

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

DEBORAH CORREIA DUARTE

**ACESSO À VACINAÇÃO NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NA REGIÃO AMPLIADA OESTE DE MINAS GERAIS, SOB A ÓTICA DOS
USUÁRIOS.**

DIVINÓPOLIS

2018

DEBORAH CORREIA DUARTE

**ACESSO À VACINAÇÃO NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NA REGIÃO AMPLIADA OESTE DE MINAS GERAIS, SOB A ÓTICA DOS
USUÁRIOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Selma Maria da Fonseca Viegas

Divinópolis

2018

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

Assinatura: _____ **Data:** ___/___/___

FICHA CATALOGRÁFICA

Duarte, Deborah Correia.

D812a

Acesso à vacinação no cotidiano da atenção primária à saúde na região ampliada oeste de minas gerais, sob a ótica dos usuários.

Deborah Correia Duarte – Divinópolis, 2018.

135 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São João del-Rei, 2018.

Orientadora: Selma Maria da Fonseca Viegas.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Imunização. 4. Vacinação. 5. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. I. Título.

DEBORAH CORREIA DUARTE

Acesso à vacinação no cotidiano da atenção primária à saúde na região ampliada oeste de minas gerais, sob a ótica dos usuários.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem.

APROVADA em: 27 de fevereiro de 2018.

Banca examinadora

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Selma Maria da Fonseca Viegas

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei

Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Maria de Mattos Penna

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^ª. Valéria da Conceição Oliveira

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais, Jair e Jeneci.

Ao meu amor, João Pedro.

Ao meu querido Irmão, Victor.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo, João Pedro, amigo e companheiro inigualável. Obrigada por todo o amor, apoio, incentivo, compreensão e cuidado. Com você ao meu lado a caminhada tornou-se mais leve.

Aos meus pais, por tantas abdições ao longo da vida e por não terem medido esforços para que eu chegasse até aqui. Obrigada pela dedicação, amor e confiança. Devo tudo a vocês!

Ao meu irmão Victor, por nossa união e amizade de sempre. Nos momentos difíceis, você foi companheiro, e nas conquistas, você vibrou comigo. Obrigada por sempre apoiar minhas escolhas e apostar nos meus sonhos.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Selma Maria da Fonseca Viegas, pela dedicação e excelência. Agradeço pela forma como me recebeu como orientanda, por compartilhar seus conhecimentos com generosidade, extrema competência e pela disponibilidade em atender minhas demandas.

À amiga de mestrado, Jéssica, pela parceria e cumplicidade em todas as etapas deste trabalho.

À professora Dr.^a Valéria Conceição de Oliveira, pelo apoio desde a graduação e pelas contribuições na banca de qualificação.

À professora Dr.^a Fernanda Moura Lanza, pela leitura atenta na versão deste trabalho para a qualificação com valiosas contribuições.

Aos professores que aceitaram compor a banca de defesa, se dispondo a ler, ouvir e debater, somando ideias e pontos de vista.

Aos meus familiares, em especial à tia Dirce e tio Domício, por estarem sempre por perto, apoiando e ajudando sempre que necessário.

À Thaís, aluna de iniciação científica deste projeto, pela dedicação e contribuição.

À Universidade Federal de São João del-Rei e seus docentes, por me proporcionarem a oportunidade da graduação e da pós-graduação no mestrado.

Por fim, agradeço aos informantes deste trabalho, que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.

“O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”.

João Guimarães Rosa

RESUMO

DUARTE, D.C. Acesso à vacinação no cotidiano da atenção primária à saúde da região ampliada oeste de Minas Gerais, sob a ótica dos usuários. [Dissertação]. Divinópolis: Programa de Pós-Graduação Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei; 2018.

Este estudo teve por objetivo compreender o acesso à vacinação no cotidiano da Atenção Primária à Saúde na Região Ampliada Oeste do Estado de Minas Gerais, sob a ótica do usuário. Trata-se de estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. Contém quatro casos que se constitui pelas microrregiões sanitárias e teve como unidade única de análise: “O acesso à vacinação na APS”. As fontes de evidências foram: a entrevista aberta com roteiro semiestruturado, a visita técnica às salas de vacinas e notas de campo. Para análise dos dados, utilizou-se da Análise de Conteúdo Temática, obedecendo à técnica analítica da síntese cruzada dos casos. Participaram do estudo 74 usuários de sete municípios representantes de quatro microrregiões da Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, Brasil. Resultados: Originaram três categorias: “Adequação funcional e uma agenda para o acesso à vacinação na APS sob a ótica do usuário”, “Acesso à vacinação na APS na voz do usuário: sentidos e sentimentos frente ao atendimento” e “Vacinação como demanda programada: um acesso que pode ser facilitado”. Os entraves relacionados aos aspectos organizacionais dos serviços, como o estabelecimento de dias específicos para a realização de determinadas vacinas, falta do imunobiológico e inadequado horário de funcionamento das salas de vacina foram descritos na primeira categoria. A segunda categoria traz as perspectivas dos usuários frente à realidade vivenciada do acesso vacinação na APS, por meio da manifestação dos sentidos e sentimentos atribuídos às dificuldades enfrentadas pelos aspectos geográficos, financeiros e sociais. A terceira categoria revela que os usuários conferem à vacinação o atributo de ser uma demanda programada em saúde, indicam que o uso de sistemas informatizados para registro dos dados de imunização e o envolvimento da equipe de saúde, com as atividades de imunização, favorecem o acesso oportuno à imunização e evitam situações de oportunidades perdidas de vacinação. Conclusão: Este estudo possibilitou conhecer aspectos intrinsecamente relacionadas ao acesso do usuário à imunização no âmbito da Atenção Primária à Saúde, considerando a subjetividade. Os entraves organizacionais, geográficos e sociodemográficos identificados comprometem a prestação de um serviço de vacinação adequado, conforme estabelecido pelo Programa Nacional de Imunizações. O conhecimento desses fatores contribui para o planejamento da promoção vacinal e indica a necessidade de reforçar políticas mais equitativas. Uma agenda para o melhor acesso à vacinação na APS foi sugerida pelos usuários. O estudo apresenta contribuições para a área de Enfermagem e da Saúde, uma vez que a realidade apresenta entraves à incorporação da vacinação como demanda programada no cotidiano dos serviços, e que a programação dessa demanda pode promover o acesso a essa ação. Ressalta-se a importância de os serviços identificarem suas fragilidades e adotarem estratégias que viabilizem uma atenção usuário-centrada, promovendo o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, à imunização.

Palavras Chave: Acesso aos serviços de saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Imunização; Vacinação; Enfermagem.

ABSTRACT

DUARTE, D. C. Vaccination access in Everyday Life of primary health care of the Western Extended Health Region of Minas Gerais, from the user's standpoint. [Dissertation]. Divinópolis: Academic Graduate Nursing Program from the Federal University of São João Del Rei, 2018.

Vaccination access in Everyday Life of primary health care of the Western Extended Health Region of Minas Gerais, from the user's standpoint

This study was intended to understand the vaccination access in Everyday Life of primary health care of the Western Extended Health Region of Minas Gerais, from the user's standpoint. This is a holistic-qualitative and multiple-case study, which was underpinned on the Comprehensive Sociology of Everyday Life. It contains four cases encompassing the sanitary micro-regions and had as single analysis unit: "The access to vaccination in APS". The sources of evidence were: the open interview with semi-structured script, the technical visit to the vaccination rooms, and field notes. In order to analyze the data, we used the Thematic Content Analysis, following the analytical technique of the cross-synthesis of cases. The study was attended by 74 users from seven cities representing four micro-regions of the Western Extended Health Region of Minas Gerais, Brazil. Results: The analysis gave rise to three categories: "Functional adequacy, and an agenda for access to vaccination from the user's standpoint", "Vaccination access in Everyday Life of primary health care from the user's voice: senses and feelings about health care" and "Vaccination as a programmed demand: an access that may be eased". Barriers related to the organizational aspects of services, such as the establishment of specific days for administering certain vaccines, lack of immunobiological products and inappropriate hours of operation of vaccine rooms were shown in the first category. The second category brings the users' perspectives about the experienced reality of access to vaccination in APS, through the manifestation of the senses and feelings assigned to the difficulties faced by the geographic, financial and social dimensions. The third category shows that users endow vaccination with the assignment of being a programmed health demand, highlighting that the use of computerized systems to record immunization data and the involvement of the health team with immunization activities foster access to the vaccine room and prevent situations of missed vaccination opportunities. Conclusion: This study has enabled us to know aspects intrinsically related to the user's access to immunization in the context of Primary Health Care, considering subjectivity. The identified organizational, geographic and sociodemographic barriers undermine the provision of an appropriate vaccination service, as established by the National Immunization Program. The knowledge of these factors contributes to the planning of vaccine promotion and signalizes the need to reinforce more equitable policies. An agenda for better access to the vaccine room has been suggested by users. The study presents contributions to the area of Nursing and Health, since the reality presents barriers to the incorporation of vaccination as a programmed demand in the daily services, and that the programming of this demand may promote access to this action. We should highlight the importance of services in identifying their weaknesses and adopting strategies that enable a user-centered health care, thereby promoting access to health services and, consequently, immunization.

Keywords: Health Services Accessibility; Health Service Needs and Demands; Primary Health Care; Immunization; Vaccination; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estudo de casos múltiplos. Adaptada de Yin, 2015.....	32
Figura 2 – Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais.....	36
Figura 3 – Araújos – MG, 2017.....	39
Figura 4 – Santo Antônio do Monte – MG, 2017.....	39
Figura 5 – Divinópolis – MG, 2017.....	39
Figura 6 e 7 – Itaúna – MG, 2017.....	40
Figura 8 e 9 – Conceição do Pará – MG, 2017.....	41
Figura 10 – Igaratinga – MG, 2017.....	41
Figura 11, 12 e 13 – Formiga – MG, 2017.....	42

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
Caps	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPES – CCO	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro Oeste da Universidade Federal de São João del-Rei
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CISV	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Itapeçerica
CRER	Centro de Reabilitação Regional
ESF	Estratégia Saúde da Família
Iaps	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
PNI	Programa Nacional de Imunização
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PDR	Plano Diretor de Regionalização
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SAE/CTA	Serviço de Atendimento Especializado/Centro de Testagem e Aconselhamento
SEO	Serviço Especializado em Odontologia
SUS	Sistema Único de Saúde
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVO	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 ACESSO À SAÚDE E DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	19
2.2 O ACESSO À SAÚDE E SUAS DIMENSÕES.....	22
2.3 VACINAÇÃO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	25
3 MÉTODOS	30
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	30
3.2 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS HOLÍSTICO-QUALITATIVO	30
3.3 SOCIOLOGIA COMPREENSIVA DO COTIDIANO	33
3.4 CENÁRIO DE ESTUDO.....	36
3.4.1 Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais.....	36
3.4.1.1 Microrregião de Divinópolis/Santo Antônio do Monte	38
3.4.1.2 Microrregião de Itaúna	39
3.4.1.3 Microrregião de Pará de Minas	40
3.4.1.4 Microrregião de Formiga	41
3.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO	42
3.6 FONTES DE EVIDÊNCIAS	43
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	44
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	45
4 RESULTADOS	49
ARTIGO 1 – ADEQUAÇÃO FUNCIONAL E UMA AGENDA PARA O ACESSO À VACINAÇÃO SOB A ÓTICA DO USUÁRIO	49
ARTIGO 2 – ACESSO À VACINAÇÃO NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA VOZ DO USUÁRIO: SENTIDOS E SENTIMENTOS FRENTE AO ATENDIMENTO.....	66
ARTIGO 3 - VACINAÇÃO COMO DEMANDA PROGRAMADA: UM ACESSO QUE PODE SER FACILITADO	82
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98

REFERÊNCIAS	99
APÊNDICES	114
ANEXOS	122

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) transformam a saúde em um direito de todos e dever do Estado, o que implica na garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de prevenção aos riscos e agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde, e com fins de resposta às necessidades individuais e da coletividade (BRASIL, 1988), e de “acesso a um Sistema com ações integrais para a materialização da saúde como direito social” (VIEGAS; PENNA, 2015, p. 1089).

O acesso universal e igualitário, embora consagrados em Constituição, permanecem como uma das grandes preocupações e um dos maiores desafios relacionados ao processo de organização e implantação do SUS, uma vez que, na prática, ainda se convive com uma realidade, muitas vezes, díspar e excludente do acesso aos serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

O acesso à saúde trata-se de um processo complexo e multidimensional, que envolve, além da qualidade do atendimento, a relação existente entre as necessidades de assistência de uma dada população e a capacidade do sistema oferecer serviços de saúde equitativamente e no momento oportuno (SILVA JÚNIOR et al., 2010; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; CASSIANI, 2014).

A utilização dos serviços de saúde é determinada pela facilidade no acesso às portas de entrada do usuário no Sistema, toda vez que um novo atendimento é demandado. Essa porta de entrada compreende o primeiro contato do usuário com os serviços e deve ser de fácil acesso. A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível acarreta a não obtenção da assistência adequada ou no adiamento dela, podendo ocasionar gastos adicionais e, conseqüentemente, onerar o sistema (STARFIELD, 2002).

A organização dos sistemas de saúde tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial para uma rede de serviços de acesso universal. É função da APS exercer o papel de coordenar o cuidado e ordenar as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017), o que implica na capacidade da APS assumir um papel central e estratégico, garantindo e orientando a continuidade do cuidado (RODRIGUES et al; 2014).

A APS apresenta atributos considerados essenciais, como o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural, e estima-se que os serviços que a compõem sejam acessíveis e resolutivos face às demandas de saúde dos usuários (STARFIELD, 2002). Dentre as ações integradas e rotineiras dos serviços da APS está a vacinação, estratégia que ocupa lugar

de destaque entre os instrumentos de política pública no Brasil, com grande influência nas condições gerais de vida da população. Esse serviço representa uma das ferramentas mais eficazes na preservação e promoção da saúde devido sua capacidade de redução da morbimortalidade causada por doenças imunopreveníveis (PORTO; PONTE, 2003; TAVARES; TOCANTINS, 2015).

Entretanto, o êxito dos programas de imunização está condicionado ao alcance das metas vacinais. Para tanto, é preciso que a atividade de vacinação seja cercada de cuidados, adotando-se apropriada organização e funcionamento da sala de vacina, além de procedimentos adequados antes, durante e após a administração do imunobiológico (BRASIL, 2014a).

A diversidade das condições de vida da população pode acarretar barreiras de distintas naturezas, refletindo em coberturas vacinais diferenciadas devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Estudo longitudinal realizado na Austrália com o objetivo de examinar as barreiras no acesso à imunização infantil vivenciadas pelos pais, identificou que famílias maiores, com mais de três crianças, cujos pais tinham menor escolaridade e renda, ou famílias que possuíam pouco contato com a saúde e poucas informações sobre o serviço de imunização eram mais propensas a ter a situação vacinal incompleta, evidenciando que as condições de vida da população implicam, diretamente, em barreiras para a imunização (PEARCE; MARSHALL; BEDFORD; LYNCH, 2015).

Outro estudo que objetivou avaliar os atributos da APS em uma microrregião do sul de Minas Gerais, sob o ponto de vista de usuários e profissionais, mostrou que há várias barreiras para o acesso à assistência na ESF (Estratégia Saúde da Família), principalmente no que diz respeito às formas de comunicação e aos horários de funcionamento das unidades (SILVA; BAITILO; FRACOLLI, 2015). O estabelecimento de horários e turnos específicos para determinados procedimentos na APS, como a vacinação, além de ferir o princípio da integralidade da atenção, acarreta situações de oportunidades perdidas de imunização (BEDIN; SCARPARO; MARTINEZ; MATOS, 2014).

Apesar da vacinação, bem como as demais ações de vigilância epidemiológica terem, ao longo do tempo, perdido o caráter verticalizado e se incorporado ao conjunto de ações da APS (BRASIL, 2014a), estudo realizado em uma microrregião do sul de Minas Gerais identificou que a maioria das unidades da ESF não possuía sala de vacina. Em três cidades as ações de imunização estavam centralizadas em policlínicas, locais onde estavam localizadas as únicas salas de vacina dos municípios (SILVA; BAITILO; FRACOLLI, 2015).

Explorar e compreender os efeitos das barreiras para a obtenção de serviços preventivos de saúde é especialmente importante no Brasil, país de grandes disparidades sociais,

diversidades culturais e geográficas, o que implica considerar que a disponibilidade de vacina na rede, por si só, não garante adequadas e homogêneas coberturas vacinais (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

A existência de tais fatores revela gargalos no sistema que podem comprometer o sucesso do programa de imunizações e, conseqüentemente, o controle das doenças imunopreveníveis, colocando, assim, a população sob riscos. Além disso, problemas relativos ao acesso podem implicar na exclusão de indivíduos cujas condições precárias de vida já os mantêm a margem de muitos direitos de cidadania (AZEVEDO; COSTA, 2010).

A concretização, no cotidiano das pessoas, do direito à saúde só é possível ser expressa por meio de análises que buscam conhecer a relação do usuário com os serviços de saúde. Para a realização de estudos nessa direção, uma primeira discussão que se impõe é, portanto, a respeito do acesso à saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Assim, no intuito de propiciar uma reflexão sobre as diferentes dimensões do acesso como fatores primordiais à manutenção do sucesso do programa de imunizações, bem como a inserção do sujeito no sistema de saúde de um modo geral, justifica-se a relevância deste estudo.

Nesse contexto, indagamos: Como ocorre o acesso à vacinação no cotidiano da APS, sob a ótica do usuário, considerando a sua unidade de referência? Qual a vivência do usuário ao procurar a sala de vacina? Como o usuário compreende acesso à vacinação? O que pode facilitar ou dificultar o acesso à vacinação no cotidiano da APS sob a ótica do usuário?

A fim de sistematizar e facilitar a compreensão dos resultados e considerações desta pesquisa, o seu conteúdo encontra-se dividido nos capítulos explicitados a seguir.

Neste primeiro capítulo é introduzido o tema central da pesquisa, seguido de seu objetivo.

A revisão de literatura, disposta no segundo capítulo, está dividida em três tópicos que abrangem, consecutivamente, o acesso à saúde e o direito à saúde no Brasil; o acesso à saúde e suas dimensões; e a vacinação e Atenção Primária à Saúde.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia, tendo como referencial metodológico o estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo; o referencial teórico da sociologia compreensiva do cotidiano; a descrição do cenário do estudo; as fontes de evidências; os procedimentos para a coleta e análise dos dados; e, por fim, os aspectos éticos.

O quarto capítulo apresenta os resultados do estudo, que descrevem as três categorias oriundas da Análise de Conteúdo Temática e que dão origem a três artigos: “Adequação funcional e uma agenda para o acesso à vacinação sob a ótica do usuário”, “Acesso à vacinação

no cotidiano da Atenção Primária à Saúde na voz do usuário: sentidos e sentimentos frente ao atendimento” e “Vacinação como demanda programada: um acesso que pode ser facilitado”.

Finalmente, no quinto capítulo, estão algumas considerações que constituem uma síntese do trabalho e o olhar sobre o acesso à sala de vacina, à luz da análise e da interpretação dos dados e do aporte teórico referente ao tema e ao referencial teórico-metodológico.

1.1 OBJETIVO

Compreender o acesso à vacinação no cotidiano da Atenção Primária à Saúde na Região Ampliada Oeste do Estado de Minas Gerais, sob a ótica do usuário.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ACESSO À SAÚDE E DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A garantia do direito à saúde para todos, de forma igualitária, no Brasil, trata-se de uma realidade recente promulgada na Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS, com as diretrizes da universalidade, integralidade e equidade no acesso a todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1988). Desde então, o acesso universal aos serviços de saúde tem sido objeto de interesse e tema central das discussões de muitos estudiosos das políticas públicas.

Anteriormente à instituição do SUS, a assistência à saúde no Brasil era prestada de maneira segmentada e vinculada aos contratos de trabalho formal. Em 1923 é regulamentada a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps), ligadas às empresas e que fornecia aos segurados socorro médico, medicamentos, aposentadorias e pensões para herdeiros. Esse benefício era restrito às empresas de maior porte, favorecendo uma pequena parcela dos trabalhadores. As Caps eram financiadas e administradas pelas empresas e trabalhadores, e o Estado se abstinha de qualquer responsabilidade (MENICUCCI, 2014; BAPTISTA, 2007).

Nos anos 30 do século XX, no contexto do governo de Getúlio Vargas, inicia-se a formação do primeiro esboço de sistema de proteção social brasileiro com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (Iaps), o que ampliou o papel das Caps. Entretanto, mantinha a lógica de seguro e não de direito de cidadania, pois, continuavam vinculados aos sindicatos, limitado aos trabalhadores inseridos em empregos formais, conforme o sindicalismo instituído. O indivíduo que não contribuísse com os institutos estava excluído do sistema de proteção (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Com o processo de industrialização que ocorreu de maneira mais acelerada no Brasil, na década de 50 do século XX, os grandes centros passaram a ser polo da economia, suscitando o advento de uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Ocorre, então, uma expansão progressiva e rápida dos serviços de saúde, que tentando suprir tal demanda, instaura a prática de convênio-empresa. Nesse contexto, surgem os grandes hospitais polos, com tecnologias de ponta que se tornam o principal ponto de referência em assistência à saúde. É nesse período também que, seguindo uma tendência mundial, o modelo de atenção à saúde pautado na lógica da assistência médica especializada e no uso de tecnologia ganha força no Brasil (BAPTISTA, 2007).

Em contrapartida, as precárias condições de vida da população brasileira passam a ser relacionadas ao processo saúde-doença, indicando a necessidade de políticas que visassem

melhorias no nível de saúde da população, o que ascendeu o debate sobre o direito à saúde como uma questão de cidadania, fortalecendo o discurso preventivo que tinha seu objeto de intervenção voltado para a coletividade e não apenas para o indivíduo (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Importante marco desse período, no âmbito da saúde coletiva, foi a criação do Ministério da Saúde, em que competiam ações de caráter preventivo por meio da realização das campanhas sanitárias, e a criação e manutenção de grandes hospitais para enfermidades crônicas (MENICUCCI, 2014).

A unificação dos Iaps na década de 60 do século XX culminou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que uniformizou os benefícios de seus contribuintes e gerou a inclusão de novas categorias profissionais no sistema, expandindo a demanda por assistência médica e aumentando os gastos no setor saúde. Em resposta a essa ampliação de cobertura, os governos, ao invés de prover os serviços diretamente, priorizaram a contratação de serviços da rede privada, incentivando, conseqüentemente, a expansão desse setor. Inicialmente, a rede privada atuou atrelada às políticas de saúde por meio de convênios. Posteriormente, após capitalização suficiente, tornou-se independente do governo, deixando de ser complementar à assistência pública para se tornar suplementar, adquirindo relevante importância como política de pessoal, uma vez que, desde os anos 1970, a maior parte dos trabalhadores e de sua representação sindical tem sido atraída pelos seguros privados de saúde, e seus sindicatos vêm lutando pelo acesso mais amplo a estes serviços (MENICUCCI, 2014; PAIVA; TEIXEIRA, 2014; SANTOS, 2013).

Apesar da inclusão de outras categorias no sistema de proteção previdenciário, muitas pessoas ainda não tinham acesso à saúde, resultando em grandes disparidades no acesso de diferentes grupos sociais aos vários níveis de atenção (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). É nesse contexto, em meio a um regime de exceção no país e um cenário de crise política e econômica, que se inicia um processo de democratização, suscitando projetos e propostas que rompiam com a lógica da assistência à saúde até então vigente. Gradativamente, o movimento sanitário que estabelecia sua base de apoio em diferentes atores da sociedade e instituições, ganha força de atuação no Congresso e consegue colocar em pauta a proposta da reforma sanitária que reivindicava: a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a integração da Medicina previdenciária à saúde pública, constituindo, assim, um sistema único; a integralidade no acesso aos serviços de saúde; a descentralização; e a participação social nas ações de saúde (DUARTE et al., 2015; MENICUCCI, 2014).

A criação do SUS em 1988 e a instituição da Lei nº 8080 em 1990 transformaram a saúde em um direito de cidadania, suscitando um processo de profundas mudanças na organização da saúde pública no Brasil. Entretanto, a despeito do otimismo de uma rápida e radical mudança no sistema de saúde, inicia-se um período de enfrentamento para consolidar o SUS, pois seus princípios – integralidade, equidade e universalidade – contrariavam interesses econômicos de grupos altamente organizados, somado a complexidade do desafio de se implementar um Sistema Único de Saúde em um país com tamanhas disparidades regionais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No intuito de reestruturar os serviços de saúde a partir da lógica proposta pelo SUS e, conseqüentemente, efetivar o direito à saúde tal como previsto em constituição, a reorganização da APS, por meio da ESF, em 1994, bem como a ampliação da oferta dos serviços da rede primária têm demonstrado avanços substanciais no âmbito da saúde pública, principalmente no que diz respeito a garantia de uma oferta mais eficiente e mais equitativa, por meio do desenvolvimento de ações interdisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais e do estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, vem reforçar a temática do acesso universal e equitativo (BRASIL, 2012; VIEGAS; PENNA, 2013; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Em 2011, por meio da Portaria 2.488, são estabelecidas revisões das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, à ESF e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esta nova PNAB consolida o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Programa Saúde na Escola, e as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais. Enfatiza a função da APS ser resolutiva, coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011). Em 21 de setembro de 2017, entra em vigor a Portaria Nº 2.436 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b).

Apesar dos indiscutíveis avanços do Sistema e a ampliação do acesso aos serviços de saúde, o que demonstra uma direção positiva aos princípios doutrinários do SUS como direito fundamental de cidadania, o acesso tem sido fortemente marcado por iniquidades sociais. Atualmente, questões anteriormente apontadas como dificuldades de acesso a bens e serviços de saúde permanecem em pauta no debate político e social. Na prática, ainda se convive com disparidades e exclusões no acesso, apontando que o SUS universal ainda não é uma realidade

nacional e são necessários mais esforços para que se alcance a proposta constitucional (MENICUCCI, 2014; ASSIS, JESUS; 2012; VIEGAS; PENNA, 2013).

2.2 O ACESSO À SAÚDE E SUAS DIMENSÕES

A concepção de acesso em saúde envolve aspectos de difícil mensuração, pois se trata de um processo multidimensional que vai além da mensuração da qualidade do atendimento. Tal caráter multidimensional e a complexidade envolvida na definição de acesso são discutidos por diversos estudiosos da área (SILVA JÚNIOR et al., 2010; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVAL, 2006; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O acesso pode ser analisado sob diversas abordagens, e observa-se que os autores se divergem em relação ao enfoque de sua definição, uns centram-no nas características dos indivíduos; outros focam-no nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços. Há divergências também na terminologia empregada, pois alguns autores utilizam o substantivo acessibilidade, enquanto outros preferem acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Percebe-se uma tendência de ampliação da abrangência na definição de acesso, que deixa de ser tratado em bases estritamente quantitativas passando a valorizar não apenas os aspectos relativos ao ingresso nos serviços, como também os resultados dos cuidados recebidos e o seguimento da assistência no sistema. Ressalta-se os aspectos qualitativos ligados ao acolhimento, o que envolve elementos tanto da população adstrita, quanto dos serviços ofertados, a discussão sobre justiça social e equidade e os valores e representações sociais da população (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; STARFIELD, 2002).

Souza et al. (2008) apontam que o acesso envolve a consecução do cuidado a partir das necessidades e está vinculado com a resolubilidade, extrapolando a simples dimensão geográfica e aspectos de ordem econômica, cultural, organizacional e de oferta de serviços.

Para Giovanella e Fleury (1996), é na relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que buscam conhecer como o direito à saúde ocorre no cotidiano das pessoas, sendo que a categoria central para a análise dessas inter-relações é o acesso. Essas autoras descrevem o acesso em quatro dimensões: dimensão econômica, que se refere a relação entre oferta e demanda; dimensão técnica, relativa ao planejamento e organização dos serviços de saúde; dimensão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde.

O termo acesso é utilizado por Penchanski e Thomas (1981), descrevendo-o por meio de um conjunto de dimensões específicas que expressam o grau de ajuste entre o usuário e os sistemas de saúde. São elas: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento, acessibilidade e acomodação/adequação funcional. A disponibilidade está relacionada à existência ou não de serviços de saúde em local apropriado, no momento em que é necessário com o volume de usuários que demandam por esses serviços em suas diversas necessidades e com a adequação da oferta de profissionais para prestar essa assistência. A aceitabilidade, dimensão difícil de ser mensurada, compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos usuários, bem como a aceitação dos profissionais em prestar serviços àquela população. A capacidade de pagamento envolve aspectos financeiros, como a relação entre o custo da utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos, e também o financiamento do sistema de saúde. A dimensão acessibilidade diz respeito à relação entre a localização geográfica da oferta e dos usuários, abrangendo os recursos para transporte, o tempo de viagem, a distância e os custos. A dimensão acomodação/adequação funcional relaciona-se aos aspectos organizacionais (sistema de agendamento, horário de funcionamento), referente ao modo como a oferta está organizada para receber os usuários, bem como a capacidade de se acomodar aos serviços. Tais dimensões representam fenômenos intimamente relacionados ao acesso à saúde.

Donabedian (1984) utiliza o termo acessibilidade, definindo-o como um dos aspectos da oferta de serviços e a capacidade desses serviços responderem às necessidades de saúde de uma determinada população, indicando o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde. Este autor descreve duas dimensões do acesso: a sócio-organizacional, que inclui características de recursos que facilitam ou prejudicam os esforços das pessoas para alcançarem o atendimento e a geográfica, que envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços.

Starfield (2002) emprega os termos acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. Para esta autora, a acessibilidade é um dos elementos estruturais da APS e refere-se à localização dos estabelecimentos de saúde em relação à população que atende, os horários e dias abertos para atendimento, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e a percepção da população sobre a conveniência desses aspectos. A utilização está relacionada ao desempenho dos serviços de saúde, configurando-se um elemento processual da APS e refere-se à extensão e ao tipo de uso desses serviços. Pode ocorrer por uma demanda do usuário, por meio de uma exigência ou orientação de um profissional de saúde, podendo, ainda, ocorrer como resultado de alguma exigência administrativa.

As dimensões organizacional, geográfica, econômica e sociocultural foram descritas por Fekete (1996). A dimensão organizacional constitui-se por barreiras que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde, que podem se manifestar no primeiro contato com a unidade, caracterizadas pela demora em conseguir uma consulta e a centralização de alguns serviços e turnos de funcionamento; e/ou devido fatores que intervêm na assistência do usuário dentro da unidade. Também envolve barreiras que surgem na continuidade da assistência, caracterizadas no domínio mais amplo da acessibilidade como o processo de hierarquização da rede e as estruturas de referência e contrarreferência. A dimensão geográfica não está relacionada apenas com a distância entre os serviços de saúde e a casa das pessoas, mas também com barreiras no percurso que impedem ou dificultam o acesso da população, como a existência de rios, morros, estradas de terra, alagamentos e a inexistência de transporte público.

