexíveis e, desta forma, poderão emergir alternativas de intervenção que favoreçam o alcance de coberturas vacinais adequadas. Tais representações podem influenciar nas interações estabelecidas, interferindo assim, na proteção vacinal da população da área adscrita à ESF.

Vale também apontar que não defendemos somente ações direcionadas à vacinação, pois consideramos a visita domiciliar um recurso que torna rica e mais ativa a relação entre o serviço de saúde e a população; o diálogo com a família na moradia também ajuda o profissional a ter uma visão mais objetiva da realidade da vida da população. Enfim, a ida ao domicílio precisa se constituir prática permanente, atendendo a vários objetivos importantes tais como: identificar situações de risco à saúde; orientar sobre as formas de prevenção e informar sobre quando e como a família deve dirigir-se ao serviço de saúde, ou até mesmo conduzir a família ao próprio serviço, no caso de situações de alto risco. Neste contexto, na interação da visita domiciliar, a vacinação pode ser assunto de conversa, avaliando-se o estado vacinal de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, como também, do cartão de vacinas de cães e gatos. É sobre essas considerações que ancoramos nosso estudo. E é com a dimensão estrutural que objetivamos o estudo. Enfim, para atender as premissas metodológicas da abordagem estrutural, fizemos opções de meios e métodos, e é sobre essas opções que tratamos a seguir.

3- MEIOS E MÉTODOS

As sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configurações culturais são específicas. Elas vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro que em si traz, dialeticamente, as marcas pregressas, numa reconstrução constante do que está dado e do novo que surge (Minayo¹⁷).

3.1- Abordagem e tipo de estudo

Para escolha dos meios e métodos, nos apoiamos na Teoria das Representações Sociais e na perspectiva da abordagem estrutural desta teoria, elaborada e definida como teoria do núcleo central, mini teoria ou teoria complementar por Jean-Claude Abric em 1976. Esta abordagem parte da idéia do modelo figurativo proposto por Moscovici^{37,38}. Torna possível os estudos comparativos³⁶ e defende a necessidade de se trabalhar a idéia de centralidade na organização da representação social. Abric, afirma que a organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos, que dão significado a representação. Sobre este aspecto, destaca as representações sociais como conjuntos sóciocognitivos organizados e estruturados, constituídos por dois subsistemas: um núcleo central e um núcleo periférico, o que é considerado uma das maiores contribuições ao refinamento teórico e metodológico das representações sociais^{39,40,44,45,46}.

O núcleo central é o que caracteriza uma representação em si, organiza todos os elementos e lhe confere seu significado, é o elemento da representação mais estável e mantém o caráter consensual e qualquer alteração no núcleo central da representação, acarreta alteração de toda a representação^{39,40,45}. Já o núcleo periférico, responde por uma extensa variabilidade de relacionamentos com o objeto de representação em função principalmente das práticas concretas que envolvem um determinado sujeito e um objeto^{45,46}.

A teoria do núcleo central atendeu ao objeto do estudo em questão, pois permitiu compreender as características e modos de expressão de usuários e profissionais da ESF relacionados a vacinação, possibilitando organizar e analisar as representações como conhecimentos latentes, resultantes da interação cotidiana de tais sujeitos.

Por meio das representações sociais dos usuários e profissionais da ESF sobre vacinação, e por meio desta interface, foi possível apreender o fenômeno em um cenário

natural onde usuários e trabalhadores interagem: Na difusão dos conhecimentos, as representações sociais têm papel como sistema de acolhimento, que pode constituir-se obstáculo ou servir de ponto de apoio a assimilação do saber científico e técnico, uma vez que são as representações que nos orientam em direção ao que é visível como aquilo a que nós temos de responder^{36, 37,39,40}.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quanti-qualitativa; tem como universo de investigação o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam.^{41,42,43,44,46,47}

A opção pelo estudo de cunho descritivo favoreceu analisar as representações sociais, considerando-se as aproximações e divergências a respeito da vacinação, assim como as implicações das representações para as ações do Programa Nacional de Imunizações, corroborado por vários autores, para quem as representações sociais permitem aos sujeitos uma orientação diante de um objeto socialmente relevante, constituindo-se em uma forma especial de conhecimento compartilhado no seu grupo de pertencimento ou como uma categoria socialmente elaborada e dirigida á vida prática^{37,38,40,45,41,42,43,44,47}.

3.2- O território do estudo

3.2.1- A cidade de Belém do Pará

A escolha de um distrito da cidade de Belém foi com base nos dados de cobertura vacinal do ano de 2008. O distrito administrativo de Icoaraci - DAICO, no ano de 2008, apresentou baixa cobertura vacinal. O referido distrito tem equipes da ESF; as casas família tem sala de vacinação e são de fácil acesso à população.

A opção recaiu sobre o município de Belém, por ser onde exerço minhas atividades profissionais. A capital do Pará, “Metrópole da Amazônia”, é a maior cidade na linha do Equador, possui o maior IDH entre as capitais nortistas e a maior região metropolitana. As capitais servem de espelho para os demais municípios do estado por sua organização, facilidade de acesso, estruturação e oferta dos serviços, bem como, pela imagem difundida e nem sempre real, de que nas capitais as dificuldades enfrentadas para realizar as ações de vacinação são menores. Belém, se assemelha a uma península, é cercada por água, áreas militares e de proteção ambiental. Teve pouco espaço para crescer e, da conexão com quatros municípios próximos (Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara), origina-se a grande Belém. Com uma população de 2,1 milhões de habitantes, sua economia está relacionada primordialmente com o comércio, serviços e turismo, com o desenvolvimento de atividade industrial, incluindo alguns estaleiros, indústrias metalúrgicas, de pesca, de beneficiamento de palmito e madeiras³⁶. Possui 71 bairros, divididos em oito distritos administrativos: Guamá (DAGUA, zona sul), Icoaraci (DAICO, zona norte), Mosqueiro (DAMOS, zona norte),

Outeiro (DAOUT, zona norte), Sacramenta (DASAC, zona oeste), Entrocamento (DAENT, zona leste) e Belém (DABEL, zona sul)⁴⁸.

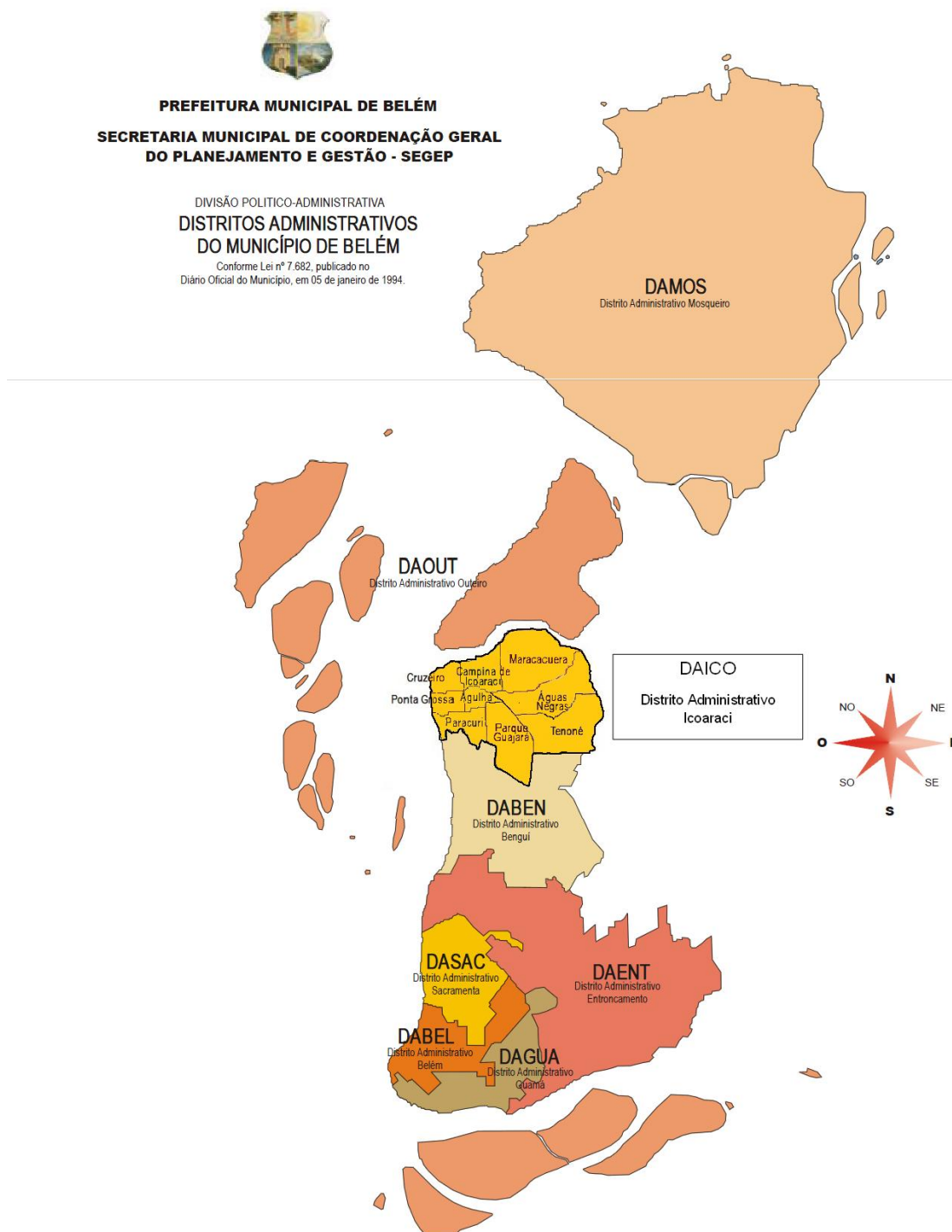
Segundo o Departamento de Atenção Básica, a rede municipal de saúde oferta à população ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade, nas seguintes áreas: ambulatorial e hospitalar, composta por 204 estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) nas esferas municipal, estadual e federal, dos quais 62% (124) públicos, os quais têm a seguinte distribuição: 90 municipais, 28 estaduais, seis federais; 80 privados/filantropicos conveniados ao SUS; 74 unidades cadastradas no Código Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES/MS. 74 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 43 Unidades Saúde da Família –USF, 100 serviços especializados de média e alta complexidade, 25 hospitais, um (1) hemocentro, um (1) serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)/192 na atenção pré-hospitalar.

3.2.2- O Distrito Administrativo de Icoaraci – DAICO

O território da pesquisa é representado pelos bairros denominados Agulha, Águas Negras, Eduardo Angelim, Parque Guajará, Maracacuera, Icoaraci, Maguari, Paracuri I e Paracuri II, Tenoné. Possui cinco Casas Família (casas de atuação, reuniões, atendimentos em grupo ou consultas médica e de enfermagem) e capacitação para as equipes da ESF. Normalmente, nas Casas Família, é onde encontramos todos os programas atendidos pela estratégia e onde também encontramos a sala de vacinação e os vários aprazamentos para atendimento de média complexidade. Vale destacar, que cada Casa Família abriga duas ou mais equipes da ESF; a base de apoio destas casas são as Unidades Municipais de Saúde/UMS, com proximidade geográfica das casas.

