



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

LUZIANE DOS SANTOS

**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA A
EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO NO
MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BA.**

Santo Antônio de Jesus

2014

LUZIANE DOS SANTOS

**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA A
EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO NO
MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BA.**

Monografia apresentada ao Curso de graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Elaine Andrade Leal Silva

Co-orientadora: Josele de Farias Rodrigues Santa Barbara

Santo Antônio de Jesus

2014

LUZIANE DOS SANTOS

**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA A EFETIVAÇÃO DO
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO
DE JESUS – BA.**

Aprovada em: 05 de Novembro de 2014

Banca Examinadora

Prof.^a Msc. Elaine Andrade Leal Silva - Orientadora
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Prof.^a Msc. Josele de Farias Rodrigues Santa Barbara – Co-orientadora
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Prof.^o Otoni Silva de Queiroz Souza
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Dedico este trabalho a todos os profissionais pertencentes às equipes que compõem as Unidades de Saúde da Família, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde que se empenham no uso de suas atribuições para promover a melhoria da condição de saúde da população, contribuindo de forma direta/indireta para à imunização da comunidade, em suas respectivas microáreas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, proteção e cuidado, por ter mim conduzido com a sua infinita sabedoria durante essa trajetória acadêmica para lidar com as adversidades amenizando os momentos de angústia e ansiedade.

Agradeço aos meus pais, por serem meu porto seguro, pelo amor incondicional, pela compreensão nos meus momentos de ausência, pelas constantes orações, por acreditarem em mim e pelo apoio para que este momento se tornasse realidade.

Ao meu filho, pelo carinho e compreensão nos momentos em que não pude estar presente devido às demandas da Universidade que reduzia os nossos momentos de cumplicidade.

Às minhas irmãs, e meus familiares pelo apoio, pensamentos e vibrações positivas.

Agradeço ao meu amado, companheiro e amigo, Carlos, por estar sempre presente, em todos os momentos dessa minha trajetória, me apoiando e me proporcionando momentos de lazer e felicidade.

Agradeço às minhas orientadoras, Prof^a Elaine e Prof^a Josele, pela paciência e incentivo durante esse percurso, e por todos os conhecimentos compartilhados também em outros momentos que tive a honra de aprender com elas.

Agradeço a UFRB pela oportunidade de me fazer crescer enquanto pessoa e profissional, adquirindo maturidade para a vida. Lembrando que, foi através dela que conquistei novos amigos. Obrigada Ana Clarissa, Danielle, Ivani, Rejane, Edenice, Renata e Mayana.

Agradeço a toda equipe da USF Calabá em especial as colegas ACS, que foram parceiras essenciais para o meu desempenho acadêmico, me ajudando no desenvolvimento do meu trabalho, mim ouvindo, aconselhando, sorrindo e as vezes até chorando comigo.

Aos ACS pertencentes ao distrito II e III, que se dispuseram a participar desta pesquisa.

Agradeço aos docentes que me transmitiram o conhecimento sobre a enfermagem, me ensinaram a amar minha profissão, e a lidar com as dificuldades de trabalhar na área.

Obrigada aos pacientes que tive a oportunidade de cuidar, colocando em pratica o meu aprendizado e vivenciando uma diversidade de situações. Obrigada pela confiança e credibilidade!

Enfim, agradeço a todas as pessoas que direta e indiretamente me ajudaram e me apoiaram durante os cinco anos do curso de Enfermagem, me permitindo evoluir pessoal, mental e profissionalmente. MUITO OBRIGADA!

“Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso ou pessoas fracassadas. O que existe são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles”.

(Augusto Cury)

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde é um dos profissionais que integra a equipe de saúde desenvolvendo atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, no âmbito da Unidade de Saúde da Família e na comunidade, especialmente através das visitas domiciliares. Este estudo objetiva conhecer de que forma os Agentes Comunitários atuam para a efetivação do Programa Nacional de Imunização no município de Santo Antônio de Jesus-BA. Em cumprimento da Resolução nº 466/12, a pesquisa foi aprovada em 13 de Maio de 2014. A mesma possui caráter qualitativo, descritivo e exploratório. Para a análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdos. Após verificou-se que os Agentes possuem conhecimentos sobre o programa e que desenvolvem ações para sua implementação. Observou-se também a existência e equilíbrio entre as facilidades e as dificuldades. Mesmo diante de algumas limitações para o estudo, confirma-se a importância da produção científica, análise e discussão sobre o tema.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Imunização. Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

The Community Health Agent is a professional that integrates health team developing disease prevention and health promotion within the Family Health Unit and community, especially through home visiting activities. This study aims to know how the Community Agents work for the realization of the National Immunization Program in Santo Antônio de Jesus, Bahia. In compliance with Resolution nº. 466/12, the research was approved on 13 May 2014. The same has qualitative, exploratory and descriptive. For data analysis we used the content analysis. After it was found that the agents have knowledge about the program and to develop actions for implementation. We also observed the existence and balance between the facilities and difficulties. Even facing some limitations to the study, it is confirmed the importance of scientific production, analysis and discussion on the subject.

Keywords: Care Primary Health. Immunization. Community Health Agents.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
BA	Bahia
CAPS	Cento de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGPNI	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
CIES	Coordenação de Integração Ensino-Serviço
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRIE	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa Saúde da Família
SESAP	Secretaria de Estado da Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUVISA	Superintendência de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visitas Domiciliares
VIEP	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE COMO EIXO FACILITADOR DA PROMOCÃO E MANUTNÇÃO DA SAÚDE.....	16
2.2	IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO PARA A REDUÇÃO DAS TAXAS DE DOENÇA IMUNOPREVENÍVEIS	20
2.3	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COMO FACILITADORES NO PROCESSO DE IMUNIZAÇÃO.....	24
3	METODOLOGIA.....	29
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	29
3.2	CAMPO DE PESQUISA.....	29
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	32
3.4	COLETA DE DADOS.....	33
3.5	ANÁLISE DE DADOS.....	33
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	37
4.1	O ENTENDIMENTO DO ACS SOBRE O PNI.....	37
4.2	AS AÇÕES QUE OS ACS REALIZAM DURANTE SUAS VISITAS DOMICILIARES PARA A EFETIVAÇÃO DO PNI.....	42
4.3	COMPREENSÃO DO PAPEL DO ACS EM RELAÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DO PNI.....	49
4.4	FACILIDADES E DIFICULDADES VIVENCIADAS PELOS ACS PARA A EFETIVAÇÃO DO PNI.....	56
5	CONSIDERAÇÕES.....	71
	REFERÊNCIAS.....	73

ANEXOS.....	82
ANEXO A	82
ANEXO B.....	83
ANEXO C.....	84
APÊNDICES.....	85
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....	85
APÊCE B - RELAÇÃO DE PERGUNTAS A SEREM APLICADAS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	88

1 INTRODUÇÃO

O uso de vacinas é um dos principais mecanismos das políticas de saúde pública para o combate às doenças infecciosas preveníveis por imunização. O número de vacinas desenvolvidas nos últimos 40 anos é superior ao número de novas vacinas que foram obtidas nos 164 anos passados entre, a descoberta da primeira vacina, em 1796, pelo médico inglês *Edward Jenner*, que sistematizou os conhecimentos empíricos e criou a vacina, de forma a prevenir a varíola, a partir da pústula formada pelo vírus *vaccinia* nas tetas das vacas (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva em 18 de Setembro de 1973 nasceu o Programa Nacional de Imunização (PNI), que tem de especialmente interessante, o fato de ter sido criado durante a ditadura que o Brasil viveu entre 1964 e 1985, e é uma amostra de como a saúde foi tratada pelo governo militar. O Ministério da Saúde, naquela época, não tinha a importância política que tem hoje. Como o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não existia, grande parte dos recursos para a assistência não estavam no Ministério da Saúde, mas sim na Previdência, que era objeto de interesse político (BRASIL, 2003).

A vacinação é uma ação integrada e rotineira dos serviços de saúde, pertencendo ao nível de atenção primária de baixa complexidade e de grande impacto nas condições gerais da saúde infantil, representando um dos grandes avanços tecnológicos da saúde nas últimas décadas e se constituindo no procedimento de melhor relação custo e efetividade no setor saúde. O declínio acelerado de morbimortalidades por doenças imunopreveníveis nas décadas recentes, em nosso país e em escala mundial, serve de prova incontestável do enorme benefício que é oferecido às populações por intermédio das vacinas (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009).

Entre esses benefícios, Pereira *et al* (2013), consideram o PNI como referência mundial, pela adoção de estratégias diferenciadas para garantir altas coberturas da vacinação de rotina, investindo em campanhas anuais de imunização, estabelecimento de metas, ampliação da população-alvo assim como, integrando a vacinação para crianças, adolescentes, adultos e idosos. Além disso, o PNI se torna importante devido sua política de parcerias e

incentivo à ampliação e modernização tecnológica da produção nacional de imunobiológicos.

Visando uma melhor condição de saúde da população brasileira, com a redução das taxas de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, o Ministério da Saúde (2001, p. 21) traz:

Para conseguir um impacto epidemiológico satisfatório, além de medida de controle específica, relativas a cada doença ou agravo, é importante que seja vacinado um percentual da população capaz de interromper a cadeia de transmissão. E que esse percentual esteja relacionado ao grau de eficácia do imunobiológico e às características epidemiológicas de cada doença.

Para isso, a Unidade de Saúde da Família (USF), funciona como uma unidade pública de saúde destinada a realização de uma atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional e habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, que são características do nível primário de atenção, o qual representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município (BRASIL, 1997).

Diante do exposto, para uma efetiva cobertura vacinal da população em todas as faixas etárias, faz-se necessário as contribuições dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS), para a realização de um trabalho de sensibilização durante suas visitas domiciliares, antes mesmo da chegada do usuário à sala de vacinação.

O Ministério da Saúde (2001), traz que entre os fatores para baixas coberturas de vacinação, encontra-se a falta de informação sobre o calendário vacinal, e o não esclarecimento sobre as verdadeiras contra indicações das vacinas, o que deixa as mães receosas, levando-as a atrasarem o calendário vacinal.

Em face dessas considerações a equipe de saúde lança mão de estratégias, como reuniões, para discutir sobre as intervenções que pode ser implementadas para o alcance da cobertura vacinal, utilizando o espaço da sala de espera, das escolas na comunidade e outros espaços disponíveis, permitido o desenvolvimento de ações educativas voltadas para o esclarecimento sobre a imunoprevenção. Com isso toda equipe tem a oportunidade de desenvolver habilidades relacionadas à comunicação e interação permitindo a troca de conhecimentos entre os participantes.

Nessa perspectiva, conhecer de que forma os ACS atuam para a efetivação do PNI no município de Santo Antônio de Jesus-BA, nos levou a um entendimento pelo qual percebemos a importância do trabalho contínuo de visitas domiciliares (VDs) efetuadas pelos ACS, como facilitadores desse processo, por meio da utilização de estratégias de esclarecimentos, disseminação de informações, busca ativa de faltosos e promoção do vínculo entre a comunidade e a USF.

Diante do explanado, esse trabalho é de grande relevância para a avaliação do processo de efetivação do PNI, a partir da contribuição dos ACS através de suas visitas domiciliares, sendo possível gerar indicadores para as dificuldades sinalizadas, em busca de melhorias para o aumento da qualidade na assistência, tendo como consequência o aumento da cobertura vacinal e diminuição da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis na população.

A realização deste estudo foi pautada na necessidade de conhecer como os ACS atuam para a efetivação do PNI, no município de Santo Antônio de Jesus-BA, visando à contribuição na identificação de dificuldades e facilidades em sua rotina de trabalho, em busca de resultados que poderão gerar indicadores para a gestão municipal, no que diz respeito ao alcance de melhores taxas da cobertura vacinal e o cumprimento das metas pré-estabelecidas para o município.

Assim, em virtude da relação ACS e comunidade, o referido estudo tem o objetivo de conhecer de que forma esses profissionais de saúde atuam para a efetivação do PNI no município de Santo Antônio de Jesus-BA, e através dessa apropriação identificar as dificuldades e/ou facilidades vivenciadas por eles, para a efetivação do programa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor compreensão do tema proposto, inicia-se uma breve discussão onde serão abordadas questões relevantes a respeito da atenção primária a saúde como eixo facilitador da promoção e manutenção da saúde; em seguida sobre a implementação do Programa Nacional de Imunização para a redução das taxas de doenças imunopreveníveis; finalizando com a atuação dos agentes comunitários de saúde como facilitadores no processo de imunização.

2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE COMO EIXO FACILITADOR DA PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO DA SAÚDE

Em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembleia Mundial de Saúde decidiu unanimemente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000, que lhes permitiria levar uma vida social e economicamente produtiva. Hoje conhecida como Saúde para Todos no Ano 2000, esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária. Os princípios foram enunciados em uma conferência realizada em Alma Ata e trataram do tópico da Atenção Primária à Saúde (APS). O consenso lá alcançado foi confirmado pela Assembleia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em maio de 1979 (STARFIELD, 2002).

A conferência de Alma Ata especificou que os componentes fundamentais da APS eram: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns;

fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Corroborando, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007, p.76) expressa que:

A integralidade na prática da APS pressupõe um mergulho na complexidade do sujeito, partindo do sofrimento do indivíduo e indo de encontro à teia de relações causais e do contexto de vida das pessoas, proporcionando uma aproximação aos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Esta aproximação, muitas vezes originada do encontro de um integrante da equipe de saúde com um usuário em um contexto clínico, deve ser o primeiro passo para o enfrentamento desses condicionantes em nível individual e coletivo.

Logo, dada sua complexidade, a Atenção Básica (AB) configura-se num espaço de (re) construção de necessidades e práticas em saúde, e sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) o modelo de atenção preferencial para a estruturação da AB, é nela que se expressam essas necessidades e práticas. Uma das principais características da ESF é a sua pró-atividade, que se caracteriza pela execução de ações sobre a situação e as necessidades de saúde das populações, visando facilitar o acesso aos serviços de saúde, além da realização de atividades de prevenção e promoção da saúde e encaminhamento para as unidades de saúde, quando houver necessidade, tendo como base de organização o território e a população adscrita (ESCUDER; MONTEIRO; PUPO, 2008).

Segundo Starfield (2002), a APS é então, uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial com valores, princípios e elementos próprios, por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços, e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos.

Por sua vez, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) coloca que a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, sendo orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

Ademais, apesar de as metas de Alma-Ata jamais terem sido alcançadas plenamente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século. Entretanto, muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram a APS numa perspectiva focalizada, entendendo a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (MATTOS, 2000).

No entanto, nos últimos anos, após o controle de grande parte das doenças infecciosas e o crescente envelhecimento da população, as ações voltadas para a prevenção primária e secundária, como mudanças de hábitos de vida e detecção precoce de doenças, passaram a ser protagonistas e aumentaram sua participação no número de ações e no custo global do sistema de saúde. As ações em saúde tiveram seu enfoque modificado desde a atenção aos doentes para a atenção a toda a população (doentes e não doentes). Atualmente, as crianças fazem puericultura, as mulheres fazem Papanicolau e pré-natal, e todos os adultos são convidados para rastreamentos

de rotina periodicamente. Assim, as ações de rastreamento passaram a ser preocupação das pessoas, dos médicos e dos gestores (CONASS, 2007).

Ainda segundo o CONASS (2007), a presença e a forte extensão desses atributos favorecem o fato de que os serviços de APS tenham capacidade assistencial perante todas as necessidades em saúde da população adscrita, contando com apoio coordenado dos outros níveis da rede de serviços de saúde e com segmentos de outros setores, como por exemplo, a assistência social, além da execução pela própria equipe de Saúde da Família de ações individuais e coletivas fora dos muros da Unidade Básica de Saúde (UBS), como VD e apoio a grupos de ajuda mútua.

Para tanto, a mudança do modelo assistencial do SUS, através da ESF exige uma mudança no processo de trabalho da equipe de saúde, que deixa de focar apenas na atenção às doenças e passa a ter seu foco dirigido à promoção e manutenção da saúde. Nesta mudança do processo de trabalho, as atribuições dos membros da equipe não são estanques, assim como não o é, o processo saúde-doença da população sob cuidado. Toda a equipe de saúde é corresponsável pelo processo de atenção aos problemas, assim como pelas práticas promotoras de saúde, respeitando-se os limites de cada categoria profissional. A divisão de tarefas entre os componentes da equipe, dentro das atribuições de cada categoria, deve ter flexibilidade para adequar-se a situação de saúde da população sob cuidado (CONASS, 2007).

Nessa perspectiva a vigilância feita pela equipe da AB é dirigida às pessoas com mais vulnerabilidade e o acompanhamento sistemático em situações de risco visa à redução de agravos em saúde, executando estratégias tais como: VD para captação dos usuários e busca ativa daqueles que se furtam ao acompanhamento programado. Dessa forma, pode-se perceber a importância da atuação dos ACS para que haja um fluxo dinâmico de atendimento e de vigilância em saúde, por constituírem um vínculo entre o serviço e a comunidade, facilitando o desempenho das atividades do enfermeiro na equipe (SOUZA *et al.*, 2013).