O acesso econômico relaciona-se às despesas com os serviços de saúde que podem ser elevadas em decorrência da oferta insuficiente de ações e de serviços. Inclui também os gastos com o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para a busca e obtenção da assistência à saúde, os prejuízos por perda de dias de trabalho e as despesas com o tratamento. A dimensão sociocultural abrange aspectos referentes à população e aos serviços. Quanto à população, destaca-se a percepção do indivíduo sobre sua enfermidade, tratamento, medo do diagnóstico, crenças, hábitos, comunicação com a equipe e o conhecimento sobre a oferta dos serviços de saúde. Já em relação ao sistema de saúde, deve-se considerar a capacitação dos profissionais, formação desvinculada da realidade das condições de vida da população e a falta de participação popular (FEKETE, 1996).

Estudo realizado em Recife/PE, com objetivo de avaliar o acesso à ESF com base na percepção dos usuários, identificou que a dimensão geográfica não sofreu críticas, uma vez que as unidades de saúde eram localizadas no território onde as famílias cadastradas residiam. Prováveis barreiras no trajeto também não foram referidas como limitantes, mesmo quando o entrevistado era idoso com visíveis dificuldades de locomoção. A dimensão organizacional foi a que sofreu mais críticas, sendo possível identificar dificuldades para marcar consultas médicas, ineficiência do mecanismo de referência e contrarreferência, comprometendo o acesso a especialistas, demora do atendimento na unidade, demora no recebimento de resultados de exames, baixa resolubilidade da ESF, particularmente pela ausência de atendimento a pequenas urgências. Quanto à dimensão sociocultural, observou-se um despreparo dos profissionais e usuários quanto à organização e execução de ações conjuntas e baixa capacidade de visualizar

a perspectiva coletiva da saúde. No tocante a dimensão econômica, a queixa foi relacionada com despesas com medicamentos e outros insumos (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Outro estudo sobre a qualidade do acesso na APS, na perspectiva dos usuários, realizado em uma metrópole brasileira, demonstrou que os participantes queixaram-se da demora do atendimento e, conseqüentemente, da resolução de seus problemas de saúde, descrevendo o acesso aos serviços da APS como algo burocrático e demorado. Referiam-se, ainda, a falta de recursos humanos e alta rotatividade dos mesmos nas unidades de APS e que o acolhimento se configura uma barreira ao acesso (CAMPOS et al., 2014).

Apesar das diferentes abordagens e terminologias empregadas e da imprecisão na definição de acesso à saúde, é possível identificar que o acesso se refere à relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população, incluindo fatores individuais. Ou seja, a possibilidade de o indivíduo buscar e obter atenção adequada em momento oportuno. Nesse sentido, operacionalizar tal concepção implica considerar a relação que se estabelece entre as necessidades de assistência de uma dada população e a capacidade de oferta dos serviços, de modo que todas as pessoas utilizem, equitativa e integralmente, os serviços de saúde estabelecidos em nível nacional (GIONANELLA; FLEURY, 1996; AZEVEDO; COSTA, 2010; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; CASSIANI, 2014).

O acesso equitativo, integral e universal à saúde depende da eliminação das barreiras que se impõem pelas distintas dimensões e naturezas supracitadas. Para isso, são necessárias buscas incessantes por novos caminhos, em prol da concretização da universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular, sendo imprescindível o envolvimento dos sujeitos coletivos e individuais com a organização dos sistemas de atenção à saúde (CASSIANI, 2014; JESUS; ASSIS, 2010).

2.3 VACINAÇÃO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Com a Instituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Imunizações, e a formalização do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 1975, ações na perspectiva da prevenção de riscos e promoção da saúde começaram a ser desenvolvidas e estabelecidas por meio de normas técnicas e portarias em âmbito nacional. O primeiro calendário básico de vacinação foi instituído em 1977 e previa a vacinação obrigatória contra tuberculose, poliomielite, sarampo, difteria, tétano e coqueluche para menores de um ano em todo o território nacional (BRASIL, 2013).

A vacinação é ação intrinsecamente vinculada à APS, onde as ações de cunho preventivo, em especial a vacinação, se inserem como políticas prioritárias (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013; BRASIL, 2013). As salas de vacina, são responsáveis, exclusivamente, pelos procedimentos de vacinação de rotina, campanhas, bloqueios e intensificações. A equipe da ESF deve realizar a verificação da caderneta e da situação vacinal, encaminhando a população para a sala de vacina para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme os calendários de vacinação vigentes, disponibilizados pelo PNI (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014a).

Estudo que objetivou discutir as ações desenvolvidas pelo enfermeiro no controle e erradicação de doenças imunopreveníveis no cenário da APS, identificou que os enfermeiros desenvolvem, principalmente, ações que envolvem atualização de cartão de vacinação e orientações ao usuário, seguido por encaminhamento à sala de vacinação, supervisão da equipe de técnicos de Enfermagem que atuam na vacinação, visitas e captação de usuários para vacinação. A intencionalidade dos enfermeiros ao realizar tais ações para o controle de doenças imunopreveníveis, ou seja, o significado que cada enfermeiro entrevistado atribuiu a tais ações propiciou a emergência do significado, comum aos participantes da pesquisa: o de evitar doenças (TAVARES; TOCANTINS, 2015).

É fundamental que haja integração entre os profissionais que atuam na sala de vacina e os demais integrantes da equipe de saúde, no sentido de evitar as oportunidades perdidas de imunização. Essas perdas ocorrem quando o indivíduo é atendido em outros setores da unidade de saúde sem que seja verificada sua situação vacinal ou haja encaminhamento à sala de vacina (BRASIL, 2014a).

É possível que os profissionais de saúde estejam perdendo oportunidades de orientar adequadamente os usuários nos serviços. Um estudo realizado em Belo Horizonte/MG, mostrou que os profissionais médicos referiram não realizar a verificação do cartão de vacina devido à falta de tempo e de experiência para a avaliação da situação vacinal. Os enfermeiros e técnicos de Enfermagem, apesar de citarem a observação do cartão de vacina como ação rotineira, referiram que a orientação sobre vacinação ocorre, em geral, somente quando é identificado “algum problema” (LAGES; FRANÇA; FREITAS, 2013).

O acolhimento na saúde, ferramenta que qualifica a escuta do usuário e estabelece relações humanizadas, possibilita a identificação de necessidades que nem sempre estão expressas. Nesse sentido, configura-se momento com grande potencial para favorecer e ampliar as oportunidades de orientação para vacinação, propiciando o encaminhamento de usuários não vacinados ou com esquemas incompletos para a sala de vacina, mesmo que esses tenham procurado o serviço para outra finalidade. A verificação do comprovante vacinal e o

encaminhamento para a vacinação contribuem para o fortalecimento da cultura da valorização do comprovante vacinal no conjunto de documentos pessoais. Para que isso ocorra, toda a equipe de saúde deve estar envolvida com a atividade de vacinação (BEDIN; et al., 2014; BRASIL, 2014a).

Nos últimos anos, é fato que as ações de vacinação de rotina, no que tange às coberturas da população-alvo, juntamente com ações específicas de vigilância epidemiológica, vêm se mostrando efetivas no controle, eliminação e erradicação de doenças imunopreveníveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, pelo menos, 95% de cobertura vacinal para manutenção da erradicação, eliminação ou controle de doenças imunopreveníveis, além da homogeneidade de coberturas vacinais entre municípios e a proporção de crianças vivendo em municípios com coberturas vacinais adequadas (DOMINGUES; TEIXEIRA; CARVALHO, 2012; DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Entretanto, ainda persistem desafios a serem superados. Entre esses desafios, destaca-se o alcance das metas de coberturas vacinais pelos municípios brasileiros. Estudo que objetivou descrever a classificação de risco de doenças imunopreveníveis nos municípios brasileiros, a partir de indicadores de coberturas vacinais, demonstrou que vários municípios não atingiram coberturas adequadas e outros municípios com apresentaram alta proporção de abandono para algumas vacinas (BRAZ; et al, 2016).

Outro desafio é a conquista de alta homogeneidade de coberturas para todas as vacinas em todas as esferas gestoras do Programa, pois mesmo na presença de cobertura vacinal de 95%, o objetivo de proteção coletiva pode não ser atingido se em determinada população, os 5% restantes concentram-se em um mesmo local, representando uma população de não vacinados que podem ser responsáveis pelo desencadeamento de um surto (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Em função do constante avanço da ciência e tecnologia, das mudanças na situação epidemiológica no país e de medidas econômicas adotadas pelo Ministério da Saúde, o PNI tem se modernizado continuamente para implementar e fortalecer novos mecanismos e estratégias que garantam e ampliem o acesso da população às vacinas preconizadas, especialmente dos grupos mais vulneráveis e expandindo, gradualmente, a oferta de vacinas por meio de mudanças nas suas indicações (BRASIL, 2013).

Em 2017, conforme calendário básico de vacinação do PNI, a vacina HPV quadrivalente, até então ofertada a meninas entre 9 e 14 anos e às mulheres de 9 a 26 anos vivendo com HIV/Aids, passou a ser disponibilizada também aos meninos com a faixa etária de 11 a 15 anos incompletos (o objetivo é ampliar esta faixa etária gradativamente até 2020,

quando serão incluídos crianças e adolescentes com 9 até 14 anos de idade), e aos homens vivendo com HIV/Aids entre 9 e 26 anos, além de pessoas imunodeprimidas, transplantadas e pacientes oncológicos (BRASIL, 2016).

A vacina contra hepatite A, antes disponibilizada para crianças até dois anos, passa a ser disponibilizada para crianças <5 anos de idade. Houve ampliação também da oferta da vacina tetra viral, que era administrada na faixa etária de 15 meses a menores de dois anos, passando a ser administrada até <5 anos. A vacina meningocócica C (conjugada) passou a ser disponibilizada para adolescentes de 12 a 13 anos e o objetivo é ampliar esta faixa etária, gradativamente, até 2020, quando serão incluídos crianças e adolescentes com 9 até 13 anos de idade (BRASIL, 2016).

Outra alteração ocorreu na indicação das vacinas dTpa adulto e tríplice viral. A dTpa adulto passa a ser recomendada para as gestantes a partir da 20ª semana de gestação, puérperas que perderam a oportunidade de serem vacinadas no período gestacional, para profissionais de saúde em maternidade e em unidade de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI canguru), atendendo recém-nascidos e crianças <1 ano. Ampliou-se também a faixa etária para a administração da segunda dose da vacina tríplice viral para a população de 20 a 29 anos, que, anteriormente, era administrada até os 19 anos de idade (BRASIL, 2016). Em 2018, o Ministério da Saúde passou a disponibilizar a segunda dose da vacina contra a varicela (atenuada) para crianças de 4 à 6 anos de idade (6 anos, 11 meses e 29 dias).

Outra estratégia adotada foi a melhoria da qualidade da informação sobre a vacinação, com a implantação do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), que permite avaliar com segurança as doses de vacinas administradas rotineiramente e, em campanhas, o estoque, possibilita a identificação nominal do vacinado e de faltosos, bem como monitorar a situação das coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2014b; DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

A adoção de tais medidas – aliado ao apoio e adesão da população às ações de vacinação de rotina e em campanhas –, o crescente aumento do número de salas de vacinas e a garantia da oferta de imunobiológicos seguros e eficazes para todos os grupos populacionais – que são alvo das ações de imunização, como crianças, adolescentes, adultos, idosos e indígenas –, tornaram o PNI um exemplo de política pública bem-sucedida, com reconhecimento e respeitabilidade por parte da sociedade brasileira e fizeram dele um programa de Saúde Pública de referência para vários países (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013; SILVA-JUNIOR, 2013; BRASIL, 2013).

3 MÉTODOS

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo (YIN, 2015), fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano (MAFFESOLI, 2010).

A abordagem qualitativa é apropriada quando o objetivo da pesquisa procura entender o significado ou a natureza da experiência das pessoas em determinadas situações, o que não pode ser alcançado por procedimentos estatísticos e/ou formas de quantificação. Portanto, refere-se à pesquisa sobre a vivência e experiências individuais, comportamentos, sentimentos e emoções (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A pesquisa qualitativa tem o seu alicerce no senso comum, que é expresso pelas experiências e vivências que norteiam o indivíduo nas ações da vida cotidiana. A vivência de cada um sobre um mesmo episódio é única e está condicionada a características singulares, como a personalidade e a biografia. Nesse sentido, o senso comum constitui-se de crenças, valores, opiniões, modos de relacionar, agir e pensar que expressam as atitudes e condutas de cada ser humano (MINAYO, 2012).

A análise qualitativa tem como principal objetivo compreender e, para isso, é necessário entender que cada indivíduo é singular, mas que sua vivência ocorre no âmbito coletivo e, portanto, são envolvidas e contextualizadas pela cultura dos grupos a que pertencem (MINAYO, 2012).

O estudo de caso baseia-se em uma abordagem metodológica de investigação que surge da necessidade de entender fenômenos sociais complexos. Para Yin (2015), o objetivo deste método é explorar, descrever ou explicar um fenômeno contemporâneo no seu contexto real, recolhendo os dados de cada indivíduo e proporcionando estratégias de análise a partir de uma perspectiva holística, contribuindo para a compreensão global de certo fenômeno de interesse.

3.2 ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS HOLÍSTICO-QUALITATIVO

Um estudo de caso pode incluir casos únicos ou múltiplos que podem ser classificados como estudos de caso holísticos ou integrados. Os estudos de caso únicos são apropriados quando o caso representa um caso crítico, uma circunstância extrema ou peculiar, um caso comum, revelador ou longitudinal. Quando um mesmo estudo incluir mais do que um único caso, torna-se de casos múltiplos. Uma vantagem do estudo de casos múltiplos em relação ao

estudo de caso único é que sua evidência tem sido considerada mais vigorosa, apresentando benefícios analíticos substanciais e, por essa razão, o estudo é visto como mais robusto (YIN, 2015).

O estudo de caso integrado é caracterizado quando o mesmo estudo de caso envolve unidades de análise em mais de um nível, ou seja, o foco do estudo é dirigido a uma subunidade ou mais. O estudo de caso holístico examina a natureza global de determinado fenômeno, apresentando, assim, apenas uma unidade de análise (YIN, 2015).

Este estudo contém mais de um caso constituído por microrregiões sanitárias da Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais. Foi realizada análise de cada caso, individualmente, para as quatro microrregiões sanitárias, que teve uma unidade única de análise: “O acesso à vacinação”, constituindo-se, portanto, um estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo.

O número de casos considerados necessários ou suficientes nos estudos de casos múltiplos deve levar em consideração um julgamento discricionário e não seguir fórmulas. Ou seja, o número de replicações estará condicionado ao nível de certeza que se pretende obter com os resultados dos casos múltiplos (YIN, 2015).

Os estudos de casos múltiplos e holísticos possibilitam uma intensa análise do objeto de investigação, reunindo informações numerosas e detalhadas, com vistas à apreensão da totalidade a ser pesquisada. Esses estudos apresentam a vantagem de que são considerados mais convincentes e robustos. Também contam com a lógica da replicação, não da amostragem, ou seja, após revelar uma descoberta significativa por meio de um experimento único, o objetivo imediato da pesquisa seria replicar essa descoberta conduzindo um segundo, um terceiro, ou até mais experimentos. A seleção dos casos deve ser realizada de forma cuidadosa, prevendo resultados semelhantes (replicação literal) ou resultados contrastantes por razões previsíveis (uma replicação teórica). Cada caso consiste em um estudo “completo”, no qual se buscam convergências e divergências em relação ao objeto de estudo. As conclusões de cada caso são consideradas a informação que precisa ser replicada por outros casos individuais (YIN, 2015).

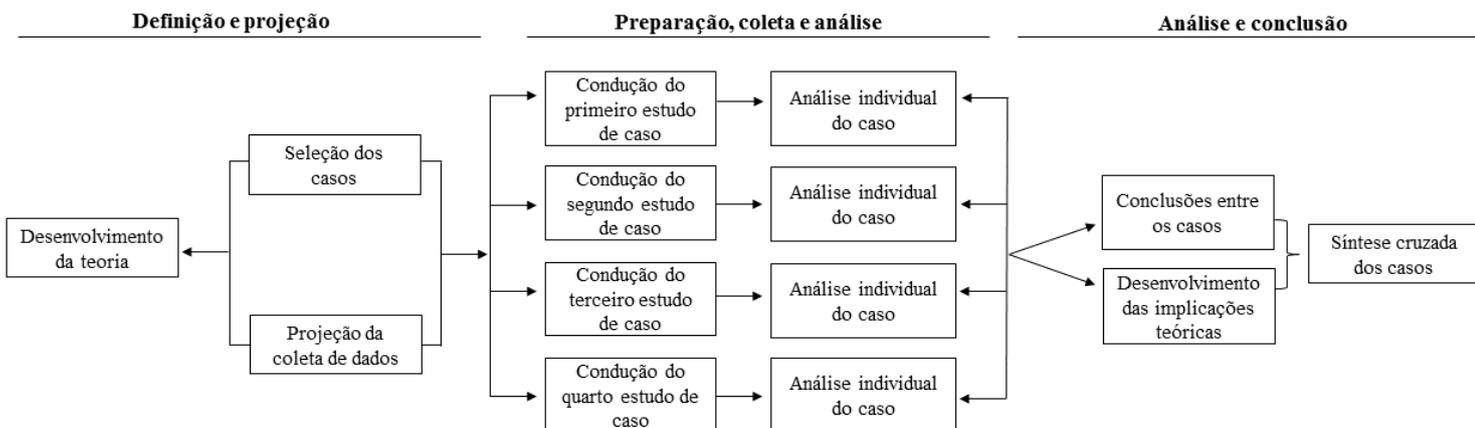
A lógica da replicação é análoga à usada nos experimentos múltiplos que após a descoberta de resultado significativo por meio de um experimento único, busca replicar este achado conduzindo outros experimentos. A lógica do julgamento discricionário, para a definição do número de casos suficientes, equipara-se à lógica dos estudos sem caso, que estabelecem critérios para definir um “efeito significativo” na ciência experimental. “Assim, designar a probabilidade de detecção de ‘ $p < 0,05$ ’ ou ‘ $p < 0,01$ ’ para definir o nível de confiança para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, não é baseada em qualquer fórmula, mas é matéria de escolha de julgamento criterioso”. Nas pesquisas clínicas, geralmente o pesquisador define um

nível de significância de “ $p < 0,01$ ”, mas dependendo das circunstâncias podem optar por atingir um nível ainda mais rigoroso. Analogamente, a designação do número de replicações em estudos de casos múltiplos depende da certeza que o pesquisador deseja obter sobre os resultados e o sentimento sobre a força e a importância das explicações rivais (YIN, 2015, p.64-65).

Destarte, os estudos de caso apresentam capacidade de generalização às proposições teóricas e não às populações ou aos universos, pois como já mencionado, não seguem a lógica da amostragem, portanto, a sua meta é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não inferir probabilidades (generalização estatística) (YIN, 2015). Assim, as descobertas obtidas neste estudo possuem potencial para se estender às situações similares.

Neste estudo, os quatro casos foram desenvolvidos sucessivamente. A figura 1 ilustra as etapas seguidas:

Figura 1 - Estudos de Casos Múltiplos. Adaptada de Yin, 2015.



Neste estudo de casos múltiplos, a análise das entrevistas como fonte de evidência foi realizada por meio da Análise de Conteúdo temática (BARDIN, 2011), obedecendo à técnica analítica da síntese cruzada dos casos (YIN, 2015).

A síntese cruzada dos casos se fundamenta por este estudo considerar quatro casos individuais que foram previamente conduzidos com uma única unidade de análise, em quatro microrregiões da Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, “pré-projetados em um mesmo estudo” (YIN, 2015, p. 169), “que replicaram um em relação ao outro” (YIN, 2015, p. 170-171) literalmente por similaridade dos dados. A condução dos casos cruzados foi fundamentada pela interpretação do “significado”, segundo a Análise de Conteúdo temática

(BARDIN, 2011). Assim, a síntese cruzada dos casos conferiu uma compilação dos dados para este estudo, examinando os resultados para cada caso individual. Dessa forma, os resultados significantes para os quatro casos (YIN, 2015) foram cruzados para a compreensão do objeto “Acesso à vacinação”.

3.3 SOCIOLOGIA COMPREENSIVA DO COTIDIANO

Michel Maffesoli é um sociólogo pós-moderno, que propõe a sociologia compreensiva do cotidiano como forma de compreender e não explicar os fenômenos sociais, rompendo com a visão equivocada de que o mundo pode ser dominado apenas pelas luzes da razão. Ele propõe uma razão aberta, sensível, que busca valorizar os saberes do cotidiano e o senso comum, portanto, torna-se oportuno lançar o olhar da Sociologia Compreensiva do Cotidiano sobre o objeto de estudo, já que esta tem por objetivo analisar tudo o que diz respeito à vida cotidiana, as experiências vividas, as crenças e as ações dos sujeitos nos seus ambientes de relações (MAFFESOLI, 2008; MAFFESOLI, 2010), possibilitando, assim, a compreensão do acesso à vacinação no cotidiano da APS por meio da pluralidade de visões e experiências vivenciadas pelos usuários no dia a dia dos serviços de saúde.

O indivíduo vive de relações sociais, trata-se de uma atividade subjacente, que traz consequências no que tange à compreensão da experiência, que é a do ser/estar-junto-com-sociedade. As palavras fazem parte da nossa instrumentação, e isso inclui pequenos truques, habilidades de saber fazer/dizer. Os sons, as situações e os gestos são um modo de expressão que mostra a abundância da trama social. É criada, então, uma relação entre indivíduo e coletividade, que existe algo em comum em um coletivo e que diferentes subjetividades existem nesse algo em comum (MAFFESOLI, 2010).

Maffesoli propõe a utilização do termo noção em detrimento das palavras conceito e crítica, uma vez que, para ele, o conceito busca a verdade, significando tudo aquilo que é fechado, isolando o objeto como um produto finito, acabado. Não há uma verdade absoluta, ela muda de acordo com os contextos. A noção busca a semelhança: “olhar longe para trás para olhar longe para frente” (MAFFESOLI, 2008 p.7).

Para Maffesoli, tudo serve à sociologia. O dado social é modelado pelo lógico e pelo não lógico, ultrapassando as construções racionalizadoras. Portanto, não basta a lógica rígida, redutora e totalitária dos conceitos. É neste sentido que ele propõe a noção de Formismo (MAFFESOLI, 2010).

A noção de *forma* permite atenção ao particular e está sempre apta a captar os matizes de uma realidade complexa, evitando o conservantismo. Pode ser comparada a moldura de um quadro que exerce a função de destacar a pintura. O formismo é interação em um processo de constante multiplicação, não apenas de adição. Não se restringe aos aspectos meramente formais, permitindo, assim, “descrever, de dentro os contornos, os limites e as necessidades das situações e das representações constitutivas da vida cotidiana” (MAFFESOLI, 2008; MAFFESOLI, 2010, p. 31-32).

Assim, será possível repensar conceitos que pareciam invariáveis devido ao seu rigor estrutural. Maffesoli destaca os questionamentos e as inquietações, evidencia a incoerência, a labilidade e a polissemia do dado social, atribuindo importância ao secundário, ao efêmero e as insignificâncias da vida cotidiana, sem que se negligenciem características essenciais (MAFFESOLI, 2010).

Para Maffesoli no contexto social, tudo faz sentido. Há diversos tipos de conhecimento, atitudes complementares, como a razão e a emoção, que fazem coincidir as diversas potencialidades. A avaliação precisa de um determinado fenômeno depende de uma dosagem sutil entre essas duas atitudes, e “tudo que respeita a vida cotidiana e à sua análise, termina por realçar os limites de uma instrumentação sociológica mais elaborada para explicar formas sociais macroscópicas e compreender tudo que faz sentido, sem finalidade, na vida de todo o dia” (MAFFESOLI, 2010, p. 30). A cesura de que vínhamos ocupando entre “a *sociologia positivista*, para qual cada coisa é apenas um sintoma de outra coisa e uma *sociologia compreensiva*, que descreve o vivido naquilo que é/está, contentando-se, assim, em discernir visadas de distintos atores envolvidos” (MAFFESOLI, 2010, p. 30).

A compreensão íntima dos fatos só é possível quando se vê de dentro, por meio de uma perspectiva intuicionista, ou seja, quando se faz parte daquilo que descreve. Portanto, o substrato da crítica ao dualismo é a separação, que, ao buscar compreender, defende a ideia de que o ser humano é uma coisa e a natureza é outra (MAFFESOLI, 2010).

Para Maffesoli, não há uma realidade única e sim distintas maneiras de concebê-la, portanto, a vida social só será compreendida por meio de uma visão relativista que possibilite diversas abordagens e pontos de vista, considerando, assim, as pluralidades e os elementos heterogêneos que constitui o todo complexo da vida social. Neste sentido, a concepção positivista, originada em um período marcado pela homogeneidade das civilizações, não se torna mais adequada para descrever os constantes processos heterogênicos da vida social contemporânea (MAFFESOLI, 2010).

O relativismo propõe a análise das formas e a descrição do frívolo, leva em conta o policulturalismo e a polissemia. Para tanto, Maffesoli (2010, p.41) diz que: “é preciso ouvir o mato crescer”, isto é, atentar-se às coisas simples e pequenas. *Gerir* o saber estabelecido e *atinar* para o que está prestes a nascer são, afinal, os dois polos da tensão constitutiva da harmonia conflitual peculiar a todo conhecimento.

Maffesoli propõe proceder *como se*, ao invés do porquê, ressaltando a diversidade e fazendo um alerta para que a ciência leve em consideração o nosso tempo, ao expor que “é possível imaginar uma sociologia que se estabeleça na base de uma retroalimentação constante entre forma e empatia” (MAFFESOLI, 2010, p. 41).

A sofisticação exagerada da escrita na pesquisa a torna complexa e pouco acessível. Maffesoli sugere uma escrita mais aberta, sem perder a competência científica, ao descrever:

[...] do momento em que consideramos o dado mundano como uma composição de elementos heterogêneos, e do instante em que a 'correspondência' física e social é levada em conta nas nossas análises, faz-se necessário encontrar um modo de expressão capaz de dar boa conta da polissemia de sons, situações e gestos, que constituem a trama social (MAFFESOLI, 2010, p. 43).

Evidencia-se, portanto, a necessidade de maior empenho para que todas as produções científicas se tornem mais interessantes aos diversos protagonistas sociais, de forma a alcançar um maior número de pessoas e compartilhar, efetivamente, os “tesouros do conhecimento” (MAFFESOLI, 2010, p. 42).

Pode-se considerar que o pesquisador é, também, ator e participante, “somos parte integrante (e interessada) daquilo que desejamos falar. É o que, aliás, faz com que a perspectiva crítica dê lugar à afirmação. Não tendo de decidir entre o bem e o mal, contentando-nos em dizer o que é, sabendo que, de diversas maneiras e por distintas modulações, somos elementos deste real” (MAFFESOLI, 2010, p. 49).

O contexto da vida cotidiana envolve fenômenos sociais complexos, de modo que o pesquisador passa a fazer parte do contexto social, estabelecendo-se, assim, certa interação entre observador e seu objeto de pesquisa. Nesse sentido, torna-se importante desenvolver empatia, compreensão e proximidade, para que seja possível “apreender ou presentir as sutilezas, os matizes, as descontinuidades desta ou daquela situação social” (MAFFESOLI, 2010, p.49).

Nesse contexto, faz-se pertinente fundamentar na Sociologia Compreensiva do Cotidiano para compreender, a partir da percepção do usuário, o acesso à vacinação no cotidiano da APS.

3.4 CENÁRIO DE ESTUDO

3.4.1 Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais

Segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDRS), o Estado de Minas Gerais possui 853 municípios divididos em 13 regiões ampliadas de saúde, consideradas a base territorial de planejamento da atenção à saúde, em função das características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços e relações entre municípios. São elas: Sul, Centro Sul, Centro, Jequitinhonha, Oeste, Leste, Sudeste, Norte, Noroeste, Leste do Sul, Nordeste, Triângulo do Sul, Triângulo do Norte (MINAS GERAIS, 2010).

A Região Ampliada de Saúde Oeste é composta por 54 municípios, agrupados em seis microrregiões (Itaúna, Pará de Minas, Formiga, Bom Despacho, Santo Antônio do Amparo/Campo Belo, Divinópolis/Santo Antônio do Monte).

Figura 2 – Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais.



Fonte: Minas Gerais (2012).

Essa região está situada em uma área territorial de 28.551 km², com uma população estimada de 1.261.214 habitantes (IBGE, 2014). Tem cobertura populacional da ESF de 77,13%

e conta com 340 salas de vacina. As áreas que ainda não estão cobertas pela ESF são cobertas por unidades tradicionais, logo, todo o território possui cobertura de Atenção Primária.

Para a definição do cenário de estudo considerou-se a divisão da Região Ampliada de Saúde Oeste por Microrregiões de Saúde, que são consideradas a base territorial de planejamento da rede de atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2011). Deste modo, a regionalização da saúde em espaços geográficos constituídos por agrupamentos de municípios delimitados por características similares (culturais, econômicas, sociais, redes de comunicação e infraestrutura) visam a integração e organização dos serviços de saúde, bem como a coordenação do cuidado de forma a favorecer a ação cooperativa intergestora (BRASIL, 2011).

Considerando as Microrregiões de Saúde como casos do estudo, na seleção dos municípios visou-se obter representatividade de diferentes realidades para que os resultados pudessem ter a capacidade de generalização em pesquisa qualitativa. Assim, os municípios foram previamente classificados quanto ao porte populacional, cobertura de ESF, número de salas de vacina e extensão territorial.

Considerou-se município de pequeno porte aquele com menos de 10.000 habitantes; municípios de médio porte de 10.000 até 50.000 habitantes; e municípios de grande porte aqueles com população maior que 50.000 habitantes (OLIVEIRA, 2012).

Foi definido para cada Microrregião, no mínimo, um município. Entretanto, mediante os critérios de saturação dos dados por replicação literal (YIN, 2015), o universo deste estudo foi constituído por quatro casos, definidos pelas microrregiões de saúde (Divinópolis/Santo Antônio do Monte, Itaúna, Pará de Minas, e Formiga), visto que foi confirmada a saturação na quarta microrregião pesquisada levando ao encerramento da coleta de dados. Considerou-se, também, para término da coleta que os dados foram suficientes para atender ao método e ao objetivo proposto. O nível de certeza deste estudo foi afirmado com a coleta de dados na quarta microrregião, conferindo 66,67% do total das seis microrregiões da Região Ampliada de Saúde Oeste-MG, totalizando sete municípios e 25 salas de vacinas de unidades de APS/ESF. A coleta de dados ocorreu entre junho de 2016 a abril de 2017.

Os municípios selecionados, em cada microrregião, apresentam características divergentes conforme os critérios de seleção definidos a priori. Sendo eles: Divinópolis, Santo Antônio do Monte, Araújós, Itaúna, Conceição do Pará, Igaratinga e Formiga. Três são de grande porte, dois de médio porte e dois de pequeno porte. Dois possuem 100% de cobertura populacional de ESF e cinco possuem cobertura populacional de ESF inferior a 100%. Dentre esses municípios, a quantidade de salas de vacina variou de duas a 35 salas de vacinas e houve variação em relação à extensão territorial (Notas de Campo - NC).

