



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DO CONSUMO
CURSO DE BACHARELADO EM ECONOMIA DOMÉSTICA

**OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: UM OLHAR
SOBRE AS AÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO**

Recife
2019

DANDARA PEREIRA DE LIMA

**OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: UM OLHAR
SOBRE AS AÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal Rural de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Economia Doméstica.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Alves Regino

**Recife
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Sistema Integrado de Bibliotecas
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- L732s Lima, Dandara Pereira de
Os sentidos da integralidade do cuidado em saúde: um olhar sobre as ações do Programa Nacional de
Imunização / Dandara Pereira de Lima. - 2019.
60 f. : il.
- Orientadora: Fabiane Alves Regino.
Inclui referências e anexo(s).
- Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal Rural de Pernambuco,
Bacharelado em Economia Doméstica, Recife, 2019.
1. Programas de imunização. 2. Estratégia saúde da família. 3. Integralidade em saúde. I. Regino,
Fabiane Alves, orient. II. Título

CDD 640

DANDARA PEREIRA DE LIMA

**OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: UM OLHAR
SOBRE AS AÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal Rural de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Economia Doméstica.

Data da Aprovação:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Fabiane Alves Regino
Departamento de Ciências do Consumo - UFRPE
(Orientadora)

Profa. Dra. Laurileide Barbosa da Silva
Departamento de Ciências do Consumo – UFRPE

Profa. Dra. Michelle Rayssa Pereira de Melo
Departamento de Ciências do Consumo – UFRPE

À minha família, com amor.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me dar força e coragem durante a caminhada neste curso.

Aos meus pais **Jairo e Karla** por sempre terem me encorajado e me apoiado em todos os momentos de minha vida, principalmente na graduação. Obrigada pelo estímulo, força, apoio, carinho e amor.

Ao meu irmão **Miguel**, que mesmo pequeno sempre foi um grande incentivador e nos momentos difíceis sempre me deu motivos para sorrir.

A minha família, principalmente minha avó **Silvana**, minha tia **Yasmim** e minha tia **Fernanda** por sempre estarem ao meu lado, me dando apoio e me incentivando a seguir meus sonhos.

À professora **Dra. Fabiane Alves Regino**, que gentilmente aceitou ser minha orientadora. Obrigada pela sua orientação, seu apoio para elaboração desta monografia e por todo o aprendizado compartilhado comigo.

As minhas amigas de curso e de vida **Naylline, Iasmin, Ivone e Genilda** por todo o apoio e estímulo dado. Sem vocês teria sido muito difícil terminar essa jornada.

As **colegas de turma** que juntamente a mim enfrentaram a batalha que é a graduação e que mesmo com as diferenças, sempre estiveram presentes.

Aos **amigos/as** Suzy, Lucineide, Marcony, Milena e Ângela que conheci na UFRPE durante a graduação, pela fidelidade da amizade.

A **todas/os professores/as** que ao longo do curso de Economia Doméstica, transmitiram todos os conhecimentos teóricos e metodológicos necessários a minha formação.

Obrigada,

Dandara Lima

“Ou escreves algo que valha a pena ler, ou fazes algo acerca do qual valha a pena escrever” (Benjamin Franklin).

RESUMO

O Programa Nacional de Imunização (PNI) coordena as ações de imunização no Brasil, por meio da construção de uma prática em saúde contínua e de ampla cobertura no território nacional, com foco na prevenção e promoção da saúde. As ações do PNI são desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que é a porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF como uma política institucional tem seu foco na reestruturação produtiva no setor de saúde e se baseia em princípios que irão nortear o processo de trabalho cotidiano e a gestão do cuidado. O objetivo dessa pesquisa é analisar o impacto das ações do PNI implementadas pela ESF na cidade de Recife, na garantia da integralidade do cuidado em saúde, especificamente na RPA 2. O impacto dessas ações foi analisado sob a perspectiva dos profissionais de saúde, que se configuraram nos planos de trabalho. Os procedimentos metodológicos foram orientados pela abordagem exploratória e qualitativa de pesquisa, pautada na triangulação, a partir da articulação de mais de uma técnica de coleta e análise de dados. Foi realizado um estudo de caso nas USF HPV e DTP, nomes fictícios. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com o público-alvo (profissionais de saúde), bem como observações diretas e pesquisa bibliográfica. Os dados foram analisados por meio das técnicas de Análise de Conteúdo (MINAYO) e Condensação de Significados (KVALE) para dar respostas aos dados qualitativos e construir formulações a partir das expressões dos entrevistados. Nos resultados finais verificamos que as ações do PNI, principalmente à vacinação, são disponibilizadas pelas USF HPV e DTP, articuladas às ações educativas de promoção da saúde. O perfil da equipe da ESF responde aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e o processo de trabalho realizado nestas Unidades configura-se na demanda espontânea dos usuários, com acolhimento da comunidade para garantir a integralidade do cuidado em saúde. Dentre os sentidos da integralidade evidenciou-se aspectos que comprometem a garantia da integralidade do cuidado em saúde, sendo eles a falta de articulação entre os níveis de atenção à saúde e a estrutura física das Unidades. Em contrapartida, destacou-se a forma de atuação profissional e a organização dos serviços como principais práticas desenvolvidas pelas USF, principalmente no se trata do atendimento humanizado e da qualidade junto à população no que tange a consultas e vacinação.

Palavras-chave: Programas de Imunização; Estratégia Saúde da Família; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

The National Immunization Program (NIP) organizes immunization actions in Brazil, building health practice around the country and focusing on health prevention and promotion. The NIP actions are developed by the teams of the Family Health Strategy (FHS) in Basic Health Units (BHU); this is the beginning of care by Health Unit System (HUS). The FHS focuses on the positive health sector, restructuring, and taking care of the health process. The purpose of this research is to analyze the NIP's actions by the FHS in Recife, Pernambuco State, Brazil. It will also evaluate the application, specifically on the administrative political region. The impact was analyzed from feedback received from health professionals in the region. The results were collected through exploratory and qualitative research methodologies, and they were analyzed using more than one technique. A case study was conducted at the Family Health Unit (FHU) by interviewing health professionals and reviewing related literature. Data analysis was performed using Content Analysis (MINAYO), synthesis techniques and Condensation of Meaning (KVALE), were analyzed to answer data search qualitative and constructing expressions formulations from interviews. It was found that the NIP's actions, like vaccination, are freely available at the FHU and facilitated educational actions and health promotions. The profile of the FHS team is in accordance with the norms of the Ministry of Health that demands integrality in health care. Evidence was found that certain aspects compromised the integrality of health care due to a lack of communication between the different structures and units within the health care system. On the other hand, the form of professional performance and the organization of services as the main practices of the FHS stood out, especially in the case of human care and the quality of care within the population in regard to consultations and vaccinations.

Keywords: Immunization Program; Family Health Strategy; Integrality in Health.

LISTA DE SIGLAS

UFRPE	Universidade Federal Rural de Pernambuco
SUS	Sistema Único de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
ESF	Estratégia Saúde da Família
USF	Unidade Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
RPA	Região Político Administrativa
MS	Ministério da Saúde
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
CONSENSUS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAI	Programa Ampliado de Imunização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento
DNEES	Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
DNV	Dias Nacionais de Vacinação
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
CRIES	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
ACS	Agente Comunitário de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVO	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 Breve história da Saúde no Brasil: os caminhos percorridos em direção ao Sistema Único de Saúde	17
3.2 A Integralidade no cuidado em saúde: princípio, sentidos e práticas	22
3.3 Programa Nacional de Imunização e a Estratégia Saúde da Família: a importância da Atenção Básica na Promoção da Saúde	26
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
5.1 Na busca de um “Tipo Ideal” de Unidade de Saúde da Família	46
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
ANEXOS	58
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	58
ANEXO II - ROTEIRO DE ENTREVISTAS	59
ANEXO III – CARTA DE ANUÊNCIA	60

1. INTRODUÇÃO

Inicialmente à pesquisa, se desperta a necessidade de esclarecer a relação que se pode dar entre o curso/formação em Economia Doméstica e a área da saúde.

O profissional de Economia Doméstica tem como principal objetivo de atuação garantir a melhoria da qualidade de vida da sociedade. Considerando-se que não há como garantir qualidade de vida sem garantir o estado de saúde, a relação entre ambos se dá ao compreender a saúde como um dos principais elementos garantidores da qualidade de vida.

De acordo com a Lei nº 7.387 de 21 de outubro de 1985, o/a Economista Doméstico está habilitado a

planejar, elaborar, programar, implantar, dirigir, coordenar, orientar, controlar, supervisionar, executar, analisar e avaliar estudos, trabalhos, programas, planos, projetos e pesquisas em economia doméstica e educação familiar ou concernentes ao atendimento das necessidades básicas da família e outros grupos, na comunidade, nas instituições públicas e privadas (BRASIL, 1985).

Deste modo, a formação em Economia Doméstica nos possibilita garantir a qualidade de vida por meio do desenvolvimento de ações de prevenção à saúde que podem ser realizadas junto às famílias usuárias do sistema de saúde. Sabendo-se da importância de se ter uma equipe multidisciplinar compondo a equipe de uma Unidade de Saúde da Família, ressalta-se a importância de se ter um profissional de Economia Doméstica fazendo parte dessas equipes, tendo em vista que o mesmo poderá pensar, planejar e desenvolver ações de educação em saúde junto às famílias. Ademais, o Economista Doméstico também poderá atuar realizando capacitações junto aos profissionais que compõem a equipe profissional das Unidades de Saúde.

A história da saúde pública brasileira é marcada por eventos emblemáticos no que referem às medidas de controle de doenças em massa, por meio de intervenções implementadas por Oswaldo Cruz no século XX, a partir de estratégias campanhistas no combate às endemias.

O combate a essas endemias, como por exemplo, a peste, a febre amarela e varíola, têm como marcador para a área da saúde, as medidas voltadas para as

campanhas sanitárias como elemento da atuação pública nesse contexto. Podemos destacar nesta época, a Revolta da Vacina, um movimento de resistência da população, que rejeitava a vacinação compulsória contra a varíola com oposição aos programas de higienização do espaço urbano, tidos como uma ameaça (BENCHIMOL, 2001).

As ações de vacinação atualmente se destacam como medidas de prevenção às doenças e promoção da saúde, que tem aceitação por um grande número de pessoas e atinge a população de uma forma abrangente sem despertar tantas “rejeições”, como as ocorridas anteriormente na história da saúde pública (TEMPORÃO, 2003).

O Ministério da Saúde, com a criação do Programa Nacional de Imunização (PNI) em 1973, modifica o cenário da saúde no Brasil, na medida em que consegue erradicar doenças como a poliomielite, a varíola, entre outras, ganhando visibilidade mundial devida ao impacto positivo na prevenção de diversas doenças. O objetivo do PNI, quando da sua criação, era coordenar as ações de imunização no Brasil, por meio da construção de uma prática em saúde contínua e de ampla cobertura no território nacional. E se destaca ainda, pela inclusão social, redução das desigualdades regionais e sociais, a partir das ações que viabilizam a vacinação para todos/as os/as brasileiros/as na maioria das localidades do país.

A garantia desse *status* mundial concedido ao PNI dar-se por suas ações, que vão desde a gratuidade das vacinas, ao alcance do número de pessoas que a vacinação abrange e a qualidade dos imunobiológicos destinados à população.

As ações e estratégias do PNI são desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e orientadas a partir dos seus princípios, quais sejam, a universalidade, a integralidade e a participação da comunidade. O SUS se configura em dois níveis de atenção à saúde. A atenção básica/primária e a alta complexidade, onde a atenção básica é o primeiro nível. A atenção básica é definida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006) e se estabelece preferencialmente como a porta de entrada dos/as usuários/as ao Sistema. Nesse caso, a vacinação é um tipo de ação rotineira que acontece no

âmbito da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e que tem um impacto direto nas condições de saúde da população.