Sob tal contexto, a política de imunizações concretiza-se numa rede de prestação de serviços que precisa estar, cada vez mais, próxima daqueles que dela precisam, com salas de vacinas devidamente equipadas, com condições físicas e materiais dignos das equipes de vacinação e dos usuários e suas

famílias. Uma rede de serviços que sabe usar com eficiência, quando necessárias, operações massivas de rápido alcance, com oferta do máximo possível de produtos destinados àquela população-alvo (BRASIL, 2013).

2.2 IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO PARA A REDUÇÃO DAS TAXAS DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

Os primeiros anos da década de 1970 marcaram um conjunto de iniciativas voltadas para o controle de doenças evitáveis por imunização no Brasil, tendo como pano de fundo, em escala mundial, o programa de erradicação da varíola da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a consolidação dos conceitos de vigilância epidemiológica difundidos também pela OMS (TEMPORÃO, 2003).

Em 18 de setembro de 1973, foi criado no Brasil o Programa Nacional de Imunizações (PNI). Seu objetivo era promover o controle do sarampo, tuberculose, difteria, tétano, coqueluche e poliomielite, e manter erradicada a varíola no país (BENCHIMOL, 2001).

Assim, o PNI surgiu na tentativa de erradicar doenças que assolavam a população brasileira. Atravessou várias barreiras desde o seu processo de estruturação até a sua consolidação, as vezes por divergências políticas, outras pelas dificuldades de se implantar intervenções a nível nacional. Sendo criado com base no movimento campanhista de Oswaldo Cruz, que empregava imunobiológicos na tentativa de imunizar os indivíduos contra determinadas doenças, no caso em questão a varíola e a febre amarela. Através de ações autoritárias dos “guardas sanitários”, Oswaldo Cruz, mesmo sob críticas e revoltas do povo, conseguiu manter o controle do mosquito vetor da febre amarela. Porém devido ao sancionamento da lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que obrigava a vacina antivaríola em todo o território nacional, surgiu a Revolta da Vacina, um grande movimento popular contra a obrigatoriedade da vacinação (GRAZIELE; CASSIANO; FERREIRA, 2010).

A Revolta da Vacina foi o ponto de partida do episódio que marcou a reação popular à lei da vacinação obrigatória proposta por Oswaldo Cruz. Longe de ser apenas um movimento propiciado por disputas entre as elites, a revolta foi um evento emblemático, sendo um momento altamente significativo

para todos aqueles que trabalhavam com saúde pública (PORTO; PONTE, 2003).

Em 1975 foi promulgada a lei 6259, que dispunha sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, da notificação compulsória de doenças e da regulamentação do PNI. Esta lei tornava obrigatória a vacinação básica no primeiro ano de vida, sujeitando os pais infratores à suspensão do pagamento do salário família. Instituiu também a notificação compulsória de um conjunto de doenças selecionadas. Também nesta época surge a veiculação pela mídia de campanhas de divulgação, cujo personagem central era o Dr. Prevenildo e cujo objetivo era estimular a procura aos centros de saúde. As mensagens veiculadas lembravam ainda que a vacinação era obrigatória e que, se seu filho não fosse vacinado até completar um ano, você perderia o direito ao salário família (BENCHIMOL, 2001).

O processo de estruturação e consolidação do PNI permitiu observar um conjunto de conflitos e contradições da política de saúde, envolvendo as diversas forças políticas em enfrentamento. Ao ser colocado como uma estratégia consistente de enfrentamento de problemas sanitários a partir de uma concepção baseada em princípios polêmicos do ponto de vista técnico e político, a estratégia campanhista sofreu duros ataques (TEMPORÃO, 2003).

De fato, os eventos que cercaram a concepção e o desenvolvimento do PNI, e os desdobramentos que levaram à hegemonia de uma vertente mais tradicional, traduziram conflitos que persistem até os dias de hoje no sistema de saúde brasileiro. Mas o sucesso do PNI, naquele momento, da hegemonia da abordagem campanhista, ao criar um mercado importante para o consumo de vacinas, coloca uma nova demanda: a da garantia da oferta em quantidade e qualidade, das vacinas necessárias à sua consolidação e expansão. Assim a ampliação da demanda por vacinas decorrente do sucesso das campanhas e da expansão da rede básica de serviços de saúde, principalmente a partir do desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde na Nova República, são os motores da criação e expansão do mercado consumidor de vacinas no país (TEMPORÃO, 2003).

Mesmo com os avanços alcançados no controle das doenças imunopreveníveis na última década, como a erradicação da febre amarela urbana, da varíola e da poliomielite e eliminação da circulação autóctone do

vírus do sarampo, muito ainda deve ser feito para se atingir a meta de vacinar com o esquema básico no mínimo 95% das crianças que nascem a cada ano, além de atingir um alto percentual de municípios com cobertura vacinal adequada por estado, garantindo assim a interrupção da circulação dos agentes etiológicos das doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2004).

Portanto o principal desafio do programa foi adaptar-se a uma nova realidade de saúde do Brasil, onde houve um momento em que existiu uma disputa nos Estados, principalmente entre prefeituras e governos estaduais, sobre a quem cabia a ação. Então hoje os papéis estão bem definidos e como resultados de todo esse esforço, pesquisas já mostraram que a ação do Ministério mais elogiada é a de vacinação. Sendo a ação mais relevante pela qual a população tem uma percepção muito positiva e isso se deve aos avanços conseguidos pelo PNI, que faz uma vacina segura e que está evitando doenças e mortes de forma bastante significativa. (BRASIL, 2003).

No âmbito do PNI, o poder público tornou-se capaz de articular setores e esferas de governo, de mobilizar os segmentos sociais envolvidos e de orientar adequadamente a população. Simultaneamente, conseguiu-se garantir a oferta sistemática de vacinas essenciais e de qualidade comprovada, organizar informações oportunas e confiáveis, avaliar continuamente o desempenho das ações e promover correções de rumo, diante das novas necessidades (BRASIL, 2003).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2003), o Programa possui uma auto-suficiência na produção dos imunobiológicos, pois ele produz grande parte das vacinas utilizadas no País e ainda fornece vacinas com qualidade reconhecida e certificada internacionalmente pela OMS, com grande potencial de exportação de um número maior de vacinas produzidas no País. Assim, o Brasil tem a meta ousada de ter auto-suficiência na produção de imunobiológicos para uso na população brasileira.

No entanto, para reduzir as taxas de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis, é importante conhecer a situação dessas doenças. Para isto, as doenças preveníveis através de imunização, como poliomielite, hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, tétano, coqueluche, difteria, entre outras, devem ser notificadas imediatamente pela equipe de saúde, para se traçar as medidas de prevenção e controle. Assim a Unidade de Saúde deve garantir o

funcionamento contínuo da sala de vacina, sem restrição de horários, para não se perder a oportunidade de vacinar toda a população. E quanto às equipes de saúde, essas devem se organizar para acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área e realizar o controle e a busca ativa de faltosos pelo arquivo de vacinação com a segunda via do cartão. A continuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nos serviços de saúde, possibilita ampliar a cobertura de vacinação em uma faixa etária (principalmente a partir dos 5 anos de vida) que não tem sido atingida pela ação dos serviços de saúde (BRASIL,2005).

Além disso, o Ministério da Saúde (2003, p. 25) traz que:

Torna-se cada vez mais evidente, no Brasil, que a vacina é o único meio para interromper a cadeia de transmissão de algumas doenças imunopreveníveis. O controle das doenças só será obtido se as coberturas alcançarem índices homogêneos para todos os subgrupos da população e em níveis considerados suficientes para reduzir a morbimortalidade por essas doenças.

Diante do exposto, ao se olhar o PNI no futuro, torna-se imprescindível vê-lo concretamente a partir de um amplo espectro de questões: no contexto da atenção à saúde como uma ação da atenção básica; no compromisso com a incorporação de novas vacinas e novos grupos populacionais; na clareza de que vacinação segura envolve o compromisso com a eficiência e a qualidade dos diferentes componentes da atividade; no compromisso com a investigação e a análise dos eventos adversos associados à vacinação; no investimento em capacitação dos profissionais envolvidos; na busca incessante por resultados que representem impacto real na situação das doenças imunopreveníveis sob vigilância (BRASIL, 2013).

Assim, para o Ministério da Saúde (2013, p. 88):

É essencial reconhecer e reafirmar a vacinação como ação intrinsecamente vinculada à atenção básica em saúde, como um cuidado preventivo de promoção e de proteção da saúde, oferecido, de modo geral, na porta de entrada do SUS. Conceber a vacinação nessa perspectiva é imprescindível a todos os envolvidos: equipes, gestores e profissionais. Uma ação de Saúde Pública que se concretiza a partir de uma unidade básica de saúde que integra um sistema municipal que compõe o sistema nacional de saúde. Uma ação realizada por uma equipe na qual o vacinador é peça-chave, mas que não prescinde da atuação e intervenção dos demais profissionais.

De maneira geral, a cobertura vacinal é na realidade um indicador de acesso ao PNI, podendo ser indicativo da efetividade do “Programa de Imunização”. A incidência e mortalidade, por sua vez, podem ser consideradas indicadores das medidas de controle de doenças que incluem a assistência médica, as ações de vigilância epidemiológica e as próprias atividades de vacinação (MORAES; RIBEIRO, 2008).

Em síntese o PNI é importante porque através das vacinas ele almeja o controle e/ou a erradicação de doenças, garantindo a oferta e qualidade das vacinas, reduzindo as taxas de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis.

2.3 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COMO FACILITADORES NO PROCESSO DE IMUNIZAÇÃO

No Brasil, a década de 1980, foi marcada por importantes mudanças no setor saúde, com experiências inovadoras e decisivas na implementação de um novo desenho na atenção à saúde da população. A criação do SUS, sua incorporação na Constituição de 1988, sua normatização por meio de leis infraconstitucionais, reafirmando seus princípios fundamentais, foram decisivos para a implementação de propostas de mudanças do modelo assistencial vigente. Tais propostas têm como um dos pontos de partida a criação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), que objetiva a redução da mortalidade infantil em alguns estados, por meio do seguimento às famílias em risco social (OLIVEIRA; PALHA, 2004).

O PACS do Ministério da Saúde foi criado a partir da experiência do Ceará, que foi iniciada em 1987, como parte de um programa emergencial de combate à seca. Em 1991, a experiência do Ceará foi institucionalizada como política oficial do Governo Federal, através do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) do Ministério da Saúde. O seu objetivo geral consistia em melhorar, através dos ACS, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 1994).

Mas efetivamente, no ano de 1994 foi implementado o Programa de Saúde da Família (PSF). A partir do sucesso de experiências internacionais, como Cuba, Canadá e Inglaterra, é que o Ministério da Saúde propõe a reorganização da Atenção Primária à Saúde. A proposta traz consigo uma série de inovações e desejos dos defensores de uma reforma sanitária, no sentido de reverter o modelo curativo centrado no indivíduo, transformando-o em um conjunto de ações que articulem indivíduo, família e comunidade em que a promoção de saúde, a prevenção de doenças, a cura e a reabilitação façam parte de um todo indivisível (OLIVEIRA; PALHA, 2004).

A partir de 1997, o PACS e o PSF passaram a serem prioridades do Plano de Metas do Ministério da Saúde. Documentos oficiais enfatizam a importância da ESF na reorientação do modelo de atenção a partir da AB e, ao mesmo tempo, consideram que esta estratégia pode imprimir nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde. Sustenta-se que o modelo procura agir sobre as necessidades em saúde, atuando preventivamente, ao invés de esperar a demanda espontânea orientada para a cura de doenças e médico centrada (BORNSTEIN; STOTZ, 2008a).

Em 10 de Julho de 2002, pela lei 10.507, foi criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Que de acordo com o Pacto pela Saúde são atribuições específicas do ACS: implantar ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade de saúde, levando sempre em consideração as características e o intento do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; trabalhar com as famílias cadastradas em sua microárea; estar em contato permanente com as mesmas para a realização de ações educativas, que visem à promoção da saúde e a prevenção das doenças; manter os cadastros de todas as famílias sempre atualizados; orientar quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar VD e ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, a respeito da ocorrência de situações de risco (BRASIL, 2006).

Segundo Nascimento e Nascimento (2005), o trabalho do ACS se produz pelo fato dele pertencer ao mesmo universo do usuário e, portanto, supostamente compreender os conflitos. Por essa mesma razão, a superação

das dificuldades é, em alguns casos, buscada por esse ator, a partir de uma perspectiva interior ao universo de sentido das pessoas da comunidade.

Hoje o profissional ACS, atua no apoio aos indivíduos e coletivos sociais, realizando atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos, por meio de ações educativas e de acompanhamento a indivíduos, famílias e grupos, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade, e de desenvolvimento de interações sociais. Estas características apontam para uma singularidade e especificidade profissional, que o situa na interface entre a saúde, ação social, educação e meio ambiente, materializando a intersectorialidade. Entretanto para o setor saúde, a formação do ACS requer, então, a identificação técnica, ética e humanística das competências que ele deve desenvolver para a realização de seu trabalho (MARQUES; PADILHA, 2004).

Para tanto, Alves e Santos (2007), traz algumas atribuições relacionadas ao trabalho do ACS que compreende o cumprimento de algumas etapas como: realizar o cadastramento das famílias de sua base geográfica; levantar e mapear as condições de saneamento básico de sua área, identificando as situações de risco; realizar VD do plano de metas, elevando sua frequência nas situações que requeiram atenção especial; executar a vigilância de crianças consideradas de risco; acompanhar, pela aferição e registro do peso e medida, o crescimento e o desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos; promover a imunização de crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência; identificar e orientar as gestantes para a importância do pré-natal na unidade de saúde de referência; realizar VD periódicas para monitoramento das gestantes quanto ao pré-natal; realizar busca ativa de portadores de doenças infecto-contagiosas; acompanhar, o tratamento de pessoas com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT); realizar atividades de promoção da saúde do idoso; ser cordial no trato com a comunidade; realizar outras ações e atividades que sejam definidas no planejamento local e/ou das equipes.

Corroborando Poz (2002) traz que, a partir de uma formação básica inicial para ações baseadas em vigilância de saúde, os ACS visitam as famílias das comunidades e proporcionam cuidados a doenças comuns, imunização, medicação e educação em saúde.

Diante desse contexto, o ACS, segundo normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 1995, p. 32) é:

[...] um agente de mudanças quando procura aprender com sua comunidade, com as experiências das pessoas, com os profissionais de saúde, compartilhando o que foi aprendido com a própria comunidade. Agindo assim, estará sempre num processo de aprendizagem e transformação, crescendo junto com as pessoas da sua comunidade no entender, no saber e no fazer, não somente na área de saúde, mas também no despertar do potencial humano e da consciência coletiva.

De acordo com Merhy (2003), o cotidiano de trabalho do agente comunitário constitui o lugar onde existe a permanente invasão de mundos, com produção de estranhamentos, ruídos e falhas, em um panorama repleto de significados, onde acordos e contratos existem e, ao mesmo tempo, onde os agentes impõem estranhamentos, quebras e linhas de fuga. Assim, a observação desse cotidiano possibilita a identificação de um mundo de subjetividades, significados, aspirações e modos específicos de produzir os processos de trabalho na realidade apresentada nos serviços de saúde.

Para tanto, no contexto da rotina de trabalho, a VD é a atividade mais importante, onde ao entrar na casa de uma família, o ACS entra não somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. A permissão de sua entrada representa algo muito significativo, que envolve confiança no mesmo, bem como merece todo seu respeito. É o que poderia ser chamado “procedimento de alta complexidade” ou pelo menos de “alta delicadeza” (BRASIL, 2009).

O programa de VD, no Brasil, é uma prática que visa conhecer os membros da família, com suas aspirações e problemas; saber seus principais problemas de saúde; descobrir suas condições de moradia, trabalho, hábitos, crenças, costumes, valores; descobrir o que as pessoas precisam saber para cuidar melhor de sua saúde; ajudá-las a pensar sobre seus problemas de saúde e a organizar suas ações para resolvê-las; descobrir quais famílias precisam de um acompanhamento mais frequente; prestar assistência à saúde no domicílio; transmitir-lhes práticas e conhecimentos de saúde que lhes permitam intervir de forma mais atuante e consciente em seu processo saúde doença; encaminhá-las a serviços de saúde e outros que se fizerem necessários, conforme seus problemas (BRASIL, 1997). Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos de

que a família dispõe. Pode ainda contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, uma vez que a VD é interpretada, frequentemente, como uma atenção diferenciada advinda do Serviço de Saúde.

Como membro da comunidade, o ACS porta um saber próprio sobre a localidade, o que lhe confere um olhar diferenciado do restante da equipe acerca dos problemas e necessidades da população. Um saber que se pode constituir de elemento capaz de potencializar o projeto terapêutico, ao mesmo tempo em que pode concentrar fatores geradores de conflitos entre a equipe e o ACS, entre a equipe e a família e entre o ACS e a família. Assim, ter clareza dos objetivos, planejar as ações, ter uma metodologia de abordagem, podem configurar medidas de proteção e de amenização destes e de outros riscos. A VD, organizada a partir de um planejamento coletivo com a equipe, opera com o caráter de sigilo de regras claras que visam à proteção, respeito e privacidade do usuário e do próprio ACS, ou outro membro da equipe (MOROSIN; CORBO, 2007).

