

Annelisa Santos Lages

Implicações de profissionais de saúde no processo de vacinação em duas
unidades básicas de Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte – MG
2012

Annelisa Santos Lages

Implicações de profissionais de saúde no processo de vacinação em duas
unidades básicas de Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Universidade
Federal de Minas Gerais como
requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública
(área de concentração em
Epidemiologia).

Orientadora: Prof^ª Elisabeth Barboza França

Co-orientadora: Maria Imaculada de Fátima Freitas (EEUFMG)

Belo Horizonte – MG

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitor

Profª. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Profª. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima dos Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Vice Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Profª. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Profª. Ada Ávila Assunção

Sub-Coordenador

Prof. Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães - Titular

Profª. Soraya Almeida Belisário - Suplente

Profª. Ada Ávila Assunção - Titular

Profª. Cibele Comini César - Suplente

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade - Titular

Profª. Carla Jorge Machado - Suplente

Prof. Fernando Augusto Proietti - Titular

Profª. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa - Suplente

Profª. Sanhi Maria Barreto – Titular

Prof. Francisco de Assis Acúrcio – Suplente

Profª. Mariângela Leal Cherchiglia – Titular

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro – Suplente

Larissa Fortunato Araujo (Representante Discente Titular)

Gustavo Machado Rocha (Representante Discente Titular)

“... Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre...”

Milton Nascimento

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ser meu guia maior e me mostrar que as tristezas podem ser também um aprendizado na vida.

À professora Beth pela liberdade de escolha para a construção deste estudo, pois esse novo vôo só foi possível pela sua confiança no meu trabalho. A minha admiração por você é imensa, por ser uma pessoa alegre, agradável e uma pesquisadora competente e dedicada.

À professora Peninha que de maneira adorável e generosa me acolheu, cativou, ensinou e orientou sobre os caminhos desconhecidos da metodologia qualitativa. Muito obrigada, sem você este trabalho não seria possível!

À Deise (lindinha!) que sempre acreditou em mim e me incentivou. Os meus eternos agradecimentos e abraços. Você é muito especial para mim.

À professora Conceição Werneck pelo carinho e incentivo nos momentos em que este trabalho ainda estava em formação.

Às amigas Patrícia e Carol Cunha por cada telefonema atendido e palavra de apoio. Vocês me ajudaram muito.

À Dayse Maria, Alice Werneck e Salime Hadad pela receptividade e discussões construtivas para este trabalho.

Aos colegas de mestrado pelas risadas e estudo. Jú, Quel, Dri e Renato vocês tornaram essa jornada muito mais leve.

À Gisele Nacur, Lenise Westin e demais profissionais da SMS/BH por abrirem as portas e permitirem a realização deste trabalho.

Aos irmãos e irmãs, primas e tias, pela compreensão e alegria sempre compartilhada.

À mamãe e papai por apoiarem as minhas escolhas e me dar todo o suporte para realizá-las. Amo vocês.

RESUMO DA DISSERTAÇÃO

RESUMO

Objetivos: Avaliar o processo de vacinação em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, discutindo a implicação dos profissionais de saúde nesse processo, tendo como fio condutor a cobertura da vacina contra a hepatite B. Conforme estruturação do trabalho em artigo científico os objetivos específicos foram: compreender a implicação dos profissionais nas seguintes atividades do processo de vacinação em duas UBS do município de Belo Horizonte: avaliação do cartão de vacina, orientação dos pais ou responsáveis, busca ativa, monitoração da cobertura vacinal; identificar representações dos profissionais sobre: atividades de vacinação realizadas na UBS, calendário de vacinação infantil, vacina contra a hepatite B e modos de agir de pais e responsáveis; conhecer os modos de implicação dos profissionais no processo de vacinação e cobertura vacinal na área de abrangência da UBS. (Artigo 1).

Metodologia: Este é um estudo qualitativo, que utiliza as noções da Teoria das Representações Sociais (TRS) e o método de Análise Estrutural de Narração para realizar a interpretação das entrevistas. A primeira fase do trabalho de campo foi determinar o distrito sanitário e selecionar as UBS nos quais seria realizada a coleta de dados. Foram escolhidas duas UBS situadas no município de Belo Horizonte. Para isso, foram utilizados os mesmos critérios para definição da instância regional e local: cobertura vacinal abaixo do preconizado pelo PNI para o controle da hepatite B (95%) e análise de série histórica sobre a cobertura vacinal dos respectivos serviços. O distrito sanitário (intitulado A) e as duas UBS (intituladas 1 e 2) apresentaram a menor cobertura vacinal contra hepatite B, em 2010 e por isso foram selecionados para o presente estudo. Com exceção daqueles que estavam de licença médica, férias ou se recusaram a participar, foram entrevistados todos os gerentes, médicos e enfermeiros das duas UBS, além do responsável pela sala de vacinação em cada uma (indicados pelos gerentes das unidades). A coleta de dados foi guiada por roteiro com questões indiretas sobre a vacina contra hepatite B, a cobertura vacinal e o uso do cartão de vacina, solicitando aos profissionais que falassem sobre a atividade de vacinação no seu serviço e o que pensavam sobre essas atividades. As entrevistas foram registradas em gravador de áudio, transcritas literalmente e interpretadas a partir da Análise Estrutural da Narrativa, em três passos: Leitura Vertical, Leitura Horizontal e Leitura Transversal.

Resultados: Foram entrevistados 26 profissionais de saúde, entre os quais vinte (77%) são enfermeiros e médicos generalistas integrantes de ESF: doze (46%) e oito (32%), respectivamente. Os demais profissionais são enfermeiros de apoio (2), técnicos de enfermagem (2) e pediatras (4), que representam, respectivamente, 8% para cada categoria de enfermagem e 16% para os pediatras. Na análise das entrevistas, verificou-se que os profissionais de saúde têm representações que podem ser agrupadas em quatro categorias referentes ao processo de vacinação e aos demais aspectos nele envolvidos: 1) monitoração individual da vacinação: cartão de vacina, 2) monitoração coletiva da vacinação: cobertura vacinal, 3) reflexão sobre a baixa cobertura da vacina contra a hepatite B e 4) a importância da vacina contra a hepatite B e calendário vacinal. Na primeira categoria, a monitoração aparece nas narrativas como uma atividade realizada nos respectivos serviços, no entanto, a análise das falas explicita disjunções, com afirmativas que negam essa prática. Além disso, o uso do cartão de vacina como instrumento de informação para o trabalho não é majoritário; assim, a busca ativa adquiriu uma representação de estratégia pouco importante na vigilância à saúde. Na

segunda categoria, observa-se que o monitoramento da cobertura vacinal, assim como o fluxo das informações acerca de tal valor, ocorre de maneira deficitária nas UBS. Isso propicia o desconhecimento dos profissionais sobre a baixa cobertura vacinal alcançada pela UBS em que trabalham. A terceira categoria, que trata das possíveis causas da baixa cobertura vacinal contra hepatite B, os profissionais apresentaram opiniões diversas, citando, entre outros, falta de informação e orientação ou descaso das mães; problemas sociais; esquema prolongado. As representações dos entrevistados sobre a importância da vacina contra a hepatite B, a quarta categoria estudada, estão fundadas em informações científicas e relacionadas à evitabilidade de adoecimento futuro, sem, no entanto, referirem-se à transmissibilidade do vírus e conseqüente importância para a saúde coletiva.

Conclusão: A avaliação do processo de vacinação das UBS apontou falhas nas atividades de monitoração do cartão de vacina, orientação dos pais/responsáveis, busca ativa e monitoração da cobertura vacinal. Há diferenças no processo de trabalho em relação à prática de monitoração do cartão de vacinação; a observação fragmentada favorece a perda de oportunidade de vacinação e o acúmulo de susceptíveis na comunidade. A atividade de busca como uma estratégia pouco valorizada pelos profissionais gera lacunas no que deveria ser um sistema de captação dos faltosos à vacinação, além de desestimular os profissionais responsáveis pelo preenchimento do cartão espelho, uma vez que esses são pouco utilizados. A ausência de monitoração da CV nas UBS favorece o desconhecimento dos profissionais sobre a situação vacinal das crianças e dificulta o planejamento das ações em saúde. Estimular e sensibilizar os profissionais de saúde quanto às informações geradas na sala de vacina e pelos ACS, bem como às possibilidades de sua utilização, são ações necessárias para a mudança das representações que contribuem para as falhas no processo. Além disso, estratégias de monitoração de todas as crianças da área de abrangência podem ser fortalecidas, além daquelas existentes junto às clínicas privadas. De maneira geral, os resultados mostraram que os profissionais de saúde das UBS estudadas, no que tange à vacinação, executam suas atividades com representações centrais focadas na saúde do indivíduo em detrimento da saúde coletiva. Porém e apesar das falhas apontadas no processo de vacinação de tais unidades, pode-se considerar que a implicação dos profissionais de saúde é, obviamente, existente, mas carece de reformulações, tanto de si mesmos como da organização e gestão do processo de trabalho, com maior investimento no que se refere ao acompanhamento e à atualização dos cartões de vacinação das crianças.

Descritores: vacinação, avaliação em saúde, pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Objective: Evaluating the process of vaccination in two Basic Health Units (UBS) in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, discussing the implication of health professionals in this process, using the vaccination coverage against hepatitis b as a guide. As the structuring of work in a scientific article the specific objectives were: to understand the implication of professionals in the following activities in the process of vaccination in two of the UBS city of Belo Horizonte: professionals' performance during the consultations, active search, monitoring of vaccination coverage, identify representations professionals on: immunization activities conducted in UBS, childhood vaccination schedule, vaccine against hepatitis B and modes of action of parents and caretakers/guardians know the modes of involvement of professionals in the process of vaccination and vaccination coverage in the area of the Unit Basic Health (Article 1).

Methods: It is a qualitative study, using notions of social representations theory and method of Structural Analysis of Narrative to carry out the interviews. The first phase of field work was to determine the health district and select the UBS, which was developed in the collection. Were chosen, two UBS located in the city of Belo Horizonte. For this was used the same criterion to define the instance corresponding to the regional and local coverage below recommended by PNI to control hepatitis B (95%), and time series analysis on the coverage of their services. The health district entitled A, as well as two selected UBS, titled 1 and 2, had the lowest vaccine coverage against hepatitis B in 2010. We interviewed all managers, doctors and nurses from both UBS, except those who were on sick leave, vacation or refused to participate, and the responsible for the vaccination room at each UBS, following a recommendation from the unit manager. Data collection was guided by a script with indirect questions about the vaccine against hepatitis B, vaccination coverage and vaccine card use and requesting professionals to talk about the situation in their service and what they thought about these activities. The interviews were recorded on audio recorder, transcribed verbatim and interpreted using the Structural Analysis of Narrative in three steps: Vertical Reading, Horizontal Reading and Cross Reading.

