



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

MÔNICA OLIVEIRA RIOS

**ACESSO ÀS VACINAS ANTI - SARAMPO COMO DIREITO NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE (SUS): uma questão política, organizacional, técnica e simbólica**

**FEIRA DE SANTANA
2023**

MÔNICA OLIVEIRA RIOS

**ACESSO ÀS VACINAS ANTI - SARAMPO COMO DIREITO NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE (SUS): uma questão política, organizacional, técnica e simbólica**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de Pesquisa: Políticas, Organização de Sistema, Serviços e Programas de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Angela Alves do Nascimento

**FEIRA DE SANTANA
2023**

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Rios, Mônica Oliveira

R453a Acesso às vacinas anti-sarampo como direito no Sistema Único de Saúde (SUS): uma questão política, organizacional, técnica e simbólica / Mônica Oliveira Rios. – 2023.
197f.: il.

Orientadora: Maria Angela Alves do Nascimento

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1. Vacina anti-sarampo. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Direito à saúde. 4. Programa Nacional de Imunização (PNI) – Brasil. I. Nascimento, Maria Angela Alves, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

Rejane Maria Rosa Ribeiro – Bibliotecária CRB-5/695
CDU: 614.47

MÔNICA OLIVEIRA RIOS

ACESSO ÀS VACINAS ANTI - SARAMPO COMO DIREITO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): uma questão política, organizacional, técnica e simbólica

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Doutor(a) em Saúde Coletiva.

Feira de Santana - BA, 28 de abril de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
Orientadora

Dr^a Josele Farias Rodrigues Santa Bárbara
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB
1^a Examinadora

Dr^a Rose Manuela Marta Santos
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB
2^a Examinadora

Dr^a. Maricélia Maia de Lima
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
3^a Examinadora

Dr^a. Juliana Alves Leite Leal
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
4^a Examinadora

SUPLENTES

Dr^a Deisy Vital dos Santos
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

Dr Márcio Costa de Souza
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS

AGRADECIMENTOS

O sucesso de todo um trabalho não teria validade sem o apoio essencial daqueles que mais amamos. Como resultado disso tenho um sonho se tornando realidade graças à perseverança de todos que acreditaram que é possível chegar ao triunfo.

Primeiramente quero agradecer ao meu grandioso **DEUS**, por minha vida, minha existência e pela força que encontrei para enfrentar as barreiras e chegar ao fim de mais uma etapa. Agradeço também ao meu Deus de imensidão, por ter colocado em meu caminho pessoas especiais e incentivadoras durante todo esse trabalho.

Assim, agradeço imensamente ao meu filho **João Pedro** (razão do meu viver) e meu esposo **Paulo Junior**, pois sem eles essa trajetória não seria possível. Foram minha fortaleza e inspiração na caminhada, pois não permitiram desistir desse sonho. Amo vocês!

Minha fonte de inspiração, alguém que encanta com sua humildade, ética, determinação, conhecimentos e luminosidade, essa é minha orientadora professora Doutora **Maria Angela Alves do Nascimento**. Meus eternos agradecimentos, meu muito obrigada por tudo! Obrigada pela força, pelos incentivos, pelos conselhos, pelos puxões de orelha, pela paciência e pela disponibilidade dispensada durante a árdua construção desse trabalho. És uma “Mãezona”!!!!

Aos meus amados pais **João e Maria** o meu muito obrigada por sonharem comigo, acompanharem todo processo, e acima de tudo, por hoje ser quem sou!

Aos professores Doutores **membros da banca**, pela leitura minuciosa com belíssimas contribuições para melhorias desse trabalho.

Aos colegas e amigos do doutorado, em especial, minhas amigas **Elisangela e Victória**, pelo companheirismo, amizade, incentivos e momentos de aprendizado durante a caminhada.

A **Secretaria da Saúde do Estado da Bahia**, em especial, ao setor de imunização, que contribuiu com informações chave, tão essenciais ao estudo.

As **Secretarias Municipais de Saúde** de Feira de Santana e de Salvador, em especial, a **Educação Permanente e Rede de Frio**, que nos permitiu a realização do estudo.

Ao **PPGSC -UEFS** (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) pela oportunidade de construção de conhecimento e qualificação profissional com excelência, ética e qualidade.

A **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo apoio para realização e publicação do presente trabalho.

Enfim, meu muito obrigada, de coração, a todos vocês!

RESUMO

Apresentação do objeto: Ao estudarmos este objeto - ACESSO ÀS VACINAS ANTI - SARAMPO COMO DIREITO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) - assumimos a concepção de acesso aos serviços como direito no SUS a provisão do cuidado adequado, em suas múltiplas dimensões de análise. **Objetivos:** Analisar o acesso dos usuários as vacinas anti – sarampo enquanto direito nos serviços públicos de saúde da rede SUS de Salvador e de Feira de Santana – Bahia; Identificar dificuldades/limites, avanços/facilidades e ou perspectivas que interferem no direito ao acesso dos usuários as vacinas anti - sarampo na capital e no município da região metropolitana do Estado da Bahia no que diz respeito a organização da rede AB e seus usuários; Compreender o (s) motivo (s) da ocorrência de recrudescimento do sarampo nos municípios de Salvador e Feira de Santana/BA; Discutir as possíveis estratégias de ação do PNI para ampliação do acesso dos usuários às vacinas anti – sarampo na rede SUS dos municípios de Salvador e Feira de Santana/BA. **Pressuposto:** Político: falta de consciência política e tomada de decisão governamental; baixa adesão da participação popular e consciência política; Econômico social: barreiras sociais, econômicas e físicas; relação oferta – demanda; Organizacional: barreiras geográficas; fragilidades na porta de entrada e no fluxo de atendimento; carência de profissionais de saúde; falta de vacinas e outros recursos (financeiro e materiais); Técnico: ineficiência no planejamento e programação das ações para vacinação; falta de vínculo e acolhimento entre os serviços de imunização e usuários e vice-versa; competência técnica; Simbólica: desconhecimento sobre o processo saúde – doença do sarampo; tabus, crenças, preconceitos e valores sobre as vacinas; desconhecimento da população sobre a importância da vacina. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, de abordagem crítico - analítica numa perspectiva do método dialético, realizada no Estado da Bahia nos municípios Feira de Santana e Salvador, tendo como participantes gestores, informantes chave, trabalhadores de saúde e usuários, utilizando como técnica de coleta de dados a entrevista, observação e análise de documentos, e como método de análise Hermenêutica – Dialética. **Resultados:** Dentro das dimensões de acesso política, econômico – social, organizacional, técnica e simbólica, verificamos que os determinantes das dimensões político a partir da falta de consciência política e pouca adesão da participação popular determinando e tomada de decisão governamental; econômico social com barreiras sociais e econômicas representadas pelos baixos investimentos destinados ao PNI; organizacional com dificuldades de acesso geográfico e fragilidades organizacionais dos serviços com carência de profissionais de saúde e de recursos para vacinação; técnico com ineficiência no planejamento, vínculo e acolhimento frágeis entre os serviços de imunização e usuários e vice-versa; simbólica com o desconhecimento do sarampo, medo dos eventos adversos, movimentos anti-vacina, fake News e desconhecimento da população sobre a importância da vacinação Entretanto, esforços e ações estão sendo desenvolvidas para estabelecer o cumprimento das metas para melhorias nas coberturas vacinais e proteção geral da população contra o sarampo. **Considerações finais:** Enfim, mediante ao apresentado sobre as questões políticas, organizacionais e culturais, que interferem significativamente na queda das coberturas vacinais no Brasil e no recrudescimento de doenças imunopreveníveis, a exemplo do sarampo, é necessário compreender que para evitar tal retrocesso são necessários reforços absolutos às ações de vacinação propostas pelo PNI. **Palavras – chave:** Vacinas, Sarampo, Acesso aos serviços de saúde, Direito à saúde.

ABSTRACT

Object presentation: By studying this object - ACCESS TO ANTI-MEASLES VACCINES AS A RIGHT IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS - *SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE*) - we assume the concept of access to services as a right in the SUS to provide adequate care, in its multiple dimensions of analysis. **Objectives:** To analyze users' access to anti-measles vaccines as a right in the public health services of the SUS network in Salvador and Feira de Santana - Bahia; To identify difficulties/limits, advances/facilities and/or prospects that interfere with users' right to access anti-measles vaccines in the capital and municipality of the metropolitan region of the state of Bahia with regard to the PHC network organization and its users; To understand the reason(s) for the occurrence of measles resurgence in the municipalities of Salvador and Feira de Santana/BA; To discuss possible PNI action strategies to expand user access to anti-measles vaccines in the SUS network in the municipalities of Salvador and Feira de Santana/BA. **Assumption:** Political: lack of political awareness and governmental decision-making, low popular participation compliance and political awareness; Social economic: social, economic and physical barriers; supply – demand relationship; Organizational: geographic barriers, weaknesses in the gateway and service flow, lack of health professionals, lack of vaccines and other resources (financial and material); Technical: inefficiency in the planning and programming of actions for vaccination, lack of bonding and acceptance between immunization services and users and vice versa, technical competence; Symbolic: lack of knowledge about the health process – measles disease, taboos, beliefs, prejudices and values about vaccines, ignorance of the population about the importance of a vaccine. **Methodology:** This is qualitative research, with a critical and analytical approach from a perspective of the dialectical method, carried out in the state of Bahia in the municipalities of Feira de Santana and Salvador, with managers, key informants, health workers and users, using interviews, observation and analysis of documents as a data collection technique, and as a method, Hermeneutic-Dialectic analysis. **Results:** Within the dimensions of political, economic-social, organizational, technical and symbolic access, we found the determinants of the political dimensions from the lack of political awareness and little popular participation compliance determining and governmental decision-making; social economic, with social and economic barriers represented by the low investments destined to the PNI; organizational, with difficulties in geographic access and organizational fragilities of the services with a lack of health professionals and resources for vaccination, technician with inefficiency in planning, fragile link and reception between immunization services and users and vice versa; symbolic, with the lack of knowledge about measles, fear of adverse events, anti-vaccine movements, fake news and the population's lack of knowledge about the importance of vaccination. However, efforts and actions are being developed to establish compliance with the goals for improvements in vaccine coverage and general protection of the population against measles. **Final considerations:** Finally, based on what was presented on political, organizational and cultural issues, which significantly interfere with the fall in vaccination coverage in Brazil and the resurgence of vaccine-preventable diseases, such as measles, it is necessary to understand that to avoid such a setback, absolute reinforcements are needed for actions of vaccination proposed by the PNI. **Keywords:** Vaccines, Measles, Access to health services, Right to health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 MODELO TEÓRICO: acesso universal com qualidade aos serviços de saúde	35
FIGURA 2 MODELO TEÓRICO: direito ao acesso nos serviços de saúde	36
FIGURA 3 Desenvolvimento da análise Hermenêutica - Dialética	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Produções científicas sobre ACESSO aos imunobiológicos no SUS base de dados <i>Medline/ PubMed, LILACS e SciELO</i> entre 2015 a 2020. Feira de Santana, jun. – ago./2020	22
Quadro 2	Produções científicas sobre DIREITO DE ACESSO aos imunobiológicos no SUS base de dados <i>Medline/ PubMed, LILACS e SciELO</i> entre 2015 e 2020 Feira de Santana, jun. – ago./2020.	27
Quadro 3	Caracterização das gestoras participantes do estudo (Grupo I), Feira de Santana/BA jun./fev. 2021-2022	54
Quadro 4	Caracterização das informantes chave participantes do estudo (Grupo II), Feira de Santana/BA jun./fev. 2021-2022.	54
Quadro 5	Caracterização das trabalhadoras participantes do estudo (Grupo III), Feira de Santana/BA jun./fev.2021-2022.	56
Quadro 6	Caracterização das usuárias participantes do estudo (Grupo IV), Feira de Santana/BA jun./fev. 2021-2022.	57
Quadro 7	Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo I – Gestoras da Saúde de Feira de Santana, BA. Feira de Santana, ago/out., 2022.	64
Quadro 8	Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo I – Gestoras da Saúde de Salvador. Feira de Santana, ago/out., 2022.	64
Quadro 9	Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo II – Gestoras Informantes Chave/ SESAB. Feira de Santana, ago/out., 2022.	65
Quadro 10	Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo III – Trabalhadoras da Saúde de Feira de Santana, BA. Feira de Santana, ago/out., 2022	65
Quadro 11	Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo III – Trabalhadoras da Saúde de Salvador, BA. Feira de Santana, ago/out., 2022.	66
Quadro 12	Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo IV – Usuárias dos serviços de saúde das USF de Feira de Santana, BA. Feira de Santana, ago/out., 2022.	66
Quadro 13	Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo IV – Usuárias dos serviços de saúde das USF de Salvador, BA. Feira de Santana, ago/out., 2022.	67

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO - *Associação Brasileira de Saúde Coletiva*

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

BA – Bahia

BCG – Bacilo Calmette – Guérin

BR - Brasil

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior

CAMAB – Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica

CEIS - Complexo Econômico-Industrial da Saúde

CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia

CENADI - Central Nacional de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CRIES - Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais

DTP – Difteria Pertussis e Tétano

DS – Distrito Sanitário

DIVEP – Diretoria de Vigilância Epidemiológica

EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

EC – Emenda Constitucional

ECR – Equipes de Consultório de Rua

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

Hib - *Haemophilus influenzae* tipo b

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NUPISC – Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
PC – Produções Científicas
PI – Programa de Imunização
PNI – Programa Nacional de Imunização
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan – Americana da Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
RMS – Região Metropolitana de Salvador
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*
SE – Semana Epidemiológica
SESAB - Secretarial de Saúde do Estado da Bahia
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SI – PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SUS – Sistema Único de Saúde
SRC – Sarampo, Rubéola e Caxumba
UBS – Unidade Básica de Saúde
UF – Unidades da Federação
USF – Unidade de Saúde da Família
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana
UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VIEP – Vigilância Epidemiológica
VS – Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: construção teoria versus prática	12
2	DIREITO À SAÚDE, ACESSO E IMUNIZAÇÃO: uma abordagem teórica	31
2.1	DIREITO À SAÚDE E AO ACESSO	31
2.2	PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO NO BRASIL: avanços e dilemas	37
3	TRAJETO METODOLÓGICO: base de sustentação sistematizada para produção de conhecimento	47
3.1	NATUREZA DO ESTUDO	47
3.2	TIPO DE ESTUDO	48
3.3	CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	49
3.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	53
3.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	58
3.6	MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	61
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	69
4	ACESSO ÀS VACINAS ANTI - SARAMPO COMO DIREITO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): uma questão política, organizacional, técnica e simbólica	72
4.1	Dimensão política: participação social no acesso as vacinas como um direito no SUS	72
4.2	Dimensão econômico - social do direito à saúde: financiamento/ investimentos nas ações de vacinação anti – sarampo	83
4.3	Dimensão organizacional no direito ao acesso as vacinas anti – sarampo: a ESF como porta de entrada em vacinação no SUS	94
4.4	Dimensão técnica: das tecnologias leve-duras às tecnologias leve no SUS	122
4.5	Dimensão simbólica: representações sociais no imaginário da população no acesso à vacinação	143
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
	REFERÊNCIAS	168
	APÊNDICES	183
	APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semi-estruturada (Usuários)	184
	APÊNDICE B - Roteiro da entrevista semi-estruturada (Equipe de Saúde da Família)	185
	APÊNDICE C - Roteiro da entrevista semi-estruturada (Gestores da Saúde/ Informantes chave)	186
	APÊNDICE D - Roteiro de observação sistemática	187
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	188
	ANEXO	189
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP-UEFS	190

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: construção teoria versus p

O objeto de estudo - ACESSO ÀS VACINAS ANTI - SARAMPO¹ COMO DIREITO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) - surgiu do interesse e inquietações a partir das práticas de ensino em uma Universidade da Bahia ao vivenciar como docente no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, conseqüentemente, presenciar os desafios da rede de atenção para o acesso às vacinas pelos usuários do serviço, enquanto um direito a saúde assegurado pelo Sistema Único de Saúde.

Ainda nesse contexto, tivemos a oportunidade de discutir em sala de aula a realidade a respeito da diminuição gradativa da cobertura nacional de imunobiológicos, principalmente em menores de um ano, e as ameaças quanto ao retorno de doenças imunopreveníveis já eliminadas no Brasil, a exemplo das doenças exantemáticas como sarampo e rubéola (STEVANIM, 2019). Percebemos nas Unidades de Saúde da Família (USF) e demais serviços de Atenção Básica (AB) as fragilidades e/ou limitações de acesso da população à utilização desses agentes imunizantes. Ademais, aparentemente, identificamos como possíveis dificuldades de acesso a dinâmica de organização do serviço (oferta/ dias fixos), a rotatividade de profissionais em sala de vacina, a ampliação do calendário vacinal nos últimos anos, a escassez de recursos financeiros, dentre outros.