Segundo Pedrosa e Teles (2001), após algum tempo da inclusão do ACS no PSF, alguns conflitos foram sendo superados, principalmente porque houve um aumento de divisão de responsabilidades, bem como uma melhora no acesso da população junto às unidades de saúde. Com isso, a população começou a valorizar mais o agente, devido principalmente à diminuição dos índices de agravos à saúde, como mortalidade infantil e adulta, controle das diarreias e presença do médico nas VDs agendadas pelos agentes, dentre outros, o que, de certa forma, trouxe resolubilidade aos problemas da população e maior satisfação do usuário.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, que busca conhecer de que forma os Agentes Comunitários de Saúde atuam para a efetivação do Programa Nacional de Imunização no município de Santo Antônio de Jesus-BA. Para tanto a pesquisa qualitativa investiga a pessoa, a sua realidade, o seu contexto, e os dados são interpretados através da linguagem escrita, falada ou observação da pessoa em estudo. O trabalho descritivo tem como finalidade observar, registrar, analisar, sem modificar os dados, procurando descobrir pontos de vista e opiniões (CERVO; BERVIAN, 2002).

Segundo MINAYO (2002), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, preocupando-se com as ciências sociais e com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, correspondendo a um espaço mais intrínseco das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

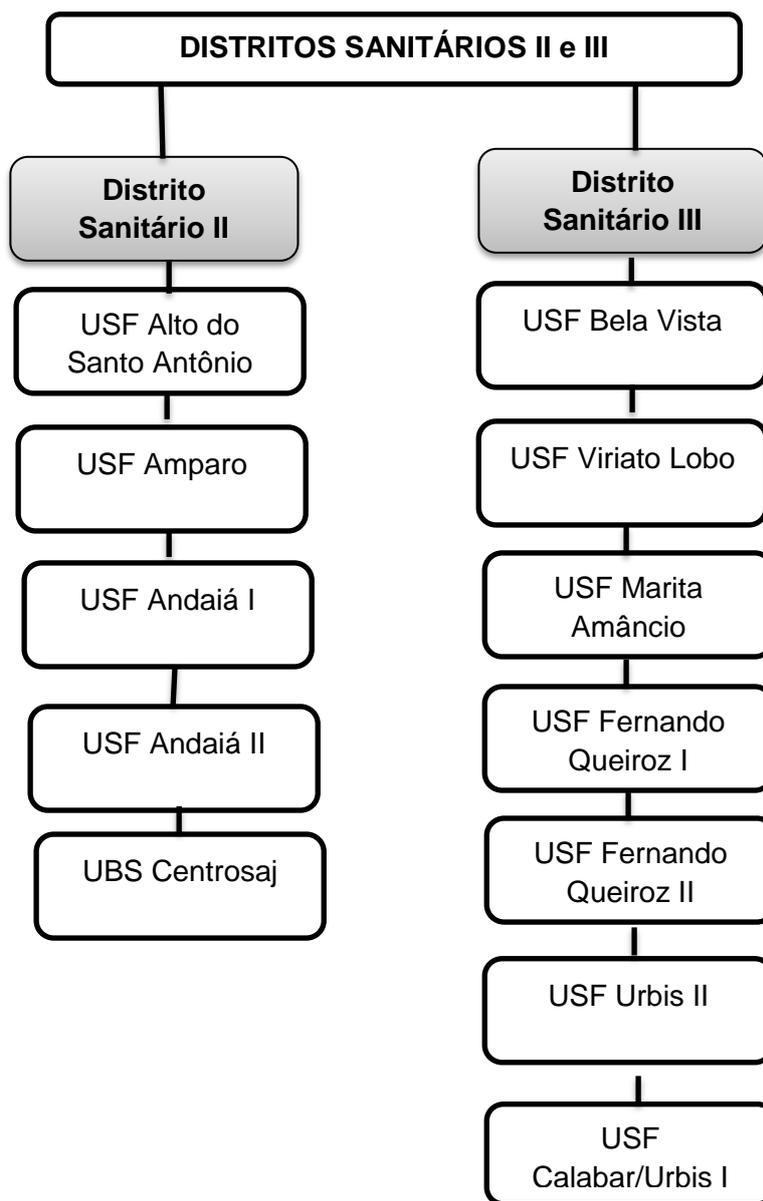
3.2 CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Santo Antônio de Jesus, situado à margem da BR 101, a 187 km da capital Salvador e com uma área geográfica de aproximadamente 261.348 km², e área demográfica de 348,14 (hab/Km²). Possui uma população de 90.985 em 2010, e população estimada em 2014 de 100.550 habitantes segundo dados do IBGE (2010). Sendo localizado na região do Recôncavo Sul do estado da Bahia, sua principal fonte de renda é o comércio, o qual é considerado pela região como o comércio mais barato da Bahia. Ainda, a partir do ano de 2003 até o momento o município assume a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Como campo de pesquisa foram selecionadas 11 USF e 1 UBS, dos Distritos Sanitários II e III, sendo todas localizadas na zona urbana. Estas

Unidades foram escolhidas para dar seguimento a uma pesquisa anterior realizada com os enfermeiros responsáveis pelas salas de vacina. Sendo que ambas as pesquisas, fazem parte de um projeto maior denominado “O Programa Nacional de Imunização na Rede de Atenção à Saúde no município de Santo Antônio de Jesus – BA”.

Segue abaixo a distribuição das Unidades de Saúde dos Distritos Sanitários II e III do Município de Santo Antônio de Jesus/BA, 2014:



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2014)

A organização da rede de atenção à saúde do Município inclui: o Hospital Maternidade Luis Argôlo, o Hospital Regional, 16 USFs na zona urbana, 3 na zona rural e 2 mistas entre a zona urbana e rural, 1 UBS, 1 Policlínica Municipal, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I e II, setor de Vigilância Epidemiológica (VIEP), Centro de Referência em Saúde do trabalhador- CEREST, 4ª Diretoria Regional de Saúde (4ª DIRES), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), dois hospitais privados e diversas clínicas privadas, além da Rede de Frio.

Segundo informações coletadas com a coordenadora da Rede de Frio, uma vez identificado um evento adverso pós-vacinal, a unidade de saúde notifica em formulário próprio e encaminha para a Rede de Frio, que analisa e encaminha para a 4ª DIRES, esta por sua vez encaminha para a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), para o grupo de trabalho de imunizações. Após analisado, recebe-se a retroalimentação da DIVEP de como proceder diante do fato, caso a vacina seja contra indicada eles encaminham via Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), um imunobiológico especial para a criança. Quando um usuário necessita de um imuno especial a unidade de saúde solicita a Rede de Frio através de um formulário próprio junto com a solicitação médica da vacina, o relatório médico e a xerox do cartão de vacina. Então a solicitação é encaminhada para a 4ª DIRES, que encaminham para o CRIE. Após análise da solicitação, se a pessoa estiver apta para receber aquela vacina, a mesma é então enviada para a Rede de Frio e entregue a unidade de saúde de referência do usuário para que o imuno especial chegue até ele.

O PNI define como Rede de Frio um complexo de ligação entre os níveis nacional, estadual, regional, municipal e local, incluindo o armazenamento, o transporte e a manipulação dos imunobiológicos em condições adequadas. As vacinas são conservadas em temperaturas específicas, levando em conta sua composição. No nível nacional, alguns imunobiológicos são conservados em temperaturas negativas, já no nível local todas são refrigeradas entre +2°C a +8°C, em refrigeradores exclusivos (BRASIL, 2001).

Olhar o futuro do PNI é pensar uma Rede de Frio de imunobiológicos cada vez mais eficiente, mais capaz de identificar situações de risco e de garantir um produto com qualidade, do começo ao fim da cadeia, quando a

vacina cumpre o propósito para o qual foi concebida: a capacidade de proteger a pessoa vacinada. É pensar, certamente, em um imunobiológico mais resistente à temperatura ambiente e aos riscos a que está submetido ao longo da cadeia (BRASIL, 2013).

O CRIE, criado pelo PNI, fornece assistência aos casos de eventos adversos pós-vacinais e também disponibiliza vacinas especiais às pessoas em situações clínicas específicas. Implantados pelo Ministério da Saúde em 1993, os CRIE são constituídos de infraestrutura e logística especial, onde, por meio da informatização e do sistema de monitoramento dos eventos adversos pós-vacinais acompanha o que acontece em todo o país e analisa os resultados das ações (BRASIL, 2006).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram 12 ACS pertencentes às USFs e UBS dos Distritos Sanitários II e III, os quais foram escolhidos aleatoriamente a partir de um sorteio, sendo selecionado 1 ACS por equipe. A participação se deu de forma voluntária, podendo o entrevistado desistir a qualquer momento antes, durante ou após responder as perguntas da entrevista. O instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada, direcionada aos ACS, (Apêndice B). Foi elaborado também, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice A), para cada um dos participantes envolvidos na pesquisa, explicando-lhes o objetivo do estudo e garantindo-lhes o anonimato das informações, sensibilizando-os dos riscos e benefícios bem como o direito a não participarem da pesquisa, dando cumprimento ao disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da realização de pesquisa com seres humanos. No intuito de esclarecer os mesmos a possibilidade de retirar a sua participação em qualquer tempo da pesquisa, os termos foram elaborados em duas vias, uma para cada parte interessada.

3.4 COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados nos campos de pesquisa, foi entregue à Coordenação de Integração Ensino-Serviço (CIES), na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), uma cópia do projeto da pesquisa, para que fosse emitida uma carta de anuência (Anexo A) liberando o campo para a coleta de dados. Posteriormente, o projeto de pesquisa, a carta de anuência e o TCLE foram submetidos à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRB.

Após a aprovação do CEP, o parecer foi encaminhado para o CIES para que fossem emitidas as cartas de apresentação (Anexo B), as quais seriam entregues aos enfermeiros, para que eles pudessem liberar as entrevistas que seriam realizadas com os ACS das Unidades pertencentes aos Distritos II e III.

Após essa etapa, os participantes da pesquisa foram selecionados aleatoriamente por meio de um sorteio e convidados a participar da pesquisa. Após o aceite foi entregue o TCLE para ser assinado, e posteriormente foram realizadas as entrevistas.

A coleta dos dados foi realizada utilizando dados primários, obtido mediante a entrevista semiestruturada, contendo perguntas norteadoras sobre o objetivo escolhido. Foi uma entrevista individual, realizada na própria unidade de saúde no período do mês de Junho a Agosto de 2014. As entrevistas foram gravadas, e logo após o áudio coletado foi transcrito na íntegra para posterior análise dos dados. As gravações foram arquivadas em uma mídia de CD, e entregues aos pesquisadores responsáveis do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFRB.

Para garantir o sigilo e anonimato dos entrevistados, foram-lhes atribuídos numeração com alusão ao tema, para que a identidade dos participantes da pesquisa fosse preservada.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta, os dados foram analisados e interpretados com base na análise e tratamento do material empírico e documental de Minayo (2009, p. 101), que é “o conjunto de procedimentos para valorizar, compreender,

interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto ou com outras leituras teóricas e interpretativas, cuja necessidade foi dada pelo trabalho em campo”.

A análise foi realizada em três etapas, apresentadas por Minayo (2010), a saber: Pré-análise, Exploração do Material, e Tratamento dos Resultados obtidos e Interpretação.

Na primeira etapa, a Pré-análise, foi realizada a transcrição das entrevistas, por meio de repetidas escutas, com o objetivo de obter a fidedignidade das falas dos entrevistados participantes da pesquisa.

Na segunda etapa, a Exploração do Material, foi feita a classificação dos dados através de uma leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, de forma exaustiva, buscando ter uma visão do todo para posterior identificação das coerências entre as informações, as convergências, divergências e diferenças durante as falas dos entrevistados. Para tanto, nessa etapa foram estabelecidas categorias para facilitar a classificação dos dados, através de um quadro comparativo.

Quadro 1- Categorias de Análise

Entrevistado	Categoria I	Categoria II	Categoria III	Categoria IV
Entrevistado 1				
Entrevistado 2				
Entrevistado 3				
Entrevistado 4				
Entrevistado 5				
Entrevistado 6				
Entrevistado 7				
Entrevistado 8				
Entrevistado 9				
Entrevistado 10				
Entrevistado 11				
Entrevistado 12				
Convergente				
Divergente				
Diferente				

Fonte: Autoras, (2014).

A partir da categorização, foi possível classificar os dados, como está evidenciada no quadro abaixo.

Quadro 2- Descrição das Categorias

Categoria I	Entendimento dos ACS sobre o PNI.
Categoria II	Ações que os ACS realizam durante suas visitas domiciliares para a efetivação do PNI.
Categoria III	Compreensão dos ACS sobre seu papel em relação a implementação do PNI.
Categoria IV	Facilidades e dificuldades vivenciadas pelos ACS para a efetivação do PNI.

Fonte: Autoras, (2014).

A terceira e última etapa, foi do Tratamento e Interpretação dos Resultados obtidos. Na qual segundo Gomes (2009), realiza-se uma exploração do material, fazendo a identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas no texto.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Toda pesquisa que envolve seres humanos deve estar respaldada legalmente. Dessa forma a pesquisa seguiu as Normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS nº 466/12 – sendo submetida

ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRB (CEP/UFRB), seguindo as exigências éticas e científicas de toda pesquisa que envolve seres humanos, seja individual ou coletivamente. Foi aprovada em 13 de Maio de 2014 com o número do parecer 645.678 (Anexo 3) e aconteceu mediante autorização do município. A coleta de dados se deu após a explicação dos objetivos da pesquisa e assinatura do TCLE pelos participantes envolvidos, autorizando a participação voluntária na pesquisa, com assinatura em duas vias, onde uma ficou com o entrevistado e outra com a pesquisadora, juntamente com o áudio das entrevistas gravadas em um CD por um período de 5 (cinco) anos.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Objetiva-se nesse capítulo apresentar e refletir os resultados obtidos a partir da gravação, transcrição, repetidas escutas e leituras das entrevistas, das quais foram obtidas quatro categorias.

A Categoria I, que está relacionada com o entendimento dos ACS a respeito do PNI.

A Categoria II, que diz respeito às ações que os ACS realizam durante suas visitas domiciliares para a efetivação do Programa.

A Categoria III, refere-se à compreensão dos ACS a respeito do seu papel em relação a implementação do PNI.

A Categoria IV, que visa conhecer as facilidades e dificuldades vivenciadas pelos ACS para a efetivação do PNI.

4.1 O ENTENDIMENTO DO ACS SOBRE O PNI

O PNI é um programa que disponibiliza um conjunto de vacinas à população, no intuito de promover a saúde e prevenir as chamadas doenças imunopreveníveis, seja através das vacinas de rotina disponíveis na Atenção Básica, seja por meio do CRIE, quando necessário.

É um programa herdeiro de experiências exitosas da Saúde Pública brasileira e protagonista de um novo momento, no qual a complexidade do quadro epidemiológico e o desenvolvimento de novas vacinas passaram a exigir uma maneira mais adequada e inédita de organização das ações de vacinação (SILVA, 2013). Neste contexto, o ACS 3 também reconhece que o PNI tem o objetivo de prevenir a população contra as epidemias através da produção de novas vacinas.

Na verdade ele é um **programa** que visa o **combate**, né? É, ter vacinas, para **prevenção de doenças**, ou seja a imunização de... é, doenças que pode vim a trazer epidemias, como a gente tem o

sarampo, a rubéola né, agora mesmo é, surgiu novas vacinas né, então tem, a visão de **imunização nacional** (ACS 3).

Em primeira instância, o PNI busca manter o controle de doenças imunopreveníveis através de amplas coberturas vacinais, para que a população possa ser provida de adequada proteção imunitária contra as doenças abrangidas pelo programa. Em vigência de surto ou epidemia de doença, cuja vacinação esteja incluída no PNI, podem ser adotadas medidas de controle que incluem a vacinação em massa da população-alvo: estado, município e creche, dentre outros (BRASIL, 2001).

Para uma maior abrangência da cobertura vacinal, o Ministério da Saúde traz que é imprescindível a incorporação de uma política de imunização cada vez mais inserida numa realidade de futuro, pressupondo um compromisso com a contínua inserção de novas vacinas e a agregação de outros grupos da população (BRASIL, 2013).

Além disso, algumas doenças preveníveis por vacina podem ser erradicadas por completo, não causando mais doença em nenhum local do mundo. Até hoje, a varíola é a única já erradicada mundialmente. O último registro da doença no mundo foi em 1977. Outra doença que está em processo de erradicação é a poliomielite. No continente americano, não há casos de poliomielite desde 1991. No entanto, ainda existem casos da doença em outros lugares do mundo como Índia, Paquistão, Afeganistão, Nigéria, Egito e Gana – países da África e Ásia (TOSCANO; KOSIM, 2003).

Os ACS 1, 2 e 5, compreendem o PNI como um programa abrangente, que abarca todos os grupos populacionais de diferentes faixas etárias, incluindo também os portadores de doenças crônicas, visando assim uma imunização a nível global. O que podemos conferir nas seguintes falas:

O PNI é um **programa** que visa **proteger** através das vacinas [...] o programa é excelente, ainda mais agora que todo ano são vacinas novas que chegam, as pessoas estão tendo mais acesso [...] (ACS 1).