Embora a vacinação seja um meio mais seguro e eficaz de prevenir doenças infectocontagiosas, muitos indivíduos não têm se protegido e procurado as unidades de saúde. Com o passar dos anos vem ocorrendo uma queda nas taxas de vacinação. De acordo com dados do DATASUS, no ano de 2018 apenas a vacina de BCG alcançou a meta estabelecida de 95% do público-alvo imunizado. Em decorrência disso, doenças graves que antes eram consideradas erradicadas, como é o caso do sarampo, voltaram a circular em nosso país.

Em Pernambuco, por exemplo, de acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE), até o mês de outubro de 2019 foram confirmados 65 casos de sarampo. Mediante o fato, foi lançada em todo o país a Campanha Nacional de Vacinação contra o sarampo. A mesma foi dividida em duas fases, a primeira fase teve fim no dia 25 de outubro e teve como público alvo crianças de 6 meses a 4 anos, faixa etária considerada de maior risco. Ainda de acordo com dados as SES-PE, foram aplicadas 100 mil doses de imunobiológico. Já a segunda fase da campanha teve como público-alvo adultos entre 20 e 29 anos, e ocorreu no período entre 18 e 30 de novembro de 2019.

Podemos citar como uma das maiores causas dessa situação a falta de informação, que leva ao crescimento de um movimento chamado movimento antivacina, onde grupos de indivíduos se negam a receber imunobiológicos assumindo o discurso de que as vacinas causam males à saúde (BRASIL, 2019).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2019),

em tempos de excesso de informações e superficialidade de conteúdos, muitas pessoas em todo o mundo, principalmente na Europa, vêm aderindo a um movimento conhecido como anti-vacina. Seja por questionarem a segurança da vacina, por temerem os efeitos colaterais, ou por acreditarem que não estão suscetíveis às doenças, estes grupos estão crescendo cada dia mais, levando países desenvolvidos, como a Itália, a se depararem com surto de doenças há muitos anos erradicadas, como o sarampo. Cabe reafirmar que é inevitável o fluxo de pessoas entre os países, tanto pelo turismo quanto pelos negócios, e o fato de algumas delas não estarem vacinadas pode provocar seu adoecimento e trazer de volta doenças extintas e todos os problemas de saúde pública que elas acarretam (CONSENSUS, 2019).

Tal movimento se opõe a cultura de imunização que se faz presente em na sociedade brasileira, que segundo Hochman (2011), a cultura de imunização diz respeito a

um processo de introdução de vacinas, de campanhas de vacinação e de vacinação em massa empreendidas pelo Estado brasileiro desde o final do século XIX. [...] essa "cultura" se constituiu ao longo do século passado e se expressa pela adesão da população aos programas governamentais de imunização e pela demanda cada vez maior de que novas vacinas sejam oferecidas pelo poder público. O Programa Nacional de Imunizações, criado em 1975 na esteira da erradicação da varíola no Brasil, é a expressão institucional desse processo, assim como os dias nacionais de vacinação cruciais para a erradicação da poliomielite no Brasil são a forma mais saliente de mobilização pública em torno da imunização (HOCHMAN,2011).

Para o Ministério da Saúde (2019),

a resistência à vacinação por parte da população é uma preocupação para o ministério. A difusão de informações falsas e sem baseamento científico (*Fake News*) contribuem para a decisão de não vacinar. O perigo de se ter baixas coberturas vacinais é o risco de reintrodução de doenças já eliminadas no país, como no caso do sarampo que voltou a fazer vítimas no país desde fevereiro de 2018 [...] Por isso, é necessário desmistificar a ideia de que a vacinação traz malefícios ou não é mais importante [...] As ações de vacinação e, especialmente o trabalho desenvolvido pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) nos seus 46 anos de existência, foram responsáveis por mudar o perfil epidemiológico das doenças imunopreveníveis no país (BRASIL, 2019).

De forma geral, os resultados das ações do PNI são positivos, devido a sua dimensão e impactos na prevenção e promoção da saúde. Porém, ainda são colocados alguns desafios que influenciam no processo de implementação do Programa e a presente monografia visa responder, por meio de um estudo de caso, qual o impacto das ações do PNI, implementadas pela ESF na Cidade do Recife, na garantia da integralidade do cuidado em saúde na Região Político Administrativa (RPA) 2? Dessa forma, utilizou-se para análise a perspectiva dos/as profissionais de saúde das Unidades Saúde da Família (USF) que compõem a RPA 2.

Para entendermos esse fenômeno, a monografia foi sistematizada em quatro capítulos, seguida das considerações finais e das referências utilizadas.

No primeiro capítulo tratou-se de alguns conceitos relacionados ao SUS, bem como foi realizado um recorte sócio-histórico da construção da saúde no Brasil.

No segundo capítulo trabalhou-se na construção teórica do princípio da integralidade à luz dos autores e autoras de referência, permitindo assim compreender seus diversos sentidos.

No terceiro capítulo procurou-se compreender o Programa Nacional de Imunização e a Estratégia Saúde da Família como instrumentos da atenção básica na promoção da saúde à população.

Por fim, foi dedicado um momento nesta monografia para apresentar um caso de sucesso de uma USF, cujo cotidiano do processo de trabalho em saúde foi inspirador para se pensar um “tipo ideal” de serviço, com a garantia da integralidade do cuidado em saúde para a população usuária do PNI.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Analisar o impacto das ações do Programa Nacional de Imunização, implementadas pela Estratégia Saúde da Família do Recife, na garantia da integralidade do cuidado em saúde, nas Unidades de Saúde da Família da Região Político Administrativa 2.

2.2 Objetivos Específicos:

- a) Discutir a importância das ações do Programa Nacional de Imunização na garantia da integralidade do cuidado em saúde;
- b) Compreender os sentidos da integralidade do cuidado em saúde adotados na implementação das ações do Programa Nacional de Imunização pela Estratégia Saúde da Família;
- c) Traçar o perfil dos/as profissionais de saúde envolvidos com o Programa Nacional de Imunização das Unidades de Saúde da Família da Região Político Administrativa 2;
- d) Analisar as percepções dos profissionais de saúde, sobre os sentidos da integralidade do cuidado em saúde, a partir das ações do Programa Nacional de Imunização implementadas pela Estratégia Saúde da Família nas Unidades de Saúde da Família da Região Político Administrativa 2;
- e) Apresentar as características de um possível “Tipo Ideal” de Unidade de Saúde da Família que garanta a integralidade do cuidado em saúde, na cidade de Recife/PE.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Breve história da Saúde no Brasil: os caminhos percorridos em direção ao Sistema Único de Saúde

A proposta deste item é realizar um breve resgate histórico sobre a saúde pública no Brasil até a instituição do Sistema Único de Saúde. A história da saúde brasileira é extremamente relevante para a compreensão dos modelos, práticas e políticas de saúde adotadas ao longo dos anos nesse país, onde a saúde transforma-se de um bem a um direito humano, passando a ser garantida pelo Estado.

De acordo com Aguiar (2011, p. 17) “o sistema de saúde brasileiro adquiriu, ao longo de sua evolução, características marcantes que acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico”. As políticas de saúde no país passaram por diversas mudanças a fim de adequar-se ao momento vivido pelos indivíduos.

No Brasil Colônia, por exemplo, cabiam às tropas militares os cuidados com a saúde. O físico-mor era o responsável pelo saneamento e pela profilaxia das doenças epidêmicas, sendo assim, os problemas de higiene estavam sob responsabilidade das autoridades locais. Com a chegada da família real ao país, início do século XIX, a responsabilidade acerca da saúde passou a ser atribuída aos municípios.

o quadro sanitário do Brasil colonial e imperial caracterizava-se pela existência de diversas doenças transmissíveis, trazidas inicialmente pelos colonos portugueses e, posteriormente, pelos escravos africanos e diversos outros estrangeiros que aqui chegavam para fins de comércio ou por imigração. (AGUIAR, 2011, p.18).

Era uma época muito endêmica, com um alto índice de doenças sexualmente transmissíveis, além de outras graves enfermidades. Sendo assim, não se pode considerar que durante o período do Brasil Colônia e Brasil Império houvesse políticas de saúde, porém, medidas eram tomadas para minimizar os danos causados pelas doenças. Ademais, a assistência médica só era disponibilizada à população das classes dominantes, já aqueles que não possuíam posses, restavam

à medicina popular e os curandeiros.

Durante a República Velha, a situação da saúde dos brasileiros ainda era precária, muitas doenças pestilenciais ainda amedrontavam a população. As ações e programas de saúde dessa época visavam o controle das doenças epidêmicas. Em 1902, o médico Oswaldo Cruz foi nomeado para a Diretoria Geral da Saúde Pública. O mesmo elegeu as “campanhas sanitárias como modelo de intervenção de combate às epidemias rurais e urbanas, de conotação militar” (AGUIAR, 2011, p.20).

observa-se nesse período o nascimento da saúde pública, cujo modelo de intervenção chamado sanitarismo campanhista estruturava-se sob a influência dos saberes fundamentados pela bacteriologia e pela microbiologia, contrapondo-se à concepção tradicional baseada na teoria dos miasmas que era utilizada para explicar o processo saúde - doença. (AGUIAR, 2011, p. 21).

Em 1930, durante a Era Vargas, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, que tinha como função coordenar ações de saúde pública baseando-se no modelo do sanitarismo presente no período antecedente. Naquela época, de acordo com Zenaide Aguiar,

[...] a população de maior poder aquisitivo utilizava os serviços privados de saúde integrantes da medicina liberal crescente, enquanto a maioria da população não vinculada à previdência contava apenas com os escassos serviços públicos e das instituições de caridade, além das práticas populares de tratamento (AGUIAR, 2011, p.25).

Em 1948, durante o Governo de Eurico Gaspar Dutra foi lançado o Plano Salte, que destacava a saúde como prioridade, mas o plano não se consolidou. Já em 1953 quando Vargas voltou ao poder, foi criado o Ministério da Saúde, sem ser atrelado ao da Educação.

Com o passar dos anos e com a instauração do regime militar (1964-1984) a saúde passou a ser “caracterizada pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde” (AGUIAR, 2011, p. 29). Foi durante esta época também que os sanitaristas foram perdendo espaço político e as ações de saúde se resumiam ao controle e erradicação de algumas endemias. As crises do sistema de saúde foram discutidas

ao longo das conferências nacionais de saúde, onde se debatia e buscava alternativas para melhorar o sistema de saúde do Brasil e garantir que todos os indivíduos possuíssem acesso a tal serviço, porque até então a saúde era restrita a população abastada.

O principal marco da reformulação do sistema de saúde brasileiro ocorreu durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo lema era “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”. A 8ª Conferência ocorreu em março de 1986, promovida pelo Ministério da Saúde (MS), e contou com a participação de diferentes setores organizados da sociedade (ANDRADE, 2001).

As principais demandas discutidas durante a Conferência foram: saúde como direito de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor. A 8ª Conferência Nacional de Saúde obteve como resultados a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, compreensão da determinação social do processo saúde-doença e reorganização do sistema de atenção, com a criação do SUS.

O SUS é o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil e parte da concepção do amplo direito de acesso à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. O SUS foi implantado no início da década de 1990, tendo como principais marcos legais e normativos para a sua conformação a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde de 1990. De acordo com o Art. 4º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS como um modelo público de saúde descentralizado, democrático foi organizado a partir de diretrizes e princípios doutrinários, estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080 e 8142, do ano de 1990), e “supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios” (PAIM, 2009, p.43).

O Sistema Único de Saúde (SUS) corresponde, nas suas origens, a uma das proposições do documento “A questão democrática na área da saúde”, apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979 [...]. Representa uma dimensão setorial e institucional da proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), formulada pelo movimento da democratização da saúde [...] e conhecido como movimento sanitário, cujo corpo doutrinário foi sistematizado e consagrado durante a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Após as discussões realizadas pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária parte daquela proposta foi incorporada à Constituição da República em 1988 e na legislação ordinária em 1990 (PAIM, 2006, p.36).