No DAICO, três bairros têm equipes da ESF atuando e, segundo dados do IBGE, têm algumas características em comum: o bairro da Agulha, com área de 1.223,83 km², com população de 18149 moradores, dos quais 8870 são homens e 9279, são mulheres, tem unidade da ESF; o Bairro do Paracuri, com área de 2 763, 32km², com população total de 8 767 pessoas, das quais 4 416 são homens e 4 351 mulheres, possui duas unidades da ESF; o bairro Eduardo Angelim, têm área de 6 571 52 km², com uma população de 15 894, sendo 7 772 homens e 8 122 mulheres, com duas equipes da ESF. Estes bairros têm por similaridade serem localizados na periferia da cidade, formados por áreas de invasão, amparados por associações comunitárias de moradores e terem equipes da ESF. Segue a divisão administrativa do município de Belém, onde é possível localizar o espaço físico do DAICO no município (Figura I)

Figura 1- Divisão administrativa do município de Belém.



Base cartográfica: Cadastro Técnico Multifinalitário - PMB

3.2.3- As casas família do DAICO

As Casas Família do estudo têm em média dez anos de atuação, com um total de oito equipes da ESF, atuando nas três casas, em ambos os turnos (Agulha:03 equipes; Eduardo Angelim:03 equipes; Paracuri I: 02 equipes). Desenvolvem todos os programas da Atenção Primária à Saúde (controles da tuberculose e hanseníase, pré-natal, Preventivo do câncer do colo do útero, controle da criança e da mulher, planejamento familiar, curativos, entre outros). Cada equipe é coordenada por uma enfermeira ou enfermeiro, têm um auxiliar ou técnico de enfermagem; de nove a dez ACS (que ficam responsáveis de cem a cento e cinquenta famílias, fazendo oito visitas diárias) e médico, (do total de oito equipes, no momento da pesquisa, cinco estavam sem médicos). As equipes tem frequência diária na Casa Família; uma vez na semana é realizada reunião. É neste momento que são realizadas as atualizações, planejadas intervenções amplas em determinadas áreas, como por exemplo, intensificação da vacinação (as ações de vacinação são sempre realizadas pelo auxiliar ou técnico de enfermagem).

Os espaços físicos das casas contam com os seguintes espaços: recepção; consultórios de atendimento de enfermagem (na Casa Família da Agulha, os consultórios de enfermagem são no mesmo ambiente, separados por biombos); consultório médico; farmácia; sala de vacinação (somente a sala de vacinação da ESF da Agulha estava em funcionamento, falta de água e frequentes variações de energia elétrica, foram causas de suspensão da vacinação; no momento da pesquisa, contabilizava-se quinze dias sem ação de vacinação no Eduardo Angelim e Paracuri I); sala de reuniões; copa/cozinha e sala de espera, onde os usuários sentados em longos bancos, aguardam pelos atendimentos e conversam entre si.

A área onde os usuários aguardam pelos atendimentos também é utilizada para conversas sobre determinados assuntos; consideramos estes momentos como meio para as interações entre os profissionais e usuários. Destacamos a consulta de enfermagem, a visita domiciliar e os atendimentos dos demais programas como outros momentos de interação e trocas entre usuários e profissionais.

3.3- Os sujeitos: Usuários e Profissionais da ESF

A opção de inserir os usuários e os profissionais da Estratégia Saúde da Família como sujeitos do estudo, foi por compreendê-los como agentes sociais que envolvem-se com as ações de vacinação; este envolvimento se traduz em atitudes, crenças e valores que marcam suas experiências de vida cotidiana; em interação uns com os outros (usuários com usuários, usuários e profissionais e profissionais com profissionais), produzem redes de interações no cotidiano que permitem a elaboração e a reelaboração de representações sociais, em especial, representações sobre vacinação.

Os sujeitos do estudo foram constituídos de um grupo de 90 usuários e 70 profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, das equipes ESF das casas famílias da Agulha, Eduardo Angelim e Paracuri I). Foram escolhidos a partir de alguns critérios, que atenderam às especificidades de cada grupo. Assim, para os usuários, os critérios foram: a) idade igual ou superior a dezoito anos; b) ser morador da área da ESF; c) aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (apêndice C). Para os profissionais, os critérios foram: a) ser profissional da ESF; b) aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (apêndice D). Foram excluídos os profissionais que estavam de férias, licença ou faltaram nas várias oportunidades de visita a cada equipe da estratégia, no período de dezenove de julho a vinte de agosto, sempre às segundas, terças e sextas feiras, pelos turnos da manhã e tarde. Chegamos ao quantitativo de 90 usuários (30 de cada casa –família) e 70 profissionais.

3.3.1- Abordagem dos sujeitos

Houve uma primeira visita a cada uma das equipes da ESF (acompanhando a coordenadora municipal de imunizações, por ocasião de visita técnica), para fazer um primeiro contato com os enfermeiros responsáveis pelas equipes e anunciar a intenção de conversar com os mesmos e suas equipes sobre tema relacionado a vacinação. Todos foram muito gentis, houve troca de números de telefones, no qual se obteve o indicativo de quais seriam os melhores dias para encontrar as equipes sem interferir nas suas rotinas de serviço. Foi preciso aguardar a carta de autorização para fazer a pesquisa emitida pelo Núcleo de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belém/SESMA.

A abordagem dos sujeitos foi desenvolvida pela pesquisadora com o apoio dos enfermeiros da ESF; obtive uma sala exclusiva para fazer abordagem individual e particular de cada um dos sujeitos (usuários e profissionais); o tempo médio com cada profissional foi de vinte minutos; com os usuários foi de quinze minutos.

A abordagem ocorreu em uma mesma sequência, para os usuários e profissionais: - apresentação pessoal da pesquisadora; convite para participar do estudo; levantamento dos dados gerais, para verificar se atendia aos critérios de inclusão. Se sim, explicação da pesquisa de uma maneira geral e em particular, na sala, com a explicação da técnica a ser utilizada, seguido da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, conforme descrito na Resolução 196/96, que incorpora “sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: “autonomia”, “não maleficência”, beneficência” e “justiça” entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado”.

3.3.2- Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Nas várias oportunidades em que estivemos no campo coletando dados, observamos uma relação de simpatia e informalidade entre usuários e profissionais e muitos dos usuários eram chamados pelo nome. Observamos pessoas transitando pela casa família trajando shorts, camisetas, bermudas e usando sandálias de dedos, tal o clima de continuidade e proximidade de suas casas em relação às unidades de saúde.

Os usuários que colaboraram com a pesquisa foram de ambos os sexos: 74,4% do sexo feminino, 25,6% do sexo masculino; 22%, se encontravam na faixa etária de 18 a 37 anos e 78% na faixa etária de 38 a 57 anos. Quanto à escolaridade, 65,5% com menos de oito anos de estudo, 31,1% com menos de onze anos (ensino médio incompleto) e 3,3% com onze anos e mais de estudo. Quanto ao tempo de moradia na área 86,7% mora há mais de dois anos. Um dado interessante foi que, ao perguntar sobre a profissão, houve indicação de faxineiros, serventes e empregadas domésticas, porém todos referiram estar desempregados.

Os profissionais que participaram da pesquisa foram 87,14% do sexo feminino e 12,86% do sexo masculino; 61,42% com idade de 18 a 37 anos e 38,58% com 38 a 57 anos; quanto aos anos de estudo: 14,28% com ensino fundamental completo, 71,42% com médio completo e 14,28% com ensino superior completo, (incluídos os oito enfermeiro e dois ACS que têm curso de pedagogia); 97,1% referiram ter um único emprego, na ESF, vários ACS destacaram que completam o orçamento com vendas e realizando serviços de moto taxista.

3.4- Produção dos dados

Para contemplar os objetivos do estudo, a escolha recaiu na técnica de **Associação Livre de Palavras (ALP)**, também denominada evocação livre. Essa técnica se enquadra entre os métodos associativos de coleta de dados que se estrutura na evocação de respostas dadas a partir de um estímulo indutor. Segundo Abric, este instrumento permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas e são utilizados na abordagem estrutural⁴⁶.

3.4.1- Da técnica em si

A ALP é uma técnica muito aplicada em estudos de representações sociais, e foi utilizada pela primeira vez por Sigmund Freud. Consiste em um tipo de investigação aberta que se estrutura na evocação de termos ou palavras com base em um ou mais estímulos indutores e/ou palavras estímulo para que os sujeitos “associem livremente” tais indutores às suas idéias, sem que ocorra contaminação prévia pelo discurso do pesquisador. Tal técnica, pela facilidade de manipulação e familiaridade dos indivíduos

com termos de seu cotidiano nas atividades humanas, contemplou a necessidade da investigação sobre vacinação. Este procedimento permite a evidência de universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações, ou ainda, permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas^{40, 46}.

3.4.2 Da aplicação da técnica

As evocações foram registradas em impresso próprio para cada sujeito e a atividade consistiu em solicitar aos usuários e profissionais da ESF que falassem até cinco palavras que, livre e rapidamente, viessem à mente imediatamente a partir do estímulo indutor vacinação (apêndices A e B). Em seguida, foi solicitado que indicassem a importância de cada palavra, numerando-as do 1º ao 5º. Vale destacar que todos os sujeitos (usuários e profissionais), ao terem oportunidade de contemplar as palavras escritas, mudaram a ordem de importância em relação à ordem de evocação. Outros detalhes merecem registro: relacionados aos usuários: atendiam prontamente ao comando das evocações; quando esgotavam a sequência das evocações e não ocorriam outras, concluíam sua participação na pesquisa, mas, continuavam falando no sentido de justificar o porquê das palavras evocadas; alguns queriam discutir a febre, como reação vacinal. Relacionado aos profissionais: alguns, depois da terceira evocação, levantavam o olhar e ficavam parados buscando a quarta ou quinta palavras; justificavam a busca da evocação citando que são muitas informações, que quando chegam nas residências são tantas perguntas, que às vezes ficam sem respostas; outros, solicitavam capacitações sobre calendário vacinal.

3.5- Análise dos dados

A análise das evocações ao estímulo indutor vacinação, foi apoiada por um tratamento de dados com o auxílio do software *Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse Des Evocations EVOC2003*^{49,50}.