Realizou-se estudo de caso individual em cada uma das microrregiões, portanto, cada caso em particular consiste em um estudo “completo”, no qual se procuram evidências convergentes ou divergentes com respeito aos fatos e às conclusões para o caso. Os estudos de casos possuem a capacidade de generalização às proposições teóricas ou seja, possibilitam a generalização analítica. Assim, as descobertas deste estudo possuem capacidade potencial para se estender às situações similares, conferindo a generalização externa.

3.4.1.1 Microrregião de Divinópolis/Santo Antônio do Monte

É composta por 12 municípios, sendo eles: Araújos, Arcos, Carmo do Cajuru, Cláudio, Divinópolis, Itapeçerica, Japaraíba, Lagoa da Prata, Pedra do Indaiá, Perdígão, Santo Antônio do Monte, São Gonçalo do Pará e São Sebastião do Oeste. Possui população de 473.406 habitantes, representando a maior população entre as microrregiões. Entretanto, ocupa o terceiro lugar na densidade populacional. Conta com 99 equipes de ESF e cobertura populacional de ESF de 68,77% e 79,72% considerando as equipes de APS tradicionais (DATASUS, 2017).

A Região de Divinópolis/ Santo Antônio do Monte possui em seu território quatro hospitais com boas possibilidades de atendimento regional no SUS (em Divinópolis, Santo Antônio do Monte, Lagoa da Prata e Arcos). Os demais hospitais são de pequeno porte e resolutividade muito limitada. Apenas os hospitais de Divinópolis e de Lagoa da Prata ofertam serviços à Região Ampliada, os demais atendem somente à população do município (MINAS GERAIS, 2015).

Foram selecionados para a coleta de dados três municípios nessa Microrregião: Divinópolis, Santo Antônio do Monte e Araújos.

Divinópolis é município de grande porte, com cobertura de ESF de 50,76% e 35 salas de vacina. A coleta ocorreu em duas unidades da ESF e uma APS tradicional, selecionadas aleatoriamente, por meio de sorteio. Justifica-se a inserção de Divinópolis não apenas por atender aos critérios de inclusão de cenário definidos, mas também por este município ser macro para a Região Ampliada Oeste, apresentar a menor proporção de cobertura populacional estimada de ESF. Quanto aos estabelecimentos e serviços de saúde, Divinópolis conta com 43 unidades de APS, sendo 32 ESF e 11 APS tradicionais. Possui também um hospital para atendimento do SUS, uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), uma policlínica, um Centro de Especialidades Médicas (CEM), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool e Drogas, um CAPS tipo III, laboratório municipal, farmácia popular (uma central e

quatro descentralizadas), um Centro de Reabilitação Regional (CRER), um Serviço Especializado em Odontologia (SEO), um Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do Itapecerica (CISV), um Serviço de Atendimento Especializado/Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA) e, recentemente, foi implantado o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU (MINAS GERAIS, 2015; NC).

O município de Santo Antônio do Monte é de médio porte, tem oito equipes de ESF e oito salas de vacina. Foram selecionadas, de maneira aleatória, por meio de sorteio, três equipes da ESF para participarem do estudo. O município tem cobertura populacional de ESF de 100%. Conta com uma equipe de NASF com os seguintes profissionais: assistente social, ginecologista, psicólogo, nutricionista e fonoaudiólogo; uma unidade de Pronto Atendimento, um hospital, um Centro Integrado de Referência Secundária Viva Vida e Hiperdia, um CAPS e um laboratório municipal (MINAS GERAIS, 2015; NC).

Araújos é município de pequeno porte, com 8.885 habitantes e duas equipes da ESF, sendo que ambas foram incluídas no estudo. A cobertura populacional de ESF no município é de 78,5% (MINAS GERAIS, 2015; NC).



Figura 3: Araújos – MG, 2017.



Figura 4: Santo Antônio do Monte –MG, 2017.



Figura 5: Divinópolis – MG, 2017.

3.4.1.2 Microrregião de Itaúna

É composta por quatro municípios (Itaguara, Itatiaiuçu, Itaúna e Piracema), sendo a menor microrregião da região ampliada Oeste. Tem população de 123.570, ocupando o quinto lugar em relação ao número de habitantes, e o segundo lugar em relação à densidade populacional. Possui 33 ESF com cobertura populacional de 83.62%. Essa Microrregião possui apenas dois hospitais um no município polo Itaúna e outro no município de Itaguara.

Foi selecionada a cidade de Itaúna que é considerada de grande porte e apresenta 78,67% de cobertura populacional de ESF. Itaúna conta com 24 salas de vacina distribuídas em 22 unidades de ESF, uma unidade de saúde tradicional e uma policlínica. Foram selecionadas, de maneira aleatória, por meio de sorteio, seis equipes da ESF para participarem do estudo. A cidade de Itaúna conta também com um Centro de Especialidades Odontológicas e com o SAMU (NC).



Figura 6 e 7: Itaúna – MG, 2017.

3.4.1.3 Microrregião de Pará de Minas

É composta por oito municípios, sendo eles: Conceição do Pará, Igaratinga, Leandro Ferreira, Nova Serrana, Onça do Pitangui, Pará de Minas, Pitangui e São José da Varginha. Possui população de 242.414, sendo a terceira região de maior população e ocupando o primeiro lugar em densidade populacional. Conta com 60 unidades da ESF e cobertura populacional de 81,00% (DATASUS, 2017).

A microrregião de Pará de Minas conta com três hospitais de médio porte, estando o maior deles no polo da região, em Pará de Minas. Os demais situam-se em Nova Serrana e Pitangui e possuem características de hospital municipal, com limitações de resolutividade (MINAS GERAIS, 2015; NC).

Foram selecionados os municípios Igaratinga, de médio porte, com 72,23% de cobertura populacional de ESF e duas salas de vacina, e Conceição do Pará, pequeno porte com 100% de cobertura de ESF e cinco salas de vacinas (MINAS GERAIS, 2015; NC).

O município de Igaratinga possui três equipes de ESF, sendo uma na sede, uma no distrito de Antunes, e outra no distrito de Limas, que não possui sala de vacina. Nas três unidades foi realizada a coleta de dados. A cidade conta também com um centro de saúde 24 horas, onde ocorre atendimento especializado de Ginecologia, Cardiologia, Ortopedia,

Psiquiatria, Oftalmologia e Cirurgia Geral; uma Farmácia de Minas (básica) e laboratório terceirizado. O município tem Pará de Minas como referência para casos de média complexidade e os municípios de Divinópolis e de Belo Horizonte para alta complexidade (NC).

O município de Conceição do Pará conta com duas equipes de ESF, sendo uma na zona urbana, onde funciona uma sala de vacina e uma na zona rural. O município conta também com uma Unidade de Saúde Tradicional, que foi construída no mesmo terreno da ESF e, por isso, não possui sala de vacina. A equipe ESF Rural é itinerante e atende em quatro estruturas físicas (unidades de apoio) em distritos e comunidades do município. Em cada uma dessas unidades de apoio há uma sala de vacina. A equipe da ESF da zona rural é formada por um enfermeiro, um médico e um técnico de Enfermagem, sendo que, em cada unidade de apoio, há um técnico de Enfermagem fixo e os ACS. A coleta de dados foi realizada na ESF da zona urbana e em uma unidade de apoio da ESF da zona rural. O município conta, ainda, com os atendimentos de especialistas (pediatra, ginecologista, cardiologista, nutricionista e fisioterapeuta) que atendem na Unidade de Saúde Tradicional, uma farmácia de Minas (básica) e um CRAS. Os casos da saúde mental são referenciados para Divinópolis e encaminhamentos para demais especialidades são feitos para as cidades de Betim, Pará de Minas e Pitangui (NC).



Figura 8 e 9: Conceição do Pará – MG, 2017.



Figura 10: Igaratinga – MG, 2017.

3.4.1.4 Microrregião de Formiga

É composta por nove municípios, sendo eles: Bambuí, Córrego Danta, Córrego Fundo, Formiga, Iguatama, Medeiros, Pains, Pimenta e Tapiraí. Possui a quarta maior população, com 133.064 habitantes e ocupa o quinto lugar em densidade populacional. Conta com 42 ESF e é considerada uma das microrregiões de maior cobertura populacional de ESF (95,25%). A

Microrregião Formiga possui três hospitais com possibilidades de boa resolutividade, inclusive o único hospital público Estadual da região (MINAS GERAIS, 2015).

Selecionou-se o município de Formiga que é de grande porte e apresenta 89,59% de cobertura populacional de ESF, com 16 unidades de ESF. Foram selecionadas, aleatoriamente, por meio de sorteio seis ESF para coleta de dados nessa Microrregião. Formiga conta com um hospital filantrópico, 16 unidades APS, um pronto-socorro, um CRAS tipo 1, um CRAS tipo 2, uma farmácia básica e o SAMU (DATASUS, 2017; NC).



Figura 11, 12 e 13: Formiga – MG, 2017.

3.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram convidados a participar do estudo os usuários que compareceram nas unidades de saúde para vacinação ou para outro atendimento no momento da coleta de dados. Foi adotado como critério de inclusão a idade igual ou superior a 18 anos. Como critério de exclusão do participante, foram adotadas pessoas impossibilitadas, temporária ou permanentemente, de responder legalmente por seus atos.

Segundo os critérios da pesquisa qualitativa, não foi determinado um número exato de respondentes. Foram realizadas 82 abordagens, sendo que oito usuários se recusaram a participar da pesquisa. No total, participaram 74 usuários, 18 da microrregião Divinópolis/Santo Antônio do Monte, 17 da microrregião Itaúna, 24 da microrregião Pará de Minas e 15 da microrregião Formiga. A coleta de dados foi encerrada no momento em que se constatou a saturação dos dados em cada um dos casos deste estudo, e no montante das quatro microrregiões da Região Ampliada de Saúde Oeste-MG. Quando se obteve um número

suficiente de informações replicadas, configurando a replicação literal, com resultados semelhantes (YIN, 2015), a coleta foi encerrada. Porém, sem desprezar as informações novas e significativas para o estudo.

Após perceber a replicação literal, duas ou três entrevistas foram realizadas para a confirmação da saturação dos dados em cada um dos quatro casos. Como também considerou-se que as entrevistas somente foram interrompidas quando os dados coletados mostraram-se suficientes para atender ao objetivo e ao método proposto para este estudo.

3.6 FONTES DE EVIDÊNCIAS

Como fontes de evidências dos dados, utilizou-se a entrevista individual aberta intensiva com roteiro semiestruturado (Apêndice A), que abordou o usuário frente ao seu acesso à vacinação no cotidiano da APS; visita técnica às salas de vacina, e notas de campo (Apêndice F) para registros de dados da visita técnica, e para notas operacionais de desenvolvimento da pesquisa.

A entrevista aberta é utilizada quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do entrevistado, e também para obter um maior detalhamento do assunto em questão. Ela é utilizada, geralmente, na descrição de casos individuais, na compreensão de especificidades culturais para determinados grupos e para comparabilidade de diversos casos (MINAYO, 2012).

Os procedimentos para coleta não são rotineiros. Para desenvolver um estudo de caso de alta qualidade, é necessário treinamento e experiência, devido à interação contínua entre os assuntos teóricos em estudo e os dados coletados. Mediar essa interação exige um julgamento delicado. A preparação para a coleta de dados, segundo YIN (2015), deve incluir, formalmente, os seguintes tópicos: as habilidades e os valores desejados por parte do investigador, o treinamento para o estudo de caso específico, o desenvolvimento de um protocolo para o estudo, a triagem dos candidatos ao caso e a condução do pré-teste do roteiro de entrevista.

As entrevistas, conduzidas pela pesquisadora, tiveram uma duração média de dez minutos, foram realizadas conforme a disponibilidade dos usuários em espaço privativo na própria unidade de saúde, onde estavam presentes apenas a pesquisadora e o participante. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), foi elaborado em duas vias, sendo assinados pelo participante da pesquisa e a pesquisadora responsável. A entrevista foi gravada em arquivo digital e, posteriormente, transcrita literalmente, preservando-se a fidedignidade das informações.

Para confiabilidade do instrumento utilizado na entrevista, foram adotados alguns critérios, como: elaboração de perguntas que atendessem ao objeto do estudo; que respondessem ao problema de pesquisa e ao objetivo a se alcançar, à possibilidade de análise pelo método adotado e pela técnica de análise; e, *a priori* foi realizado pré-teste do roteiro semiestruturado (YIN, 2015; MINAYO, 2012).

A visita técnica à sala de vacina foi realizada, posteriormente às entrevistas, com autorização prévia do Enfermeiro responsável técnico da sala de vacina. A visita teve por objetivo conhecer o local, a estrutura organizacional e os recursos permanente e de consumo diário na sala de vacina, os recursos humanos; observar o local como facilitador ou dificultador de acesso pela informação; conhecer como é realizado o acolhimento; e identificar as limitações da estrutura física.

As notas de campo, realizadas após a coleta de dados, foram utilizadas com fins operacionais de desenvolvimento da pesquisa, descrevendo características das microrregiões e dos municípios, das equipes de APS/ESF e dados da visita técnica. Essas foram analisadas e incorporadas ao paradigma de análise ou ao texto da dissertação.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados da pesquisa foi fundamentada na Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2011), obedecendo à técnica analítica da síntese cruzada dos casos, em consonância ao referencial metodológico de estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo (YIN, 2015).

A Análise de Conteúdo Temática foi definida pelo critério semântico, isto é, pela análise dos “significados”, segundo as fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

A pré-análise teve por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, conduzindo um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. A primeira atividade a ser realizada é a leitura “flutuante”, que consiste em reconhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações, de modo que, pouco a pouco, a leitura vai se tornando mais precisa e compreensiva (BARDIN, 2011).

A exploração do material consistiu na codificação e categorização dos dados obtidos. A codificação foi efetuada pelas “operações de codificação” (BARDIN, 2011, p.131), de acordo com as regras formuladas. Essa codificação “é a transcrição de características específicas, permitindo atingir uma representação do conteúdo ou de sua expressão” (BARDIN, 2011, p.

133). É a efetivação das decisões tomadas na pré-análise, ou seja, o que representa os significados expressos na leitura flutuante, precisa e compreensiva.

A categorização consistiu, primeiramente, na classificação dos elementos textuais por diferenciação e, depois, pelo agrupamento, por meio das características ou significados comuns desses elementos (BARDIN, 2011, p.147).

Na exploração do material pela codificação, foi realizada a referenciação dos índices e a elaboração de unidades de registro. Esses índices foram determinados de acordo com cada assunto relacionado ao acesso ou às suas dimensões, que foram convergidos em grupos, que formaram subcategorias e contiveram subgrupos dentro destas, isto é, a compilação dos dados pela aproximação dos significados, pela convergência dos dados ou a replicação literal (YIN, 2015) nas falas dos participantes da pesquisa.

Considerando, ainda, a exploração do material, efetuou-se a categorização que consistiu em classificar e agrupar determinados assuntos por divergências ou convergências dos resultados (BARDIN, 2011).

A última fase consistiu no tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011), ou seja, existiu, primeiramente, um agrupamento dos dados obtidos, progredindo para conclusões lógicas sobre o acesso em sala de vacina referente ao que já foi pesquisado e descrito na literatura científica, levando-se, assim, às interpretações e descrição dos resultados do estudo.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada sob o Parecer 1.193.584, CAAE: 47997115.2.0000.5545, pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro Oeste da Universidade Federal de São João del-Rei (CEPES-CCO), do Projeto Integrado, “Guarda-Chuva”, PreveNIr: Avaliação da qualidade do PNI na região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, que se articula e foi desdobrado neste projeto. Esta pesquisa foi financiada pelo Edital 14/2013, do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), processo CBB-APQ-03509-13.

A pesquisa foi desenvolvida segundo a Resolução CNS 466/2012, obedecendo às diretrizes e normas reguladoras de pesquisas que envolvem seres humanos. Essa Resolução abrange os cinco referenciais básicos da bioética, que são: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando assegurar os direitos e deveres sobre a comunidade científica, aos sujeitos participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

Os participantes que foram convidados a tomar parte do estudo foram informados sobre os riscos e os objetivos da pesquisa, anteriormente às entrevistas. Foram respeitados perante sua vontade sob a forma de manifestação expressa, livre e esclarecida, com o direito de permanecer e contribuir ou não à pesquisa, comprometendo o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos ao entrevistado. O TCLE foi apresentado a todos os participantes. Para manutenção do sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa, foram utilizados códigos alfanuméricos simbolizados pela letra “E” (de entrevistado), seguido do número da entrevista de forma sequencial e de um dos números 1, 2, 3 ou 4, respectivos às quatro microrregiões sanitárias casos deste estudo, por exemplo: E1-1, E1-2, E1-3, E1-4, etc.

Todos os municípios autorizaram a divulgação do nome da cidade, bem como a utilização de imagens de pontos turísticos e espaços públicos (Apêndice C), embora para a apresentação dos resultados, optou-se pela preservação do nome dos municípios.

As entrevistas foram gravadas com autorização prévia dos participantes e os áudios das gravações ficarão arquivados com a pesquisadora responsável, por um período mínimo de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os dados coletados foram tratados com segurança, de forma a garantir a confidencialidade e sigilo em todas as etapas do estudo.

Em relação ao Processo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram obedecidas duas etapas:

1. Inicialmente, o convidado a participar da pesquisa foi esclarecido sobre: os objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios, a forma de realização da pesquisa, como procederia a divulgação dos resultados, como se daria a confidencialidade das informações e que o anonimato dos participantes seria assegurado. Foi esclarecido também que a participação era voluntária e o participante teria a liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ônus, e que somente as pesquisadoras envolvidas na pesquisa teriam acesso ao material coletado.

Foi respeitado pelas pesquisadoras o momento, a condição e o local mais adequado para que o esclarecimento sobre a pesquisa fosse efetuado, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa e a sua privacidade. As pesquisadoras prestaram informações em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica, autonomia dos convidados que participaram da pesquisa e foi concedido tempo adequado para que o convidado pudesse refletir para a tomada de decisão livre e esclarecida.

2. Superada a etapa inicial de esclarecimento, as pesquisadoras apresentaram ao convidado a participar da pesquisa o TCLE para que fosse lido e compreendido, antes da

concessão do seu consentimento livre e esclarecido. A leitura foi realizada pela pesquisadora em voz alta e acompanhada pelo participante da pesquisa. Quando ocorreram dúvidas, elas foram esclarecidas. O TCLE foi elaborado em duas vias, sendo assinadas pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável.

A coleta de dados teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e após autorização e agendamento nos municípios. O local da abordagem inicial do convidado a participar da pesquisa foi a Unidade de APS Tradicional ou da ESF, obedecendo à disponibilidade do participante para essa abordagem. Para a entrevista, foi solicitada a disponibilidade de uma sala na Unidade de Saúde, tranquila e segura, confiando ao participante da pesquisa o sigilo das informações que foram coletadas.

As informações coletadas não foram utilizadas em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros. Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins científicos, podendo ser publicados e apresentados em eventos científicos.

Os participantes da pesquisa terão o direito de serem informados sobre os resultados parciais da pesquisa e, caso sejam solicitados, serão fornecidas todas as informações. Ao final do estudo, as pesquisadoras se comprometem com a divulgação dos resultados para as instituições participantes.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Da análise dos dados, originaram-se três categorias temáticas que deram origem a três artigos: “Adequação funcional e uma agenda para o acesso à vacinação sob a ótica do usuário”, “Acesso à vacinação no cotidiano da atenção primária à saúde na voz do usuário: Sentidos e sentimentos frente ao atendimento”, e “Vacinação como demanda programada: um acesso que pode ser facilitado”.

ARTIGO 1 – ADEQUAÇÃO FUNCIONAL E UMA AGENDA PARA O ACESSO À VACINAÇÃO SOB A ÓTICA DO USUÁRIO

RESUMO

Este estudo teve por objetivo, compreender o acesso à vacinação e os aspectos organizacionais desse acesso no cotidiano da APS, sob a ótica do usuário. Teve como método o estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. Para análise dos dados, utilizou-se da Análise de Conteúdo temática, obedecendo à técnica analítica da síntese cruzada dos casos, em consonância ao referencial metodológico adotado. Participaram deste estudo 74 usuários de quatro microrregiões. Os resultados apontam entraves que comprometem o acesso dos usuários aos serviços de imunização, como: o estabelecimento de dias específicos para a realização de determinadas vacinas, o horário de funcionamento das salas de vacinas, a falta do imunobiológico, a falta de orientações e esclarecimentos por parte dos profissionais de saúde. Evidenciou-se que o contato direto e a inserção do usuário em outras ações e serviços da unidade de saúde favorece o acesso à vacinação. Uma agenda para o melhor acesso foi sugerida pelos usuários, que recomendaram: a reorganização dos dias e horários disponíveis para a vacinação, a informatização do cartão de vacina, a implementação de estratégias de divulgação específicas para ampliar a busca pela imunização, a adequação estrutural da sala de vacina e a ampliação de recursos humanos nas unidades de saúde. Ressalta-se a importância de os serviços identificarem suas fragilidades e adotarem estratégias que viabilizem uma atenção usuário-centrada, promovendo o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, à imunização.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde; Imunização.

INTRODUÇÃO

A imunização é uma ação comprovada para controlar e eliminar as doenças infecciosas e estima-se que mais de 30 doses de vacina são administradas, globalmente, a cada segundo e nenhuma outra intervenção de saúde atinge tantas pessoas ou é capaz de impedir uma gama tão variada de problemas de saúde pública¹.

Os serviços de imunização estão inseridos, estrategicamente, dentre as ações rotineiras das unidades de Atenção Primária a Saúde (APS), a qual compete a função de porta de entrada preferencial para uma rede de serviços de acesso universal, coordenando o cuidado e ordenando as Redes de Atenção à Saúde².

Nos últimos anos, é fato que as ações de vacinação de rotina, bem como as ações específicas de vigilância epidemiológica, vêm se mostrando efetivas no controle, eliminação e erradicação de doenças imunopreveníveis³. Entretanto, ainda persistem desafios a serem superados. Entre esses desafios, destaca-se o alcance das metas de coberturas vacinais e sua homogeneidade em todos os municípios brasileiros⁴.

Estudo que objetivou descrever a classificação de risco de doenças imunopreveníveis nos municípios brasileiros, a partir de indicadores de coberturas vacinais, demonstrou que vários municípios não atingiram coberturas adequadas, e outros municípios apresentaram alta proporção de abandono para algumas vacinas, o que acarreta em alto risco de doenças imunopreveníveis⁴.

Para a manutenção do êxito do PNI, é necessária ampla extensão da cobertura vacinal o que demanda adequado acesso dos indivíduos aos serviços de imunização e a identificação de fatores que influenciam as coberturas vacinais⁵. Entretanto, o modo de disponibilizar saúde e prestar atendimentos pautados na integralidade da atenção ao usuário é afetado por obstáculos decorrentes do modelo organizacional observado na APS. A acomodação/adequação funcional é uma das dimensões específicas do acesso à saúde e relaciona-se aos aspectos organizacionais referente ao modo como a oferta está organizada para receber os usuários, bem como a capacidade desses se acomodarem aos serviços⁶.

Estudo realizado na Guatemala, que determinou os fatores relacionados à baixa cobertura vacinal de crianças de zero a cinco anos de idade, sob a perspectiva dos pais, identificou que, apesar da maioria dos participantes ter considerado a vacinação como uma ação em saúde muito importante, muitos indicaram que as orientações sobre a necessidade da vacinação por parte dos profissionais de saúde eram insuficientes. Identificaram-se como razões que impossibilitam o acesso aos serviços de imunização: a falta de tempo dos pais, a falta do

imunobiológico e a falta de profissional na unidade de saúde para realizar a vacinação, o que acarretou em tempo de espera excessivo⁷.

Segundo estudo realizado em uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), em Sobral-CE, Brasil, apenas um dos cinco funcionários participantes considerou que o usuário tem acesso facilitado ao serviço diante dos aspectos organizacionais. Os demais apresentaram que há deficiências no acolhimento do usuário, relacionadas, principalmente, à demanda espontânea superior à capacidade de atendimento, insatisfação de profissionais, e déficit no repasse de informações aos usuários⁸.

Embora o acesso universal seja princípio do SUS, os entraves nos aspectos organizacionais indicam que o atendimento é centrado nas necessidades dos serviços e não nas do usuário, o que limita o caráter universalizante do Sistema e acarreta situações de exclusão e desigualdade no acesso aos serviços de saúde, comprometendo a manutenção do sucesso do PNI e, conseqüentemente, o controle das doenças imunopreveníveis.

Nesse contexto, questiona-se: como ocorre o acesso à vacinação no cotidiano da APS, sob a ótica do usuário, considerando os aspectos organizacionais?

Este estudo teve por objetivo compreender o acesso à vacinação e os aspectos organizacionais desse acesso no cotidiano da APS, sob a ótica do usuário.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo⁹, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano¹⁰.

O cenário deste estudo foi a Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, que é constituída por seis microrregiões de saúde. Mediante os critérios de saturação dos dados por replicação literal,⁹ foram incluídas quatro microrregiões de saúde, totalizando quatro casos, visto que foi confirmada a saturação na quarta microrregião pesquisada levando ao encerramento da coleta de dados. Em cada microrregião foi realizado um estudo de caso que teve como unidade única de análise: “O acesso à vacinação na APS”, o que caracteriza o estudo como holístico.

O número de casos considerados necessários ou suficientes nos estudos de casos múltiplos deve levar em consideração um julgamento discricionário e não seguir fórmulas. Ou seja, o número de replicações estará condicionado ao nível de certeza que se pretende obter com os resultados dos casos múltiplos⁹. Neste estudo, o nível de certeza foi afirmado com a coleta de dados na quarta microrregião, conferindo 66,67 % do total das seis microrregiões da Região Ampliada de Saúde Oeste-MG, totalizando sete municípios e 25 unidades de APS/Estratégia

Saúde da Família (ESF). Esse nível foi confirmado pela saturação dos dados por replicação literal⁹, isto é, pelos resultados semelhantes apresentados nas quatro microrregiões e pela constatação de que os dados coletados foram suficientes para atender ao método e ao objetivo proposto.

Para obter a representatividade de diferentes realidades e para que os resultados possam ter capacidade de generalização em pesquisa qualitativa, em cada microrregião, os municípios foram selecionados levando-se em consideração as seguintes características: porte populacional, cobertura de ESF, número de salas de vacina e extensão territorial. Os municípios selecionados apresentam características divergentes entre si em relação aos critérios de seleção definidos *a priori*, sendo três de grande porte, dois de médio porte e dois de pequeno porte. Dois possuem 100% de cobertura populacional de ESF e cinco possuem cobertura populacional de ESF inferior a 100%. Dentre esses municípios, a quantidade de salas de vacina variou de duas a 35 salas de vacinas e houve variação em relação à extensão territorial (Notas de Campo - NC).

Realizou-se estudo de caso individual em cada uma das microrregiões, portanto, cada caso em particular consiste em um estudo “completo”, no qual se procuram evidências convergentes ou divergentes com respeito aos fatos e às conclusões para o caso. Os estudos de casos possuem a capacidade de generalização às proposições teóricas, ou seja, possibilitam a generalização analítica⁹. Assim, as descobertas deste estudo possuem capacidade potencial para se estender às situações similares, conferindo a generalização externa.

Participaram 74 usuários, que compareceram em uma das 25 unidades de saúde visitadas no momento da coleta de dados para vacinação ou para outro atendimento. Participaram voluntariamente e foram abordados enquanto aguardavam o atendimento. Foi adotado como critério de inclusão ter idade igual ou superior a 18 anos, e como critério de exclusão, pessoas impossibilitadas, temporária ou permanentemente, de responder legalmente por seus atos. Foram realizadas 82 abordagens, sendo que oito usuários se recusaram a participar da pesquisa.

Como fontes de evidências dos dados, utilizou-se a entrevista individual aberta intensiva com roteiro semiestruturado que abordou o usuário frente ao seu acesso à vacinação na APS; visita técnica às salas de vacina, e notas de campo (NC) para registros de dados da visita técnica, e para notas operacionais de desenvolvimento da pesquisa. Realizou-se, *a priori*, o pré-teste do roteiro da entrevista.

As entrevistas tiveram uma duração média de dez minutos, foram realizadas conforme a disponibilidade dos usuários em espaço privativo na própria unidade de saúde. A entrevista

foi gravada em arquivo digital e, posteriormente, transcrita literalmente, preservando-se a fidedignidade das informações. A coleta de dados ocorreu entre junho de 2016 a abril de 2017.

A análise dos dados da pesquisa foi fundamentada na Análise de Conteúdo Temática¹¹ obedecendo à técnica analítica da síntese cruzada dos casos, em consonância ao referencial metodológico de estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo¹¹. Realizou-se a análise de cada caso, individualmente, para as quatro microrregiões sanitárias participantes. A fim de manter o anonimato dos participantes foram utilizados códigos alfanuméricos simbolizados pela letra “E” (de entrevistado) seguido do número da entrevista de forma sequencial e de um dos números 1, 2, 3 ou 4, respectivos às quatro microrregiões sanitárias casos deste estudo, por exemplo: E1-1, E1-2, E1-3, E1-4, etc.

Esta pesquisa foi aprovada sob o Parecer 1.193.584, CAAE: 47997115.2.0000.5545, faz parte do Projeto Integrado, aprovado pelo PPSUS (processo CBB-APQ-03509-13), PreveNir: Avaliação da qualidade do Programa Nacional de Imunizações na região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, que se articula e foi desdobrado nesta pesquisa. Foi desenvolvida segundo a Resolução CNS 466/2012, obedecendo às diretrizes e normas reguladoras de pesquisas que envolvem seres humanos¹².

RESULTADOS

Dos 74 participantes deste estudo, 63 (85,1%) eram do sexo feminino. A faixa etária predominante foi de 26 a 33 anos (32,4%). A maior parte dos participantes (85,1%) reside em região urbana e são católicos (78,4%). A visita técnica às salas de vacina e os registros em notas de campo permitiram a apreensão de aspectos referentes ao local, à estrutura organizacional e de recursos, evidenciando dificultadores e facilitadores do acesso pela informação, acolhimento e estrutura física.

Na microrregião 1, identificou-se que em um município, uma das salas de vacina visitada encontrava-se desativada há seis meses devido aos problemas técnicos com a geladeira. Em outro município, as três salas de vacinas visitadas funcionam de 07h30 às 16h30 e, uma vez por semana até às 18h30, em consonância ao projeto municipal com foco na saúde do trabalhador. Nessas salas, os termômetros digitais das geladeiras e das caixas térmicas montadas para o consumo diário registravam temperaturas abaixo de 2°C no momento da coleta de dados. As duas salas de vacina do terceiro município funcionam de 08h às 10h pela manhã e de 12h às 15h no período da tarde. Observou-se no mural de avisos de ambas as unidades de saúde, informes determinando dias específicos para a realização das vacinas contra Febre Amarela e BCG (NC).