Eu acho que é um **programa** que é pra atuar na imunização das vacinas, abranger, todo o quadro de crianças e adultos para que atinja a **meta** necessária (ACS 2).

Eu entendo assim, que o PNI é um **programa** inserido na rede de atenção básica do município que é [...] pra **imunizar** as pessoas,

crianças, adolescentes, idosos, e **peças que tem problemas crônicos** também, e assim muitas das vezes também, tem aquele tipo de vacinação que é uma **multivacinação** que na maioria abrange quase todo tipo de pessoas (ACS 5).

[...] para que a criança venha está em dias com a vacina, não só as crianças, mais os idosos né, aqueles pacientes também que **trabalham com risco**, no caso salão de beleza né, pessoas que corre **risco de se contaminar** com algum tipo de bactéria [...] falar da importância dos homens também estarem tomando a vacina contra o tétano, das gestantes tomar as doses de vacina corretamente [...] (ACS 8).

Os entrevistados acima compreendem o PNI para além das crianças, veem sua cobertura para adolescentes, adultos, homens, gestantes, idosos e portadores de doenças crônicas. Em 2014, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, lançou a 16ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Nesta campanha, além de indivíduos com 60 anos ou mais de idade, foram vacinados os trabalhadores de saúde, os povos indígenas, as crianças na faixa etária de 6 meses a menores de 5 anos de idade, as gestantes, as puérperas até 45 dias após o parto, os grupos portadores de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais, a população privada de liberdade e os funcionários do sistema prisional (BRASIL, 2014).

A multivacinação visa abranger toda comunidade, com o objetivo de atualizar e/ou dar continuidade ao esquema vacinal iniciado ou abandonado anteriormente. França et al., (2009), ressalta que a possibilidade de nem todas as pessoas estarem imunizadas, faz com que o PNI desenvolva estratégias de cobertura objetivando vacinar 100% das crianças menores de um ano com todas as vacinas elencadas no calendário básico. Para alcance das metas, ocorre pactuação entre os conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde e utiliza-se de estratégias de promoção da saúde para possibilitar à sociedade maior compreensão sobre os benefícios das vacinas para a saúde individual e coletiva.

Dentre as próximas falas, percebe-se que o ACS 10 traz algo diferente dos demais, quando ele se refere à inclusão da vacina Papilomavírus Humano (HPV) no calendário vacinal dos adolescentes. Contribuindo com a fala do

mesmo, a Sociedade Brasileira de Imunização (2012), aborda que em relação ao HPV, sempre que possível, e preferencialmente, a vacina contra o HPV deve ser aplicada na adolescência, antes de iniciada a vida sexual, entre 11 e 12 anos de idade. Para tanto duas vacinas estão disponíveis no Brasil: uma contendo os soros tipos 6, 11, 16, 18 de HPV com esquema de 0-2-6 meses, indicada para meninas, meninos e jovens de nove a 26 anos de idade, disponível na rede privada; outra, contendo os soros tipos 16 e 18 de HPV com esquema de 0-1-6 meses, indicada para meninas e mulheres de dez a vinte e cinco anos de idade.

[...] hoje em dia tem vacinas mesmo como agora a da **HPV** que está incluída no calendário, isso para os adolescentes (ACS 10).

Vale destacar que pelo PNI a vacinação contra o HPV foi incluída no calendário vacinal de imunização e está disponível na rede pública para meninas em idade anterior ao início da atividade sexual, variando entre 9 a 14 anos, concentrando-se entre 10 a 12 anos. A delimitação para esta faixa etária corresponde há um estudo de coorte que o Ministério da Saúde está investindo com o objetivo de prevenir o contágio antes do início da vida sexual. Isso porque a vacina contra o papilomavírus seria menos eficaz em mulheres adultas com vida sexual ativa e que já se expuseram ao risco de contaminação (NOVAES *et al.*, 2012).

Os ACS 6, 7 e 9 a seguir, apontam o PNI como um programa voltado para promoção da saúde e prevenção das doenças, trazendo o termo profilaxia como sinônimo de prevenção. Deveras, a profilaxia refere-se ao conjunto de medidas que têm por finalidade prevenir ou amenizarr as doenças, suas complicações e consequências. Corroborando com essa ideia, em entrevista ao Programa de Rádio Viva a Vida da Pastoral da Criança, a Enfermeira da Coordenação Nacional da Pastoral, Regina Reinaldin, traz que as vacinas são uma grande conquista da medicina e que elas protegem o corpo humano contra vírus e bactérias que causam vários tipos de doenças graves e que podem afetar a vida das pessoas e até mesmo levá-las a morte. A mesma ainda acrescenta que as vacinas acabaram com muitas doenças que antigamente atingiam as crianças, como a paralisia infantil, o sarampo e tantas

outras. Hoje, com as vacinas, não se vê tantas crianças sofrendo dessas doenças e que é muito mais fácil a gente prevenir as doenças do que ficar tratando.

[...] o objetivo do PNI é está minimizando tipos de doenças que pode está agravando a sociedade em geral (ACS 6).

[...] O PNI é um **programa** voltado para a promoção da imunização (ACS 7).

O PNI que eu entendo é a **profilaxia** que é a prevenção das doenças que podem acontecer futuramente (ACS 9).

Na fala abaixo pode-se perceber que o ACS 11, possui uma visão do PNI como um programa verticalizado, onde o trabalho se dá de forma sequenciada, quando ele relata a realização de uma série de eventos. Sendo que o primeiro é referente às campanhas, o segundo, às VDs para avisar sobre a campanha, e por fim se o usuário não comparece a unidade para se vacinar durante o período da campanha, culmina em o ACS levar o vacinador até o domicílio.

[...] bem do programa eu não sei. Sei que tem as **campanhas** e nessas campanhas a gente está inserido, a gente **vai na casa das pessoas**, convida para vir tomar a vacina, quando as pessoas não vêm ao posto, a gente vai com o vacinador até a casa para vacinar (ACS 11).

Para Figueiredo *et al.* (2011), a vacinação, como importante cuidado protetor para a saúde da criança, implica na articulação entre família, serviço de saúde e comunidade. O envolvimento e responsabilização de todos facilitariam a oportunidade de imunização.

O ACS 12 entende que o PNI também é um programa que defende o direito da criança de ser vacinada.

É um programa que visa o cuidado com as crianças de 0 a 5 anos, principalmente. Então é um programa que defende o **direito da criança** de ser vacinada [...] (ACS 12).

A vacinação de rotina realizada pelo serviço de saúde, bem como campanhas, são fatores que influenciam na redução da mortalidade infantil. Por isso, toda criança deve ser vacinada, mesmo que já tenha recebido todas as vacinas de rotina, pois elas só protegem das doenças se a criança tomar todas as doses, inclusive as de reforço (GONÇALVES; MACHADO, 2008).

No que diz respeito a defesa do direito da criança, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) representa um marco importante nas questões que envolvem crianças e adolescentes no sentido de romper com o ciclo de reprodução da violência aprendida e aceitável até então. Com o ECA alguns padrões de comportamentos considerados inadequados ou prejudiciais à criança passam a não serem aceitos como outrora ocorria (KUASNE, 2008). Entendendo que estar vacinada é um direito da criança, e o não vacinar é considerado como ato de negligência por parte dos responsáveis, defender esse direito faz-se necessário.

O entendimento dos ACS sobre o PNI e a compreensão do real objetivo do programa, possibilita esses profissionais buscarem veementemente a efetivação do mesmo tanto a nível individual como coletivo na sua microárea de abrangência, contribuindo para o aumento da cobertura vacinal.

4.2 AS AÇÕES QUE OS ACS REALIZAM DURANTE SUAS VISITAS DOMICILIARES PARA A EFETIVAÇÃO DO PNI.

Durante a análise das entrevistas, algumas falas da categoria II demonstraram similaridades. Essas semelhanças entre a atuação dos ACS e as estratégias desenvolvidas para obtenção dos objetivos propostos pelo PNI, reafirmam a ideia de que esses trabalhadores da área de saúde estão empenhados para uma cobertura vacinal eficiente nas suas microáreas, e isso pode ser verificado a partir dos discursos dos entrevistados 1, 6 e 12.

Primeiro o que faço é a **busca ativa** né, durante as visitas **oriento** as mães, olho os cartões de vacina, **vejo** as vacinas [...] que a unidade oferece, vejo as que estão em dias, as que estão faltando e

conscientizo elas para trazerem aqui pra unidade para poderem tomar as vacinas (ACS 1).

Bem, o que eu faço de ação, é tá **incentivando** as pessoas a estarem indo na unidade de saúde para está atualizando os seus cartões de vacinais. [...], eu acredito que só a **conscientização**, e fazendo a **busca ativa** das pessoas que não tem o **compromisso de tá se atualizando**, atualizando as vacinas (ACS 6).

[...] a gente faz o **acompanhamento** do cartão de vacina, **vê** as datas que a criança tem que ser vacinada, vê se tem vacina atrasada, e quando está próximo de vencer a data da criança ser vacinada [...] a gente as vezes vai com a técnica de enfermagem lá e vacina (ACS 12).

A busca ativa dos faltosos se dá de forma permanente e planejada por meio de VD, que é um atributo associado à profissão dos ACS constituindo-se como referência no processo de trabalho, embora não sendo uma atividade privativa apenas destes profissionais. As VDs periódicas ocupam quase toda jornada de trabalho dos ACS, tendo como objetivo transmitir à comunidade, as informações sobre a necessidade de manter o calendário vacinal em dia, reforçando a importância do comparecimento ao serviço de saúde e na oportunidade também investigar o motivo da sua falta.

Como forma de realização da busca ativa os ACS utilizam as VDs, pautando-se prioritariamente em ações educativas de promoção da saúde, articuladas às atividades com este propósito, geradas nos demais segmentos da comunidade. Nesta perspectiva, a VD é uma das principais ferramentas utilizadas pelo ACS, que é guiada também pelos programas de saúde, tendo como foco a população de risco, ou seja, as gestantes, crianças e idosos. Contudo, a VD desenvolvida pelo ACS é uma mediação para o desenvolvimento dos diferentes processos vinculados ao cuidado que abarca a atenção básica (MOROSINI; CORBO, 2007).

De acordo com Cunha (2005), a realização da VD permite aos profissionais da equipe conhecer o dia a dia de cada família e de cada indivíduo que a compõe, e conseguir vínculos terapêuticos para desenvolverem intervenções necessárias. Muitas vezes, nota-se que a impressão errônea das pessoas ou das famílias obtida dentro de um consultório, se desfaz na realização de uma VD, permitindo abordagens mais precisas e reais. Para os usuários e familiares, a obtenção da VD significa um atendimento especial, um

comprometimento da equipe, capaz de promover melhor receptividade às propostas terapêuticas.

No Município estudado observa-se, que na situação de crianças com o calendário em atraso, a identificação é feita através da verificação da caderneta da criança no domicílio e também por meio do cartão espelho, que encontra-se uma cópia com os ACS e outra arquivada na sala de vacinação da USF, com o objetivo manter as informações para que caso haja alguma necessidade de resgate dessas informações por motivo de perda, extravio ou mal uso, elas sejam facilmente disponibilizadas para o usuário, não precisando que o mesmo, inicie todo o esquema vacinal novamente.

Devido a tal importância do cartão espelho, uma sugestão a ser pensada, seria a possibilidade de todos os usuários da atenção básica também terem seus dados vacinais arquivados na USF, com forma de controle dos dados, redução de custos para o sistema quando pensamos em iniciar um novo esquema vacinal com as mesmas vacinas já administradas e a não exposição do paciente a algum tipo de reação como, por exemplo, a reação de Arthus, que é uma reação do tipo III, provocadas pela formação de complexos imunes, que levam à vasculite e à necrose tecidual no sítio da aplicação, que pode ocorrer após número exagerado de doses de vacinas (BRASIL, 2008).

[...] nós usamos o **cartão espelho** que é uma cópia do cartão que nós ficamos em nossas mãos, porque assim quando a mãe esquece ou acontece de perder, então o cartão espelho é uma coisa boa, uma prova boa porque ela perdendo tem como ela recuperar este cartão, pra que a criança não possa tomar novamente todas as vacinas, porque perdendo o cartão corre o risco de tomar todas as vacinas (ACS 5).

[...] eu **vou nas casas**, peço as mães o cartão da criança de vacina, **olho** todas as vacinas, se está em dias, faço o **cartão espelho** também pra mim para eu acompanhar também essas vacinas, e as mãe que não tiver com vacinas em dias a gente vai **orientar** a ela. A gente fala também da importância do filho dela está imunizado, a importância da vacina para o filho dela (ACS 10).

A gente vê cartão da criança se tem alguma vacina sem tomar, a gente manda para o posto tomar, a gente volta de novo para saber, verificar se tomou. A gente tem o **cartão espelho** da criança, o adulto também a gente vê as vacinas, [...] e gestante também (ACS 11).

Segundo a coordenadora atual do Programa Estadual de Imunização da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP), Francisca Santos, o cartão de vacinação, além de possibilitar o controle das vacinas que se precisa tomar ou reforçar, é indispensável para viajantes em trânsito internacional ou que se deslocam às áreas endêmicas. A falta da vacina e de sua comprovação pode impedir o embarque no avião e, caso o indivíduo consiga chegar ao destino desejado, corre risco de ser deportado, o que causa muito mais transtorno e prejuízo. Além disso, o cartão de vacinação é um documento exigido por empresas no processo de admissão (PORTAL RN, 2014).

A coordenadora ainda explica que não há no país uma cultura de se tratar o cartão de vacinação como um documento oficial. As pessoas participam das campanhas de vacina, recebem o documento, mas não guardam com o devido cuidado e, às vezes, até o perdem. Quando se deparam com outras ações de mobilização do PNI, vão aos postos de saúde e muitas vezes tomam a mesma vacina. Dessa forma terminam fazendo uso indiscriminado do insumo e correm o risco de ser alvo de efeitos adversos (PORTAL RN, 2014).

Entendendo a importância de ter o cartão de vacina como um documento, na fala seguinte o ACS 3 verbaliza que dentre suas ações ele está sempre incentivando quanto ao cuidado com o cartão.

[...] incentivando que tenha o **cartão de vacina como um documento**, pois ele é muito útil né? E isso é o que vale para a imunização, por que tomou a vacina mais não tem o cartão é como se não tivesse tomado. [...] está vacinado é tão importante quanto ter o cartão [...] (ACS 3).

Segundo a ouvidoria geral do Estado da Bahia, o cartão SUS é um documento projetado para facilitar o acesso à rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, fornecer informações sobre o usuário do sistema em qualquer ponto do País, organizar e sistematizar dados sobre os atendimentos prestados aos usuários (BAHIA, 2014). Seria de grande relevância a associação dos dados vacinais dos cidadãos ao cartão SUS com o objetivo de preservar as informações referentes a imunização, fortalecer as ações de promoção a saúde e prevenção de doenças.

De modo geral, os ACS do presente estudo também atestaram que realizam atividades educativas voltadas para a imunoprevenção, utilizando-se

do espaço da sala de espera nas unidades de saúde, e de outros espaços disponíveis na comunidade como exemplo das escolas e praças. Albuquerque e Stotz (2004) consideram que, pelo fato de a atenção básica ser o principal *locus* para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e sendo a USF a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial, este pode ser considerado um ambiente favorável ao desenvolvimento da educação popular em saúde.

As vezes na unidade a gente faz é, **palestras educativas** e com grupos de crianças de adolescentes no caso agora a mais recente foi com adolescentes nas escolas pra poder falar da importância da vacina e conscientizando cada vez mais né (ACS 1).

E tá buscando também essas pessoas para unidade de saúde, para tá participando de **palestras educativas** afim de... é, ter um entendimento melhor sobre a questão da importância do... da imunização (ACS 6).

[...] **palestras** também, [...] faz **sala de espera** também para ajudar alertar os pais quanto à necessidade da vacinação (ACS 7).

[...] quando tem campanha a gente faz **palestras** aqui no posto, faz em escolas e até em praças a gente já tá, a gente já fez palestras (ACS 11).

Como estratégia para alcançar melhores resultados no processo de imunização, os ACS relatam a formação de grupos para a realização de palestras, o que pode sinalizar um modelo tradicional na prática educativa.

Neste sentido, estudo com trabalhadores da atenção básica envolvidos com o Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo em um município baiano aponta que as ações de educação para a saúde na USF acontecem de modo piramidal, hierarquizado, verticalizado, unidirecional e sem troca de saberes (MONTES, 2012).

Estes achados podem estar relacionados à dificuldade encontrada pelos profissionais de abandonarem o referido modelo em virtude de sua hegemonia historicamente construída e, além disso, da dificuldade de implantação dos pressupostos presentes no modelo radical (ABRAHÃO; GARCIA, 2009; OLIVEIRA; 2005; GAZZINELLI et al., 2005).

Contudo, Molina *et al.* (2007), afirmam que para promover o aumento da cobertura vacinal, os profissionais de saúde devem zelar pela imunização das crianças, desde seu nascimento ainda no hospital, prosseguindo com a VD, e

sempre que este venha à unidade otimizar as oportunidades de imunização se necessário for.

Pode-se notar nas falas abaixo, que os ACS relatam em algum momento da entrevista sobre a utilização de outras estratégias, além da formação de grupos e a execução de palestras, para o alcance da cobertura vacinal.