Results: We interviewed 26 health professionals, including twenty (77%) nurses and general practitioners are members of ESF: Twelve (46%) and eight (32%), respectively. The other professionals are nurses support (2), nursing technicians (2) and pediatricians (4), which represent, respectively, 8% for each category of nursing and 16% for pediatricians. In analyzing the interviews, it was found that health professionals have representations that can be grouped into four categories related to the vaccination process and other aspects involved in it: 1) individual monitoring of vaccination: vaccination card, 2) monitoring of collective vaccination: vaccination coverage, 3) reflection on the low vaccine coverage against hepatitis b and 4) the importance of hepatitis B vaccine and vaccination schedule. In the first category, the monitor appears in narrative as an activity carried out within their departments, however, the analysis of the speeches explicit disjunctions, with assertions that deny this practice. In addition, the use of vaccination card information as a tool for the job is not a majority, so the active search strategy acquired a representation of some important health surveillance. In the second category, it is observed that the monitoring of vaccination coverage, as well as the flow of information about such value is so deficient in UBS. This provides the lack of professionals on the low vaccine coverage by UBS in which they work. The third category, which addresses the possible causes of low vaccination coverage against

hepatitis B, the professionals had different opinions, citing, among others, lack of information and guidance or neglect of mothers; social problems; scheme extended. The representations of the respondents on the importance of the vaccine against hepatitis B, the fourth category studied, are based on scientific information and avoidable illness related to the future, without, however, refer to the transmissibility of the virus and the consequent importance to health conference.

Conclusions: The evaluation of the vaccination of UBS pointed out flaws in the monitoring activities of the vaccination card, orientation of the parents / active search and monitoring of vaccination coverage. There are differences in the work process in relation to the practice of monitoring the vaccination card; fragmented observation favors the loss of opportunity for vaccination and the accumulation of susceptible community. The orientation of the parents / guardians who attend the UBS study does not present such a finding consistent with the discourse of professional and does not diminish the ignorance and fear of parents / guardians in relation to an activity that depends on their consent to be performed. The search activity as a strategy undervalued by professionals creates gaps in what should be a collection system for missing vaccination, and discourages professional completing the card mirror, since these are rarely used. The absence of monitoring VC in UBS favors ignorance of professionals about the vaccination status of children and hampers planning of health actions. Encourage and educate health professionals on the information generated in the vaccination room and the ACS, and the possibilities of their use are necessary actions to change the representations that contribute to failures in the process. In addition, strategies for monitoring all children in the catchment area can be strengthened beyond those existing at the private clinics. Overall, the results showed that the health professionals of UBS studied with regard to vaccination, with offices perform their core activities focused on the health of the individual to the detriment of public health. However, despite the faults mentioned in the process of vaccination of those units, we can consider that the involvement of health professionals is obviously exists, but lacks reformulations of both themselves and the organization and management of the work process, more investment in relation to monitoring and updating of children's immunization cards.

Key-words: vaccination, health services research, qualitative research.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
2 OBJETIVOS.....	18
3 ARTIGO	19
3.1 INTRODUÇÃO.....	22
3.2 MÉTODO.....	23
3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
APÊNDICE.....	44
APÊNDICE A- PROJETO DE PESQUISA.....	45
APÊNDICE B – CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO INFANTIL.....	54
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	55
ANEXOS.....	57
ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO DEPARTAMENTO.....	58
ANEXO B – CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO.....	59
ANEXO C- APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COEP.....	60
ANEXO D- ATA DA DEFESA	61
ANEXO E- DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DA DEFESA	62

Considerações iniciais

Esta dissertação insere-se na linha de pesquisa “Avaliação em Saúde e Serviços de Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGSP/UFMG). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP/SMSA/BH) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP) conforme o Parecer nº 0101.0.203.410-11.

Resultados do Inquérito de Cobertura Vacinal (ICV), realizado em Belo Horizonte no ano de 2007, revelam que a cobertura para a vacina contra a hepatite B foi a mais baixa, notadamente, quando comparada com as demais vacinas do calendário básico de vacinação infantil, independente das condições de vida das crianças. A hepatite B é um problema de saúde pública no Brasil, devido ao seu alto percentual de cronificação e custo do tratamento com medicamentos e transplantes de fígado, apesar da disponibilidade da vacina contra a doença nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Em Belo Horizonte, as razões para a baixa cobertura vacinal contra a hepatite B intrigam gestores e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/BH) que, embora busquem soluções para reverter o quadro no município, não compreendem as diferenças acentuadas entre a cobertura vacinal para a vacina contra a hepatite B e as demais, sendo a primeira muito aquém do esperado.

Em consequência disso, o projeto inicial de pesquisa foi proposto com a intenção de obter indicações sobre os motivos da baixa cobertura da vacina contra a hepatite B em duas UBS do município de Belo Horizonte, incluindo o significado da vacinação e a razão da não-vacinação contra a hepatite B, segundo os profissionais atuantes nas unidades de saúde e os pais/responsáveis por crianças pertencentes à área de abrangência das UBS participantes. Entretanto, durante a análise inicial dos dados, foram observados dois aspectos importantes e modificadores dos objetivos iniciais dessa pesquisa, sendo eles: primeiro, a maioria dos profissionais do nível local, entrevistados, não tinha conhecimento sobre a baixa cobertura da vacina contra a hepatite B em Belo Horizonte e na UBS em que trabalha; e, segundo, havia ausência de

monitoramento da cobertura vacinal por parte dos próprios profissionais das UBS participantes. Por isso, a parcela dos objetivos iniciais referente à compreensão do significado da vacinação e a razão da não-vacinação contra a hepatite B para os pais e responsáveis não foi realizada, por se tornar imperativa a necessidade de avaliar mais intensamente o processo de vacinação nas UBS. Dessa forma, as questões relativas à vacina contra a hepatite B foram abordadas e aprofundadas somente com os profissionais.

Assim, tornou-se importante desenvolver estudo avaliativo de cunho qualitativo que aprofundasse a discussão sobre a atividade de vacinação e permitisse visualizar o processo de trabalho dos profissionais das UBS.

Avaliação em saúde

A avaliação de uma intervenção permite identificar suas limitações e acertos e assim validar a intervenção, prover adequação de rumos, ampliar seu escopo e, até mesmo no caso de resultados desfavoráveis, optar pela sua descontinuidade ¹. A intervenção é organizada em um contexto específico, sendo formada pelo conjunto dos meios físicos, simbólicos, humanos e financeiros e pode ser uma técnica, uma política, uma prática, um programa, entre outros ².

¹ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

² Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JF, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, ZMA, organizador. Avaliação em saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-48.

Santos e Victora³ discutem a aplicabilidade de estudos randomizados, comprovadamente úteis para melhorar a qualidade do atendimento individual, no campo da saúde coletiva. Porém, os autores também afirmam que os estudos randomizados apresentam diversas limitações quando aplicados na avaliação de programas de saúde pública e por isso necessitam ser complementados ou substituídos por outros delineamentos como o proposto por Habicht *et al.*⁴.

Segundo Habicht *et al.*⁴, as avaliações dos programas de saúde estão classificadas em dois eixos: o primeiro se refere aos indicadores e o segundo ao tipo de inferência necessária para se afirmar os resultados observados. O indicador a ser utilizado depende diretamente do que está sendo medido: se o processo ou o impacto.

A avaliação de processo considera a maneira mais adequada de fazer algo em todas as etapas⁵, e trata de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados², sendo ainda ressaltada por Gil⁶ a crescente utilização da metodologia qualitativa nas avaliações de processo.

O método qualitativo “*é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam*”⁷ (p.57).

³ Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. Cad. Saúde Pública 2004; 20 Suppl: 337-341.

⁴ Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausability and probability of public health programme performance and impact. International Journal of Epidemiology, 1999; 28: 10 – 18.

⁵ Malik AM et al. Indicadores. In: Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: FSP-USP; 1998. p. 45-63.

⁶ Gil, CRR et al. Avaliação em saúde. In: Andrade et al. (org) Bases da saúde coletiva. Londrina: Ed UEL. 2001.

⁷ Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. Ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

Para tal, considera-se que as pessoas se envolvem nos acontecimentos, eventos e no trabalho, fazendo julgamentos e definindo condutas a partir de suas experiências e interações com os outros sujeitos ou instituições sociais. Ouvir a expressão de suas idéias, pelas suas narrativas, é fundamental para compreender o que pensam, como se envolvem e o que constroem socialmente. Narrativas estão presentes em todos os lugares, em todas as sociedades e em todos os tempos. Podem ter como suporte a linguagem oral, escrita, a imagem, o gesto, ou a mistura ordenada de todas essas substâncias. A compreensão de uma narrativa vai além, portanto, de acompanhar o desenrolar da história, e trabalha também com o reconhecimento de “estágios”⁸

Historicamente, o que se observa é um predomínio dos estudos quantitativos na área da avaliação em saúde, deixando à sombra as questões de significado e intencionalidade⁷. No campo da Saúde Pública as duas abordagens são utilizadas para uma aproximação com a realidade observada e nenhuma das duas pode ser considerada completamente adequada, no sentido de ser suficiente, para a compreensão completa dessa realidade. Minayo ressalta que “um bom método (de pesquisa) será sempre aquele, que permitindo uma construção completa dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria”⁹ (p.293).

Segundo os critérios propostos por Habicht *et al.*⁴, a cobertura vacinal é um indicador de processo e assim mede a proporção de crianças que utilizam o serviço de vacinação. Nesse contexto, observa-se que o cálculo da cobertura vacinal é de extrema importância para a avaliação do PNI, uma vez que ele é um indicativo de sucesso ou falha no processo de vacinação. Isso porque os dados de cobertura vacinal são comparados a valores esperados e assim procede-se o julgamento do programa¹⁰.

⁸ Barthes, T. A aventura semiótica. Tradução Mario Laranjeira. São Paulo: M. Fontes, 2001. 339p.

⁹ Minayo MCS. Quantitativo-Qualitativo; oposição ou complementariedade? *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9(3):239-262, jul/set, 1993.

¹⁰ Moraes JC *et al.* Qual a cobertura vacinal real? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(3) : 147 – 153, 2003.

Entretanto, somente uma avaliação qualitativa permite uma análise e uma conseqüente visualização das atividades desse processo que necessitam ou não de reestruturação. Considerando que os aspectos referentes aos modos como os profissionais representam e investem nas ações de vacinação, planejamento e monitoração dessa atividade integram este tipo de avaliação.

Assim, o presente estudo teve o objetivo de avaliar o processo de vacinação em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, discutindo a implicação dos profissionais de saúde nesse processo, tendo como fio condutor a cobertura da vacina contra a hepatite B. A referida vacina foi escolhida por apresentar, a menor CV para menores de um ano, segundo o ICV realizado em Belo Horizonte em 2007 ¹¹.

O volume apresenta-se na forma de artigo científico, conforme regulamento vigente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais. Nesse trabalho será apresentado um artigo científico original intitulado “Implicações de profissionais de saúde no processo de vacinação em duas unidades básicas em Belo Horizonte”

¹¹Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais. Brasil (Cobertura Vacinal 2007). São Paulo: CEALAG; 2008. 645p.

Este volume contém:

1. Considerações iniciais: pretendeu-se dar enfoque ao tema Avaliação em Serviços de Saúde, em particular na avaliação do PNI, e apresentar os objetivos respondidos nessa dissertação.
2. Artigo original: Implicações de profissionais de saúde no processo de vacinação em duas unidades básicas de Belo horizonte.
3. Considerações finais: apresenta os aspectos relevantes da dissertação no seu conjunto.

Apêndices

Apêndice A: Projeto de pesquisa

Apêndice B: Calendário de vacinação infantil

Apêndice C: Roteiros de entrevista

Anexos

Anexo A: Folha de Aprovação do projeto pela Câmara do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG

Anexo B: Certificado de Qualificação

Anexo C: Folha de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Objetivos

Objetivo geral

Avaliar o processo de vacinação em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, discutindo a implicação dos profissionais de saúde nesse processo, tendo como fio condutor a cobertura da vacina contra a hepatite B.