Na microrregião 2, nas seis unidades incluídas no estudo, observou-se a utilização de câmara fria para armazenamento das vacinas. Quanto ao horário de funcionamento das salas de vacina, três funcionavam de 07h às 15h e as outras três de 07h30 às 16h. Foi identificado aviso no mural de recados, de uma das unidades, informação sobre a vacina contra Febre amarela e a vacina Triviral que só seriam realizadas em um determinado dia da semana. Uma das salas de vacina possuía balança e fita métrica indicando que esta não era restrita aos procedimentos de vacinação (NC).

Na microrregião 3, na primeira cidade visitada, a única sala de vacina da região urbana funciona de 12h às 16h e as vacinas contra Febre Amarela e BCG também são realizadas apenas uma vez por semana. No segundo município da mesma microrregião, a sala de vacina funciona de 07h às 11h e de 12h às 16h, e a equipe se organiza de forma que haja sempre um profissional exclusivo para realização dos procedimentos em sala de vacina. Em um distrito do segundo município, a sala de vacina também funciona nesse horário. Em outro distrito, não há sala de vacina, as doses são levadas para a unidade em caixa térmica apenas na segunda-feira de manhã, quando é realizada a vacinação de toda a população. No dia da coleta de dados foi possível constatar que a caixa de vacina chegou às 8h e às 10h as doses contra febre amarela já haviam acabado e muitos usuários que aguardavam pela vacinação não foram contemplados (NC).

O horário de funcionamento das salas de vacina implica, muitas vezes, barreiras para o acesso aos serviços de imunização, principalmente para os usuários inseridos no mercado de trabalho e que dispõem de menos tempo para procurar os serviços de saúde. Verificou-se que, nos municípios das quatro microrregiões, a atividade de vacinação não ocorre no período integral de funcionamento das unidades de APS.

Acho que assim, no caso de quem trabalha dificulta. Como eu trabalho no comércio, meu horário é de oito as seis e aqui funciona de sete as quatro, então, às vezes, é difícil. (E22-2)

Para mim, se fossem sete horas exatas... mais cedo, que eu vacino e vou para o serviço sem problemas. [...] Têm muitas pessoas que trabalham, ou se a vacina pudesse ser no dia de sábado aí era bom para nós que trabalhamos. Ou mais tarde, se a vacina fosse até seis horas da tarde era bom para todo mundo. (E53-3)

Segundo os participantes do estudo, as unidades de saúde, geralmente, estabelecem dias específicos para a realização de determinadas vacinas, restringindo e dificultando, ainda mais, o acesso aos serviços de imunização, o que corrobora com a observação em visita técnica realizada às salas de vacina:

Aqui elas marcam, por exemplo, se é para cinco crianças, aí avisam aquelas cinco crianças para virem todas em um dia só e evitar perder a dose da vacina. (E43-3)

Parece que eles têm o dia certo de abrir a vacina. Aí não era o dia da vacina [...] Eu não vim no dia certo, porque eu não sabia. (E20-2)

A estrutura, a limpeza, a desinfecção, a organização da sala de vacina, bem como o preparo para o procedimento foram apontados pelos participantes deste estudo como itens determinantes na tomada de decisão para vacinar:

Olha, eu imagino que dificulta se o ambiente não é o adequado. Porque tem a refrigeração da vacina, que tem que ser adequada, se o posto não tiver o refrigerador correto, a temperatura correta, aí não vai adiantar, porque não vai ter validade a vacina [...] A gente depende da estrutura do posto para ter o refrigerador, porque a gente sabe que não são todos que têm, não é? [...] Bom, eu acho que o governo devia dar mais atenção à questão da estrutura. A estrutura exata, o ambiente exato, e uma sala de vacina separada [...]. O ideal é uma sala só para vacina com toda estrutura, e a gente sabe que nem todo posto tem. (E21-2)

Da limpeza, da higiene, porque é uma coisa muito séria, então tem que observar esses detalhes, até porque isso te passa confiança. Então, se você vê um lugar desorganizado e sujo, você não vai ter confiança de levar o seu filho ali. [...] Material, por exemplo, se é descartável, se está tudo certinho, eu costumo pedir para ver também a data de validade das vacinas. (E27-1)

Eu entendo eu ter acesso, é eu vir a manipulação do medicamento, a seringa descartável, ser tudo claro na hora que a gente está lá dentro. (E20-2)

A falta de aconselhamento e orientação por parte das equipes de saúde surgiu como fator associado a não adesão à vacinação, como evidenciado:

Pois é, e eu não sabia disso que os adultos têm direito de tomar vacina. Toda vez que vejo ou é para criança ou para gestante ou idoso, então eu achei que não tinha direito. Bom saber! (E18-2)

Dificulta para mim essa questão da não informação com relação à vacina, porque aí você se sente inseguro. Você não sabe para que é. (E35-2)

Eu não sabia que eu tinha que tomar essa vacina, depois de velho eu achava que não precisava vacinar [...]. Porque as crianças pequenas você já leva para vacinar e eles te cobram, você tem que trazer para vacinar e se, às vezes, você atrasa elas vão

procurar saber. [...] Agora, nós mais velhos, também acho que deveria ser lembrado, não é? Precisava ser lembrado. (E61-4)

A falta do imunobiológico, fator que compromete diretamente o acesso à vacinação, acarreta também descrédito na população em relação à assistência prestada:

Antes não era assim, você chegava, ainda que você pegasse uma fila, tinha as vacinas, e hoje não está tendo [...]. Às vezes vou ao posto, não tem, aí vou no outro dia, não tem também. (E2-1)

Teve uma vez que eu procurei e não tinha a vacina para minha netinha. Voltei depois, aí já tinha a vacina. Faltar vacina prejudica, não é? Eu acho que deveria ter quando você procurasse e para todo mundo, já que tem a data para você vacinar, deveria ter. (E29-2)

Já teve vez de eu ir três vezes procurar vacina e não ter. Não ter a vacina, ter que ficar aguardando, esperando chegar para vacinar. (E52-3)

Eu vim hoje e não tem vacina, não tem. Vou voltar amanhã, mas e se ainda não tiver? (E71-4)

A inserção dos indivíduos em outros serviços e setores da unidade de saúde surgiu como facilitador do acesso à imunização, uma vez que propiciou maiores oportunidades de orientações sobre a vacinação, sendo evidenciado o pré-natal e o contato direto com o serviço como momento oportuno para obtenção dessas informações:

Eu estou grávida, [...] eu estou com nove semanas. Fiz a segunda (Consulta de Pré-natal). Ele (Médico) falou hoje que eu vou ter que tomar muitas vacinas por eu não ter o meu cartão e não saber o quê que eu tomei. (E2-1)

Eu tenho o cartão que eles fizeram quando engravidei. Então a gente vai ao pré-natal e por conta da gravidez arrumaram o cartão e colocaram tudo em dia. (E463)

Hoje que eu fiquei sabendo que ia ter vacina, aí eu vim aqui tomar. O meu sobrinho passou aqui na semana passada e falou comigo que hoje ia ter. (E55-3)

Manifesta-se a falta de equidade frente aos entraves na dimensão organizacional do acesso à vacinação:

Quando tem campanha de vacina, esse posto aqui não abre, aí você tem que procurar outros lugares, igual à da gripe nessa campanha no sábado ele não abriu. Aí tive que ir a outros bairros. (E6-1)

Em relação às primeiras vacinas do neném, está tendo que ser agendada a de Hepatite e a BCG também. Tem que agendar em outra unidade, lá não dá, tem que vir para cá [...]. Eu moro em um bairro distante daqui. Se for vir de ônibus, tem que ser dois ônibus, não é fácil, assim, o transporte. (E7-1)

Igual eu vi na televisão, uma época que, na zona rural de outras cidades, eles levam a vacina da gripe para os idosos, crianças e gestantes. E lá não tem. [...]. Agora, por que não pode sair uma pessoa daqui, um enfermeiro, e ir lá vacinar? [...] se não puder, porque eu não sei se tem enfermeiro suficiente, porque vacina vai ter, não é? Manda uma van para zona rural. Os ônibus escolares ficam parados no dia de sábado, aí manda buscar, eu acho que deveria ser assim. (E40-3)

A equidade e a universalidade do acesso às vacinas foram explícitas:

Então essa unidade ela é bem organizada, então o acesso é fácil, as agentes de saúde vão às nossas casas, avisam da campanha de vacinação que eu acho que é um ponto bastante positivo. Não sei das outras unidades, mas essa aqui o acesso é legal. Elas fazem tudo para disponibilizar o horário e bater com o nosso. (E71-4)

Onde eu vacino, sempre consegui todas as vacinas. (E18-2)

Sempre que eu procuro encontro a vacina que eu estou procurando. (E42-3)

Diante da realidade vivenciada, os participantes da pesquisa apresentam uma agenda para melhor acesso à sala de vacina:

Eu nunca concordei com isso de colocar dia para cada vacina, eu acho que deveria ser livre, porque talvez, na quinta-feira não dê para mim e eu deixo simplesmente de ir vacinar. [...] Eu acho que deveria ser uma coisa mais informatizada, aí a pessoa já saberia, através do próprio cartão do SUS, quais vacinas que ele tomou, acho que seria mais interessante [...] se fosse dessa forma, em vez de cartão, porque papel é uma coisa que some querendo ou não. Às vezes, a gente esquece em algum lugar, às vezes rasga. Enfim, eu acho que se fosse informatizada, que a vacinação não é, eu acho que seria o ideal. (E8-1)

O que pode favorecer é ter mais esclarecimento sobre o assunto, maior divulgação [...] e fazer um trabalho de vigilância em saúde, um trabalho mais ativo com as pessoas,

indo na casa das pessoas, para estar conversando, levando panfleto, já é uma forma de fazer a pessoa buscar mais por esse recurso, que é um direito [...]. Eu acho que o horário da unidade podia ser modificado, ser adequado às necessidades das pessoas. (E22-2)

Aqui está tudo misturado, vacinação, a que faz o curativo, consulta, você não sabe nem quem está vacinando, quem está no curativo. Teria que ter uma sala específica só para vacinação, um lugar que a pessoa chega, senta e espera a sua vez para poder vacinar. Eu falo de ter um profissional só para vacinação [...] Se tivesse mais profissionais nós seríamos melhor atendidos. Tendo poucos profissionais, fica sobrecarregado para eles e fica sem atender bem a gente. (E51-3)

Eu acho que poderia ter vacina mais vezes, igual aqui é só uma vez na semana, é só mesmo na segunda que tem vacina. [...] Eu acho que podia ter a vacina todos os dias, porque sempre tem alguém precisando vacinar. (E54-3)

Acho que tinha que ter vacinação no horário de almoço, não é? Ou reservado um dia específico do mês para as pessoas que não podem vir vacinar. O horário tinha que ser mais acessível para todo mundo. (E69-4)

DISCUSSÃO

À APS, coordenadora da atenção e porta de entrada preferencial no SUS, compete a função de oferecer cuidados longitudinais e abrangentes que atendam às necessidades da população, promovendo o acesso facilitado e inclusivo por meio da adoção de rotinas de trabalho para uma atenção usuário-centrada¹³. No entanto, visando atender às demandas dos usuários os serviços de saúde, contraditoriamente, definem modos de funcionar, estabelecendo, por exemplo, dias e horários para a vacinação, curativos e demais procedimentos. Essa prática, além de ferir a acessibilidade e o princípio da integralidade da atenção, acarreta situações de oportunidades perdidas de imunização¹⁴.

O horário de funcionamento limitado configura uma barreira e indica que o atendimento é centrado nas necessidades do serviço e não dos usuários. Para se concretizar a política de imunizações, é necessária uma rede de prestação de serviços cada vez mais próxima dos usuários, indo ao encontro às demandas da vida cotidiana das pessoas. Neste estudo, o horário de funcionamento e as formas de organização da atenção em salas de vacina surgiram como fatores que limitam a utilização dos serviços de imunização, principalmente pela parcela de

usuários inseridos no mercado de trabalho, que, conseqüentemente, dispõem de menos tempo para buscar esse cuidado.

Centrar-se no cotidiano da sala de vacina, no contexto estudado, com suas formas de produção de trabalho em vacinação e de expressão dos usuários frente a esse serviço, nos remete à compreensão de que o objeto é como o sujeito o percebe, interpreta o mundo e expressa suas experiências¹⁵. Unidades de saúde que estabelecem normas para atender à vacinação, conforme necessidades dos serviços, se aproxima do que “pode ser modelado à vontade, mas que, ao contrário, resiste à injunção racionalista ou, pelo menos, relativiza-a”^{16:151}, induz a considerar, relativamente, o princípio de acesso à vacina e às normas e diretrizes do PNI.

Em um município participante deste estudo, foi possível constatar que, em um dia da semana, todas as unidades de saúde funcionavam até as 18h30 com o objetivo de atender aos trabalhadores (NC). A ampliação do horário de funcionamento dos serviços de saúde, principalmente em horários noturnos, facilita o acesso aos usuários trabalhadores¹⁷, promovendo as oportunidades de imunização e elevando as coberturas vacinais entre este público. Em contrapartida, se o horário de funcionamento das unidades não atende às necessidades dos usuários, a satisfação com os serviços diminui em 46%, comprometendo o acesso e a credibilidade da população junto à APS¹⁸.

Identificou-se que aspectos relacionados à estrutura e organização das salas de vacina como o adequado armazenamento dos imunobiológicos, a utilização de materiais adequados para realização do procedimento e a limpeza do ambiente, são fatores que influenciam na tomada de decisão para vacinar.

Um estudo que avaliou as condições física-estruturais de 21 salas de vacinas das unidades de saúde do município de Caxias-MA, Brasil, evidenciou que, apesar de todas as salas de vacinas serem de fácil acesso ao público, 37,5% alcançaram índice ruim. Itens imprescindíveis para a promoção da segurança durante o procedimento, como ventilação e iluminação, presença de pia com torneira para lavagem das mãos, antes e após o procedimento, foram constatados como inadequados. Observou-se também déficits de materiais minimamente indispensáveis à adequada realização da imunização, como a falta de bandeja de aço inoxidável utilizada para o repouso de materiais utilizados no momento do procedimento, seringas descartáveis, e álcool a 70%. Esse estudo também demonstrou a falta de todos os imunobiológicos em 88% das salas de vacinas pesquisadas¹⁹.

Este achado de falta de imunobiológico também foi encontrado em pesquisa realizada na Guatemala, onde participantes indicaram ser esse um dos motivos da situação vacinal atrasada⁷. Também em Kampala-Uganda, onde se evidenciou que a falta da vacina, além de

gerar situação vacinal em atraso, acarretou perda de tempo e recursos para os usuários e descrédito nos serviços²⁰. Esses achados corroboram com os resultados do presente estudo e evidenciam que o comprometimento das práticas de imunização por escassez de imunobiológicos não é problema a nível apenas da região mineira pesquisada.

A falta de acesso à informação pode ser determinante para o estabelecimento dos hábitos de saúde de uma pessoa, aumentando a probabilidade da não adesão ou da imunização em atraso dos indivíduos²¹. Contraditoriamente, a indicação da vacina e a informação sobre seus benefícios são estratégias para maior adesão à imunização. Um estudo que teve como objetivo estimar a cobertura vacinal contra hepatite B em adolescentes e identificar os motivos da não adesão à vacina, constatou que, um dos principais motivos citados pelos adolescentes com esquema vacinal em atraso foi a falta de informação e orientação sobre a necessidade de esquema de três doses da vacina, evidenciando que a falta de orientação por parte do profissional de saúde esteve fortemente associada à não adesão à vacina contra hepatite B²².

Em contrapartida, estudo que objetivou discutir sobre as ações desenvolvidas pelo enfermeiro para o controle e erradicação de doenças imunopreveníveis identificou que as principais ações desenvolvidas envolvem a atualização do cartão de vacina, a orientação ao usuário e o encaminhamento à sala de vacina. Os conteúdos abordados durante as orientações abrangem a importância de manter o cartão de vacinação atualizado, especificação dos tipos de vacinas e a sua importância. No entanto, destaca-se que tais orientações são direcionadas, fundamentalmente, às mães de crianças e gestantes²³.

Existe, no sentido simples de acesso à informação, sobre a relevância da vacina e das orientações cabíveis ao processo de se vacinar, “uma concorrência entre os elementos arcaicos e o desenvolvimento tecnológico”^{17:148}, evidenciada pela perspectiva de compreensão ampliada sobre a necessidade de união entre o saber especializado e o conhecimento de mundo: “aliar contrários, fazê-los estar em sinergia”^{16:148}; compreendendo e contaminando a maneira de ser e pensar dos usuários frente à necessidade de vacinação.

Para a adequada cobertura vacinal, é necessário que a imunização seja realizada na idade preconizada pelo PNI. Para tanto, recomenda-se que seja realizado aprazamento do retorno do usuário para receber a dose subsequente da vacina com o registro da data no cartão de vacinação do indivíduo e registro na unidade²⁴, de forma que a vacinação seja atividade também realizada a partir de agendamentos previstos como demanda programada.

Orientações específicas sobre as datas para a próxima vacinação e o número de doses necessárias para garantir a imunogenicidade das vacinas são informações que influenciam diretamente na utilização dos serviços de imunização e que, muitas vezes, são realizadas de

maneira inconsistente⁷. Estudo realizado em uma comunidade de baixa renda na cidade de Nova York revelou que a maioria das doses de vacina contra influenza, na temporada estudada, foi administrada em visitas programadas (80% das primeiras doses, 57% das segundas doses), sendo que esse agendamento da vacinação foi apontado, pelos usuários, como prática que promoveu o acesso às vacinas²⁵.

O presente estudo demonstrou que o contato direto e a inserção do usuário em outras ações e serviços da unidade de saúde, como a consulta pré-natal, favorecem o acesso a vacinação. Tais ocasiões se configuram momento com grande potencial para favorecer e ampliar as oportunidades de orientação para vacinação, propiciando o encaminhamento dos usuários não vacinados ou com esquemas incompletos para a sala de vacina com vistas a evitar as oportunidades perdidas de imunização. Para tanto, é fundamental que exista integração entre os profissionais que atuam na sala de vacina com os demais integrantes da equipe de saúde, e que todos estejam envolvidos e comprometidos com a vacinação²⁴.

Uma pesquisa realizada no Paquistão, que objetivou identificar fatores associados com a vacinação em atraso entre crianças, identificou que os filhos de mães que não tiveram acesso aos serviços de pré-natal eram mais propensos a apresentar situação vacinal em atraso, sendo evidenciada que a imunização das crianças não é um fenômeno isolado, estando associado à interação prévia e oportuna dos pais com o sistema de saúde²¹.

Dentre os elementos facilitadores expostos pelos participantes do presente estudo, encontra-se a existência e a localização das unidades de saúde, a disponibilidade das vacinas e a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) no acompanhamento e orientação dos usuários. Estudo realizado em Recife-PE, identificou que a existência da ESF levou a ampliação da oferta de serviços básicos, gerou maior disponibilidade de insumos e promoveu a acessibilidade geográfica. O trabalho realizado pelos ACS também foi destacado como facilitador do acesso aos serviços de saúde²⁶.

Os próprios usuários recomendaram ações que poderiam ser adotadas como estratégias para promover a utilização dos serviços de imunização, indicando, nesse sentido, uma agenda para o melhor acesso à sala de vacina. Esta agenda indica: a necessidade de reorganização dos dias e horários disponíveis para a vacinação, ampliando a acessibilidade da população ao serviço; a informatização do cartão de vacina; a implementação de estratégias de divulgação específicas para ampliar a conscientização e, conseqüentemente, a busca pela imunização; a adequação estrutural da sala de vacina; e ampliação de recursos humanos nas unidades de saúde, visando a redução do tempo de espera para a vacinação. O estudo realizado na Guatemala também evidenciou que recomendações para um melhor acesso aos serviços de imunização

foram identificados pelos próprios participantes, como a divulgação em ambientes públicos, em escolas e centros comunitários dos eventos relacionados à vacinação, bem como a sua importância⁷.

Uma revisão sistemática realizada com 240 estudos demonstrou que os sistemas de informação de imunização podem ser utilizados para determinar a situação vacinal do paciente e conduzir às decisões tomadas pelos sistemas de saúde, indicar as avaliações da cobertura vacinal, avaliar os surtos de doenças imunopreveníveis, as oportunidades perdidas de vacinação, verificar a administração de doses incorretas, as desproporções nas taxas de vacinação, garantir a segurança e eficácia da vacina, além de facilitar, conseqüentemente, a gestão das práticas de imunização²⁸.

Enfim, considerar os aspectos organizacionais para o acesso à vacina implica, com base na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, “unir os opostos: operar conhecimento e, ao mesmo tempo, perceber as pulsões vitais, saber e poder compreender a existência”^{17:58}, para atender às necessidades de usuários e o direito de se vacinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, observaram-se entraves organizacionais que comprometem a prestação de um serviço de vacinação adequado, conforme estabelecido pelo PNI, que se configuram no estabelecimento de dias específicos para a realização de determinadas vacinas, no horário de funcionamento das salas de vacinas, na falta do imunobiológico; e carência de orientações e esclarecimentos por parte dos profissionais de saúde. Evidenciou-se que o contato direto e a inserção do usuário em outras ações e serviços da unidade de saúde favorecem o acesso à vacinação. Uma agenda para o melhor acesso foi recomendada pelos usuários, indicando a reorganização de dias e horários para a vacinação em consonância com as necessidades da população, a informatização do cartão de vacina, a implementação de estratégias de divulgação específicas para ampliar a busca pela imunização, adequação estrutural da sala de vacina e ampliação de recursos humanos nas unidades de saúde.

Este estudo apresenta como limitação a amostragem intencional, ao selecionar apenas um subgrupo da população usuária presente nas Unidades de Atenção Primária no dia da coleta de dados. Mas com base nas informações colhidas, a amostragem intencional pode ser considerada representativa em populações e condições similares em estudos de casos múltiplos com saturação dos dados por replicação literal.

Apesar de todo um arcabouço político e institucional para implementação do SUS e concretização do acesso dos usuários aos serviços e ações de saúde, foi possível confirmar,

neste estudo, que há muitas barreiras que precisam ser enfrentadas pelas instituições públicas para ofertar assistência a todos em sala de vacina, em respeito aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Ressalta-se a importância de os serviços de saúde identificarem suas fragilidades e buscarem estratégias e alternativas que viabilizem uma atenção usuário-centrada, que possa atender à vacinação como agenda programada e com possibilidades de indicar melhores formas organizacionais e adequação funcional para atender às necessidades da população.

REFERÊNCIAS

1. Berkley S. Make vaccine coverage a key UN health indicator. *Nature* [Internet]. 2015 [acesso em: 22 ago. 2017]; 526 (7572): 165. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/526165a>.
2. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014 [citado 2018 Jan 10]; 19 (2): 343-352. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.
3. Domingues CMAS, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2013 [citado 2018 Jan 10]; 22(1): 9-27. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a02.pdf>. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100002>.
4. Braz RM, Domingues CMAS, Teixeira AMS, Luna EJA. Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 Dec [citado 2018 Mar 27]; 25(4): 745-754. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00745.pdf>.
2. Tavares RE, Tocantins FR. Ações de enfermagem na Atenção Primária e o controle de doenças imunopreveníveis. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2015 [citado 2017 Nov. 6]; 68(5): 803-809, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0803.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680506i>
4. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações: 40 anos [Internet]. Brasília (DF): MS; 2014 [citado 2017 Nov 17]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf.
5. Queiroz LLC, Monteiro SG, Mochel EG, Veras MASM, Sousa FGM, Bezerra MLM et al. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 [citado 2017 Dez 12]; 29(2):294-302. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200016>.
6. Penchansky R, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Med Care*. 1981; 19 (2): 127-40.

7. Barrera L, Trumbo SP, Bravo-Alcántara P, Velandia-González M, Danovaro-Holliday MC. From the parents' perspective: a user-satisfaction survey of immunization services in Guatemala. *BMC Public Health* [Internet]. 2014 [citado 2017 Nov 23]; 14: 231. DOI: 10.1186/1471-2458-14-231
8. Chagas MIO, Farias CMT; Teófilo FKS, Cavalcante ASP. Acesso dos usuários aos serviços de saúde na estratégia saúde da família: percepção dos enfermeiros. *Rev. APS* [Internet]. 2015 [citado 2017 Nov 17]; 17(3):280-290. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2183/819>.
9. Yin RK. *Estudo de Caso: Planejamento e métodos*. 5ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
10. Maffesoli M. *O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva*. Porto Alegre: Sulina; 2010.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre normas e diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2018 Jan 08]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
13. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014 [citado 2018 Jan 10]; 19 (2): 343-352. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>.
14. Bedin DM, Scarparo HBK, Martinez HA, Matos IB. Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. *Saude soc.* [Internet]. 2014 [citado 2018 Jan 10]; 23(4): 1397-1407. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1397.pdf>. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400022>.
15. Maffesoli M. A terra fértil do cotidiano. *Revista Famecos* [Internet]. 2008 [acesso em 28 jun 2017]; 15 (36):5-9. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/4409/3308>
16. Maffesoli M. *Elogio da razão sensível*. 4 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 1998.
17. Paula CC, Silva CB, Tassinari TT, Padoin SMM. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online). 2016 [citado 2017 Dez. 14]; 8(1): 4056-4078. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3918/pdf_1836.
18. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2018 Jan 10]; 33(2): e00184715. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00184715.pdf>.
19. Gomes RNS, Portela NLC, Pedrosa AO, Cunha JDS, Monte LRS, Santos CNC. Avaliação físico-funcional de salas de vacinas da rede pública municipal de Caxias-MA. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online). 2016 [citado 2017 Out. 17]; 8(1): 3793-3802. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4046/pdf_1792.
<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3793-3802>.

20. Babirye JN, Engebretsen IMS, Rutebemberwa E, Kiguli J, Nuwaha F. Urban settings do not ensure access to services: findings from the immunization programme in Kampala Uganda. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2014 [citado 2018 Jan 10]; 14 (1): 111. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-111>>.

21. Bugvi AS, Rahat R, Zakar R, Zakar MZ, Fischer F, Nasrullah M, et al. Factors associated with non-utilization of child immunization in Pakistan: evidence from the Demographic and Health Survey 2006-07. *BMC Public Health* [Internet]. 2014 [citado 2017 Nov 17]; 14(1): 232. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3973983/?tool=pubmed><http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-232>.

22. Francisco PMSB, Donalisio MR, Gabriel FJO, Barros MBA. Vacinação contra hepatite B em adolescentes residentes em Campinas, São Paulo, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 [citado 2018 Jan 10]; 18 (3): 552-567. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n3/pt_1415-790X-rbepid-18-03-00552.pdf.
<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500030003>.

23. Tavares RE, Tocantins FR. Ações de enfermagem na Atenção Primária e o controle de doenças imunopreveníveis. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2015 [citado 2017 Nov. 6]; 68(5): 803-809, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0803.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680506i>.

24. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação [Internet]. Brasília (DF): MS; 2014 [citado 2017 Nov 17]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_procedimentos_2014.pdf.

25. Hofstetter AM, Barrett A, Stockwell MS. Factors impacting influenza vaccination of urban low-income Latino children under nine years requiring two doses in the 2010–2011 season. *J Community Health* [Internet]. 2015 [citado 2017 Nov. 9]; 40(2): 227-234. Disponível em: <http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC4314518/>. DOI: 10.1007/s10900-014-9921-z.

27. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Pessoa EÂC, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis* [Internet]. 2015 [citado 2018 Jan 10]; 25(2): 635-656. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>.

28. Groom H, Hopkins DP, Pabst LJ, Murphy MJ, Patel M, Calonge N, Holly et al. Immunization information systems to increase vaccination rates: a community guide systematic review. *J Public Health Manag Pract.* [Internet] 2015 [citado 2018 Jan 10]; 21(3): 227-48. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24912082>. doi: 10.1097/PHH.0000000000000069.

ARTIGO 2 - ACESSO À VACINAÇÃO NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA VOZ DO USUÁRIO: SENTIDOS E SENTIMENTOS FRENTE AO ATENDIMENTO

RESUMO

Este estudo teve por objetivo compreender o acesso à vacinação no cotidiano da Atenção Primária à Saúde na voz do usuário e seus sentimentos, sentidos, percepções e perspectivas frente à realidade vivenciada. Trata-se de estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, com 74 usuários de quatro microrregiões da Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, Brasil. A análise dos dados foi fundamentada na Análise de Conteúdo Temática, obedecendo à técnica analítica da síntese cruzada dos casos. Os resultados revelam os sentidos percebidos pelos usuários na vivência em vacinação e os sentimentos frente ao atendimento, evidenciando que as relações interpessoais entre a população e os profissionais de saúde, são determinantes no acesso à vacinação. Surgiu que a constante ampliação do calendário básico de imunização ampliou o acesso, entretanto a constante falta de imunobiológico nas unidades de saúde foi declarada. Aspectos geográficos e sociais surgiram como barreiras ao acesso à imunização, apontando a necessidade de reforçar políticas mais equitativas frente às barreiras à vacinação em dia.

INTRODUÇÃO

Eu diria que esta análise pode ser extrapolável a outras manifestações da vida cotidiana. Não mais o sujeito opinando sobre o objeto, mas antes, um trajeto de experiências e afetos. Não se trata mais de pensarmos apenas no indivíduo racional, mas em termos de pessoas emocionais^{1,2}. A ênfase é no saber incorporado, ou seja, não passa necessariamente pela explicação ou verbalização. Esse é o fundamento da perspectiva compreensiva^{2,3}.

Dessarte, o cotidiano em salas de vacina deve ser interativo. A equipe de Enfermagem deve oferecer especial atenção e vacina segura, acolher as pessoas e propiciar construção de vínculo, estabelecendo confiança ao realizar assistência em vacinação. “É preciso valorizar a multiplicidade de pequenas coisas”¹ (p.148), *não apenas das emoções*, mas também do intelecto e do cotidiano em que a vida é produzida, uma razão aberta, no sentido de valorização da vida¹.

Considerando a valorização à vida, o usuário detém o direito de acesso universal, integral e equânime à saúde, considerando o escopo das ações, dentre elas, a prevenção de

doenças. A imunoprevenção na saúde pública brasileira se dá como acesso e direito, conforme calendários básicos de vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI)^{4,5}.

A imunização como medida de prevenção primária tem demonstrado ser uma das intervenções de maior sucesso e melhor custo-efetividade ao produzir impacto sobre as doenças imunopreveníveis, promovendo significativas mudanças no perfil epidemiológico a nível mundial^{4,6}.

Embora seja evidenciado adequado nível de aprovação e conhecimento sobre a vacinação, estudos demonstram que a utilização dos serviços de imunização apresenta-se baixa, persistindo grupos vulneráveis com cobertura vacinal aquém da preconizada, o que acarreta em riscos à proteção individual e coletiva⁷⁻⁸.

Diversos fatores têm potencial de afetar a utilização dos serviços de imunização, representando barreiras à vacinação em dia. Dentre esses fatores estão os determinantes sociais, as atitudes e os conhecimentos dos usuários quanto à vacinação, a localização geográfica das unidades de saúde em relação à residência dos usuários e a relação interpessoal estabelecida entre a população e os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), o que inclui um quesito subjetivo que é o nível de satisfação ou insatisfação dos usuários com o atendimento recebido⁷⁻⁹.

A satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde representa um dos elementos essenciais para a avaliação dos serviços e remete à dimensão aceitabilidade. Essa dimensão é difícil de ser mensurada, pois compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos usuários, bem como a aceitação dos profissionais em prestar serviços àquela população. A aceitabilidade também pode ser afetada por aspectos referente à dimensão acessibilidade, que se refere à localização da oferta em relação aos usuários e os recursos para o transporte¹⁰.

Estudos evidenciam que a satisfação com os serviços não está relacionada apenas ao alcance da resolutividade da demanda apresentada, mas também ao fato de ter a sua necessidade considerada e apresenta a capacidade de levar a uma melhoria na qualidade de vida da população, uma vez que promove a adesão aos cuidados e a continuidade no uso dos serviços de saúde⁹⁻¹¹.

O conhecimento dos fatores que interferem no acesso aos serviços de vacinação contribui para o planejamento de medidas de promoção vacinal, portanto, questiona-se: Como os usuários se sentem frente ao acesso à vacinação na APS? Quais as percepções e perspectivas de usuários frente à realidade vivenciada no acesso à vacinação na APS?

O objetivo deste estudo foi compreender o acesso à vacinação no cotidiano da Atenção Primária à Saúde na voz do usuário e seus sentimentos, sentidos, percepções e perspectivas frente a vivência em sala de vacina.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, delineado pelo Estudo de Casos Múltiplos Holístico¹², fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano³. Compreender que a razão aberta integra o seu contrário é o pressuposto fundamental para a compreensão. “A compreensão não busca, em primeiro lugar, a causa e o efeito, não possui a quimera do 'porquê'. Através do 'como', limitando-se à apresentação das coisas, ela se empenha em depreender a significação interna dos fenômenos observados”¹ (p. 220).

Este estudo contém quatro casos e teve como unidade única de análise: “O acesso à vacinação na APS”. O cenário de estudo foi a Região Ampliada Oeste de Minas Gerais, constituída por seis microrregiões de saúde. Porém, mediante a saturação dos dados por replicação literal¹¹ foram incluídas quatro microrregiões de saúde (Divinópolis/Santo Antônio do Monte, Itaúna, Pará de Minas, e Formiga), visto que foi confirmada a saturação na quarta microrregião de saúde pesquisada levando ao encerramento da coleta de dados. Portanto, o nível de certeza deste estudo foi afirmado com a coleta de dados na quarta microrregião, conferindo 66,67 % do total das seis microrregiões da Região Ampliada de Saúde Oeste-MG, totalizando sete municípios e 25 salas de vacinas de unidades de APS/Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para obter representatividade de diferentes realidades e para que os resultados possam ter a capacidade de generalização em pesquisa qualitativa, dentro de cada microrregião, os municípios foram previamente classificados quanto ao porte populacional, cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), número de salas de vacina e extensão territorial, para serem selecionados. Os municípios selecionados apresentam características divergentes entre si em relação aos critérios de seleção definidos *a priori*, sendo três de grande porte, dois de médio porte e dois de pequeno porte. Dois possuem 100% de cobertura populacional de ESF e cinco possuem cobertura populacional de ESF inferior a 100%. Dentre esses municípios, a quantidade de salas de vacina variou de duas a 35 salas de vacinas e houve variação em relação à extensão territorial.

Realizou-se estudo de caso individual em cada uma das microrregiões, portanto, cada caso em particular consiste em um estudo “completo”, no qual se procuram evidências convergentes ou divergentes com respeito aos fatos e às conclusões para o caso. Os estudos de

casos possuem a capacidade de generalização às proposições teóricas ou seja, possibilitam a generalização analítica. Assim, as descobertas deste estudo possuem capacidade potencial para se estender às situações similares, conferindo a generalização externa.

Participaram 74 pessoas que compareceram nas unidades de saúde para vacinação ou para outro atendimento no momento da coleta de dados, cuja participação foi voluntária. Foi adotado como critério de inclusão, idade igual ou superior a 18 anos e excluídas as pessoas impossibilitadas, temporária ou permanentemente, de responder legalmente por seus atos. Foram realizadas 82 abordagens, sendo que oito usuários se recusaram a participar da pesquisa.

Como fontes de evidências dos dados, utilizou-se a entrevista individual aberta intensiva com roteiro semiestruturado que abordou o usuário frente ao seu acesso à vacinação na APS; visita técnica às salas de vacina, e notas de campo para registros de dados da visita técnica, e para notas operacionais de desenvolvimento da pesquisa. *A priori*, realizou-se pré-teste do roteiro da entrevista. As entrevistas tiveram uma duração média de dez minutos, foram realizadas conforme a disponibilidade dos usuários em espaço privativo na própria unidade de saúde e foram gravadas em arquivo digital e, posteriormente, transcritas literalmente, preservando-se a fidedignidade das informações. A coleta de dados ocorreu de junho de 2016 a abril de 2017.

Utilizou-se do referencial da Análise de Conteúdo Temática para análise dos dados¹³, obedecendo à técnica analítica da síntese cruzada dos casos em consonância ao referencial metodológico estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo¹². Os participantes do estudo foram identificados por códigos alfanuméricos simbolizados pela letra “E” (de entrevistado), seguido pelo número da entrevista do participante de forma sequencial e por um dos números 1, 2, 3 ou 4, respectivos às quatro microrregiões sanitárias, casos deste estudo, garantindo, portanto, o sigilo das informações e o anonimato dos indivíduos e microrregiões.

Esta pesquisa foi aprovada sob o Parecer 1.193.584, CAAE: 47997115.2.0000.5545, faz parte do Projeto Integrado, aprovado pelo PPSUS (processo CBB-APQ-03509-13), PreveNIr: Avaliação da qualidade do Programa Nacional de Imunizações na região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, que se articula e foi desdobrado nesta pesquisa. Foi desenvolvida segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

RESULTADOS

Dos 74 participantes deste estudo, 63 (85,1%) eram do sexo feminino. A idade variou de 19 a 67 anos, sendo a média de 38,7 anos. A faixa etária predominante foi de 26 a 33 anos

(32,4%). A maior parte dos participantes (85,1%) residem em região urbana e são católicos (78,4%).

A noção de acesso em sala de vacina foi revelada como a facilidade em obter a vacina em momento oportuno de forma que a imunidade seja garantida conforme estabelecido pelo PNI, além de ser um direito constitucional de todos.

É você ter acesso, é precisar de uma certa vacina e você ser atendida, ter na unidade a vacina que está na campanha, que vai completar seu cartão de vacina, que você vai ficar imune dentro do que o ministério da saúde pede. (E7-1)

Acesso seria facilidade em você tomar uma dose de vacina. (E19-2)

Eu entendo que acesso é um direito que todo brasileiro tem que ter, não é? De estar se protegendo contra uma doença, de forma gratuita. Tem que ser de forma rápida, que atenda às necessidades de cada pessoa e que seja esclarecido mais sobre a importância da vacina (E22-2).

Ao declararem suas percepções e perspectivas frente a realidade vivenciada do acesso, os usuários revelaram a constante falta de imunobiológicos nas unidades.

Sempre consegui as vacinas, sempre. Às vezes não no mesmo dia, mas assim, daí uma semana aí já tinha. (E26-1)

Eu acho que precisaria mudar não. Só mesmo o fato de ter todas as vacinas, não é? Acessíveis para todo mundo. Sempre ter. (E29-2)

Para te falar a verdade, eu gosto bem do atendimento daqui. [...] Acontece de, às vezes, procurar e realmente não ter a vacina, mas, assim, é uma coisa de esperar uma semana [...] o máximo que eu já esperei foi uma ou duas semanas. [...] Eu frequento este posto há seis anos e, para mim, está sendo ótimo. Porque acontece assim, de você chegar e não ter a vacina, mas sempre eles têm a data para você voltar, e sempre na data que a gente volta tem. (E63-4)

Surgem, na voz dos usuários, os sentidos percebidos na realidade vivenciada na vacinação e os sentimentos frente ao atendimento em sala de vacina:

Todas as vezes que eu vim aqui, eu fui bem atendida, nunca tive problema não. [...] Até porque a pessoa que vacina meu filho, a enfermeira, ela brinca, ela é

muito carinhosa, isso me agrada demais, ela brinca com meu filho e deixa ele muito tranquilo. (E27-1)

Lá em cima eu vou te falar, eu não gosto, não levo eles nem para vacinar [...] O atendimento deles eu não gosto mesmo [...] última vez que eu a levei para vacinar, para nunca mais! Ainda perguntei se podia levar nas outras unidades, falou que podia, porque lá eu não levo mais. Eu até pensei: será que ela deu vacina errada? (E17-2)

Uai, para mim sempre foi muito fácil (o acesso). [...] Eu me sinto bem atendida, pessoal bem-educado, bem exato no que a gente quer. (E21-2)

Aqui, neste posto, sempre fui bem recebida, sempre gostei do atendimento. (E65-4)

Emergiu o significado da vacinação e os motivos para se vacinar:

Você toma a vacina quando você ainda está com saúde para evitar, não é? Para a vacina tirar o risco de doenças fortes. (E13-1)

Para mim é muito importante, porque a vacinação previne muitas doenças, então, o começo de tudo é ali. Porque se vacina criança ou idoso vai estar prevenindo e dando saúde, evita de as pessoas ficarem internadas, evita de agravar a saúde das pessoas. (E51-3)

Na percepção dos participantes do presente estudo, a vacinação é um direito social. No entanto, os critérios de disponibilidade por faixas etárias e grupos prioritários estabelecidos pelo PNI, principalmente em relação à vacina contra a gripe, foi expresso como fator que fere esse princípio e restringe o acesso.

Uma coisa que eu não concordo é a vacina H1N1. Eles estipularam as pessoas que poderiam tomar. [...] Eu acho que é uma doença de risco para todos, então, todos tinham que tomar. Todos deveriam ter o direito de tomar. (E7-1)

Acho que tinha que ser uma campanha mais abrangente, para todo mundo. Porque igual quando teve a H1N1, eu pude tomar a vacina por ser gestante e meu filho não pode tomar. Como mãe eu me senti estranha, eu estou sendo

vacinada e meu filho não. Eu acho que tinha que ter uma abrangência maior. Mais disponibilidade, mais vacina, um acesso mais ampliado. (E69-4)

A indisponibilidade de alguns imunobiológicos nos calendários básicos de vacinação da rede pública também é fator que gerou insatisfação. Muitos pais revelaram o desejo de vacinar seus filhos, mas por limitações financeiras não podem ter acesso às vacinas ofertadas no mercado privado.

Lógico que o governo não consegue bancar todas as vacinas, então, minha maior dificuldade é comprar as vacinas pagas. (E11-1) As vacinas que são pagas, essas meus meninos não tomaram não, porque eu não tenho condições de pagar. [...] A de meningite, eu, por exemplo, não vacinei eles, porque era cara para eu pagar. [...] . Essas pagas eu tinha vontade de vacinar meus filhos, mas não pude. (E43-3)

Algo ideal seria o sistema disponibilizar as vacinas que a população procura, porque muitas vezes os pais têm que comprar por fora, não são todas as vacinas que o sistema disponibiliza. E têm vacinas que são caras que nem toda população tem condições de comprar. (E71-4)

Em contrapartida, a constante ampliação do calendário básico de imunização e, conseqüentemente, a ampliação do acesso foi evidenciada.

Olha, antigamente, quanta gente tinha paralisia, não é? Hoje já não existe mais por causa da vacina. [...] Hoje o acesso é mais amplo, não é? Para minha filha, antigamente, eu tinha que pagar, além da consulta, a vacina da gripe, hoje já tem a vacina disponível. (E40-3)

Para minha menina mais velha, não tinha aquela de catapora, aí eu paguei, mas dessa aqui já tinha a vacina da catapora, então eu nem precisei pagar. Então eu acho que está bem ampla as vacinas. (E41-3)

Para a mais velha eu tive que pagar, porque tinha vacina que, antigamente, não tinha, não é? Mas hoje, com a minha filha mais nova, as que eu paguei na época da mais velha, hoje eu não pago porque já tem no posto de saúde. (E65-4)

Aspectos relacionados à localização geográfica da oferta em relação aos domicílios dos usuários surgiram como fator que influencia diretamente o acesso aos serviços de saúde. A distância entre a APS e a casa dos usuários, a ausência de transporte coletivo e barreiras no trajeto foram apontados como dificultadores do acesso. Quando a APS localizava-se no bairro onde as famílias cadastradas residiam o acesso foi facilitado.

Para mim, a localização fica difícil, porque o posto é em outro bairro e é na última rua do bairro, é muito difícil, e não tem ônibus para lá, tem que ir de a pé. [...] É morro demais, tem uns três morros. (E18-2)

Não, lá onde eu moro não tem (sala de vacina), eu sou cadastrada aqui mesmo. Eu tenho que vir aqui. Às vezes, é complicado [...]. Ia facilitar se tivesse alguma unidade lá onde eu moro. (E36-3)

Minha casa é pertinho, eu moro duas quadras daqui, é fácil. Eu tenho essa vantagem, é pertinho, só descer, nem precisa de transporte não. (E11-1)

Eu moro aqui pertinho mesmo, aí eu não passo dificuldade nessa questão de não ter como eu vir, porque como é pertinho, aí eu não vejo dificuldade nenhuma, é facilidade. (E44-3)

Aspectos sociais surgiram como barreiras ao acesso à vacinação, como a fragilidade na estrutura familiar, o envolvimento com as atividades e compromissos laborais e mitos relacionados a eventos adversos das vacinas.

Porque eu não tenho mãe não, sabe? Perdi minha mãe com 5 meses. Aí eu morei com minha avó, depois que minha avó morreu eu vim morar com minha irmã, aí meu cartão sumiu nessa ida e vinda. Eu perdi meu cartão nesses trens. Aí eu não tenho nada. Quando eu era bem novinha mesmo que eu tomei a última vacina. Depois disso eu nunca mais tomei. (E3-1)

Porque hoje em dia a gente vive uma situação econômica muito complicada no País, não é? Então as pessoas vão se preocupar em manter seu negócio, manter sua vida estável. Pagar suas contas em dia mesmo. Então, falando por mim, eu não largaria hoje meu trabalho para ir vacinar. (E8-1)

Então, eu não tomei (a vacina da gripe) porque ela estava dando reação ao contrário. Tipo, a pessoa tomava e ficava gripada, era o que o pessoal estava falando, então eu resolvi não tomar. [...] Pode ser uma reação da própria vacina, não sei. (E20-2)

O medo de agulha também foi apontado como um fator que pode interferir na busca e obtenção de vacinas. Destaca-se que nestas situações, os profissionais que atuam em sala de vacina exercem papel fundamental, como evidenciado na fala de um dos participantes.

Ó... eu detesto vacina, detesto injeção, mas eles me deixam tão à vontade que eu vou, mesmo com medo da injeção. Eles vão conversando comigo e quando eu vejo até já vacinei. É muito tranquilo, não é? Eu elogio muito esse posto, porque eu acho que eles merecem ser elogiados, sabe? Porque eles também têm muita segurança naquilo que estão fazendo. Então para mim, apesar de eu não gostar, eu vou tranquila porque eu confio no trabalho deles. (E35-2)

Eu sinto um pouco de medo, acho que é normal, não é? Medo da agulha mesmo. Por mais que a gente tenha que estar sempre assim em dia com a vacina, eu particularmente tenho uma cismazinha, só com a agulha, com o remédio não. Tem vez de eu chegar aqui (na unidade de saúde) e ir embora, de tão assim... sou muito cismada, entendeu? (E58-3)

O cartão do meu esposo não está em dia, ele corre de agulha. O cartão dele é branquinho, tem duas injeções só, ele tem medo de injeção. (E60-4)

O saber enclausurado do profissional foi expresso pelo usuário participante da pesquisa:

Em questão de vacina, eu acho que é muito difícil para população gravar, são inúmeras vacinas, não é? [...] Meu cartão não deve estar em dia completamente, por esse motivo de ninguém entender vacinação. Quais as vacinas que eu deveria estar tomando? Quais as vacinas e em qual faixa etária eu devia ter tomado? [...] De uma faixa etária, de uma idade tal até outra você tem que tomar a vacina X, dada segunda etapa da sua vida as vacinas Y. Para quem não trabalha na área da saúde, realmente não vai entender. (E8-1)

O interesse do usuário em acompanhar a preparação da vacina e saber da segurança do procedimento a ser realizado:

Eu acho difícil a demora de fazer as vacinas e não poder acompanhar. Onde que eu vacino ela pega o cartão, prepara a vacina primeiro e na hora que está pronta ela chama para aplicar. Eu só gostaria de acompanhar o que ela está fazendo, só. [...] Queria ver o que elas fazem, se está fazendo certo, o que está acontecendo. Porque eu chego lá e já está tudo pronto. Como é que eu vou saber se está tudo bem? (E18-2)

DISCUSSÃO

O acesso à saúde, processo complexo e multidimensional, refere-se à relação existente entre as necessidades de assistência de uma dada população e a capacidade do sistema oferecer serviços de saúde equitativamente em momento oportuno. Embora seja direito consagrado em Constituição Federal, permanece como uma das grandes preocupações e um dos maiores desafios relacionados ao processo de organização e implantação do Sistema Único de Saúde¹⁴¹⁶. A noção de acesso em sala de vacina foi revelada pelos participantes da presente pesquisa como um direito constitucional de todos, devendo ser de fácil obtenção e em momento oportuno.

Ao declararem suas percepções e perspectivas de acesso frente à realidade vivenciada, os usuários avaliaram que o acesso à sala de vacina ocorre de forma adequada e satisfatória, apesar de evidenciarem a constante falta de imunobiológico nas unidades de saúde. Esse resultado, apesar de contraditório, evidencia que o fato de estar satisfeito com os serviços de saúde não se relaciona apenas com o acesso ou a qualidade técnica da assistência recebida, mas também com a qualidade das relações estabelecidas. A “vida é vivida sob forma de avidez. Não é mais que um simples consumo, mas uma intensa consumação”¹⁷ (p. 23), onde cada um é ator e, ao mesmo tempo, espectador, nas inter-relações cotidianas. Portanto, “a forma como o usuário é tratado pelos membros da equipe apresenta-se como questão central para o julgamento da qualidade da APS.”⁹ (p. 324).

A vacinação atende a critérios de disponibilidade por faixa etária e por grupos prioritários segundo os calendários básicos do PNI, priorizando os mais suscetíveis, o que confere a equidade no acesso. No entanto, devido os participantes da pesquisa não compreenderem os critérios, indicaram que esse é um fator que restringe o acesso universal à imunização. Destaca-se que a decisão pela inclusão ou exclusão de vacinas ofertadas e do grupo populacional de escolha é respaldada em bases técnicas e científicas, destacando-se as pesquisas de custo-efetividade, bem como a segurança dos imunobiológicos, a capacidade de produção dos laboratórios e a viabilidade da distribuição e armazenamento^{18,19}.

Grande insatisfação foi revelada pelos participantes do presente estudo em relação à indisponibilidade para toda a população da vacina contra a influenza. A vacina contra a Influenza é oferecida desde 1999 pelo Ministério da Saúde do Brasil, por meio de campanhas anuais às populações-alvo,⁴ e desde a sua introdução observou-se significativa redução das hospitalizações por causas relacionadas à influenza, principalmente na população idosa²⁰, impactando diretamente na redução dos custos de internações hospitalares por complicações da doença. Cabe, portanto, aos profissionais de saúde atuarem de forma ativa nas orientações sobre indicações e recomendações específicas de cada vacina, de forma a promover a credibilidade do PNI junto à população, e atender aos princípios de acessibilidade e equidade mediante critérios de maior risco.

A indisponibilidade de alguns imunobiológicos nos calendários básicos de vacinação da rede pública brasileira também foi fator que gerou insatisfação entre os participantes do estudo, que por limitações financeiras, não têm acesso às vacinas ofertadas no mercado privado. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado em um município mineiro, onde a inquietude dos pais por não terem condições financeiras para oferecer determinadas vacinas a seus filhos foi revelada²¹.

Entretanto, a constante ampliação do calendário vacinal do PNI e a consequente ampliação do acesso à imunização foi evidenciada neste estudo. Em função do constante avanço da ciência e da tecnologia, das mudanças na situação epidemiológica no país, e de medidas econômicas adotadas pelo Ministério da Saúde, o PNI tem expandido, gradualmente, a oferta de vacinas e ampliado o acesso por meio de mudanças nas suas indicações⁴.

A reorganização da APS, no Brasil, por meio da ESF e a ampliação dos serviços da rede primária têm demonstrado avanços substanciais no âmbito da saúde pública, ao prever a construção de relações acolhedoras e vínculo entre os profissionais de saúde e populações de territórios delimitados, o que diminuiu barreiras geográficas de acesso e promoveu o uso regular dos serviços de saúde oferecidos pela APS^{22,23}. Entretanto, a distância como dificultador geográfico do acesso foi referida. A distância entre a casa dos usuários e as unidades de saúde reduz a chance de o usuário estar satisfeito com os serviços de saúde¹¹.

No que diz respeito aos aspectos sociais, o envolvimento com as atividades e compromissos laborais, a fragilidade na estrutura familiar e o medo de possíveis eventos adversos relacionados às vacinas surgiram como barreiras do acesso à vacinação. O trabalho é um importante componente na vida das pessoas, e as longas jornadas de trabalho podem representar barreira na busca e obtenção de cuidados preventivos de saúde. Além disso, os indivíduos também podem renunciar à obtenção de cuidados de saúde por acreditarem não ser

importante, ou porque estão ocupados com outras atividades e compromissos concorrentes. Neste sentido, os profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam em ambientes de APS, devem estar conscientes dessa barreira para o acesso aos cuidados de saúde, de forma a promover estratégias específicas de acesso a este público²⁴. Concorrente, há uma tendência decrescente da cobertura vacinal relacionada ao fato de ser membro de grupos com baixa inclusão social, pertencer a famílias numerosas e baixa escolaridade dos pais, acarretando em aumento da suscetibilidade de não cumprimento dos esquemas vacinais pela presença de mecanismos que comprometem o acesso a bens e serviços⁸.

A presente pesquisa revelou que a não satisfação do usuário frente ao atendimento recebido na APS acarreta sentimento de insegurança em relação ao cuidado recebido, comprometendo o retorno e acesso a esse serviço. Outra pesquisa que objetivou identificar os principais fatores que influenciam a satisfação dos usuários nos serviços de APS brasileiros demonstrou que a falta de compromisso, respeito e atenção do profissional e a percepção do usuário de que a equipe de saúde não procurou atender às suas necessidades estão entre as principais causas da insatisfação dos usuários com os serviços de saúde¹¹.

O interesse em acompanhar todas as etapas que precedem a administração do imunobiológico foi evidenciado como fator com potencial de promover a confiança na segurança do procedimento. A atenção deve ser focada em uma crescente necessidade de desenvolver uma comunicação mais aberta entre profissionais de saúde e usuários, facilitando uma maior qualidade nos relacionamentos e consequentemente na adesão ao cuidado¹¹.

Pesquisa que objetivou identificar o perfil vacinal de usuários adultos de uma ESF em Caxias-MA, Brasil, também evidenciou que o medo de reações adversas da vacina, bem como o medo da agulha no ato da injeção, surgiu como fatores que interferem na adesão à vacinação²⁵, corroborando com os achados do presente estudo. O “emocional, no caso, fundamenta-se em *sentimentos* comuns na experiência partilhada, na vivência coletiva”²⁶ (p. 96).

A falta de conhecimento pelo usuário sobre a vacinação é um fator que compromete o acesso a esse serviço no presente estudo. Embora tenha sido cada vez mais evidenciado o “uso da mídia como fonte de informação sobre medidas preventivas, inclusive a vacinação”²⁷ (p. 126), há necessidade de fortalecimento das ações de educação em saúde que alcancem os diferentes estratos sociais.

A “consolidação de atitudes preventivas de riscos e agravos deve-se ser em um processo contínuo, onde se entende que a educação em saúde deve ser permanente, construída ao longo da vida, nas relações em trabalho, sociais, e entre as pessoas que compartilham o viver em sociedade. O processo de aprendizado contínuo provoca novas concepções, atitudes e

possibilidades na recriação da própria maneira de ser e de se cuidar”²⁸ (p. sp). A comunicação é o que nos liga ao outro, está implícita na socialidade. Portanto, é capaz de propiciar transformação, educação e consciência²⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender aspectos relacionados às dimensões aceitabilidade e acessibilidade, considerando a subjetividade expressa em sentimentos, sentidos, percepções e perspectivas dos usuários frente a vivência em vacinação na APS. A análise das experiências individuais e coletivas, no contexto estudado, revelam a importância dos fatores geográficos e sociais como barreiras à vacinação em dia, o que indica a necessidade de reforçar políticas mais equitativas. O conhecimento desses fatores contribui para o planejamento da promoção vacinal ajustadas aos desiguais, de forma a superar tais barreiras.

Destaca-se a necessidade de intervenções educativas junto à população para pôr em forma as informações e efetivar uma comunicação dinâmica e interativa sobre os critérios de disponibilidade por faixa etária e por grupos prioritários estabelecidos pelo PNI.

As relações interpessoais entre a população e os profissionais de saúde da APS, devem ser consideradas como determinantes do acesso à vacinação, evidenciando a comunicação como meio de promover a credibilidade dos serviços de vacinação junto aos usuários.

Este estudo apresenta como limitação a amostragem intencional, ao selecionar apenas um subgrupo da população usuária presente nas Unidades de Atenção Primária no dia da coleta de dados. Mas com base nas informações colhidas, a amostragem intencional pode ser considerada representativa em populações e condições similares em estudos de casos múltiplos com saturação dos dados por replicação literal.

Os resultados encontrados indicam contribuições para a área da saúde e de Enfermagem, ao apresentarem subsídios para que os profissionais da saúde e da Enfermagem possam ter um olhar sobre os sentimentos, sentidos, percepções e perspectivas de usuários frente ao acesso à vacinação no cotidiano da APS e promover esse acesso de forma equânime.

FOMENTO

Estudo financiado Edital 14/2013 Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) processo CBB-APQ-03509-13.

REFERÊNCIAS

1. Maffesoli M. Elogio da razão sensível. 4 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2008.

2. Maffesoli M. A terra fértil do cotidiano. Revista Famecos [Internet]. 2008[acesso em 28 jun 2017]; 15 (36): 5-9. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/4409/3308>.
3. Maffesoli M. O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina; 2010.
4. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações: 40 anos [Internet]. Brasília (DF): MS; 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf.
5. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação [Internet]. Brasília (DF): MS; 2014. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_procedimentos_2014.pdf.
6. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle das doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. The Lancet. [Internet], 2011 [acesso em 08 nov 2017]; (9): 47-60. Disponível em: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/79.Sucessandfailures.pdf>.
7. Ababu Y, Braka F, Teka A, Getachew K, Tadesse T, Michael Y, et al. Behavioral determinants of immunization service utilization in Ethiopia: a cross-sectional community-based survey. Pan Afr Med J. [Internet], 2017 [cited 15 dez 2017]; 27(Suppl 2): 2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5619917/pdf/PAMJ-SUPP-27-2-02.pdf>.
8. Oliveira MFS, Martinez EZ, Rocha JSY. Fatores associados à cobertura vacinal em menores de cinco anos em Angola. Rev Saúde Pública [Internet], 2014 [acesso em 04 set 2017]; 48(6):906-915. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0906.pdf.
9. Arruda, CAM; Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. Interface (Botucatu). [Internet], 2017 [acesso em 02 jan 2018]; 21 (61): 321-332. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0479>.
10. Penchansky R, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Med Care. 1981; 19 (2): 127-40.
11. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Fatores associados à satisfação de usuários com a atenção primária à saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet], 2017 [acesso em 13 dez 2017]; 33(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00184715.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00184715>.
12. Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
14. Cassiani SHB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet], 2014 [cited 15 dez 2017]; 22(6): 891-892. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00891.pdf.

15. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Cien Saude Colet.*[Internet], 2013 [acesso em 16 jun 2017];18(1): 181-190. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>.
16. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Coletiva.*[Internet],2012 [acesso em 20 jun 2017];17(11): 2865-2875. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
17. Maffesoli, M. O instante eterno: o retorno do trágico nas sociedades pós-modernas. São Paulo: Zouk, 2003.
18. Domingues CMAS, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet], 2013 [acesso em 21 nov 2017] 22(1): 9-27. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a02.pdf>. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100002>
19. Jauregui B, Garcia AG, Bess Janusz C, Blau J, Munier A, Atherly D, et al. Evidence-based decision-making for vaccine introductions: Overview of the ProVac International Working Group's experience. *Vaccine* [Internet]. 2015 [acesso em 21 nov de 2017]; 33(Suppl 1): A28-A33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624336>
20. Daufenbach LZ, Duarte EC, Carmo EH, Campagna AS, Santos CA. Impacto da vacinação contra a influenza na morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* [Internet], 2014 [acesso em 23 nov 2017]; 23(1): 9-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00009.pdf>. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100002>.
21. Ferreira AV, Oliveira CF, Guimarães EAA, Cavalcante RB, Moraes JT, Oliveira VC. Acesso à sala de vacinas nos serviços de atenção primária à saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2017 [acesso em: 28 dez 2017]; 19. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/viewFile/42468/24010>.
22. Fertoni HP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015 [acesso em 25 nov 2017]; 20(6): 1869-1878. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/en_1413-8123-csc-20-06-1869.pdf. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152006.13272014>.
23. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica.* [Internet], 2011 [acesso em 20 jun 2017]; 29 (2): 84-95. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Fortalecimento.pdf>.
24. Yao X, Dembe AE, Wickizer T, Lu B. Does time pressure create barriers for people to receive preventive health services. *Prev med* [Internet], 2015 [acesso em 07 jan 2018]; 74: 55-58. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25773470>.
25. Chaves LHS, Ross JR. Perfil vacinal de adultos cadastrados em uma microárea da Estratégia Saúde da Família. *Rev. enferm. UFPI.* [Internet], 2014 [acesso em 15 dez 2017]; 3(4): 4-9. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1845/pdf>.

26. Maffesoli M. No fundo das aparências. Gurowitz BH tradutora. Porto Alegre: Vozes; 1996.
27. Osis MJD, Duarte GA, Souza MH. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. Rev. Saúde Pública. [Internet], 2014 [acesso em 07 out 2017]; 48 (1): 123-133. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0123.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005026>
28. Viegas, SMF, Sampaio, FC, Oliveira, P.P de, Lanza, FM, Oliveira, V.C., Santos, WJ. Vacinação e o saber do adolescente: Educação em saúde e ações para a imunoprevenção. Cien Saude Colet. [Internet], 2017 [acesso em 08 jan 2018]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vacinacao-e-o-saber-do-adolescente-educacao-em-saude-e-acoes-para-a-imunoprevencao/16390>
29. Maffesoli, M. A comunicação sem fim (teoria pós-moderna da comunicação) [Internet]. Revista Famecos. 2003 [acesso em 5 jan 2018]; 10(20). Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fzva/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3198/2463>.