O Sistema Único de Saúde encontra-se dividido em dois níveis de atenção, o básico e o especial, sendo este dividido em média complexidade e alta complexidade. No nível mais básico de atenção estão, segundo Giovanella (2013), os serviços de vacinas, consultas em clínicas médicas e pediatria e parto normal. Esses serviços são assim classificados por se tratarem de serviços que devem ser distribuídos de forma mais ampla possível por todo o território nacional. Já o nível mais complexo engloba os hospitais, ambulatorios e as unidades de diagnose e terapia. É na Atenção Básica que o PNI se encontra, e a partir da qual se pode definir como

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida. (BRASIL, 2012).

Segundo Giovanella (2013) o Sistema Único de Saúde não é composto

apenas por serviços públicos, mas também por uma vasta rede de serviços privados, que o mesmo poderá recorrer quando a garantia de cobertura assistencial a população de um determinado local tiver disponibilidade insuficiente.

Segundo Paim (2009, p.56) em sua obra intitulada “O que é o SUS”, os “princípios são aspectos que valorizamos nas relações sociais [...]. São valores que orientam os nossos pensamentos e as nossas ações” e as diretrizes “são orientações gerais de caráter organizacional ou técnico que auxiliam as diferentes partes que compõem o sistema de saúde a seguirem na mesma direção”. Os princípios e diretrizes do SUS foram estabelecidos pela Lei Orgânica da Saúde e são eles: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; igualdade na assistência à saúde; integralidade da assistência; participação da comunidade e descentralização político-administrativa.

Visto que os problemas de saúde não são distribuídos de maneira igualitária na população, no tempo ou no território e que envolvem tecnologias de diferentes níveis de especialização, complexidade e custo, o SUS precisou ser organizado de maneira que o mesmo pudesse oferecer os procedimentos necessários sem ociosidade. Para isso, os serviços prestados foram separados por níveis de atenção e distribuídos geograficamente.

De acordo com Lígia Giovanella (2013), o estado possui a responsabilidade não só de organizar a rede de assistência à saúde, mas também de executar ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador; de ordenar os recursos humanos para a saúde e participar na produção de insumos para saúde e em outras políticas que sejam relevantes. Para que o Estado realize suas obrigações, faz-se necessário que o mesmo realize parcerias com os outros setores do governo.

A Lei nº 8.142 de 1990, com o intuito de concretizar a diretriz do SUS que aborda a participação da comunidade, preconiza as conferências de saúde e os conselhos de saúde. As conferências possuem o objetivo de definir as diretrizes gerais para a política de saúde e devem ser realizadas a cada quatro anos, além de precisar contar com um amplo número de participação popular. Já os conselhos de saúde possuem caráter permanente e deliberativo e tem como atribuição a atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde.

Para Giovanella (2013) apesar do SUS ser guiado pelos mesmos princípios e

diretrizes, a maneira como o sistema de atenção à saúde se materializa no território brasileiro varia de modo significativo. Isto pode ser explicado pelo fato de que a abrangência das ações desenvolvidas influencia no modo de organização dos serviços de saúde, além disso, a forma como foi moldada a descentralização no sistema permitiu que as regras construídas para a condução desse processo fossem adaptadas pelos gestores municipais e estaduais.

A regionalização e a hierarquização fazem necessário que o usuário do SUS seja encaminhado para unidades mais complexas quando preciso. Para que isso seja realizado da melhor maneira possível, é preciso que haja um fluxo adequado de informações entre as unidades de atendimento do sistema.

As condições sanitárias de um país variam de estado para estado, as capitais e grandes cidades geralmente possuem uma infraestrutura superior às demais cidades. Em 1988, na atual Constituição, foi atribuída ao Estado a responsabilidade nos cuidados com a saúde. O meio encontrado pelo Estado de assegurar tal cuidado foi através da instituição do SUS, que coordena a rede pública sanitária e normatiza as atividades privadas estabelecidas.

A vacinação/imunização é uma das ações de cuidado em saúde realizada pela atenção básica, via Estratégia Saúde da Família. As unidades de saúde, com seus agentes comunitários, são responsáveis pela implantação/implementação do Programa Nacional de Imunização. Este último extremamente importante para a prevenção e erradicação de doenças e promoção da saúde da população brasileira.

3.2 A Integralidade no cuidado em saúde: princípio, sentidos e práticas

Dentre os princípios que norteiam o SUS, a integralidade ganha destaque por sua complexidade, tendo em vista os diferentes sentidos e significados que lhes foram atribuídos ao longo dos anos, desde a sua concepção no Movimento da Reforma Sanitária. Cabe nesse sentido, o esforço e a reflexão teórica e de pesquisa para o estabelecimento de critérios que permitam a adoção do princípio da integralidade no cotidiano do cuidado em saúde.

A integralidade, em sua definição legal, trata-se do “conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada

caso, nos níveis de complexidade do sistema”, ou seja, a prática da integralidade visa assegurar à população uma assistência que ultrapasse a concepção curativista, atendendo o indivíduo em todos os estágios de atenção: seja o básico ou o especial, e considerando-o inserido num contexto social, familiar, político e cultural (PINHEIRO, 2008, p. 256).

De acordo com Dalmolin (2011),

No campo denominado saúde, os profissionais, em especial a classe médica, centram-se, na maioria das vezes, em aspectos aparentes ou apenas nos sinais externos, reduzindo o ser humano a um objeto, desconsiderando o em sua singularidade e historicidade enquanto sujeito da sua saúde (DALMOLIN, et al., 2011).

Desde que foi concebido, a integralidade em sua essência busca materializar nas ações em saúde, o sentido da garantia de um direito para a população, seja por meio de “boas práticas” dos/as profissionais de saúde, na organização dessas práticas e/ou como resposta do governo aos problemas específicos de saúde na elaboração de suas políticas e programas. A Reforma Sanitária trata da integralidade em quatro perspectivas, quais sejam:

1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária, etc.), que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (GIOVANELLA et al., 2002 *apud* PAIM, 2008, p.552).

No que se trata a perspectiva da integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, no campo da integralidade da assistência,

se faz necessária a articulação entre a prevenção, a promoção e a recuperação no cuidado prestado a cada cidadão que utiliza os serviços do SUS, além de ações intersetoriais para o alcance de melhores níveis de saúde individual e coletiva (AGUIAR, 2011, p. 51).

Giovanella (2013), destaca na perspectiva 2, a integralidade como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais exige a superação da fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. Assim, segundo Mattos (2001), se faz necessária à articulação entre a demanda programada e a demanda espontânea, aproveitando-se as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, como também propiciando o desenvolvimento de atividades coletivas junto à comunidade. Ademais, para a autora, a resposta a um problema deve ter base e num cuidado que não transforme e/ou reduza o sujeito a um objeto, e sim que haja a possibilidade de conhecer este sujeito como ser histórico, social e político.

Em relação à perspectiva 3, a integralidade como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde, o SUS vem trabalhando em sua estruturação de redes de modo que os níveis crescentes se articulem para racionalizar o Sistema.

Dessa forma, aumenta o seu nível de resolutividade e sua capacidade de atendimento da demanda, garantindo a continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde (BRASIL, 2000).

Por fim, a integralidade na perspectiva política é pensada não apenas como uma diretriz do SUS, definida constitucionalmente, mas uma bandeira de luta que parte de uma imagem objetivo, que se refere a um conjunto de valores pelos quais vale à pena lutar, pois se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001).

Para além das perspectivas da integralidade, para Mattos (2001) esta deve ser composta por três conjuntos de sentidos: 1) referindo-se aos atributos das práticas profissionais, 2) referindo-se aos atributos da organização dos serviços, e 3) referindo-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

No primeiro conjunto de sentidos, segundo Mattos (2001), a integralidade consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde. Nesse caso, a integralidade está presente no encontro, na conversa em que a atitude do médico busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. No

segundo conjunto de sentidos, a integralidade, como modo de organizar as práticas, exigiria certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. Por último, há o conjunto de sentidos sobre a integralidade e as políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional.

Ademais, a integralidade no cuidado deve ser um instrumento orientador das práticas em saúde, considerada de forma plural, ética e democrática, que se materializa no tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo para e com os/as usuários/as.

Alguns autores, como Carvalho (2006), por exemplo, consideram a integralidade sob duas dimensões, uma horizontal e outra vertical. A primeira dimensão diz respeito às ações de saúde em todos os campos, exigindo assim a organização de todos os níveis de atenção. Já a vertical, extrapola a atenção fundamentada apenas no aspecto biológico, englobando assim questões que envolvem o afetivo, o biológico, o espiritual, o sociocultural, entre outros.

Ainda sobre a integralidade, essa, como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade.

De acordo com Pinheiro e Mattos (2005), a integralidade como fim na produção de uma cidadania do cuidado trata-se do ato de cuidado integral, onde as práticas de saúde possuem como eixos político-organizativos, formas de construir inovações e novas tecnologias de atenção aos usuários no SUS.

Deste modo, a integralidade no cuidado se dá por meio de uma atuação democrática e do saber fazer integrado, onde o cuidado está pautado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos, reais, concretos e portadores de projetos de felicidade.

3.3 Programa Nacional de Imunização e a Estratégia Saúde da Família: a importância da Atenção Básica na Promoção da Saúde

Nos primeiros anos do século XIX, foram iniciadas as ações de imunização da população brasileira, com destaque para a varíola, uma doença que assolava a população à época. Em 1804 a vacinação foi a primeira tentativa de imunizar às pessoas contra essa doença e reduzir as contaminações e morte pela chamada 'bexiga'. A vacinação nesse período ocorria por meio da coleta de material da pústula de um indivíduo para ser inoculado em outro indivíduo.

De acordo com Buss, Carvalheiro e Temporão (2005) em 1851 ocorreram os primeiros esforços para o surgimento de uma ação de controle de saúde pública internacional. No ano de 1902 surgiu a Oficina Sanitária Internacional que possuía como objetivo promover ações que fossem capazes de melhorar a qualidade de vida da população das Américas. Esta oficina foi precursora da Organização Pan-Americana da Saúde, chamada de OPAS.

Ainda segundo os autores, no início do século XX, muitos indivíduos já haviam morrido em decorrências das epidemias que acometiam diversos países. Em relação ao Brasil, a febre amarela, a varíola e a peste bubônica estavam no topo dos problemas sérios de saúde pública que o país enfrentava. Em 1904 uma campanha de saneamento foi coordenada por Oswaldo Cruz, que também contou com o apoio do Instituto Manguinhos e o estabelecimento da obrigatoriedade da vacina contra a varíola, que acabou sendo suspensa diante de uma revolta popular conhecida como Revolta da Vacina. Porém, em virtude do quadro crítico que assolava o país, a população logo procurou os postos de vacinação, o que ficou marcado como o princípio da aceitabilidade pública às vacinas.

Ao longo do século XX, novas vacinas começaram a serem desenvolvidas tendo como base os estudos do Dr. Edward Jenner sobre a varíola e as descobertas de Pasteur. Ao decorrer dos anos 20 foram introduzidas, gradualmente, no Brasil, as primeiras vacinas contra a difteria, tétano, coqueluche e BCG. E ao final dos anos 30, a vacina contra a febre amarela. Na metade do mesmo século, o Brasil já produzia vacina BCG. Em 1948 foi criada a Organização Mundial da Saúde, que tem a missão de levar a todos os povos o mais alto nível de saúde, além de coordenar a luta internacional de combate a doenças passíveis de disseminação.