Todavia essa situação observada como docente não é uma ‘nova’ realidade, até porque, tivemos quer como enfermeira da ESF, quer como apoiadora institucional, uma experiência anterior à prática docente ao trabalhar como enfermeira da AB na execução de atividades assistenciais e de gestão, vimos o quanto era frágil a oferta de serviços na sala de vacina, caracterizada desde a limitação na quantidade de profissionais preparados para atuarem especificamente com os imunobiológicos (vacinas), além da falta constante de vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) uma vez que as crianças, principalmente menores de um ano, ficavam sem vacina, ou com calendário vacinal atrasado, visto a unidade de saúde pertencer a uma região de zona rural, distante da sede (cidade), o que limitava o acesso dos usuários muitas vezes por falta de recursos financeiros para deslocamento a outras unidades de saúde mais distantes ou também pelo próprio desconhecimento sobre a relevância da vacinação para proteção e prevenção de doenças imunopreveníveis.

¹

1 Ao referirmos as vacinas anti – sarampo elas se remetem aos agentes imunobiológicos que protegem contra o sarampo como as vacinas Dupla Viral (sarampo e rubéola), Tríplice Viral (sarampo, rubéola e caxumba) e Tetra Viral (sarampo, rubéola, caxumba e catapora).

Concretamente, na prática, mesmo no processo da execução de campanhas de vacinação, tivemos muitas vezes baixas coberturas vacinais sem atender as metas locais de vacinação. Contudo, apesar do entendimento que um Programa de Imunização (PI) com uma população consciente sobre seu conhecimento de saúde mediante um serviço da educação em saúde efetivo, não precisaria de campanhas. Mas essa é uma situação que tem se mostrado contraditória.

E, neste sentido compreendemos que é necessário que a estrutura organizacional do serviço seja efetiva com referência aos recursos de divulgação, disponibilização de vacinas, profissionais de saúde preparados para vacinação, além da facilidade de acesso ou deslocamento para vacinação em campo como também a busca ativa desses usuários.

Ainda a respeito das campanhas de vacinação, observamos que poucos profissionais eram convocados para atuarem com a desculpa de falta de recursos financeiros e o desconhecimento da comunidade sobre as informações do período de campanha e do dia D (data agendada para foco da campanha), mediante a fragilidade da sua divulgação nos meios de comunicação.

Porém, mesmo diante de tal realidade da oferta de serviços de imunização na rede SUS, não podemos desconsiderar os avanços que o Programa Nacional de Imunização (PNI) trouxe para o Brasil durante mais de duas décadas para a erradicação, e o controle dessas doenças, frequentemente com significativas taxas de mortalidade na infância. Realidade que nos leva a refletir se a saúde é um direito defendido no Brasil, incluída aí a vacinação, e qual a sua compreensão enquanto Direito.

Apesar do SUS garantir o acesso universal aos serviços de saúde enquanto direito legitimado, isso não tem sido efetivado na prática, deixando parte da população desassistida e sem acesso aos serviços necessários de imunização. Todavia, assegurar o direito em lei não garante, na prática, o direito à integralidade nas ações de saúde.

Ao defendermos o direito à saúde enquanto uma questão social da cidadania, nos reportamos a Marshall (1967), ao concebê-lo como um direito social que além de construir uma redução de diferença de classe em uma sociedade capitalista, assume também a mudança de padrão total da desigualdade social. Contudo ressalta que a cidadania enquanto *status* concedido a membros integrais de uma comunidade onde todos possuem direitos e deveres pertinentes a esse *status* requer ampliar serviços sociais com igualação não apenas de classes ou renda, mas

de fato enriquecer a substância concreta da vida civilizada, reduzindo riscos, insegurança e diferenças gerais.

No entanto, diante de um SUS em defesa da justiça social, convivemos com o paradoxo no sistema de mercado livre, em que os conflitos entre direitos sociais e o valor de mercado ‘protegem’ os incentivos de ganho pessoal (individual) versus o incentivo aos direitos sociais (MARSHALL, 1967). Cabe-nos, portanto, uma reflexão em que a igualdade humana básica depende de investimentos em um conjunto de direitos que se identifica com o *status* de cidadania.

Outrossim o contrato social, para Rousseau (2006), enquanto pacto convencional entre os cidadãos, faz o cidadão abdicar dos seus direitos individuais, da sua liberdade enquanto “estado natural”, para conceder o ‘poder’ à uma autoridade na qual se deposita confiança. Essa autoridade é o Estado, resultado de um acordo que tem como ‘dever’ proteger seus cidadãos. Para tanto, defende que o fundamento do direito e o corpo político (Estado) necessita ser entendido como vontade geral soberana e indivisível do povo.

Por conseguinte, o direito se consolida a partir das relações iguais entre Estado e cidadãos, onde a força não legitima o direito, sendo a sociedade soberana (ROUSSEAU, 2006). Ainda assim, o cidadão não é juiz do perigo ao qual a lei quer que ele se exponha, pois muitas vezes, contradizem o seu significado do direito e o Estado se utiliza da relação de ‘força’ enquanto erroneamente superior, querendo legitimar direito e até mesmo decidir o que fazer para ser útil ao Estado.

Contraditoriamente, observamos no Brasil, muitas vezes, que o direito à saúde, mesmo sendo assegurado por lei, e de responsabilidade do Estado, ele acaba não atendendo as demandas da sociedade, visto que, na “queda de braços” entre Estado e sociedade, o Estado utiliza da ‘força’ para ‘coagir’ o cidadão, atendendo as demandas de mercado livre em detrimento das necessidades de uma política de coletividade. E, na tal “queda de braços”, a soberania da sociedade fica fragilizada e o cidadão sai em desvantagem, perdendo a “passos largos” seus direitos a saúde assegurados por lei.

Muito antes da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 proclamada em Assembleia Geral enunciada pela Organização das Nações Unidas/ONU (ONU, 1948) apresenta os direitos fundamentais da humanidade e segue como um ideal a ser atingido por todas as nações. Em seu artigo XXV declara a saúde como direito de todo ser humano juntamente ao bem-estar social. Uma declaração que advoga a legitimidade da mesma no sentido de invocar às nações a necessidade de políticas públicas e sociais em prol da seguridade dos Direitos Humanos e, conseqüentemente, do direito à saúde.

O direito da saúde para Bobbio (1992), pertencente ao conjunto de direitos sociais, esboça um dos mais difíceis a ser garantido pelo Estado, principalmente quando reconhecido enquanto direito universal e integral. A dificuldade de garantia à saúde pelo Estado está atrelada em sua maioria com as interferências mercadológicas da iniciativa privada, que no mesmo espaço compete para transformar a saúde em mercadoria, e não a saúde enquanto direito do cidadão.

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde se transformou em direito social, assumindo - se, com a Lei 8080 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), como direito de todos e dever do Estado, garantidos nos princípios da universalidade e igualdade às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, constituído por um Sistema Único de Saúde por meio de ações e serviços de saúde a serem prestados por órgãos ou instituições públicas dos três entes federados (União, Estados e Municípios).

Concomitante a Lei 8080/90, foi criada a Lei 8142/90 (BRASIL, 1990b), a qual possibilitou a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Todavia, segundo Silva, Bezerra e Tanaka (2012), no processo de reivindicação dos direitos para consolidação do SUS, mesmo com a participação popular ela enfrenta uma desigualdade social e econômica como entraves ao alcance dos seus direitos. Na realidade, um paradoxo a respeito do conceito ampliado de saúde enquanto uma questão social, uma vez que impõe a criação de novas modalidades que materializem o cuidado integral como direito de cidadania (PUCCINI; CECÍLIO, 2004), e, portanto, os Sistemas de Saúde necessitariam materializar a integralidade na atenção a saúde para efetivar a saúde enquanto direito constitucional.

Outrossim, o Sistema de Saúde brasileiro apresenta uma significativa e ‘atraente’ atividade econômica, para os olhos do capitalismo, envolvendo a produção de insumos, serviços e geração de emprego o que, conseqüentemente, leva disputa de poder. Disputa de poder, segundo Lobato e Giovanella (2012), que envolve atores sociais como profissionais de saúde, partidos políticos, gestores, empresários, movimentos sociais e demais grupos de interesse.

Cabe – nos lembrar que a saúde como direito contempla tanto aspectos individuais ao privilegiar a liberdade, quanto sociais ao privilegiar a coletividade. Mas, ainda que historicamente assegurada como direito humano, a saúde não é assegurada ou garantida universalmente no mundo.

No debate do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 2018, o moderador Renato Tasca, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), destacou as dificuldades enfrentadas pelos Sistemas de Saúde para manter sua sustentabilidade, visto tentar

mediar as necessidades da população, as mudanças demográficas e epidemiológicas e os custos das novas tecnologias em diversos cenários e contextos sociais e econômicos (BRASIL, 2018a).

E nesse processo de conquista de direitos Thiede e McIntyre (2008) destacam que o acesso aos serviços de saúde, mesmo com a seguridade da saúde como direito e seus respectivos avanços, ele continua seletivo e excludente, uma vez que reforçam que o seu conceito apresenta uma compreensão multidimensional desde o envolvimento na formulação das políticas públicas de saúde com características políticas e sociais, até a incorporação dos dispositivos como acolhimento, organização, disponibilidade, acessibilidade, necessidades e aprovação da população.

Por conseguinte, compreendemos que a categoria teórica acesso então torna – se essencial para formulação e implementação de políticas públicas no âmbito do SUS, visto, segundo Assis e Abreu - de - Jesus (2012), o seu potencial em favorecimento às suas mudanças. Destacam ainda que a baixa acessibilidade, o sistema fragmentado e focalizado, a ausência de hierarquia, a descentralização e regionalização da rede de assistência, a falta de equidade, acolhimento e exclusão financeira limitam a dimensão acesso no Sistema Único de Saúde.

Entretanto, as estratégias de acesso aos serviços de saúde merecem ser também destacadas, pois caracterizam os vieses quando o sistema não consegue atender as necessidades da comunidade, tendo que buscar outras maneiras de acessibilidade aos serviços, dentre elas judicialização, clientelismo, mobilizações sociais (Conselhos) e ou indicações (conhecimento interno pessoal), utilizadas pelos usuários dos serviços, diante de uma “negativa” ou dificuldade de responder suas necessidades de saúde.

Ao estudarmos este objeto assumimos a concepção de acesso aos serviços como direito no SUS a provisão do cuidado adequado, em suas múltiplas dimensões de análise, focadas nas dimensões definidas por Assis e Abreu - de - Jesus (2012), dentre elas política, econômico – social, organizacional, técnica e simbólica por entendermos que congregam para resolubilidade dos problemas de saúde, tendo como imagem objetivo uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade.

Para tanto, no sentido de contextualizar o objeto deste estudo, resgataremos sucintamente, a origem do Programa Nacional de Imunizações, instituído desde 1973 no Brasil, que tem como missão definir a política nacional de vacinação com a finalidade controlar, eliminar e/ou erradicar doenças vulneráveis a imunógeno seguro e eficaz para uso em populações. O Programa até aproximadamente uma década atrás, foi considerado internacionalmente como um dos maiores e mais avançados do mundo, tendo na sua trajetória importantes vitórias, dentre elas Teixeira e outros (2018) referenciam a erradicação da

circulação do poliovírus selvagem, a eliminação endêmica do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita.

Historicamente, o PNI contou com momentos importantes que contribuíram para seu avanço e com resultados positivos de suas ações, sendo instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 311 de 9 de novembro de 1973, abrindo uma nova etapa na história das políticas de saúde pública no campo da prevenção (BRASIL, 2013a). Em 1976 um marco fortaleceu as ações do PNI, com a criação do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio – Manguinhos, sendo responsável pela maior produção dos imunobiológicos distribuídos na rede SUS (BRASIL, 2013a). Um ano depois, foi instituído o primeiro calendário vacinal infantil (menores de um ano) obrigatório (contra tuberculose, poliomielite, sarampo, difteria, tétano e coqueluche), em todo o território nacional, por meio de portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 1977).

Na década de 1980, outros destaques compuseram a história do PNI, impactando significativamente na redução da morbimortalidade da população por doenças imunopreveníveis. Em 1982 a Fiocruz lança o primeiro lote da vacina brasileira contra o sarampo. E, no decorrer da dessa década, as massivas campanhas de vacinação contra o sarampo foram realizadas e estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a meta de reduzir a morbidade e a mortalidade por sarampo em, respectivamente, 90% e 95% até 1995, o que de fato resultaram em uma acentuada redução da incidência da doença no país (BRASIL, 2013a).

Dando seguimento, as décadas de 1990 até 2013, o PNI continuou avançando em ações afirmativas que ampliaram as coberturas vacinais da população e, conseqüentemente, a redução do adoecimento por doenças imunopreveníveis, principalmente o sarampo. A Implantação do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, num trabalho conjunto da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) com as Secretarias de Saúde, juntamente com a realização de campanha nacional de vacinação contra o sarampo, marco inicial do Plano, tendo como público-alvo a população de nove meses a menores de 15 anos de idade, alcançou uma cobertura uma de 98,5%, tendo impacto imediato com a redução de mais de 80% nas notificações (BRASIL, 2013a).

Destarte, de acordo com dados da Organização Pan-americana de Saúde, referenciado por Stevanim (2019), no Brasil foram registrados 10.163 casos de sarampo até o final de novembro de 2018. Além desses 10 mil casos de sarampo no país, três Estados tiveram 12 mortes pela doença (quatro em Roraima, seis no Amazonas e dois no Pará). O documento revela ainda que em 2017, segundo dados do PNI, a cobertura vacinal de sarampo para primeira dose

não atingiu a meta de 95% do público-alvo, vacinando apenas a 90,01%; e, na segunda dose, apenas 74,9%.

Diante dessa situação a OPAS (2018b), desde o início do episódio em 2018 vem reforçando a necessidade de os países das Américas intensificarem as atividades de vacinação e vigilância para prevenir e combater a propagação da doença. No Brasil, o organismo internacional está colaborando com as ações para controle do surto de sarampo junto a Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita, com recomendações feitas ao Ministério da Saúde e seu corpo técnico, para que o Brasil fique uma vez mais livre da transmissão autóctone do vírus causador do sarampo (OPAS, 2023a).

O Brasil já havia eliminado o sarampo em 2016 (OPAS, 2023a), entretanto, a combinação de casos importados com a baixa cobertura vacinal levou a um surto da doença no país. A partir daí, o Ministério da Saúde, os estados e os municípios brasileiros vêm buscando, em parceria com a OPAS, fortalecer e integrar ações de vigilância epidemiológica, laboratório, vacinação, atenção primária, comunicação e mobilização social e comunitária.

No ano de 2018, a epidemia de sarampo atingiu sete (7) Estados brasileiros, com registro de mais de 1.200 notificações, com ocorrência de 70 casos por dia da grave doença imunoprevenível, que levou a óbito seis (6) crianças, sendo cinco (5) menores de um ano de idade (BRASIL, 2018c), representando um elevado risco também para o ressurgimento da poliomielite, a temida paralisia infantil, há mais de 30 anos sem registro de casos no país. Tal realidade na época levou a Organização Pan-Americana de Saúde (2018a) a avaliar a situação do sarampo em Manaus (Estado com maior número de casos), e com esse aumento exponencial no número de casos da doença o município amazonense decretou no dia 3 de julho de 2018 situação de emergência por 180 dias.

Em 2019, foram notificados 20.901 casos em 23 das 27 unidades federativas do Brasil, entretanto desde 2018 que ações são realizadas pelo Brasil para interrupção do surto de sarampo, visto o cenário de risco para retorno de uma epidemia no país pela doença (OPAS, 2023a). Em 2021, foram notificados, no Brasil, até a Semana Epidemiológica (SE) nº 52, 2.615 casos suspeitos de Doenças Exantemáticas, sendo confirmados 661 casos de sarampo, com maior ocorrência no Amapá (521 casos – 78,8%), seguido do Pará (114 casos- 17,24%) (BAHIA, 2022a).