ARTIGO 3 - VACINAÇÃO COMO DEMANDA PROGRAMADA: UM ACESSO QUE PODE SER FACILITADO

RESUMO

Objetivo: Compreender a vacinação como uma demanda programada e o acesso a essa demanda no cotidiano dos serviços de saúde, sob a ótica dos usuários. **Método:** Estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, com 74 usuários de quatro microrregiões da Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, Brasil. A análise dos dados foi fundamentada na Análise de Conteúdo Temática, obedecendo à técnica analítica da síntese cruzada dos casos. **Resultados:** O agendamento das ações de imunização é conduta que favorece o retorno oportuno à sala de vacina. Entretanto, a programação da demanda em vacinação é comprometida pela fragilidade no registro dos dados, evidenciada pela subutilização dos sistemas informatizados e perda do cartão de vacina, o que acarreta em situações de oportunidades perdidas de imunização e revacinações desnecessárias por desconhecimento do histórico vacinal individual. O não envolvimento de toda a equipe da APS com a atividade de vacinação também comprometeu o acesso à essa ação. **Conclusões:** O estudo apresenta contribuições para a área de Enfermagem e da Saúde, uma vez que a realidade apresenta a falta de incorporação da vacinação como demanda programada no cotidiano dos serviços e que a programação dessa demanda pode facilitar o acesso à essa ação.

Descritores: Vacinação; Atenção Primária à Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Sistemas de Informação; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A demanda programada em saúde é definida como aquela que prevê a oferta de ações por agendamentos prévios realizados por serviços de saúde. Foi implantada com intuito de reorganizar o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e direcionar as demandas da população adscrita, tendo como eixo a promoção à saúde e prevenção de agravos por meio da longitudinalidade da atenção¹⁻². Por conseguinte, o escopo de promover saúde e prevenir riscos configura a vacinação como uma demanda que pode ser programada para organização e planejamento das ações em sala de vacina e para atenção ao longo da vida dos usuários.

A demanda em vacinação se apresenta, em sua maioria, frente ao estabelecimento dos calendários de vacinação de rotina, que são constituídos por ciclos de vida e grupos prioritários³. Prevê a longitudinalidade como ferramenta essencial para alcançar resultados efetivos na

imunização individual e coletiva, o que implica na existência de uma fonte regular de atenção ao longo da vida das pessoas, em uma programação clara e de fácil implementação prática.

Entretanto, a programação das ações de vacinação e a manutenção de adequadas coberturas vacinais requer o conhecimento do histórico de vacinação, o que, na maioria das vezes, não se encontra disponível, principalmente entre os adultos⁴, que têm o hábito de procurar a vacinação somente frente a situações onde o cartão vacinal em dia é exigido, ou seja, para o ingresso no mercado de trabalho ou na ocorrência de algum ferimento⁵.

Assim, a incorporação dos sistemas informatizados para o registro dos dados de imunização auxilia na operacionalização e planejamento das ações de vacinação⁶, tendo em vista que o cartão vacinal físico nem sempre estará junto ao indivíduo no ato da imunização, ocasionando a repetição de uma vacina por falta de certeza em relação à data de vacinação e, conseqüentemente, o risco dos eventos adversos pós-vacinais⁷⁻⁸.

Destarte, a qualidade do registro de dados referentes a vacinação se configura importante ferramenta para subsidiar práticas de gestão que promovam a programação e planejamento de ações em sala de vacina, o alcance das metas vacinais e a avaliação contínua das ações, proporcionando, conseqüentemente, uma maior adesão dos usuários à vacinação^{4,9}. A cobertura vacinal e a proporção de abandono de vacinas refletem a efetividade dos serviços de saúde e são considerados indicadores da não adesão do usuário ao serviço de vacinação⁹⁻¹⁰.

Nesse sentido, a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) deve estar capacitada e envolvida com as atividades em sala de vacina para que todas as oportunidades de vacinação sejam aproveitadas, pois o sucesso do programa de imunização está condicionado à manutenção de altas coberturas vacinais⁴. Entretanto, estudos evidenciam que oportunidades perdidas de imunização ocorrem, constantemente, nos serviços de saúde por insuficiência de registros de imunização e/ou falta de orientação por parte dos profissionais de saúde¹¹.

Considerando que a vacinação como demanda programada nos serviços da APS implica ações efetivas e em todas as oportunidades possíveis de abordagem aos usuários, tanto nos serviços quanto em outros locais da comunidade, questiona-se: Como se dá o acesso à demanda de vacina, no cotidiano dos serviços de saúde, sob a ótica dos usuários? Nesse sentido, este estudo teve por objetivo compreender a vacinação como uma demanda programada e o acesso a essa demanda no cotidiano dos serviços de saúde, sob a ótica dos usuários.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo¹², fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano¹³.

Este estudo contém quatro casos e teve como unidade única de análise: “O acesso à vacinação na APS”. O cenário de estudo foi a Região Ampliada Oeste de Minas Gerais, constituída por seis microrregiões de saúde. Porém, mediante os critérios de saturação dos dados por replicação literal¹² foram incluídas quatro microrregiões de saúde, uma vez que foi confirmada a saturação na quarta microrregião de saúde pesquisada levando ao encerramento da coleta de dados.

Considerando-se que é no contexto das práticas cotidianas que se insere a questão do acesso à vacinação, torna-se oportuno lançar o olhar da Sociologia Compreensiva do cotidiano sobre o objeto de estudo, visto que essa tem por objetivo analisar tudo o que diz respeito à vida cotidiana, as experiências vividas, as crenças e as ações dos sujeitos nos seus ambientes de relações¹³, possibilitando, assim, a compreensão do acesso à vacina como demanda programada, por meio da pluralidade de visões e experiências vivenciadas pelos usuários no cotidiano dos serviços de APS.

Para obter representatividade de diferentes realidades e para que os resultados possam ter a capacidade de generalização em pesquisa qualitativa, dentro de cada microrregião, os municípios foram previamente classificados quanto ao porte populacional, cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), número de salas de vacina e extensão territorial. Os municípios selecionados apresentam características divergentes entre si em relação aos critérios de seleção definidos *a priori*, sendo três de grande porte, dois de médio porte e dois de pequeno porte. Dois possuem 100% de cobertura populacional de ESF e cinco possuem cobertura populacional de ESF inferior a 100%. Dentre esses municípios, a quantidade de salas de vacina variou de duas a 35 salas de vacinas e houve variação em relação à extensão territorial.

O número de casos considerados necessários ou suficientes nos estudos de casos múltiplos deve levar em consideração um julgamento discricionário e não seguir fórmulas. Ou seja, o número de replicações estará condicionado ao nível de certeza que se pretende obter com os resultados dos casos múltiplos¹². Neste estudo, este nível foi afirmado com a coleta de dados na quarta microrregião, conferindo 66,67% do total das seis microrregiões que compõe essa região do Estado de Minas Gerais. O nível de certeza se confirmou pela saturação dos dados por replicação literal¹², isto é, pelos resultados semelhantes apresentados nos quatro casos, e pela constatação de que os dados coletados foram suficientes para atender ao método e ao objetivo proposto.

Realizou-se estudo de caso individual em cada uma das microrregiões, portanto, cada caso em particular consiste em um estudo “completo”, no qual se procuram evidências convergentes ou divergentes com respeito aos fatos e às conclusões para o caso. Os estudos de

casos possuem a capacidade de generalização às proposições teóricas ou seja, possibilitam a generalização analítica¹². Assim, as descobertas deste estudo possuem potencial para se estender às situações similares, conferindo a capacidade de generalização externa.

Segundo os critérios da pesquisa qualitativa, não foi determinado um número exato de respondentes. Foram convidados a participar do estudo os usuários que compareceram nas unidades de saúde para vacinação ou para outro atendimento no momento da coleta de dados. Foi adotado, como critério de inclusão do participante, idade igual ou superior a 18 anos e como critério de exclusão, pessoas impossibilitadas, temporária ou permanentemente, de responder legalmente por seus atos. Foram realizadas 82 abordagens sendo que oito usuários se recusaram a participar da pesquisa. No total, participaram 74 usuários. A coleta de dados ocorreu de junho de 2016 a abril de 2017.

Como fontes de evidências dos dados utilizou-se a entrevista individual aberta intensiva com roteiro semiestruturado que abordou o usuário frente ao seu acesso à vacinação na APS; visita técnica às salas de vacina, e notas de campo (NC) para registros de dados da visita técnica, e para notas operacionais de desenvolvimento da pesquisa. *A priori*, realizou-se pré-teste do roteiro da entrevista.

As entrevistas, conduzidas pela pesquisadora, tiveram uma duração média de dez minutos, foram realizadas conforme a disponibilidade dos usuários em espaço privativo na própria unidade de saúde. A entrevista foi gravada em arquivo digital e, posteriormente, transcrita literalmente, preservando-se a fidedignidade das informações. Para manutenção do sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa, foram utilizados códigos alfanuméricos simbolizados pela letra “E” (de entrevistado) seguido do número da entrevista do participante de forma sequencial e um dos números 1, 2, 3 ou 4, respectivos às quatro microrregiões sanitárias casos deste estudo (E1-1, E1-2, E1-3, E1-4, etc).

A análise dos dados foi fundamentada na Análise de Conteúdo Temática¹⁴, obedecendo à técnica analítica da síntese cruzada dos casos, em consonância ao referencial metodológico estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo¹². Realizou-se a análise de cada caso, individualmente, para as quatro microrregiões sanitárias.

Esta pesquisa foi aprovada sob o Parecer 1.193.584, CAAE: 47997115.2.0000.5545. Estudo financiado Edital 14/2013 Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) processo CBB-APQ-03509-13: Prevenir: Avaliação da Qualidade do Programa Nacional de Imunizações na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, que se articula e foi desdobrado nesta pesquisa.

RESULTADOS

Dos 74 participantes deste estudo, 63 (85,1%) eram do sexo feminino. A idade variou de 19 a 67 anos, sendo a média de 38,7 anos. A faixa etária predominante foi de 26 a 33 anos (24 usuários, 32,4%). A maior parte dos participantes (85,1%) reside em região urbana e são católicos (78,4%).

A visita técnica às salas de vacina e as notas de campo (NC) permitiram a apreensão de aspectos referentes ao local, à estrutura organizacional e de recursos permanente e de consumo diário na sala de vacina, os recursos humanos, evidenciando como se estabelece o acesso à demanda de vacinação pela informação, acolhimento e pela estrutura física.

O registro do agendamento no cartão de vacina dos usuários foi apontado como conduta que favorece o retorno oportuno à sala de vacina, conferindo à vacinação o atributo de ser uma demanda programada em saúde:

Eu acho que... igual ele tem cartão de vacina, então eu acho que isso facilita, a gente sempre lembra, não é? (E27-1)

A próxima está agendada, só em janeiro que serão as vacinas de dois meses. (E35-2)

Hoje eu vim vacinar, estava marcado, estava agendado para hoje. (E-53-3)

Meu cartão tem até a marca para eu voltar no princípio do mês e acabar de colocar em dia. Está tudo agendado. (E66-4)

A utilização do cartão de vacina em papel para o registro dos dados de imunização foi apontada pelos participantes do estudo como ineficiente e indicaram a utilização de um sistema informatizado, capaz de registrar a situação vacinal de cada indivíduo. Destacaram, ainda, o fato de terem que se vacinar, novamente, em situações onde há necessidade de comprovar a situação vacinal e houve a perda do cartão, expondo-os, desnecessariamente, ao procedimento de vacinação, o que foi considerado desconfortável.

Não tenho cartão de vacina, na verdade, eu posso até ter, mas eu nem sei onde está, entendeu? [...] Então, essa questão de cartão de vacina eu acho que deveria ser uma coisa mais informatizada, se o próprio cartão de vacina fosse como o cartão do SUS, onde sairia todos os seus dados, saberia quais vacinas você tomou, qual vacina você deveria tomar, eu acho que seria melhor. Mas aí, o que acontece? Meu cartão sumiu, aí o que a unidade vai fazer? Fazer outro [...]. Aí começa a preencher a partir daquela data e toma tudo novamente. (E8-1)

Na verdade, eu tomei todas as vacinas, mas lá em casa eu perdi meu cartão, aí eu tive que tomar tudo de novo, eu não me lembro assim direito não [...]. Seria importante se tivesse jeito de ficar gravado no posto, não é? [...] Ter um registro, porque hoje as coisas são todas informatizadas, se tivesse isso no computador, tudo numa planilha direitinho, seria melhor. Porque eu não sei se faz mal tomar as vacinas tudo de novo, mas mesmo se não fizer não tinha necessidade, não é? (E9-1)

Por eu ter perdido o meu cartão, me complicou, porque eu tive que tomar tudo de novo, me atrasou para entrar na empresa, e já é a segunda vez que eu tomo tudo de novo, entendeu? [...] Se fosse um sistema integrado, seria mais fácil deles acharem o registro, e não ia ter necessidade de gastar. Às vezes, outra pessoa precisa da vacina e não tem porque está dando para uma pessoa que não precisava. [...] Nossa, e é desconfortável, principalmente a de tétano. A de tétano é ruim. (E67-4)

A vacinação como critério para admissão no mercado de trabalho foi declarada:

Já precisei até mesmo em questão de trabalho. Para eu entrar na empresa, eu precisei apresentar meu cartão de vacina [...] eles me exigiram e eu não tinha. (E27-1)

E_{23(B-1)}: O cartão dos meus filhos está em dia porque eles trabalham na fábrica, então tem que estar. A própria fábrica exige. (E23-2)

Porque, geralmente, todas as vacinas eu conseguia fácil nos próprios hospitais que eu trabalhava. (E71-4)

Identificou-se que a verificação do comprovante vacinal e as orientações para vacinação não ocorrem rotineiramente nos serviços de saúde, ocasionando, conseqüentemente, oportunidades perdidas de imunização e de programação de agendamentos.

Fui ao médico tem pouco tempo, ele não me pediu cartão de vacina, e também nunca me perguntaram sobre vacina quando fui no posto de saúde. Não incentivam para estar vacinando não. [...] Quando eu procurei, por exemplo, para consulta, ninguém nunca questionou, e eu já estava lá, não é? (E57-3)

Igual, eu faço o preventivo, mamografia, coisa de todo ano, mas vacina eu pensava que não precisava de vacinar mais não. [...] Ninguém nunca me falou a respeito de vacina não. (E61-4)

Não, nunca fui orientada, nunca me pediram cartão de vacina. Vou muito à unidade de saúde e nunca me pediram cartão. (E69-4)

Os meios de comunicação em massa e a mídia foram apontados como importantes veículos de propagação de informações sobre vacinação. A atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), junto à população, também foi destacada como meio de disseminação das informações referentes à vacinação, o que pode facilitar a programação da demanda de vacina.

Divulgam através de panfleto e através do famoso “boca a boca” pelas ACS, elas fazem suas visitas e divulgam a vacinação. (E8-1)

A mídia ajuda muito, a publicidade e as propagandas ajudam muito. Igual, aqui, que é uma cidade de interior e pequena, muita gente mora na zona rural e não tem acesso. Então, é mesmo por meio das campanhas da mídia que todos têm acesso a esta informação. (E27-1)

Fico sabendo, eles avisam, eles mandam papelzinho pelas ACS, eles colocam cartaz aqui no posto, e também avisam na igreja quando vai ter vacina. Aí todo mundo fica sabendo. (E47-3)

As vacinas são anunciadas no rádio, as agentes passam de casa em casa avisando também. (E63-4)

Os participantes destacaram aspectos relacionados a (falta de) orientação sobre vacinação e pós-vacinação.

Geralmente a gente chega e já vacina, mas não se fala nada sobre a vacina ou sobre os benefícios e os prós da vacina. Geralmente, a gente vai vacinar mais pelo sentido da obrigação, às vezes, a gente nem está sabendo realmente os benefícios, não é? [...] Olha, não foi um atendimento assim com esclarecimentos. A pessoa só te leva para sala onde vai ser feita a vacinação e pronto, sem qualquer tipo de orientação. (E22-2)

Eu gosto muito desse posto, o atendimento eu acho muito positivo. Eles chegam, te explicam qual vacina e para que é, e até avisa se aquela vacina vai ser mais dolorosa ou não. [...] Os enfermeiros são sempre prestativos, qualquer hora que você chega eles te dão a informação, então isso me dá a capacidade de acesso. [...] Uma amiga que estava grávida me perguntou se eu tinha tomado a vacina contra tétano e eu falei que não. [...] Aí fui no meu obstetra e perguntei para ele, achei interessante que ele falou que não precisava não, porque os materiais dele já eram todos esterilizados. Só que eu fiquei com aquela dúvida, aí eu procurei saber com a enfermeira do posto, e vi que os materiais esterilizados já é obrigação que sejam, não é? E que eu tinha que tomar essa vacina porque essa vacina também tinha a proteção contra a coqueluche. [...] Então

acaba que o meu obstetra não soube me orientar sobre vacinação, quem me orientou foi a enfermeira do posto. (E35-2)

Tudo que eu perguntei e que eu tive dúvida eles me esclareceram com a maior tranquilidade. Igual, eu trabalhei muito tempo como manicure e a própria enfermeira me falou que eu tinha que tomar a vacina contra Hepatite B, coisa que eu não sabia, por eu poder ter contato com sangue. [...] Ela sentou comigo, me explicou quais motivos para tomar, aí eu vim e tomei. [...] Elas sempre explicaram como fazer para ser menos dolorido depois da vacinação, o que fazer para a criança se sentir um pouco melhor. (E63-4)

Foi expresso o atendimento ao calendário básico, que indica a programação da ação vacinal por faixa etária, doses e grupos prioritários.

Em relação aos meus filhos, todas as vacinas dadas pelo SUS eu não tenho a reclamar de nada não, fui muito bem atendida e todas em dia até hoje. Tirando essa de gripe, o resto eu não tenho a reclamar não. (E1-1)

Sempre teve, a minha menina mais velha tomou todas as vacinas, muitas vacinas mesmo que ela tomou. Para minha menina mais nova, só mudou meses do calendário e umas vacinas novas. Elas tomaram todas direitinho, não faltou nenhuma vacina. (E41-3)

Meu filho tem todas vacinas e nas datas certinhas. [...] Pelo menos as vacinas que eu preciso e meu filho precisa eu estou tendo, por enquanto, não é? (E48-3)

E assim meus meninos todos foram vacinados no tempo e na hora, tudo aqui, não paguei nenhuma vacina. (E50-3)

Eu sempre tive acesso às vacinas do programa, sempre tive. (E64-4)

DISCUSSÃO

No contexto dos cuidados da APS, um ambiente com muitas demandas concorrentes, as ações de cunho preventivo, em especial a vacinação, se inserem como políticas prioritárias. As demandas por vacinação se apresentam, em sua maioria, frente ao aprazamento no cartão de vacina, determinado pela sua programação conforme os calendários básicos de vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Os participantes do presente estudo indicaram que o agendamento das ações de imunização favorece o retorno oportuno à sala de vacina. Corroborando com esse achado, uma pesquisa realizada em Recife-PE, Brasil, com o objetivo de descrever aspectos relacionados à

perda de oportunidade de vacinação em unidades básicas de saúde, apontou que a orientação sobre os intervalos entre as doses, bem como o registro da data do retorno do usuário no cartão de vacina foi considerada conduta positiva que favorece o retorno do usuário para receber as doses subsequentes, contribuindo para a manutenção de adequados níveis de cobertura vacinal¹⁵.

Para programação da demanda de vacina, o cartão é fundamental para comprovação e acompanhamento da situação vacinal dos indivíduos⁵, como também para ciência dos mesmos em relação ao aprazamento das doses. No entanto, na rotina dos serviços de saúde, o cartão de vacina é apresentado por um documento de papel mantido em vários tipos de formatos e conteúdo. Isso gera problemas, como a dificuldade em proporcionar ao profissional de saúde o acesso à informação consistente e confiável, pois são facilmente vulneráveis a danos, comprometendo sua validade⁷. Os participantes indicaram a utilização de um sistema informatizado, capaz de registrar de maneira individualizada esses dados.

Na programação das ações de vacinação, o uso de sistemas informatizados para registro dos dados de imunização tem sido documentado como meio eficaz de criar e apoiar intervenções efetivas, como a geração de lembretes sobre vacinação para usuários, determinar o status de vacinação subsidiando a tomada de decisão dos profissionais de saúde, aumentar as taxas de coberturas vacinais e reduzir a morbimortalidade causada pelas doenças imunopreveníveis, facilitar o gerenciamento e a responsabilização nos processos de vacinação, possibilitar a vigilância e a investigação contínua sobre coberturas vacinais e possíveis disparidades regionais, bem como a ocorrência de oportunidades perdidas de imunização¹⁶.

O PNI conta com o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) que registra, sistematicamente, o número de doses de vacinas administradas rotineiramente e em campanhas por faixa etária e imunobiológico, possibilitando monitorar a situação das coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal^{6,17-18}. Apresenta, ainda, a possibilidade de identificação e acompanhamento dos vacinados e de suas procedências por meio de dados cadastrais, bem como o acesso ao histórico de vacinação individual contendo informações acerca de todos os imunobiológicos aplicados e os aprazamentos¹⁷.

A comprovação da situação vacinal foi apontada como critério para atuação profissional. Esse achado também foi encontrado em estudo realizado em Chicago, Estados Unidos da América, no qual foi instituída durante a pandemia da gripe H1N1, em 2009-2010, uma política que tornava a vacinação contra influenza obrigatória para os funcionários do hospital¹⁸.

Em ocasiões onde houve a perda do cartão de vacina, os usuários relataram que tiveram que se submeter a revacinação, fato que, além de onerar o sistema, expõe os indivíduos, desnecessariamente, aos riscos de eventos adversos pós-vacinação. As vacinas pertencem a um grupo de produtos biológicos com excelente perfil de segurança, entretanto, não são isentas de eventos adversos. Um estudo de corte retrospectivo que estimou o risco de reações locais após vacinação contra tétano e difteria entre adolescentes e adultos jovens, verificou que o risco de reações locais foram significativamente maior em pessoas que haviam recebido esta vacina previamente¹⁹.

A não obtenção e/ou apresentação do cartão de vacina pode implicar situações de oportunidades perdidas de vacinação. Estudo mostrou que o comparecimento do usuário na unidade de saúde sem a apresentação do cartão de vacina impede a realização da imunização, uma vez que os profissionais participantes afirmaram não vacinar sem a apresentação do mesmo¹⁵.

A utilização do registro nominal dos dados nos sistemas informatizados de vacinação apresenta a possibilidade de confirmar o histórico vacinal individual e emitir certificado correspondente²⁰. Essa função evitaria a ocorrência de situações de revacinação ou não vacinação supracitadas. Entretanto, apesar de o SIPNI ser operacionalmente considerado simples, flexível, estável, representativo e bem aceito, enquanto instrumento para subsidiar a gestão das práticas de imunização²¹, os resultados do presente estudo evidenciam que este sistema é subutilizado, e que o cartão de vacina em papel prevalece como principal instrumento de comprovante vacinal.

Destaca-se, neste sentido, a necessidade de se estabelecer uma “sinergia entre os elementos arcaicos e o desenvolvimento tecnológico”, que se constitui uma das principais características da pós-modernidade e representa uma evolução histórica^{22:08}.

Para garantir o aproveitamento de todas as oportunidades de imunização, é fundamental que toda a equipe de saúde esteja envolvida com a atividade de vacinação, procedendo-se a verificação do comprovante vacinal e o encaminhamento do usuário para a sala de vacina mesmo que este tenha procurado o serviço para outra finalidade^{3,23}. No entanto, o presente estudo mostrou a ocorrência de oportunidades perdidas de imunização, pois a verificação do comprovante vacinal e as orientações para vacinação não ocorrem rotineiramente nos serviços de saúde e alguns profissionais demonstram conhecimento aquém do desejado para adequada orientação sobre vacinação.

Um estudo realizado em Belo Horizonte-MG, Brasil, mostrou que profissionais médicos referiram não realizar a verificação do cartão de vacina devido à falta de tempo e de experiência

para a avaliação da situação vacinal. Os enfermeiros e técnicos de Enfermagem, apesar de citarem a observação do cartão de vacina como ação rotineira, referiram que a orientação sobre a vacinação ocorre, em geral, somente quando é identificado 'algum problema'¹¹.

Pesquisa realizada nos EUA sobre a percepção de médicos da atenção primária quanto à importância de serviços preventivos, incluindo a vacinação, demonstrou que uma parcela considerável dos participantes não realizam, regularmente, as visitas com foco na avaliação de necessidades de prevenção, ação preconizada pelo Sistema Governamental *Medicare*, e consideram confuso o cronograma de imunização para adultos, resultando em perdas de oportunidades para a vacinação⁴.

Oportunidades perdidas em vacinação indicam que a rotina de ações e procedimentos em serviços de saúde não se faz uma oportunidade de experiência atenta para informação e busca ativa. “*Tudo que liga ao presenteísmo, no sentido da oportunidade*”^{24:55}. Tal fluidez se torna possível no cotidiano dos serviços de saúde por ser imbricado em normas e rotinas que se manifestam no fazer técnico e em ações curativas.

Os meios de comunicação em massa, a mídia e a atuação dos ACS junto à comunidade foram apontados pela presente pesquisa como importantes veículos de propagação das informações sobre vacinação e suas programações. Corroborando com esses dados, pesquisa realizada em Caxias-MA, demonstrou que a principal fonte de informações sobre vacinação indicada pelos participantes do estudo foram os meios de comunicação em massa, seguidas por informações recebidas por profissionais de saúde de nível superior e por ACS²⁵.

Considerando-se a informação presa a esquemas tautológicos responsáveis pela perpetuação de modelos comunicacionais que não interagem com a complexidade da vida cotidiana das pessoas, dar forma e fim são indicativas para comunicação efetiva da informação aos usuários sobre a idade, esquemas e datas para se vacinarem. “A comunicação é cimento social”^{24:13}. Caso se dê à palavra informação o seu verdadeiro sentido etimológico: dar forma, não haveria diferença entre informação e comunicação. Informar significa ser formado por. Trata-se da forma que forma, a forma formante. Quer dizer que, numa era da informação, talvez a de hoje, não se pensa por si mesmo, mas se é pensado, formado, inserido numa comunidade de destino. A informação também liga, une, junta. O essencial é deixado de lado. Desaparece o elemento participativo, a partilha, o laço social^{26:14}.

Destarte, sugere-se pôr em forma as informações que se remetem “ao utilitário”^{26:14} sobre vacinação para que tenham destino comum os públicos alvos, e que a demanda programada dessa ação seja efetiva na prevenção de doenças imunopreveníveis e no alcance de coberturas vacinais esperadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo abordou o acesso à vacinação no cotidiano da APS como uma demanda com potencial de ser programada para os serviços de saúde, bem como para os usuários, por ser uma ação em saúde estabelecida por meio de calendários básicos de vacinação, que são instituídos no Brasil por ciclos de vida e grupos prioritários. O uso de sistemas informatizados para o registro dos dados de imunização foi apontado como subsídio para o planejamento de medidas de promoção vacinal e para evitar a ocorrência de revacinações que podem onerar, desnecessariamente, o orçamento do SUS. Portanto, mais esforços devem ser dispensados para a efetivação de sua utilização.

O não envolvimento de toda a equipe da APS com a atividade de vacinação e a falta de conhecimento para a realização de orientações adequadas compromete o acesso à imunização. Nesse sentido, recomenda-se a educação permanente dos profissionais para que haja aproveitamento de todas as oportunidades de orientações e encaminhamentos dos usuários à sala de vacina.

Ao argumentarem a vacinação como demanda programada, os participantes do estudo, apresentam contribuições para a área de Enfermagem e da Saúde, uma vez que a realidade apresenta a falta de incorporação dessa demanda como programada no cotidiano dos serviços, evidenciada na falta de comunicação/informação e de registro adequado. As dificuldades de atingir coberturas vacinais esperadas podem ser enfrentadas ao considerar a população adscrita aos serviços de APS e a programação da demanda de vacinar atingindo todas as faixas etárias e grupos prioritários. A equipe de saúde e de Enfermagem têm subsídios cadastrais que podem alcançar essa demanda de forma programada e facilitar o acesso à vacinação.

Este estudo apresenta como limitação a amostragem intencional, ao selecionar apenas um subgrupo da população usuária presente nas Unidades de Atenção Primária no dia da coleta de dados. Mas com base nas informações colhidas, a amostragem intencional pode ser considerada representativa em populações e condições similares em estudos de casos múltiplos com saturação dos dados por replicação literal.

A organicidade das ações e dos discursos sobre vacinação se voltam para adequadas coberturas de imunização individual e coletiva. “É necessário continuar desafiando essas coisas simples que são fundamento da vida. Demasiadamente simples, talvez demasiadamente evidente para nossas mentes desconfiadas”^{27:135} e “pôr em forma”^{26:14} a vacinação como demanda programada.

FOMENTO

Estudo financiado Edital 14/2013 Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) processo CBB-APQ-03509-13.

REFERÊNCIAS

1. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2011 [citado 2017 jun. 20]; 29 (2): 84-95. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/>
2. Souza CR, Botazzo C. Construção social da demanda em saúde. *Physis*. [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 08]; 23(2): 393-413. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a05.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200005>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. [Internet]. Brasília: 2014. [citado 2018 Jan. 08]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/-01VACINA/manual_procedimentos_2014.pdf
4. Hurley LP, Bridges CB, Harpaz R, Allison MA, O'Leary ST, Crane LA, et al. Physician attitudes to ward adult vaccines and other preventive practices, United States, 2012. *Public Health Rep*. [Internet]. 2016 [citado 2017 Dez. 15]; 131(2): 320-30. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26957667>. <http://doi:10.1177/003335491613100216>
5. Ferreira AV, Oliveira CF, Guimarães EAA, Cavalcante RB, Moraes JT, Oliveira VC. Acesso à sala de vacinas nos serviços de atenção primária à saúde. *Rev. Eletr. Enf*. [Internet]. 2017 [citado 2018 Jan 08]; 19a31. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/viewFile/42468/24010>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.42468>.
6. Sato APS. Programa Nacional de Imunização: Sistema Informatizado como opção a novos desafios. *Revista de Saúde Pública*. [Internet]. 2015 [citado 2017Nov.17]; 49:39. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005925.pdf. DOI: <http://dx.doi:10.1590/S0034-8910.2015049005925>
7. Wilson K, Atkinson KM, Deeks SL, Crowcroft NS. Improving vaccine registries through mobile technologies: a vision for mobile enhanced Immunization information systems. *J Am Med Inform Assoc*. [Internet]. 2016; [citado 2018 Jan. 07] 23(1): 207-211. Disponível em: <https://academic.oup.com/jamia/article-lookup/doi/10.1093/jamia/ocv055>
8. Wilson K, Atkinson K; Pluscauskas M. A mobile-phone immunization record in Ontario: uptake and opportunities for improving public health. *Journal of Telemedicine and Telecare*. [Internet]. 2014; [citado 2018 Jan. 07] 20(8):476-480. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X14537771>
9. Domingues CMAS, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2013 [citado 2018 Jan 08]; 22(1): 9-27. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a02.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100002>.