[...] eu **incentivo** muito ao **peso** pra que elas também venham a levar a criança não só quando tem vacina mais também quando tem o peso para acompanhar o desenvolvimento das crianças (ACS 2).

[...] nós observamos as vacinas se está em dia, **peso**, tudo relativo que tá no cartão de vacina. Então nós observamos, quando tem uma vacina atrasada, nós **alertamos** logo os pais responsáveis para levar aquela criança pra a vacinação. Então através de visitas, nós **identificamos**, [...] nas ações a gente **traça estratégias** em cima dos cartões de vacina. quando a campanha ali mesmo, a gente sai, **anuncia em rádios** também, [...] **orienta** aos pais [...] (ACS 7).

[...] no dia-a-dia do nosso trabalho nós estamos ali, nas casas, nas visitas domiciliares, **orientando**, observando esse cartão, observando o gráfico, avaliando o **peso** da criança, avaliando as doses se foram dadas na data certa, as datas que estão atrasadas, e assim orientando e fazendo com que as mães venham trazer suas crianças a unidade [...] (ACS 8).

Além das estratégias relatadas, pôde-se observar que os ACS através do controle vacinal, têm também o acesso e a oportunidade de verificar a caderneta da criança para obter outras informações referentes ao crescimento e desenvolvimento, utilizando-se dos gráficos de peso e altura que estão introduzidos na caderneta. A Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil traz que, o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, e que envolve o registro no Cartão da Criança da avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) (BRASIL, 2004).

Entende-se, ainda, que o cumprimento do calendário de vacinação, é um pré-requisito para que a população seja contemplada com programas sociais do Governo, a exemplo da Bolsa Família que sem dúvida, tem feito com que os pais se preocupem mais com esta questão (FRANÇA *et al.*, 2009).

A vacinação em gestantes contribui para a imunização via transplacentária. A imunidade está classificada em natural ou artificial, podendo ser natural passiva, adquirida por via placentária, natural ativa adquirida em consequência de uma doença. A artificial também tem a mesma divisão, sendo que a passiva é obtida através da inoculação de soros e a ativa é obtida a partir da aplicação de vacinas (SANTOS; ALBUQUERQUE; SAMPAIO, 2005), o que torna a vacinação uma ferramenta importante para as ações de imunização.

Começa pela mãe, ela está **gestante** ela começa também tomar as vacina, [...] depois que a criança nasce, vai ser a criança. Nas ações rotineiras, sempre quando eu vou na casa, eu vou falar não é da mãe, e sim da criança, que é o foco, por que a mãe já foi gestante, puérpera né, já tomou a vacina dela (ACS 9).

[...] a gente convida as **gestantes** e elas já começam a ser orientadas quanto à importância da vacina já na gestação não é? Para elas já terem consciência que a criança tem que ser vacinada nas datas que está feito o aprazamento no cartão de vacina (ACS 12).

[...] as **gestantes**, elas precisam ser imunizadas principalmente no início da gravidez [...] (ACS 5).

[...] não só aquelas vacinas do pré-natal, mais **vacinas novas** que antes as gestantes não tomavam e que agora elas já fazem também parte desse calendário vacinal (ACS 8).

Em se tratando da imunização durante o período gestacional, a vacinação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. É durante o pré-natal que muitas mulheres sabem da importância da vacinação, através do acompanhamento por um profissional qualificado e apto a fornecer as informações inerentes à evolução da gestação e promover boas condições de saúde para a gestante e para a criança (BRASIL, 2005).

Após análise das falas, percebe-se que de forma geral, os ACS entrevistados relataram desenvolver ações preconizadas pelo Ministério da Saúde em busca da melhoria da qualidade da assistência dos usuários do sistema de saúde público, por conseguinte contribuindo também para a

implementação do PNI, utilizando as VDs e ações de educação em saúde como estratégias fundamentais para a efetivação do PNI.

4.3 COMPREENSÃO DO PAPEL DO ACS EM RELAÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DO PNI

Os vários papéis que o ACS assume perante a comunidade, torna seu trabalho ainda mais importante, indo muito além das atribuições definidas para tal função, por ser ele o representante do poder público e se sentir responsável pelas famílias que atende, de forma que a população o identifica como o articulador entre os problemas pessoais ou coletivos em situações de risco eminente (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Desse modo, pode-se observar que os entrevistados abaixo, relatam reconhecerem seu papel como muito importante e fundamental, pois eles tanto levam como buscam informações, fazem as VD para se apropriarem e conhecerem as dúvidas, atualizam a comunidade sobre todos os assuntos referentes à saúde, alertam, avisam, incentivam, convencem e orientam, com o objetivo de aumentar o índice de prevenção de doenças.

[...] eu acho **fundamental** com certeza, por que [...] depende de nós **levar as informações** corretas, **buscar informações e incentivar** [...] a gente conversa com eles, convence, ao **convencer** ele, ele convence mais alguém (ACS 2).

[...] É **importante** né, por que agente fazendo essa busca né, e **conscientizando** as pessoas [...] **alertando** as pessoas, **avisando, informando** né, está informado hoje previne bastante uma catástrofe futura. É por que o nosso papel é de **informação** é de **orientação**, esse papel o agente comunitário precisa, está informando a comunidade a importância né, de está se **atualizando** a respeito do calendário vacinal (ACS 3).

Para Picetti (2005), não existe reflexão e ação fora da relação homem-realidade, essa relação implica a transformação do mundo, sendo que seu produto condiciona a ação e a reflexão. Quando os ACS trazem em seus discursos que dentre suas atribuições estão a informação e a orientação,

compreende-se que os mesmos se reportam a questão de informar/orientar para obter posteriormente o *feedback* a respeito do desenvolvimento de novas ações para a promoção da saúde por parte da população.

Eu acho assim muito **importante**, porque se não fosse o agente comunitário, a gente não saberia qual a criança que está imunizada ou não (ACS 10).

[...] o papel do agente é **preventivo e educativo** [...] (ACS 5).

[...] nós estamos buscando assim, fazer o melhor porque sabemos que o **cuidado** fica bem mais barato do que o tratamento né? Sabemos que a **prevenção** ainda é o melhor remédio (ACS 8).

No processo de promoção da saúde, o ACS possui um papel fundamental, pois o mesmo tempo que ele conduz as informações sobre saúde, meio ambiente e ação social, ele atua na coleta de dados através do diagnóstico sobre a real situação de saúde dos moradores de sua microárea, estimulando assim a promoção da saúde e a prevenção das doenças. Corroborando com essa ideia Levy, Matos e Tomita (2004), afirmam que o ACS é preparado para orientar as famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade, assumindo o papel de sujeito educativo, produzindo conhecimentos, estimulando a reflexão e a capacidade de análise crítica, incluindo a prática diária como um dos determinantes de seu aprendizado, na busca de solucionar problemas na comunidade.

É muito **importante**, é um papel **fundamental**, porque se não fosse os agente, quem ia **fazer a busca, orientar, ir nas casas, saber quais são as dúvidas** [...] ajuda também a sempre aumentar o índice da prevenção (ACS 4).

[...] o agente comunitário tem o papel de **ir na comunidade**, para está **alertando, incentivando, orientando**, [...] através das visitas domiciliares a gente tem a oportunidade de **mostrar**, de incentivar [...] promover mesmo a imunização [...] é super **importante**, a visita do agente comunitário, tem um papel de **orientar** mesmo, de **promover** mesmo a imunização né, a vacinação (ACS 7).

Como autora do estudo, faço a inferência que o ACS possui a liberdade de ir e vir nas comunidades, pois ele é o responsável direto de parte do

território de abrangência da USF, logo ele conquista uma liberdade de circulação que se dá de forma natural, quer seja em áreas de risco ou não. Essa mesma liberdade não é concedida a outros membros da equipe os quais estão sujeitos a sofrerem um estranhamento por parte da comunidade. Dessa forma percebe-se que há uma relação de interdependência entre os ACS e os demais integrantes.

A territorialização, largamente utilizada na educação em saúde e etapa inicial da implantação das Equipes de Saúde da Família, caracteriza-se por ser um processo de observação, identificação e reconhecimento de área e engloba um conjunto de ações para identificação de barreiras geográficas e das condições sanitárias locais, além de caracterização dos aspectos socioeconômicos e culturais, com a finalidade de conhecer as necessidades de saúde de uma comunidade, para que as ações de saúde se tornem mais objetivas, precisas e eficazes na sua realização (ALMEIDA; MIRANDA; ARAÚJO, 2005).

O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. Essa proposta, contida no novo modelo de vigilância em saúde, é justificada pelo agravamento das desigualdades sociais associado a uma segregação espacial aguda, que restringem o acesso da população a melhores condições de vida (MONKEN; BARCELLOS 2005).

Devido a dinâmica do trabalho, o ACS pode atuar em microáreas distintas nas quais podem estar incluídas áreas de risco, conforme observa-se na fala abaixo.

[...] minha área tem **área de risco** também, apesar de ser uma área que diz que é nobre [...] (ACS 9).

A área de risco é definida por Machado *et al.* (2012), como território que a partir de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais torna-se possível identificar uma vulnerabilidade maior de determinada população a fatores e

situações de risco relevantes (esgoto a céu aberto, violência e barreiras de acessibilidade) que culminam numa probabilidade maior de adoecimento.

Dentre os territórios definidos pela ESF, a chamada microárea de risco constitui-se, sem nenhuma dúvida, a mais polêmica e de difícil definição quanto à sua delimitação territorial. São áreas 'segregadas espacialmente' que circunscrevem uma área de atuação para a equipe de saúde, por se tratarem de contextos de vulnerabilidade para a saúde (MONKE; BARCELLOS, 2008).

A seguir, os ACS 6 e 12 utilizam o termo conscientizar para alcançar o objetivo de promoção da saúde. Nesse contexto Picetti (2005) discorre que, a conscientização é concebida como mais que uma tomada de consciência, e sim como um processo que supõe a superação da falsa consciência e da consciência ingênua, pressupondo uma melhor inserção crítica do sujeito conscientizado numa realidade desmitificada.

[...] acho mesmo a questão da conscientização, nosso papel de **conscientizar** essas famílias (ACS 6).

[...] levar o **conhecimento** as famílias, [...] levar a **orientação**, [...] eles são **conscientizados** [...] (ACS 12).

Não constitui-se apenas papel do ACS manter vigilância em saúde das crianças que encontram-se com o calendário vacinal desatualizado, visto que é uma responsabilidade de toda sociedade, pois uma criança vivendo em situação de vulnerabilidade para adquirir algum tipo de doença imunoprevenível, torna-se um fator de risco para outras crianças e também para os adultos que convivem com a mesma. Observa-se que a fala do ACS 11 difere-se dos demais, onde ele traz algo importante como sendo papel de todos.

[...] o meu papel eu acho que é assim, de grande importância [...] eu acho que o papel não é só do agente comunitário, que se tem **uma creche** que a criança vai com o cartão de vacina pra uma creche o pessoal da coordenação lá, tem que **ver a vacina** que a criança está sem tomar, por que além de prejudicar essa, está **prejudicando ainda as crianças que está lá** (ACS 11).

Sendo um profissional que obrigatoriamente reside na área onde executa suas atividades, devendo, portanto, entre outras atribuições, ser o

responsável por melhorar o acesso da sua comunidade aos serviços de saúde, o ACS torna-se um elo de ligação entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. A partir do momento em que o ACS é integrado à ESF, ele passa a conhecer quais são suas responsabilidades (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008). Muito mais que saber e conhecer sobre o trabalho do ACS, é necessário que todos os gestores, trabalhadores de saúde, trabalhadores da educação e comunidade, trabalhem junto com os ACS, formando parcerias para efetivação da saúde.

[...] um **elo** né, entre a unidade de saúde e a comunidade, acho que o ACS é o principal **motivador** e **incentivador** de está buscando, incentivar essas famílias a estarem participando do Programa Nacional de Imunização [...] (ACS 6).

O papel do agente comunitário é um papel muito **importante**, por que nós somos, como vocês costumam falar nas palestras, nos encontros, nós somos o **elo de ligação**, né? É através do nosso trabalho que as pessoas buscam mais as unidades de saúde (ACS 8).

[...] intercâmbio entre agente e o posto de saúde [...] (ACS 9).

A percepção dos ACS de ser o elo entre a comunidade e o serviço de saúde os coloca em uma posição privilegiada, no que diz respeito em conhecer sua microárea de atuação e ser o informante da situação de saúde daquela comunidade para a equipe. A partir desse contexto os ACS supracitados se reconhecem no desenvolvimento do seu papel, como pilares do serviço de saúde, consolidando pontes de acesso e troca de informações entre a comunidade e o serviço.

O elo de ligação delinea um mecanismo de comunicação onde há um emissor e um receptor. Assim, a palavra, a informação, a expressão verbal e não verbal, são codificadas pelo agente comunitário que comunica-se com a USF, a comunidade e os mais diversos núcleos familiares.

O profissional que trabalha com a saúde pública sabe ou precisa saber o quão é importante o trabalho dos ACS, principalmente porque eles são os pilares dos programas de saúde voltados para a atenção básica, instituídos pelo governo, servindo de comunicadores e tradutores desses programas para

a população, além de serem um elo de ligação entre os outros profissionais e a comunidade (ESPÍNOLA; COSTA, 2006).

Muito **importante** [...] como o povo fala que nós **somos a ponta**, e eu mim considero a ponta, eu! Por que através da gente é que leva para o **Governo Federal** todas as informações, quantas doses de vacina vêm, devido às listas que nós fazemos (ACS 9).

O trabalho do ACS está consolidado no ir e vir, possibilitando assim a capilaridade da Atenção Básica que segundo a política nacional da AB, é desenvolvida com alto grau de descentralização, estando cada vez mais próximas da vida das pessoas e facilitando o acesso aos serviços de saúde as populações antes desprovida de cuidados, pelo fato de se encontrarem isoladas em comunidades distantes (Brasil, 2006).

Esta capilaridade contribui para o alcance das pessoas, facilitando inclusive a efetivação do PNI. Em consonância com essa ideia, Mendes (2012) expõe que é bom lembrar que o SUS é a política social de maior capilaridade no Brasil, que chega com legitimidade e regularidade aos domicílios de mais da metade de nossa população, especialmente através dos ACS.

O ACS 9 pontuou também que as informações coletadas são conduzidas ao Governo Federal. Jaeger (2003), expõe que no processo de comunicação escrita e formal, o ACS também é responsável pelo preenchimento dos Instrumentos do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), em especial, as fichas de atenção à criança, à gestante e as referentes às doenças sob controle na saúde. O instrumento permite o registro de diversas informações de interesse das equipes e do gestor municipal, relativas à saúde da população coberta e ao andamento das atividades das equipes. Essas informações são importantes para a prevenção e a promoção de saúde.

Para garantir a integração dos sistemas, o Ministério da Saúde desenvolveu o e-SUS, que se configura como uma estratégia que faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é, sobretudo facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde e para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à população.

A seguir o ACS 1, acrescenta que o seu papel como estimulador é fundamental, pois muitas pessoas mesmo sabendo da importância de estarem

imunizadas, aguardam uma visita do ACS para sentirem-se estimuladas a se vacinar.

[...] às vezes **as pessoas esperam uma visita nossa** para poder trazer as crianças, os adolescentes, na unidade para tomar a vacina, é **fundamental** (ACS 1).

Segundo Peres (2006), o papel do ACS é contribuir para a construção da autonomia da comunidade diante da própria saúde. Para o autor, há uma diversidade de obstáculos a interferirem na efetivação desse processo, assim ele aponta fatores que podem estar ligados à carga cultural, a valores e às experiências vividas pelo indivíduo.

O próprio SUS, historicamente, busca, por meio de seus princípios e diretrizes, como o incentivo à gestão participativa, estimular o protagonismo dos usuários com intuito de que alcancem melhores níveis de autonomia e, conseqüentemente, de saúde (CAMPOS, 2007; CECCIM, 2005).

No processo de comunicação está inserido a escuta por meio da qual os indivíduos e organizações se relacionam uns com os outros. Nesse sentido o ACS abaixo traz que:

[...] **eu mim acho uma psicóloga**, e absorvo até os problemas das famílias, mas eu faço com o maior prazer (ACS 9).

O ACS passa a atuar como mediador social, aquele que traduz para a equipe de saúde as necessidades da comunidade, e garante a vinculação e a identidade cultural de grupo com as pessoas sob sua responsabilidade em relação às ações oferecidas no serviço público de saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

A partir da análise das falas foi perceptível que a compreensão dos ACS em relação ao seu papel para a efetivação do PNI, está além de ser apenas um informante em sua microarea, pois junto com a informação eles orientam, tiram as dúvidas, estimulam, incentivam e alertam, dentre outros.

4.4 FACILIDADES E DIFICULDADES VIVENCIADAS PELOS ACS PARA A EFETIVAÇÃO DO PNI

Analisando as facilidades encontradas pelos ACS, percebe-se que a confiança da comunidade surge naturalmente a partir da dinâmica interacional do processo de trabalho, devido ao estabelecimento de vínculos entre ambas as partes, o que pode ser conferido quando eles relatam a boa receptividade, acolhimento e livre acesso às comunidades, facilitando o processo de troca de informações.