No ano de 2022, foram notificados no Brasil, até a Semana Epidemiológica 42 (até 22/10/2022) 2.710 casos suspeitos de sarampo, sendo desse total confirmados 43 casos de sarampo, assim distribuídos: 31 no Amapá, dois (2) no Pará, dois (2) no Rio de Janeiro e oito

(8) em São Paulo. Na Bahia, nesse mesmo período foram notificados 150 casos suspeitos de sarampo e 22 casos suspeitos de rubéola. Desse total (172), 154 casos foram descartados (89,5%), permanecendo em investigação 12 casos suspeitos de sarampo e 6 casos suspeitos de rubéola. (BAHIA, 2022b).

De acordo com o Boletim de Notificação Semanal, na Bahia foram notificados até a Semana Epidemiológica nº 52/2021, 67 casos suspeitos de sarampo, mas desde maio de 2020 não foram confirmados casos novos de sarampo. No tocante ao desempenho da vigilância das doenças exantemáticas, o estado da Bahia alcançou em 2021, cobertura vacinal com a primeira dose da vacina tríplice viral (meta=95%), 38,5% de cobertura vacinal com a segunda dose (D2), 16,8% de homogeneidade de cobertura vacinal (meta=70%) (BAHIA, 2022a).

Neste sentido é perceptível que as baixas coberturas vacinais e, aparentemente, o baixo desempenho nas ações de vigilância podem ter comprometido o processo de eliminação do sarampo para alcance do pleito de estado “Livre do Sarampo”. Os casos notificados na Bahia estão distribuídos em apenas 72 municípios, ou seja, mais de 80% dos municípios baianos permanecem silenciosos quanto a notificação de doenças exantemáticas. Esse cenário traduz uma baixa taxa de notificação no Estado, cujo resultado em 2022 chega apenas a 1, 2 casos/100.000 habitantes, aquém da meta estabelecida pela OPAS para eliminação das doenças exantemáticas (BAHIA, 2022a).

Entretanto, apesar da redução da incidência de sarampo no Brasil nos últimos três anos, o cenário das baixas coberturas vacinais acentuou-se com a emergência em saúde pública decorrente da pandemia da Covid-19, e nesse momento requer a conjunção de esforços entre as três esferas de gestão para maior efetividade na recuperação dos resultados de indicadores de imunização, até porque, o risco para surtos de sarampo permanece elevado, e, portanto, é preciso se manter o alerta epidemiológico para intensificação das ações de busca ativa em todas as unidades de saúde.

Mediante o exposto, e frente a atual situação de risco em todo país para a introdução do sarampo em nosso meio, percebemos o quanto as estratégias de ação do PNI para o controle das doenças imunopreveníveis com perspectiva de avanço nas coberturas vacinais passam por um momento de possível fragilidade, necessitando de uma reavaliação e intensificação de medidas mais eficazes para tal controle. Uma fragilidade que precisa ser discutida, no sentido de desvelar as possíveis causas, desde questões políticas, técnicas, organizacionais e ou simbólicas.

Outrossim, mesmo com todos os avanços proporcionados pelo PNI, inclusive reconhecidos internacionalmente, concordamos com Teixeira e outros (2018) que eles não

foram suficientes para sensibilizarem o governo e os gestores da saúde quanto à sua importância e quanto ao investimento necessário ou essencial para sua manutenção.

Ademais, os recursos destinados à Vigilância em Saúde (VS), responsável pelo PNI, foram reduzindo drasticamente, tudo isso, devido aos projetos de governo aprovados nos últimos anos, como exemplo a Ementa Constitucional, a EC 95 (BRASIL, 2017a) sobre o congelamento dos gastos públicos por 20 anos e que de acordo o Ministério da Saúde com a Portaria 3.992/2017 (BRASIL, 2017b) altera a modalidade de financiamento da saúde, que não mais será por cinco (5) blocos e sim por apenas dois (investimento e custeio), numa radical modificação ao colocar em risco a Vigilância em Saúde, tornando-a invisível frente à atenção hospitalar que irá consumir maiores parcelas dos recursos do SUS.

Consequentemente, diante do processo de contingenciamento financeiro do SUS, e sua repercussão na distribuição de poucos recursos para o PNI, concorreram para as possibilidades do recrudescimento de doenças imunopreveníveis, antes erradicadas ou extintas do nosso cenário nacional. Os dados de Stevanim (2019) explicitam que desde 2016 a cobertura vacinal contra a poliomielite ficou 10 pontos percentuais abaixo da meta esperada (84% em 2016 e 83,4% em 2017). Especificamente, a primeira dose (que ocorre aos 15 meses de vida) atingiu uma cobertura de apenas 77%, ficando 23% das crianças menores de dois anos com esquema vacinal incompleto. Além disso, outras coberturas vacinais seguem o mesmo rumo, pentavalente (82,2%), rotavírus (83,3%) e hepatite B (84,1%).

Ainda num contexto de distribuição desigual de cobertura vacinal no Brasil, algumas cidades por questões estruturais não atingiram 50% de sua cobertura contra pólio, hepatite A, BCG, rotavírus, meningocócica C e pentavalente (vacinas para crianças menores de dois anos). Diante da crescente queda de cobertura vacinal, mesmo já tendo avançado significativamente enquanto programa de prevenção de doenças, o PNI brasileiro necessita de reavaliação e novas estratégias para manter o que já conquistou.

Após esse panorama sobre a cobertura vacinal do sarampo no Brasil, fizemos um levantamento das produções científicas (PC) publicadas sobre o nosso objeto de estudo nas seguintes bases de dados: *Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, e *Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (Medline)/ PubMed*, considerando – se Acesso aos Imunobiológicos no SUS.

Nessa busca utilizamos os descritores de saúde “cobertura vacinal” e “sarampo” nos idiomas inglês, português e espanhol, conectados pelo booleano “AND”, sem a utilização dos critérios de inclusão, tendo identificadas 31 produções científicas, sendo 20 publicações

oriundas do LILACS, oito (8) publicações oriundas do SciELO e três (3) publicações oriundas do PubMed.

Posteriormente, realizamos uma outra seleção, seguida dos seguintes critérios de inclusão: produções científicas publicadas integralmente, nos idiomas inglês, português e espanhol, entre 2015 a 2020, nas revistas de Saúde Pública, e/ou Saúde Coletiva, e nas diversas áreas como Atenção Básica, Vigilância em Saúde e Hospitalar, quando foram excluídas 20, restando 11, de acordo com os critérios de inclusão, apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 1 · **Produções científicas sobre ACESSO aos imunobiológicos no SUS base de dados Medline/ PubMed, LILACS e SciELO entre 2015 a 2020. Feira de Santana, jun. – ago./2020.**

Nº*	PRODUÇÃO CIENTÍFICA	OBJETIVOS	RESULTADOS/ CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS
1	COSTA, Natália Rodrigues <i>et al.</i> Measles epidemiological profile in Brasil from 2013 to 2018. Rev assoc med bras 2020, v.66, n.5, p.607-614.	Determinar o perfil epidemiológico do sarampo no Brasil no período de 2013 a 2018, além da possível correlação entre incidência de casos e cobertura vacinal.	Verificou-se um crescimento exponencial no número de casos de sarampo no Brasil em 2018, o que representa um problema de saúde pública.
2	VIEGAS, Selma Maria da Fonseca <i>et al.</i> A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para a imunoprevenção. Ciência & Saúde Coletiva , 2019, v.24, n.2, p.351-360.	Analisar a situação vacinal de adolescentes do 9º ano do ensino fundamental e o conhecimento sobre doenças transmissíveis e as imunopreveníveis.	O estudo apresentou impacto positivo pela ampliação da cobertura vacinal e as ações de extensão foram essenciais para o conhecimento sobre os temas propostos.
3	SILVA, Francelena de Sousa <i>et al.</i> Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública , 2018, v.34, n.3.	Estimar percentuais de incompletude para vacinas do Calendário Nacional de Vacinação da Criança.	Considera – se nas estratégias de vacinação, a vulnerabilidade de crianças com mais idade e pertencentes às classes D e E, especialmente quando novas vacinas são introduzidas, e ainda de filhos de mães que possuem baixa escolaridade. Assim como, quando há menor disponibilidade de serviços de saúde e de vacina para a criança.
4	MOURA, Ana Débora Assis <i>et al.</i> Monitoramento Rápido de Vacinação na prevenção do sarampo no estado do Ceará, em 2015. Epidemiol. Serv. Saúde . Brasília, v.27, n.2, jun., 2018.	Descrever os resultados do Monitoramento Rápido de Vacinação, realizado com o propósito de interromper o surto de sarampo no estado do Ceará em 2015.	As campanhas de vacinação contra sarampo asseguraram a superação da meta de cobertura vacinal no estado do Ceará, embora se tenha constatado número expressivo de crianças não vacinadas.
5	SATO, Ana Paula Sayuri. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? Rev Saude Publica . 2018, v. 52, n.96.	Apresentar a definição e os fatores relacionados à hesitação vacinal, bem como discutir sua importância no contexto brasileiro.	A queda das coberturas vacinais observadas a partir de 2016 reitera a relevância do tema, que deve ser mais bem compreendido por meio de investigações científicas.
6	SILVA, Amanda Tabosa Pereira da Silva <i>et al.</i> Cumprimento do esquema vacinal em crianças internadas por pneumonia e fatores associados. Rev Saude Publica . 2018, v.52, n.38.	Verificar a adequação e os fatores associados ao cumprimento do esquema vacinal (BCG, DTP-Hib, SCR, VCP-10) em crianças internadas com pneumonia em um hospital de referência pediátrica no Nordeste do Brasil.	As crianças não tiveram uma boa adequação do esquema vacinal da pneumocócica conjugada 10 valente, uma das principais vacinas contra a pneumonia, podendo ser esse um dos principais fatores nas causas do internamento.
7	TAUIL, Márcia de Cantuária <i>et al.</i> Coberturas vacinais por doses recebidas e oportunas com base em um registro informatizado de imunização, Araraquara-SP, Brasil, 2012-2014. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília . 2017 v. 26, n.4, p.835-846.	Descrever as coberturas vacinais por tipo de vacina aos 12 e aos 24 meses de idade.	As coberturas foram superiores a 90% para a maioria das vacinas; entretanto, observou-se atraso vacinal, o que aponta a necessidade de intensificar ações que visem à vacinação oportuna e caracteriza uma cobertura vacinal heterogênea.
8	TAUIL, Márcia de Cantuária. Cobertura vacinal e fatores associados à vacinação incompleta em município de médio porte, Estado de São Paulo, Brasil . Tese (Doutorado em Saúde pública), Universidade de São Paulo, 2017.	Estimar a cobertura vacinal (CV) aos 12 e 24 meses de vida, em crianças nascidas em 2012, no município de Araraquara, investigar fatores associados à vacinação incompleta e analisar os eventos adversos pós-vacinação (EAPV).	A CV por vacina não é homogênea e há atraso vacinal. O uso do Registro Informatizado de Imunização (RII) para o seu monitoramento pode constituir uma estratégia efetiva.
9	ARRELIAS, Clarissa Cordeiro Alves <i>et al.</i> Vacinação em pacientes com diabetes mellitus na atenção primária à saúde: cobertura e fatores associados. Rev Gaúcha Enferm . 2017, v.38, n.3.	Analisar a cobertura vacinal de pacientes com diabetes mellitus para as vacinas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunizações e as variáveis associadas.	A cobertura vacinal, em geral, foi baixa. Fatores como sexo, idade e escolaridade devem ser considerados nas recomendações de vacinas e na proposição de estratégias de imunização.
10	DIAS, Barbara F; ALMEIDA, Renan MVR. Rotavirus and Triple Viral Vaccine Losses in Vaccination Rooms: a Cross-Sectional Study. MedicalExpress (São Paulo, online). 2017, v.4, n4.	Analisar as perdas vacinais das vacinas contra o Rotavírus (ROTA) e contra o Sarampo, Caxumba e Rubéola (VTV) em salas de vacinação de Juiz de Fora, MG.	Concluiu-se que as perdas percentuais, no período, foram significativas, podendo instigar a produção de protocolos de saúde para auxiliar a eliminação dos pontos frágeis na cadeia de aplicação das vacinas.
11	WALDMAN, Eliseu Alves, SATO, Ana Paula Sayuri. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. Rev Saúde Pública 2016, v.50, n.68.	Descrever e comentar as principais características das doenças infecciosas no Brasil, de 1967 a 2016	Notou - se não apenas o sucesso de intervenções de saúde pública que permitiram o controle ou a eliminação de inúmeras doenças infecciosas responsáveis, no passado, por elevadas taxas de morbimortalidade, como também a reemergência de males já controlados e o surgimento de doenças até então desconhecidas.

*Corresponde a ordem decrescente do ano de publicação. Na análise desses estudos, eles são identificados como PC1 à PC11, acompanhados dos títulos e seus autores.

** No entanto a seguir, as PC serão apresentadas em itálico, para melhor destaque das produções oriundas do estado da arte.

O quadro 1 apresenta um total de 11 produções científicas, com suas respectivas sínteses organizadas por colunas caracterizadas com a identificação da PC, objetivos, resultados/conclusões/considerações finais. Das 11 produções científicas, três (3) são do periódico Saúde Pública; duas (2) na Epidemiologia e Serviços de Saúde; uma (1) no Caderno de Saúde Pública; uma (1) na Revista Gaúcha de Enfermagem; uma (1) Ciência & Saúde Coletiva; uma (1) na Revista de Associação Médica brasileira; uma (1) na *Medical Express* e uma (1) tese de doutorado em Saúde Pública. Publicadas nos seguintes anos: uma (1) PC publicada em 2020, uma (1) em 2019, quatro (4) em 2018, quatro (4) em 2017 e uma (1) em 2016.

A síntese dos resultados das produções científicas encontradas sobre o acesso as vacinas anti - sarampo no SUS, utilizando dos descritores de saúde definidos anteriormente, se justifica na ligação direta deles com o objeto de estudo, representando uma aproximação de seus respectivos significados com o foco da pesquisa. Na análise a seguir das PC, elas são identificadas por um número, conforme o quadro 1.

Ao iniciarmos uma breve síntese das PC do quadro 1 sobre o acesso no SUS às vacinas, trazemos o estudo de Costa e outros (2020), PC1, *Measles epidemiological profile in Brasil from 2013 to 2018*, ao referir que houve um crescimento exponencial do sarampo no Brasil em 2018, o que representa um sério problema de saúde pública. A doença eclodiu na região norte do país e apresentou maiores índices em menores de um (1) ano, certamente pela não conclusão do esquema vacinal anti – sarampo em crianças nessa faixa etária (incompletude vacinal). Neste sentido destacamos a importância de implementação de medidas de ampliação da cobertura vacinal e controle sanitário nas fronteiras do país. Vale destacar que a cobertura vacinal de tríplex viral apresentada no estudo foi inferior a 95% na segunda dose da vacina.

Diferente da produção anterior, a PC2 de Viegas e outros (2019), *A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para a imunoprevenção*, apresentou o impacto positivo das ações extensionistas de transformação social, com ampliação da cobertura vacina no público adolescente e formação por meio de conhecimento partilhado sobre a importância da imunização contra doenças infecciosas. Os autores reforçam que tal processo de aprendizado é essencial para despertar concepções e atitudes de recriação do autocuidado dos adolescentes, viabilizando conhecimento sobre ações preventivas em saúde, como vacinação contra doenças transmissíveis.

Destarte, comungamos com possíveis determinantes que contribuem para baixas coberturas e o atraso vacinal em crianças, que de acordo com a PC3 *Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís,*

Maranhão, Nordeste do Brasil (SILVA et al., 2018), que concorda com a PC1 no quesito baixas coberturas vacinais e incompletude vacinal, uma vez que a incompletude vacinal apresentou maiores indicadores em crianças de classe C² e D³ com faixa etária de 25 a 35 meses, associada a baixa escolaridade, maternidade na adolescência, maior número de filhos morando com a mãe, tabagismo, gestação não planejada, início tardio do pré – natal e menos de seis (6) consultas no mesmo. Assim com as questões destacadas ligadas ao serviço de saúde, dificuldade de acesso e a falta de vacinas ganharam destaque.

Esse estudo nos revela a necessidade de uma reflexão quanto as estratégias de vacinação para a situação de vulnerabilidade de crianças com mais idade, de enquadramento socioeconômico menos favorecido, mães tabagistas e que não planejaram sua gravidez ou frequentaram tardiamente o pré-natal. Também é preciso considerar as situações de dificuldade de acesso ao atendimento ambulatorial e hospitalar para crianças e a falta de vacina nos postos de saúde.