Em 1955, em decorrência do surto de poliomielite que atingiu o país durante as duas primeiras décadas do século XX, o Brasil introduziu a vacina contra a doença nas clínicas privadas e vacinações em pequenas áreas através das secretarias estaduais e municipais. Só em 1960 que se tentou intensificar esta vacinação. Surgiu assim a vacina Sabin, que só passou a ser adotada no Brasil em 1961. As primeiras experiências de vacinação em massa foram realizadas em São Paulo e no Rio de Janeiro com a população infantil. De acordo com Buss, Carvalheiro e Temporão (2005), ao longo dos anos o Brasil aprimorou a produção de imunobiológicos e iniciou a fabricação nacional da vacina liofilizada contra a varíola e da fórmula intradérmica da BCG. Com o apoio da OPAS, o Instituto Oswaldo Cruz começou a realizar a diluição e o envase das primeiras vacinas antipólio, além disso, foi através desta parceria que os primeiros diagnósticos laboratoriais do polivírus foram introduzidos no país.

Em 1962 foi instituída no país a campanha nacional de vacinação contra a varíola, já em 1966 após a definição da meta de erradicação da doença, novas estratégias de controle foram desenvolvidas.

De 1966 a 1971, durante a fase de ataque à enfermidade, 135 milhões de doses foram aplicadas e 84% da população brasileira foi vacinada [...]. Em 1971, o Brasil registrava os seus últimos casos. E as vacinações se mantiveram até 1973, quando a erradicação nacional da doença foi certificada pela OMS, após estudos realizados por uma comissão médica internacional da Cruz Vermelha (BUSS; CARVALHEIRO; TEMPORÃO, 2005. p.105).

A erradicação da varíola juntamente com o somatório de experiências que foram acumuladas ao longo dos anos marcou a história das políticas públicas de saúde no Brasil, isto significava que o país avançava no campo da prevenção em saúde pública, conquistando reconhecimento internacional.

Em 1974 a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa Ampliado de Imunizações/OMS (PAI). A partir disso “começam a surgir os Programas Nacionais de Imunizações (PNI’s)” (BUSS; CARVALHEIRO; TEMPORÃO, 2005. p.106).

Nos anos 70, o movimento sanitário ganhava corpo no Brasil, assim, aos poucos os serviços de saúde pública foram adquirindo nova roupagem. No início da

década, programas prioritários no MS foram desenvolvidos, estes contavam com planejamento, recursos financeiros da União e apoio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sendo o Programa Nacional de Imunização (PNI) um desses programas prioritários.

Numa ação conjunta, a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde (DNEES) e a Central de Medicamentos (CEME) criaram o PNI em 1973. O Programa Nacional de Imunização (PNI) que foi formulado pelo Ministério da Saúde em 1973, sendo institucionalizado pela Lei 6.259/75 e Regulamentado pelo Decreto 78.231/76, que dispõem sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e institui o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Tal programa tinha como principal objetivo “contribuir para o controle da poliomielite, do sarampo, da tuberculose, da difteria, do tétano e da coqueluche, e para a manutenção da situação de erradicação da varíola” (BUSS; CARVALHEIRO; TEMPORÃO, 2005. p.108).

Enquanto o PNI ainda estava em processo de estruturação, uma epidemia de meningite meningocócica atingiu o Brasil em 1974 e durante uma campanha massiva, em 1975, o país foi rapidamente vacinado contra a doença. Tal acontecimento reforçou as teorias sobre a necessidade de ações mais abrangentes em relação à imunização.

Segundo Buss, Carvalho e Temporão (2005), com a promulgação da Lei Federal nº 6.259 em 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Imunizações, foram estabelecidas as normas técnicas referentes ao funcionamento do PNI, assim como à notificação de doenças.

Em 1980, o PNI implantou os Dias Nacionais de Vacinação contra a Poliomielite (DNV), proporcionando a população infantil a acesso à vacinação numa mobilização social a nível nacional. Os DNV tiveram resultados animadores ao proporcionar, pouco a pouco, a redução de várias enfermidades. Para que a qualidade e a segurança das vacinas pudessem ser asseguradas, o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) em 1981 passou a analisar, lote a lote, antes de serem distribuídas, amostras dos imunobiológicos adquiridos

pelo Programa Nacional de Imunização.

Os esforços do governo frente ao controle da poliomielite, juntamente com as ações desenvolvidas pelo PNI, fizeram com que a doença fosse registrada pela última vez no país em 1989.

A década de 90 foi marcada por novos desafios relacionados à imunização. Neste ano, o sarampo e o tétano foram às prioridades de controle do país. Em 1991 foi elaborado pelo país o plano de eliminação do tétano neonatal e em 1992 o plano de eliminação do sarampo. Neste mesmo ano, foi certificado pela OMS que o Brasil conseguiu erradicar a transmissão autóctone do polivírus selvagem.

Nos anos 90 o Brasil também começava a viver o dinâmico processo de implementação e atualização do calendário de vacinação. Uma das mais ousadas ações do PNI foi realizada em 1999, quando o programa decidiu acrescentar a população idosa nas campanhas de vacinação. Além dos idosos, o PNI também se preocupou com a população portadora de imunodeficiência congênita e adquirida e de doenças degenerativas crônicas implantando os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES). Hoje em dia há um total de 33 CRIES espalhados por todo o país, com pelo menos um centro em cada unidade federada.

Nos anos 2000, eram prioridades do PNI:

[...] contribuir para a manutenção da situação de erradicação da febre amarela urbana, da poliomielite e do sarampo; zerar os casos de tétano neonatal; manter o controle da tuberculose em suas formas graves, da difteria, do tétano acidental, da coqueluche, da febre amarela silvestre e da raiva humana; alcançar e manter o controle da influenza das infecções pneumocócicas e suas complicações [...]; contribuir para o controle de doenças imunopreveníveis e suas complicações na parcela populacional portadora de condições clínicas específicas [...] e para o controle de surtos ocasionais de doenças imunopreveníveis e de acidentes por animais peçonhentos. (BUSS; CARVALHEIRO; TEMPORÃO, 2005. p.116).

Em 2003 completou-se 30 anos do Programa Nacional de Imunização e desde a sua criação, o mesmo se mantém como prioridade das políticas do governo e o desenvolvimento do PNI contribui diretamente para a construção da história da saúde pública do Brasil. As imunizações ganharam espaço ao longo dos anos e hoje promovem a participação e o controle social.

Considerando o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, o PNI define calendários de vacinação com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e indígenas. As vacinas recomendadas para as crianças têm por objetivo proteger esse grupo o mais precocemente possível, garantindo o esquema básico completo no primeiro ano de vida e os reforços e as demais vacinações nos anos posteriores (BRASIL, 2014, p.14).

É na atenção básica, primeiro nível de atendimento do SUS que as ações de imunização são realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e isso ocorre nos Postos de Saúde ou Unidades Básicas. A ação da atenção básica tem início no acolhimento, na escuta e na oferta de resposta para os problemas de saúde dos indivíduos, amenizando os problemas e adquirindo responsabilidade pela efetividade do cuidado de modo a assegurar sua integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2012) busca a reorganização da atenção básica seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde, é vista como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por estabelecer um processo de trabalho com maiores chances de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica. Para isso, faz-se necessário o trabalho em equipe e com a presença de profissionais das mais diversas áreas,

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (FIGUEIREDO, 2018, p.3).

Ainda de acordo com a autora, os profissionais que fazem parte da ESF devem,

Participar do processo de territorialização, identificando situações de risco e vulnerabilidade, realizando busca ativa e notificando doenças e agravos de notificação compulsória; cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde do grupo populacional da área adstrita de maneira interdisciplinar, com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada, para planejamento e avaliação das ações. (FIGUEIREDO, 2018, p.6).

Diante dessas atribuições, uma variedade de profissionais faz-se necessária no desenvolvimento do trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família para que a integralidade do cuidado possa ser assegurada.

Além disso, o trabalho das equipes não deve se restringir a ações nos postos de saúde, mas nas visitas domiciliares também.

Segundo o Ministério da Saúde, a equipe de ESF deve possuir

[...] uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012, p.55).

A Estratégia Saúde da Família adota uma visão mais ampla de saúde e de entendimento dos determinantes do processo saúde-doença, além disso, a mesma preconiza a articulação entre saberes técnicos e populares para o confronto dos problemas de saúde.

Ademais, cabe à ESF “garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde” (AGUIAR, 2011, p.128).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa orientou-se na perspectiva exploratória, pautada na triangulação metodológica. Segundo Minayo (2005), a triangulação metodológica revela a dinâmica de investigação e de trabalho, integrando as análises das estruturas, dos processos e resultados e está relacionada aos procedimentos metodológicos de pesquisa propriamente ditos, a partir da articulação de mais de uma técnica de coleta e análise de dados na pesquisa qualitativa.

A abordagem qualitativa adotada nessa pesquisa, além de ter como centralidade a pesquisadora no processo de construção e análise dos dados, por meio das técnicas descritivas e explicativas, é uma “forma adequada de entender a natureza de um fenômeno social”, pois responde a questões muito particulares e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2008; RICHARDSON, 1989, p. 38; TRIVIÑOS, 1995).

Para Minayo (2008, p. 388), as metodologias qualitativas revelam significativa importância na “construção do conhecimento sobre saúde, seja no âmbito das concepções, das políticas, ou das práticas dos serviços institucionais”.

Para a coleta de dados, analisaram-se documentos como reportagens de jornais, cartilhas e portarias do Ministério da Saúde, cartões de vacinação, documentos das USF, como fichas de atendimento e registro de vacinações. Para dar sentido às informações coletadas foi realizada a análise do conteúdo desses documentos. De acordo com Minayo (2010), a técnica de análise de conteúdo visa dar respostas teórico-metodológicas aos dados qualitativos. Bardin (2009) define a análise de conteúdo como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (BARDIN, 2009, p. 42).

Ademais, segundo Richardson (1989, p.44), “a análise de conteúdo utiliza como material de estudo qualquer forma de comunicação, usualmente documentos escritos, como livros, periódicos, jornais”.

Outra metodologia orientadora da pesquisa foi o estudo de caso. Segundo Robert Yin (2005, p. 33), “um estudo de caso é uma forma distintiva de investigação empírica, sendo utilizado principalmente quando há limites em relação ao fenômeno e o contexto não está claramente definido”. O estudo de caso buscará responder à expectativa de que o contexto é pertinente ao fenômeno a ser estudado e “como estratégia de pesquisa compreende um método que abrange tudo, com a lógica de planejamento incorporando abordagens específicas à coleta e à análise de dados”.

Em Recife, existem cerca de 251 (duzentas e cinquenta e uma) equipes da ESF, distribuídas entre as 6 (seis) Regiões Político Administrativas. Considerando a composição da equipe multiprofissional da ESF (BRASIL, 2017) e o tipo de serviço prestado pelas Unidades de Saúde da Família (USF) – com oferta de vacinação –, o espaço dessa pesquisa será composto por todas as Unidades de Saúde da Família da RPA 2 (figura I) que implementam as ações do PNI e que possuem no mínimo um/a médico (a), um (a) enfermeiro (a), dois (duas) agentes comunitários (as) e um (a) dentista.

Figura I - Mapa geográfico da RPA 2.



Fonte: Prefeitura da Cidade do Recife, 2018.

Segundo a Prefeitura da Cidade do Recife, compõem a RPA 2:

[...] os bairros: Arruda; Campina do Barreto; Encruzilhada; Hipódromo; Peixinhos; Ponto de Parada; Rosarinho; Torreão; Água Fria; Alto Santa Terezinha; Bomba do Hemetério; Cajueiro; Fundão; Porto da Madeira; Beberibe; Dois Unidos; Linha do Tiro (BRASIL, 2018).

A RPA 2 foi escolhida como centro da pesquisa por causa da sua localidade próximo a residência da pesquisadora, cujo território abrange 20 USF, que podem ser vistas na tabela I. A escolha da RPA foi realizada de modo a permitir uma maior facilidade de deslocamento da pesquisadora, visto que a pesquisa ocorreu sem bolsa de financiamento, contando com poucos recursos para custear a mesma.

Tabela I - Unidades que compõem a RPA 2.