Objetivos específicos

1. Compreender a implicação dos profissionais nas seguintes atividades do processo de vacinação em duas UBS do município de Belo Horizonte: avaliação do cartão de vacina, orientação dos pais ou responsáveis, busca ativa, monitoração da cobertura vacinal.
2. Identificar representações dos profissionais sobre: atividades de vacinação realizadas na UBS, calendário de vacinação infantil, vacina contra a hepatite B e modos de agir de pais e responsáveis.
3. Conhecer os modos de implicação dos profissionais no processo de vacinação e cobertura vacinal na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde.

ARTIGO

**Implicações de profissionais de saúde no processo de vacinação em
duas unidades básicas de Belo Horizonte**

Resumo

Em Belo Horizonte, a cobertura vacinal contra a hepatite B em 2007 foi aquém do preconizado pelo PNI e, por isso, a referida vacina foi utilizada como fio condutor para esta pesquisa, que avaliou o processo da atividade de vacinação, no que se refere à implicação dos profissionais de saúde, em duas unidades básicas de saúde (UBS) do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. A pesquisa mostrou que este processo apresenta falhas no que se refere ao controle e utilização do cartão espelho, à orientação dos pais/responsáveis, e também no monitoramento da cobertura vacinal (CV) e utilização dos dados de CV como subsídio para o planejamento das ações em saúde. Além disso, a implicação dos profissionais está concentrada na rotina do serviço, com baixa criatividade, o que inclui representações que mantêm forte tendência à valorização de atividades voltadas à saúde individual em detrimento de atividades abrangentes de saúde coletiva. Conclui-se que a defasagem apresentada no processo de vacinação pode ser superada com uma maior valorização das ações cotidianas, com o uso das informações geradas sobre vacinação e com o planejamento e incremento das atividades de saúde coletiva em nível local da atenção básica.

Palavras chave: vacinação, avaliação em saúde, pesquisa qualitativa.

Abstract

The immunization coverage against Hepatitis B in Belo Horizonte was below the recommendation suggested by PNI in the year of 2007 (89%) and, because of this, the vaccine was established as a conducting point for evaluating the vaccination process in two basic units of health (UBS) in Belo Horizonte city, Minas Gerais. The survey shows flaws in the process of vaccination in both of UBS related to the monitoring of vaccination coverage (CV), use of CV data as input for planning health actions, and also the control and use of the mirror card and orientation procedures to parents, furthermore the UBS professionals are focused on routine tasks, with low creativity in working beyond limitations. In addition, in both UBS was observed a strong tendency to value activities aimed at individual health activities to the detriment of public health action. In conclusion, the vaccination process fault can be overcome with a greater appreciation of everyday actions and use of information about vaccination produced, and some necessary adjustments within UBS to increase public health action.

Key-words: vaccination, health services research, qualitative research.

Introdução

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) brasileiro é referência mundial e tem como objetivo “o controle, eliminação e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis consideradas prioritárias ao interesse da saúde pública brasileira e internacional”¹ (p.109). As ações do PNI são de responsabilidade de todas as instâncias de governo, e cabe ao município a programação e a oferta da vacinação pela rede de serviços de saúde². Nesse sentido, integra o conjunto da estratégia de Saúde da Família (ESF) que foi criada com o objetivo de reorganizar a atenção básica de acordo com os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade³. Apesar do sucesso do PNI¹, ainda existem problemas na utilização da vacinação como modo de prevenção. Tal fato pode ser compreendido pelas características culturais e o nível de acesso à informação da população brasileira, uma vez que esses desempenham um papel mais ativo na procura por serviços preventivos do que na procura por serviços assistenciais⁴.

A avaliação do PNI está tradicionalmente centrada na cobertura vacinal (CV), obtida por meio do cálculo do número de frascos utilizados (representando o número de doses aplicadas) dividido pela estimativa do número de crianças menores de um ano, residentes no município². Paralelamente às ações de monitoração da CV, o PNI tem, desde a sua criação, aumentado a oferta de vacinas no calendário infantil¹, assim como o setor privado de vacinação, que cresce, ao oferecer atenção diferenciada e disponibilidade de vacinas modernas a quem pode pagar⁵. Esse último fator acarreta dificuldades de regulação, pelo Estado, da oferta do serviço de vacinação⁵ e sua avaliação adequada.

A prática de avaliação dos programas públicos é uma estratégia amplamente utilizada pelo Estado e pelos serviços de saúde para nortear as intervenções na área⁶, sendo o planejamento e a gestão de ações e programas interdependentes e relacionados à avaliação⁷. A avaliação de processo trata de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados⁶, ressaltando-se, ainda, a crescente utilização da metodologia qualitativa⁸.

A qualidade das ações e o alcance das metas relativas às atividades de vacinação dependem dos modos de implicação dos profissionais em ações de cunho coletivo, que

incluem, além do ato individual de vacinar, acompanhamento, supervisão e informação. Tais ações devem ser executadas por todos os membros da equipe de saúde, para que sejam compreendidas e aceitas pela população. Assim, não dependem exclusivamente do quantitativo de pessoal, mas também de capacitações que propiciem conhecimento e desenvolvimento de atitudes dos profissionais de saúde ². Por isso, para além das análises sobre a evolução e a expansão do Sistema de Informação em Saúde (SIS) no âmbito local e nacional, é necessário estudar a utilização das informações pelos profissionais como subsídio para a avaliação e o planejamento das ações dentro das UBS. Estudos sobre a utilização do SIAB e das informações para a gestão em saúde são crescentes na literatura nacional ^{9,10,11}, mas não existem avaliações sobre o uso das informações sobre a vacinação por aqueles que trabalham no sistema de saúde.

Como fio condutor desta discussão, considerou-se o caso da vacina contra hepatite B em Belo Horizonte, onde esta vacina alcançou a cobertura mais baixa - 89%, com limite superior de 91,6% e inferior de 86,4% - quando comparada com a cobertura das demais vacinas do calendário básico de vacinação infantil, em 2007. Ressalta-se, ainda, que isso ocorreu independentemente das condições de vida das crianças ¹².

Pode-se pressupor, então, a existência de dificuldades na aceitação, utilização e legitimação dessa vacina como forma de proteger os indivíduos, mesmo sendo a hepatite B um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Ou seja, a baixa cobertura da vacina contra a hepatite B em Belo Horizonte pode ser devida a falhas no acompanhamento das ações e no processo de vacinação realizado dentro das UBS. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo avaliar o processo de vacinação em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, discutindo a implicação dos profissionais de saúde nesse processo e tendo como fio condutor a cobertura da vacina contra a hepatite B.

Método

Trata-se de estudo qualitativo, que utiliza as noções da Teoria das Representações Sociais (TRS) e o método de Análise Estrutural de Narração para realizar a interpretação das entrevistas.

O conceito de TRS surgiu na obra de Moscovici, em 1961, com base nas contradições e dilemas sobre a construção da relação entre o indivíduo e a sociedade. Os frutos dessa relação são interdependentes, na medida em que a esfera pública desempenha um papel constitutivo no sujeito individual e o indivíduo constrói uma nova significação dos objetos frente ao tecido social. Para os primeiros autores da teoria, a Representação Social (RS) se estabelece nos espaços públicos onde os sujeitos sociais buscam dar sentido ao mundo por meio da criação de símbolos individuais e coletivos ¹³. As RS, embora de difícil definição, podem ser entendidas como um “conjunto de proposições, reações e avaliações” organizadas de maneira “diversa segundo as classes, as culturas ou os grupos”, que contribuem “para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais” ¹⁴. Giami ¹⁵ extrapola a noção apresentada por Moscovici ¹⁴, afirmando que as representações são também construções individuais porque psicológicas, que alimentam as interações sociais e se modificam nelas, comungando pontos de vista, julgamentos, imagens e opiniões, que se tornam, portanto, ao mesmo tempo, construções coletivas do social. O estudo aqui apresentado encontra-se nessa vertente.

Para desvelar as representações, os dados foram tratados pelo método de Análise Estrutural da Narração, descrito por Demazière e Dubar ¹⁶, segundo o qual a entrevista é um momento de reflexão do entrevistado na interação com o entrevistador, o que lhe permite apresentar sua versão dos fatos, as justificativas e sentimentos sobre eles, bem como as pessoas envolvidas nos fatos ou sentimentos narrados.

A análise dos dados foi dividida em três etapas. A primeira correspondeu à análise de cada entrevista separadamente. Nessa etapa, o primeiro momento foi de **leitura vertical** ¹⁷, buscando o sentido global de cada uma, o que permitiu conhecer o “tom” da entrevista e indicar os temas presentes. Em um segundo momento dessa etapa, foram realizadas a desconstrução e a reconstrução de cada entrevista, a partir da **leitura horizontal** ¹⁷, sendo o conjunto do texto numerado em sequência, o que fez surgir enunciados que explicitam o campo de significados para a pessoa que fala, em torno de cada objeto do discurso ^{18,19}. Esses objetos se encontram, obviamente, espalhados ao longo da fala, pois o processo para apresentá-los e justificá-los é sempre de idas e vindas. Em seguida, os objetos e suas explicações foram reagrupados, sendo as sequências reconstruídas e reorganizadas na totalidade do relato, tentando encontrar,

acompanhar e reproduzir o trabalho de categorização que o próprio entrevistado realizou. A segunda etapa do trabalho consistiu em encontrar, numa leitura chamada por Blanchet e Gotman ¹⁷ de **transversal**, o que era comum e discordante no conjunto das categorias empíricas presentes nas entrevistas, para agrupar e categorizar os significados explicitados no *corpus* final, construindo as categorias a serem cotejadas com a literatura pertinente e as reflexões de fechamento da análise.

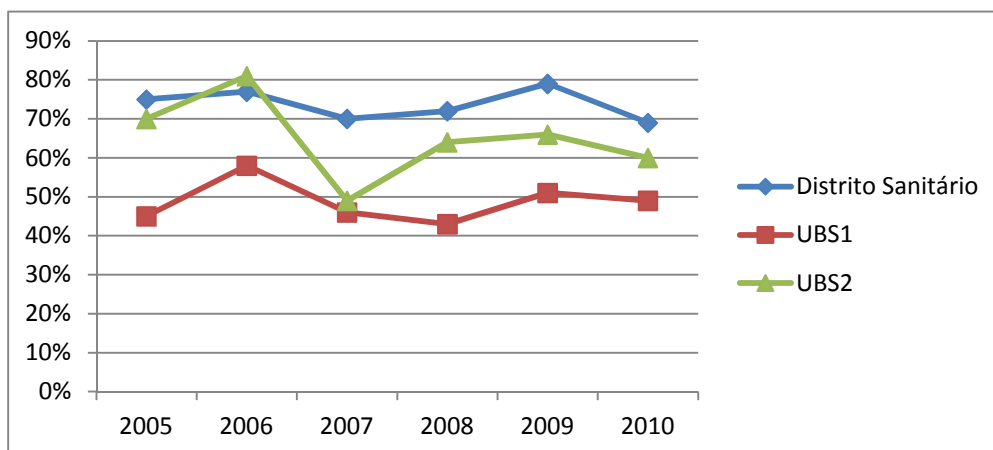
O cenário e os sujeitos da pesquisa

A primeira fase do trabalho de campo foi determinar o distrito sanitário e selecionar as UBS nos quais seria realizada a coleta de dados. Foram escolhidas duas UBS situadas no município de Belo Horizonte. Para isso, foram utilizados os mesmos critérios para definição da instância regional e local: cobertura vacinal abaixo do preconizado pelo PNI para o controle da hepatite B (95%) e análise de série histórica sobre a cobertura vacinal dos respectivos serviços.