Já a PC4 de Moura e outros (2018) *Monitoramento Rápido de Vacinação na prevenção do sarampo no estado do Ceará, em 2015* de maneira diferente das demais produções científicas constatou que as campanhas de vacinação contra o sarampo asseguraram a superação da cobertura vacinal, porém uma quantidade expressiva de crianças não foi vacinada no momento. Assim, o Ceará ultrapassou a meta de vacinação da tríplice e tetra viral, apesar de algumas localidades no Estado não atingiram a meta como podemos notar as campanhas enquanto estratégia de vacinação tem apresentado ao longo dos anos resultados positivos no aumento das coberturas vacinais, juntamente com os esforços e mobilização dos profissionais de saúde em assegurarem a imunização da população e minimizarem os riscos de surtos das doenças imunopreveníveis.

Na PC5 de Sato (2018) *Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil?* Que comunga com PC3 a respeito das baixas coberturas vacinais, foi revelado que a queda das coberturas vacinais no país constatadas desde 2016 expressa a necessidade de maior compreensão de suas causas por meio de investigações científicas. A hesitação vacinal é o atraso em aceitar ou a recusa das vacinas recomendadas quando elas estão disponíveis nos serviços de saúde. Sendo assim, muitos dos sujeitos que hesitam a vacinação tem uma interpretação do risco da vacina não associado a uma avaliação racional de evidências científicas, mas sim nas incertezas e ambiguidades de evidências empíricas.

2 Classe social C = renda familiar mensal de 3 a 5 salários-mínimos (IBGE, 2023).

3 Classe social D = renda família mensal de 1 a 3 salários-mínimos (IBGE, 2023).

Neste sentido, muitos movimentos anti- vacina têm adquirido força no mundo, o que reforça a necessidade de diálogo e de vínculo entre profissionais de saúde e comunidade, na perspectiva de proteger os programas de imunização.

Quanto aos resultados da PC6 *Cumprimento do esquema vacinal em crianças internadas por pneumonia e fatores associados* (SILVA et. al., 2018), que comunga com PC1 e PC3 sobre a incompletude vacinal em crianças, onde as crianças não apresentaram boa adequação ao esquema vacinal da pneumocócica 10 valente o que, conseqüentemente, pode ter sido uma das principais causas de internamento hospitalar de crianças por pneumonia. A inadequação do esquema vacinal representa a não completude do mesmo, sendo observado em mulheres/ mães com baixa escolaridade, ou associação do mesmo pelo recente tempo de implantação da vacina no esquema vacinal infantil. Em contrapartida, crianças que amamentaram exclusivamente até o sexto mês com mães de maior grau de escolaridade e condição socioeconômica favorável, apresentaram esquemas vacinais de pneumocócica 10 valente completos e menores indicadores de hospitalização por pneumonia. Assim, fica a reflexão da necessidade de novos estudos que avaliem os programas de imunização e saúde pública, e condição imunológica das crianças.

Os dados apresentados na PC7 de Tauil e outros (2017) *Coberturas vacinais por doses recebidas e oportunas com base em um registro informatizado de imunização, Araraquara-SP, Brasil, 2012-2014*, concorda com PC1 e PC3 sobre as baixas coberturas vacinais, trazendo que as coberturas vacinais ficaram acima de 95% para a maioria das vacinas (BCG, hepatite B, rotavírus, Hib, DTP, pólio, pneumocócica e febre amarela) em menores de dois (2); porém, foram observados atrasos vacinais e percentuais abaixo às doses da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) como as menores coberturas aos 12 meses por doses recebidas (74,8%) e aos 24 meses por doses. Sendo assim, é visível uma cobertura vacinal heterogênea com atraso vacinal, tornando relevante a necessidade de intensificação das ações que visem a vacinação em dia, visto que o atraso vacinal é uma situação preocupante, pois a criança ficará susceptível ao adoecimento e complicações por doenças imunopreveníveis.

Todavia, dados da PC8 da Tauil (2017) *Cobertura vacinal e fatores associados à vacinação incompleta em município de médio porte, Estado de São Paulo, Brasil* de maneira diferente das demais produções refere que houve uma estimação de coberturas vacinais de forma geral, mas não são homogêneas e que o registro informatizado de imunização pode ter sido uma efetiva estratégia de monitoramento. Para tanto, destacamos que não existiu disparidades de cobertura vacinal entre áreas distintas de investigação, o que mostra a efetividade do Programa de Imunização, ressaltando a necessidade de aproximação e criação

de vínculo com mulheres/mães de alta escolaridade que pouco frequentam os serviços públicos de saúde, para incentivar a vacinação das crianças.

Já a PC9 de Arrelias e outros (2017) *Vacinação em pacientes com diabetes mellitus na atenção primária à saúde: cobertura e fatores associados*, também de maneira diferente analisou que a cobertura vacinal no público-alvo foi baixa, sendo relevante considerar nas estratégias de vacinação os aspectos como sexo, idade e escolaridade. Esses dados são preocupantes a partir do momento que revelam a vulnerabilidade de pacientes diabéticos, que são potencialmente imunodeprimidos, à uma gama considerável de doenças infecto contagiosas imunopreveníveis. Ademais, é recomendável que o acompanhamento da situação vacinal do paciente com diabetes mellitus seja incorporado às recomendações e prioridades do atendimento da rede de serviços de saúde, em especial, às vacinas contra influenza, infecções pneumocócicas e hepatite B.

Dando seguimento, a PC10 *Perdas de vacina anti rotavírus e tríplice viral em salas de vacinação: um estudo transversal* (DIAS; ALMEIDA, 2017), diferentemente, apresentou que os altos percentuais de perda de vacinas contra rotavírus e tríplice viral em salas de vacina de Juiz de Fora (MG), configuram um quadro de desperdício significativo para os serviços públicos de saúde. Os percentuais de desperdício foram superiores aos aceitáveis pela OMS, chegando até aos 25% de perda dos imunos. Assim, o estudo reforça a produção de protocolos de saúde para correção de fragilidades, quantitativo de profissionais capacitados o suficiente para suprir as necessidades dos serviços de saúde e atualização permanente de profissionais quanto as práticas em sala de vacina.

Por fim, a PC11 de Waldman e Sato (2016), *Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio*, também diferente destacou o sucesso das intervenções de saúde pública no controle e eliminação de muitas doenças infecciosas, certamente ocasionado pela implantação do PNI, ao ampliar a cobertura vacinal da população no país. Porém, observamos a reintrodução de doenças infecciosas, antes controladas, trazendo uma maior complexidade para o seu controle. Portanto, há necessidade de investimentos em elevadas coberturas de vacinação e rede efetiva de serviços de saúde e sistema de vigilância.

Após esse primeiro levantamento das PC demos seguimento a uma nova pesquisa sobre produções científicas publicadas nas seguintes bases de dados: *Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Scientific Electronic Library Online*, e *Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line/ PubMed*, considerando – se Direito de Acesso aos Imunobiológicos no SUS, agora com os descritores de saúde “vacinas”, “acesso aos serviços

de saúde”, e “direito à saúde”, nos idiomas inglês, português e espanhol, conectados pelo booleano “AND”.

Num primeiro momento, selecionamos produções científicas nessa segunda busca sobre o acesso as vacinas anti - sarampo no SUS, com os descritores de saúde ‘vacinas’, ‘acesso aos serviços de saúde’, ‘direito à saúde’, ‘sarampo’; em seguida fizemos uma outra seleção, utilizando como critérios de inclusão os descritores ‘cobertura vacinal’, ‘Sistema Único de Saúde’, ‘Sarampo’ distribuídos no quadro 2. Em seguida foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: produções científicas publicadas integralmente, nos idiomas inglês, português e espanhol, entre 2015 a 2020, nas revistas de Saúde Pública, e/ou Saúde Coletiva, e nas diversas áreas como Atenção Básica, Vigilância em Saúde e Hospitalar.

A escolha dos descritores de saúde utilizados na busca teórica se justifica pela sua ligação direta com o objeto de estudo o que, representa uma aproximação de seus respectivos significados com o foco da pesquisa, mas apenas uma produção científica foi identificada, apresentada no quadro 2.

Quadro 2 **Produções científicas sobre DIREITO DE ACESSO aos imunobiológicos no SUS base de dados Medline/ PubMed, LILACS e SciELO entre 2015 a 2020 Feira de Santana, jun. – ago./2020.**

Nº*	PRODUÇÃO CIENTÍFICA	OBJETIVO	RESULTADOS/ CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS
12	ASENSI, Felipe Dutra; AIDAR, Adriana; RAMOS, Frederico; PINHEIRO, Roseni. Judicialização, direito à saúde e prevenção. RECHS (Online) ; n.9, n.1, jan-mar., 2015, p.1-10.	Analisar a prática da medicina preventiva, no que concerne à vacinação, decorrente da intervenção do Poder Judiciário.	Não há demandas que tratem da vacinação de forma coletiva, nem iniciativas de associações ou instituições jurídicas, como a Defensoria Pública e o Ministério Público, para a tutela da vacinação de forma coletiva.

Por conseguinte, a PC12 de Asensi, Aidar, Ramos e Pinheiro (2015), *Judicialização, direito à saúde e prevenção*, revelou não haver em instituições jurídicas, como Defensoria Pública e Ministério Público ações que tratem de tutela para vacinação coletiva, pleiteando a forçar o Estado a agir de forma preventiva, para salvaguardar, pelo menos quanto à vacinação, um direito coletivo à saúde. A ausência de processos em tutela de vacinação coletiva ou os poucos processos relacionados a obtenção de vacinas específicas revelam possivelmente uma política social eficiente que atende as demandas da população ou o desconhecimento e desinteresse da mesma pela possibilidade de socorro judiciário.

Assim, a partir da pesquisa nas bases de dados nacionais e internacionais, o cenário de produções científicas específicas sobre acesso as vacinas anti - sarampo como direito, vimos um baixo quantitativo de publicações no período de 2015 – 2020. Daí, pensarmos que ou não estão publicando ou não há realmente estudos com tal objeto.

Portanto entendemos a importância e a necessidade de pesquisar tal objeto neste momento crítico do recrudescimento do sarampo no Brasil depois do reconhecimento da OPAS em 2016, ao receber a certificação de eliminação do sarampo. Uma situação que nos motivou a investigar tal fenômeno, tendo em vista a possibilidade de contribuir com as políticas de saúde valorizadas e consolidadas nos princípios e diretrizes do SUS em prol da saúde da população, resgate da contribuição do PNI diante da sua magnitude, e reconhecimento mundial.

Além do mais, este estudo poderá, a partir dos seus resultados, direcionar dirigentes/gestores, trabalhadores de saúde/membros da equipe de saúde, e usuários ao planejamento estratégico e responsabilização pelas ações de gestão em vigilância à saúde. Consequentemente, a organização da gestão dessas ações poderá subsidiar o atendimento das demandas sociais, considerando as especificidades do fluxo de atendimento na atenção básica, nos serviços de imunização.

Enfim, diante da nossa vivência como profissional da rede básica de atenção à saúde em diversos cenários na Bahia, percebemos uma brusca mudança na oferta de imunobiológicos, principalmente aqueles pertencentes ao quadro do calendário vacinal de menores de um ano. As epidemias de doenças imunopreveníveis (sarampo) na região norte do país e os riscos de retorno de doenças já erradicadas (poliomielite), frente as baixas coberturas vacinais calculadas recentemente (não atingindo o mínimo de 90% preconizado pelo Ministério da Saúde), reforçaram a motivação/interesse em realizar esta pesquisa pela sua relevância social, política e educacional, considerando o desvelamento dos motivos para o cenário atual de cobertura vacinal na Bahia.

Diante da exposição aqui apresentada, e, considerando que o PNI atravessa um momento que necessita de reavaliação e novas estratégias para fortalecer as suas conquistas, tivemos a curiosidade de investigar o seguinte questionamento:

- Como se processa o acesso dos usuários às vacinas anti - sarampo como direito nos serviços públicos de saúde da rede SUS nos municípios Salvador e Feira de Santana - BA?

Em princípio, a escolha dos municípios para campo da pesquisa se justifica não só por serem os dois maiores municípios do Estado da Bahia em quantitativo populacional e, particularmente, Feira de Santana, uma cidade localizada em entroncamento viário nacional que recebe um grande contingente populacional de todo país e Salvador, por receber uma população migrante do interior.

Para o recorte do acesso a vacina anti – sarampo enquanto direito nos serviços de saúde do SUS levamos em consideração as seguintes dimensões de acesso: dimensão econômico – social (relativa a investimentos, barreiras sociais e relação oferta demanda); dimensão

organizacional (definida na organização, porta de entrada, fluxograma e barreiras); dimensão técnica (relacionada a programação, qualidade da atenção, vínculo, competência e autonomia); dimensão política (descrita como participação popular para acompanhamento do processo) e dimensão simbólica (inerente a cultura, valores, crenças e representações sociais).

E, a partir da questão inicial, elaboramos outros questionamentos a seguir:

-Quais as dificuldades/limites, avanços/facilidades ou perspectivas de acesso dos usuários na rede SUS às vacinas anti - sarampo?

- Por quê o recrudescimento do sarampo, quando foi considerado erradicado no Brasil em 2016?

Mediante estas questões, apresentamos os seguintes **objetivos** do estudo:

Analisar o acesso dos usuários as vacinas anti – sarampo enquanto direito nos serviços públicos de saúde da rede SUS de Salvador e de Feira de Santana – Bahia.

Identificar dificuldades/limites, avanços/facilidades e ou perspectivas que interferem no direito ao acesso dos usuários as vacinas anti - sarampo na capital e no município da região metropolitana do Estado da Bahia no que diz respeito a organização da rede AB e seus usuários.

Compreender o (s) motivo (s) da ocorrência de recrudescimento do sarampo nos municípios de Salvador e Feira de Santana/BA.

Discutir as possíveis estratégias de ação do PNI para ampliação do acesso dos usuários às vacinas anti – sarampo na rede SUS dos municípios de Salvador e Feira de Santana/BA.

Na perspectiva de buscar uma sustentabilidade ao direcionamento do estudo, elaboramos o seguinte **pressuposto**:

O acesso dos usuários às vacinas anti – sarampo no Brasil tem apresentado repercussões sobre a introdução e disseminação do vírus do sarampo diante das baixas coberturas vacinais, em consequência dos seguintes determinantes:

- Político: falta de consciência política e tomada de decisão governamental; baixa adesão da participação popular e consciência política.

- Econômico social: barreiras sociais, econômicas e físicas; relação oferta – demanda.

- Organizacional: barreiras geográficas; fragilidades na porta de entrada e no fluxo de atendimento; carência de profissionais de saúde; falta de vacinas e outros recursos (financeiro e materiais).

- Técnico: ineficiência no planejamento e programação das ações para vacinação; falta de vínculo e acolhimento entre os serviços de imunização e usuários e vice-versa; competência técnica.

- Simbólica: desconhecimento sobre o processo saúde – doença do sarampo; tabus, crenças, preconceitos e valores sobre as vacinas; desconhecimento da população sobre a importância da vacina.

Outrossim, para dar um suporte teórico a este estudo, nos sustentaremos nas categorias discutidas no item 2, a seguir.

2 DIREITO, ACESSO E IMUNIZAÇÃO: uma abordagem teórica

O referencial teórico é inerente a qualquer estudo com objetivo de sustentar, embasar cientificamente o tema ou o objeto estudado, uma contribuição para a familiaridade do (a) pesquisador (a) com o assunto alvo, com uma sustentação teórica, pressupostos teóricos das categorias e conceitos a serem utilizados no estudo. Para tanto, teorizamos este objeto de estudo com as seguintes categorias teóricas: Direito à Saúde, Acesso e Imunização.

2.1 DIREITO À SAÚDE E AO ACESSO

De acordo com o Art. 2º da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a, p.1) “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Resgatamos, Brito, Bezerra e Tanaka (2012) ao lembrarem que o direito à saúde passa a ser assegurado constitucionalmente no Brasil em 1988, contemplando, além da universalidade do acesso, a equidade e a integralidade. Mas, apesar de ser um direito constitucional, a população brasileira enfrenta desafios diversos para ter a saúde assegurada pelo Estado na amplitude.

Entretanto, o contexto da saúde brasileira tem historicamente acompanhado, segundo Campos (2003, p.571), a cultura organizacional com diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público com uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade. Interesses, que observamos, à uma demanda de gestão neoliberal, que influencia diretamente a base de financiamento do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, a trajetória do financiamento da saúde no período pós- constitucional, segundo Mendes e Marques (2009), tem interferido nos problemas enfrentados pelo setor no campo do financiamento, notadamente a insuficiência de recursos, os quais inviabilizam a realização de uma política mais efetiva.