10. Abud SM, Gaíva MAM. Análise do preenchimento dos dados de imunização da caderneta de saúde da criança. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2014 [citado 2017 dez. 05]; 16(1): 61-7. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a07.pdf. DOI: doi.10.5216/ree.v16i1.24254.
11. Lages AS, França EB, Freitas MI. Health professionals in the process of vaccination against hepatitis B in two basic units of Belo Horizonte: A qualitative evaluation. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2013 [citado 2018 Jan. 08]; 16(2):364-375. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24142008>. DOI: 10.1590/S1415-790X2013000200012.
12. Yin RK. *Estudo de Caso: Planejamento e métodos*. 5 ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
13. Maffesoli M. *O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva*. Porto Alegre: Sulina; 2010.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
15. Barros MGM, Santos MCS, Bertolini RPT, Netto VBP, Andrade MS. Perda de oportunidade de vacinação: aspectos relacionados à atuação da atenção primária em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde.* [Internet]. 2015 [citado 2017 dez. 08]; 24(4): 701-710. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00701.pdf>. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400012>.
16. Hopkins DP. Recommendation for use of immunization information systems to increase vaccination rates. *J Public Health Manag Pract.* [Internet]. 2015 [citado 2018 Jan. 08]; 21(3):249-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24912083>. DOI: 10.1097/PHH.0000000000000092.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. *Manual do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização*. [Internet] 2014. Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/sipni/documentos/manual_sipni.pdf.
18. Winston L, Wagner S, Chan S. Health care worker under a mandated H1N1 vaccination policy with employment termination penalty: A survey to assess employee perception. *Vaccine.* [Internet] 2014. [citado 2017 Set. 15]; 32(37):4786-4790. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24996124>. DOI: 10.1016/j.vaccine.2014.06
19. Jackson LA, Yu O, Belongia EA, Hambidge SJ, Nelson J, Baxter R, et al. Frequency of medically attended adverse events following tetanus and diphtheria toxoid vaccine in adolescents and young adults: a Vaccine Safety Datalink study. *BMC Infect Dis.* [Internet]. 2009 [citado 2018 Jan. 08]; 9:165. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19804643>. DOI: 10.1186/1471-2334-9-165.
20. Martín-Ivorra R, Alguacil-Ramos AM, Lluch-Rodrigo JA, Pastor-Villalba E, Portero-Alonso A. Actividades para captar y vacunar a la población susceptible en la Comunidad Valenciana. *Rev. Esp. Salud Publica.* [Internet]. 2015 [citado 2018 Jan. 08]; 89(4): 419-426. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n4/10_colaboracion9.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000400010>.
21. Nóbrega AA, Teixeira MAS, Lanzieri TM. Avaliação do sistema de informação do Programa de Imunizações (SI-API). *Cad. Saúde Colet.* [Internet] 2010. [citado 2018 Jan. 08]; 18(1): 145-153. Disponível em:

http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_1/artigos/Modelo%20Livro%20UFRJ%2014-a.pdf.

22. Maffesoli M. A terra fértil do cotidiano. Revista Famecos [Internet]. 2008 [citado 2018 Jan 08]; 15 (36): 5-9. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/4409/3308>

23. Bedin DM, Scarparo HBK, Martinez HA, Matos IB. Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. Saude soc. [Internet]. 2014 [citado 2018 Jan 08]; 23(4): 1397-1407. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1397.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400022>.

24. Maffesoli M. No fundo das aparências. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

25. Chaves LHS, Ross JR. Perfil vacinal de adultos cadastrados em uma microárea da Estratégia Saúde da Família. Rev. enferm. UFPI. [Internet]. 2014 [citado 2018 Jan 08]; 3(4): 4-9. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1845/pdf>. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v3i4.1845>

26. Maffesoli M. A comunicação sem fim (teoria pós-moderna da comunicação) Revista FAMECOS, nº 20. 2003 abr. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fzva/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3198/2463>

27. Maffesoli M. O instante eterno: o retorno do trágico nas sociedades pós-modernas. Zouk, 2003.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho e as reflexões originadas permitiram revelar a complexidade estabelecida entre o cotidiano dos serviços de saúde e as questões referentes ao acesso à imunização oportuna. Evidenciou-se que a efetivação do acesso aos serviços de vacinação na APS depende, além do frágil equilíbrio entre o atendimento da demanda espontânea e programada, da superação de barreiras de distintas naturezas que se impõem, diariamente, ao acesso dos usuários.

Os entraves que comprometem o acesso dos usuários aos serviços de imunização revelam-se no estabelecimento de dias específicos para a realização de determinadas vacinas, no horário reduzido de funcionamento das salas de vacinas, na falta do imunobiológico, na insuficiência de recursos humanos e de infraestrutura física e organizacional, na falta de orientações e esclarecimentos por parte dos profissionais de saúde e na falta do registro pela perda do cartão de vacina. Esses fatores impossibilitam a prestação de um serviço de vacinação adequado, conforme estabelecido pelo PNI e pelas atribuições inerentes à equipe de Enfermagem.

Uma agenda para o melhor acesso foi sugerida pelos usuários que recomendaram: a reorganização dos dias e horários disponíveis para a vacinação; a informatização do cartão de vacina; a implementação de estratégias de divulgação específicas para ampliar a busca pela imunização; adequação estrutural da sala de vacina; e ampliação de recursos humanos nas unidades de saúde.

Ressaltou-se que oportunidades de imunização são perdidas, constantemente, nos serviços de saúde, pois os seus profissionais podem não estar envolvidos com a vacinação, ou podem não se sentir devidamente capacitados para orientar e encaminhar usuários à sala de vacina.

O enfermeiro é o profissional responsável pela supervisão das atividades em sala de vacina e pela educação constante da equipe de Enfermagem, o que implica considerar que o comprometimento do acesso à imunização, principalmente pelos aspectos técnicos voltados aos imunobiológicos, manutenção do sistema de registro e controle de estoque podem estar intimamente relacionados à sua rotina de trabalho. Portanto, este estudo fornece importantes contribuições para a Enfermagem, uma vez que possibilitou a identificação de entraves e, conseqüentemente, subsídios para uma melhor organização e planejamento do trabalho cotidiano em vacinação.

A vacinação como demanda programada mostrou ser ferramenta potencial para o enfrentamento de coberturas vacinais diferenciadas, uma vez que promove o retorno oportuno à sala de vacina. Os usuários identificaram a vacinação como demanda programada, sem usar esse termo, mas apresentaram noções ao referenciarem os agendamentos no cartão de vacina como um atributo da programação, o que confere um valor a ser visto pela equipe saúde, uma vez que não é vivenciada essa demanda como programada no cotidiano dos serviços.

O registro nominal do vacinado por meio do SIPNI favorece a adoção de ações programadas em vacinação, fornecendo subsídios para o planejamento de medidas de promoção vacinal. Entretanto, este estudo mostrou que a efetiva utilização desse sistema ainda não é uma realidade na região estudada.

O uso de sistemas informatizados para o registro dos dados de imunização também foi apontado como instrumento capaz de evitar a ocorrência de revacinações por desconhecimento do histórico vacinal dos indivíduos, o que onera o orçamento do SUS e expõe o indivíduo, desnecessariamente, ao risco de reações adversas. Portanto, mais esforços devem ser dispensados para a efetivação de sua utilização.

Embora este estudo tenha evidenciado a constante ampliação do calendário de vacinação, elevada aceitação e apoio da população à imunização, a falta de orientação adequada sobre as indicações de cada imunobiológico acarretou oportunidades perdidas de imunização e descrédito da população nos serviços.

O referencial metodológico proposto permitiu conhecer múltiplas realidades e como se dá o acesso à vacinação, demonstrando convergências dos resultados e oportunizando a compreensão de que, em realidades similares, o acesso à vacinação assim se contextualiza no cotidiano dos serviços e da vida dos usuários.

Este estudo apresenta como limitação a amostragem intencional, ao selecionar apenas um subgrupo da população usuária presente nas Unidades de Atenção Primária no dia da coleta de dados. Mas com base nas informações colhidas, a amostragem intencional pode ser considerada representativa em populações e condições similares em estudos de casos múltiplos com saturação dos dados por replicação literal.

A Sociologia Compreensiva do Cotidiano permitiu um olhar sobre o acesso à vacinação no cotidiano da APS, considerando a ótica dos usuários, suas vivências, noções, sentidos, sentimentos e perspectivas, as dificuldades enfrentadas, as sutilezas e as oportunidades obtidas de acessibilidade. Por fim, a análise das experiências individuais e coletivas vivenciadas no contexto estudado demonstra que a manutenção do sucesso dos programas de imunização e a inserção do sujeito no sistema de saúde, de um modo geral, não está relacionada apenas a

existência do serviço, mas sim na adoção de estratégias que viabilizem uma atenção usuário-centrada, de modo a atender de maneira universal, integral e equânime as necessidades da população.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABABU, Yohannes; BRAKA, Fiona; BRAKA, Aschalew; GETACHEW, Kinde; TADESSE, Tefera; MICHAEL, Yohannes; et al. Behavioral determinants of immunization service utilization in Ethiopia: a cross-sectional community-based survey. **Pan Afr Med J.** v. 27, n. Suppl 2, 2017. Disponível em: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/series/27/2/2/full/>. Acesso em 02 jan. 2018. doi: 10.11604/pamj.supp.2017.27.2.10635.

ABUD, Simone Mourão; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. Análise do preenchimento dos dados de imunização da caderneta de saúde da criança. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 16, n. 1, p. 61-7, 2014. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a07.pdf. Acesso em 21 dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.24254>.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev. Panam. Salud Públ.** v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/84-95/#ModalArticles>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000200003>.

ANDRADE, Deyse Rodrigues de Souza; LORENZINI, Elisiane; SILVA, Eveline Franco da. Conhecimento de mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil. **Cogitare Enferm. (Online)**, v. 19, n. 1, p. 94-100, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4836/483647660014/>. Acesso em 02 de jul. de 2017.

ARRUDA, Carlos André Moura; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.21, n. 61, p. 321-332, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220150479.pdf>. Acesso em 18 dez. 2017. Epub Oct 03, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0479>.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em 21 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/3010.pdf>. Acesso em 21 abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029>.

BABIRYE, Juliet N; ENGBRETSSEN, Ingunn MS; RUTEBEMBERWA, Elizeus; KIGULI, Juliet; NUWAHA, Fred. Urban settings do not ensure access to services: findings from the immunisation programme in Kampala Uganda. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 1, p. 111, 2014. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-111>. Acesso em 29 jun de 2017.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.) **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**, pp. 29-60. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. 284p. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>. Acesso em 17 abr. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Editora: Edições 70, 2011. 279p.

BARRETO, Maurício L; TEIXEIRA, M Glória; BASTOS, Francisco I; XIMENES, Ricardo A A; BARATA, Rita B, RODRIGUES Laura C. Sucessos e fracassos no controle das doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **The Lancet**. 2011. p.47-60. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_3.pdf. Acesso em 12 dez. 2017.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; LOPES, Jéssica de Souza; MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde debate [online]**, Rio de Janeiro, v. 40, n.110, p. 264-271, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0264.pdf>. Acesso em 15 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611020>.

BARROS, Marla Geórgia Monteiro; SANTOS, Michelle Caroline da Silva; BERTOLINI, Raphaella Patrícia Torres; NETTO, Valderlane Bezerra Pontes; ANDRADE, Maria Sandra. Perda de oportunidade de vacinação: aspectos relacionados à atuação da atenção primária em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 701-710, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00701.pdf>. Acesso em 02 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400012>.

BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger; MARTINEZ, Helena Aspesi; MATOS, Izabella Barison. Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. **Saúde soc. [online]**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1397-1407, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1397.pdf>. Acesso em 18 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400022>.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal. 1988. p.133-4: Seção II. Da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Manual do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização**. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Brasília: Ministério da Saúde: 2014b. 66p. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/vigilancia/vacinacao/2016/manual_SIPNI_fev_2014.pdf. Acesso em 19 de dez. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/images/portarias/setembro2017/dia22/portaria2436.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 144p.

Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 28 de jun. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/Portaria No 2.488 de 21 de outubro de 2011. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em 28 de jun. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 176p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 136p. Disponível em: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Manual%20Rede%20Frio%202017.pdf>. Acesso em 03 de Jan. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Nota Informativa Nº 331, de 2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI 40 anos)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 236p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf Acesso em 28 de jun. de 2017.

BRASIL. **Resolução CNS/CONEP Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. [Internet]. Brasília; 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

BRAZ, Rui Moreira; DOMINGUES, Carla Magda Allan S.; TEIXEIRA, Antônia Maria da Silva; LUNA, Expedito José de Albuquerque. Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**, v. 25, n. 4, p. 745-754, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00745.pdf>. Acesso em 02 de jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000400008>.

BUGVI, Ayesha Siddiq; RAHAT, Rahla; ZAKAR, Rubeena; ZAKAR, Muhammad Zakria; FISCHER, Florian; NASRULLAH, Muazzam et al. Factors associated with non-utilization of child immunization in Pakistan: evidence from the Demographic and Health Survey 2006-07. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 232, 2014. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3973983/?tool=pubmed>>. Acesso em 29 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-232>.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza, GAMA, Carlos Alberto Pegolo da, CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, TRAPÉ, Thiago Lavras, DANTAS, Deivisson Vianna. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate [online]**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>. Acesso em 04 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>.

CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 891-892, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00891.pdf. Acesso em 21 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0000.2502>.

CHAGAS, Maristela Inês Osawa; FARIAS, Clarissa de Maria Tomás; TEÓFILO, Fiana Kécia Silveira; CAVALCANTE Ana Suelen Pedroza. Acesso dos usuários aos serviços de saúde na estratégia saúde da família: percepção dos enfermeiros. **Revista APS**. v.17, n.3, p. 280-290, 2014. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2183>. Acesso em 29 jun. 2017.

CHAVES, Luzia Helena Silva; ROSS, José de Ribamar. Perfil vacinal de adultos cadastrados em uma microárea da Estratégia Saúde da Família. **Rev. enferm. UFPI**, v. 3, n. 4, p. 4-9, 2014. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1845/pdf>. Acesso em 02 jan. 2017.

DAUFENBACH, Luciane Zappellini; DUARTE, Elisabeth Carmen; CARMO, Eduardo Hage; CAMPAGNA, Aíde de Souza; SANTOS, Carlos Antonio de. Impacto da vacinação contra a influenza na morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 9-20, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00009.pdf>. Acesso em 23 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100002>.

DOMINGUES, Carla Magda Allan S.; TEIXEIRA, Antonia Maria da Silva; CARVALHO, Sandra Maria Deotti. National immunization program: vaccination, compliance and pharmacovigilance. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo (Online)**, São Paulo, v. 54, supl. 18, p. 22-27, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rimts/v54s18/a09v54s18.pdf>. Acesso em 04 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652012000700009>.

DOMINGUES, Carla Magda Allan S; TEIXEIRA, Antônia Maria da Silva. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 9-27, 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a02.pdf>. Acesso em 04 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100002>.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. México: Ediciones Copilco, 1984. 135 p.

DUARTE, Ligia Schiavon; PESSOTO, Umberto Catarino; GUIMARÃES, Raul Borges; HEIMANN, Luiza Sterman; CARVALHEIRO, José da Rocha; CORTIZO, Carlos Tato; et al.

Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde soc. [online]**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00472.pdf>. Acesso em: 23 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200007>.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A. I. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 333-84.

FEKETE, M.C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços** [Internet]. Projeto Gerus; 1996. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf.

FERREIRA, Ariana Vitalina; OLIVEIRA, Clara Fonseca; GUIMARÃES, Eliete Albano de Azevedo, CAVALCANTE, Ricardo Bezerra, MORAES, Juliano Teixeira; OLIVEIRA, Valeria Conceição de. Acesso à sala de vacinas nos serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 19. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/viewFile/42468/24010>. Acesso em 19 dez. 2017.

FERTONANI, Hosanna Patrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>. Acesso em 25 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; DONALISIO, Maria Rita; GABRIEL, Filomena de Jesus Oliveira; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Vacinação contra hepatite B em adolescentes residentes em Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 552-567, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n3/1415-790X-rbepid-18-03-00552.pdf>. Acesso em 06 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500030003>.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. **Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como categoria de Análise**. In: Política de Saúde: O Público e o Privado. (C. Eibenschutz, org), pp. 177-198, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1996. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732-09.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

GOMES, Raimundo Nonato Silva; PORTELA, Nytale Lindsay Cardoso; PEDROSA, Aliny de Oliveira; CUNHA, Juliane Danielly Santos; MONTE, Luma Ravena Soares; SANTOS, Charlles Nonato da Cunha; et al. Avaliação físico-funcional de salas de vacinas da rede pública municipal de Caxias-MA. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, p. 3793-3802, 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4046/pdf_1792. Acesso 12 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3793-3802>.

HOFSTETTER, Annika M.; BARRETT, Angela; STOCKWELL, Melissa S. Factors impacting influenza vaccination of urban low-income Latino children under nine years requiring two doses in the 2010–2011 season. **J. Community Health**, v. 40, n. 2, p. 227, 2015. Disponível em: <http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC4314518/>. Acesso em 06 de jul. 2017.

HOPKINS, David P. Recommendation for use of immunization information systems to increase vaccination rates. **J Public Health Manag Pract.**, v. 21, n. 3, p. 249-252, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24912083>. Acesso em 10 jan. 2018.

HURLEY, Laura P.; BRIDGES, Carolyn B.; HARPAZ, Rafael; ALLISON, ALLISON, Mandy A.; LEARY, Sean T. O'; et al. Physician attitudes toward adult vaccines and other preventive practices, United States, 2012. **Public Health Rep.**, v. 131, n. 2, p. 320-330, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4765981/> >. Acesso em 14 nov. 2017. <http://doi:10.1177/003335491613100216>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da população de 2014**. Brasília, 2014.

JACKSON, Lisa A; YU, Onchee; BELONGIA, Edward A; HAMBIDGE, Simon J; NELSON, Jennifer; BAXTER, Roger; et al. Frequency of medically attended adverse events following tetanus and diphtheria toxoid vaccine in adolescents and young adults: a Vaccine Safety Datalink study. **BMC Infectious Diseases**, v. 9, p. 165-165, 2009. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-9-165>. Acesso em 29 dez. 2017. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-9-165>.

JAUREGUI, Barbara; GARCIA, Ana Gabriela Felix; JANUSZ, Cara Bess; BLAU, Julia; MUNIER, Aline; ATHERLY, Deborah; et al. Evidence-based decision-making for vaccine introductions: Overview of the ProVac International Working Group's experience. **Vaccine**, v. 33, p. A28-A33, 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X15000201?via%3Dihub>. Acesso em 21 nov. 2017. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.10.090.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>. Acesso em 18 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>.

LAGES, Annelisa Santos; FRANÇA, Elisabeth Barboza; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Health professionals in the process of vaccination against hepatitis B in two basic units of Belo Horizonte: A qualitative evaluation. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 16, n. 2, p. 364-375, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/1415-790X-rbepid-16-02-00364.pdf>. Acesso em 17 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200012>.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira; SILVA, Maria Rejane Ferreira da; CARVALHO, Eduardo Maia Freese de; PESSOA, Eduarda Ângela Cesse; BRITO, Ederline Suelly Vanini de, BRAGA, João Paulo Reis. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis [online]**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>. Acesso em 25 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>.

MAFFESOLI, Michel. A comunicação sem fim (teoria pós-moderna da comunicação). **Revista Famecos**. v. 10, n. 20, 2003. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fzva/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3198/2463>. Acesso em 5 jan. 2018.

MAFFESOLI, Michel. A terra fértil do cotidiano. **Revista Famecos**, v. 15, n. 36, p. 05-09, 2008. Disponível em: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/4409-14115-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/4409-14115-1-PB%20(2).pdf). Acesso em 12 fev. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-3729.2008.36.4409>.

MAFFESOLI, Michel. **Elogio da razão sensível**. Tradução de Albert Christophe Migueis Stuckenbruck. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 207 p.

MAFFESOLI, Michel. **No fundo das aparências**. Tradução de Bertha Halpern Gurovitz. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. 350 p.

MAFFESOLI, Michel. **O Conhecimento Comum: introdução à sociologia compreensiva**. Editora Sulina, 2010. 295p.

MAFFESOLI, Michel. **O instante eterno: o retorno do trágico nas sociedades pós-modernas**. Zouk, 2003.

MARTIN-IVORRA, Rosa et al; ALGUACIL-RAMOS, Ana M.^a; LLUCH-RODRIGO, José A.; PASTOR-VILLALBA, Eliseo; PORTERO-ALONSO, Antonio. Actividades para captar y vacunar a la población susceptible en la Comunidad Valenciana **Rev. Esp. Salud Publica**, Madrid, v. 89, n. 4, p. 419-426, 2015. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n4/10_colaboracion9.pdf. Acesso em 30 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000400010>.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em 21 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. Belo Horizonte: 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em 20 ago 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>. Acesso em 04 de jun. de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

NÓBREGA, Aglaêr Alves da; TEIXEIRA, Antonia Maria da Silva; LANZIERI, Tatiana Miranda. Avaliação do sistema de informação do Programa de Imunizações (SI-API). **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 145 - 153, 2010. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_1/artigos/Modelo%20Livro%20UFRJ%2014-a.pdf. Acesso em 26 out. 2017.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde soc. [online]**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0165.pdf>. Acesso em 24 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>.

OLIVEIRA, Manuel Falcão Saturnino de; MARTINEZ, Edson Zangiacomi; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Fatores associados à cobertura vacinal em menores de cinco anos em Angola. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 906-915, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0906.pdf. Acesso em 15 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005284>.

OLIVEIRA, Valeria Conceição de. **Avaliação da qualidade da conservação de vacina nas Unidades de Atenção Primária à Saúde da Região Centro-Oeste de Minas Gerais**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16012013-112337/pt-br.php>. Acesso em 04 abr. 2017.

OSIS, Maria José Duarte; DUARTE, Graciana Alves; SOUSA, Maria Helena de. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 123-133, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0123.pdf>. Acesso em 15 dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005026>.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em 23 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

PAULA, Cristiane Cardoso de; SILVA, Clarissa Bohrer da; TASSINARI, Taís Tasqueto; PADOIN, Stela Maris de Mello. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, v. 8, n. 1, p. 4056-4078, 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3918/pdf_1836. Acesso em 20 dez. 2017.

PEARCE, Anna, MARSHALL, Helen; BEDFORD, Helen; LYNCH, John. Barriers to child hood immunisation: Findings from the Longitudinal Study of Australian Children. **Vaccine**, v. 33, n. 29, p. 3377-3383, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26003493>. Acesso em 23 out. 2017. DOI: 10.1016/j.vaccine.2015.04.089. Epub 2015 May 21.

PENCHANSKY, R. THOMAS, J. W. The concept of access: Definitions and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, n.19, n.2, p. 127-40, 1981.

PORTO, Ângela; PONTE, Carlos Fidelis. Vacinas e campanhas: as imagens de uma história a ser contada. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.10, supl. 2, p. 725-742, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10s2/a13v10s2.pdf>. Acesso em 24 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000500013>.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda; GOMES, Luciano Bezerra; MACHADO, Liliane dos Santos; VALENÇA, Ana Maria Gondim. Fatores associados à satisfação de usuários com a atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e00184715, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00184715.pdf>. Acesso em 13 dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00184715>. Epub Mar 30, 2017

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira; SILVA, Patricia Costa dos Santos; PERUHYPE, Rarianne Carvalho; PALHA, Pedro Fredemir; POPOLIN, Marcela Paschoal; CRISPIM Juliane de Almeida; et al. A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>. Acesso em 30 Out 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.

SANTOS, Adriano Maia dos et a. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2687-2702, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/18.pdf>. Acesso em 08 Set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000018>.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/28.pdf>. Acesso em: 18 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>.

SATO, Ana Paula Sayuri. Programa Nacional de Imunização: Sistema Informatizado como opção a novos desafios. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, p. 00-00, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005925.pdf. Acesso em 13 nov. 2017. <http://dx.doi:10.1590/S0034-8910.2015049005925>.

SILVA JUNIOR, Evanildo Souza; MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rosana; FONSECA, Ana Carla Freitas; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 10, supl. 1, p. s49-s60, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/05.pdf>. Acesso em 14 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500005>.

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 7-8, 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a01.pdf>. Acesso em 03 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100001>.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>. Acesso em 23 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>.

SILVA, Simone Albino; BAITELO, Tamara Cristina; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 979-987, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf. Acesso em 23 nov. 2017. DOI: 10.1590/0104-1169.0489.2639.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; ROCHA, Nadja de Sá Pinto Dantas; UCHOA, Alice da Costa; ROCHA, Paulo de Medeiros. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>. Acesso em 14 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>.

SOUZA, Carolina Rogel; BOTAZZO, Carlos. Construção social da demanda em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 393-413, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a05.pdf>. Acesso em 22 dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200005>.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 776 p.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa**. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada, v. 2, p. 288, 2008.

TAVARES, Renata Evangelista; TOCANTINS, Florence Romijn. Ações de enfermagem na Atenção Primária e o controle de doenças imunopreveníveis. **Rev. Bras Enferm.** v. 68, n. 5, p. 803-809, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0803.pdf>. Acesso em 10 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680506i>.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32334.pdf>. Acesso em 21 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso 24 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140275.pdf>. Acesso 11 jul. 2017. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0275.Epub Aug 18>

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>. Acesso em 18 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100019>.

VIEGAS, Selma Maria Fonseca; SAMPAIO, Fabiana de Castro; OLIVEIRA, Patrícia Peres de, LANZA, Fernanda Moura; OLIVEIRA, Valéria Conceição; SANTOS, Walquíria Jesusmara dos. Vacinação e o saber do adolescente: Educação em saúde e ações para a imunoprevenção. **Ciênc. saúde coletiva**. 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vacinacao-e-o-saber-do-adolescente-educacao-em-saude-e-acoes-para-a-imunoprevencao/16390>. Acesso em 08 jan. 2018

WILSON, Kumanan; ATKINSON, Katherine M.; DEEKS, Shelley L.; CROWCROFT, Nathasha S. Improving vaccine registries through mobile technologies: a vision for mobile

enhanced Immunization information systems. **J Am Med Inform Assoc.**v.23, n.1 p. 207-11. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26078414>. Acesso em 08 jan. 2017. Epub 2015 Jun 15.

WILSON, Kumanan; ATKINSON, Katherine M.; PLUSCAUSKAS, Michael; BELL, Cameron. A mobile-phone immunization record in Ontario: uptake and opportunities for improving public health. **J Telemed Telecare.** v. 20, n. 8, p. 476-80. 2014. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X14537771>. Epub 2014 Aug 1.

WINSTON L; WAGNER S; CHAN S. Healthcare workers under a mandated H1N1 vaccination policy with employment termination penalty: a survey to assess employee perception. **Vaccine.** v.20 n, 32(37), p. 4786-90, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24996124>. Acesso em 04 de dez. de 2017. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.06.001. Epub 2014 Jul 2.

YAO, Xiaoxi; DEMBE, Allard E.; WICKIZER, Thomas; LU, Bo. Does time pressure create barriers for people to receive preventive health services. **Prev. Med.,** v. 74, p. 55-58, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25773470>. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.03.008. Epub 2015 Mar 12.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** Bookman editora, 2015. 290p.

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice A - Instrumento de Coleta de Dados

Participante: _____ Município: _____ Data: ___/___/___
 Horário de início da entrevista: _____ Horário do fim da entrevista: _____ Duração da entrevista: _____
 Idade: _____ Sexo: F () M () Local de residência: Área urbana () Área rural ()
 Profissão: _____ Renda: _____ Religião: _____

1. Qual foi a última vez que você vacinou ou procurou uma sala de vacina?
2. Fale-me de sua vivência ao procurar sala de vacina em unidades de saúde.
3. O que você compreende por acesso à sala de vacina?
4. Em sua opinião, como você acha que deve ser o seu acesso à sala de vacina?
5. Como ocorre o acesso à sala de vacina em sua unidade de saúde de referência?
6. Em sua opinião, o que você considera que pode facilitar ou dificultar o seu acesso à sala de vacina?
7. Considerando o contexto de funcionamento da unidade de saúde, quais os aspectos que você considera que podem facilitar ou dificultar o seu acesso à sala de vacina?
8. Considerando o seu contexto (de vida, de trabalho, econômico), quais os fatores que você considera que podem facilitar ou dificultar o seu acesso à sala de vacina?
9. Como você chega à sala de vacina? Necessita de transporte? E a distância de sua casa até a sala de vacina? Como chegar? O transporte ou a distância é ou são dificultador (es) para o seu acesso à sala de vacina? Justifique.
10. Quando necessita vacinar, você tem algum gasto? Justifique.
11. Considerando o seu contexto social e religioso, quais os fatores que você considera que podem facilitar ou dificultar o seu acesso à sala de vacina?
12. Você sabe como são as campanhas de vacinação em sua unidade de saúde?
13. Como você se sente em relação ao atendimento na sala de vacina de sua unidade de referência?
14. Gostaria de falar mais alguma coisa relacionada ao seu acesso à sala de vacina?
15. Você sabe me informar se o seu cartão de vacina está em dia? Caso não, por quê?
16. Na sua família as pessoas estão com o cartão de vacina em dia? Justifique.

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado “**Acesso à vacinação no cotidiano da atenção primária à saúde na região ampliada Oeste de Minas Gerais, sob a ótica do usuário**” que tem como objetivo compreender, a partir da percepção do usuário, o acesso à vacinação no cotidiano da Atenção Primária à Saúde na Região Ampliada Oeste do Estado de Minas Gerais, sob a ótica do usuário. Esta pesquisa faz parte do Projeto PREVENIR: Avaliação da qualidade do PNI na região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, CAAE:47997115.2.0000.5545, aprovado sob o Parecer CEP UFSJ/CCO 1.193.584.

Ao aceitar participar desta pesquisa, você responderá a uma entrevista aberta, contendo questões relacionadas ao acesso em sala de vacina. Será necessária a gravação de suas falas durante a entrevista. As informações coletadas serão tratadas de forma a assegurar o completo sigilo, privacidade e liberdade do respondente. Para qualquer tipo de divulgação das informações da pesquisa, o seu nome será mantido em sigilo, sendo substituído pela inicial E de entrevistado, seguido de um número conforme a sequência das entrevistas realizadas. Ressaltamos que você não é obrigado(a) a participar desta pesquisa, mas a sua participação é muito importante para o desenvolvimento deste projeto, e se escolher participar, poderá desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Os riscos nesta pesquisa são considerados mínimos e estão relacionados a possíveis desequilíbrios emocionais ou constrangimentos para preveni-los ou minimizá-los. Deixaremos claras as perguntas e a dinâmica da entrevista que será individual. Ao perceber ansiedade excessiva ou outra intercorrência, será suspensa a entrevista. Você terá a liberdade de não responder a(s) questão(ões) que não queira ou não se sinta à vontade.

Se efeitos indesejáveis ocorrerem, apesar de todos os cuidados adotados, o participante terá o direito de manifestar-se, interromper a entrevista ou mesmo optar por não mais participar do estudo sem quaisquer prejuízos à sua pessoa. Além disso, se necessário, você será encaminhado a psicólogos da prefeitura de seu município.