Foram selecionados, então, o distrito sanitário (intitulado A) e as duas UBS (intituladas 1 e 2) que apresentaram a menor cobertura vacinal contra hepatite B, em 2010. Segundo a Coordenação Técnica de Imunização de Belo Horizonte ²⁰, o distrito A havia atingido a cobertura de 69% (IC95% 69,04; 71,97) e as UBS 1 e 2 obtiveram, respectivamente, 49% (IC95% 44,18; 53,54) e 60% (IC95% 54,12; 64,54). A análise da série histórica mostrou curvas descendentes das coberturas vacinais para a hepatite B no distrito A e nas UBS 1 e 2 (Figura 1), reafirmando a pertinência da seleção.

O reconhecimento de campo e as entrevistas foram realizados entre os meses de junho e setembro de 2011. Com exceção daqueles que estavam de licença médica, férias ou se recusaram a participar, foram entrevistados todos os gerentes, médicos e enfermeiros das duas UBS, além do responsável pela sala de vacinação em cada uma (indicados pelos gerentes das unidades). As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade dos profissionais.

Figura 1: Série histórica da cobertura vacinal contra a hepatite B para o distrito sanitário A, UBS 1 e UBS 2, de Belo Horizonte



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. SMSA/BH

Técnicas e instrumentos de coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi guiada por roteiro com questões indiretas sobre a vacina contra hepatite B, a cobertura vacinal e o uso do cartão de vacina, solicitando aos profissionais que falassem sobre a atividade de vacinação no seu serviço e o que pensavam sobre essas atividades. As entrevistas foram registradas em gravador de áudio, transcritas literalmente e interpretadas a partir da Análise Estrutural da Narrativa.

Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Parecer nº 0101.0.203.410-11 CEP/SMSA/BH), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº 0101.0.203.410-11 COEP/UFMG).

As entrevistas foram realizadas após os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa e depois da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 26 profissionais de saúde, entre os quais vinte (77%) são enfermeiros e médicos generalistas integrantes de ESF: doze (46%) e oito (32%), respectivamente. Os demais profissionais são enfermeiros de apoio (2), técnicos de enfermagem (2) e pediatras (4), que representam, respectivamente, 8% para cada categoria de enfermagem e 16% para os pediatras. Em relação à idade e ao tempo em atividade na UBS, a análise mostrou que a primeira variou de 26 a 68 anos, enquanto a segunda de 3 meses a 8 anos.

Não houve diferenças marcantes no que se refere à idade ou tempo de serviço, mas se verificou que ocorriam dissonâncias entre o profissional médico e o de enfermagem em alguns aspectos do processo de trabalho. No geral, os profissionais de saúde têm representações que podem ser agrupadas em quatro categorias referentes ao processo de vacinação e aos demais aspectos nele envolvidos: 1) monitoração individual da vacinação: cartão de vacina, 2) monitoração coletiva da vacinação: cobertura vacinal, 3) reflexão sobre a baixa cobertura da vacina contra a hepatite B e 4) a importância da vacina contra a hepatite B e calendário vacinal.

Monitoração individual da vacinação: cartão de vacina

Nas narrativas, a monitoração aparece como uma atividade realizada nos respectivos serviços, em todos os momentos de contato das crianças com a UBS. No entanto, a análise das falas explicita disjunções, com afirmativas que negam essa prática. Além disso, o uso do cartão de vacina como instrumento de informação para o trabalho não é majoritário; ele não é utilizado rotineiramente para a atividade de busca ativa, que adquiriu uma representação de estratégia pouco importante na vigilância à saúde. Emergiram, assim, duas subcategorias que englobam essas representações: monitoração das crianças acompanhadas na UBS e busca ativa.

Monitoração das crianças acompanhadas na UBS

De acordo com os profissionais, existe uma avaliação rotineira dos cartões de vacina durante os contatos com as crianças, seja nas consultas agendadas ou nos atendimentos de casos agudos. As crianças que utilizam a UBS ou pertencem ao PSF são

consideradas bem acompanhadas porque “estão com o cartão de vacinação em dia”. Um profissional disse: “*O que eu vejo é o seguinte: os pacientes que vêm ao consultório não têm vacina atrasada.*” Além da verificação do cartão, os entrevistados ressaltaram a conduta de orientação das mães e de encaminhamento da criança para a sala de vacina quando o cartão estava com alguma dose em atraso.

Observar o cartão de vacina, ação ressaltada por todas as categorias profissionais como rotineira, foi relativizada por três profissionais da área médica, que citaram a falta de tempo e de experiência para a avaliação do cartão. Do mesmo modo, a orientação sobre a vacinação ocorre, em geral, somente quando é identificado “algum problema”. Destaca-se que um dos entrevistados desse grupo, apesar dos esclarecimentos sobre a pesquisa, questionou sua participação, porque ele “*não tem experiência com o calendário infantil*”. Portanto, sua representação exclui a vacinação como tarefa inerente a todos os profissionais de saúde.

Outros estudos já mostraram a baixa participação de médicos no incentivo à vacina, como na investigação sobre a vacinação contra influenza, em São Paulo, que apontou que 153 médicos (35%) se negaram a responder a pesquisa por acreditarem que a vacinação não era um problema deles. Entre os idosos entrevistados, apenas 10% se vacinaram devido à indicação médica, enquanto 32% dos indecisos disseram que se vacinariam se houvesse indicação específica do seu médico ²¹.

Além disso, a atividade de “orientação” dos pais/responsáveis durante as consultas e o encaminhamento posterior para a sala de vacinação foi apresentada como ação realizada na rotina do serviço, porém, não necessariamente favorecendo um bom resultado, o que pode ser verificado no relato seguinte: “*Ô, tá atrasada? Olha lá!* [mostrando a sala de vacinação para a mãe],” “*Ah tá. Vou levar.*” “*Mas, às vezes, ela volta da próxima vez sem ter levado o filho, entendeu?...*”

Entre pais ‘desleixados’ e estereótipos sobre a importância das vacinas, constata-se um dos eixos que, provavelmente, sustentam a baixa cobertura de algumas vacinas, como a da hepatite B: a ineficiência na captação das crianças, com baixa resposta à busca ativa do Agente Comunitário de Saúde (ACS), no intervalo entre as consultas, ou o não aproveitamento do fato de as crianças já estarem na UBS para manterem o cartão em

dia. Profissionais agem, portanto, acreditando que a informação, por si só, seria suficiente para posturas ativas dos pais/responsáveis para vacinar as crianças.

Tais práticas, chamadas de educação em saúde, mostram-se, assim, fundamentadas no modelo conservador que visa à mudança de comportamento do indivíduo^{22, 23}, sem inserção em um contexto e sem interação profissional/usuário que permita, a ambos, a construção e reconstrução de sentido sobre as práticas.

Busca ativa

Segundo os entrevistados, a busca ativa é realizada nas unidades de saúde, embora se possa afirmar a existência de disjunções nos discursos, sendo observadas inconsistências nessa ação. Os relatos são vagos em relação à periodicidade e à metodologia empregada, apontando que a busca ativa é realizada “quando os profissionais têm tempo”, sem se inscrever como tarefa sistemática no processo de trabalho: “[...] *quando a gente vai na sala de vacina, quando tem um tempinho, a gente dá uma olhada. A gente pega o ACS para fazer a busca ativa, mas eu não tenho aquela coisa mesmo não, de todo mês chegar e ir na sala de vacina e olhar os cartões em atraso, não.*” A exceção fica por conta de um profissional, que diz fazê-la mensalmente, com a contribuição do ACS.

Porém, mesmo nesse caso, a detecção da criança com cartão em atraso é realizada somente pelo ACS durante as visitas domiciliares sem que o cartão-espelho que permanece na Unidade seja considerado instrumento de informação para tal. A transferência de função e de responsabilidade pela busca ativa somente ao ACS explicita-se como um desvio no processo, uma vez que todos os profissionais de saúde são responsáveis por ela. Assim, cabe, neste estudo, discussão semelhante à de Tomás²⁴ sobre a distorção do trabalho realizado pelo ACS. O autor questiona a “super-heroização” desse ator, que, por falta de uma descrição mais específica sobre a sua atuação, acaba sobrecarregado em seu trabalho.

Às inconsistências relatadas acima, soma-se outro aspecto que relativiza a busca ativa realizada nessas unidades de saúde: a constante desatualização do cartão espelho. Os profissionais relatam que, durante as campanhas de vacinação, o fluxo de pessoas na sala de vacina aumenta consideravelmente e, dessa forma, eles não têm tempo para

atualizar o cartão espelho. Além disso, mesmo quando há, minimamente, separação dos cartões controle/espelho das crianças em atraso vacinal no arquivo da sala, eles não são utilizados em prol da busca ativa, não passando, conseqüentemente, de uma mera atividade burocrática.

Para Harris ²⁵, as prováveis razões de tal discrepância seriam a falta de treinamento e de profissionais para suprir o aumento da demanda em época de campanha de vacinação e a não adscrição da população para as atividades de vacinação. No presente estudo, pode-se afirmar que as representações de não valorização do cartão como instrumento de informação para a promoção da saúde são o maior empecilho para que ele seja preenchido e utilizado corretamente.

Monitoração coletiva da vacinação: cobertura vacinal

Nessa categoria, observa-se que o monitoramento da cobertura vacinal, assim como o fluxo das informações acerca de tal valor, ocorre de maneira deficitária nas UBS. Isso propicia o desconhecimento dos profissionais sobre a baixa cobertura vacinal alcançada pela UBS em que trabalham. Assim, emergiram duas subcategorias em torno da cobertura vacinal: monitoração e informação; representações dos profissionais acerca dos dados.

Cobertura vacinal: monitoração e informação

Segundo a gestora da Coordenação Técnica de Imunização do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, a Cobertura Vacinal (CV) das UBS é calculada em nível central e enviada, semestralmente, em formato de relatório, para o distrito sanitário, que, por sua vez, é o responsável pelo repasse do relatório, assim como pela discussão desses valores com as UBS. Entretanto, o envio dos dados para as UBS não ocorre em periodicidade sistemática. Pode-se afirmar, assim, que o fluxo de informação sobre cobertura vacinal do distrito sanitário para as UBS (Figura 2) apresenta falhas importantes, o que pode contribuir para uma postura desresponsabilizada dos profissionais com a vacinação, relativas à representação de que “todo mundo já sabe que tem de vacinar”.