Unidade de Saúde da Família	Bairro
US 221 USF Ilha de Joaneiro I e II	Campo Grande
US 226 USF Chão De Estrelas IEII	Campina do Barreto
US 227 USF Tasso Bezerra - Chié I	Campo Grande
US 244 USF Professor Antônio Francisco Areias /Vale da Prata /Saramandaia	Peixinhos
US 262 USF José Severiano da Silva /Capilé /Canal do Arruda	Campo Grande
US 271 USF Tasso Bezerra - Chié II	Campo Grande
US 286 USF Irmã Terezinha I e II	Peixinhos
US 309 USF Ponto de Parada	Arruda
US 138 USF Dr Luiz Wilson	Bomba do Hemetério
US 179 USF Alto do Céu / Porto da Madeira	Porto da Madeira
US 274 USF Tia Regina / Córrego do Deodato	Água Fria
US 302 USF Byron Sarinho	Água Fria
US 155 USF Professor Monteiro de Moraes/Alto dos Coqueiros II/Beberibe	Beberibe
US 222 USF Córrego do Curió	Dois Unidos
US 273 USF Bianor Teodósio/Dois Unidos	Dois Unidos

US 276 USF Alto do Pascoal	Linha do Tiro
US 291 USF Alto dos Coqueiros / Córrego da Jaqueira / Linha do Tiro	Linha do Tiro
US 327 USF Clube dos Delegados / Visc. de Garret	Dois Unidos
US 328 USF Alto do Maracanã	Dois Unidos
US 339 USF Alto do Capitão	Dois Unidos

Fonte: Prefeitura da Cidade do Recife, 2018.

Dentre as 20 USF que compõem a RPA 2, realizou-se o trabalho de campo nas USF HPV e USF DTP. Essa escolha foi feita para garantir a viabilidade da pesquisa, tendo em vista a proximidade das USF à residência da pesquisadora, permitindo com maior facilidade o deslocamento da pesquisadora.

A pesquisa foi dividida em duas etapas: 1) na primeira etapa, período de agosto de 2018 a fevereiro de 2019 foi realizada a pesquisa bibliográfica, a solicitação da Carta de Anuência – aprovada em novembro de 2018, visitas às unidades escolhidas para a pesquisa e aproximação com os/as profissionais que compõem as USF; e 2) na segunda etapa, período de março a novembro de 2019, foi realizada entrevistas com os/as profissionais de saúde das duas Unidades e a análise dos dados coletados, bem como a elaboração da monografia. No total foram entrevistados/as oito profissionais, a maioria mulheres.

Para responder os objetivos propostos realizou-se uma revisão bibliográfica sobre os temas abordados na pesquisa, com leituras direcionadas e sistematizadas, de forma que a pesquisadora se apropriasse e construísse o conhecimento acerca da saúde pública, seus programas e ações, bem como se apropriasse das principais categorias da pesquisa: integralidade e cuidado em saúde.

Os dados referentes à segunda etapa foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas aos/as profissionais de saúde que compõem a ESF das USF HPV e DTP (nomes fictícios para preservar o anonimato dos informantes), quais sejam: uma enfermeira, duas técnicas e um técnico de enfermagem e quatro agentes comunitárias de saúde. Foram realizadas observações diretas do cotidiano de trabalho nestas duas USF.

Os/as profissionais entrevistados/as assinaram um Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido e assinado em duas vias, uma para a pesquisadora e outra para o/a informante. Os nomes dos/as entrevistados/as e das USF foram preservados de forma a garantir a confidencialidade e o anonimato. Além disso, foi feita a pesquisa documental - impressa e virtual -, de reportagens e artigos, publicados em revistas científicas qualificadas e jornais, registros do Ministério da Saúde, Portarias e Leis.

Ademais, o Sistema de Informação do PNI, que traz o registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, agregados por faixa etária, num determinado período de tempo e área geográfica, também foi uma fonte importante para coletar dados.

As entrevistas foram gravadas para posteriores transcrições, sistematizações e análises. Para as análises das entrevistas utilizou-se a técnica de condensação de significados, que possibilitou construir formulações a partir das expressões dos/as profissionais de saúde das USF HPV e USF DTP, abreviando em um formato condensado os significados encontrados no conteúdo das entrevistas (BARDIN, 1977; KVALE, 1996). Esta monografia foi enviada para a Secretaria de Saúde de Recife a fim de obter a carta de anuência. A mesma foi aprovada no mês de novembro de 2018.

Para a análise e consequente apresentação da USF considerada “Tipo Ideal” realizou-se um estudo de caso na USF BCG (nome fictício), localizada na RPA 3 em Recife/PE no período de agosto de 2017 a agosto de 2018. Para a coleta de dados foram realizadas as observações e visitas na USF supracitada, com coleta de fontes documentais e realização de entrevistas com os/as profissionais de saúde da ESF. Entre os documentos utilizados na coleta de dados destacamos: o protocolo do processo de trabalho da USF BCG; o livro de vacinação; as fichas de acompanhamento de vacinação das crianças da comunidade; as fichas de controle de temperatura da geladeira e por fim, as fichas de pedidos de vacinas solicitados ao Distrito Sanitário III.

Assim como na pesquisa realizada nas USF HPV E DTP, os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas aos/as profissionais de saúde que compõem a ESF da USF BCG, quais sejam: a médica responsável pela USF, dois agentes comunitários de saúde (um homem e uma mulher), um

enfermeiro e uma técnica de enfermagem.

Os dados documentais foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, que permitiu a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens, em diálogo com as bibliografias e teorias revisadas e para as análises das entrevistas utilizou-se a técnica de condensação de significados.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O PNI organiza a Política Nacional de Vacinação da população brasileira e tem como missão o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis. É considerada uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil, em especial pelo importante impacto obtido na redução de doenças nas últimas décadas. A vacinação como uma das ações do PNI, pode ser considerada a mais eficaz no controle de doenças e na promoção da saúde.

Nesse momento de análise, importante destacar o perfil dos/as profissionais entrevistados/as. Em relação ao perfil dos/as profissionais das ESF das USF HPV, USF DTP, verificou-se o tempo de formação e atuação profissional em saúde. Todos/as entrevistados/as são formados/as e atuam na área da saúde (enfermagem, medicina, e áreas afins ligadas à saúde). O tempo de atuação na área de saúde e tempo que fazem parte da equipe profissional das unidades pesquisadas dos entrevistados pode ser vista na tabela II, a seguir.

Tabela II - Profissionais que compõem as USF pesquisadas.

Profissional	Unidade de Saúde da Família	Tempo de atuação na área da saúde	Tempo de atuação na equipe profissional da USF
Técnica de Enfermagem	USF HPV	15 anos	2 anos e 6 meses
Técnica de Enfermagem	USF DTP	40 anos	14 anos
Técnico em Enfermagem	USF HPV	10 anos	3 anos
Enfermeira	USF HPV	20 anos	11 anos
Agente Comunitária de Saúde	USF HPV	15 anos	12 anos
Agente Comunitária de Saúde	USF HPV	11 anos	10 anos
Agente Comunitária de Saúde	USF DTP	5 anos	5 anos
Agente Comunitária de Saúde	USF DTP	15 anos	7 anos

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Como pode ser visto na tabela acima, dentre os/as entrevistados/as, a técnica de enfermagem da USF DTP é a que tem mais tempo de atuação na área de saúde e é a que trabalha há mais tempo na mesma unidade.

Assim como na USF BCG, nas visitas às USF HPV e USF DTP foi possível verificar que as mesmas contavam com todos os profissionais exigidos pelo MS. A quantidade de profissionais também está de acordo com o estabelecido pelo Ministério. Porém, também foi possível verificar no andamento da pesquisa que a USF DTP estava sem enfermeiros disponíveis à população, dos três profissionais que a Unidade possui dois se encontrava em licença, uma de licença maternidade e outro de licença médica, e o terceiro profissional se encontrava de férias, a falta dos profissionais de enfermagem na Unidade compromete a disponibilização do serviço de vacinação à comunidade assistida pela mesma, visto que são os enfermeiros os responsáveis pela aplicação dos imunobiológicos.

De acordo com Aguiar (2011), as equipes da ESF são compostas por

[...] no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (AGUIAR, 2011, p. 120).

Com a realização das entrevistas, foi possível compreender o processo de trabalho da equipe de ESF das USF HPV e USF DTP e como são realizadas e disponibilizadas as atividades relacionadas ao PNI para a população do bairro. A perspectiva dos profissionais de saúde revela-se importante para compreender essa dinâmica de trabalho e o cotidiano das ações desenvolvidas.

Segundo o Ministério da Saúde (2012) cada profissional detém demandas específicas, mas isto não deve ser impedimento para que os profissionais que fazem parte da ESF trabalhem de forma integrada. É o que pode ser verificado nas unidades visitadas. Nestas, cada profissional realiza funções distintas, mas o planejamento de ações é realizado em conjunto para que o atendimento aos indivíduos se dê de forma integral, conforme depoimento abaixo:

“a gente se reúne e passa as informações para o resto da equipe, temos esse movimento de articulação, principalmente em períodos

de campanha, onde a gente faz reunião para instruir os agentes de saúde, para eles divulgarem a campanha aos usuários” (ENT. TÉCNICO EM ENFERMAGEM DA USF HPV, 2019).

A Estratégia Saúde da Família é um dos meios pelo qual os serviços de vacinação chegam à população. A equipe da ESF tem como orientação no contexto da vacinação, as ações voltadas para a verificação das cadernetas e a atualização da situação vacinal. A partir disso, a ESF encaminha a população à unidade de saúde para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme os calendários de vacinação (BRASIL, 2014). Sendo assim, a vacinação é um tipo de ação rotineira que acontece no âmbito da atenção básica por meio da ESF e que tem um impacto direto nas condições de saúde da população.

Nas Unidades Saúde da Família da RPA 2, são realizadas as vacinações junto à população do bairro como principal prática implementada do PNI, bem como a realização de atividades educativas e de orientação como palestras e reuniões, porém, estas não são práticas constantes das USF.

“a gente faz a atualização do cartão de vacina das crianças, faz a busca ativa das crianças que estão com o cartão de vacina atrasado, realiza as campanhas de imunização, realiza a notificação das reações das vacinas, reações adversas [...]” (ENT. ENFERMEIRA DA USF HPV, 2019).

“aqui a gente faz o acolhimento da pessoa, recebe essa pessoa, vê se o cartão tá atrasado ou não, se tiver, aconselha a tomar a vacina no momento, pra ela não voltar sem tomar a vacina, é, orienta os demais profissionais quando tem campanha” (ENT. TÉCNICA EM ENFERMAGEM DA USF HPV, 2019).

“tem algumas atividades educativas, como palestra, é... fazemos palestra pro pessoal e a vacina” (ENT. TÉCNICA EM ENFERMAGEM DA USF DTP, 2019).

Sobre a oferta do serviço de vacinação para a população, na USF HPV, o serviço é ofertado diariamente e em todo o horário de funcionamento do posto, ou seja, das 8h às 17h. Esta oferta se dá através da demanda espontânea, que segundo o Ministério da Saúde (2000),

o cuidado à demanda espontânea na Atenção Básica deve ser baseado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, aliado à gestão local reflexiva e às boas práticas de atenção, de forma a garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que propicie a criação de vínculo entre as equipes de atenção básica e as pessoas, legitimando este ponto como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2012, p.15).

Por se tratar de oferta diária, em todo o horário de funcionamento e por demanda espontânea, os usuários que comparecem à USF HPV para vacinação não encontram nenhum tipo de dificuldade para receber as vacinas. O mesmo ocorre na USF DTP, apesar da vacinação, nesta unidade, ser ofertada tanto por demanda espontânea quanto por demanda programada. Analisando de forma comparativa as USF HPV E DTP à USF BCG, considerada o “tipo ideal”, as unidades da RPA 2 atendem bem ao quesito oferta do serviço ao disponibilizar a vacinação tanto por demanda programada quanto por demanda espontânea.

Ainda sobre o processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família, as vacinas, mesmo sendo ofertadas diariamente, seguem o calendário instituído pelo Ministério da Saúde. De acordo com o MS, ao todo, são disponibilizadas 19 vacinas cuja proteção se inicia nos primeiros meses de vida, podendo se estender por toda a vida, conforme figura II.