3.5.1- O Software EVOC 2003

O EVOC 2003 permite, num primeiro momento, a execução de uma análise do tipo lexicológica. A análise das palavras ou expressões é então realizada considerando-se a frequência e a ordem de evocações. De acordo com Abric “a congruência dos dois critérios (frequência e rang) constitui um indicador da centralidade do elemento” (tradução do autor). O cruzamento destes dois critérios produz o que Vergés denominou de quadro de quatro casas⁵⁰ como se pode observar na seguinte figura:

Figura 2- Quadro de quatro casas

<p>Quadrante superior esquerdo</p> <p>Elementos/palavras que compõem provavelmente o núcleo central</p> <p>Elementos com maior frequência e de menor ordem média de evocações (rang), ou seja, mais prontamente evocados.</p>	<p>Quadrante superior direito</p> <p>Elementos/palavras da 1ª periferia</p> <p>Elementos com maior frequência, e com valor rang menor que o do núcleo central. São os elementos periféricos mais importantes pela sua frequência elevada, evocados mais tardiamente</p>
<p>Quadrante inferior esquerdo</p> <p>Elementos de contraste – são elementos que apesar das baixas frequências são considerados muito importantes pelos sujeitos pela ordem de evocação. Pode estar revelando a existência de um sub grupo que sustenta uma representação distinta daquela observada no grupo social analisado.</p>	<p>Quadrante inferior direito</p> <p>Elementos/palavras da 2ª periferia</p> <p>Elementos mais periféricos da representação. São os menos frequentes e de menor importância</p>

3.5.2 Passos na aplicação do EVOC 2003 e análise dos dados

Criação de arquivo no Word: o primeiro passo consistiu na digitação em ordem alfabética das evocações de todos os sujeitos (usuários um arquivo; profissionais outro arquivo) utilizando o *Word for Windows*. Foi também realizada a correção ortográfica de alguns termos evocados, a retirada de acentos bem como a redução de frases e expressões em termos-únicos. O arquivo do estímulo vacinação para os usuários ficou com 77 evocações e o arquivo do estímulo vacinação para os profissionais ficou com 157 evocações.

Construção do dicionário: o segundo passo consistiu na conjunção de termos, ou seja, as palavras foram agrupadas em ordem alfabética em termos conjugados por similar/familiaridade. O arquivo do estímulo-indutor vacina para os usuários ficou com 40 termos-conjugados; e o arquivo do estímulo-indutor vacina para os profissionais ficou com 92 termos conjugados. Como podemos observar nas figuras 3 e 4.

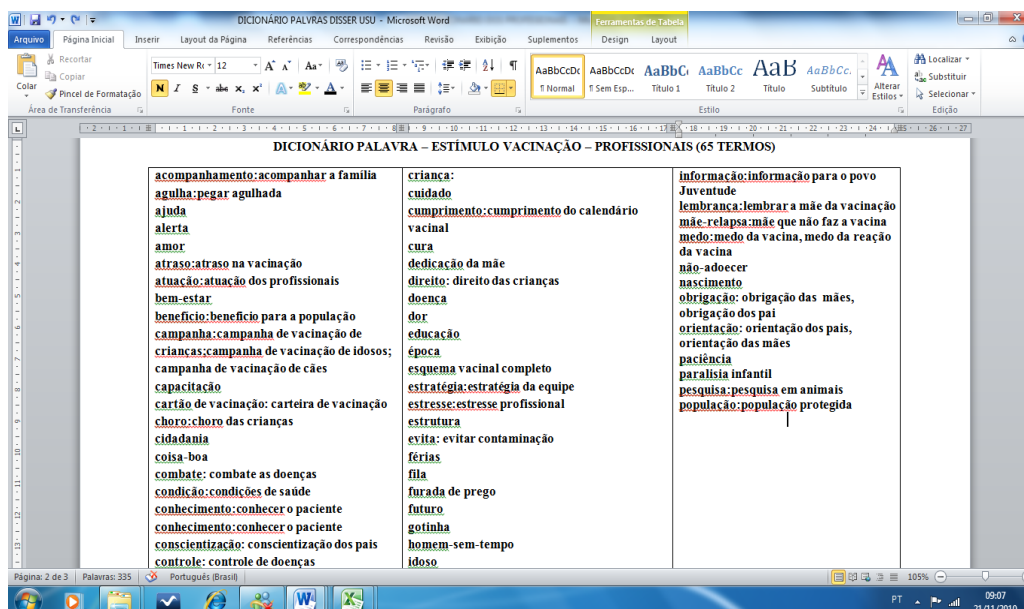
Figura 3- Dicionário dos usuários (Tela word)

DICIONÁRIO PALVRAS – ESTÍMULO VACINAÇÃO – USUÁRIOS (37 TERMOS)

Ajuda: ajuda a saúde	Livra de doença
Alegria	Medo: medo de morrer, medo de reação da vacina
Atraso: atraso na vacinação	Morte
Campanha: campanha de vacinação do idoso, campanha de vacinação das crianças, campanha de vacinação de cães	Muito-bom
Cartão-vacina: carteira de vacinação	Mulher
Casa-família	Não-dá-valor
Choro: choro das crianças	Não-gosto
Criança: criança com saúde, criança aleijada	Necessidade: necessidade no trabalho
Cuidado: cuidado com a gente, cuidado dos profissionais, cuidado com o filho, cuidado das mães	Obrigação: obrigação da mãe, obrigação dos pais
Demora: demora no atendimento,	Perda: perda de tempo esperando
Dias certos	Perigoso
Direito: direito das crianças, direito de todos	Prevenção
Doença	Proteção: protege contra doenças, proteção do filho, proteção de todos
Dor: dor da agulhada	Reação: reação da vacina, vigiar a reação
Educação	Remédio
É-tudo	Responsabilidade
Evita doenças	Saúde
Faz mal	Sofrimento
Felicidade	Solução
Fila: muita fila	Tem-que-vacinar
Filho	Vacina: vacina contra aids, vacina das crianças, falta vacina, sala de vacinação fechada
Gotinha	Venoso
Importante	

Página: 1 de 3 Palavras: 335 Português (Brasil) 105% 09:02 21/11/2010

Figura 4- Dicionário dos profissionais (Tela Word)



Preparação do corpus: O terceiro passo, com base nos dicionários de termos conjugados, foi preparar as planilhas no *Excel for Windows*, com a seguinte estrutura: , para os usuários e os profissionais. Para os usuários ficou: a) vertical: números sequenciais da planilha correspondendo a identificação numérica atribuída a cada sujeito (de 1 a 90) e cinco colunas que correspondem à ordem de evocações; b) horizontal: sequencia de cada *corpus* (linha/parágrafo) na ordem da evocação do sujeito. Para a construção de cada *corpus* (linha/paragrafo), utilizou-se o dicionário e os termos únicos foram substituídos pelos termos conjugados. Para os profissionais, ficou: a) vertical: números sequenciais da planilha correspondendo a identificação numérica atribuída a cada sujeito (de 1 a 70) e cinco colunas que correspondem à ordem de evocações; b) horizontal: sequencia de cada *corpus* (linha/parágrafo) na ordem da evocação do sujeito. Também, para a construção de cada *corpus* (linha/paragrafo), utilizou-se o dicionário e os termos únicos foram substituídos pelos termos conjugados (Figuras 4 e 5). Como observamos nas figuras 4 e 5.

Figura 4- Corpus Usuários (Tela Excel)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	proteção	reação	medo	cartão-vacina	choro											
2	proteção	cuidado	criança	gotinha	campanha											
3	campanha	gotinha	criança	reação	vacina											
4	proteção	ajuda	criança	vacina	medo											
5	saude	evita doença	gotinha	criança	proteção											
6	proteção	obrigação	medo	dor	cartão-vacina											
7	saude	importante	direito	alegria	cartão-vacina											
8	proteção	medo	dor	tem-que-vacinar	cartão-vacina											
9	dor	importante	medo	cartão-vacina	vacina											
10	evita	obrigação	demora	reação	dor											
11	saude	saude	reação	dor	importante											
12	proteção	saude da criança	dor	cartão-vacina	reação											
13	combate	obrigação	dor	cartão-vacina	reação											
14	obrigação	reação	criança	medo	dor											
15	evita	criança	campanha	reação	choro											
16	livra	campanha	campanha	campanha	campanha											
17	proteção	medo	dor	criança												
18	saude	ajuda	direito	dor	fila											
19	saude	proteção	cuidado	direito	doença											
20	saude	obrigação	campanha	dor	doença											
21	proteção	direito	reação	dor	demora											
22	saude	evita	reação	dor	cartão-vacina											
23	gotinha	proteção	campanha	cartão-vacina	demora											
24	saude	proteção	cuidado	dor	medo											

Figura 5- Corpus Profissionais (Tela Excel)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	prevenção	alerta	cuidado	ajuda	doença											
2	prevenção	população	doença	criança	virus											
3	população	saude	imunidade	beneficio	condição											
4	campanha	trabalho	saude	estresse	dor											
5	prevenção	esquema-completo	reação	capacitação	homens-sem-tempo											
6	imunidade	prevenção	precaução		estrutura											
7	saude	prevenção	imunidade	doença	choro											
8	coisa boa	proteção	saude	saude	pesquisa											
9	obrigação	saude	bem-estar	dedicação	doença											
10	imunidade	proteção	proteção	acompanhamento												
11	valorização-da-vida	prevenção	imunidade	combate	consientização											
12	saude	cuidado	proteção	direito	criança											
13	cuidado	prevenção	orientação	estratégia	medo											
14	promoção	imunidade	prevenção	estratégia												
15	cumprimento	direito	saude	prevenção	informação											
16	prevenção	direito	informação	cuidado	saude											
17	evita	importante	imunidade	reação	agulha											
18	proteção	cria anticorpos	recurso-indispensável	resistencia												
19	amor	cuidado	proteção	imunidade	ajuda											
20	prevenção	tem-que-tomar	imunidade	criança												
21	prevenção	imunidade	proteção	cuidado												
22	medo	dor	imunidade	prevenção	futuro											
23	pesquisa	prevenção	controle	gotinha	saude											
24	proteção	fila	cadeira-vacinação	proteção	choro											

Lançamento dos dados: No quarto passo, procedeu-se o lançamento dos arquivos em Exel de cada estímulo nos programas do software **EVOC2000**. Este

recurso é constituído de 03 (três) partes independentes: I- Análise estrutural e construção do quadrante; II- Comparação entre grupos; III- Análise de categorias para análise de similitude. No presente estudo utilizou-se a análise estrutural e construção do quadrante. Por serem partes independentes e não causar prejuízos ao lançamento de dados, não realizamos a análise de categorias para análise de similitude.

Construção do quadro de quatro casas: o quinto passo, com base nos dados fornecidos ao programa, que agrupa as palavras já padronizadas, e a partir destas organiza todos os termos em quatro quadrantes, que correspondem à estrutura da representação social estudada, foi construído o quadro de quatro casas do estímulo-indutor vacinação para os usuários e profissionais.

Interpretação dos resultados: de acordo com os critérios de Vergés, a interpretação da distribuição de palavras em quatro casas, considera, em termos gerais, que as palavras que se situam no quadrante superior esquerdo são, provavelmente, elementos do núcleo central da representação estudada; aquelas situadas nos quadrantes superior e inferior direito são elementos mais claramente periféricos; as palavras localizadas no quadrante inferior esquerdo são os elementos de contraste, o que será desenvolvido no capítulo seguinte.

3.5- Procedimentos Éticos

Após o exame de qualificação do projeto de dissertação, em 19 de abril de 2010, solicitou-se autorização de entrada em campo à Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA), através do ofício nº 02/2010 – MPVSA/CCBS/UEPA. Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- ENSP/Fiocruz, no dia 19 de maio de 2010, obtendo-se o protocolo aprovado em 02 de junho de 2010 (anexo A). Cumpridos os procedimentos éticos, passou-se ao contato com enfermeiros responsáveis pelas casas família a fim de estabelecer a agenda para a produção de dados.