Os enfermeiros integrantes das ESF foram questionados sobre as estratégias utilizadas para a monitoração da cobertura vacinal da área de abrangência da equipe e a maior parte dos entrevistados negou tal ação: *“Olha... É... Precisamente não, não existe nenhuma ferramenta para isso.”*

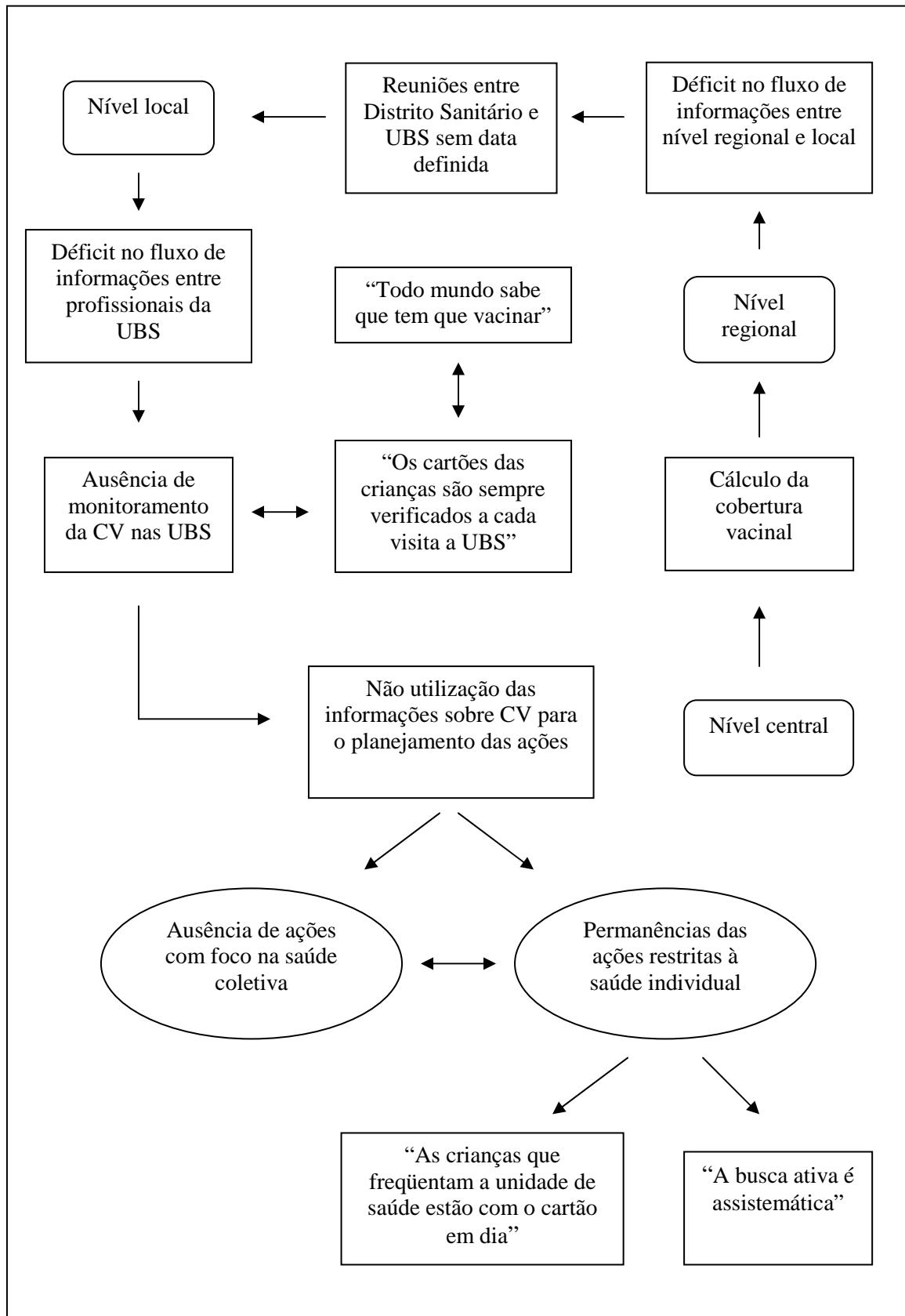
Além disso, não foi mencionada a realização de discussões em equipe no nível local ou de repasse das informações de CV aos demais profissionais da UBS (Figura 2). De fato, os profissionais entrevistados não representam a monitoração da cobertura vacinal como uma estratégia para gestão e programação das ações em saúde da UBS. Assim, perde-se a oportunidade de transformar dados em informação, que poderia ser utilizada como subsídio para a gestão em nível local.

Os resultados deste estudo indicam que, no nível local, a atividade de vacinação é vista de forma rotineira e com certa acomodação por parte dos profissionais, em meio à fragmentação de ações, falhas de informação e falta de análise dos dados e sua respectiva sistematização, fazendo com que a monitoração da cobertura vacinal seja incipiente nas UBS estudadas. O planejamento e avaliação para a tomada de decisões tornam-se, assim, representados como menos importante para a prática das UBS.

Também Bastos ⁹ apontou dificuldades em relação à periodicidade de apresentação de dados entre SMS-Rio e UBS, questionando a falta de gestão, na mesma linha de Benito ¹⁰: *“(...) a informação e o seu fluxo articulado das informações no processo de trabalho em saúde devem ser visualizados como o eixo norteador para a potencialização e efetividade das ações de saúde, sobretudo na rede de atenção à saúde”* (p.02). Acrescentando, Shout ¹¹ ressalta que a adequada gestão da informação está ligada à *“cultura institucional de valorização da informação”* (p.09), ou seja, do sentimento de participação e responsabilidade de produção e utilização da informação.

É notável, nos resultados encontrados, que o foco do trabalho nas UBS ainda esteja ancorado na saúde individual, explicitado nas ações centradas na verificação do cartão de cada criança, quando elas estão presentes no serviço ou nas visitas domiciliares realizadas pelo ACS. Obviamente, tais ações são insuficientes, haja vista as baixas coberturas identificadas de vacina contra Hepatite B. Dessa forma, a ação coletiva de cuidado - a monitoração da CV - não é o centro da agenda dessas unidades básicas.

Figura 2: Fluxograma do processo de vacinação em duas UBS de Belo Horizonte, MG, 2011.



De sua parte, os profissionais afirmam que a população de baixo risco influencia negativamente o controle da informação sobre a cobertura vacinal da área de abrangência da UBS. Vários aspectos foram enumerados, tais como: essa população vacina-se em clínicas particulares, há resistências em se integrar à unidade de saúde e ausência de ACS para cobrir a área. Por exemplo, um profissional relata que “(...)o pessoal do baixo risco, a gente não tem acesso, eles saem daqui, tomam a vacina no Instituto J, ou eles, daí uma semana, eles voltam e tomam campanha. Então a gente perde um pouco esse controle.”

Segundo o ICV realizado em Belo Horizonte em 2007, apenas 5,8% do estrato A e 2,1% do estrato B, correspondentes aos grupos de maior nível sócio-econômico e de mais baixo risco, utilizam exclusivamente o serviço privado de vacinação¹². O uso misto dos serviços públicos e privados pela população de baixo risco parece influenciar de maneira mais importante a monitoração da CV do que o uso exclusivo do setor privado de vacinação.

Em geral, os resultados da presente pesquisa apontam para o fato de que a vacinação, que foi o carro-chefe da saúde pública brasileira durante anos, está sendo relegada a segundo plano no cotidiano dos serviços, pela representação dos profissionais de que é coisa corriqueira, na qual pouco investe .

Cobertura vacinal: representações dos profissionais acerca dos dados

A notícia que as unidades de saúde participantes da pesquisa, assim como o município de Belo Horizonte, têm uma baixa cobertura vacinal contra a hepatite B para crianças menores de um ano causou espanto entre alguns profissionais: “Das crianças? Nossa, viu...” O gerente de nível local, por sua vez, declarou, com hesitação, seu conhecimento sobre a baixa cobertura de Hepatite: “Não... Aqui eu acho que não tá tendo isso não...”

Sobre os dados de CV apresentados pelo Distrito Sanitário X, os profissionais das UBS argumentaram: “Inclusive ontem a gente teve uma apresentação dos indicadores com a gerente de epidemiologia, e ela realmente mostrou essa questão da cobertura vacinal... Mas eu acho que os índices de cobertura reais, a minha impressão é que não seja tão ruins como a estatística mostra.”

O desconhecimento da baixa cobertura da vacina contra a hepatite B e a opinião contrária aos dados apresentados pela SMS/BH revelam representações que conferem segurança aos profissionais em relação ao bom acompanhamento das crianças que frequentam a UBS, pelo fato de fazerem avaliações pela demanda aparente e cotidiana no serviço, intitulada “impressão”, e não pelos dados estatísticos.

Reflexão sobre a baixa cobertura da vacina contra a hepatite B

Em relação às possíveis causas da baixa cobertura vacinal contra hepatite B, os profissionais apresentaram opiniões diversas, citando, entre outros, falta de informação e orientação ou descaso das mães; receio dos pais por causa da idade da criança; esquema prolongado, que pode causar esquecimento; falta de conhecimento dos profissionais sobre a vacina; dificuldades com a técnica de aplicação; falta da vacina na unidade.

Sobre o abastecimento da vacina contra a hepatite B na UBS, a gestora de nível central ressalta: *“Hepatite B não, o país já produz a vacina, nós temos um grande número, tanto é que vem estendendo a cada ano a faixa etária beneficiada pela vacina. Então a hepatite B nós não temos nenhum problema em relação ao fornecimento dela.”*

Estudo realizado por França⁴⁰ sobre barreiras para alcançar a meta de 100% de vacinação infantil aponta, conforme enfermeiros de PSF de Campina Grande, a falta de ACS e de insumos, além da resistência dos pais à vacinação. Essas resistências têm relação com a idade da criança, com representações de fragilidade ou risco de adoecimento pela vacina ou simplesmente por não conhecerem alguém que tenha a doença e, por isso, não considerarem a vacina importante.

No que se refere às posturas de pais/responsáveis, a primeira representação apresentada pelos profissionais das UBS foi sobre a relação entre a via de aplicação e possíveis atrasos vacinais. Os profissionais responsáveis pela sala de vacinação relataram que as dificuldades são pequenas, revertidas na própria sala de vacina e que, dificilmente, uma criança deixa a UBS sem vacinar quando a dose é aplicada pela via intramuscular (IM). Porém, um entrevistado afirmou que as dificuldades são grandes e que as mães são resistentes à aplicação por via IM. Em estudo sobre a adesão ao calendário de vacinação

contra o sarampo, Logullo⁴⁶ aponta que as mães podem atrasar por pelo menos 20 dias a vacinação quando sentem dó ao verem os filhos tomando injeções.

Também foram apontados aspectos relativos aos cuidados dos pais/responsáveis com a atividade de vacinação. De um lado, a maioria dos profissionais entrevistados considerou que eles são comprometidos com a atividade de vacinação dos filhos, qualificando as mães como “cuidadosas” e “consciosas” com as datas do calendário vacinal, embora nem sempre saibam exatamente o objetivo da vacinação.

De outro lado, alguns profissionais das UBS questionam essa adesão, considerando que a maioria das crianças com o cartão atrasado vive com mães/responsáveis em difícil condição socioeconômica e que “enfrentam problemas como etilismo, drogas, muitos filhos, entre outros”. Estudo realizado por Molina²⁸ apontou que existe uma tendência de atraso vacinal nas crianças cujos responsáveis têm baixa escolaridade, assim como o menor número de filhos está significativamente associado com a manutenção da vacinação em dia. Outro aspecto que interfere na capacidade de cuidado para com as crianças é a depressão materna e a presença de alcoolismo na família, variável indicativa de estresse doméstico²⁹.

A criação do PSF e a atuação do Estado na criação de políticas públicas foram abordadas por Gomes³⁰, que questiona a existência de políticas efetivas de proteção social, que supram a necessidade e reduzam a vulnerabilidade das famílias pobres. A condição de exclusão social em que muitas famílias vivem provavelmente faz com que elas não tenham a saúde como primeira preocupação, uma vez que necessitam focar a atenção na garantia da alimentação e na busca de tratamentos para problemas de saúde já existentes³¹.