Figura II - Vacinas disponibilizadas pelo MS.

São 19 vacinas para proteger contra mais de 20 doenças	
1. BCG – (Tuberculose)	12. DTP (tríplice bacteriana) – difteria, tétano e coqueluche
2. Hepatite B	13. Vacina meningocócica conjugada tipo C - meningite
3. Penta - DTP/Hib/Hep B	14. Influenza
4. VIP - vacina inativada Poliomielite	15. Tetraviral - Sarampo, rubéola, caxumba, varicela
5. VOP - vacina oral contra a Pólio	16. Hepatite A
6. VORH - vacinal oral de Rotavírus Humano	17. HPV
7. Vacina Pneumocócica 10 valente – doenças causadas por pneumococos (pneumonia, meningite)	18. dTpa (gestantes) – difteria, tétano e coqueluche
8. Vacina febre amarela	19. dT (Dupla tipo adulto) - tétano e difteria
9. Tríplice viral - sarampo, rubéola e caxumba	

Fonte: Ministério da Saúde (2017)

Destas, 15 são disponibilizadas nas USF HPV e USF DTP, sendo elas: Pólio,

VIP, Rotavírus, T. Viral, Pneumocócica 10, Meningite C 10, Pentavalente, Hep. B, Hep. A, Varicela, DTP, DT, dTpa, HPV e Influenza.

As vacinas BCG, vacina febre amarela, soro rábico, soro tetânico, são oferecidas apenas em unidades de saúde específicas como Lessa de Andrade e Maternidade Barros Lima.

Além da vacinação por demanda espontânea, as USF pesquisadas desenvolvem as campanhas vacinais do Ministério da Saúde. Na campanha ocorrida em Maio de 2019, para imunização contra o vírus Influenza, de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, Pernambuco atingiu a meta mínima de 90% para a vacinação contra a gripe, onde, no Estado, foram vacinadas 2.432.086 pessoas, o que corresponde a 91,96% do total de 2,64 milhões de pessoas. Nas entrevistas, os técnicos de enfermagem relataram que,

“a procura foi muito grande, muito boa mesmo, mas como a Prefeitura disse a meta não foi atingida, mas aqui a procura foi grande” (ENT. TÉCNICA EM ENFERMAGEM DA USF DTP, 2019).

“a procura foi boa, teve muita gente, a gente tinha a meta e conseguiu atingir” (ENT. TÉCNICA EM ENFERMAGEM DA USF HPV, 2019).

“foi boa à adesão, a gente tem muito problema com aquelas pessoas que não fazem parte do público-alvo porque elas querem ter acesso às vacinas e é um trabalho muito grande pra trabalhar esse processo de conscientização né? Dessas pessoas que não fazem parte do público-alvo sabe?” (ENT. ENFERMEIRA DA USF HPV, 2019).

Em relação à implementação de ações de programas de saúde pela ESF, mais especificamente o PNI, cabe destacar que,

o processo de trabalho das equipes envolve o uso de tecnologias materiais - que seriam os equipamentos, materiais de consumo, instalações e etc -, e as tecnologias imateriais, ou seja, os saberes que se constroem e se articulam na relação entre os sujeitos e os instrumentos materiais, levando a apreensão do objeto de trabalho (BRITO, 2016).

Sendo assim, buscou-se saber da existência das principais dificuldades para a implementação do PNI na ESF das USF HPV e USF DTP. De modo geral, os profissionais da USF HPV relataram possuir dificuldades que acabam comprometendo a prestação do serviço com qualidade e eficiência para a

população, dando destaque para o sistema de informática, a falta de informação/capacitação do MS sobre a inclusão ou não de novas vacinas e o público-alvo e a qualidade dos imunobiológicos.

“questões precárias, muitas vezes falta o acondicionamento das vacinas, não confio 100% no termômetro, às vezes ele marca X, mas a gente sabe que não, aí chama o supervisor e ele “não, vamos fazer não sei o que”. A gente não tem suporte, a gente tem cobrança. A gente se esforça pra garantir um serviço de qualidade” (ENT. TÉCNICO EM ENFERMAGEM DA USF HPV, 2019).

“[...] eu gostaria de registrar que a gestão investe pouco em capacitação, a gente tem muitas reuniões técnicas, mas, por exemplo, capacitação em imunização a gente tem pouca. A gente tem reunião por causa da campanha que vai acontecer na data tal, aí nessa reunião ela fala um pouco sobre a campanha, a vacina que vai ser administrada [...] Eu acho que nesses 12 anos de PSF, se eu muito fui, fui pra 2 ou 3 capacitações” (ENT. ENFERMEIRA DA USF HPV, 2019).

Já na USF DTP os profissionais entrevistados/as relataram não possuir nenhum tipo de dificuldade em relação aos imunobiológicos ou à gestão.

Os profissionais das ESF das USF HPV e DTP foram perguntados sobre importância do Programa Nacional de Vacinação na prevenção de doenças e promoção da saúde da população. Segundo relatos a importância da vacinação está relacionada à qualidade de vida das pessoas,

“[...] porque hoje a gente vê que doenças que existiam antes não tão mais circulando, então é um programa muito importante porque vai garantir o estado de saúde do indivíduo” (ENT. TÉCNICA EM ENFERMAGEM DA USF DTP, 2019).

“o PNI é um dos poucos Programas do Ministério que realmente funciona e agente tem excelentes resultados, então, eu acho que o Programa se consolida diariamente, né? Com as campanhas, com a rotina, até porque o programa não é só as campanhas, têm toda uma rotina estabelecida, aí eu acho que um dos poucos Programas que realmente dá certo” (ENT. ENFERMEIRA DA USF HPV, 2019).

“acho importantíssimo porque é uma questão de prevenção de doenças futuras” (ENT. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA USF HPV, 2019).

Para obter sucesso nas ações de imunização as condições da estrutura física de uma Unidade de Saúde de vacinação devem ser consideradas, com foco na qualidade do serviço de saúde e na integralidade do cuidado. Durante as visitas foi possível verificar que ambas as Unidades necessitam de reforma em sua estrutura física. Tanto a USF HPV quanto a USF DTP funcionam em locais quentes, pequenos e desconfortáveis, que visivelmente não estão adequados as suas demandas. Na USF DTP, por exemplo, a sala de espera funciona de modo improvisado numa garagem (figura III). Ademais, as duas Unidades visitadas se mostraram inadequadas no que se refere à inclusão (acessibilidade).

Figura III - Vista da sala de espera da USF DTP.



Fonte: Google Maps, 2019.

A integralidade no cuidado é de suma importância na garantia do estado de saúde da população. De acordo com Pinheiro (2009), a integralidade na produção de uma cidadania do cuidado se dá “pelo modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos” (PINHEIRO, 2009). Sendo assim, as ações prestadas pela USF devem ser pensadas sob uma visão holística. Como ressalta Mattos (2001), é necessário que neste processo seja incorporada ações de prevenção e assistenciais, que também não podem ser pensadas de forma dicotômica, e sim, holística, na medida em que incorpora

aspectos sociais e culturais pertinentes à vida desses/as usuários/as.

De acordo com os/as profissionais entrevistados/as, a integralidade

“[...] é muito importante, tem que existir, porque se não, não funciona. Eu acho que essa palavra é muito pertinente [...] sem a integralidade não funcionada nada, não funciona o acolhimento, não funciona o atendimento a qualquer pessoa, não funciona a vacinação, não se tem portas abertas a qualquer pessoa” (ENT. TÉCNICA EM ENFERMAGEM USF HPV, 2019).

“[...] veja uma coisa é o princípio da integralidade que vê o indivíduo de forma integral, de forma holística, de forma contínua, de forma que ele é o coautor do processo de saúde e doença dele, que a gente compartilha esse cuidado, isso é o princípio da integralidade. Outra coisa são as práticas integrativas, as práticas integrativas a gente observa que apesar de ser integrativa ela é muito isolada. [...] o que eu acho é que apesar de existir as práticas integrativas, elas são muito fragmentadas, eu não consigo enxergar essas práticas na atenção básica, elas entram mais como coisa curativa, entendeu? Depois que o indivíduo está com um problema [...] mas não como um processo de prevenção que é o que se propõe a atenção básica, então a prática integrativa pra mim, ela hoje, desempenha um papel curativo. [...] eu acho que a gente poderia utilizar as práticas integrativas no processo de prevenção de doença e de articulação do cuidado” (ENT ENFERMEIRA DA USF HPV, 2019).

Em relação à inserção da integralidade nas ações desenvolvidas nas USF HPV e DTP, a integralidade está presente no acolhimento e na prática profissional. Segundo Mattos (2001), “a integralidade está presente no encontro, na conversa em que a atitude do médico busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde”. Assim, o cuidado em saúde diz respeito a uma ação integral fruto de uma relação interpessoal, pautada num tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

“há o cuidado com o usuário, é feita a escuta, o encaminhamento quando necessário, o atendimento é prestado da melhor forma possível, buscando atender todas as necessidades do usuário” (ENT. TÉCNICA EM ENFERMAGEM DA USF DTP, 2019).

“a integralidade tá no acolhimento, que é a chegada da pessoa, tá na nossa forma de trabalhar, na nossa forma de atendimento, porque não adianta acolher bem e atender mal ou o contrário, tem que tratar o usuário da melhor forma possível e atender as suas necessidades” (ENT. TÉCNICA EM ENFERMAGEM DA USF HPV, 2019).

Apesar de implementar os sentidos da integralidade do cuidado nas ações da unidade, enfermeira da USF HPV pontua que,

“como a gente vai falar sobre integralidade se a gente tem um cuidado completamente fragmentado? Como eu garanto a continuidade no cuidado se eu vou numa unidade e não tenho a medicação, não tenho um exame pra ajudar num diagnóstico, não tenho especialista pra me ajudar nesse trabalho, entende/ então a integralidade no princípio pra mim está ferida e a integralidade nas práticas integrativas também” (ENT. ENFERMEIRA DA USF HPV, 2019).

A partir dessa fala, é possível perceber a necessidade da superação da fragmentação do cuidado tão abordada por Mattos (2001), onde o mesmo pontua a necessidade de articulação entre os níveis de atenção.

Segundo Penna e Viegas (2015),

a integralidade e o cuidado em saúde são tarefas intersetoriais e só podem ser pensadas quando o nível primário consegue se articular adequadamente, em forma de rede, com os outros níveis de atenção à saúde e com os demais setores governamentais e não governamentais, para garantir e proteger a saúde como direito social instituído (PENNA; VIEGAS, 2015, p. 1097).

Deste modo, é necessário que a integralidade seja vista não só como um princípio, mas como uma prática que deve ser realizada em todas as ações a serem desenvolvidas pelas USF.

5.1 Na busca de um “Tipo Ideal” de Unidade de Saúde da Família

Para que uma análise da situação social proposta pudesse ser realizada, tornou-se necessário o estabelecimento de um “tipo ideal”, a fim de estabelecer parâmetros para distinguir se as USF pesquisadas, da forma em que se apresentaram podiam ou não garantir a integralidade do cuidado em saúde.

A categoria sociológica weberiana denominada “tipo ideal”, diz respeito a uma construção intelectual da realidade, onde o/a pesquisador/a escolhe determinadas características do objeto em estudo, com o objetivo de construir um “todo tangível”,

isto é, um tipo. De acordo com Barbosa e Quintaneiro (2017), em sua obra *Um toque de clássicos*,

o ponto essencial a ser salientado é que o próprio cientista é quem atribui aos aspectos do real e da história que examina, uma ordem através da qual procura estabelecer uma relação casual entre certos fenômenos. Assim produz o que se chama tipo ideal (BARBOSA; QUINTEIRO, 2017, p. 109).