4 – OS CONTEÚDOS ESTRUTURADOS DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE VACINAÇÃO

São as práticas sociais que determinam as representações ou o inverso? Ou as duas são indissociavelmente ligadas e interdependentes? (Abric,⁴⁴)

Para Porto e Pontes, a vacinação é um objeto de difícil apreensão, constituindo-se na realidade em um fenômeno de grande complexidade em que se associam e entrecrocamos crenças e concepções políticas, culturais e científicas das mais variadas. Longe de ser um ato isolado, sujeito apenas aos parâmetros da aferição e decisão da medicina ou das ciências biomédicas, a vacinação é também, pelas implicações socioculturais e morais que envolve, a resultante de processos históricos nos quais são tecidas múltiplas interações e onde concorrem representações antagônicas sobre o direito coletivo e individual, sobre as relações entre Estado, sociedade, indivíduos, empresas e países, sobre o direito à informação, sobre a ética e principalmente sobre a vida e a morte^{19,20}.

Diante do exposto, cabe analisar as RS dos usuários e profissionais das equipes da estratégia saúde da família sobre vacinação e tentar, não mais que tentar, verificar que dimensões são centrais e periféricas.

4.1- Desvelando a estrutura das RS sobre vacinação dos usuários

Conhecer a estrutura das RS de usuários e profissionais da ESF, é possibilitar pistas para repensar o cotidiano das salas de vacinação e por conseguinte, pensar estratégias que aproximem o serviço de vacinação da comunidade, com a perspectiva de proteção específica disponível a todos.

A análise lexicográfica do estímulo-indutor vacinação para os usuários demonstrou que, das 431 evocações, 45 eram de palavras diferentes; a média da evocação por sujeito foi de 2,91 (a média das ordens médias de evocação); a frequência média ficou estabelecida em 9 e a mínima com 4, como expresso no quadro 3.

Quadro 3 - Resultados da ALP dos usuários da ESF para o estímulo indutor vacinação

Número total de evocações	431
Número de palavras diferentes evocadas	45
Média de evocações por sujeito (Rang)	2,91
Frequência de evocações (Fm)	9,0

Na continuidade, temos a organização do quadro de quatro casas, que mostra a distribuição da evocação dos usuários.

Quadro 4 - Organização do quadro de quatro casas do termo vacinação para os usuários

Rang 2,91

Frequência mínima 4

Frequência média 9,0

Elementos centrais- núcleo central			Elementos da 1ª periferia		
Frequência ≥ 9		Rang ≤ 2,91	Frequência ≥ 9		Rang ≥ 2,19
Palavras	Freq.	Rang	Palavras	Freq.	Rang
Criança	24	2,792	Cartão de Vacina	26	3,885
Evita doenças	32	1,563	Dor	44	3,750
Proteção	31	1,419	Reação	33	3,364
Saúde	21	1,429			
Elementos de contraste			Elementos da 2ª periferia		
Frequência ≤ 9		Rang ≤ 2,91	Frequência ≤ 9		Rang ≥ 2,91
Palavras	Freq.	Rang	Palavras	Freq.	Rang
Cuidado	17	2,471	Campanha	18	3,333
Obrigação	44	2,214	Choro	12	3,833
			Demora	19	3,526
			Doença	10	3,000
			Fila	9	4,333
			Medo	19	3,526
			Vacina	20	3,300

O quadro 4 evidencia a seguinte distribuição: as palavras que figuram no quadrante superior esquerdo (crianças, evita doença, proteção e saúde), são as que mais provavelmente fazem parte do núcleo central; as palavras cartão de vacina, dor e reação, que estão no quadrante superior direito constituem os elementos da 1ª periferia, também chamado sistema periférico da representação. As palavras do quadrante inferior esquerdo cuidado e obrigação, são considerados elementos de contraste, que podem revelar a existência de um sub grupo da representação social em questão. As palavras

do quadrante inferior direito: campanha, choro, demora, fila, medo e vacina constituem os elementos da segunda periferia.

As representações sofrem influência do cotidiano, segundo Heller¹, tudo o que ocorre e se ressignifica deve vir do cotidiano e retornar a ele para ser confirmado e validado. O núcleo central tem uma função geradora e organizadora, ou seja, é o elemento pelo qual se cria, ou se transforma, a significação de outros elementos constitutivos da representação. É por este núcleo que esses elementos tomam um sentido, um valor^{40,45}. O núcleo central é determinado, por um lado, pela natureza do objeto representado, por outro lado, pela relação que o sujeito mantém com esse objeto. É um subconjunto da representação constituído por um ou vários elementos, cuja ausência desestruturaria ou daria uma significação diferente a representação em seu conjunto.

As evocações detectadas como prováveis componentes do núcleo central, quais sejam: criança, evita doença, proteção e saúde, refletem a dimensão imagética e a compreensão de vacinação entre os usuários da estratégia saúde da família. Observa-se, nesse resultado, que o significado de vacinação é fortemente marcado por elementos positivos, identificados pelas palavras constituintes do núcleo central, podemos ousar inferir que conforme o núcleo central, a representação de vacinação é: para as crianças evitarem doenças e para proteger a saúde.

A evocação criança que, segundo o ponto de vista jurídico do o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁵¹ corresponde a faixa etária de um a 11 anos, remete a um sujeito de direito. Reconhecido com sujeito social em pleno desenvolvimento biopsicossocial e que portanto, necessita de atendimento e cuidados especiais para seu pleno desenvolvimento, com direito à saúde, educação, liberdade, moradia, respeito e dignidade. Aqui, evidencia uma dimensão imagética que associa a vacinação à uma ação para crianças, possivelmente pela grande difusão no setor saúde da obrigatoriedade da vacinação e até para pagamento anual do salário família, se exige do segurado a apresentação do Cartão de Vacinação de seus beneficiários, comprovando o recebimento das vacinações obrigatórias⁵².

A pronta evocação da palavra criança, pode também refletir a intensa massificação no chamamento junto aos diversos órgãos e profissionais que cuidam de crianças (pastoral da criança, médicos, especialidades pediátricas, enfermeiros, entre outros) principalmente os menores de um ano, para os quais, em virtude da fragilidade do sistema imunológico ainda em formação, a proteção vacinal é insubstituível contra vários agravos da quadra infantil. Atingir as coberturas vacinais ideais em cada município do território nacional ainda é um nó crítico para o Programa de Imunizações assegurar proteção nesta faixa etária. Logo, como estratégia de atração dessas crianças o mais precocemente possível, o chamamento para a vacinação é constante. Desde a criação do PNI, são lançadas portarias,^{47,48} que normatizam a vacinação da população no território nacional, através dos vários calendários de vacinação (criança, adolescente,

adulto e idoso). Não são exigidos obrigatoriamente a apresentação de comprovantes de vacinação atualizado para efeito de matrículas nas universidades, creches, pré-escola.

Neste contexto, compreendemos que possivelmente ficou ancorado no conhecimento coletivo que a vacinação é para as crianças, e ainda, cotidianamente, através de uma rede de interações e imagens, onde os recém-nascidos são vacinados já nas primeiras doze horas de vida, ainda na maternidade, é lançando mão de uma rede de interações e imagens do cotidiano, as opiniões e atitudes de tais usuários relacionam fortemente vacinação como sendo coisa de crianças.

A palavra evitar, significa: fugir a, desviar de⁵³; na verbalização dos usuários, foi utilizada como prevenção da doença, e certamente pode estar relacionada com o fato de que a vacina previne as doenças imunopreveníveis, enfoque constante nas falas do setor saúde, principalmente no atendimento das UBS e ESF. A vacinação é o único meio de evitar os agravos causados por doenças imunopreveníveis. Então, a representação de vacinação relacionada ao evitar doença, pode ter sido elaborada a partir da interação dos usuários com os profissionais de saúde, uma vez que é prática comum do setor saúde, relacionar o “evitar doenças” com o uso de hábitos de higiene e a vacinação. Neste caso, há uma imbricação entre o senso comum (conhecimento consensual) e o saber da ciência (conhecimento objetivado).

Proteção, significa ato ou efeito de proteger (se); abrigo, resguardo⁵³, um elemento que guarda estreita relação com o evitar doenças, é uma palavra que faz parte do discurso da epidemiologia, diretamente relacionada com o ato de evitar doenças, convive no meio acadêmico científico da saúde através da história natural da doença, clássico trabalho de Leavell e Clark⁵⁴, que ainda hoje é muito forte nos discursos que são levados aos campos de prática tanto na área hospitalar, como nas UBS, presentes assim, tanto nos estágios de formação profissional, como no cotidiano dos serviços de saúde. Nesta conceituação, a história natural da doença é entendida com todas as interrelações do agente causal, do hospedeiro e do meio ambiente, que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até às alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte. Estabelece os períodos do pré-patogênico e patogênico que caracterizam a história natural da doença⁵⁴.

Os autores, ao descreverem o processo saúde-doença, permitem a incorporação de um número de variáveis psicossocioculturais. Traçam ainda os níveis de prevenção, a prevenção primária, representada pela promoção a saúde e proteção específica, é o cuidar antes do adoecimento, cuidar do homem são; as vacinas ganham destaque na promoção e proteção a saúde; prevenção secundária, envolve o diagnóstico precoce e o tratamento imediato, com a realização dos exames médicos periódicos de rotina, objetivando identificar e tratar do agravo o mais precocemente possível; e finalmente, a prevenção terciária, que responde pela limitação de sequelas e a reabilitação, ações realizadas depois que o equilíbrio do corpo foi afetado e teve como consequência o

adoecimento, as complicações e as sequelas. A proteção á saúde através da vacinação, é um acúmulo histórico construído na saúde pública, e os usuários também visualizam a vacinação como proteção a saúde⁵⁴.

Saúde, segundo a OMS no preâmbulo de sua constituição, “é o completo bem-estar físico mental e social e não somente a ausência de doenças”; esta dimensão, que reconhece a essência do equilíbrio interno, e do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) ⁵⁴, que destaca o completo bem-estar, é, segundo os epidemiologistas, impossível de ser alcançada, pois entre outras questões não é operacional. Mas, como utopia a ser alcançada, deve ser uma busca constante. Ao associar vacinação com saúde, compreendemos o quão forte é a influencia da evolução do conceito de saúde através dos tempos, entre usuários e trabalhadores da saúde, no qual o conhecimento objetivado nas teorias que relacionam as várias possibilidades de combate as doenças proporcionando a saúde -“a busca pelo completo bem-estar”, se ancoram em pensadores, como temos na teoria de Leavell & Clark⁵⁴, que há anos, leva para a comunidade e serviços de saúde a importância de garantir a saúde, quer seja através da realização de hábitos de higiene, que também são ações da promoção a saúde na teoria acima citada, como também, o conhecimento sobre a vacinação, como promotora da saúde, e assim neste estudo, fortalece o núcleo central da representação de vacinação pelos usuários, como promoção e proteção da saúde.