A importância da vacina contra a hepatite B e o calendário vacinal

As representações dos entrevistados sobre a importância da vacina contra a hepatite B estão fundadas em informações científicas e relacionadas à evitabilidade de adoecimento futuro. Houve referências, também, à necessidade de ampliação da faixa etária para acesso à vacina, no Sistema Único de Saúde. Do mesmo modo, foi citada a

necessidade da oferta de outras vacinas no calendário básico infantil - contra a varicela, HPV e hepatite A, por exemplo.

Pode-se, portanto, pressupor que esses profissionais acabam defendendo um discurso que se torna, na maioria das vezes, comum, repetitivo e acrítico, pois a defesa de ampliação da faixa etária e de inclusão de outras vacinas no calendário como estratégias fundamentais para evitar a ocorrência de doenças na população infantil mostra-se paradoxal frente à ausência, no processo de trabalho nos serviços analisados, de monitoração da cobertura vacinal e de busca ativa, sistematizada para a correta vigilância em saúde.

Considerações finais

A monitoração da cobertura vacinal nas UBS é de grande importância para que os objetivos de controle e erradicação das doenças imunopreveníveis, propostos pelo PNI, sejam alcançados, evitando o retorno de doenças já controladas no país. A avaliação do processo de vacinação das UBS apontou falhas nas atividades de monitoração do cartão de vacina, orientação dos pais/responsáveis, busca ativa e monitoração da cobertura vacinal.

Há diferenças no processo de trabalho em relação à prática de monitoração do cartão de vacinação; a observação fragmentada favorece a perda de oportunidade de vacinação e o acúmulo de susceptíveis na comunidade. A correta informação e a construção de novas representações são instrumentos de empoderamento dos pais/responsáveis, permitindo uma abordagem consistente sobre saúde e doença. Essas duas atividades, que deveriam fazer parte da rotina dos profissionais de saúde que trabalham em UBS, só serão incorporadas por eles quando a vacinação e todos os seus aspectos estiverem presentes nas pautas de reuniões e discussões de equipe, que devem ser fomentados por enfermeiros e gestores. Assim, a reconstrução de representações e a quebra de estereótipos, como parte do processo de trabalho, são fundamentais para a revalorização da atividade de vacinação como ação de saúde pública. Entretanto, políticas sociais também se fazem necessárias, uma vez que condições socioeconômicas, álcool, drogas e número de filhos foram citados como fatores que influenciam negativamente na vacinação das crianças.

A atividade de busca ativa apresenta-se como uma estratégia pouco valorizada pelos profissionais, o que gera lacunas no que deveria ser um sistema de captação dos faltosos à vacinação, além de desestimular os profissionais responsáveis pelo preenchimento do cartão espelho, uma vez que esses são pouco utilizados. Embora a atividade de busca ativa deva ser realizada por todos os profissionais, cabe especialmente aos enfermeiros, principalmente os de ESF, a realização e o estímulo dos demais colegas em prol da execução dessa atividade. São eles que lideram as atividades em relação à sua equipe, circulam pela unidade de saúde com maior frequência (o que faz com que tenham maior contato com a população), além de ser referência para os profissionais da sala de vacinação, bem como para os ACS.

A maior parte dos entrevistados não executa a monitoração da CV dentro de sua equipe ou da própria UBS, favorecendo o desconhecimento dos profissionais sobre a situação vacinal das crianças e dificultando o planejamento das ações em saúde. Tal situação é favorecida pela ausência de reuniões locais para discussões e repasse das informações recebidas do distrito sanitário e pela ausência de profissional exclusivo, dentro do distrito sanitário, para as atividades de vacinação.

A população de baixo risco, por utilizar o serviço privado de forma mista ou exclusiva, foi citada como um empecilho da monitoração da cobertura vacinal. Estratégias de monitoração de todas as crianças da área de abrangência podem ser fortalecidas, além daquelas existentes junto às clínicas privadas. A inclusão de avaliações periódicas em todas as creches e escolas da área (incluindo aquelas referentes ao baixo risco) e de visitas de profissionais a todas as famílias da área, durante o primeiro ano de vida da criança, pode contribuir para melhorar a cobertura vacinal e a informação.

De maneira geral, os resultados mostraram que os profissionais de saúde das UBS estudadas, no que tange à vacinação, executam suas atividades com representações centrais focadas na saúde do indivíduo em detrimento da saúde coletiva. Porém e apesar das falhas apontadas no processo de vacinação de tais unidades, pode-se considerar que a implicação dos profissionais de saúde é, obviamente, existente, mas carece de reformulações, tanto de si mesmos como da organização e gestão do processo de trabalho, com maior investimento no que se refere ao acompanhamento e à atualização dos cartões de vacinação das crianças

Referências

1. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações: 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
2. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimentos de vacinação. Brasília: Ministério de Saúde; 2001.
3. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional da Atenção Básica. Diário Oficial da União 2006; 28 de março.
4. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
5. Temporão JG. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2003; 2:601-17.
6. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JF, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, ZMA, organizador. Avaliação em saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-48.
7. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc e Saúde Coletiva* 1999; 4:221-242.
8. Gil CRR, Silva AMR, Campos JJB, Baduy RS. Avaliação em Saúde. In: Andrade M, Soares DA, Júnior LC, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: Editora UEL; 2001. p. 125-131.

9. Bastos MP. “Sistemas de informação em saúde: o uso no acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos”. Um estudo de caso do Sistema remédio em casa utilizado no município do Rio de Janeiro [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.
10. Benito GAV, Licheski AP. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Rev Bras Enf* 2009; 62:447-50.
11. Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12:935-944.
12. Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais. Brasil (Cobertura Vacinal 2007). São Paulo: CEALAG; 2008. 645p.
13. Jovchelovitch S. Vivendo a vida dos outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In: Guareschi PA, Jovchelovitch S, organizadores. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Editora Vozes; 2003. p. 63-85
14. Moscovici, S. Representação social na psicanálise. In: *A representação social: um conceito perdido*. Rio de Janeiro: ZAHAR EDITORES; 1978.
15. Giami A, Veil C. Enfermeiras frente à Aids: representações e condutas, permanência e mudanças. Canoas: ULBRA; 1997.
16. Demazière D, Dubar C. Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion. Paris: Nathan; 1997.
17. Blanchet A, Gotman A. L'enquete et ses méthodes: L'entretien. Paris: Nathan Université; 1992.

18. Freitas MIF, Oliveira SB, Giami A, Gomes AS, Silveira R, Guimarães MDC. Projeto Pessoas - Práticas e representações de pessoas com transtornos mentais sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a aids e suas formas de prevenção. In: Guimarães MDC, Acúrcio FA, Possas CA, Sá M (organizadores). Prevenção e Atenção às IST/Aids na Saúde Mental no Brasil: Análises, desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 85-108.
19. Guimarães MD C, Acúrcio FA, Freitas M F *et al.* Projeto Pessoas - Metodologia dos componentes quantitativo e qualitativo. In: Guimarães MDC, Acúrcio FA, Possas CA, Sá M (organizadores). Prevenção e Atenção às IST/Aids na Saúde Mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 33-49.
20. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Coordenação Técnica de Imunização. Série Histórica das coberturas vacinais. Dados retirados da Intranet. 2011.
21. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência em saúde do Trabalhador de São Paulo. Pesquisas indicam pequena participação dos médicos no incentivo à vacina contra influenza. Rev Saúde Pública 2004; 4:606-8.
22. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulard BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). Ciênc Saúde Coletiva 2011; 16 Suppl 1:S1547-54.
23. Trapé CA, Soares CB. Educative practice of community health agents analyzed through the category of praxis. Rev Latino-am Enfermagem 2007; 15:142-9.
24. Tomáz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface - Comunic, Saúde, Educ, 2002; 10:75-94.

25. Harris WM. Utilização das fichas de registro de vacinação pelos centros de saúde na divisão regional de saúde de Campinas- Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1974; 8:297-304.
26. França ISX. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. *Rev Bras Enferm* 2009; 62:258-64.
27. Logullo P, Carvalho HB, Saconi, R, Massad E. Factors affecting compliance with the measles vaccination Schedule. *Sao Paulo Med J* 2008; 126:166-71.
28. Molina AC, Godoy I, Carvalho LR, Júnior ALC. Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo. *Acta Sci Health Sci* 2007; 29:99-106.
29. Carvalhães MABL, Benício MHA. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:188-97.
30. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:357-363.
31. Tertuliano GC, Stein AT. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:523-530.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O escopo da avaliação em saúde expandiu-se de maneira considerável no final do século XX, tanto em produção científica quanto em sua institucionalização. Entre as suas principais características estão a diversidade terminológica e conceitual, a pluralidade metodológica e a multiplicidade das questões consideradas pertinentes. A avaliação pode produzir informações para a melhoria das intervenções em saúde, para o julgamento sobre a sua cobertura, equidade, acesso, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários ao seu respeito. Dessa forma, as estratégias e técnicas da epidemiologia e das ciências humanas podem e devem ser mobilizadas, sem preconceitos e interdições, para a realização da avaliação em saúde¹.

O artigo apresentado, que teve como objetivo a avaliação do processo de vacinação, discutindo a implicação dos profissionais de saúde nesse processo e chama atenção para as dificuldades de utilização, no nível local, da informação sobre a vacinação. A cobertura vacinal é subutilizada como subsídio para a gestão e planejamento e para avaliação das ações implantadas.

Ainda existe uma importante lacuna relacionada à incorporação, por gestores e profissionais de saúde, do conhecimento produzido no âmbito da investigação. A dificuldade em acessar e tratar como rotina os dados existentes e, ainda, a falta de articulação dos processos de planejamento e gestão da saúde indicam a desarticulação no acompanhamento dos problemas e dos indicadores de saúde¹.

¹Silva L.M.V. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a avaliação em Saúde. In: Hartz Z.M.A., Silva L.M.V. Avaliação em Saúde. Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (2005).

A incorporação da avaliação à rotina de serviços, também chamada de institucionalização da avaliação, surge como necessidade de fortalecer e/ou desenvolver a capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema, para adotar as ações de monitoração e avaliação como subsídio ou parte do planejamento e da gestão, assim como instrumento de suporte ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos².

Essa institucionalização está ligada à qualificação da atenção básica por meio da construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e abrangentes na dimensão da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico².

A apropriação da produção de saberes (técnico-científico-informacional) está ligada, de maneira efetiva, às decisões de intervenção e às condições de implementá-las. A informação instrumentaliza a identificação do que se quer transformar e exerce um papel importante na dinâmica da definição de uma escala de prioridades. A informação e as tecnologias a ela associadas não estão ligadas somente ao apoio à gestão, mas também à construção de uma cidadania plena, que agrega esforços para o desafio de compatibilizar Estado/Democracia/Equidade³.

Além disso, observou-se que a falta de controle sobre a vacinação da população de baixo risco também interfere na monitoração da cobertura vacinal. Destaca-se, ainda, que a estratégia de busca ativa e de orientação das mães mostrou-se ineficiente para a manutenção dos cartões de vacinação em dia. E, por fim, que os profissionais representam a vacinação como importante estratégia para a prevenção de doenças imunopreveníveis, ressaltando ainda os pais como peças importantes para a realização dessa atividade.