Sendo assim, o/a pesquisador/a atribui a essas partes selecionadas da realidade um sentido, destacando aspectos que julgue importante, que no caso da pesquisa em questão, os aspectos a serem considerados foram àqueles ligados aos sentidos que a integralidade possui, sejam eles os das práticas profissionais de saúde até as respostas governamentais aos problemas de saúde.

Max Weber (1974) salienta que, com a utilização dos tipos ideais “não desejamos forçar esquematicamente a vida histórica infinita e multifacetária, mas simplesmente criar conceitos úteis para finalidades especiais e para orientação” (WEBER, 1974. p.345).

A partir do apresentado, temos a USF BCG, nossa USF considerada tipo ideal. Nessa Unidade são realizadas as ações de vacinação e de educação junto à população do bairro como principais práticas implementadas do PNI. As ações do Programa Nacional de Imunização são realizadas por demanda espontânea, sendo realizado também a busca ativa, o acolhimento e o encaminhamento para as especialidades que o indivíduo necessita.

Para garantir o controle e visualizar a situação vacinal da população que utiliza dos serviços da USF em questão, a equipe realiza o registro e acompanhamento das imunizações, anotando esses eventos nos livros e nas fichas de vacinação (figura IV). No caso das crianças, existem fichas específicas e esse acompanhamento é mais detalhado, mas outros públicos que se vacinam na Unidade também têm seu registro realizado (figura V). A realização de tal atividade é importante, pois alimenta o Sistema Nacional de dados do PNI, atualizando-o, e ainda em caso de perda das cadernetas de vacinação, a Unidade fica com um arquivo que facilita o resgate do esquema vacinal dos/as usuários/as.

Figura IV - Livro de vacinação USF BCG.

Nome	Data de Nascimento	Data de Vacinação	Observações
Edna Gabriel Silva de Souza	24.04.03		
Alana Viana dos Santos	22.10.03		
Maguel Riquelme Araújo da Silva	15.11.06		
Barbara Oliveira	30/10/10	12/04/10	
Mia Victoria Da Silva	14/06/10	25/04/09	
Janylllye da Silva	30/06/10	12/05/10	
João Victor Silva	30/06/10	16/08/10	
Mia Eduarda Oliveira	14/06/10	07/11/08	
Micaela Martins	30/06/10	03/10/08	
Francisca Maria dos Santos	30/06/10	05/10/10	
Adriana Pereira de Jesus	30/06/10	02/02/08	
Adrielly Nicole da Silva	30/06/10	04/02/06	
Luiza Costa Almeida	30/06/10	15/03/06	
João Lucas da Silva	30/06/10	19/07/02	
Imogenes Gomes	30/06/10	06/11/09	
Luiza Trindade	30/06/10	01/02/06	
Leandro Silva Gomes	30/06/10	14/04/09	
Christina Maria	30/06/10	31/01/03	
Leandro Silva	30/06/10	11/02/09	
Adriana Nicole da Silva	30/06/10	30/03/09	
Luiza Costa Gomes	30/06/10	08/05/06	
Edna Maria Kelly da Rocha	30/06/10	11/02/09	
Rebecca Silva	30/06/10	05/12/08	
Marilene Silva de	30/06/10	11/04/02	
Marcelo Mendes	30/06/10	07/09/06	
Emmanuel Mendes	30/06/10	06/06/08	
Paulo Eduardo	30/06/10	30/09/06	
Thiago José de Silva	30/06/10	01/06/07	
Stephan Silva de Silva	30/06/10	07/08/07	
Paulo Henrique de Amorim	30/06/10	07/08/07	
Leandro Henrique Gomes	30/06/10	28/08/10	
Thamyllene Silva	30/06/10	01/04/10	

Fonte: Arquivo pessoal, 2017.

Figura V - Ficha de controle de vacinação das crianças.

893 00 51 97 87 06 47

Ficha Controle de Vacinação

Nome: **LA ROZALINA HELEN BORGES**

Mãe: **Leandro Silva Gomes**

Data de Nascimento: **27/03/17**

Endereço: _____

Antipólio	Pólio	2.ª Dose	Hepatite B	Trip. Viral	BCG	DT	Grife
06/10/17	06/10/17	06/10/17	27/07/17		27/07/17		
03/03/18	03/03/18	03/03/18					
				Feb. Amar.	Outras		
					07/11/17		

OGAS, 75.000 Unidades, Nov / 04

Fonte: Arquivo pessoal, 2017.

Para obter sucesso nas ações de imunização, as condições da estrutura física de uma unidade de saúde de vacinação devem ser consideradas, com foco na qualidade do serviço de saúde e na integralidade do cuidado. Um dos pontos positivos da USF BCG está relacionado à recente reforma pela qual a unidade passou. Esta foi adequada às demandas da comunidade e da inclusão social (acessibilidade), com a melhoria da sua estrutura. Os/as profissionais de saúde e

usuários/as da USF BCG, após reforma vivenciam um espaço confortável, adequado às normas de higiene, permitindo um acolhimento em um espaço mais amplo para as demandas de saúde.

Com a reforma foi construída uma sala exclusiva para a realização do acolhimento da comunidade e uma sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que podem ter acesso aos computadores, aos documentos referentes à comunidade e outros equipamentos que facilitam o trabalho dos mesmos. É um espaço de convivência, de reunião e de planejamento das atividades a serem desenvolvidas pela ESF. Além disso, a Unidade possui uma sala de odontologia e um Centro de Material de Esterilização (CME). Considerar a estrutura física de uma Unidade de Saúde é de suma importância, visto que, além do conforto para atender melhor os pacientes, a mesma deve estar adequada às normas para um serviço de saúde, inclusive com acessibilidade para os portadores de necessidades especiais.

Outro fator que evidencia a garantia da integralidade do cuidado em saúde é a preocupação da equipe de uma USF com o planejamento de suas atividades. No caso da USF BCG, a equipe se mostra muito entrosada, com o compromisso, em comum, muito grande de oferecer qualidade no atendimento à população. Na mesma é realizado o trabalho em conjunto e direcionado para ações pré-estabelecidas, além disso, fazem o planejamento de ações em conjunto, para que todos que compõem a equipe participem do processo.

O trabalho dos/as profissionais de saúde é de suma importância na garantia da integralidade do cuidado. A rotina de trabalho deve ser composta por atividades que sejam realizadas em conjunto. É o que acontece na USF BCG, onde apesar de possuir funções distintas, o planejamento de ações é realizado em conjunto para que o atendimento ao usuário se dê de forma integral. Tal integração entre os profissionais se evidencia durante as campanhas de vacinação, onde todos os profissionais do posto trabalham na divulgação do evento e na disseminação da sua importância para a saúde da população. Já no dia específico da campanha, os mesmos realizam um rodízio entre a equipe, a fim de atenderem as exigências do MS.

Em relação à oferta do serviço de vacinação para a população, na USF BCG, o serviço é ofertado todos os dias, em todo o horário de funcionamento do posto e

por demanda espontânea.

Na USF BCG, o atendimento por demanda espontânea consegue ser bem realizado, onde os indivíduos inicialmente participam do acolhimento, que é realizado de modo individual e após o acolhimento, o mesmo é encaminhado ao serviço de saúde ao qual necessita, seja ele atendimento médico ou a vacinação.

De acordo com Mattos (2001),

o primeiro sentido da integralidade como valores das práticas dos/as profissionais de saúde ("boa medicina"), torna-se necessário para a reorganização do cuidado em saúde por requerer dos/as profissionais de saúde, na relação com os/as usuários/as do serviço de saúde, uma atitude acolhedora e ampla das necessidades em saúde (MATTOS, 2001, p. 50).

Daí a importância da realização do acolhimento e da prestação do bom atendimento à população.

Sobre as ações do Programa Nacional de Imunização, todos/as os/as profissionais entrevistados/as, relataram conhecer bem as ações do PNI, até porque, segundo os/as profissionais é necessário conhecer as ações para colocá-las em prática da melhor forma possível.

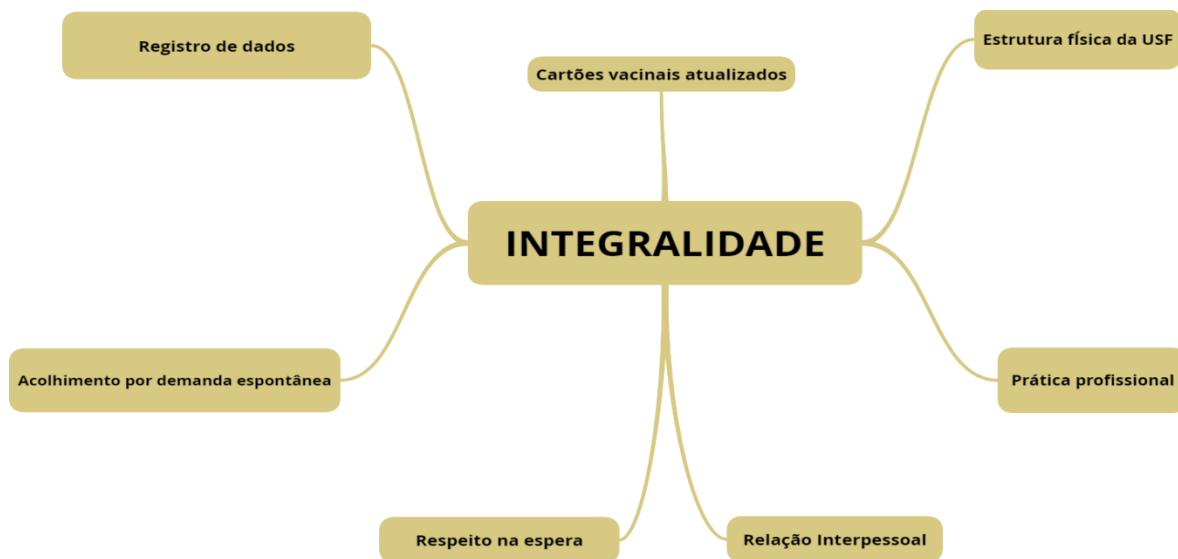
Ao serem questionados acerca da integralidade do cuidado em saúde, a médica da unidade relatou que é de suma importância que tal princípio seja assegurado ao usuário e que para que isso seja possível, é necessário conhecer e se apropriar do que é previsto pela integralidade. Ademais, a mesma ressalta que é importante conseguir superar as dificuldades encontradas no dia a dia para garantir a integralidade, visto que não é dado todo o suporte por parte das esferas superiores para isso.

Tal fala, ressalta o que também foi dito pela técnica de enfermagem da USF HPV, isto é, há a falta de articulação entre os níveis de atenção e as respostas governamentais ainda se mostram insuficientes.

Por fim, de modo geral, a integralidade no cuidado em saúde se faz presente em diversos aspectos da USF BCG (figura VI). A mesma está presente: 1) no acolhimento por demanda espontânea; 2) no registro dos dados; 3) na estrutura física da Unidade; 4) no acompanhamento do cartão vacinal da população; 5) no respeito na espera; 6) na prática profissional e 7) na relação interpessoal. Sendo

assim, a USF BCG pode ser considerada um tipo ideal de Unidade de Saúde que garante, dentro de todos os esforços, a integralidade do cuidado em saúde para a população assistida.

Figura VI - Os sentidos da Integralidade do cuidado em saúde atendidos pela USF BCG.



Fonte: Autora (2019).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar a pesquisa bibliográfica foi possível compreender a importância da integralidade do cuidado no Programa Nacional de Imunização e as principais categorias teóricas que norteou esse estudo: cuidado em saúde, processo de trabalho e integralidade.

É a partir do conceito de integralidade que é garantido ao usuário que a saúde lhe seja vista e ofertada não só como um serviço, mas também como um direito e que o mesmo seja atendido de forma humanizada e que os profissionais de saúde tenham um olhar holístico em torno do usuário e da usuária.

Nas unidades de saúde da RPA 2 pode-se notar que as ações do PNI, principalmente à vacinação, são disponibilizadas à população com efetividade.