[...] sento, **me escutam**, mesmo que não vá fazer o que eu estou falando, mas mim dão ouvidos sim, correm atrás de informação (ACS 2).

[...] famílias que **abrem as portas**, que aceitam, quando agente fala da vacina [...] (ACS 5).

[...] a facilidade é essa mesmo, da comunidade ser **acolhedora**, ser esclarecida, receber bem o agente comunitário de saúde, para que haja as informações, sejam passadas. Então, eu tenho facilidades, facilidades de **adentrar aos domicílios**, conversar com a comunidade com os moradores, então tudo ajuda a desenvolver bastante né, o, os programas que, não só da imunização, mais como os outros programas também (ACS 7).

[...] **eu tenho acesso livre as pessoas**, não só em relação a orientação em saúde, mais eu já tenho uma certa intimidade com as famílias[...] (ACS 8).

O estudo de Levy, Matos e Tomita (2004) em Bauru-SP sobre a percepção de usuários e trabalhadores da saúde, mostrou que de forma geral, o trabalho do ACS passa por uma fase inicial de desconfiança por parte da população, mas que, em função da dinâmica interacional e das tarefas que ele realiza em suas visitas domiciliares, isso evolui para uma participação efetiva e uma melhora crescente da relação agente/comunidade.

A formação deste vínculo está submetida ao bom atendimento, baseado na escuta do usuário e no bom desempenho profissional, otimizando o processo da assistência, de modo a facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, à medida que os profissionais passam a conhecer seus clientes e as prioridades de cada um (LIMA *et al.*, 2007).

Os ACS 1, 8 e 9 trazem em suas falas a confiança como perspectiva de facilidade para a operacionalização do PNI. Segundo Valentim e Kruehl (2007), a confiança é importante para as relações sociais, ela é encarada como uma maneira de reduzir a complexidade entre pessoas, possibilitando um vínculo de cumplicidade e respeito mútuo, que são de suma importância para o desenvolvimento das ações de saúde.

A facilidade é que eles **confiam** muito no trabalho da gente, sabe que a gente jamais tá na casa deles, pra prejudicar [...] (ACS 1).

[...] assuntos, particularidades íntimas das pessoas, as pessoas costuma dividir comigo, e eu mim vejo assim não só como agente comunitária mais também como amiga, como **pessoa de confiança** (ACS 8).

[...] você chega na casa pra fazer a visita, **não é só a vacinação, ele abrange mais alguma coisa “o todo”**, você se envolve com a família, a família tem **confiança** [...] (ACS 9).

Merhy (2007), fala da tecnologia leve, caracterizada quando há um encontro entre duas pessoas, atuando uma sobre a outra, onde se cria a intersubjetividade, momentos de fala, de escuta, de interpretações, cumplicidade, confiabilidade, acolhimento, produção de vínculo e aceitação.

A comunicação entre o agente e a comunidade facilita o processo de trabalho para a troca de informações que se dá através do estabelecimento de parcerias, onde a comunidade entende a importância da divulgação e multiplicação das informações entre os grupos populacionais.

[...] eu chego até a casa e de **um vizinho eles passam pra outro**, eu digo assim: ó, avisa a fulano que eu bati na casa dele e não o encontrei, elas vão lá e mim dizem eu avisei (ACS 2).

[...] a gente é, consegue conscientizar e comover as pessoas na própria unidade e **eles vão repassando pra as outras pessoas**, até a questão da importância mesmo né (ACS 6).

Atualmente a população em geral possui mais acesso aos meios de comunicação, seja via internet, pelas ondas de rádio, televisão, jornais, revistas ou celular, os quais são veículos de divulgação por onde vários assuntos são propagados, inclusive os referentes à saúde. Esse acesso às informações faz com que as pessoas tornem-se mais esclarecidas para uma melhor adesão às orientações realizadas pela equipe de saúde.

[...] a **comunidade é bem esclarecida** e aceita bastante as orientações dadas por toda equipe [...] (ACS 7).

[...] **as famílias hoje, elas sabem muita informação sobre as doenças**, elas sabem que na unidade de saúde, elas vão encontrar todos os tipos de atendimento necessário ao acompanhamento da família (ACS 8).

[...] tem mães que graças a Deus vêm, **traz seus filhos** sem nenhuma dificuldade [...] (ACS 11).

As pessoas precisam de informação por causa de um instinto básico do ser humano que chamamos de instinto de percepção. Elas precisam saber o que acontece do outro lado do país e do mundo, precisam estar a par de fatos que vão além da própria experiência. O conhecimento do desconhecido lhes dá segurança e permite-lhes planejar e administrar as próprias vidas. Trocar figurinhas com essa informação se converte na base para criação da comunidade, propiciando as ligações entre as pessoas (KOVACH; ROSENSTIEL, 2004).

Outra questão apontada pelo ACS 8 é o uso do cartão da família como um instrumento de acesso dos usuários aos serviços de saúde ofertados nas USF.

Então a gente vai, faz a visita pela manhã, e conversa com as pessoas pede **o cartão da família** pra observar se tá tudo direitinho, se todas as pessoas que tá ali identificadas no cartão se mora na casa, se chegou alguém, ou se saiu alguém (ACS 8).

O cartão da família permite a equipe saber quem são as pessoas cadastradas e que residem nas microáreas de abrangência do distrito. Nesse sentido, cabe ao ACS se manter informado sobre quem são esses moradores e se foi agregado ou desvinculado alguém que fazia parte da família, e assim atualizar o cadastro.

Outro aspecto a considerar sobre as facilidade para operacionalização do PNI é o acesso da comunidade as Unidades de Saúde, devido a proximidade a nível de territorialização.

[...] a facilidade é que a **unidade é próxima** [...] (ACS 3).

A facilidade é a **unidade próxima** da casa [...] (ACS 4).

[...] um livre acesso né, das pessoas, ter um local de **acesso fácil**, porque é, **vários bairros tem uma unidade de saúde da família** e que tem uma sala de vacina [...] (ACS 6).

O acesso da comunidade as Unidades de Saúde também se constitui como uma das facilidades visto que em cada bairro encontra-se uma USF disponível. Para Queiroz *et al* (2007), o acesso e acolhimento são elementos essenciais de um bom atendimento. Podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada, para que se possa atuar efetivamente sobre a saúde do indivíduo e da coletividade.

Os ACS 7 e 10 a seguir, trazem que além do acesso para chegar até a unidade de saúde, também se têm facilidade de acesso aos imunobiológicos.

[...] **nós temos todas as vacinas** né, que faz parte do calendário vacinal, disponível na unidade, entendeu (ACS 7).

Acessibilidade de chegar até a unidade de saúde, acessibilidade também as vacinas que é muito fácil você chegando na unidade tendo a vacina não sai sem vacinar [...] (ACS 10).

O acesso da comunidade aos imunobiológicos se dá através da distribuição realizada pelo Ministério da Saúde por meio da Rede de Frio, que estruturalmente está organizada em instâncias com fluxos de distribuição e armazenamento basicamente verticalizados. As instâncias para a distribuição dos imunos estão divididas a nível nacional, estadual, regional, municipal e local (Brasil, 2013).

Os ACS 11 e 12 ainda acrescentam que outro fator facilitador é a disponibilidade dos vacinadores.

[...] **as vacinadoras** também são muito boas, elas não medem dificuldade em fazer [...] (ACS 11).

As facilidades são que a gente **tem o serviço na unidade, tem o material na unidade né, tem os vacinadores, tem as campanhas** que vem às unidades (ACS 12).

Considera-se como vacinador as pessoas que possuem conhecimentos sobre os imunobiológicos e que são capacitadas para administrar vacinas, quer seja no ser humano, quer seja em animais. Na sala de vacinação das USF estão habilitados os técnicos de enfermagem e enfermeiros na administração dos imunobiológicos.

Ainda quanto às facilidades para a operacionalização do programa, os ACS abaixo apontam o trabalho educativo das vacinadoras enquanto integrantes da ESF.

[...] também facilita as orientações que também **as vacinadoras** dão pra comunidade, isso é muito importante né? É, além de agente falar, elas também **reforçam a importância**, e isso vai criando uma conscientização maior no meio deles (ACS 3).

[...] o **apoio também dos instrutores, dos colegas** que ajudam se a gente tiver alguma duvida [...] (ACS 4).

[...] comunidade aceita com facilidade as, as **orientações dadas por toda equipe** [...] (ACS 7).

[...] **toda equipe trabalha em conjunto** para que tudo dê certo e a gente consiga sucesso em todas as estratégias que a gente desenvolve (ACS 7).

No que concerne ao trabalho em equipe, quanto ‘apoio dos instrutores’, ‘colegas’, ‘toda equipe’, Araújo e Rocha (2006), trazem que a perspectiva da integralidade das ações favorece uma ação interdisciplinar. Na construção do projeto de Saúde da Família, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum e que os atores desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade.

Outra facilidade trazida pelos entrevistados é a parceria do governo. A política do governo brasileiro de oferecer de forma universal o acesso à vacinação à população-alvo, para a maioria das vacinas disponíveis no mercado internacional, é decorrente do resultado das vacinações com a eliminação de importantes doenças e agravos como a poliomielite, o sarampo e a rubéola.

[...] **parceria também do governo** e tudo mais (ACS 4).

Acho que as facilidades é a questão do **governo está disponibilizando as vacinas** pra que a sociedade, ela seja [...] presenteada com a questão de está evitando, aumentando a questão das doenças [...] (ACS 6).

O PNI é o programa mais efetivo entre os países emergentes e é comparável ao de países desenvolvidos. A inovação tecnológica, o aumento de investimentos em inovação tecnológica, tanto pelas grandes multinacionais como pelos governos dos países, sobretudo dos desenvolvidos, permitem uma perspectiva muito otimista em relação à descoberta de novas vacinas importantes para a Saúde Pública (HOMMA *et al.*, 2011).

A disponibilidade do acesso em áreas carentes é vista pelo ACS como uma facilidade para o desenvolvimento de suas ações, pois durante suas VDs eles têm a chance de encontrar essas pessoas no domicílio para que as informações sejam passadas, o que não acontece nas áreas mais elitizadas, onde as pessoas saem para trabalhar e as residências encontram-se fechadas, dificultando o processo de trabalho desses profissionais.

[...] numa área que você encontra a família dentro de casa, numa **área mais carente**, é até mais fácil, porque a **pessoa tem mais disponibilidade** (ACS 6).

A seguir o ACS 8 relata que a combinação das vacinas e a redução das doses facilitou o processo de imunização.

[...] com a chegada desse programa eu creio que facilitou, porque as **mães ficavam assim, sofridas em trazer o filho pra tomar quatro furadinhas, ou três furadinhas**. E agora sabemos que existe uma dose de vacina que é como se fosse uma dose só. **Essas quatro doses que seriam dadas, elas vão tomar só em uma dose** e isso facilita [...] (ACS 8).

O PNI tem investido na inclusão de novas vacinas ou na combinação de vacinas já existentes no calendário básico de vacinação. As vacinas combinadas são apresentadas em uma dose que contém maior número de antígenos capazes de estimular a resposta imunológica contra vários tipos de agentes causadores de doenças (SUVISA, 2012).

As capacitações também se constituem como facilidade para a efetivação do programa. Dessa forma, os ACS 8 traz que:

[...] **os cursos** que nos são oferecidos né, **todas as informações que nós recebemos**, nós não podemos guardar só pra gente, a gente tem que levar adiante, levar pra comunidade [...] então talvez

mesmo não tendo uma bagagem cem por cento, mais **temos uma bagagem** sim, é suficiente pra levar ao conhecimento da comunidade (ACS 8).

Para Duarte, Silva e Cardoso (2007), os ACS devem ser capacitados, garantindo a eles educação permanente para que desenvolvam plenamente suas capacidades, estimulando-os a realizar um trabalho comunitário participativo e reflexivo sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença.

Constitui-se obrigação do enfermeiro, capacitar os ACS no sentido de trazer diversos conhecimentos em torno da questão do processo de saúde-doença e possibilitar que ele incorpore outros saberes presentes no cotidiano das famílias e no conhecimento de suas necessidades (BORNSTEIN; STOTZ, 2008b).

Após análise, em síntese as facilidades relatadas pelos ACS foram: estabelecimento de vínculo com a comunidade, confiança e acolhimento por parte da população, acesso às famílias principalmente em áreas mais carentes, cartão da família como instrumento de acesso ao serviço de saúde, proximidade das USF, acesso aos imunobiológicos, disponibilidade dos vacinadores, trabalho em equipe, parceria do governo, combinação das vacinas e redução das doses, e por fim a oferta de cursos e capacitações.

Em contra ponto quais foram as dificuldades encontradas pelos ACS para a operacionalização do PNI?

Na tentativa de responder tal questionamento, os ACS abaixo relatam que a resistência para vacinar ou o abandono do esquema vacinal por parte dos responsáveis pela criança, é algo que dificulta o processo de imunização. Segundo Levis (2013), a opção de não vacinar por parte de pais ou responsáveis, pode ocorrer por displicência ou descuido, e isso pode ser interpretado como maus-tratos, obrigando em tese o profissional que toma conhecimento da situação a fazer denúncia ao Conselho Tutelar.

Assim, existe algum caso, um ou outro assim, por exemplo na minha microarea são algumas **resistências** de uma ou duas mães [...] (ACS 1).

[...] algumas mães assim, que **vem de outras áreas**, assim de **outros municípios** que, que tem aquela **resistência** [...] (ACS 4).

[...] quando agente encontra **alguns que são resistentes** [...] (ACS 5).

Além da resistência por parte das mães para manter o calendário vacinal em dia, apontado pelos ACS acima como uma dificuldade, o ACS 8 ainda acrescenta que também encontra casos de gestantes provenientes de outro município ou que vem da zona rural com o calendário incompleto.

[...] existem gestantes que a gente encontra na área que **vem de outro município**, que **vem de zona rural**, que não está com o cartão organizado, que não tomou nenhuma dose, ou que **só tomou uma dose e deixou** [...] (ACS 8).

Essa questão pode está relacionada à falta de VD e verificação do cartão de vacina da gestante por parte do ACS daquela área de abrangência, ou também pelo fato da microarea ser localizada em um local que não possui a cobertura da ESF.

Outro fator considerado como dificuldade, é que grande parte da população possui vínculo empregatício, dificultando o acesso aos serviços de saúde devido a incompatibilidade dos horários. O Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (2012), relata sobre a importância de se repensar a respeito da possibilidade da implementação de horários diferenciados para o atendimento de usuários e famílias que não podem comparecer durante o período habitual de funcionamento das unidades de saúde, razões que justificam o horário expandido de algumas unidades, pois não pode haver limitação de horários para o acolhimento à demanda espontânea.

Em relação ao quadro de vacinas, porque são **pessoas difíceis da gente encontrar em casa** [...] (ACS 2).

[...] dificuldade também, muitas vezes a gente **não encontra a mãe da criança** também em casa pra conversar, pra falar sobre a vacina (ACS 5).

Quando a gente vai numa área que é mais elitizada, como é o caso da minha, é mais difícil, porque a gente só encontra a secretária [...] a gente tem mais dificuldade porque **na hora do almoço que é o horário que a gente pode encontrar, as seis horas, são horários que não são convenientes** e que eles não atendem (ACS 6).

[...] pessoas que não veem almoçar ou então que **só chegam na hora de almoço, e pra gente também não tem com visitar, porque é almoço pra eles é almoço pra gente também** (ACS 8).

Os ACS a acima relataram terem dificuldade para encontrar as pessoas que trabalham, sendo esse fator um empecilho para o desenvolvimento de suas ações, dessa forma para alcançar esse público sugere-se o horário expandido com a ampliação da equipe para a divisão dos turnos de trabalho diário, ou pode-se pensar também em uma carga horária integral com equipes reversando em dias alternados, visando uma assistência ampliada para que os trabalhadores não fiquem desassistidos.

No contexto de saúde do trabalhador, o SUS constituiu-se em política pública com capilaridade capaz de oferecer a integralidade e a universalização da atenção à saúde dos trabalhadores, combinando ações individuais e coletivas, para estimular e promover o controle social das políticas públicas de trabalho e saúde por parte dos trabalhadores (MINAYO; LACAZ, 2005).

A partir do relato do ACS 3 evidencia-se que entre as dificuldades estão também a falta de vacinas, que muitas vezes acontece a nível nacional, como aconteceu com a dT, segundo o referido ACS:

É, às vezes **falta vacina** né, por exemplo, **a gente ficou sem a DTP a dT**, sem aplicar em outros porque **só estava sendo disponibilizada, isso de rede nacional só pra gestantes e acidentados**. Então isso dificulta porque, vamos dizer que tem um cartão que esteja... tá precisando tomar o reforço, não é. Então a gente faz um trabalho mas que as vezes a gente **não tem o suporte necessário** pra poder a gente cobrar da comunidade [...] as vezes falta né, eu não sei se é município ou federal mesmo, mas nem sempre tá na rede né, na, na unidade e isso é uma dificuldade (ACS 3).