² Vasconcellos, M. M.; Moraes, I. H. S. e Cavalcante, M. T. Política de Saúde e Potencialidades de Uso das Tecnologias de Informação. Saúde em Debate 2002, 26 (61): 219-235

³ Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (3): 317-321, jul. / set., 2004

APÊNDICES

APÊNDICE A- PROJETO DE PESQUISA

Plano de estudos

Implicações de profissionais de saúde no processo de vacinação em duas unidades básicas de Belo Horizonte

Orientadora: Prof^ª Elisabeth Barboza França

Co-orientadora: Maria Imaculada de Fátima Freitas (EEUFMG)

Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2010

TÍTULO DA PESQUISA

“Implicações de profissionais de saúde no processo de vacinação em duas unidades básicas de Belo Horizonte”

JUSTIFICATIVA

Resultados do Inquérito de Cobertura Vacinal (ICV), realizado em Belo Horizonte no ano de 2007, revelam que a cobertura para a vacina contra a hepatite B foi a mais baixa, notadamente, quando comparada com as demais vacinas do calendário básico de vacinação infantil, independente das condições de vida das crianças. A hepatite B é um problema de saúde pública no Brasil, devido ao seu alto percentual de cronificação e custo do tratamento com medicamentos e transplantes de fígado, apesar da disponibilidade da vacina contra a doença nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A hepatite B é um problema de saúde pública no Brasil, devido ao seu alto percentual de cronificação e custo do tratamento com medicamentos e transplantes de fígado, apesar da disponibilidade da vacina contra a doença nas UBS.

Em Belo Horizonte, as razões para a baixa cobertura vacinal contra a hepatite B intrigam gestores e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/BH) que, embora busquem soluções para reverter o quadro no município, não compreendem as diferenças acentuadas entre a cobertura vacinal para a vacina contra a hepatite B e as demais, sendo a primeira muito aquém do esperado¹.

Assim, além de avaliar a cobertura vacinal do município tornou-se importante desenvolver estudo avaliativo de cunho qualitativo que aprofundasse a discussão sobre o processo e que pudesse indicar possíveis razões para a baixa cobertura vacinal contra a hepatite B.

A avaliação de uma intervenção permite identificar suas limitações e acertos e assim validar a intervenção, prover adequação de rumos, ampliar seu escopo e, até mesmo no caso de resultados desfavoráveis, optar pela sua descontinuidade². A intervenção é organizada em um contexto específico, sendo formada pelo conjunto dos meios físicos, simbólicos, humanos e financeiros e pode ser uma técnica, uma política, uma prática, um programa, entre outros³.

Assim, o projeto inicial de pesquisa foi proposto com a intenção de obter indicações sobre os motivos da baixa cobertura da vacina contra a hepatite B em duas UBS do município de Belo Horizonte, incluindo o significado da vacinação e a razão da não-vacinação contra a hepatite B, segundo os profissionais atuantes nas unidades de saúde e os pais/responsáveis por crianças pertencentes à área de abrangência das UBS participantes. Entretanto, durante a análise inicial dos dados, foram observados dois aspectos importantes e modificadores dos objetivos iniciais dessa pesquisa, sendo eles: primeiro, a maioria dos profissionais do nível local, entrevistados, não tinha conhecimento sobre a baixa cobertura da vacina contra a hepatite B em Belo Horizonte e na UBS em que trabalha; e, segundo, havia ausência de monitoramento da cobertura vacinal por parte dos próprios profissionais das UBS participantes. Assim, a parcela dos objetivos iniciais referente à compreensão do significado da vacinação e a razão da não-vacinação contra a hepatite B para os pais e responsáveis não foi realizada, por se tornar imperativa a necessidade de avaliar mais intensamente o processo de vacinação nas UBS. Dessa forma, as questões relativas à vacina contra e hepatite B foram abordadas e aprofundadas somente com os profissionais.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar o processo de vacinação em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, discutindo a implicação dos profissionais de saúde nesse processo, tendo como fio condutor a cobertura da vacina sobre a hepatite B.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Compreender a implicação dos profissionais nas seguintes atividades do processo de vacinação em duas UBS do município de Belo Horizonte: avaliação do cartão de vacina, orientação dos pais ou responsáveis, busca ativa, monitoração da cobertura vacinal.
2. Identificar representações dos profissionais sobre: atividades de vacinação realizadas na UBS, calendário de vacinação infantil, vacina contra a hepatite B e modos de agir de pais e responsáveis.

3. Conhecer os modos de implicação dos profissionais no processo de vacinação e cobertura vacinal na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, utilizando-se noções da teoria das representações sociais e o método de Análise Estrutural de Narração para realizar a interpretação das entrevistas.

O conceito de TRS surgiu na obra do psicanalista francês Moscovici, no ano de 1961, a partir de contradições e dilemas sobre a construção da relação entre o indivíduo e a sociedade. Os frutos da relação indivíduo-sociedade são interdependentes, na medida em que a esfera pública desempenha um papel constitutivo no sujeito individual e o indivíduo constrói uma nova significação dos objetos frente ao tecido social. Para os primeiros autores da teoria, a representação social (RS) se estabelece nos espaços públicos onde os sujeitos sociais buscam dar sentido ao mundo por meio da criação de símbolos individuais e coletivos ⁴. As RS, embora de difícil definição, podem ser entendidas como um “conjunto de proposições, reações e avaliações” organizadas de maneira “diversa segundo as classes, as culturas ou os grupos” ⁵, que contribuem “para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais” ⁵. De forma mais abrangente, Giami ⁶ afirma que as RS são uma construção do sujeito como sujeito social.

Por isto, toda representação é social, não havendo necessidade de adjetivá-las como tal: “não há ruptura entre as expressões e significados individuais e coletivos das representações, mas homologia, o que se traduz em uma abordagem que considera que o social está contido e é observável no discurso individual” ⁶. Nesse sentido, pode-se afirmar que os sujeitos sociais constroem representações e as estruturam, introjetando-as “por processos psíquicos que fazem parte do fenômeno social em sua totalidade, pois “obtem seus conteúdos dos materiais presentes na sociocultura contemporânea e passada, funcionando como o imaginário” ⁶. Assim, Giami ⁶ extrapola a noção apresentada por Moscovici ⁴, afirmando que as representações são também construções individuais, que alimentam e se modificam nas interações sociais, comungando-se

pontos de vista, julgamentos, imagens e opiniões, que se tornam, portanto, ao mesmo tempo, construções coletivas do social. Nessa vertente encontra-se o estudo aqui apresentado.

Para desvelar as representações, os dados serão tratados pelo método de análise estrutural da narração, descrito por Demazière e Dubar⁷. Para esses autores, a entrevista é um momento de reflexão do entrevistado na interação com o entrevistador, o que lhe permite apresentar sua versão dos fatos, as justificativas e sentimentos sobre eles, bem como as pessoas que têm alguma importância nesses fatos e sentimentos. Essa narrativa se dá em um percurso de idas e vindas sobre objetos da fala, numa construção de sentido para si e para o outro, que são definidos em sequências.

A proposta de análise estrutural será dividida em duas etapas compostas por três tipos de leitura: **leitura vertical, horizontal e transversal**⁷. A primeira etapa corresponde às duas primeiras leituras e consiste na análise de cada entrevista separadamente buscando o sentido global de cada uma, o que permite conhecer o “tom” da entrevista e indicar os temas presentes. Além disso, serão realizadas a desconstrução e a reconstrução de cada entrevista, chamadas de **leitura horizontal**, sendo o conjunto do texto numerado em sequências, o que faz surgir os enunciados que explicitam o campo de significados para a pessoa que fala em torno de cada objeto do discurso^{8, 9}. Esses objetos se encontram, obviamente, espalhados ao longo da fala, pois esse processo é sempre de idas e vindas para apresentá-los e justificá-los^{8,9}. Em seguida, os objetos e suas explicações serão reagrupados, reorganizando-se as sequências, na totalidade do relato, tentando encontrar, acompanhar e reproduzir o trabalho de categorização que o próprio entrevistado realizou. Essa reconstrução permite recuperar a complexidade das experiências dos entrevistados. Os enunciados serão categorizados em suas similitudes e diferenciações, nas disjunções e conjunções apresentadas. Essa fase resulta na criação de categorias empíricas e na síntese de cada entrevista, com o que é chamado “reconstrução dos dados” para explicitação do conteúdo de cada entrevista.

A segunda etapa do trabalho consiste em encontrar o que era comum e discordante no conjunto das categorias empíricas encontradas nas entrevistas para agrupar e categorizar os significados explicitados no *corpus* final, numa leitura chamada de **transversal** por

Blanchet e Gotman ¹⁰, construindo as categorias a serem cotejadas com a literatura pertinente e reflexões de fechamento da análise.

De acordo com Laville e Dionne ¹¹, na análise de conteúdo narrativo, é necessário empreender um estudo minucioso do conteúdo, das palavras e frases que o compõem, procurar nelas o sentido da totalidade, captar-lhes as intenções, comparar, avaliar, descartar o acessório, reconhecer o essencial e selecioná-los em torno das ideias principais. É o que a análise estrutural de narração propõe, considerando que tudo na entrevista tem sentido para quem narra. Para quem interpreta, a responsabilidade de aproximar-se da verdade dos narradores é fundamental para desvelar os sentidos e, sobretudo, na transversalidade do conjunto de participantes da investigação.

O CENÁRIO E OS SUJEITOS DA PESQUISA

A primeira fase do trabalho de campo será determinar o distrito sanitário e selecionar as UBS, nos quais será desenvolvida a coleta. Serão escolhidas duas UBS situadas no município de Belo Horizonte.

Para isto, será utilizado um mesmo critério de definição para a instância regional e local correspondente à cobertura vacinal abaixo do preconizado pelo PNI para o controle da hepatite B, a saber, 95%, além de análise de série histórica sobre a cobertura vacinal dos respectivos serviços.

Serão convidados a participar desta pesquisa todos os médicos de ESF, generalistas e pediatras, enfermeiros, gerentes e um profissional responsável pela sala de vacinação, em cada UBS, após a indicação do gerente de cada unidade.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados será guiada por roteiro com questões indiretas sobre a vacina contra hepatite B, a cobertura vacinal e uso do cartão de vacina, solicitando aos profissionais que falassem sobre a situação no seu serviço e o que pensavam sobre estas atividades.

As entrevistas serão registradas em gravador de áudio, transcritas de forma literal e interpretadas, utilizando-se a Análise Estrutural da Narrativa, em três passos: Leitura Vertical, Leitura Horizontal e Leitura Transversal. O primeiro permite uma apreensão geral do conteúdo, elaborando-se uma síntese provisória de cada entrevista. No segundo passo, foi realizado o seqüenciamento numerado (S1, S2, S3...) pela ordem de aparecimento dos objetos do discurso e dentro de cada seqüência foram marcados os fatos (F) narrados, os sentimentos, julgamentos e justificativas (J), além dos personagens(P), pessoas e instituições, envolvidos. Em seguida, as seqüências que tratam do mesmo objeto, ao longo do discurso, serão agrupadas, recebendo um título provisório como categoria em torno das representações emergidas. Na leitura transversal, as entrevistas serão comparadas e as conjunções e disjunções encontradas no conjunto determinaram as categorias finais das representações. Finalmente, essas categorias serão cotejadas com a literatura pertinente para fechamento da análise.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Parecer nº 0101.0.203.410-11 CEP/SMSA/BH) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), conforme o Parecer nº 0101.0.203.410-11.