Um aspecto que caracteriza tal conflito é a existência de dois movimentos contraditórios no caminho do financiamento da saúde: a “construção da universalidade” e a “contenção de gastos”. Puccini e Cecílio (2004, p.1350) criticam as concepções restritivas que propõem o

provimento mínimo do direito à saúde: “a ética do direito à saúde abrangente e radical é, no seu âmago, antagônica à lógica social de funcionamento do sistema capitalista”.

Contudo, apesar dos avanços conquistados com o SUS, Mattos (2001) faz referência ao estrangulamento dos recursos públicos e a difusão de determinadas ideias, o que tornam o sistema vulnerável ao risco de distanciar-se de sua concepção original ao conceber a saúde como direito que contempla, inevitavelmente, aspectos sociais, coletivos e individuais, dentro do que foi determinado pela instituição do SUS uma vez que, os recursos públicos que então destinados precisam atender a investimentos ascendentes, no sentido do direito individual e coletivo.

Mas, para Dallari (1998), no direito individual do direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção. As pessoas devem ser livres para escolher o tratamento a que se submeterão entre outros (igualdade). E, para preservar a saúde de todos a autora reforça que é necessário impedir outrem de procurar seu bem-estar ou induzi-lo a adoecer pois os sujeitos possuem o direito de liberdade para decidir sobre sua saúde quanto aos cuidados que preferem recorrer para atender suas necessidades. No entanto, juridicamente, sua liberdade não deve “ferir” a liberdade do outro, até porque não aceitar medidas de prevenção, como a vacinação, poderá ameaçar o outro a adquirir doenças imunopreveníveis.

Diante desta situação destacamos a razão das normas jurídicas que obrigam vacinação, notificação, tratamento, e mesmo ao isolamento de certas doenças, como também destruição de alimentos deteriorados, controle do meio ambiente e condições de trabalho. Por conseguinte, o equilíbrio entre liberdade e igualdade, para Dallari (1998), não seria apenas declarar que todos tem direito à saúde, mas é indispensável que a Constituição brasileira organize os poderes do Estado e a vida social de forma a assegurar a cada pessoa seus direitos sociais.

Entretanto, observamos que os direitos sociais, nos últimos anos foram negligenciados tanto pelos representantes políticos da direita quanto esquerda. Segundo Bobbio (2000), à direita por ter exaltado os direitos a liberdade, dando força particular às liberdades econômicas; já a esquerda exalta os direitos sociais com prejuízos aos direitos de liberdade. Mas, entendemos que os direitos sociais são fundamentais à instituição, ao trabalho e à saúde. Portanto, a saúde é um direito fundamental do ser humano e de interesse da coletividade.

Nesta perspectiva, Bobbio ao defender o direito a saúde enquanto direito fundamental e de interesse coletivo caracterizado como direito social, difere do direito de liberdade, visto ser reconhecido e protegido não apenas pelo interesse individual dos sujeitos, mas também pelo interesse geral da sociedade. Todavia, enquanto os direitos individuais primam pelo valor da liberdade, os direitos sociais se inspiram pelo valor primário da igualdade. Tais direitos tendem

a oportunizar a correção das desigualdades oriundas das condições econômicas e sociais, além das de condições naturais como as deficiências.

Uma concepção que merece reflexão para ir além da antítese entre liberalismo e socialismo, pois pode superar uma discussão entre direitos de liberdade e direitos sociais (BOBBIO, 2000), até porque reconhecemos que alguns direitos sociais são fundamentais para o exercício do direito de liberdade. Contudo, o autor entende que um sujeito instruído é bem mais livre que um inculto; um indivíduo que tem um trabalho é mais livre que um desempregado; e por fim, um sujeito sadio é mais livre que um doente. Comungamos com tal análise por compreendermos que os direitos sociais tornam – se a base para todo e qualquer outro direito, principalmente o de liberdade, e para além disso, o direito ao acesso à saúde enquanto direito social, possibilita toda a liberdade do cidadão, e consequentemente, o acesso é essencial para atender aos direitos sociais.

O acesso se torna categoria central de análise do direito a saúde nas interrelações cotidianas dos usuários com os serviços de saúde. Mas, ele depende da capacidade dos usuários buscarem e obterem atenção à saúde resolutiva. No final da década de 1980, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ampliou o acesso à assistência à saúde pública, tendo – se as questões relativas à determinação social no processo saúde - doença, medidas de promoção e proteção a saúde avançado significativamente (ASSIS et al., 2010). Para tais autores, o processo de construção SUS emergiu desse movimento da RSB, que tinha como bandeira de luta a criação de um novo modelo de saúde pautado principalmente nos referenciais da vigilância à saúde.

A implantação da ESF tem contribuído para a redução das iniquidades em saúde e ampliação do acesso à Atenção Básica (ASSIS; ABREU - DE - JESUS, 2012). O total de estabelecimentos de saúde, segundo Viacava e outros (2018) aumentou de 21.532 para 129.544, sendo marcantes os incrementos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde os aumentos nos números de estabelecimentos e profissionais da Atenção Básica repercutiram nos padrões de utilização, com a redução da busca de atenção à saúde motivada por doenças e o aumento da procura pela atenção preventiva. Em síntese, a expansão da rede pública ocorreu principalmente entre as unidades que dão suporte aos programas de atenção básica, ampliando o acesso às consultas médicas e a redução das internações para um conjunto de doenças.

Por conseguinte, ao estudarmos a categoria acesso à saúde fizemos uma revisitação sobre alguns modelos teóricos para a compreensão da complexidade de seus significados até porque o acesso tem uma diversidade de concepções, com configuração das políticas de saúde e das condições de acessibilidade. Giovanella e Fleury (1995) caracterizam o acesso em quatro ‘modelos’ destacados em *itálico* a seguir.

Modelo economicista aquele que carrega o mapeamento dos diferentes padrões de consumo dos usuários, estudando a relação entre oferta e demanda mensurada pela decisão dos usuários em relação ao seu grau de conhecimento sobre a oferta, sua percepção sobre a demanda e um conjunto de valores e práticas familiares. Um modelo que tem seus limites ao reconhecer que a soberania do usuário no processo decisório não deve ser reduzida apenas à disponibilidade da oferta de serviços.

Modelo sanitarista – planificador configura o acesso a partir da distribuição de recursos de uma rede de atenção a saúde regionalizada (próxima), hierarquizada (por níveis de complexidade), ágil (nos processos administrativos) e que garanta informação adequada sobre os serviços e procedimentos aos usuários, baseados nos princípios de referência e contrarreferência. É considerado tecnicista, uma vez que o acesso é dado pela ação planejadora do Estado.

Modelo sanitarista-politicista possui como conceito chave o acesso via consciência sanitária, aquela definida como a tomada de consciência da saúde, enquanto direito da pessoa e interesse da comunidade, e componente cognitivo por onde a comunidade compreende a determinação social do processo saúde - doença. É um processo de politização porque o acesso é visto como construção pela participação dos sujeitos na conformação do sistema e práticas de saúde, requerendo sua participação na gestão e controle social.

Modelo das representações sociais, aquele que não reconhece a autonomia absoluta do que é exterior ao registro simbólico. O mesmo se distancia da visão positivista, constituindo uma realidade intersubjetiva e simbólica, deslocando a problemática da saúde, que tinha como centralidade a figura do Estado na concepção de Saúde Pública, para o reconhecimento do poder da vida social em uma concepção de Saúde Coletiva.

Em síntese, compreendemos que dentre as condições de acessibilidade, Giovanella e Fleury (1995) ao conceberem as quatro dimensões explicativas sobre o acesso, delimitam a *dimensão econômica* que se refere à relação entre oferta e demanda; a *dimensão técnica* caracterizada pela planificação e organização das redes dos serviços; a *dimensão política* aquela voltada para o desenvolvimento da organização popular e consciência política (politização), e por fim a *dimensão simbólica* referente às representações sociais nas redes de atenção do sistema de saúde.

Além destas dimensões explicativas, as autoras complementam como dimensões específicas do acesso a *disponibilidade*, reconhecida como a relação entre quantitativo de usuários e suas necessidades junto a relação entre a variedade e quantidade de serviços ofertados; a *acessibilidade*, caracterizada pela distância do local de ofertas de serviços e os

custos com deslocamento; a *adequação funcional*, compreendida como a relação entre organização da oferta e adaptação dos usuários para tal; e a *capacidade financeira dos serviços* em relação aos seus custos com as demandas ofertadas, e a aceitabilidade, definida enquanto a relação de atitudes entre usuários, trabalhadores e práticas nos serviços.

Mediante a diversidade de sentidos e significados teóricos sobre as diferentes abordagens do acesso à saúde, apresentamos a seguir um modelo teórico de análise do acesso organizado por Assis e Abreu - de - Jesus (2014) em cinco dimensões (política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica). Tais dimensões de análise, por serem múltiplas e caracterizadas pelo cultural e socioeconômico, conformam – se enquanto eixo norteador para construção das políticas públicas, apresentada na figura 1.

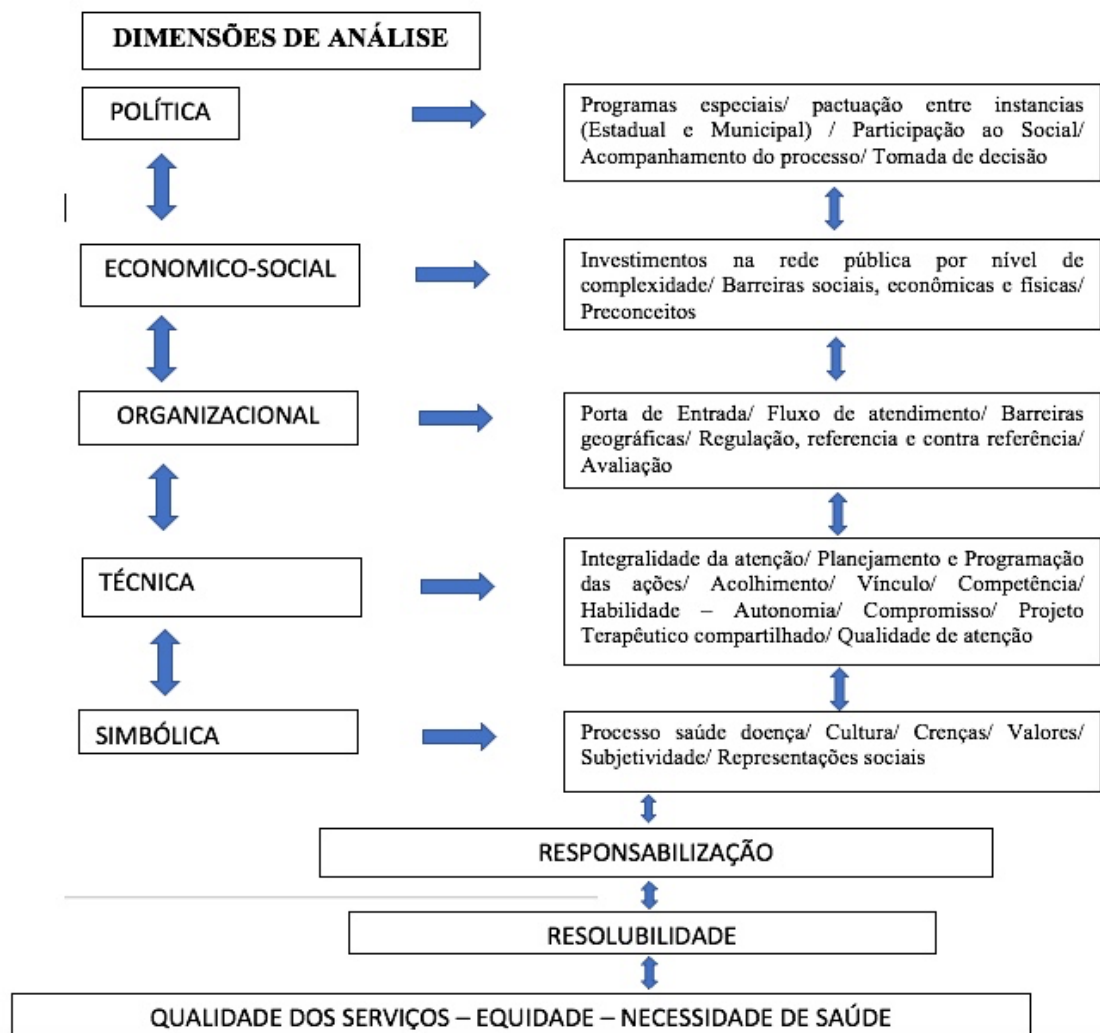
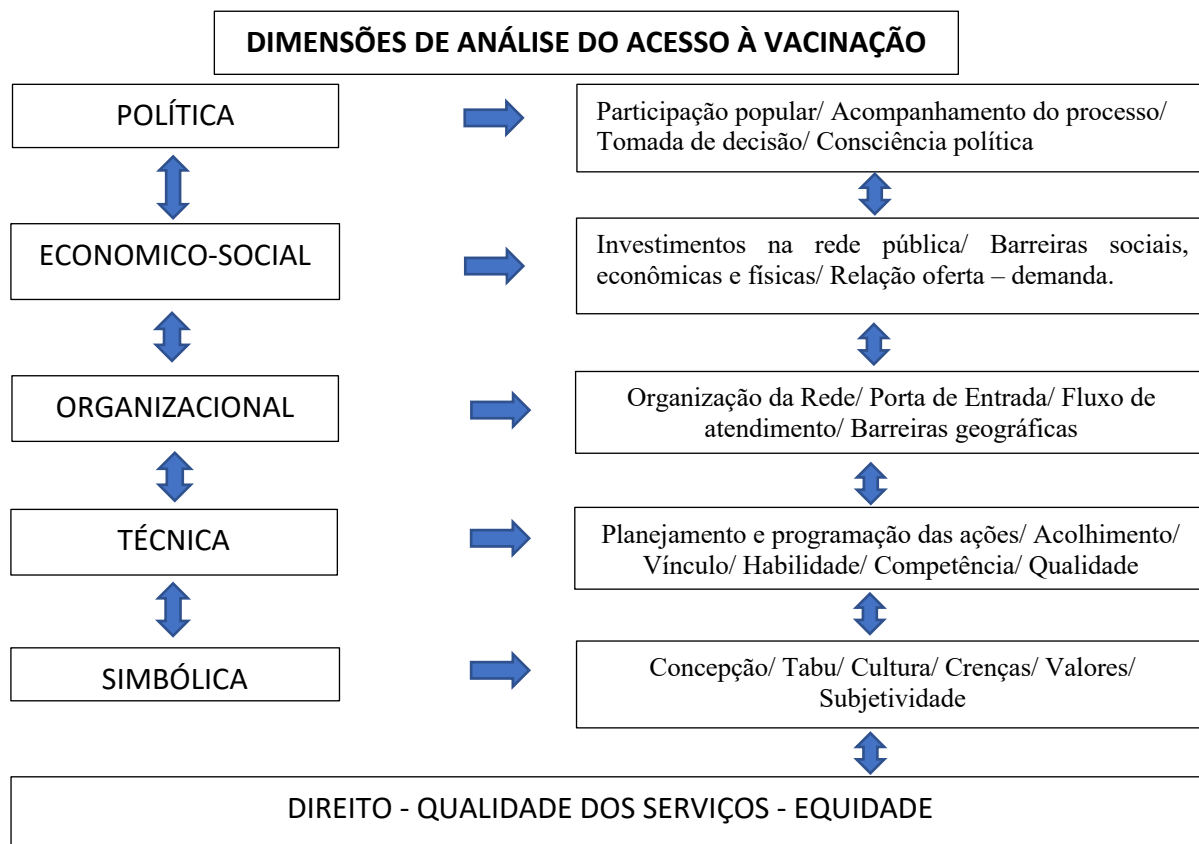


FIGURA 1 Modelo teórico: acesso universal com qualidade aos serviços de saúde

Outras discussões sobre acesso e seus conceitos também são concebidas por outros autores. Unglert (1990) caracteriza o acesso em *acesso geográfico*, àquele definido por características como tempo de deslocamento e a distância residencial dos usuários até o serviço, seguindo assim o conceito de acessibilidade geográfica e de territorialização Starfield (2004) relaciona o acesso às mais diversas possibilidades de chegar ao serviço de saúde, implicando características como os dias e horários de funcionamento da unidade de saúde, sua localização e a flexibilidade de atendimento ao público não agendado ou seja, *acesso organizacional* ou *funcional*.