A promoção, manutenção e recuperação da saúde ganham espaço nas ações realizadas pela ESF. A finalidade das oito visitas diárias que devem ser realizadas por cada ACS é a de promover a interação do profissional com a família visitada, objetivando, a partir da realidade familiar encontrada, buscarem as devidas possibilidades de resolução dos problemas identificados, por exemplo: carteira de vacinação com atraso de alguma/s vacina/s; mulher gestante sem assistência ou com atraso no controle do pré-natal; sintomático respiratório sem avaliação médica, entre outras.

Para tais situações, a troca de informações nas interações frequentes, entre usuário- morador da área adscrita e profissional, favorece a formação de representações sociais dos usuários, contemplando ou não as ações de promoção a saúde, como também, pode levar, aos profissionais, a reflexão necessária de como partilhar com os usuários informações que fortaleçam a representação de que a vacinação eleva o nível de proteção a saúde. Cabe destacar então, que estes prováveis elementos centrais da RS de vacinação dos usuários possuem relação com o cotidiano das UBS/ESF, e são elementos que estão ancorados em conteúdos do discurso clínico-epidemiológico e numa faixa etária do ciclo vital.

Entre os elementos da primeira periferia (cartão de vacina, dor e reação), a palavra dor foi a mais evocada dentre todas. Essa palavra agrega um valor negativo ao provável núcleo central, reforçada logo a seguir pela palavra reação, a segunda mais evocada. Quando se discute sobre os eventos adversos pós vacinação que., segundo o PNI, são eventos temporalmente associados à administração das vacinas, a dor é sempre citada

entre os eventos leves e para os quais o procedimento orientado ainda na sala de vacinação é o uso de compressas frias no local da aplicação da vacina⁵⁵, reduzindo assim o desconforto temporal. Considerando-se que, exceto as vacinas contra a poliomielite e a vacina oral de rotavírus humano – VORH, as demais vacinas são todas injetáveis, é compreensível que a maior experiência vivenciada é com a dor da picada da agulha, no momento da vacinação e posteriormente, no qual a área de aplicação fica levemente dolorida. Outra evocação foi “reação”. A reação comporta um grande número de eventos adversos pós vacinal, e que tem o sentido⁵⁶ ato ou efeito de reagir; resposta a uma ação por meio de outra que tende a anulá-la. Os eventos adversos pós vacinação são conhecidos do senso comum como “reação da vacina”, e assim é identificado pela população. Nessa classificação temos os eventos leves, moderados e graves. Os mais frequentes e quase totalidade são os eventos leves, representados pela dor, vermelhidão, febre e endurecimento local. A incidência de eventos indesejáveis provocados pelas vacinas varia de acordo com as características do produto utilizados e peculiaridades da pessoa que as recebe. Ao realizar treinamento de pessoal para controle de doenças transmissíveis de vigilância epidemiológica, foram comparadas taxas de eventos adversos sistêmicos^{55,56,58} graves associados à vacina DTP (contra difteria, tétano e coqueluche) e taxas de complicações associados a coqueluche, tendo o seguinte quadro:

QUADRO 5- Comparação de taxas de eventos adversos sistêmicos graves associados a vacina DTP e taxas de complicações associadas a coqueluche

Eventos sistêmicos graves	Taxas de eventos/100.000 vacinados	Taxa de complicações/100 000 Casos de coqueluche
Lesão permanente do cérebro	0,3- 0,6	600 – 2.000
Morte	0,2	100 – 4.000
Encefalopatia/encefalite	0,1 – 3,0	300 – 1.400
Convulsões	0,3 – 70	1.000 – 8.000
Choque	0,5 – 30	

A vacina DTP pode provocar vários eventos adversos; é apontada pelos responsáveis das crianças como a grande causadora de eventos adversos, em sua maioria de caráter passageiro, ocorrendo nas primeiras 48 horas que se seguem a vacinação. Os eventos mais observados são locais como: rubor, calor, dor, eritema e endurecimento no local da aplicação, ocorrendo em média de 5% a 10% dos vacinados⁵⁶.

Como observamos, o evento adverso é possível de ocorrer, e sendo assim, na sua ocorrência temos um protocolo contendo três pontos básicos para uma investigação: fatores relacionados à vacina (incluem o tipo ou cepa do microorganismo, o processo de atenuação, adjuvantes, estabilizadores ou substâncias conservadoras; fatores relacionados ao vacinado (idade, sexo, doses prévias da vacina, doenças concomitantes,

deficiência imunológica, doença anterior devido ao agente causal, anticorpos adquiridos passivamente- soro-globulina, imunomaterna) e fatores relacionados à administração (agulha e seringa, ponto de inoculação (vacina intradérmica, subcutânea ou intra muscular).

Prosseguindo com atenção voltada para a possível ocorrência de evento adverso, é preconizado pelo programa de imunizações, através da vigilância epidemiológica dos eventos adversos pós vacinação, que antes da administrar a vacina, o auxiliar ou técnico de enfermagem, deve colher dados referentes ao estado geral da pessoa que irá vacinar, como também, informar sobre a vacina que será administrada, assim como, orientar o procedimento a ser adotado diante da ocorrência de eventos adversos. Para direcionar os vacinadores e trabalhadores da saúde, temos o Manual de Evento Adverso Pós Vacinação, no qual estão relacionados os eventos adversos às vacinas que compreendem o esquema básico, instituído pelo PNI, (descrição do evento, tempo decorrente aplicação/evento, frequência, conduta e exames)²². Vale destacar a preocupação referente “as reações da vacina” principalmente com a febre que as mães citam, quando levam o filho para vacinar.

Consideramos preocupante essa associação muito próxima entre dor e reação vacinal, na primeira periferia - núcleo periférico, pois o mesmo é funcional. Isto é, graças a ele, a representação pode se ancorar na realidade do momento. Sendo esta “tão negativa” para o usuário, certamente deve ser cuidada numa perspectiva de desconstrução de seu contexto imediato, sob pena de enfraquecer a representação destes usuários para quem a vacinação é proteção, saúde e evita doenças.

A segunda periferia é a mais distante do provável núcleo central, onde estão os elementos menos evocados e menos prontamente evocados; nesta destacam-se elementos negativos relacionados ao serviço (choro, demora, doença, fila e medo). Esses elementos (da segunda periferia) possuem importância na forma como esta representação se relaciona com a realidade, assim, podemos observar, que tais representações são quase que correlatas as representações da primeira periferia (dor e reação). Isto é, parece haver uma sequência de indícios de que a representação de vacinação para os usuários, que além de contemplar somente uma determinada faixa etária específica da população, as crianças, quando o esperado seria vacinação para toda a população, ainda sofre interferências que podem colocar em questão o núcleo periférico, pois ao considerar os elementos da 1ª e 2ª periferia, podemos ter: vacinação demora, leva a criança a chorar, ter dor e reação, sendo complementado por: ao levar a criança para vacinar o usuário enfrenta o medo, a fila e a demora no atendimento.

Os elementos de contraste (cuidado e obrigação) revelam elementos que reforçam a 1ª periferia, pois o cartão de vacina “é obrigatório”, é o documento legal que comprova a proteção vacinal e segundo o PNI, sua ausência ou perda das informações implica em nova vacinação⁵⁶, em vários contextos e a dor e a reação implicam em cuidado. Neste estudo particular, implicam em cuidado dos responsáveis para com as crianças, ao saberem que procedimento adotar diante desta ou daquela “reação da

vacina". A citação da obrigação como a mais discreta das evocações, pode estar constituindo-se em informações que devem circular no senso comum, possivelmente embasados pelas conversas cotidianas de que vacinação é um direito das crianças e dever (obrigação) dos pais⁵⁸.

Os elementos desvelados no quadro de quatro casas apontam aspectos do discurso clínico-epidemiológico (evita doença, proteção, saúde, cuidado e doença), aspectos do serviço-unidade (fila e demora), aspectos da política de vacinação sujeito-vacinado (criança, dor, reação, choro e medo) e aspectos do campo administrativo da normatização do PNI (cartão de vacina, campanha, obrigação e vacina). Tais aspectos constituem-se nas categorias empíricas, na medida em que reúnem as “saliências” e são criadas a partir do conjunto das evocações, e permitem a visualização do conteúdo da representação. Essas categorias não só reúnem os elementos evocados, como desvelam as estrutura das ligações estabelecidas entre as mesmas. Tais ligações são de semelhança e de relação de implicação.

Relacionando tais categorias empíricas com o quadro de quatro casas, evidenciamos no Quadro 6 que o provável núcleo central contém tanto relação com o conhecimento “objetivo” (do discurso clínico-epidemiológico) como com um “público alvo específico” (a criança).

QUADRO 6- Categorias empíricas emergentes do termo vacinação para os usuários

<p>Elementos do núcleo central Discurso clínico-epidemiológico Sujeito-vacinado</p>	<p>Elementos da 1ª periferia Sujeito-vacinado Política de vacinação</p>
<p>Elementos de contraste Política de vacinação Discurso clínico – epidemiológico</p>	<p>Elementos da 2ª periferia Política de vacinação Serviço-unidade Sujeito-vacinado Discurso clínico-epidemiológico</p>

Na análise das RS dos usuários sobre vacinação, ousamos “substituir” as evocações distribuídas no quadro de quatro casas, por categorias empíricas, isto é, termos que têm relação direta com o cotidiano das salas de vacinação, que são encontradas no discurso clínico-epidemiológico e nas evocações dos usuários. Observamos que o discurso clínico-epidemiológico apresenta-se no núcleo central, na segunda periferia e nos elementos de contraste, sendo uma constante nas interações. Já as dimensões da política de vacinação, fruto da interações com os profissionais de saúde, embora não fortalecidos pelo núcleo central, fazem parte dos demais componentes do quadro, o que indica sua possibilidade de tornar-se membro estruturante da representação social destes usuários. O sujeito vacinado, que é a razão e o produto do programa de imunizações, é

fortalecido em todas as casas, exceto nos elementos de contraste, o que mostra sua representação fortemente ancorada no simbólico de tais sujeitos.

4.2- Revelando a estrutura das RS sobre vacinação dos profissionais de saúde

A saúde pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social, que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde⁵⁴. Para orientar suas ações, a saúde pública lança mão da epidemiologia, no qual uma completa a outra: a saúde pública é a face tecnológica e a epidemiologia a face científica, “uma moeda” com duas faces e indissolúvel. Tais Reflexões abrem nossa análise sobre as representações dos profissionais que estão na “ponta” da saúde pública sobre o termo indutor vacinação.

A análise lexográfica do estímulo indutor vacinação para os profissionais de saúde evidenciou que das 344 evocações, 95 eram de palavras diferentes; a média de evocação por sujeito foi de 2,96; a frequência média ficou estabelecida em seis e a mínima em quatro.

QUADRO 7- Resultado da ALP dos profissionais da ESF para o estímulo indutor vacinação

Nº total de evocações	344
Nº de palavras diferentes evocadas	95
Média de evocações por sujeito (Rang)	2,96
Frequência média de evocações	6

As evocações também foram agrupadas por semelhança para se constituir um dicionário, produzindo-se o *corpus*, processado no *software* EVOC 2003, para então se ter a organização do quadro de quatro casas (quadro 8).