Ratificando essa fala, o Ministério da Saúde emitiu uma norma técnica em fevereiro do corrente ano, justificando o motivo de não ter conseguido atender as demandas de distribuição de alguns imunobiológicos, a exemplo da dT; a nota diz que devido a necessidade de readequação do processo de aquisição dessa vacina, que se encontra em andamento, houve

descumprimento do cronograma de entrega, comprometendo a manutenção do estoque estratégico (BRASIL, 2014).

Anteriormente, os ACS 7 e 10 relataram que o suprimento de vacinas é uma das facilidades, contrapondo os relatos abaixo dos ACS 5, 9, e 11 que trazem a falta de vacinas como uma das dificuldades. A ausência do imunobiológico na unidade pode acarretar na perda de oportunidade da pessoa receber a vacina, dificultando o processo de efetivação do programa.

[...] a **falta de vacina** na unidade, ou seja, na secretaria, no lugar adequado que manda aqui pra unidade [...] (ACS 5).

As vezes falta como todos os postos faltam, mas sempre é compensado, a vacina chega, que muitas são importadas, e aí atrasa (ACS 9).

[...] tem campanha, teve uma campanha infantil, não lembro bem, **faltou vacina** quase a semana toda aqui no posto (ACS 11).

Assim, esta dicotomia entre disponibilidade e indisponibilidade dos imunológicos pode vir acarretar em atraso do calendário vacinal que conseqüentemente poderá contribuir para o surgimento de algumas doenças, inclusive das que já estão controladas.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Artigo 14, do Capítulo I, traz que o SUS promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos. E ainda acrescenta no seu parágrafo único que é obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias (BRASIL, 2009).

Dessa forma, mesmo compreendendo que atualmente a maioria das mulheres possuem múltiplas funções, e que entre elas estão ser trabalhadoras, ser mães e ser dona do lar, isso não as exime do dever de vacinar seus filhos. A vacinação é um ato de cuidado que faz parte de todo ser humano, representando uma atitude de ocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com a criança (TERTULIANO; STEIN 2011).

[...] muitas vezes a gente **não encontra a mãe** da criança também em casa pra conversar, pra falar sobre a vacina (ACS 5).

[...] existem aquelas famílias que não vêm em casa, nós **encontramos sempre a casa fechada** (ACS 8).

[...] pela vida corrida, nem muitas pessoas da família, elas têm a oportunidade de está vindo na unidade, as vezes deixa as crianças entregues as secretárias, as domésticas, então fica mais difícil, a questão de atualizar as vacinas [...] (ACS 6).

[...] muitas vezes a gente visita as famílias, orienta, olha o cartão da vacina [...] **mesmo assim ainda muitas mães não vacina as crianças** (ACS 12).

E perceptível na fala do ACS 9 que devido a ligação da comunidade com a unidade muitas mães atrasam o calendário vacinal por estarem viajando e optarem por não vacinar seus filhos em outro locais. Esse atraso também pode estar relacionado ao desconhecimento das mães em não saber que a vacinação tem uma abrangência nacional e podem ser administradas em outros locais.

[...] referente a **mães que as vezes atrasa por viagem**, não é nem porque ela é irresponsável. Por viajar não vacinou (ACS 9).

Bujes (2012), em seu estudo traz que, o atraso vacinal das crianças não deve ser somente relacionado aos responsáveis, nem tampouco apenas pela equipe de saúde, deve ser uma responsabilidade de ambos. A baixa escolaridade da mãe, a condição social da família, localidades com acesso restrito, esquecimento das mães, a condição social da família, falta de conhecimento e informação sobre as vacinas, e famílias muito numerosas foram os motivos encontrados para a não vacinação das crianças relacionadas aos pais.

As condições de vida podem levar as mães a não vacinarem adequadamente seus filhos. Este fato é mais frequente nas famílias de baixa renda, que enfrentam numerosas dificuldades diariamente. Grande parte das mulheres possui número elevado de filhos e, conseqüentemente, os trabalhos domésticos são grandes, por isso a disponibilidade do cuidador fica centralizada na garantia da alimentação e na busca de tratamento para os problemas de saúde. Assim, as atividades preventivas não são consideradas prioridade (TERTULIANO; STEIN 2011).

[...] muitas **meninas novinhas** que não tem conhecimento. Tem mães que chega falar assim: ah, **eu mim criei na roça minha mãe nunca mim deu uma vacina**. A gente tem que orientar que os tempos mudaram, que naquele tempo não existiam doenças como existe agora [...] (ACS 12).

Uma dificuldade relevante, destacado nas falas dos ACS são os sentimentos despertados nas mães de medo das possíveis reações adversas. O Manual de Eventos Adversos Pós-Vacinação (2008), diz que nenhuma vacina é livre de reações, porém os riscos de complicações por eventos adversos são menores do que os das doenças contra as quais elas protegem.

Assim o público deve ser informado corretamente sobre a ocorrência dos eventos adversos pós-vacinação, visando evitar notícias precipitadas, que podem abalar a confiança no programa de imunizações e diminuir as coberturas vacinais, com resultados desastrosos (BRASIL, 2008).

Reforça-se dessa forma, a importância do ACS nesse processo de correto esclarecimento da ocorrência de eventos adversos, visto que são profissionais próximos da população e nos quais o público tem expressado confiança.

[...] por causa assim das **reações**, ai tem aquelas mães que ficam assim, receosas a vacinar o filho [...] (ACS 1).

[...] a gente vê ainda hoje em dia, que tem mães, tem pais, que não levam suas crianças, até **por conta de que tem vacinas é, que tem febre, a criança tem muito desconforto**, e que não leva por conta disso [...] (ACS 6).

A seguir percebe-se na fala do ACS 2, que a dificuldade relacionada ao não comparecimento das gestantes a unidade para se vacinar pode está associada a quantidade de vezes que ela vai a unidade para a realização do pré-natal, sendo que as vezes as datas não coincidem. Então para não ter que ir várias vezes a unidade elas dão preferência em ir para a consulta de pré-natal, adiando assim o dia de se vacinar.

[...] **em relação a gestante** tomar a vacina, por que o pré-natal delas, elas fazem mais quando chega a vacina, tem que lembrar [...] (ACS 2).

Como já foi discutido anteriormente na categoria II, o ACS 3 retoma o mesmo assunto, agora trazendo como dificuldade para a efetivação do programa, o fato das pessoas não considerar o cartão de vacina como um documento, ou seja algo importante na vida do cidadão, pois nele está contido quais vacinas a pessoa já tomou, sendo um registro que poderá ser benéfico futuramente.

[...] a comunidade, ela é vacinada mais ela **não dá tanta importância ao cartão de vacina**, ela acha que está vacinada, o cartão de vacina já não serve mais né, e conscientizar elas que é um documento como se fosse uma identidade [...] (ACS 3).

As informações veiculadas na mídia que dizem quê todo dia é dia de vacinação, é vista pelo ACS como uma barreira no processo de cobertura vacinal, pois muitas pessoas não entendem que alguns imunobiologicos possuem prazos para administração das doses, com o objetivo de alcançar o efeito desejado. A perda do prazo pode implicar em não poder tomar as doses seguintes. Outro fator é também a questão da faixa etária para a cobertura por determinada vacina, sendo que se passar da idade a pessoa perde a chance de se vacinar.

[...] dificuldade também está informando que tem um período né, e as **pessoas levarem a sério aquele período né, de validade da vacina**, [...] **elas acham que pode tomar qualquer hora, qualquer tempo**, e às vezes o que acontece, **fica descoberta** né, por causa dessa visão de não dá tanta importância ao prazo de validade da vacina (ACS 3).

A relação dos usuários trabalhadores com os serviços de saúde assume sentido contrário no caso específico da vacinação, em que as empresas têm tido participação ativa nessa relação. Algumas instituições de trabalho estimulam e/ou exigem a vacinação e abrem espaço para que profissionais de saúde, geralmente ACS orientem os empregados a respeito da atividade e os convidem ao serviço. Em consequência, tem sido constante, em alguns dos serviços, a presença de homens, sós ou em grupo, buscando as salas de vacina, embora não tenha sido observada uma expansão desse uso para outras possibilidades assistenciais oferecidas pelos serviços, seja por falta de iniciativa desses usuários, seja pela perda da oportunidade, por parte dos serviços, de acolhê-los e integrá-los em outras atividades (COUTO, 2010).

O ACS 8 diferente dos demais e acrescenta em sua fala que dentre a população, os homens compreendem um grupo que não comparece ou comparece muito pouco a unidade de saúde, o que dificulta a efetivação do programa. Este é um fator que pode está relacionado com o dia-a-dia de trabalho, com a incompatibilidade do horário de trabalho e o funcionamento do serviço. Mesmo sabendo que hoje algumas empresas facilitam e até cobram que o funcionário esteja com o cartão de vacina em dia, ainda assim é reduzida a quantidade de trabalhadores que procuram o serviço.

Homens principalmente, homens não se interessam muito em ter um cartão aprazado, não se interessa muito por vacina. Sabemos que na verdade **o homem costuma nem vim muito a unidade de saúde**, quando eles vêm e a esposa que traz [...] (ACS 8).

Como declarado no próximo relato, a falta de recursos humanos suficientes, constitui-se como adversidade para o suprimento das necessidades de saúde da população, principalmente no processo vacinal, haja vista que na falta do vacinador, as pessoas presentes na unidade para vacinação terão que ir embora e voltar posteriormente para esse mesmo fim.

Igualmente é, a ausência de recursos materiais, na sala de vacina, pois gera um entrave no cumprimento do PNI. Como na interlocução do ACS 11, quando ocorre a quebra da geladeira é necessário o deslocamento dos imunobiológicos da Rede de Frio para a unidade de saúde todos os dias; nesse percurso muitas vezes as vacinas chegam atrasadas na unidade e têm que retornar mais cedo a Rede de Frio, reduzindo assim o tempo disponíveis para vacinação.

Ademais, a falta do ar condicionado nas salas de vacinas, também interfere na qualidade dos imunobiologocos devido a dificuldade da manutenção da temperatura entre +2 e +8 como recomendado, especialmente em climas quente como o da Região Nordeste.

[...] a gente tem aqui um posto, dois postos em um, então **tem um vacinador só**, se esse vacinador sai a gente não tem ninguém pra dar a vacina (ACS 11)

[...] tem alguns entraves, a **geladeira dar defeito** (ACS 11).

Após análise das dificuldades relatadas pelos ACS para a implementação do programa, em resumo destacam-se: a resistência por parte de algumas pessoas, horário de funcionamento da unidade, pessoas que veem de outras localidades, falta do imunobiológico, interferência no processo devido a questões culturais, baixo nível de escolaridade de algumas mães, descuido com o cartão de vacina, falta de atenção com relação ao aprazamento, baixa adesão da população masculina, recursos humanos e materiais insuficientes.

Comparando as facilidades com as dificuldades foi perceptível a existência do equilíbrio entre as partes. Em função disso sugere-se que as facilidades sobreponha-se às dificuldades para assim favorecer o processo de efetivação do programa, no que concerne o alcance melhores taxas de cobertura vacinal.

5 CONSIDERAÇÕES

O PNI representa o instrumento elementar para a erradicação e/ou controle das várias doenças que são passíveis de proteção por meio de vacinas.

Ao abordar neste estudo, o desempenho dos ACS para a efetivação do PNI através de entrevistas, viabilizou-se a análise das ações desenvolvidas por esses profissionais para a execução do programa, para posteriormente de forma mais aprofundada identificar as facilidades e as dificuldades em sua rotina de trabalho.

Diante dos dados, ficou evidenciado que os ACS possuem certo conhecimento a respeito do PNI, e que durante suas visitas domiciliares realizam ações de captação por meio da busca ativa para a efetivação do programa e para manter a imunização das pessoas por eles assistidas, se reconhecendo nesse processo como profissionais importantes e fundamentais no desenvolvimento do seu papel para a implementação do programa.

Mesmo com o relato de algumas dificuldades para a realização do seu trabalho, em destaque na maioria das falas a falta de alguns imunobiológicos nas Unidades, os ACS demonstraram disposição, responsabilidade e perseverança para com os casos de resistência na comunidade, principalmente quando se trata de retornar a unidade para vacinar. Sobre as facilidades percebemos que por fazerem parte da comunidade ou até mesmo residir nela, existe certa intimidade por meio da criação de vínculos, o que promove o acesso aos domicílios para a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças passíveis de imunização. Bem como a facilidade de acesso das pessoas às USF's por se encontrarem distribuídas nos bairros.

No percurso para o desenvolvimento do estudo foi encontrado algumas limitações, dentre elas: a demora do parecer do CEP, justificado pela greve dos servidores técnico-administrativos; em algumas USFs a inviabilidade para a realização da entrevista no primeiro momento, sendo necessário o retorno, o que dificultava o término da coleta; a dificuldade em realizar as entrevistas na Unidade, por não ter um local apropriado havendo interferências por conta do barulho; e a recusa de alguns ACS em participar da pesquisa.

Mesmo diante dessas limitações, confirma-se a importância da produção científica, análise e discussão sobre o PNI e a atuação dos ACS, pois os mesmos por terem um vínculo maior com a população, funcionam como um elo entre a atenção primária e a comunidade, devendo ser reconhecidos como essenciais na implementação desse programa.

Nesse contexto, esse tema mostra-se relevante, em razão de servir como subsídio na identificação de dificuldades e facilidades para a concretização do PNI, e conseqüentemente na busca de resoluções e atividades no intuito de alcançar melhores taxas de cobertura vacinal e o cumprimento das metas pré-estabelecidas para o município.

Por fim, assegura-se a convicção que as discussões concernentes ao tema, não devem findar-se com esse estudo, mas que o mesmo se constitua como fonte para pesquisas seguintes.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A.L.; GARCIA, A.L.S. Sobre o exercício da educação em saúde: um estudo bibliográfico da prática em enfermagem. **Saúde Coletiva**, v.7, n.31, p.155-162. 2009.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, p. 258-74. 2004.
- ALMEIDA, R. F.; MIRANDA, M. L.; ARAÚJO I. S. **Monografia coletiva sobre territorialização**. 2005. 23 f. Relatório – Curso de Graduação em Medicina, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Vitória da Conquista – BA; 2005.
- ALVES, M. P.; SANTOS, S. S. C. Um olhar sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde: a visita domiciliar. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 71-79, jan/abr 2007.
- ARAUJO, M.B.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Cien Saude Colet** 2006; 455-464.
- BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, v.13, n.1, p. 51-60.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Coordenação do Programa Estadual de Imunizações. **Manual de procedimento para vacinação** ./ Diretoria de Vigilância Epidemiológica. - Salvador: DIVEP, 2011. 573p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- BAHIA. Governo do Estado da Bahia. **Você sabe como solicitar o seu cartão SUS?** Ouvidoria Geral. 10 de abril de 2014. Disponível em: <<http://www.ouvidoriageral.ba.gov.br/2014/04/10/voce-sabe-como-como-solicitar-o-seu-cartao-sus/>> Acesso em 15/10/2014.
- BENCHIMOL, J.L. coord. **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/4nktq/pdf/benchimol-9788575413951-07.pdf>>. Acesso em: 06/01/2014.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trab. educ. saúde**, v. 6, n. 3, p. 457- 480, 2008 [a].
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que Integram a Formação e o Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva** v.13, n.1, p. 259-268, 2008 [b].

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 232 p. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, V. 8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF, 1994.

_____. _____. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 1995.

_____. _____. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

_____. _____. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de rede de frio**. 3a ed. Brasília: FUNASA; 2001.

_____. _____. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**. 3.ed. Brasília: FUNASA; 2001 72p.

_____. _____. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Procedimentos para Vacinação** / elaboração de Clelia Maria Sarmiento de Souza Aranda et al. 4. ed. - Brasília; 2001.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos**. Série C. Projetos e Programas e Relatórios Brasília – DF 2003.

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

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

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde. Série Pactos pela Saúde V. 4, Brasília 2006.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. Brasília, 2008.

_____. Lei nº 8.069/90 atualizado com a **Lei nº 12.010 de 2009**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 2009.

_____. _____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações 40 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de rede de frio** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em < http://www.sbim.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Informe_Campanha_Influenza_-_25_03_2014.pdf> Acesso em 06/10/14.

BUJES, Michele Kroll. **Motivos do atraso vacinal em crianças e estratégias utilizadas para amenizar o problema** – uma pesquisa bibliográfica. Monografia (Especialista em Saúde Pública), Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CAMPOS, G.W.S.; O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12 (Sup), p.1865-1874, 2007.

CECCIM, R.B.; Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4. 2005.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice HALL, 2002.

COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>> Acesso em 13/10/2014.

CUNHA, G. T.; **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um Programa de Educação com Agentes Comunitários de Saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** [online]. 2007, v.11, n.23, p. 439-447.

ESCUDE, M. M. L.; MONTEIRO, P. H. N.; PUPO, L. R. **Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. 215p. (Temas em Saúde Coletiva, 8)

ESPÍNOLA, F.D.S.; COSTA, I.C.C. **Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional**. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2006 jan-abr; V.18, n. 1, p.43-51.

FIGUEIREDO, G. L. A.; *et al.* Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** V.19, n. 3, [08 telas] maio-jun 2011.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis** 2011; V.21, n. 3, p. 899-916.

FRANÇA, I. S. X. *et al.* Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009 mar-abril; V.62, n.2, p. 258-64.

GAZZINELLI, M.F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D.C.; PENNA, C.M.M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 200-206. 2005.