Diante da diversidade de abordagens e complexidade sobre o dimensionamento do acesso do usuário para o sistema de saúde compreendemos que poderá refletir na implementação de políticas públicas que atendam as demandas de saúde e agregar mudanças na organização do SUS. Portanto, nesta pesquisa sobre acesso, nos embasamos nas concepções de Assis e Abreu - de - Jesus (2014) e Giovanella e Fleury (1995), e a partir de suas concepções revisitamos as dimensões de acesso pesquisadas por considerarmos coerentes neste estudo, apresentada na Figura 2.



FONTE Adaptado de Assis e outros (2014); Giovanella; Fleury (1995).

FIGURA 2 Modelo teórico: dimensões do acesso à vacinação anti – sarampo como direito no SUS

A escolha das *dimensões política, econômico – social, organizacional, técnica e simbólica*, aqui caracterizadas, nos oportunizou uma compreensão e análise do acesso aos serviços e insumos na saúde desde os investimentos financeiros, culturas e crenças, e representações sociais da população, aproximando-nos da realidade de acesso dos serviços e dos usuários às necessidades e a oferta de imunobiológicos na rede de atenção básica à saúde

Atualmente a política de saúde no Brasil traduz a sociedade brasileira segregada em desigualdades sociais o que tem influenciado nas questões políticas, sociais e econômicas voltadas aos interesses privados em detrimento aos públicos, mediante a organização corporativa com repercussões reducionistas, um paradoxo aos princípios e às diretrizes defendidas pelo SUS, concernentes aos interesses setoriais como empresários, prestadores, classe média, produtores de medicamentos e equipamentos, seguros privados, dentre outros.

Assim, a garantia do acesso de forma universal como direito aos serviços de saúde significa esbarrar nas dificuldades relacionadas a uma rede de atenção não integrada em suas ações e que não atendem as necessidades dos usuários.

Nesta perspectiva, este estudo mostrará uma realidade aproximada do que está acontecendo nos cenários pesquisados, quanto ao recrudescimento das doenças imunopreveníveis, como o sarampo, há década já erradicada no país com a implementação de ações do Programa Nacional de Imunização.

2.2 PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO NO BRASIL: avanços e dilemas

O Programa Nacional de Imunizações, instituído desde 1973 com a Portaria Ministerial nº 311 de 9 de novembro de 1973, tem como missão definir a política nacional de vacinação, visando controlar, eliminar e/ou erradicar doenças vulneráveis a imunógeno seguro e eficaz para uso em populações (TEIXEIRA; COSTA; PAIXÃO, 2018). Inicialmente o calendário incluía vacinas apenas para a população infantil. Mas, desde 1967 a vacina contra o sarampo já havia sido introduzida no Brasil, mesmo sem nenhuma ação integrada e continuada para ampla vacinação da população.

A história do PNI é iniciada em 1976, com a criação do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos – Bio -Manguinhos, mediante incorporação das atividades tecnológicas desenvolvidas até então pelo Instituto Oswaldo Cruz com uma produção da vacina contra sarampo pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), mediante importação do concentrado viral para diluição do produto no país aconteceu em 1979 (BRASIL, 2013a), sendo apenas três anos após lançado o primeiro lote brasileiro da vacina para aplicação nacional na população.

Em 1988, dois anos após as 8ª Conferência Nacional de Saúde, a partir dos destaques das propostas contempladas no texto constitucional e nas Leis Orgânicas da Saúde foram realizadas campanhas massivas de contra sarampo que envolveram 15 Estados, com verificação de acentuada redução na incidência da doença nos dois anos seguintes (BRASIL, 2013a). No mesmo ano a Secretaria de Saúde da Bahia elaborou um Plano de Controle do Sarampo, estabelecendo como uma das estratégias prioritárias a realização de campanha de vacinação indiscriminada para menores de cinco anos (BAHIA, 1999).

Quatro anos depois, em 1992 foi implantado o Plano Nacional de Eliminação do Sarampo num trabalho conjunto da Funasa com as Secretarias de Saúde das Unidades da Federação (UF), sustentado em ações de imunização na vigilância epidemiológica e no diagnóstico laboratorial. A realização de campanha nacional de vacinação contra o sarampo, nesse mesmo ano, tornou – se um marco inicial do Plano, com uma cobertura alcançada de 96%; foi sendo incluída ao esquema básico de vacinação, uma segunda dose da vacina contra sarampo, administrada a partir dos 12 meses, indicando como idade preferencial os 15 meses (BRASIL, 2010a).

Iniciada no Estado de São Paulo em 1997, a eclosão de epidemia de sarampo expandiu-se para 18 outras UF, com mais de 50 mil casos e 61 óbitos, o que exigiu a realização de uma nova campanha de seguimento e a revisão das estratégias para eliminação da doença. Destarte, em 2000 foi instituído a Comissão Nacional de Erradicação do Sarampo e Controle da Rubéola, no âmbito da Funasa, com a finalidade de assessorar o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) na condução do processo de erradicação do sarampo e controle da rubéola em todo o território nacional (BRASIL, 2010a).

Em 2010 foi instituído um Comitê Técnico Assessor de Erradicação do Sarampo e o Plano de Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita, de caráter consultivo, para assessorar a condução do processo de preparação para certificação da erradicação no território nacional (BRASIL, 2010b).

Um ano após, em 2011, foi realizada a 5ª Campanha Nacional de Seguimento contra o Sarampo (BRASIL, 2011) especificamente a crianças entre um (1) e sete (7) anos, a vacina tríplice viral, com cobertura vacinal de 98,5%, configurando assim um resultado positivo de ampla cobertura, acima da meta de 95%, dando uma margem de segurança para proteção da população quanto ao retorno do sarampo, e caminhando para a certificação de erradicação da doença no país, um avanço que levou o Brasil receber a certificação de eliminação do sarampo em território nacional no ano de 2016, reconhecimento concedido pela OPAS, entregue ao Ministério da Saúde durante a 55ª Reunião do Conselho Diretor da OPAS em Washington, nos

Estados Unidos, fruto de uma intensa atuação do MS durante décadas com as Secretarias Estaduais de Saúde para eliminação do Sarampo e outras doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2016c). Tal reconhecimento mostra a eficiência do trabalho integrado do PNI com o monitoramento e a Vigilância Sanitária no SUS, onde o último caso relatado no Brasil foi no Ceará, em julho de 2015. Para manter a eliminação da doença, a OPAS e o MS brasileiro recomendam o fortalecimento da vigilância ativa, mantendo a imunidade da população com a vacinação.

Atualmente, o calendário vacinal inclui vários produtos visando proteger contra mais de 15 agentes infecciosos. Segundo Teixeira e outros (2018), os avanços na ampliação do calendário nacional de vacina e a ampliação no quantitativo de salas de vacina e serviços associados na Atenção Básica foi resultado das lutas pelas garantias de promoção à saúde no Sistema Único de Saúde. Destacam ainda que nas salas de vacinação de rotina, que atendem à população geral, desde 2004 foram implantados os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES) voltados para os portadores de condições, ao exemplo dos imunodeprimidos, associadas a riscos que necessitam de imunobiológicos especiais.

Outrossim ressaltamos que o Brasil é um dos países que oferece o maior número de vacinas de forma gratuita. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2023a), o PNI conta com vacinas para mais de 30 doenças, disponibiliza cerca de 300 milhões de doses anualmente e tem cerca de 38 mil salas de vacinação distribuídas pelo território nacional para que a população possa se imunizar.

Citado internacionalmente como um dos maiores e mais avançados do mundo, o PNI conta na sua trajetória com importantes vitórias, tais como a erradicação da circulação do poliovírus selvagem, a eliminação endêmica do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (TEIXEIRA et al., 2018). Em vias de eliminação está o tétano neonatal, além de manter o controle de várias outras doenças imunopreveníveis como a difteria, o tétano acidental, e ter reduzido as meningites pelo *Haemophilus influenza*, por bacilo de Koch; infecções pelo Pneumococos e Meningocócica C em crianças, redução da morbi- mortalidade por COVID 19, dentre outros resultados exitosos desta política pública.

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (2018a) a região das Américas foi a primeira do planeta a ser declarada, em 2016, como livre de sarampo – uma doença viral que pode causar graves problemas de saúde como pneumonia, cegueira, inflamação do cérebro e até mesmo a morte. Porém, até que a doença seja erradicada em todo o mundo (como ocorreu com a varíola), existe o risco de um país ou continente ter casos importados.

O Programa Nacional de Imunizações, que integra o Sistema Único de Saúde, vinha garantindo elevadas e contínuas coberturas de 11 diferentes imunógenos. Com uma estrutura técnica e operacional construída ao longo das últimas três décadas, e atuação em todo o país por meio das Secretarias Municipais de Saúde, garante a chegada da vacina até a população. Esse Programa durante décadas, além de ser motivo de orgulho nacional, foi considerado um dos maiores e mais efetivos de vacinação pública do mundo.

Entretanto, a redução das coberturas vacinais do calendário infantil, que começou o período entre 2015 e 2017 dá a dimensão do problema que estamos enfrentando no momento. Um problema que está relacionado aos surtos de doenças imunopreveníveis tais como sarampo, febre amarela, catapora, gripe dentre outras, além dos óbitos ocasionados pelas mesmas. Segundo dados do Ministério da Saúde/PNI (BRASIL, 2018b), a vacinação contra a poliomielite caiu de 98,3% para 79,5%; rotavírus de 95,4% para 77,8%; pentavalente de 96,3% para 79,2%; hepatite B ao nascer (<1 mês de idade) de 90,9% para 82,5%; meningococo C de 98,2% para 81,3%; pneumocócica de 94,2% para 86,3% e; 1ª dose de tríplice viral de 96,1% para 86,7%.

No Brasil em 2018, do total dos 5.570 municípios, apenas 3.074 (55%) tiveram as coberturas vacinais para tríplice viral, por estratos de cobertura, iguais ou superiores a 95% para D1, e 1.800 (32%) para D2. No ano de 2019, 3.121 (56%) municípios alcançaram a meta de cobertura para a D1 de tríplice viral e 2.049 (37%) para D2. Cabe destacar que 80 (1%) municípios tiveram coberturas muito baixas, menores ou iguais a 50% para D1, e, para a D2, 265 (5%) municípios estavam com cobertura abaixo de 50%. Para os anos de 2020 e 2021, o quantitativo de municípios que alcançaram a meta de cobertura para D1 e D2 não ultrapassou os 45%, percebendo decréscimo nas coberturas entre os respectivos anos (BRASIL, 2022a).

A situação é complexa e há muitos determinantes relacionados entre si, que de acordo com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva/ ABRASCO (2018) contribuem para a baixa cobertura vacinal em consequência do contexto político e econômico frágil; da falsa sensação de segurança pois muitas doenças imunopreveníveis já não ocorriam; da desconfiança sobre a efetividade do sucesso do PNI, acompanhado inclusive do crescente movimento anti-vacinas com divulgação de informações falsas sobre sua eficácia, e eventos adversos inexistentes, além das questões organizacionais na rede de serviços do Sistema Único de Saúde.

Dentro da discussão sobre as questões políticas que interferem no contexto de cobertura vacinal no Brasil, vemos um momento político de mudanças e retrocessos, com aprovação de projetos que reduzem os investimentos no SUS e, consequentemente, fragilizam as ações promovidas pelo PNI no Ministério da Saúde os quais destacamos a seguir:

No final de 2017, de acordo com Teixeira e outros (2018), uma nova modalidade de repasse de recursos financeiros pelo MS estabeleceu que só haveria duas rubricas, sendo elas custeio e capital, sem especificar nem exigir um teto mínimo para as ações de Vigilância em Saúde, ficando a cargo do gestor a responsabilidade de planejamento e execução financeira das atividades. Uma radical modificação que coloca sob risco da VS se tornar invisível frente à atenção hospitalar que irá consumir maiores parcelas dos recursos do Sistema Único de Saúde.

Ademais, a ABRASCO (2018) reforça que a crise de financiamento e a piora dos serviços do SUS é hoje determinante na limitação do acesso à vacinação. A alta rotatividade de profissionais e o seu baixo quantitativo; a estagnação das equipes de Estratégia de Saúde da Família; más condições de trabalho que dificultam ações de vigilância, como a busca ativa e investigação epidemiológica e desabastecimento de vacinas na rede pública implicam diretamente na relação oferta - demanda. Tudo isso culmina nas quedas de coberturas vacinais, na não proteção da população brasileira, e por fim, as epidemias, surtos e óbitos por tais doenças imunopreveníveis.

Dada a escassez de recursos e as dificuldades de administração, a ABRASCO (2018) ressalta que a Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016a) aprovada em 15 de dezembro de 2016, impôs congelamento dos gastos públicos por 20 anos e irá reduzir ainda mais os recursos federais (que atualmente correspondem a 42% do total dos recursos do SUS), transferindo mais responsabilidades para os municípios, o que também tem repercussão na maior queda da cobertura vacinal. Uma situação que nos leva a compreender que talvez os municípios estejam despreparados para tal demanda, sem falar nas arrecadações que são insuficientes para assumir tais responsabilidades influenciando inclusive na baixa cobertura vacinal.

Outrossim, esse cenário das baixas coberturas vacinais acentuou-se com a emergência em saúde pública decorrente da pandemia da Covid-19, momento que requer a conjunção de esforços entre as três esferas de gestão para maior efetividade na recuperação dos resultados de indicadores de imunização. É importante frisar ainda que a operacionalização das ações de imunização é de responsabilidade da esfera municipal, a quem compete planejar, organizar a rede de serviços/salas de vacinação e executar as ações no território (BAHIA, 2022c).

Em síntese, tais fragilidades no SUS dentro das políticas de Atenção Básica e do Programa Nacional de Imunização revelam as principais dificuldades enfrentadas pela população no direito ao acesso as vacinas, implicando assim na não garantia de uma cobertura vacinal segura que elimine a circulação do sarampo no nosso país. A estrutura organizacional dos serviços que ofertam as vacinas, também enfrenta desafios os quais interferem na estabilidade de uma cobertura vacinal segura para população, dentre eles os recursos físicos, o

fluxograma organizacional da rede de atenção à saúde (atenção básica), planejamento das ações de vacinação, competência/habilidade dos profissionais e autonomia/ compromisso da equipe para com a proteção da população.

Ousamos explicitar diante da experiência vivenciada como enfermeira no PNI outras fragilidades e ou dificuldades dos serviços que ofertam vacinas no SUS, apesar da ampliação significativamente no quantitativo de pontos com salas de vacinas. Dentre tais limitações observamos inexistência de estrutura física adequada de acordo com os padrões ministeriais, (des) organização do fluxo de atendimento com dias e horários pré - estabelecidos, ações de promoção planejadas e programadas apenas em períodos de campanha vacinais, competências e habilidades limitadas a uma pequena parcela de profissionais de enfermagem (geralmente aqueles que atuam há muitos anos em sala de vacina), e limitação de autonomia da equipe de saúde sob o comando das vigilâncias epidemiológicas.

A ABRASCO (2018) se reporta também a mudança do sistema de informação do PNI para registro individual, e não mais por dose como antes, o que pode ter interferido no cálculo da cobertura, mas não o suficiente para explicar a queda tão acentuada. Diante disso, surge a importância em se buscar por respostas para a queda das coberturas vacinais no país, já que entendemos que é um processo de aprimoramento gradual de qualidade de dados e demanda estrutura computacional adequada e treinamento contínuo dos profissionais que efetuam e administram o sistema de informação.

Outras questões culturais acerca da vacinação permeiam e interferem no ato de não vacinar por motivos culminam na (re) definição de valores sobre risco e proteção. Dentre os argumentos mais citados sobre a postura de não vacinar, de acordo com estudo de Couto e Barbieri (2015), há a noção de que a doença está eliminada/controlada no Brasil ou a doença é leve; a reatogenicidade e segurança das vacinas, relativa ao medo dos efeitos adversos graves e efeitos a médio e longo prazos, sendo os mais temidos a poliomielite paralisante associada à vacina Sabin; o autismo ‘relacionado’ a vacina anti-sarampo; a crítica sobre a composição e ao mecanismo de ação das vacinas pelos que defendem a homeopatia, questionando - se sobre os conservantes, adjuvantes e outras substâncias que fazem parte da composição da vacina, sobretudo os metais como alumínio e mercúrio (timerosal);

Ainda no mesmo estudo, outros argumentos criticados foram sobre a eficácia e eficiência das vacinas, sendo definidas por alguns com o argumento de que a imunidade gerada pela doença é melhor e mais duradoura do que a da vacina; a crítica ao calendário de vacinação preconizado no Brasil, sobretudo a idade precoce de início da administração das vacinas; o elevado número de vacinas administradas no mesmo momento, o número de doses e os

intervalos de aplicação. A consideração ao contexto socioeconômico em que vivem, exemplificado pela boa moradia, amamentação, alimentação adequada, além de outros aspectos como os de ordem afetivo emocional, defendem que conferem proteção e qualidade de vida aos filhos e, neste sentido, a vacina passa a ser vista como dispensável; e por fim a crítica ao ganho financeiro e interesse comercial das indústrias farmacêuticas com referência às escolhas sobre as vacinas e os calendários vacinais que não são neutras ou embasadas unicamente no benefício à saúde, acreditando que há interferência de outra ordem, cujo objetivo é dar lucro às indústrias farmacêuticas.