QUADRO 8- Organização do quadro de quatro casas do termo vacinação para os profissionais

Rang 2,9

Frequência mínima 4

Frequência média 6

Elementos centrais- núcleo central			Elementos da 1ª Periferia		
Frequência \geq 6		Rang \leq 2,9	Frequência \geq 6		Rang \geq 2,9
Palavras	Freq.	Rang	Palavras	Freq.	Rang
Imunidade	23	2,739			
Prevenção	33	2,152			
Proteção	22	1,909			
Saúde	35	2,457			
Elementos de contraste			Elementos da 2ª periferia		
Frequência \leq 6		Rang \leq 2,96	Frequência \leq 6		Rang \geq 2,96
Palavras	Freq.	Rang	Palavras	Freq.	Rang
Direito	7	2,857	Campanha	6	3,500
Responsabilidade	10	2,300	Cartão de vacina	8	3,625
			Controle	8	3,375
			Criança	13	3,308
			Cuidado	13	3,385
			Doença	7	4,000
			Orientação	6	3,167

O quadro 8 aponta a seguinte distribuição: as palavras que figuram no quadrante superior esquerdo (imunidade, prevenção, proteção e saúde) são as que mais provavelmente fazem parte do núcleo central; na 1ª periferia, tivemos ausência de evocações; as palavras campanha, cartão de vacina, controle, criança, cuidado, doença e orientação, que estão no quadrante inferior direito, constituem os elementos da 2ª periferia. As palavras do quadrante inferior esquerdo, direito e responsabilidade constituem os elementos de contraste.

A palavra saúde foi a mais evocada (35 evocações). Para os profissionais de saúde, a relação “vacinação é saúde”, fica fortemente marcada. Vacinar é introduzir no organismo um antígeno natural ou artificial para estimular este organismo a produzir anti corpos protetores⁵⁷, tendo como consequência a resposta imune aos agravos preveníveis por vacinação, e tem relação direta com a promoção da saúde. As vacinas são preparadas de diferentes formas. Algumas contém o vírus vivo atenuado, obtido a partir de cepas naturais (selvagens), do microorganismo, que são atenuados através de passagens em meio de culturas especiais e produzem uma “infecção” parecida com a natural, porém mais branda. Exemplo das vacinas BCG, contra sarampo, caxumba e rubéola, contra febre amarela, contra poliomielite oral, contra varicela; outras, as vacinas não vivas, que são produzidas de diversos modos: microorganismos inteiros inativados (inativados por meio de técnica físico-química, por exemplo vacina celular contra coqueluche, vacina inativada contra a poliomielite; toxinas inativadas, como os toxóides tetânico e anti diftérico; fragmentos ou sub unidade do agente, como por exemplo, a vacina injetável contra influenza; vacina obtida por engenharia genética, vacina contra hepatite B, vacinas de cápsula de algumas bactérias, como as vacinas anti pneumocócica 23 valente e meningocócica A e C e vacinas glico-conjugadas, como as vacinas conjugadas contra haemophilus influenza B, vacina conjugada contra pneumococo e vacina contra meningococo C).^{55,56,57}

A palavra proteção (22 evocações) foi a mais prontamente evocada. Associada à saúde, amplia a rede de significados “vacinação é saúde e dá proteção”. As vacinas protegem contra agentes específicos, são responsáveis por importantes ganhos na saúde pública como, por exemplo, a erradicação da rubéola no mundo, a erradicação da poliomielite e do sarampo no Brasil. Para manter a condição de erradicação da poliomielite e do sarampo, faz-se necessário garantir que a população de possíveis suscetíveis seja identificada e vacinada.

O termo prevenção (33 evocações) e imunidade (23 evocações), completam a trama significativa “vacinação é saúde, dá proteção, imunidade e previne de doenças”. Esse discurso indica a influência da epidemiologia e do conhecimento objetivado, com um enfoque da história natural da doença de Leavell & Clarke⁵⁴. O primeiro nível é representado pela promoção à saúde (medidas de ordem geral como moradia adequada, escolas, áreas de lazer, alimentação adequada, e educação de todos os níveis); seguindo-se o nível da proteção específica, representada pela imunização, saúde ocupacional, higiene pessoal e do lar, proteção contra acidentes, aconselhamento genético e controle de vetores.

Observando o núcleo central da representação dos profissionais fortemente ancorado no conhecimento objetivado da epidemiologia, determinado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas que se inter cruzam e influenciam na construção da memória coletiva da saúde pública, compreendemos que a forma como as evocações encontram-se estruturadas no núcleo central possibilita uma representação sobre vacinação “homogênea” de um grupo social (os trabalhadores), e sendo assim, resistente a mudanças, com possibilidades de permanência e continuidade. Ousamos inferir que o

discurso (o que foi citado) e a concepção (o que se entende) se articulam e se interpenetram nas interações cotidianas do serviço, o que possivelmente explica o núcleo central dos profissionais fortemente ancorado na epidemiologia. O universo das representações dos profissionais é fortemente favorecido pelo enfoque clínico epidemiológico e assim temos que para os profissionais vacinação é imunidade, prevenção, proteção e saúde, o que atende plenamente os objetivos do PNI.

Para as palavras processadas através do software EVOC 2003 ganharem representatividade, alguns aspectos são decisivos tais como: ordem de importância nas quais foram citadas (1ª, 2ª, 3ª, 4ª, e 5ª ordem); número de vezes que foram evocadas; frequência média; frequência mínima, para assim serem localizados no quadro de quatro casas. Nesta localização, como já referido, os elementos centrais, formam o núcleo da representação. A falta de elementos na primeira periferia do quadro de quatro casas da RS dos profissionais, pode ser interpretado como manifestação de uma baixa frequência e localização na ordem de importância das palavras e assim, não conseguiram “representatividade” para localizarem-se na primeira periferia. Mesmo estando ausentes, tais evocações podem ser imediatamente encontradas na segunda periferia, o que certamente possibilita sua imediata ascensão para a primeira periferia, dado o processo de formação das representações sociais.

As palavras da segunda periferia podem expressar as relações com o cotidiano, pois esses elementos são os mais instáveis e influenciáveis pela realidade. Campanha e cartão de vacinação são termos que ligam a vacinação diretamente à “política nacional de vacinação”/PNI; esta política está presente no cotidiano dos profissionais, através do desenvolvimento de ações de manutenção da erradicação da poliomielite, manutenção da erradicação do sarampo e rubéola e plano nacional de eliminação do tétano neo natal. Na prática, desdobram-se nas salas de vacinação em condições ideais de temperatura e equipamentos para garantir a estabilidade das vacinas, com profissionais capacitados com conhecimento sobre as vacinas e eventos adversos, na integração com a atenção básica, vigilância epidemiológica, estratégia saúde da família e agentes comunitários de saúde.

Os termos controle, cuidado e orientação são inerentes ao agir cuidativo-educativo dos profissionais. É o esperado da ação dos profissionais junto a cada família, uma vez que o conhecimento da realidade (social, econômica, profissional) aponta possibilidades de estratégias diferenciadas para a abordagem de cada família e assim, facilitando o processo da educação em saúde. O léxico criança, remete ao sujeito de direito vacinado nas casas família, e por isso está presente nas representações dos profissionais. O termo direito, que está entre os elementos de contraste, reforça essa idéia.

4.3- Articulação entre as representações dos usuários e dos profissionais da ESF

Desde que o MS assumiu a ESF, como a estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica¹¹, reorientando o modelo assistencial, respondendo a uma concepção de saúde, não mais centrada na assistência à doença, mas, sobretudo na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam sob risco, pela incorporação de ações programáticas de uma forma mais abrangente com o desenvolvimento das ações intersetoriais, todos os esforços em termos de políticas de fortalecimento da citada estratégia têm sido empregados para sua ampliação no território nacional¹³. Entre os desafios enfrentados pelas equipes da ESF, temos: gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações na saúde coletiva, o que indica a necessidade de uma política permanente de formação e capacitação dos recursos humanos; outro desafio é a formação de profissionais com compreensão do homem, família e comunidade, capazes de atuar com criatividade e segurança mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, proteção específica assistencial e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam as reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores para a promoção da saúde.

Nas representações dos usuários e dos profissionais da ESF fica bem marcado que vacinação é para criança. Esta representação desfocada e ancorada numa determinada faixa etária, desconsidera a necessidade de manter toda a população protegida contra os agravos preveníveis por vacinação, o que faz aumentar o número de suscetíveis, uma vez que vacinas como a Dupla Adulto (contra difteria e tétano) e contra a febre amarela, necessitam de uma dose de reforço a cada dez anos, na totalidade da população paraense, que é residente em área endêmica para a febre amarela. Logo, há sempre alguém na comunidade necessitando atualizar o cartão de vacinas. Possivelmente, influenciado pelas sucessivas interações com os profissionais, os usuários fortalecem a máxima que vacinação é para crianças. Outra influencia muito forte que se articula é o núcleo central de ambos, afirmando que vacinação é prevenção, proteção, saúde e evita doenças.

Compreendemos que a relevância que os sujeitos do estudo conferem à criança pode estar relacionada ao valor social da criança, como valor absoluto de uma sociedade que têm na criança a aposta do futuro, ao mesmo tempo em que reforça o direito de viver e ter direitos assegurados. Pensar na criança é pensar na continuidade da própria existência. Logo, tudo que envolve a criança desperta na sociedade um olhar afetuoso ou indignado. Na epidemiologia, no que tange à proteção do direito de ter acesso aos programas de pré-natal (o direito de nascer) e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, estão contidos na política de proteção a mãe e a criança; o Programa de Imunizações têm interface direta e é de onde emergem estudos visando ampliar as políticas públicas que garantem a inserção da população nesta rede de proteção.

Só na representação dos usuários há menção aos aspectos do serviço-unidade. Os profissionais não “vêm” tais elementos que marcam o cotidiano das Casas Família, como a fila e a demora. Nas RS de usuários e profissionais, há menção á aspectos do

PNI, há termos comuns como campanha e cartão de vacinação. Há também aspectos negativos relacionados ao sujeito-vacinado (dor, reação e choro) o que certamente influencia no momento de decidir sobre a vacinação, representando assim, uma dimensão sensível e subjetiva.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais são uma forma de pensamento ou conhecimento específico que, estando fortemente enraizada nas experiências socialmente compartilhadas, dirigem as relações dos indivíduos entre si e com o mundo e, como fatos que se constroem socialmente, inserem-se em sua dinâmica e transformação.(Amâncio³⁶)

Desde que o MS definiu a ESF como prioritária na reorganização da atenção básica, reorientando o modelo assistencial, respondendo a uma concepção de saúde não mais centrada na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação de ações programáticas de uma forma abrangente com o desenvolvimento de ações intersetoriais,¹¹ todos os esforços em termos de políticas de fortalecimento da citada estratégia têm sido empregados para sua ampliação no território nacional. Entre os desafios enfrentados pelas equipes da ESF, temos: gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações. O que indica a necessidade de uma política permanente de formação e capacitação; com o objetivo de dispor de profissionais com uma visão integral, capazes de atuar com criatividade e segurança mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva que envolve promoção, proteção específica assistencial e reabilitação. Profissionais capacitados para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam as necessidades da comunidade, articulando os diversos setores para a promoção da saúde.