GRAZIELE, L.; CASSIANO, M.; FERREIRA, V. **Imunização no Brasil: história e conceitos sob a ótica da enfermagem**. Fortaleza, 2010. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAe93MAG/imunizacao-no-brasil-historia-conceitos-sob-a-otica-enfermagem>>. Acesso em: 06/01/2014.

GOMES, R.; **Análise e Interpretação de dados de Pesquisa Qualitativa**. In: Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 28ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes LTDA, 2009.

GONÇALVES, S. M. L.; MACHADO, M. F. A. S. Opinião de um grupo de cuidadores sobre a imunização básica. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 45-51, jan./mar.2008.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, V.25, n.4, p. 868-876, abr, 2009.

HOMMA, A. *et al.* Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro V.16, n.2, p.445-458 (2011). Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/630/63018970035.pdf>> Acesso em 12/12/2014.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores IBGE**. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292870&search=bahia|santo-antonio-de-jesus|infograficos:-informacoes-completas>> Acesse em: 10/06/2014.

JAEGER, M. L. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS)**. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde. p. 9-29, out, Brasília – 2003.

KOVACH, B.; ROSENSTIEL, T. **Os elementos do jornalismo**. 2 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2004.

KUASNE, H. O Estatuto da Criança e do Adolescente, as políticas sociais destinadas à população empobrecida e seus reflexos na relação entre pais e filhos: alguns aspectos. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 151-158, jul./dez. 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

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

LEVY, F. M.; MATOS P. E. S; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.197-203, jan-fev.2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/36.pdf>> Acesso em 28/03/2014.

LUBISCO, N. M. L.; VIEIRA, S. C.; SANTANA, I. V. **Manual de estilo acadêmico: monografias, dissertações e teses**. 4. ed. rev. e ampl. Salvador: EDUFBA, 2008.145 p.; il.

LIMA, M.A.D.S.; RAMOS, D.D.; ROSA, R.B. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

MACHADO, M. C. *et al.*; Territorialização como ferramenta para a prática de residentes em saúde da família: um relato de experiência. **Rev enferm UFPE on line**. 2012 Nov; V.6, n. 11, p. 2851-7

MARQUES, C. M. S; PADILHA, E. M. **Contexto e perspectiva da formação do Agente Comunitário de Saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.2, n. 2, p. 345-352, 2004.

MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e Ofertando Idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial**, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj.

MATUS, C.; **Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi**. São Paulo: Edições Fundap, 1996.

MENDES, E. V.; **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MERHY, E. E. **O trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.

_____. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. Belo Horizonte: SUS, 2007.

Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc>>. Acesso em: 06/10/2014.

MINAYO, G. C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc Saúde Coletiva** 2005; 10:797-807

MINAYO, M.C.S. *et. al.* A pesquisa qualitativa. In: **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes LTDA, 2002.

MINAYO, M.C.S. O desafio da Pesquisa Social. In: **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes LTDA, 2009.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: **Pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo. HUCITEC, 2010.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, V.21, n.3, p. 898-906, 2005.

MONKEN, M. ; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: **O território e o processo saúde-doença**. Org. Fonseca AF. EPSJV/FIOCRUZ .2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s_livro_id=6&area_id=4&autor_id=&capitulo_id=22&sub_capitulo_id=59&arquivo=ver_conteudo_2> Acesso em 16/10/2014.

MONTES, R. M. S.; **Atuação dos trabalhadores do GIAME na inserção do pai no processo de aleitamento materno exclusivo**. Monografia, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2012.

MORAES, J. C.; RIBEIRO, M. C.S. A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. **Rev Bras Epidemiol** 2008; V.11, n. 1, p. 113-24.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, V. 4. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. DA S. O Agente Comunitário de Saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, V. 24, n. 6, p.1304 – 1313, jun. 2008.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A. A prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr-jun 2005.

NOVAES, H. M. D. *et al.*; **Projeto “Avaliação tecnológica de vacinas para a prevenção de infecção por papilomavírus humano (HPV): estudo de custo-efetividade da incorporação de vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações/PNI do Brasil”**. Brasília 2012.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C.; O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.18, n.6, p. 1639-1646, nov-dez, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>> Acesso em:28/03/2014

OLIVEIRA, M. R.; PALHA, P. F. Prevenindo a doença ou promovendo a saúde? O discurso dos trabalhadores de saúde do nível médio e elementar nas equipes de saúde da família. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 28, n. 67, p. 100-111, maio /ago. 2004. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n67.pdf> Acesso em: 18/01/2014.

OLIVEIRA, D. L. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am. Enfermagem**. v. 13, n. 3. p. 423-431. 2005.

OLIVEIRA, D. T. et al. Percepções do Agente Comunitário de Saúde sobre sua atuação na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm**. v. 17, n. 1, p. 132-137, 2012.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Vacinação um direito da criança, um dever dos pais**. Entrevista de Regina Reinaldin ao Programa de Rádio Viva a Vida da Pastoral da Criança. Disponível em: <<http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/tema/2313vacinacao?showall=1&limitst art=>>> Acesso em: 03/10/2014.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública**. 2001 jun; V.35, n.3, p. 303-11.

PERES, C.R.F.B.; **O trabalho do agente comunitário de saúde no município de Marília** – SP. 2006. 165p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

PEREIRA, *et al.*; Análise da taxa de utilização e perda de vacinas no programa nacional de imunização. **Cad. Saúde Colet.**, 2013, Rio de Janeiro, V.21, n.4, p. 420-4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a10.pdf> > Acesso em 22/08/2014.

PICETTI, J. S.; **O processo de conscientização na perspectiva de Paulo Freire.** (Tese de Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS. 2005.

PORTAL, RN. **Sesap alerta sobre importância do cartão de vacinação.** Portal do Governo do Rio Grande do Norte. 14 fev 2014. Disponível em: <<http://www.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=21343&ACT=null&PAGE=0&PARM=null&LBL=ACERVO+DE+MAT%C3%89RIAS>> Acesso em: 10/10/14.

PORTO, A.; PONTE, C. F. **Vacinas e campanhas: as imagens de uma história a ser contada.** História, Ciências, Saúde — Manguinhos, V.10 n.2, p. 725-42, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10s2/a13v10s2.pdf>> Acesso em: 02/01/2014.

POZ, M. R. D. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, V.6, n10, p.75-94, fev 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/09.pdf>> Acesso em: 28/03/2014.

Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

QUEIROZ, L. L. C. *et al.* Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.29, n. 2, p. 294-302, fev, 2013.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto contexto-enferm.** 2007; V.16, n.3, p. 479-487.

REINALDIN, R.; **Entrevista ao Programa de Rádio Viva a Vida da Pastoral da Criança.** Disponível em < <http://www.pastoraldacrianca.org.br/pt/tema/2313-vacinacao?showall=&start=1>> Acesso em 17/10/2014.

SANTOS, Z. M. S.; ALBUQUERQUE, V. L. M.; SAMPAIO, F. H. S. Vacinação – o que o usuário sabe? **RBPS.** Fortaleza, V.18, n. 1, p. 24-30. 2005.

SESAP, Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Alerta sobre a importância do cartão de vacinação.** Portal do Governo do Rio Grande do Norte, 2014. Disponível em: <<http://www.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=21343&ACT=null&PAGE=null&PARM=null&LBL=NOT%C3%8DCIA>> Acesso em: 03/10/14

SILVA JUNIOR, J. B.; 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2013, V.22, n.1, p. 7-8. ISSN 1679-4974.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário de Vacinação da Criança** 2012/2013. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações - SBIm 2012/2013.

SOUZA, R. S; FERRARI, R. A. P.; SANTOS, T. F. M.; TACLA, M. T. G. M. Atenção à Saúde da Criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **Rev Min Enferm.** 2013 abr/jun; V.17, n.2, p. 331-339.

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

SUVISA. Gerência de Imunizações e Rede de Frio. Secretaria de Estado da Saúde. **Vacina pentavalente:** Caderno do treinamento. Goiás. Julho, 2012.

TEMPORÃO, J. G. O Programa Nacional de Imunização: origens e desenvolvimento. **História, Ciências, Saúde-** Manguinhos, v. 10, n. 2, p. 601-617, 2003.

TERTULIANO, G. C.; STEIN, A. T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, V.16, n.2, p. 523-530, 2011.

TOSCANO, C; KOSIM. L.; **Cartilha de vacinas: para quem quer mesmo saber das coisas.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. Disponível em <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfQgAJ/vacinacao#>> Acesso em 10/10/2014.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva.** 2007, V.12, n.3, p. 777-788. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n3/28.pdf>>. Acesso em: 12/10/2014.

VASCONCELOS, E. M.; Educação Popular: instrumentos de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p 18-29. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.>> Acesso em: 15/08/2014.

ANEXOS**ANEXO A**

Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação da Integração Ensino-Serviço

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

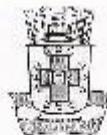
Santo Antônio de Jesus, 13 de Dezembro 2013

Declaro, por meio desta, a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus na realização do projeto de pesquisa intitulada "Atuação do Agente Comunitário de Saúde para a efetivação do Programa Nacional de Imunização no Município de Santo Antônio de Jesus." A pesquisa será desenvolvida por Luziane dos Santos sob orientação da Prof.^a Mestre Josele Farias Rodrigues.

Ratifico necessidade do cumprimento da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do aguardo do parecer a ser emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa, para dar início à coleta de dados que, por sua vez, só será possível mediante a confecção da carta de apresentação para os sujeitos/sótoros, por esta Secretaria.

Por fim, afirmo que esta secretaria está ciente de suas corresponsabilidades enquanto coparticipante deste projeto de pesquisa.

Tatiana Santos de Almeida
Coordenação de Integração Ensino e Serviço



Prefeitura Municipal de Santo Antonio de Jesus
SECRETARIA DE SAÚDE
UNIDADE DE GESTÃO DO TRABALHO

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Santo Antonio de Jesus, 04 de junho de 2014.

Encaminho a estudante do curso Bacharelado de Enfermagem da UFRB Universidade Federal do Recôncavo, Luziane dos Santos, sob a orientação da Professora Josele de Farias Rodrigues Santa Barbara, para coleta de dados nas unidades de Saúde nos Distritos II e III da pesquisa intitulada **"Atuação do Agente Comunitário de Saúde para a efetivação do Programa Nacional de Imunização no Município de Santo Antonio de Jesus"**.

Esta pesquisa tem como objetivo Conhecer a atuação do Agente Comunitário de Saúde para a efetivação do Programa Nacional de Imunização, no município de Santo Antonio de Jesus-Ba.

A pesquisa deverá contactar com os Coordenadores das Unidades supracitadas para apresentar o projeto e agendar um horário que não interfira na rotina de trabalho.

Saliento que, conforme a Resolução 466/2012, nenhum ser humano é obrigado a participar de qualquer pesquisa, portanto, participarão desta, apenas, quem der o consentimento livre e esclarecido.

Atenciosamente:

Tatiana Santos de Almeida
Tatiana Santos de Almeida
 Coordenação de Integração Ensino Serviço

Imº (a) Srº(a)

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação do Agente Comunitário de Saúde para a efetivação do Programa Nacional de Imunização no município de Santo Antonio de Jesus-BA

Pesquisador: Josele de Farias Rodrigues Santa Barbara

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26320614.3.0000.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 645.678

Data da Relatoria: 19/03/2014

Apresentação do Projeto:

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional da área de saúde que integra a equipe de saúde da família, desenvolvendo atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares. Sua rotina de trabalho inclui o conhecimento da dinâmica familiar, possibilitando ações que visam favorecer a transformação de situações- problemas que afetam a qualidade de vida das famílias, superando as dimensões de um simples atendimento domiciliar e funcionando como ponte, consolidando rotas de entendimento e integração entre as demandas da população e os serviços de saúde. Está pesquisa tem como objetivo conhecer de que forma os Agentes Comunitários de Saúde atuam para a efetivação do Programa Nacional de Imunização no município de Santo Antonio de Jesus-BA. Será realizada uma pesquisa de delineamento transversal e caráter qualitativo que visa compreender a dinâmica de trabalho do público alvo, utilizando dados primários obtidos mediante uma entrevista semiestruturada, contendo perguntas norteadoras sobre o objetivo escolhido. Por se tratar de um projeto de pesquisa que envolve seres humanos, o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRB (CEP/UFRB), seguindo a Resolução CNS no 466/2012, relacionada às exigências éticas e científicas de toda pesquisa que envolve seres humanos, seja individual ou coletivamente.

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710		
Bairro: Centro		CEP: 44.380-000
UF: BA	Município: CRUZ DAS ALMAS	
Telefone: (75)3621-6850	Fax: (75)3621-9767	E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLERECIDO – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA – UFRB

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLERECIDO – TCLE

Resolução do Conselho Nacional de saúde nº 466/2012

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título: **“Atuação do Agente Comunitário de Saúde para a efetivação do Programa Nacional de Imunização no município de Santo Antonio de Jesus-BA.”**. Essa pesquisa será desenvolvida pela discente Luziane dos Santos, do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), sob orientação de Josele Farias Rodrigues Santa Bárbara, pesquisadora responsável e docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFRB.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: Conhecer a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para a efetivação do Programa Nacional de Imunização (PNI), no município de Santo Antonio de Jesus-BA. A justificativa para realização desta pesquisa perpassa pela necessidade de se conhecer como os ACS atuam para a efetivação do PNI, no município de Santo Antônio de Jesus-BA. Além disso, este pode ser considerado um sub projeto de uma pesquisa maior que tem como objetivo avaliar o Programa Nacional de Imunização, inserido na Rede de Atenção Básica à Saúde do município de Santo Antônio de Jesus-BA, buscando conhecer a atuação dos diferentes profissionais e setores envolvidos com o PNI.

Caso você aceite participar dessa pesquisa, informamos que será realizado uma entrevista semiestruturada, com a possibilidade de novas perguntas através das respostas dadas, a qual será gravada e após a entrevista você poderá solicitar para ouvir a gravação e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações a qualquer momento, sem que lhe seja causado qualquer prejuízo.

As despesas da pesquisa são de responsabilidade dos pesquisadores, desta maneira você não terá nenhum gasto com a participação no estudo e também não receberá benefícios financeiros, pois se trata de uma participação voluntária. Informamos que os benefícios gerados com as informações coletadas nessa pesquisa proporcionará um desenvolvimento de indicadores sobre a real situação da atuação dos ACS nas Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus – BA nos distritos sanitários II e III e com isso será possível gerar indicadores e propostas de intervenções para dificuldades que venham a ser sinalizadas, gerando melhorias para o aumento da qualidade da assistência, tendo como consequência o aumento da cobertura vacinal e diminuição da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis na população.

Quanto aos riscos poderão ocorrer caso você se sinta constrangido ou envergonhado ao conversar com a pesquisadora durante a entrevista, contudo você tem o direito de não responder os questionamentos que possam lhe causar desconforto. Outro possível risco a que os participantes estão expostos é a de comunicação inapropriada de resultados da pesquisa que podem gerar situações de conflito entre os profissionais. Porém estes riscos serão minimizados, visto que, garantimos que apenas os pesquisadores terão acesso ao material do estudo, logo sua identidade será preservada com sigilo, durante toda a pesquisa que ao término terão seus dados guardados na UFRB, pela pesquisadora responsável pelo prazo de 5 (cinco) anos, e estarão à disposição nesse período.

Quanto aos resultados finais desta pesquisa, estes serão apresentados a comunidade acadêmica da UFRB-CCS e em eventos com fins científicos, onde será sempre garantido o sigilo dos participantes durante as divulgações. Aos participantes o retorno dos resultados obtidos com a pesquisa será a

reprodução e entrega do trabalho, sendo disponibilizado na Secretária Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus.

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, através do contato na UFRB – CCS, localizada na Avenida Carlos Amaral, 1015 Cajueiro/Santo Antônio de Jesus – BA, CEP: 44.570-000. Ou através dos telefones (75) 3632 6950 – Colegiado de Enfermagem, (75) 8833 7173 – pesquisadora discente Luziane dos Santos, (75) 8801 1318 – pesquisadora responsável professora Josele Rodrigues. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRB. Endereço – Rua Rui Barbosa, 710, Campus Universitário, Centro, Cruz das Almas-BA. CEP 44380-000, e-mail eticaempesquisa@ufrb.edu.br, telefone (75) 3621-6850.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações do projeto, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o consentimento de participação do sujeito, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Desde já agradecemos à sua disponibilidade em participar voluntariamente do estudo.

Josele de F. Rodrigues Santa Bárbara
Pesquisadora responsável

Luziane dos Santos
Pesquisadora Colaboradora

Assinatura do entrevistado

Santo Antônio de Jesus, __/__/2014.

APÊNDICE B - RELAÇÃO DE PERGUNTAS A SEREM APLICADAS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

PERGUNTAS QUE SERÃO REALIZADAS

1. Fale-me o que você entende por PNI.
2. Fale-me sobre as ações que você realiza durante suas visitas domiciliares para a efetivação do PNI.
3. Fale-me como você compreende o papel do ACS em relação a implementação do PNI.
4. Fale-me sobre as dificuldades vivenciadas para a efetivação do PNI.
5. Fale-me sobre as facilidades vivenciadas para a efetivação do PNI.