Identificamos ainda que a integralidade do cuidado em saúde das unidades visitadas dar-se majoritariamente no acolhimento dos/as profissionais de saúde para com os/as usuários/as, considerando-os como sujeitos que possuem suas individualidades e demandas, onde neste momento, são acolhidos e encaminhados para as especialidades necessárias. A integralidade também pode ser identificada no processo de trabalho da USF DTP, onde a mesma organiza palestras educativas junto à população.

Apesar das dificuldades relatadas e percebidas durante as visitas e as entrevistas, destacando-se a falta de articulação entre os níveis de atenção à saúde e a estrutura física das Unidades HPV e DTP foi perceptível que dentre os sentidos da integralidade, os sentidos que correspondem à forma de atuação profissional e a organização dos serviços são os mais presentes nas ações desenvolvidas pelas USF, onde foi possível verificar que a integralidade está presente em ambas USF pesquisadas, principalmente no se trata do atendimento humanizado e da qualidade junto à população no que tange a consultas e vacinação.

Ao analisar a USF BCG de forma comparativa às USF HPV E DTP, foi possível perceber que a integralidade do cuidado em saúde se faz mais presente na Unidade da RPA 3. Muito disso se deve a gestão da mesma, que é realizada de maneira participativa, onde todos/as os/as profissionais, sem exceção, possuem voz ativa na gestão da Unidade. Ademais, destaca-se o cuidado que os/as profissionais da USF BGC possuem de registrar os dados dos seus usuários não só eletronicamente, como também por meio de fichas e livros de atendimento, algo que

não é realizado nas USF HPV E DTP.

Outro fator que favorece a escolha da USF BCG como “tipo ideal” está relacionado à recente reforma pela qual a mesma passou. Tal feito não deve ser restrito a uma unidade ou uma RPA, e sim estendido às demais USF que compõem todas as seis RPAs da Cidade do Recife, para que os/as usuários/as, ao buscarem atendimento médico, encontrem a seu dispor unidades com boa infraestrutura, garantindo acessibilidade, conforto e higiene e os profissionais vivenciem um espaço confortável, permitindo um acolhimento em um espaço mais amplo para as demandas de saúde e seus usuários/as.

Por fim, os/as profissionais de saúde entrevistados/as das três Unidades, em geral, relataram ter consciência da importância da garantia da integralidade no cuidado em saúde por ela ser um instrumento que norteia não só as práticas em saúde, mas que integra o indivíduo, fazendo com que o mesmo seja percebido como sujeito de direito e que necessita de um atendimento numa visão holística. Porém, foi consenso entre os profissionais que tal princípio se encontra ferido, sendo necessária a valorização do mesmo, bem como a inserção das práticas integrativas em todos os níveis de atenção, algo que, como relatado, se encontra de modo muito fragmentado nos níveis de atenção.

Como desdobramentos deste trabalho, uma análise acerca da percepção da integralidade do cuidado em saúde sob a ótica dos usuários pode ser desenvolvida numa pesquisa futura, nas USF HPV E DTP, bem como a percepção que os gestores de saúde do município têm sobre esse princípio do SUS, tão importante, visto que tal princípio é componente primordial para o fortalecimento de um modelo de saúde que integre a equidade e a universalidade no atendimento às pessoas de modo a garantir práticas em saúde mais eficientes.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). **SUS: Sistema único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. 192 p.
- ALBUQUERQUE, P. C. **Educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade**. 2003. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- ANDRADE, L. O. M. **Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS**. In: *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições UVA, 2001. p. 19-28.
- BARBOSA, Maria Ligia de Oliveira; QUINTANEIRO, Tania; OLIVEIRA, Márcia Gardênia de. **Um toque de clássicos: Marx, Durkheim, Weber**. 2. ed. e atual., 4. reimpr. Belo Horizonte: UFMG, 2017. 157 p.
- BARATA, RB. **Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?**. In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 73-94. ISBN 978-85-7541- 391-3. Disponível em: <<<http://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-06.pdf>>>. Acesso em: 10 de jul. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 2009.
- BRASIL. DATASUS. Ministério da Saúde. **Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite e contra o Sarampo 2018: Cobertura vacinal por faixa etária, por Estado**. 2018. Disponível em: <<http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/relatorio/consolidado/coberturaVacinalPolioSarampoCampanha.jsf>>. Acesso em: 25 mar. 2019.
- BRASIL. PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. **Localização das USF**. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/listagemusf_fev2016.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva.– Brasília: Ministério Saúde, 2000, 44p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.
- BRASIL. **Lei no 7.387, de 21 de Outubro de 1985**. Dispõe sobre o exercício da profissão de Economista Doméstico e dá outras providências. Brasília, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 114 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vacinação é a maneira mais eficaz para evitar doenças**. 2019. Disponível em: <<http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45875-vacinacao-e-a-maneira-mais-eficaz-para-evitar-doencas>>. Acesso em: 21 nov. 2019.

BENCHIMOL, J. L. **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2001.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHEIRO, José da Rocha; TEMPORÃO, José Gomes (Org.). **Vacinas, soros e imunizações no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 420 p.

CARVALHO, G. **Os governos trincam e trancam o conceito da integralidade**. Rio de Janeiro: RADIS, 2006. p. 16 v. 49.

CONSENSUS (Brasília). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A queda da imunização no Brasil**. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/consensus/queda-da-imunizacao-brasil/>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.389-394, jun. 2011. GN1 Genesis Network. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a23>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Disponível em:<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. 12 p. Acesso em: 05 mar. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): reconhecimento nacional e internacional**. Rio de Janeiro, 2009.

GIOVANELLA, Lúgia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 1097 p.

GOHN, M. da G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2003.

HOCHMAN, Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.375-386, fev. 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. – 6. reimpr. São Paulo: Atlas: 2011.

MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasil, Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 03 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília. p. 11-18. 1986.

PINHEIRO, R. **Integralidade como princípio do direito à saúde**. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINHEIRO, R. **Verbetes Integralidade em Saúde**. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 11 abr. 2019

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005a.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.34-46, mai. 2006.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et. al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. p. 547- 573.

PENNA C.M. M, VIEGAS, S.M.F. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface**, Comunicação saúde educação; 19(55): 1089-100, 2015.

SILVA, Alan Camargo; FERREIRA, Jaqueline. Czeresnia D, Maciel EMGS, Oviedo RAM. Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 957-958, Mar. 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300957&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

TEMPORAO, José Gomes. **O Programa Nacional de Imunizações (PNI):** origens e desenvolvimento. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2, p. 601- 617, 2003.

WEBER, Max. **Ensaio de sociologia.** Organização e introdução de H. H. Gerth e C. W. Mills. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1974.

YIN, R. **Estudo de Caso:** Planejamento e métodos. São Paulo: Bookman, 2005, 212p.

ANEXOS**ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS/AS
PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DAS UNIDADES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

Você está sendo convidado/a a participar de uma pesquisa intitulada: “Os sentidos da integralidade do cuidado em saúde: Um olhar sobre as ações do programa nacional de imunização” que tem como objetivo analisar o impacto das ações do PNI implementadas pela ESF na cidade de Recife, na garantia da integralidade do cuidado em saúde. A pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal Rural de Pernambuco, vinculada à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, como parte do Projeto de Iniciação Científica (PIC) do Edital do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/PIC) – 2018-2019, da pesquisadora Dandara Pereira de Lima, sob a orientação da Profa. Dra. Fabiane Alves Regino. Farão parte deste estudo, os profissionais da área da saúde que trabalham na ESF e os usuários que utilizam os serviços de vacinação das Unidades de Saúde da Família (USF) na cidade de Recife/PE, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Seu perfil se enquadra na pesquisa e sua participação compreenderá de responder um questionário e uma entrevista semiestruturada. Esta última será gravada em mídia de áudio, com a sua autorização, além de eventuais anotações de pontos importantes. A entrevista poderá ser realizada na USF ou em outro local que julgar conveniente. O risco relacionado à sua participação nesta pesquisa é de algum possível constrangimento perante pessoas e instituições, caso suas respostas venham a público. Porém, este será minimizado pela garantia de sigilo e confidencialidade das informações obtidas. Os dados não serão divulgados de forma que permitam a sua identificação e você conhecerá os resultados obtidos após a conclusão desta pesquisa. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa é de sua livre escolha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Caso aceite participar, assinará 02 vias deste termo, sendo que uma via ficará com o/a Senhor/a e a outra com a pesquisadora responsável (Dandara Pereira de Lima), a quem poderá procurar em caso de dúvidas sobre a pesquisa, pelo telefone (81-996696444) e e-mail (dandaraplima@hotmail.com).

Declaro que fui informado/a dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado/a da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado/a quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Recife, de _____ de 20 _____

Assinatura do/a Entrevistado/a

Dandara Pereira de Lima (Pesquisadora)

ANEXO II – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PROFISSIONAIS

- 1) Perfil: idade, sexo, tempo trabalha na área da saúde, formação?
- 2) Desde quando faz parte da equipe profissional da USF?
- 3) Qual função desempenhada no local de trabalho?
- 4) Qual a importância do profissional de saúde para a produção do cuidado?
- 5) Como é o processo de trabalho na ESF?
- 6) Como é a rotina de trabalho nessa USF? Quais os pontos positivos, os desafios, as dificuldades?
- 7) Qual a importância do Programa Nacional de Vacinação?
- 8) Quais são as ações do Programa e quais delas são desenvolvidas no posto?
- 9) Como as ações do PNI são desenvolvidas?
- 10) Com que frequência às vacinações são oferecidas à população? Qual a percepção da população sobre as vacinas e sua proteção?
- 11) Como foi a última campanha de vacinação? Qual era a meta, foi alcançada? Se sim, por quê? Se não, porquê?
- 12) Como é o atendimento junto à população? Quais as principais demandas da população na USF? Como é a prática de cuidado com os usuários? Quais as principais dificuldades e os pontos positivos dessa prática?
- 13) Como se deu o processo de divulgação da última campanha de vacinação?
- 14) Como você percebe as ações do PNI na equipe?
- 15) Fale sobre a integralidade no cuidado em saúde nas ações do PNI desenvolvidas pela USF.
- 16) Quais sentidos da integralidade do cuidado em saúde são adotados na implementação das ações do PNI pela ESF?

ANEXO III – CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Dandara Pereira de Lima**, pesquisadora da Universidade Federal Rural de Pernambuco, a desenvolver pesquisa na USF Alto do Capitão, USF Alto do Céu / Porto da Madeira, USF Alto do Maracanã, USF Alto do Pascoal, USF Alto dos Coqueiros / Córrego da Jaqueira / Linha do Tiro, USF Bianor Teodósio / Dois Unidos, USF Byron Sarinho, USF Chão de Estrelas I e II, USF Clube dos Delegados / Visc. de Garret, USF Córrego do Curú, USF Dr Luiz Wilson, USF Ilha de Joaneiro I e II, USF Irmã Terezinha I e II, USF José Severiano da Silva / Capile / Canal do Arruda, USF Ponto de Parada, USF Professor Antônio Francisco Areias / Vale da Prata / Saramandaia, USF Professor Monteiro de Moraes/Alto dos Coqueiros II/Beberibe, USF Tasso Bezerra - Chie I, USF Tasso Bezerra - Chie II, USF Tia Regina / Córrego do Deodato – Distrito Sanitário – II, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Os sentidos da integralidade do cuidado em saúde: um olhar sobre as ações do Programa Nacional de Imunização”**, sendo orientada por Fabiane Alves Regino.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

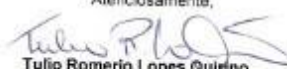
- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em Compact Disk (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 08 de novembro de 2018.

Atenciosamente,


Tulio Romero Lopes Quirino
 Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Tulio Romero Lopes Quirino
 Chefe de Div. de Educação na Saúde
 UPES / DEGETES / SCSAU
 Mtel. 190.473-5

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro – CEP 52.021-030 – Recife – Pernambuco
 fone: (81) 3355-1707 – CNPJ: 10.565.000/0001-92