Nas representações dos usuários e dos profissionais da ESF, fica marcada a relação entre vacinação e criança. Esta representação desfocada e ancorada numa determinada faixa etária, desconsidera a necessidade de manter as demais faixas etárias protegidas contra os agravos preveníveis pela vacinação, o que pode aumentar o número de suscetíveis, uma vez que vacinas como a dupla adulto (contra difteria e tétano) e vacina contra a febre amarela, necessitam de uma dose de reforço a cada dez anos. Há sempre alguém na comunidade necessitando atualizar o cartão de vacina. Tais representações, possivelmente são influenciadas pelas sucessivas interações com os profissionais, levando os usuários a fortalecerem a máxima de que vacinação é para crianças. Outra conclusão é relacionada ao núcleo central de ambos que relaciona vacinação à prevenção e proteção à saúde evitando as doenças.

Só nas RS dos usuários há menção aos aspectos do serviço-unidade. Os profissionais não “vêm” tais elementos que marcaram o cotidiano das casas família, fila e demora. Nas RS de usuários e profissionais há menção à aspectos do PNI, há termos comuns campanha e cartão de vacinação. Só na representação dos usuários, há

aspectos negativos relacionado ao sujeito-vacinado, dor, reação e choro, o que certamente influencia no momento de decidir sobre a vacinação, representando assim uma dimensão sensível e subjetiva que precisa ser considerada.

A partir desta pesquisa, conclui-se que as representações sociais de vacinação para os usuários da estratégia saúde da família apresentam uma estrutura da qual participam elementos positivos e negativos. Dentre os positivos destacamos: criança, proteção, saúde. Quanto aos negativos ressaltam-se “dor”, “reação”, “choro”, “demora”, “medo” e “fila”. Para os profissionais, no entanto, a estrutura de suas representações sobre vacinação são todas de elementos positivos “imunidade”, “prevenção”, “proteção” e “saúde” e apresentam aspectos da própria rotina do serviço de vacinação, “campanha”, “controle”, “criança”, “cuidado” e “orientação”.

As representações dos usuários apontam que o conhecimento científico dos profissionais foi incorporado no cotidiano, pois evocações do tipo “evita doenças” e “proteção” são conteúdos clínico - epidemiológicos. Tal entrecruzamento de conhecimentos é possivelmente fruto das interações cotidianas e das informações que transitam nas UBS.

As representações negativas dos usuários como: “dor”, “reação”, “choro”, “demora” e “medo”, por localizarem-se no núcleo periférico, representam o contato imediato com a realidade corrente e podem ser responsáveis pela transformação das representações caso ocorram modificações nas práticas cotidianas, principalmente das salas de vacinação. Tais representações desfavoráveis podem mudar e transformarem-se, para que possam vir a fortalecer cada vez mais o núcleo central, favorável a vacinação;

As representações dos profissionais contém um núcleo central fortemente ancorado no conhecimento reificado clínico-epidemiológico. Porém, com um agravante, nas representações dos mesmos, vacinação é para criança, o que aponta um importante espaço vazio que deveria ser ocupado pelas ações de busca de suscetíveis para a proteção vacinal, em todas as fases do ciclo da vida. Neste particular, apontamos a necessidade urgente do debate a respeito da proteção vacinal, para que o profissional tenha possibilidades de desestabilizar esta representação, possibilitando sua transformação em uma representação que priorize a vacinação como proteção disponível para a população e assim, realize o resgate das demais faixas da população. Considerando o número de famílias que cada ACS “cuida” (em torno de cem a cento e cinquenta famílias), podemos compreender a importância do vazio citado, quando temos um grande número de pessoas suscetíveis as doenças imunopreveníveis;

As representações dos profissionais contém no núcleo periférico elementos que contemplam a normatização do PNI, representados por “campanha”, “cartão de vacina”, “controle”, “cuidado” e “orientação”. Pela constante proximidade com o cotidiano, tais representações atuam como fortalecedoras do núcleo central que contempla os objetivos do PNI.

Indica-se como estratégia para a superação dos impasses e desafios aqui destacados, a educação em saúde, importante ferramenta de interação entre profissionais e usuários, principalmente nas visitas domiciliares. Há que se estabelecer pontes entre ambos, pois os profissionais possivelmente não têm conhecimento de que os usuários se referem a vacinação com tantos elementos negativos, e que tais elementos estão diretamente relacionados à rotina do serviço (“demora” e “fila”); talvez também não consigam identificar que este mesmo usuário sente medo da reação vacinal. Certamente, o debate da situação apresentada tem possibilidades de estabelecer outras e novas normas, rotinas e procedimentos para a própria sala de vacinação na expectativa de promover mudanças do serviço.

Finalmente, no que tange aos objetivos traçados para essa pesquisa, ao apreender as representações sociais de usuários e profissionais da ESF sobre vacinação, nos vemos em melhores condições de identificar as implicações das representações com as práticas educativas em saúde. Estas precisam ser desenvolvidas pelos profissionais, principalmente por meio da abordagem privilegiada da visita domiciliar, quando o profissional entra em contato direto com a família, estabelecendo laços de co-responsabilidade para a proteção da saúde.

Enfim, defendemos a vacinação como um elo de uma grande corrente de interações e ações das equipes da ESF. Sem esse elo, a corrente pode até rodar, mas, sempre levará consigo uma deficiência e, somente o elo, não representa a corrente.

A abordagem privilegiada da ESF é a visita domiciliar, o contato direto com a família, na criação de vínculos de co-responsabilidade, o que fortalece o elo profissional e usuário. A exuberância de interações possibilitadas nestas visitas pode tornar visíveis as representações dos usuários. Há ainda um espaço vazio na atuação com ênfase na educação em saúde, que precisa ser incluída na rotina do serviço de tais profissionais.

É preciso destacar que o PNI atua na perspectiva da inclusão social; tal inclusão significa cidadania, significa possibilitar a todos proteção vacinal, haja vista que no Estado ainda temos a ocorrência de agravos preveníveis por vacinação. Segundo o SINAN/PA, foram identificados no ano de 2009, dez casos de tétano acidental; até a segunda quinzena de dezembro de 2010, onze casos de tétano acidental e dois de tétano neonatal, alguns destes casos em áreas cobertas pela ESF. Logo, compreendemos a urgência da consolidação da reorganização da Atenção Básica, pois, com qualquer cobertura da ESF, deveríamos ter o correspondente de famílias devidamente vacinadas. Com base nessas conclusões, afirmamos a necessidade de integração nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal) da Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica e Imunizações para:

- Manutenção da Educação Permanente, inerente a atualização dos profissionais de saúde e ferramenta indispensável da ESF;
- Fortalecimento das ações de vacinação como prioridade em todas as ações de promoção e proteção da saúde;

- Envolvimento dos profissionais com a comunidade (fortalecimento da corresponsabilidade e ações educativas), promovendo as ações do Programa de Imunizações;
- Incentivo a formação de grupos na comunidade para discussão crítica de temas inerentes a comunidade que fazem interface com a saúde pública para atendimento de suas necessidades;
- Garantia das condições ideais de funcionamento das casas família e das salas de vacinação (exclusividade, equipamentos adequados e pessoal qualificado);
- Consolidação da visita domiciliar como espaço privilegiado do diálogo, partindo da cultura “do outro” e relativizando com as questões pertinentes da saúde pública, particularmente a vacinação.

REFERÊNCIAS

- 1- Heller A. O cotidiano e a história. 4ª ed. São Paulo (SP): Paz e Terra S/A; 1970.
- 2- MS do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações, 30 anos. Série C, Projetos e Programas e Relatórios: Brasília; 2003.
- 3- MS do Brasil. DATA/SUS. Sistema de Informações e Avaliação do Programa Nacional de Imunizações. SI/API. Consultado 23 de abril de 2010.
- 4- Moraes JC, Ribeiro MCSA, Simões O, Castro PC, Barata RB. Qual é a cobertura vacinal real? Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(3) : 147 – 153.
- 5- Luhm KR. Sistemas informatizados de registro de imunização: uma revisão com enfoque na saúde infantil. Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2009; 18 (1): 65-78.
- 6- Souto FJD, Fontes CJF. Prevalência da hepatite B em área rural de município hiperendêmico na Amazônia Mato-Grossense: situação epidemiológica. Revista do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2004; 13 (2): abril/junho.
- 7- Rocha CMV. Comunicação Social e Vacinação. História, Ciência e Saúde. Manginhos 2003; vol 10 (supl.2): 795-806.
- 8- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Decreto nº 78231, de 12 de agosto de 1976. 2003. Disponível em <<http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=7440&word=>>>. Acessado em 02 de fevereiro de 2010.
- 9- MS do Brasil. Departamento de Epidemiologia. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Proposta para introdução da vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) no Calendário Básico de Vacinação da Criança. Incorporação, março-2010. Brasília-fev 2010.
- 10- MS do Brasil. Brasil livre da rubéola- relatório. 1ª ed. Brasília (DF): MS; 2009.

- 11- Andrade LOM, Barreto ICHC. SUS Passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. Portaria n° 648/GM, de 28 de março de 2006. 2° ed São Paulo: Hucitec; 2007.
- 12- Sala A, Simões O, Luppi CG, Mazziero MC. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. Cad. Saúde Publica. 2004; 20(6).
- 13- Silva JA. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- 14- Cota RMM, Schott M, Azevedo CM, Castro SC. Organização do trabalho e perfil dos Profissionais do Programa Saúde da Família (PSF): Um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde Anais da 5° Mostra Nacional de Experiências bem sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série D. Reuniões e Conferências. Brasil. DF. 2005.
- 15- Aranda CMSS, Carnavalhanas TRMP, Paiva TM, Brandileone MC. Campanha de vacinação contra influenza-2004. Boletim epidemiológico paulista. 2004; 1:8-10.
- 16- Moura M, Silva LJ. Pesquisa de Opinião sobre as campanhas de vacinação contra influenza no estado de São Paulo. Boletim Epidemiológico Paulista. 2004;1: 8-10
- 17- Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde. 11° ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 18- Lopes MB, Polito R. “Para uma história de vacina no Brasil”- um manuscrito inédito de Noberto e Macêdo. História, Ciências, saúde – Manguinhos; 14 (2): p- 595-605. Abril/junho, 2007.
- 19- Porto A, Pontes CF. Vacinas e Campanhas: as imagens de uma história a ser contada. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. V 10. Suppl (2), 2003: 725-42 RJ.
- 20- Temporão JG. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. História. ciencia. saude-Manguinhos 2003; 10(2): 601-17.