Contudo, diante das questões políticas, organizacionais e culturais apresentadas, que interferem diretamente na queda significativa das coberturas vacinais no Brasil e recrudescimento de doenças imunopreveníveis, a exemplo do sarampo, entendemos que para evitar tal retrocesso são necessários apoio e reforços incondicionais às ações de vacinação propostas pelo PNI que incluem aumento nos horários de funcionamento dos serviços de saúde; educação permanente dos profissionais de saúde; parcerias com as escolas; novas formas de produzir e divulgar informações na mídia e nas redes sociais sobre a importância da vacinação; alcance da autossuficiência nacional na produção de imunobiológicos para evitar o desabastecimento desses insumos.

Portanto, é importante tomar medidas para prevenir a introdução e disseminação do vírus do sarampo. A principal delas é a vacinação da população suscetível, mantendo no território nacional uma cobertura homogênea de 95%. Essa ação precisa ser combinada com a implementação de um sistema de vigilância de alta qualidade e sensível o suficiente, de acordo com a OPAS (2018a), para identificar fluxos migratórios do exterior (chegada de estrangeiros) e fluxos internos (movimentos de grupos populacionais), detectar quaisquer casos suspeitos e realizar ações de bloqueio vacinal (vacinar pessoas não imunizadas que tiveram contato com o caso suspeito) de forma oportuna.

Ao nos referirmos aos fluxos migratórios a respeito da identificação dos casos suspeitos de sarampo, é justificável uma vez que a situação no mundo quanto as doenças imunopreveníveis é preocupante. A disseminação do sarampo tem se mostrado ainda mais crítica em outras áreas do mundo. Na Região da Europa, de acordo com a OPAS (2018b) mais de 41 mil crianças e adultos foram infectados pela doença nos primeiros seis meses de 2018. O número total de casos para esse período excede os 12 meses reportados em todos os outros anos desta década.

Segundo a OPAS (2018c), desde 2010, o ano com maior número de casos de sarampo foi em 2017, com 23.927 casos. Em 2016, registrou-se um quantitativo de 5.273 casos. Relatórios

mensais de países também indicam que pelo menos 37 pessoas morreram devido à doença nesse ano. Mundialmente países como França, Geórgia, Grécia, Itália, Federação Russa, Sérvia e Ucrânia tiveram mais de 1.000 infecções em crianças e adultos nesse ano. A Ucrânia foi a mais atingida, com mais de 23 mil pessoas afetadas; isso representa mais da metade do total regional e além disso, mortes relacionadas ao sarampo foram relatadas em todos esses países, com a Sérvia registrando o maior número de mortes, 14 (OPAS, 2018c).

Todavia, infelizmente, nas Américas a situação esteve mais grave, com a notificação de 11 países com 2.472 casos confirmados de sarampo em 2017: Antígua e Barbuda (1), Argentina (5), Brasil (677), Canadá (19), Colômbia (40), Equador (17), Estados Unidos (91), Guatemala (1), México (5), Peru (3) e Venezuela (1.613). A quantidade é mais de seis vezes superior ao registrado no dia 6 de abril desse ano (385 casos confirmados) e 68% maior do que o publicado no boletim anterior, em 8 de junho (1.685 casos confirmados), observando -se a velocidade de propagação da doença (OPAS, 2018a). O vírus do sarampo permanece ativo e contagioso no ar ou em superfícies infectadas por até duas horas e pode ser transmitido por uma pessoa infectada a partir de quatro a seis dias antes e quatro dias depois do aparecimento de erupções cutâneas e hiperemia.

Para além desse histórico, cabe-nos destacar que o processo global de combate ao sarampo foi e continua fragilizado e ameaçado pela pandemia da COVID 19. Apesar da notificação de casos de sarampo terem caído em comparação aos anos anteriores, o avanço em direção à eliminação do sarampo continua a diminuir, mas o risco de surtos vem aumentando. No ano de 2020, mais de 22 milhões de crianças no mundo perderam a primeira dose (D1) da vacina contra o sarampo - 3 milhões a mais do que em 2019, marcando o maior aumento em duas décadas e criando condições perigosas para a ocorrência de surtos. Uma realidade que talvez tenha contribuído para a fragilização da vigilância do sarampo com a queda no número de amostras enviadas para testes laboratoriais em mais de uma década (OPAS, 2023b).

A própria OPAS cita ainda outros aspectos como, baixo monitoramento, teste e notificação da doença colocam em risco a capacidade mundial de prevenir surtos, e tudo isso tem sido ultimamente ocasionado pelo desvio de apoio às ações de combate a pandemia por COVID 19, e com isso os principais surtos de sarampo ocorreram em 26 países e representaram 84% de todos os casos notificados em 2020.

No Brasil, em fevereiro de 2018, diante da importação de casos de sarampo ocorrida no Estado de Roraima provenientes da Venezuela, registrou casos secundários à importação e a disseminação do vírus a outras regiões brasileiras. Foi o segundo país a perder o certificado de eliminação do sarampo na Região das Américas em 2019, com a confirmação de 20.901 casos

de sarampo. Em 2020, o cenário epidemiológico com a pandemia da covid-19 e as medidas de restrição de circulação das pessoas e distanciamento social implementadas no País, adicionadas ao ostensivo uso de máscaras, a partir de abril de 2020, houve grande redução no número de casos de sarampo no País (BRASIL, 2022b).

Nesse mesmo cenário, em 2021 manteve-se a transmissão endêmica da doença, com redução de 92% no número de casos confirmados, totalizando 676 casos confirmados de sarampo. Em 2022, considerando as ações de intensificação da vacinação, detecção e investigação oportuna dos casos, as ações de bloqueio e formação de unidades de resposta rápida com capacitações durante o período de transmissão sustentada da doença no país, o número de casos decresceu para um total de 44 confirmados (BRASIL, 2022c). Porém salientamos mais uma vez que, apesar dos avanços e redução no número de casos no Brasil e no mundo, as ações de vigilância para combate a doença ainda encontram lacunas, com déficits relacionados ao monitoramento da doença, aumentando as chances de surtos e colocando vidas em risco.

A discussão sobre tais dados se aproxima da situação do Estado da Bahia, mas também não difere da condição nacional e do Norte do país. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018d) quase 160 municípios baianos não atingiram as metas de cobertura vacinal nas campanhas de 2018. Alguns dados preliminares do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), indicam que a Bahia vacinou 90,36% do público-alvo contra a pólio e 89,78% contra o sarampo. Em Salvador o registro de coberturas foi abaixo de 75% das crianças vacinadas e em todo o Estado, sendo aplicadas mais de 1,5 milhão de doses das duas vacinas.

O Estado da Bahia encontrava-se na classificação de surto ativo de sarampo por conta da ocorrência de um (1) caso confirmado de sarampo em Salvador, em julho de 2019 (BAHIA, 2019b). De acordo com o boletim epidemiológico nº 7 de 2019, mesmo antes de finalizar o período de 90 dias de monitoramento do aparecimento de casos novos, foi identificada nova cadeia de transmissão no município de Santo Amaro, envolvendo população de migrantes, com notificação de 14 casos suspeitos até a semana epidemiológica nº 41 e confirmação de 12 casos de sarampo. Até a semana epidemiológica 41 de 2019 148 municípios do Estado notificaram casos suspeitos de sarampo, concentrando a maior proporção em Salvador (33,02%), com 177 casos suspeitos. O risco para surtos de sarampo em municípios do Estado permanece elevado.

Os casos de sarampo notificados na Bahia em 2022 estão distribuídos em apenas 72 municípios, ou seja, mais de 80% dos municípios baianos permanecem silenciosos quanto a notificação de doenças exantemáticas (BAHIA, 2022b). Junto a isso, a baixa homogeneidade de

cobertura vacinal reflete vários aspectos que podem estar associados à queda das coberturas vacinais ao longo dos últimos anos. O cenário das coberturas vacinais na Bahia contra o sarampo, registraram até agosto de 2022 uma cobertura de 63,04% de tríplice viral em menores de 2 anos, sendo a meta mínima exigida pelo MS de 95% (BAHIA, 2023).

Assim, diante de tal realidade da Bahia, do Brasil e do mundo, a consciência da nossa sociedade no tocante ao direito à saúde precisa exigir e cobrar dos gestores e técnicos do SUS, em suas várias instâncias, o reconhecimento de que o PNI representa uma política pública que se sustenta na articulação com outras políticas, no compartilhamento com diferentes áreas no âmbito do setor saúde e de outros setores da estrutura pública e também com o setor privado, especialmente com as representações da sociedade brasileira.

Percebemos assim, diante a realidade apresentada o quanto a situação vacinal do país está em crise. A VS, na representação do PNI, vem enfrentando muitos desafios para desenvolver suas atividades em defesa de sua política. Entretanto, ainda precisamos avançar em estudos que comprovem tais problemáticas e paralelamente fortalecer a VS para o desenvolvimento de novas estratégias de ação, na perspectiva de melhorias no quadro nacional de cobertura e, consequentemente, na prevenção das doenças imunopreveníveis.

3 TRAJETO METODOLÓGICO: base de sustentação sistematizada para produção de conhecimento

A metodologia da pesquisa social em saúde, como discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” (MINAYO, 2014) do objeto deste estudo apresenta métodos, instrumentos e técnicas utilizados na investigação, caminhando juntos teoria e prática, constituindo dados aproximados da realidade estudada. A mesma ocupa posição central na Sociologia do conhecimento, sendo parte intrínseca da visão social de mundo, e em face a dialética sendo o próprio desenvolvimento das coisas, a partir do método.

Nesta perspectiva, a escolha do método representou um conjunto de técnicas e procedimentos específicos, que foram aplicados de forma ordenada e sistematizada, para nos orientar enquanto pesquisadora na produção do conhecimento, sem interferir em sua criatividade, para a evolução da própria metodologia. Todavia, as concepções teóricas foram indispensáveis para delimitar o arcabouço de elementos práticos que compõem o método, representando o lastreamento e base a de sustentação que induz a coerência interna de uma pesquisa social (SANTANA, 2010).

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

É uma pesquisa qualitativa, aquela que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014), daí ajustamos neste estudo o aprofundamento da subjetividade como parte integrante de um fenômeno social a partir da realidade pesquisada mediante a concretude das mudanças ocorridas no acesso as vacinas anti – sarampo e recrudescimento da doença na população.

A partir desta perspectiva, para Triviños (2009), a pesquisa qualitativa ao apresentar um enfoque subjetivista privilegia os aspectos conscienciais subjetivos dos pesquisadores como percepções e compreensão do contexto da realidade, sem precisar apoiar-se na informação estatística o que, não significa que seja especulativa, uma vez que possibilita uma objetivação de validade conceitual que contribui para o desenvolvimento de um pensamento científico, de natureza exploratória.

Neste sentido, o método qualitativo para Minayo (2014) além de permitir desvelar processos sociais de grupos específicos, também nos proporcionou a construção de novas

abordagens, revisão de criação de novos conceitos e categorias durante o processo investigativo. Outrossim, a objetivação também é essencial para reconhecer a complexidade do objeto das Ciências Sociais Minayo (2014) ressalta tal relevância às questões teorizar, rever criticamente o conhecimento acumulado, estabelecer conceitos e categorias, usar técnicas adequadas e realizar análises, tudo ao mesmo tempo de forma específica e contextualizada dão sustentação científica ao estudo qualitativo.

3.2 TIPO DE ESTUDO

É uma pesquisa que tem uma abordagem crítico - analítica numa perspectiva aproximada do método dialético, partindo do pressuposto concebido por Marx e Engels (2007), ao afirmarem que o método dialético enquanto método de investigação e de exposição distingue, sem separar esses momentos, pressupondo que o objeto só pode ser exposto depois de ser investigado, analisado criticamente em suas determinações essenciais.

O método Dialético, para Nascimento (2010), é um movimento de construção da realidade, cujo a força motriz é a contradição e no seu argumento consiste as contradições contidas no raciocínio (análise), negando assim a validade da argumentação e a superando por outra (síntese). Assim, a Dialética tem como princípio a matéria, onde a realidade existe independentemente da consciência, não demandando de entidades absolutas, mas sim do conceito de perpétua transformação da vida social e humana no fluxo da história (MARX; ENGELS, 2007).

Dentre suas características, a Dialética apresenta algumas essenciais em sua existência, sendo reforçados por Nascimento (2010) defendidas por Marx e Engels como o movimento, a historicidade, a transformação e a totalidade. O movimento diz respeito a que tudo se transforma e a realidade é uma constante devir, onde prevalece a luta dos opostos; a historicidade entende que a compreensão do presente somente será possível por referência a situações do passado; a transformação refere que a natureza e a sociedade são entidades inacabadas em constante transformação sujeitas ao fluxo da história; e por fim a totalidade onde cada fenômeno é parte de uma totalidade, sendo a realização de um estudo condicionado a referência do seu todo, visão do conjunto.

Portanto, neste estudo, consideramos no seu contexto o quesito movimento nos aspectos divergentes, convergentes, complementares e diferentes a serem identificados nos dados empíricos coletados; a historicidade, dentro do resgate histórico das ações do PNI vivenciadas

pelos campos de estudo; a transformação, na perspectiva de evitarmos afirmações absolutistas da realidade, considerando as mais diversas possibilidades e transformações, e por fim a totalidade, compreendendo o direito ao acesso as vacinas anti – sarampo na perspectiva dos sujeitos que vivenciam tal fenômeno, como parte de um todo um cenário estadual de imunização e recrudescimento do sarampo.

Destarte, a realidade necessitou ser desvelada em suas raízes, pois frente a dicotomia entre sujeito e objeto, entre subjetividade e objetividade, tivemos que compreender o porquê dessa cisão, uma vez que, segundo Marx e Engels (2007) a apreensão da verdade sempre consiste na explicação da forma pela qual o real se desdobra em sujeito e objeto. Para tais filósofos o mundo é resultado do trabalho do homem com realidade histórica construída coletivamente, sendo o homem um ser histórico.

Diante de tal perspectiva, optamos pelo *materialismo dialético*, a base filosófica do marxismo, que busca explicações coerentes, lógicas e racionais para os objetos da natureza, da sociedade e do pensamento. Ressaltamos a importância da prática social enquanto critério de ‘verdade’, até porque o *materialismo dialético* coloca em destaque a interconexão do relativo e do absoluto.

Por conseguinte, a natureza do Materialismo Dialético para Marx e Engels (2007) remete à produção das condições de existência do homem, decorrendo assim as relações do mesmo com a natureza e com suas formas de organização social, as quais determinarão as formas de organização social e a consciência. Assim, apreender o significado das formas de reprodução humana representa a formulação do materialismo dialético para compreensão da consciência humana, uma vez que cada estado de desenvolvimento das formas de produção material da existência corresponde a maneiras específicas de estrutura social, além de valores e formas de apreensão da realidade.

Enfim, neste estudo suas teorias tiveram por base a pesquisa social, dando ênfase aos conflitos, contradições e diferenças observados no contexto, pois a saúde de uma população depende de suas condições de vida e faz parte de toda uma realidade que é dinâmica em suas relações, compreendendo historicidade e movimento na transformação da realidade que produz conhecimentos infinitos e verdades não absolutas.

3.3 CAMPOS DE INVESTIGAÇÃO

A escolha dos espaços da pesquisa ou campos de investigação obedeceram ao delineamento do objeto de estudo. Portanto, como pesquisadora, definimos os critérios de

escolha dos locais de investigação fazendo, a priori, uma incursão das localidades, para justificar a escolha desses campos de estudo, até porque é importante se localizar geograficamente, na medida que os fenômenos podem ocorrer de diversos modos em locais diferentes, que imbricam aspectos culturais, políticos, econômicos, sociais e históricos de cada realidade circunscrita (SANTANA, 2010).