INDICAÇÃO DAS LINHAS DE PESQUISA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM QUE O PLANO DE ESTUDO SE ENQUADRA

- Avaliação em Saúde e Serviços de Saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. Inquérito de Cobertura Vacinal nas Áreas Urbanas das Capitais. Brasil (Cobertura Vacinal 2007). São Paulo: CEALAG; 2008. 645p.
2. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JF, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, ZMA, organizador. Avaliação em saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro:Fiocruz; 1997. p. 29-48.
3. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4:221-242.
4. Jovchelovitch S. Vivendo a vida dos outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In: Guareschi PA, Jovchelovitch S, organizadores. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Editora Vozes; 2003. p. 63-85
5. Moscovici, S. Representação social na psicanálise. Rio de Janeiro; ZAHAR EDITORES; 1978. Capítulo 1, A Representação Social: Um Conceito Perdido; p. 41-67
6. Giami A, Veil C. Enfermeiras frente à Aids: representações e condutas, permanência e mudanças. Canoas: ULBRA; 1997. 333p.
7. Demazière D, Dubar C. Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion. Paris: Nathan; 1997. 287p.
8. Freitas MIF, Oliveira SB, Giami A, Gomes AS, Silveira R, Guimarães MDC. Projeto Pessoas - Práticas e representações de pessoas com transtornos mentais sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a aids e suas formas de prevenção. In: Guimarães MDC, Acúrcio FA, Possas CA, Sá M (organizadores). *Prevenção e Atenção às IST/Aids na Saúde Mental no Brasil: Análises, desafios e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 85-108.
9. Guimarães MD C, Acúrcio FA, Freitas M F *et al.* Projeto Pessoas - Metodologia dos componentes quantitativo e qualitativo. In: Guimarães MDC, Acúrcio FA, Possas CA, Sá M (organizadores). *Prevenção e Atenção às IST/Aids na Saúde Mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p. 33-49.

10. Blanchet A, Gotman A. L'enquete et ses méthodes: L'entretien. Paris: Nathan Université; 1992.
11. Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: UFMG; 1999. 336 p.

APÊNDICE B – CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
À o nascer	BCG-ID ⁽¹⁾ vacina BCG	Dose única	Formas graves da tuberculose (principalmente nas formas miliar meningea)
	Hepatite B ⁽²⁾ vacina hepatite B (recombinante)	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Hepatite B ⁽²⁾ vacina hepatite B (recombinante)	2ª dose	Hepatite B
2 meses	Tetravalente (DTP + Hib) ⁽³⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)		Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina Oral de Rotavirus Humano (VORH) ⁽⁵⁾ vacina rotavirus humano G1P1[8] (atenuada)		Diarréia por rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁽⁶⁾		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
3 meses	Vacina Meningocócica C (conjugada) ⁽⁷⁾ vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorotipo C
4 meses	Tetravalente (DTP + Hib) ⁽³⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)		Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina oral de rotavirus humano (VORH) ⁽⁵⁾ vacina rotavirus humano G1P1[8] (atenuada)		Diarréia por rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁽⁶⁾ vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
5 meses	Meningocócica C (conjugada) ⁽⁷⁾ vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorotipo C
6 meses	Hepatite B ⁽²⁾ vacina hepatite B (recombinante)	3ª dose	Hepatite B
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)		Poliomielite ou paralisia infantil
9 meses	Tetravalente (DTP + Hib) ⁽³⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	Dose inicial	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁽⁶⁾ vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
12 meses	Febre amarela ⁽⁸⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Dose inicial	Febre amarela
	Triplíce viral (SCR) ⁽⁹⁾ vacina sarampo, caxumba e rubéola (atenuada)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
15 meses	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁽⁶⁾ vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	Reforço	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
	Triplíce bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis	1º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
4 anos	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)	Reforço	Poliomielite ou paralisia infantil
	Meningocócica C (conjugada) ⁽⁷⁾ vacina meningocócica C (conjugada)	Reforço	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorotipo C
10 anos	Triplíce bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis	2º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
	Triplíce viral (SCR) ⁽⁹⁾ vacina sarampo, caxumba e rubéola	2ª Dose	Sarampo, caxumba e rubéola
10 anos	Febre amarela ⁽⁸⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	Febre amarela

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ENFERMEIRO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

1) Nossa entrevista será sobre seu trabalho aqui no centro de saúde, para focar como anda a vacinação das crianças na área de abrangência do serviço. Primeiro, conte-me sobre as suas atividades relacionadas a essa atividade de prevenção, a monitoração da cobertura vacinal, as crianças, faixa etária que você atende, como elas são, o que você conversa com as mães/responsáveis, como elas são, como reagem quando lhes é explicado sobre as vacinas, etc. Conte-me como achar melhor.

2) Depois, fale-me da vacina contra a hepatite B, o que acha dela, as dificuldades e facilidades para o serviço, e para mães e responsáveis.

(Questões de relance: tempo de trabalho nesse Centro de Saúde, opinião sobre o calendário infantil, importância da vacina de hepatite B)

MÉDICOS DAS EQUIPES DE ESF E PEDIATRAS DE CENTRO DE SAÚDE

1) Nossa entrevista será sobre seu trabalho aqui no centro de saúde, para focar como anda a vacinação das crianças na área de abrangência do serviço. Primeiro, conte-me sobre as crianças, faixa etária que você atende, como elas são, o que você conversa com as mães/responsáveis, como elas são, como reagem quando lhes é explicado sobre as vacinas, etc. Conte-me como achar melhor.

2) Depois, fale-me da vacina contra a hepatite B, o que acha dela, as dificuldades e facilidades para o serviço, e para mães e responsáveis.

(Questões de relance: tempo de trabalho nesse Centro de Saúde, opinião sobre o calendário infantil, importância da vacina de hepatite B)

GERENTE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

1) Nossa entrevista se iniciará pelo funcionamento geral do Centro de Saúde, das equipes, relacionamento com a população, o relacionamento entre os trabalhadores, o fluxo de atendimento... Vamos falar das ações de prevenção infantil, sobretudo sobre a vacinação. Gostaria que você me contasse como está o atendimento e a cobertura das vacinas, quem monitora e como é organizada a sala, quem se ocupa de conferir e solicitar as doses, de verificar tudo, de conversar com as mães/responsáveis. Como elas/eles são, como reagem quando lhes é explicado sobre as vacinas. Conte-me como achar melhor.

2) Depois, fale-me da vacina contra a hepatite B, o que acha dela, as dificuldades e facilidades para o serviço, e para mães e responsáveis.

(Questões de relance: tempo de trabalho nesse Centro de Saúde, opinião sobre o calendário infantil, importância da vacina de hepatite B)

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA SALA DE VACINAÇÃO

1) Nossa entrevista será sobre seu trabalho aqui no centro de saúde, para focar como anda a vacinação das crianças na área de abrangência do serviço. Primeiro, fale-me da sala de vacinas, quem se ocupa, como fazem para o abastecimento, o controle das doses, da geladeira. Depois, conte-me sobre as crianças, faixa etária que você atende, como elas são, o que você conversa com as mães/responsáveis, como elas são, como reagem quando lhes é explicado sobre as vacinas, os medos que têm, e também com você reage quando as mães/responsáveis não querem que seja aplicada mais de uma vacina no dia? Conte-me como achar melhor.

2) Depois, fale-me da vacina contra a hepatite B, o que acha dela, as dificuldades e facilidades para o serviço, e para mães e responsáveis.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO DEPARTAMENTO

Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Minas Gerais

DMPS/FM/MEMO 57/10

Belo Horizonte, 29 de novembro de 2010

Prezada Professora

Informo que a Câmara Departamental reunida em 29 de novembro de 2010 aprovou o Projeto de Pesquisa Avaliação da cobertura vacinal em Belo Horizonte: um estudo quali-quantitativo, da mestranda Annelisa Santos Lages e orientado por V. Sa.

Atenciosamente

Antônio Leite Alves Radicchi
Chefe do Depto. de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG

Exma. Sra.

Profª Elisabeth Barboza França

DMPS/FM/UFMG

ANEXO B – CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 100 | sala 033
Belo Horizonte - MG - CEP 30130-102
Fone: (31) 3400-9641 FAX: (31) 3403-9640
www.ufmg.br/ufmg/med



Ata do exame de qualificação a que se submeteu a mestranda ANNELISA SANTOS LAGES

Aos cinco dias do mês de novembro de dois mil e dez, convocada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia, compareceu a mestranda para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de dissertação intitulado: **"AVALIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL EM BELO HORIZONTE: UM ESTUDO QUALI-QUANTITATIVO"**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores doutores: Elisabeth Barboza França / orientadora da dissertação - UFMG, Maria Albertina Santiago Rego - UFMG e Celeste Souza Rodrigues - Secretária de Planejamento da PBH. A sessão iniciou-se às 10:00 horas, na sala 247, 2º andar da Faculdade de Medicina, com a presença das professoras acima citadas. Após a exposição da candidata, as professoras participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação oral, do conteúdo, relevância, metodologia e viabilidade do Projeto. Após a arguição, a Comissão Examinadora considerou o Projeto APROVADO e a aluna ANELISA a prosseguir a sua investigação. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela Comissão Examinadora, Belo Horizonte, 05 de novembro de 2010.

Profa. Elisabeth Barboza França/Orientadora

Elisabeth Barboza França

Profa. Maria Albertina Santiago Rego

Maria Albertina Santiago Rego

Dra. Celeste Souza Rodrigues

Celeste Souza Rodrigues

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia/Coordenadora

Mariângela Leal Cherchiglia

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia
Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
Faculdade de Medicina - UFMG

[Assinatura]
CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação

ANEXO C- APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 0101.0.203.410-11

Interessado(a): **Profa. Elisabeth Barboza França**
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 06 de setembro de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "Cobertura vacinal e avaliação do processo de vacinação contra hepatite B em Belo Horizonte em 2010" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO D- ATA DA DEFESA



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado de **ANNELISA SANTOS LAGES** número de registro 2010652538. As quatorze horas do dia **vinte e sete de fevereiro de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"IMPLICAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PROCESSO DE VACINAÇÃO EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE BELO HORIZONTE"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Elisabeth Barboza França, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Elisabeth Barboza França/orientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Maria Imaculada de Fátima Freitas/coorientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Maria da Conceição Juste Werneck Cortes	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Marisa Barletto	Instit: UFV	Indicação: <u>Aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2012.

Profa. Elisabeth Barboza França Elisabeth França
 Profa. Maria Imaculada de Fátima Freitas M. Freitas
 Profa. Maria da Conceição Juste Werneck Cortes Juste
 Profa. Marisa Barletto Marisa Barletto
 Profa. Ada Ávila Assunção/ Coordenadora Ada Ávila Assunção

Profa. Ada Ávila Assunção
Coord. do PG em Saúde Pública
Faculdade de Medicina / UFMG

Obs. Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

ANEXO E- DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DA DEFESA**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640

**DECLARAÇÃO**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Elisabeth Barboza França, Maria Imaculada de Fátima Freitas, Maria da Conceição Juste Werneck Cortes, Marisa Barletto, aprovou a defesa da dissertação intitulada “**IMPLICAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PROCESSO DE VACINAÇÃO EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE BELO HORIZONTE**”, apresentada pela aluna **ANNELISA SANTOS LAGES** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 27 de fevereiro de 2012.

Profa. Elisabeth Barboza França
Orientadora

Profa. Maria Imaculada de Fátima Freitas

Profa. Maria da Conceição Juste Werneck Cortes

Profa. Marisa Barletto