- 21- Campos ALV, Nascimento DR, Maranhão E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. V 10. Suppl (2), 2003: 573-600 RJ.
- 22- MS do Brasil. Manual de vigilância epidemiológica dos eventos adversos pós-vacinação. Brasil: Secretaria de vigilância em saúde, 2008.
- 23- Oliveira, F. Crítica à razão dualista. O ornitorrinco. 2ª reimpressão. Boitempo editorial, 2008.
- 24- UNICEF. Cuidados primários de saúde: relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília (DF): MS. 1979.
- 25- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & saúde coletiva*. V 5. Suppl 1, 2000, Rio de Janeiro.
- 26- Mendes, IAC. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Mai/jun, 2004, V 12. Suppl (3)..
- 27- Heidmann ITS, Almeida MCP, Boehs AE. Promoção a saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & contexto – Enfermagem*, Abr/jun 2006. V 15, n° 2..
- 28- Szwarcwald CL, Leal MC, Jourdan AMF. Mortalidade infantil: o custo social do desenvolvimento brasileiro. In: *Saúde, ambiente e desenvolvimento. Volume II: processos e consequências sobre as condições de vida*. São Paulo: Hucitec- ABRASCO; 1992. p. 252-78.
- 29- Stotz, EM. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trabalho, educação e saúde*, 2005, v 3 n.1, p 9-30.
- 30- Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- 31- MS do Brasil. Portaria n° 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o programa saúde da família (PSF) e o programa de agente comunitário de saúde (PACS).

- 32- Marchionatti, CRE. O Programa Saúde da Família (PSF): estratégias para eliminar bolsões de suscetíveis e atingir altas coberturas vacinais. Anais da 5^a Mostra Nacional de Experiências bem sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série D. Reuniões e Conferências. Brasil. DF. 2005.
- 33- Cota RMM, Schott M, Azevedo CM, Castro SC. Organização do trabalho e perfil dos Profissionais do Programa Saúde da Família (PSF): Um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde Anais da 5^o Mostra Nacional de Experiências bem sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série D. Reuniões e Conferências. Brasil. DF. 2005.
- 34- Santos DM, Santos L, et al. Avaliação Normativa da Ação Programática de Imunizações nas Equipes de Saúde da Família do município de Olinda, estado de Pernambuco. Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, julho/setembro. 2006. V 15 (3).
- 35- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde de Família no Brasil. Brasília DF. 2010. 144 p.
- 36- Amâncio L. Prefácio. Saúde e Representações Sociais. João Pessoa: Universitária. UFPB. 2005.
- 37- Moscovici S. A representação social de psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- 38- Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2005.
- 39- Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, 1998.
- 40- Ferreira DS. Educação não tem idade: representações sociais sobre velhice educação entre idosos amazonidas. Belém. Dissertação de mestrado Universidade do Estado do Pará, 2009.
- 41- Claro LBL. Hanseníase: representações sobre a doença. Cad. de Saúde Públ. 1995; 11(4): 631-38.

- 42- Souza Filho EA, Henning MG. Representações sociais de AIDS: práticas sexuais e vida social entre heterossexuais, bissexuais e homossexuais em Brasília- Brasil. Cad. de Saúde Públ. 1992; 8(4):428-41.
- 43- Valle ARMC, Moura MEB, Feitosa MB, Santos AMR, Araújo VMD, Monteiro CFS. Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2008;12(2):304-9.
- 44- Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP 2005;39(2):145-153.
- 45- Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2ª ed. revista. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.
- 46- Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. p.27-38. In Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos interdisciplinares de representação social. 2ª ed. Goiânia (GO): AB editora, 2000.
- 47- Ribeiro CG, Coutinho MPL, Saldanha AAW. Estudo das representações sociais sobre a AIDS por profissionais de saúde que atuam no contexto da soropositividade para o HIV. DST J. Bras. Doenças Sex. Transm. 2004; 16(4):14-18.
- 48- Município de Belém. Lei municipal 7684/94. 1994. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/cgilocal/showingimg.pl?number=7684&year=1994&city=Belém2&state=PA&typ=o&wordkeytxt=7684>>. Acesso em: 15 de setembro de 2010.
- 49- Vergés P. EVOC- Ensemble des programmes permettant l'analyse des evocations: Manuel d'utilisateur. Aix-en-provence (FR): Lames-CNRS, 1999.
- 50- Vergés P. L'evocation de l'argent: une méthode pour la definitionn du noyau central d'une representation. Bulletin de Psychologie. 1992; 45:203-09.
- 51- Arantes EMM, Motta MES. A criança e seus direitos: Estatuto da criança e do adolescente e código de menores em debate. Rio de Janeiro, PUC/RJ- FUNABEM, 1990.

- 52- MS do Brasil. Portaria N° 597/GM Em 8 de abril de 2004. 2004. Disponível em: <
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-597.htm>>. Acesso em: 15 de setembro de 2010.
- 53- Ferreira ABH. Dicionário Aurélio. 5ª ed. Curitiba (PR): Positivo; 2010.
- 54- Rouquayrol MZ, Almeida Filho NA. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2003.
- 55- MS do Brasil. Manual de procedimentos para vacinação. 4ª ed. Brasília (DF): MS; 2001.
- 56- Fundação Nacional de Saúde. Manual de normas de vacinação. Brasil: FUNASA; 2001.
- 57- MS do Brasil. Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais. 3ª ed. Brasília (DF): MS; 2006.
- 58- Freitas FRM, Sato HK, Aranda CMSS, Arantes BAF, Pacheco MA, Waldman EA. Eventos adversos pós-vacina contra a difteria, coqueluche e tétano e fatores associados à sua gravidade. Rev. Saúde Pública. 2007; 41(6): 1032-41.

APÊNDICES

APÊNDICE A- FORMULÁRIO PARA ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS PARA OS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1-- DADOS DE PERFIL GERAL
a) Iniciais:_____ b) Data da coleta:_____
c) Cor 1-() Branco 2-() Pardo 3-() Negro
d)Sexo: 1-() Masc 2-() Fem
e) Idade 1-() 18 – 37 anos 2-() 38 – 57 anos 3-() 58 – 70 anos
f) Anos de Estudo: 1-() < 8 anos 2-() < 11 anos 3-() 11 e + anos
g) Tempo de moradia na área 1-() Menos de 1 ano 2-() de 1 a 2 anos 3-() 0 + 2anos
<p>PALAVRAS ESTÍMULO- Diga para mim em até 5 palavras o que vem na sua mente quando o (a) Sr. (a) ouve a palavra VACINAÇÕES</p> <p>_____ ()</p> <p>_____ ()</p> <p>_____ ()</p> <p>_____ ()</p> <p>_____ ()</p> <p>Agora vamos colocar todas as palavras em uma ordem de acordo com a importância que o (a) Sr (a) atribuiu cada uma delas; comece pela mais importante até a menos importante (registrar o número ao lado da palavra).</p>

APÊNDICE B- FORMULÁRIO PARA ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS PARA OS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

<p>1-- DADOS DE PERFIL GERAL</p> <p>a) Iniciais: _____ b) Data da coleta: _____</p> <p>c) Cor 1- () Branco 2- () Pardo 3- () Negro</p>
<p>d) Sexo: 1- () Masc 2- () Fem</p>
<p>e) Idade 1- () 18 – 37 anos 2- () 38 – 57 anos 3- () 58 – 70 anos</p>
<p>f) Anos de Estudo: 1- () Fundamental 2- () Médio 3- () Superior</p>
<p>g) Número de locais onde trabalha:</p> <p>1- () Somente nesta ESF 2- () Em duas ESF 3- () Três locais e +</p>
<p>PALAVRAS ESTÍMULO- Diga para mim em até 5 palavras o que vem na sua mente quando o (a) Sr. (a) ouve a palavra VACINAÇÃO</p> <p>_____ ()</p> <p>_____ ()</p> <p>_____ ()</p> <p>_____ ()</p> <p>_____ ()</p> <p>Agora vamos colocar todas as palavras em uma ordem de acordo com a importância que o (a) Sr (a) atribuiu cada uma delas; comece pela mais importante até a menos importante (registrar o número ao lado da palavra).</p>

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (usuários)

Caro (a) Sr. (a)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa Representações Sociais sobre vacinação de usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família em Unidades de Saúde.

O objetivo geral deste estudo é o de construir, a partir de seu depoimento, um entendimento sobre a importância da vacinação para sua saúde, de sua família e de sua comunidade. Esperamos com isso melhorar as ações de vacinação dos serviços de saúde no município de Belém, de modo a evitar doenças preveníveis por meio de vacinas e aumentar a qualidade de vida da população.

Não há riscos para a sua participação, pois as informações prestadas por você serão de uso exclusivo para pesquisa, terão caráter sigiloso e seu nome não será identificado.

Você tem direito a se manter informado a respeito dos resultados da pesquisa.

Não há despesas pessoais para participar em qualquer fase do estudo. Este trabalho será realizado com recursos do próprio autor, não tendo financiamento ou co-participação de nenhuma instituição de pesquisa. Também não haverá nenhum pagamento pela sua participação.

Sua participação não é obrigatória.

Concordo voluntariamente em participar desse estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento sem necessidade de justificar o motivo da desistência, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Declaro que compreendi as informações do que li ou que me foram explicadas sobre a pesquisa em questão.

Belém, _____, de _____ de 2010.

Assinatura do participante da pesquisa

<p>Jair Ataíde Pesquisadora</p>	<p>Comitê de ética em Pesquisa da ENSP Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – sala 314 Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ Tel.: (21) 2598-2863</p>
-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (profissional)

Caro (a) Colega,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa Representações Sociais sobre vacinação de usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família em Unidades de Saúde.

O objetivo geral deste estudo é o de construir, a partir de seu depoimento, um entendimento sobre a importância da vacinação para o profissional de saúde, famílias acompanhadas pela ESF e de sua comunidade. Esperamos com isso melhorar as ações de vacinação dos serviços de saúde no município de Belém, de modo a evitar doenças preveníveis por meio de vacinas e aumentar a qualidade de vida da população.

Não há riscos para a sua participação, pois as informações prestadas por você serão de uso exclusivo para pesquisa, terão caráter sigiloso e seu nome não será identificado.

Você tem direito a se manter informado a respeito dos resultados da pesquisa.

Não há despesas pessoais para participar em qualquer fase do estudo Este trabalho será realizado com recursos do próprio autor, não tendo financiamento ou co-participação de nenhuma instituição de pesquisa. Também não haverá nenhum pagamento pela sua participação.

Sua participação não é obrigatória.

Concordo voluntariamente em participar desse estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento sem necessidade de justificar o motivo da desistência, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Declaro que compreendi as informações do que li ou que me foram explicadas sobre a pesquisa em questão.

Belém, ____, de _____ de 2010.

Assinatura do participante da pesquisa

<p>Jair Ataíde Pesquisadora</p>	<p>Comitê de ética em Pesquisa da ENSP Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – sala 314 Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ Tel.: (21) 2598-2863</p>
-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXOS

ANEXO 1- ATA DE QUALIFICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA- ENSP/FIO CRUZ



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 06 de julho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - N° 115/10
CAAE: 0121.0.031.000-10

Título do Projeto: "Representações Sociais Sobre Vacinação de Usuários e Profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família de Unidades de Saúde de Belém-Pará"

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Jaira Ataíde dos Santos de Brito

Orientadores: Eduardo Stotz e Elizabeth Teixeira

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP/ENSP: 19 / 05 / 2010

Data de apreciação: 02 / 06 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNSMS N° 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Márcia Aparecida de Carvalho Reis
Concededora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

ANEXO B – PORTARIA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NAS UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM-PA