Todas as despesas relacionadas a esta pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora. Você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação no estudo.

Os resultados deste estudo e o presente termo serão armazenados pelo pesquisador responsável por um período de cinco anos, conforme previsto na Resolução CNS/MS 466/2012.

Eu, _____, R.G. nº _____ declaro ter sido informado(a) e estar devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos e intenções deste estudo; sobre os instrumentos da pesquisa a que responderei e estarei submetido(a) e sobre os riscos e desconfortos que poderão ocorrer. Recebi garantias de total sigilo e privacidade. Sei que minha participação está isenta de despesas. Concordo em participar, voluntariamente, deste estudo e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, penalização ou constrangimento.

_____ Data: __/__/____

Assinatura do(a) participante

_____ Data: __/__/____

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Pesquisadoras:

Deborah Correia Duarte – Mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFSJ/CCO.

Selma Maria da Fonseca Viegas – Professora da UFSJ/CCO. Endereço: Avenida Sebastião Gonçalves Coelho, 400, sala 207, bloco A, Chanadour, Divinópolis. Telefone para contato: (37) 3221-1267. E-mail: selmaviegas@ufsj.edu.br.

Apêndice C – Autorização para citação do nome do município e para o uso de fotos

Divinópolis, ____ de _____ de 2017

Assunto: Solicitação para Citação do nome do Município... (*Divinópolis/Santo Antônio do Monte/Araújos/Itaúna/Conceição do Pará/Igaratinga/Formiga*) na Pesquisa “Acesso à vacinação no cotidiano da atenção primária à saúde na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, sob a ótica do usuário”. Solicitação de uso de fotos da cidade *Divinópolis/Santo Antônio do Monte/Araújos/Itaúna/Conceição do Pará/Igaratinga/Formiga* na dissertação a ser produzida por esta pesquisa.

V. S^a. _____, Coordenador (a) da Atenção Primária do município de... (*Divinópolis/Santo Antônio do Monte/Araújos/Itaúna/Conceição do Pará/Igaratinga/Formiga*) – MG.

Vimos solicitar a V. S^a. _____ a autorização para a Mestranda Deborah Correia Duarte citar o nome do Município de... (*Divinópolis/Santo Antônio do Monte/Araújos/Itaúna/Conceição do Pará/Igaratinga/Formiga*) como cenário da Pesquisa “O acesso em sala de vacina sob a ótica do usuário em microrregiões da região ampliada de saúde oeste de Minas Gerais” desenvolvida sob a orientação e responsabilidade da Professora Selma Maria da Fonseca Viegas, docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em enfermagem da UFSJ/CCO.

Vimos solicitar, também a V. S^a., o uso de fotos da cidade de... (*Divinópolis/Santo Antônio do Monte/Araújos/Itaúna/Conceição do Pará/Igaratinga/Formiga*) na dissertação a ser produzida por esta pesquisa. Essas fotos serão tiradas pela mestranda, se autorizadas. As fotos são de espaços da cidade: como praças, igrejas, vista das ruas principais de acesso ao centro da cidade, e de outros locais que possam representar a beleza geográfica e cultural da cidade.

Contamos com a vossa colaboração! Sinceros agradecimentos.

Atenciosamente,

Prof^ª. Dr^ª. Selma Maria da Fonseca Viegas

Docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em enfermagem da
UFSJ/CCO

Apêndice D – Declaração de Infraestrutura

Autorizo a realização da pesquisa “ *Acesso à vacinação no cotidiano da atenção primária à saúde na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, sob a ótica do usuário*” e declaro para os devidos fins, que há infraestrutura necessária para realização dos procedimentos de coleta de dados da pesquisadora responsável Prof^a Selma Maria Fonseca Viegas da UFSJ/CCO.

Por ser verdade afirmamos a presente declaração.

(Divinópolis/Santo Antônio do Monte/Araújos/Itaúna/Conceição do Pará/Igaratinga/Formiga),
_____ de _____ de 2017.

Responsável pelo local/setor

(Nome legível, carimbo e assinatura para ambos)

Nome do setor _____

Apêndice E – Declaração do Setor

Eu, _____, (profissão) Gerente/Diretor(a) da Atenção Primária do Município de... (Divinópolis/Santo Antônio do Monte/Araújos/Itaúna/Conceição do Pará/Igaratinga/Formiga)-MG, e eu, _____ (profissão) coordenador(a) do Setor da Atenção Primária do Município de Divinópolis/Santo Antônio do Monte/Araújos/Itaúna/Conceição do Pará/Igaratinga/Formiga, viemos por meio desta, declarar que aceitamos a realização da pesquisa “*Acesso à vacinação no cotidiano da atenção primária à saúde na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, sob a ótica do usuário*” a ser desenvolvida pela Mestranda Deborah Correia Duarte, sob a orientação da Prof^a Selma Maria da Fonseca Viegas da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste. A pesquisa será realizada com usuários das unidades de Atenção Primária a Saúde. Esta pesquisa será desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEPES) do Campus Centro Oeste Dona Lindu (CCO) da UFSJ.

(Divinópolis/Santo Antônio do Monte/Araújos/Itaúna/Conceição do Pará/Igaratinga/Formiga),
_____ de _____ de 2017.

Responsável pelo setor

Coordenador(a) do Setor

(Nome legível, carimbo e assinatura para ambos)

Apêndice F – Notas Campo (NC)

Data: ____/____/____

Microrregião de Saúde: _____

Município: _____

Unidade de Saúde: _____

1. Horário de funcionamento da sala de vacina: Período integral: _____ às _____ Período da manhã: _____ às _____ Período da tarde: _____ às _____ A unidade não possui sala de vacina. A sala de vacina não está funcionando.

Motivo: _____ Por quanto tempo? _____

A sala de vacina funciona em horários alternativos para o atendimento aos usuários trabalhadores?

 Sim. Semanalmente ou quantas vezes por mês? Qual horário?

 Não

Outras considerações:

2. Estrutura organizacional e de recursos permanentes e de consumoSala exclusiva para vacinação: Sim NãoGeladeira para conservação das vacinas: Doméstica Câmara FriaTemperatura da geladeira e/ou caixa térmica: Adequada InadequadaHá falta de algum imunobiológico? Sim NãoHá falta de algum material (vacina, seringa, agulha, algodão, etc) para a realização do procedimento? Sim Não

Outras considerações:

3. Recursos humanos para vacinação

4. Acesso às informações sobre vacinas na unidade de saúde (mural de avisos, informes sobre campanhas de vacinação, horário de funcionamento, agendamento de vacinas, etc)

5. Registro dos dados de imunização

Presença de computador com internet: () Sim () Não

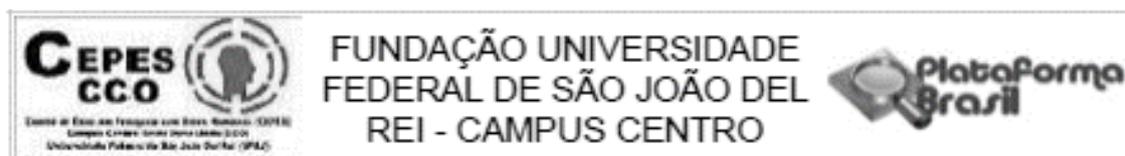
Outras considerações:

6. Outras considerações sobre a visita técnica à sala de vacina

7. Dados sobre a organização dos serviços e de acesso à saúde no município

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do CEPES-CCO.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENIR: Avaliação da qualidade do PNI na região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais

Pesquisador: Valéria Conceição de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47997115.2.0000.5545

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.231.140

Apresentação do Projeto:

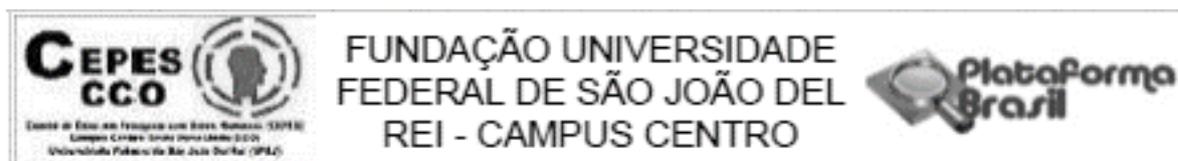
O projeto tem por objetivo geral Avaliar a qualidade do Programa Nacional de Imunização na região Ampliada de Saúde Oeste do estado de Minas Gerais (MG), com enfoque nos componentes de estrutura e processo da assistência em sala de vacina no nível local de saúde.

Trata-se de um estudo avaliativo a ser realizado nas salas de vacina da Região Ampliada de Saúde Oeste do Estado de Minas Gerais, que limitará seu escopo de investigação às dimensões de estrutura (recursos empregados e sua organização) e de processo (serviços ou bens produzidos).

O estudo será realizado nas 370 salas de vacina dispersas nas seis microrregiões da Região Ampliada de Saúde Oeste, que é uma das treze macrorregiões do estado brasileiro de Minas Gerais.

Para a pesquisa de campo será utilizado, como instrumento de coleta dos dados, o questionário do Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão para Sala de Vacina – PAISSV (versão 2,0/Dezembro de 2004) do Programa Nacional de Imunização/MS adaptado, cujas variáveis de interesse comporão alguns dos critérios que serão utilizados na avaliação do grau de qualidade.

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3221-1580 **Fax:** (37)3221-1580 **E-mail:** cepes_cco@ufs.edu.br



Continuação do Parecer: 1.231.140

Associado a esse instrumento será anexado um questionário com as seguintes variáveis: porte populacional, localização do município, cobertura da Estratégia Saúde da Família e adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade.

A coleta será realizada presencialmente de acordo com plano de trabalho e cronograma elaborados. Alguns itens do questionário serão analisados por meio de observação direta.

Será realizado um estudo metodológico para construir e validar um instrumento de avaliação do conhecimento dos profissionais em sala de vacina sobre conservação de imunobiológicos. O estudo será realizado com especialistas em sala de vacina para que se possa realizar a construção e validação do instrumento elaborado e aplicação posterior aos enfermeiros atuantes nesta área. A técnica Delphi, utilizada para a validação de conteúdo, será realizada por um grupo de juizes com vasta experiência no assunto em questão, com vistas a obter consenso sobre os aspectos avaliados. Este grupo será composto por 10 pessoas, sendo duas pesquisadoras da área, cinco enfermeiros, um médico e dos técnicos de enfermagem.

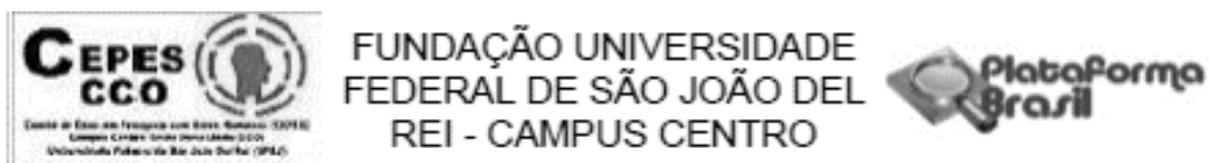
Na segunda etapa da pesquisa será utilizada uma investigação qualitativa por meio de entrevista semiestruturada individual para responder ao objetivo de "compreender, a partir da percepção do usuário, o acesso e o cuidado em sala de vacina". A entrevista individual partirá de questões abertas norteadoras que direcionarão para o objetivo da pesquisa. As entrevistas serão gravadas em arquivo digital, após anuência dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, posteriormente, transcritas literalmente, preservando-se a fidedignidade das informações.

Na Pesquisa-ação que é compreendida, na atualidade, como uma forma de pesquisa social com fundamento empírico, concebida e realizada com íntima associação de uma ação ou solução de um problema coletivo, na qual os pesquisadores e os participantes da situação estão envolvidos cooperativamente (THIOLLENT, 2011), utilizar-se-á o Arco de Charles Maguerez, o qual é uma das estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da Problematização.

Critério de Inclusão:

Na segunda etapa da pesquisa, serão convidados a participar da pesquisa os usuários, com idade superior a 18 anos, que comparecerem para vacinação ou estiverem acompanhando menores.

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHANADOUR CEP: 35.501-296
 UF: MG Município: DIVINOPOLIS
 Telefone: (37)3221-1580 Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 1.231.140

Procedimento de coleta dos dados:

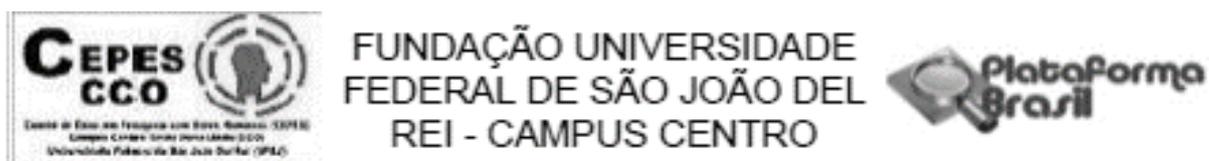
Primeira etapa: aplicação do questionário - A região ampliada de saúde Oeste tem 370 salas de vacina. Assim, serão enviados questionários para os 370 enfermeiros, responsáveis técnicos pela sala de vacina, e 370 técnicos/auxiliares de enfermagem que estiverem na escala da sala de vacina no período da coleta de dados.

Segunda etapa: técnica Delphi - Para validação do instrumento de avaliação do conhecimento em conservação de vacina é necessário profissionais com qualificação específica para julgar o instrumento de avaliação. Os juízes foram escolhidos por meio da análise de currículos existentes na base de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) e da experiência profissional com vacinas.

Terceira etapa: Abordagem qualitativa para avaliar acesso Serão convidados a participar da pesquisa os usuários, com idade superior a 18 anos, que comparecerem para vacinação ou estiverem acompanhando menores, no momento da coleta de dados qualitativos. Segundo os critérios da pesquisa qualitativa, não será determinado um número exato de respondentes, a coleta de dados encerrará quando ocorrer a saturação dos dados em cada um dos casos deste estudo, ou seja, quando obtivermos "um número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações" (MINAYO, 2010), porém sem desprezar as informações novas e significativas para o estudo. Após perceber a reincidência das informações duas ou três entrevistas serão realizadas para a confirmação da saturação dos dados, em cada um dos seis casos. Como também, consideraremos que as entrevistas somente serão interrompidas quando os dados coletados mostrarem serem suficientes para atender ao objetivo proposto para este estudo.

Quarta etapa: A etapa da Pesquisa-ação será realizada no final da etapa quantitativa, quando houver a caracterização dos municípios de acordo com o grau de qualidade. Os municípios serão categorizados de acordo com a qualidade do PNI em adequados, não adequados e críticos. Para realização da pesquisa-ação será selecionado um município crítico de acordo com o grau de qualidade. De acordo com o número de municípios críticos, os critérios para escolha desse município será discutido com os pesquisadores. No município selecionado todos os trabalhadores em sala de vacina serão convidados a participar da pesquisa segundo os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem, trabalhar na sala de vacina na atenção primária do município selecionado e manifestar interesse em participar do estudo.

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHANADOUR CEP: 35.501-296
 UF: MG Município: DIVINOPOLIS
 Telefone: (37)3221-1580 Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufs.edu.br



Continuação do Parecer: 1.231.140

Análise dos dados: baseada em medidas-síntese (média) e de posição (mediana), conforme a configuração da distribuição dos dados, e no teste do qui-quadrado de Pearson, para comparação de proporções.

Na segunda etapa da pesquisa, a análise de dados será feita com base no referencial de Bardin (2011), utilizando-se a técnica do emprego da Análise de Conteúdo

Temática

Para análise e interpretação dos dados da pesquisa-ação, adotar-se-á o referencial de Morse e Field (1995), análise e a interpretação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Avaliar a qualidade do Programa Nacional de Imunização na região Ampliada de Saúde Oeste do estado de Minas Gerais (MG), com enfoque nos componentes de estrutura e processo da assistência em sala de vacina no nível local de saúde

Objetivo Secundário:

- Avaliar os componentes de estrutura, das salas de vacina dos municípios, com a inclusão do número, tipo e qualificação dos profissionais responsáveis pela vacina, organização da sala de vacina, equipamento para armazenamento de vacina,

insumos;

- Avaliar os componentes do processo de assistência em sala de vacina incluso a conservação das vacinas nos municípios, capacitação dos profissionais de saúde, sistema de informação em sala de vacina (SIS-PNI e SIS-EAPV);

- Determinar o grau de qualidade do PNI dos municípios;

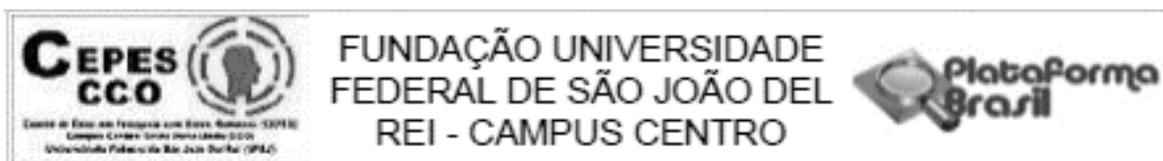
- Construir e validar os instrumentos avaliativos para análise da qualidade do PNI;-Determinar os fatores interferentes na qualidade do PNI nos municípios da região Ampliada Oeste de Minas Gerais;

- Compreender, a partir da percepção do usuário, o acesso em sala de vacina; - - - Determinar os fatores interferentes na prática cotidiana da cadeia de frio de conservação de vacina à luz da Pesquisa Convergente

-Assistencial;

Problematizar ações na efetivação da cadeia de frio de conservação de vacina por meio do diálogo/reflexão.

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHANADOUR CEP: 35.501-296
 UF: MG Município: DIVINOPOLIS
 Telefone: (37)3221-1580 Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufs.edu.br



Continuação do Parecer: 1.231.140

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos decorrentes neste estudo são relacionados à possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder às perguntas da pesquisa ou à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Benefícios:

Os resultados desta pesquisa podem beneficiar os Serviços de Saúde e a população usuária do SUS em sala de vacina levando a organização, planejamento e gestão de recursos em sala de vacina, com vistas ao acesso universal, integral e equânime. Assistência qualificada e humanizada em sala de vacina. Produção do conhecimento na área. Contribuição para a estratégia de vigilância à saúde na perspectiva do cumprimento dos atributos da atenção primária à saúde no que tange ao PNI. Elaboração e validação dos indicadores baseado nos instrumentos de avaliação do PNI. Estes indicadores poderão servir como referência de avaliação para os demais municípios e estados brasileiros.

Descreve no projeto completo e nos TCLE medidas de minimização dos riscos bem como estratégias de indenização, caso se necessária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta-se adequadamente descrita, evidenciando clareza nos objetivos e adequação dos mesmos à metodologia e demais passos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos de preenchimento obrigatório corretamente preenchidos e contendo as informações necessárias e as assinaturas segundo consta na 466/2012.

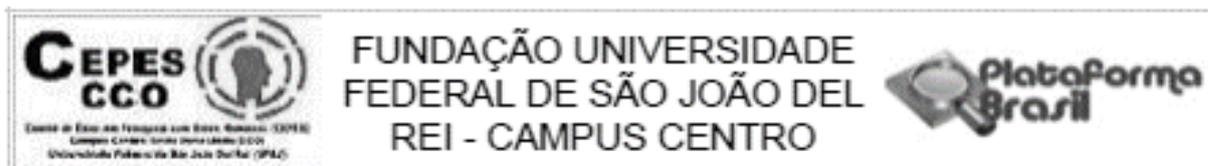
Recomendações:

Inserir informações contidas no anexo 'pendências' no projeto, sintetizando, para isso, as informações já contidas no campo reservado à metodologia.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto encontra-se adequadamente apresentado e contém as informações necessárias para a análise dos preceitos éticos contidos na resolução 466/2012, estando em acordo com seus termos e respeitando as determinações no que diz respeito a ética na pesquisa

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
Bairro: CHANADOUR **CEP:** 35.501-296
UF: MG **Município:** DIVINOPOLIS
Telefone: (37)3221-1580 **Fax:** (37)3221-1580 **E-mail:** cepes_cco@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 1.231.140

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ABORDAGEM QUALITATIVA.docx	05/08/2015 16:34:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ABORDAGEM QUANTITATIVA.docx	05/08/2015 16:34:24		Aceito
Outros	Autorização SRS.doc	05/08/2015 16:34:48		Aceito
Folha de Rosto	Folha rosto.pdf	06/08/2015 12:33:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Avaliação do PNI versão 05-12-2013.doc	06/08/2015 15:14:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Delphi.doc	04/09/2015 13:47:38	Valéria Conceição de Oliveira	Aceito
Outros	Pendencias.doc	04/09/2015 13:49:59	Valéria Conceição de Oliveira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_555446.pdf	08/09/2015 21:24:54		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIVINOPOLIS, 16 de Setembro de 2015

Assinado por:
JULIANO TEIXEIRA MORAES
(Coordenador)

Endereço: SEBASTIAO GONCALVES COELHO
 Bairro: CHANADOUR CEP: 35.501-296
 UF: MG Município: DIVINOPOLIS
 Telefone: (37)3221-1580 Fax: (37)3221-1580 E-mail: cepes_cco@ufsj.edu.br

Anexo 2 – Autorização Superintendência Regional de Saúde Divinópolis.



Universidade Federal de São João Del Rei
Campus Centro Oeste Dona Lindu

Ilma Sra Gláucia Sbampato Pereira
Superintendente Regional de Saúde

Na qualidade de docente da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ-CCO Dona Lindu), venho, respeitosamente, solicitar a autorização para o desenvolvimento do projeto "Avaliação da qualidade do PNI na Região Ampliada de Saúde Oeste", aprovado no edital 14/2013 da FAPEMIG – Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS.

O estudo tem por objetivo avaliar a qualidade do Programa Nacional de Imunização na região Ampliada de Saúde Oeste do estado de Minas Gerais (MG), com enfoque nos componentes de estrutura e processo da assistência em sala de vacina no nível local de saúde.

Por favor, solicitamos da Senhora a assinatura concordando com a coleta de dados desta pesquisa. Todos os dados ficarão sob a responsabilidade da coordenadora do projeto e somente ela e os demais pesquisadores é que poderão ter acesso à essas informações. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa.

CONCORDÂNCIA:

Eu Gláucia Sbampato Pereira autorizo o desenvolvimento do projeto referido acima.

Gláucia Sbampato Pereira
MaSP 1.389.363-1
Superintendente Regional Saúde
SRS / Divinópolis

Assinatura

Local Divinópolis

Data: 21/07/2015

Anexo 3 – Descrição dos municípios da Região Ampliada Oeste de Minas Gerais, dezembro 2017.

Município	Sala vacina	Cobertura vacinal	População estimada	Área Territorial (KM²)	Cobertura ESF
Aguanil	2	74,39	4.370	232,091	100
Araújos	2	78,5	8.768	245,522	70,68
Arcos	8	97,67	39.249	509,873	100
Bambuí	9	81,95	23.850	1455,819	100
Bom Despacho	10	97,27	49236	1213,546	100
Camacho	2	98,25	3.109	223,001	100
Campo Belo	18	75,51	54.076	528,225	100
Cana Verde	1	76,54	5.737	212,721	100
Candeias	5	88,47	15.108	720,512	100
Carmo da Mata	4	104,64	11.475	357,178	100
Carmo do Cajuru	8	106,68	21.735	455,808	100
Carmópolis de Minas	5	96,18	18.619	400,01	98,82
Cláudio	8	68,06	27.827	630,706	91,96
Conceição do Pará	5	98,71	5.460	250,331	100
Córrego Danta	3	102,96	3.391	657,425	100
Córrego Fundo	2	96,6	6.207	101,112	100
Cristais	5	86,88	12.317	628,434	98,59
Divinópolis	35	50,76	230.848	708,115	50,78
Dores do Indaiá	4	97,32	13.983	1111,202	100
Estrela de Indaiá	1	66,4	3.596	635,981	98,46
Formiga	18	87,79	68.040	1501,915	89,59
Igaratinga	2	71,16	10.286	218,343	72,23

Iguatama	3	104,91	8.192	628,2	100
Itaguara	5	88,87	13.172	410,468	100
Itapecerica	9	96,06	22.109	1040,519	80,61
Itatiaiuçu	9	110,63	10.781	295,145	100
Itaúna	24	60,84	91.453	495,769	79,52
Japaraíba	2	131,19	4.241	172,141	100
Lagoa da Prata	19	98,85	50.197	439,984	65,96
Leandro Ferreira	1	91,49	3.298	352,108	100
Luz	8	89,14	18.290	1171,659	98,09
Martinho Campos	8	96,09	13.314	1058,418	100
Medeiros	1	109,65	3.707	946,437	100
Moema	1	102,11	7.448	202,705	100
Nova Serrana	19	46,89	89.859	282,369	74,08
Oliveira	18	51,49	41.562	897,294	95,35
Onça do Pitangui	1	87,37	3.179	246,976	100
Pains	3	111,12	8.351	421,862	100
Pará de Minas	23	60,88	91.158	551,247	88,35
Passa Tempo	2	124,53	8.349	429,172	100
Pedra do Indaiá	3	93,68	4.021	347,92	100
Perdigão	3	82,68	10.416	249,322	100
Pimenta	4	93,66	8.655	414,969	100
Piracema	1	73,66	6.570	280,335	100
Pitangui	10	97,49	27.273	569,611	80,32
Santana do Jacaré	2	98,88	4.828	106,169	100
Santo Antônio do Amparo	6	50,14	18.367	488,885	100
Santo Antônio do Monte	7	102,64	27.752	1125,78	100

São Francisco de Paula	4	81,26	6.670	316,822	100
São Gonçalo do Pará	5	82,83	11.654	265,73	100
São José da Varginha	1	140,91	4.702	205,501	100
São Sebastião do Oeste	4	126,18	6.430	408,09	100
Serra da Saudade	1	92,11	818	335,659	100
Tapiraí	2	43,42	1.922	407,92	100

Fonte: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>.

Anexo 4 – Quadro de saturação dos dados por replicação literal por microrregiões de saúde da Região Ampliada Oeste de Minas Gerais, 2017.

ARTIGO 1							
Microrregião	1			2	3		4
Cidade	A	B	C	D	E	F	G
Horários de funcionamento da sala de vacina	E2, E7, E8	E10	E25, E26, E27	E16, E20, E22, E24, E29, E31, E32	E36, E38, E39	E46, E53	E60, E61, E64, E66
Rotina e formas de organização do serviço em sala de vacina	E1, E5, E8	E11		E16, E17, E18, E30	E36, E38, E39, E41, E42, E43	E52, E56	E61, E66
Profissional <i>versus</i> atuação em sala de vacina	E7, E8			E16, E18			
Falta de equidade/acesso frente aos entraves na dimensão organizacional	E6, E7, E8			17, E19	E40		
Falta de acesso	E1, E2, E3, E7			E19, E21, E30, E31, E32	E40	E52, E54	
Dimensão estrutural	E1, E2			E19, E21			E68
Limpeza, desinfecção e organização da sala de vacina	E6, E8		E27	E30	E40	E52	
Falta de informação		E12	E25	E16, E18, E22, E35	E49	E54, E55	E61
Falta de vacina	E1, E2	E13	E26, E27	E19, E21, E23, E28, E29		E46, E52	E60, E67, E64, E70, E71
Acesso aos serviços que facilitam o acesso	E2		E27			E46	
Acesso à informação na Unidade de Saúde	E2, E5		E26			E49, E55	
Equidade do acesso às vacinas					E41		E69, E71
Agenda para melhor acesso	E3, E7, E8	E11, E12		E16, E 22, E24	E51	E54	E60, E66, E69
ARTIGO 2							
Microrregião	1			2	3		4
Cidade	A	B	C	D	E	F	G

Noção de acesso	E1, E2, E7	E10, E11, E12, E13, E14	E26, E27	E17, E19, E21, E23, E24, E29, E30, E32, E33, E35	E42,	E44, E46, E48, E54, E56, E58	E60, E61, E63, E64, E69, E70, E71, E73
Perspectivas frente à realidade vivenciada do acesso	E1, E7	E11, E13, E14	E26, E27	E29, E231	E36, E37, E40, E41, E42	E44, E46, E50, E51	E62, E63, E65
Sentidos e sentimentos frente ao atendimento	E1, E2, E5, E8	E8, E10, E11, E12, E13, E14	E27	E16, E17, E21, E23	E40	E44, E48, E50, E52, E53	E60, E63, E64, E65, E66, E71
Significado da vacinação/Motivos para vacinar	E2, E3, E6	E10, E13	E25, E26	E22, E28, E34	E41	E49, E50, E51, E52, E53, E58	E62, E67, E68, E74
Direito social à saúde e à vacina	E1, E7, E9	E12		E19, E35	E43		E66
Direito e acesso à vacina da gripe	E1, E5, E6, E7	E10, E12, E14		E24, E29	E40	E51	E61, E69, E71, E73
Dimensão financeira	E1, E2, E7	E10, E11	E27	E18, E19, E24, E31, E35	E40, E43	E46	E66, E70, E71
Ampliação do calendário básico de Imunização				E24	E40, E41, E43	E55	E65
Dimensão geográfica – Dificuldades				E17, E18	E36, E40	E46, E48, E49, E50, E51, E52	E62
Dimensão geográfica: Facilidades	E1, E2, E6	E11, E12, E14	E26	E16, 19, E21, 22, E23, 24, E25, 31, E33, E35	E37, E39, E41, E42, E43	E44, E53, E59	E60, E63, E65, E66, E70, E73
Dimensão social	E1, E3, 38	E10, E11	E24	E16, E17, E19, E20, E23, E30	E38, E42	E44, E53, E55, E57	E68
Medo de agulha		E11		E35		E58	E60, E69
Interesse em saber da preparação da vacina	E6	E11		E18			
Saber enclausurado do profissional	E8						
Tempo da última vacinação	E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8	E11, E12, E14,	E25, E26, E27	E15, 18, E19, 20, E22, 23, E24, 28, E30, 31, E32, E34, E35	E36, E40, E41, E42, E43	E44, E45, E46, E48, E49, E51, E52, E54, E55, E56, E58, E59	E61, E62, E63, E65, E66, E68, E69, E70, E71, E72, E73, E74
ARTIGO 3							

Microrregião	1			2	3		4
	A	B	C	D	E	F	G
Vacinação como demanda programada	E2, E6		E25, E27		E36, E39, E41, E42, E43	E46, E48, E50, E53	E62, E63, E66
Cartão de vacina	E1, E2, E3, E6, E7	E8, E9, E11, E12, E14	E25, E26, E27	E16, 17, E18, 20, E23, 31, E32, 35	E36	E48, E49, E50, E51	
Encaminhamento para a sala de vacina/ Oportunidades perdidas de imunização				E23		E57	
Informação sobre vacina e o acesso à sala de vacina	E1, E2, E3, E7, E8	E11, E13, E14	E27	E16, E17, E18, E19, E21, E22, E23, E24, E29, E31, E34, E35	E36, E39, E40, E43	E46, E47, E50, E51, E52, E56	
Orientação sobre vacinação e pós-vacinação		E11		E22, E29, E30, E35	E41		
Atendimento ao calendário básico	E1, E8	E12		E17, 29, E30, 32	E38, E41	E48, E50, E54	