A pesquisa foi realizada no Estado da Bahia formado por 417 municípios, organizados em sete mesorregiões, agrupadas por um determinado número de municípios. Extremo Oeste Baiano (24); Vale São-Franciscano da Bahia (27); Centro Norte Baiano (80); Nordeste Baiano (60); Metropolitana de Salvador (38); Centro Sul Baiano (118) e Sul Baiano (70) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/ IBGE, 2019).

Porém, delimitamos como cenários desta pesquisa propriamente ditos os municípios Feira de Santana e Salvador, caracterizadas a seguir:

Feira de Santana, 2º maior município populacional do Estado da Bahia com população estimada em 2013 de 614.872 habitantes distribuídos numa área geográfica de 1363 Km² (IBGE, 2019). Pela importância de sua localização geoeconômica, é um dos maiores entroncamentos rodoviários do interior do País, cortado pelas rodovias federais Brasil (BR): BR 101, BR 116 e BR 324 e quatro rodovias estaduais: BA 052, BA 502, BA 503 e BA 504, favorecendo uma crescente concentração de fluxo de população, mercadorias e dinheiro, num entreposto que liga o Nordeste ao Centro Sul do Brasil, na fronteira de Salvador-BA com o sertão, do semiárido da Bahia (IBGE, 2019).

Possui grande contingente de população flutuante com efeitos migratórios, cujos resultados ainda não são conhecidos, mas são observadas pela intensa movimentação diária da estação rodoviária. Um polo econômico, social e educacional importante e diversificado de comércios, serviços, indústrias de transformação e instituições de ensino, destacando – se a Universidade Estadual de Feira de Santana com 27 cursos, e demais 15 faculdades particulares, além da uma produção agropecuária desenvolvida.

O Município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde segundo a NOAS SUS 01–2002, desde março/2004 conforme Portaria Ministerial de nº 352 de 09 de março 2004 e reafirmado após a homologação do Termo de Compromisso da Gestão Municipal do Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão pelo Ministério da Saúde (FEIRA DE SANTANA, 2013).

A rede básica de atenção à saúde do município de Feira de Santana dispõe de 139 unidades de atenção básica, sendo que 11 são unidades básicas sem saúde da família e 125 delas unidades básicas com estratégia de saúde da família, e três (3) são unidades satélites⁴ (FEIRA

DE SANTANA, 2020). De acordo com os dados do CAMAB até agosto de 2022, cerca de 73,52% da população feirense está coberta pelos serviços de atenção básica à saúde.

Já o município de Salvador ocupa uma extensão territorial de 693,453 km², com uma população estimada em torno de 2.872.347 habitantes, tendo uma densidade demográfica de 3.859,4 hab/km² (IBGE, 2019). Pertence ao Território de Identidade Região Metropolitana de Salvador 2, e está situada no Recôncavo Baiano, constituindo-se no centro econômico, político e administrativo do Estado da Bahia (SALVADOR, 2022).

Do ponto de vista regional integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS), com mais 12 municípios, dentre eles Camaçari, Candeias, Dias d'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz. A sua organização político-administrativa compreende 10 Regiões Administrativas denominadas Prefeituras Bairros e 12 Distritos Sanitários (DS) (Centro Histórico, Itapagipe, Valéria, Liberdade, Barra, Brotas, Boca do Rio, Itapuã, Cabula, Pau da Lima, Subúrbio e Cajazeiras), que são caracterizados como os territórios da saúde (SALVADOR, 2022).

Salvador é a quarta capital do país em quantitativo populacional, capital do Estado da Bahia, que recebe grande parte da população migrante do interior do próprio Estado. O processo de migração resulta em contrastes nas formas de ocupação territorial, caracterizada por uma expansão plausivelmente organizada da orla marítima, enquanto as áreas centrais crescem com espaços mais densamente povoados, e os bairros periféricos com condições mais precárias de moradia (SALVADOR, 2022).

O município conta com 3.599 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES). Deste total, a maioria 3.074 (85,41%) é privado não vinculado ao SUS e 525 (14,59%) vinculados ao SUS. Dos 525 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS, 442 estão sob gestão municipal, 63 sob gestão estadual e 20 sob gestão dupla⁵. E no que tange à esfera jurídica 311 são públicos municipais, 10 públicos federais, 52 públicos estaduais e 152 estabelecimentos privados e filantrópicos da rede complementa (SALVADOR, 2022).

A atenção básica em saúde do município de Salvador dispõe de 155 unidades básicas de saúde, sendo 46 unidades básicas sem saúde da família e 109 unidades básicas com estratégia de saúde da família com 359 equipes de saúde da família implantadas (SALVADOR, 2022).

4 Unidades satélites = As Unidades satélites servem de apoio às USF em áreas rurais, atendendo a populações mais distantes ou isoladas

5 Gestão dupla = compartilhada entre gestão municipal e gestão estadual.

Atualmente, cerca de 40,80% da população está coberta pelos serviços de atenção básica à saúde (BAHIA, 2023).

Escolhemos esses municípios como campos da pesquisa, considerando os seguintes critérios:

- Serem os dois maiores municípios do Estado da Bahia em quantitativo populacional;
- Feira de Santana é um entroncamento viário nacional que recebe um grande contingente populacional de todo país;
- Salvador, por receber uma população migrante do interior;
- As coberturas vacinais para o sarampo nos dois municípios estão abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde, pois de acordo com o CAMAB, a cobertura de tríplice viral em menores de 2 anos até agosto de 2022 era de 47% em Feira de Santana e 40,92% em Salvador (BAHIA, 2023). As coberturas vacinais de poliomielite e pentavalente em menores de 2 anos também apresentam indicadores abaixo do preconizado pelo MS nos dois municípios, sendo respectivamente para poliomielite 43,72% em Feira de Santana e 54,72% em Salvador, para pentavalente 45,56% em Feira de Santana e 55,64% em Salvador (BAHIA, 2023).

Os campos de investigação propriamente dito foram:

- SESAB, tendo em vista a obtenção de informações (dados) sobre a situação vacinal do sarampo e estrutura de atendimento às demandas nos dois municípios, na perspectiva da gestão do Estado da Bahia;
- Secretarias Municipais de Saúde por fazerem parte do contexto dos campos do estudo, visto a necessidade também de informações sobre a situação vacinal contra o sarampo, a estrutura de atendimento, as demandas e gestão local da rede de atenção à imunização.
- Unidades de Saúde da Família no sentido de colher dados sobre demanda, estrutura local, e situação vacinal tanto na ótica da equipe como na perspectiva dos usuários cadastrados e atendidos no serviço. As USF foram selecionadas a partir dos seguintes critérios de inclusão:
 - USF com equipes completa e com um mínimo de um ano de funcionamento, pela compreensão do estabelecimento da relação de vínculo entre comunidade e USF.
 - USF tanto de área urbana quanto rural
 - USF com serviço de imunização
 - USF com uma adscrição acima de 3.000 pessoas.

3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Considerando-se este estudo ter a abordagem qualitativa, trabalhamos com segmentos ou grupos específicos focalizados, de histórias sociais e de relações, sob a ótica dos sujeitos/atores, para analisar os dados.

Para tanto, foi importante a identificação dos participantes ou os grupos inseridos com o fenômeno estudado, que vivenciaram as situações alvo do objeto de estudo, uma vez que, segundo Santana (2010) são pessoas que sentem, desejam, criticam, possuem juízo de valor, sofrem e revelam ou omitem informações por questões pessoais e respeitáveis.

Neste estudo participaram quatro grupos sociais, selecionados a partir dos critérios de inclusão:

- Gestores da saúde em atividade efetiva, que não estejam de férias ou licença, com no mínimo um (1) ano de experiência no respectivo setor da SMS;
- Informantes-chaves gestores da saúde em atividade efetiva, que não estejam de férias ou licença, com no mínimo um (1) ano de experiência no respectivo setor da SESAB;
- Trabalhadores de saúde⁶, que não estejam de férias ou licença, com no mínimo um (1) ano de experiência e atuação na unidade saúde da família a ser pesquisada;
- Usuários dos serviços de saúde cadastrados há pelo menos 1 ano na USF, adultos, ambos os sexos, residentes na zona rural ou urbana.

Grupo I: Gestores da saúde: gestor da saúde é o sujeito que detém aptidões para atuar na melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários, atendendo as dimensões política, organizacional e técnica (ROQUETE, 2012).

- Gestores municipais da saúde como Secretários de Saúde, Apoiadores institucionais e coordenadores da AB, coordenadores da Vigilância Epidemiológica, coordenadores da Rede de Frio.

Portanto, tal escolha ocorreu por apresentarem uma relação próxima com informações acerca dos dados de coberturas vacinais e ações da gestão para o acesso às vacinas na rede SUS, além de uma relação com os profissionais que executam as ações de vacinação da população nas unidades de saúde na AB.

⁶ Trabalhadores de saúde: optamos por essa terminologia por representar toda pessoa que trabalha numa instituição de saúde, mesmo sem ter formação específica na área.

No total participaram cinco (5) gestores da saúde, sendo dois (2) do município de Salvador e três de Feira de Santana, conforme quadro 3:

Quadro 3 Caracterização das gestoras participantes do estudo (Grupo I), Feira de Santana/BA jun./fev. 2021-2022.

Nº *	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Tempo de Atuação
GFSa 1	30 anos	Feminino	Superior	Enfermeira/ Referência em efeito adverso (vacina)	4 anos
GFSa 2	58 anos	Feminino	Superior	Enfermeira/ Monitora da gestão da atenção básica	28 anos
GFSa 3	35 anos	Feminino	Superior	Enfermeira/ Referência em imunização	14 anos
GSSa 4	41 anos	Feminino	Superior	Enfermeira/ Coordenação de imunização	9 anos
GSSa 5	46 anos	Feminino	Superior	Enfermeira/ Responsável técnica em imunização	18 anos

* A numeração segue aleatória em ordem crescente

** GFSa = Gestor de Feira de Santana

*** GSSa = Gestor de Salvador

Neste quadro 3, os cinco (5) gestores da saúde participantes deste estudo são do sexo feminino; com idade variando entre 30 e 58 anos; todas com formação superior, enfermeiras; com atuação seja na coordenação de imunização, e monitoria da gestão da AB, seja como referência em imunização, responsável técnica em imunização, e referência em efeitos adversos da vacina, com tempo de atuação variável entre 4 anos a 28 anos.

Grupo II: Informantes chave (gestores estaduais da saúde como apoiadores institucionais, coordenadores da Vigilância Epidemiológica, coordenadores da Rede de Frio estadual). A escolha se justificou pela necessidade e informações chave acerca da relação entre a gestão estadual de saúde e gestão municipal de saúde dos municípios selecionados para o estudo. Participaram um total de três (3) gestores estaduais da saúde atuantes na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), apresentado no quadro 4:

Quadro 4 Caracterização dos informantes chave participantes do estudo (Grupo II), Feira de Santana/BA jun./fev. 2021-2022.

Nº do entrevistado	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Tempo de Atuação
Gi 6	48 anos	Feminino	Superior	Dentista/ Responsável técnica setor doenças exantemáticas	14 anos
Gi 7	48 anos	Masculino	Superior	Dentista/ Responsável técnico sistema de informação imunização	15 anos
Gi 8	38 anos	Feminino	Superior	Enfermeira/ Coordenadora de imunização	10 anos

Neste quadro 4, dos três (3) gestores da saúde, informantes chave, participantes deste estudo, dois (2) são do sexo feminino e um (1) do sexo masculino; com idade variando entre 38 e 48 anos; todos com formação superior, dentistas e enfermeira; com atuação seja na responsabilidade técnica pelo setor doenças exantemáticas, e coordenação de imunização, seja como responsável técnico em sistema de informação de imunização, com tempo de atuação variável entre 10 anos a 15 anos.

Grupo III: Trabalhadores de saúde da Estratégia de Saúde da Família (enfermeira, técnica(o)/ auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde).

Tal escolha procedeu devido a execução das práticas relacionadas não só a serviço de vacinação, mas também nos serviços de pré-natal, de crescimento e desenvolvimento e outros, como também pela relação de vínculo desses profissionais com a população das áreas adscritas. Participaram 13 trabalhadores de saúde da ESF, sendo sete (7) do município de Feira de Santana e seis (6) do município de Salvador, apresentados no quadro 5.

Esclarecemos que o protagonismo da equipe de enfermagem (enfermeira e técnicas de enfermagem) apresentadas pelas trabalhadoras da saúde como participantes deste estudo são específicas da referida equipe nas atividades de organização, planejamento, execução, avaliação inerentes à enfermagem na vacinação.

Quadro 5 Caracterização das trabalhadoras participantes do estudo (Grupo III), Feira de Santana /BA jun./fev.2021-2022.

Nº	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Tempo de Atuação
TFSA 9	57 anos	Feminino	Médio	Auxiliar de enfermagem/ ACS	23 anos
TFSA 10	56 anos	Feminino	Superior	Administradora/ ACS	23 anos
TFSA 11	47 anos	Feminino	Médio	Técnica de enfermagem/ Sala de vacina	11 anos
TFSA 12	42 anos	Feminino	Médio	Técnica de enfermagem/ Sala de vacina	11 anos
TFSA 13	42 anos	Feminino	Médio	ACS	13 anos
TFSA 14	52 anos	Feminino	Médio	ACS	19 anos
TFSA 15	31 anos	Feminino	Superior	Enfermeira/ Enfermeira de USF	3 anos
TSSA 16	34 anos	Feminino	Superior	Enfermeira/ Enfermeira de USF	7 anos
TSSA 17	52 anos	Feminino	Superior	ACS	15 anos
TSSA 18	56 anos	Feminino	Médio	Técnica de enfermagem/ Sala de vacina	13 anos
TSSA 19	61 anos	Feminino	Superior	Enfermeira/ Enfermeira de USF	7 anos
TSSA 20	57 anos	Feminino	Médio	Técnica de enfermagem/ Sala de vacina	8 anos
TSSA 21	43 anos	Feminino	Médio	Técnica de enfermagem/ Sala de vacina	9 anos

* TFSA = Trabalhador de Feira de Santana

** TSSA = Trabalhador de Salvador

*** ACS = Agente Comunitário de Saúde

De acordo com o quadro 5 dos 13 trabalhadores de saúde participantes deste estudo, todos são do sexo feminino; oito (8) deles com nível médio (cinco técnicas de enfermagem atuantes na sala de vacina); três (3) ACS; uma (1) auxiliar de enfermagem atuando como ACS; quatro (4) trabalhadores de nível superior, três (3) enfermeiras atuando em USF, uma (1) administradora com ocupação de agente comunitária. A idade variou entre 31 anos e 61 anos, e tempo de atuação entre 3 anos e 23 anos.

Grupo VI: Usuários dos serviços de saúde das USF (cadastrados nas USF). Pais ou responsáveis por criança e adolescentes, como também jovens adultos (de 20 a 49 anos) que fazem parte da faixa etária prioritária para vacinação, por vivenciarem diretamente a busca por acesso ao ato de imunização contra o sarampo nos serviços de saúde da AB, caracterizados no quadro 6 a seguir:

Quadro 6 Caracterização das usuárias participantes deste estudo (Grupo IV), Feira de Santana/BA jun./fev. 2021-2022.

Nº do entrevistado	Idade	Sexo	Escolaridade	Ocupação	Tempo de cadastro
UFSA 22	32 anos	Feminino	Médio	Dona de casa	20 anos
UFSA 23	31 anos	Feminino	Fundamental	Dona de casa	20 anos
UFSA 24	35 anos	Feminino	Médio	Auxiliar de produção	12 anos
UFSA 25	34 anos	Feminino	Médio	Dona de casa	7 anos
UFSA 26	39 anos	Feminino	Médio	Diarista	17 anos
UUSA 27	40 anos	Feminino	Médio	Dona de casa	6 anos
UUSA 28	29 anos	Feminino	Fundamental	Manicure	10 anos
UUSA 29	34 anos	Feminino	Médio	Camareira	18 anos
UUSA 30	56 anos	Feminino	Médio	Dona de casa	30 anos
UUSA 31	27 anos	Feminino	Superior	Recepcionista	3 anos
UUSA 32	38 anos	Feminino	Médio	Dona de casa	30 anos

* UFSA = Usuário de Feira de Santana

** UUSA = Usuário de Salvador

De acordo com o quadro 6 dos 11 usuários participantes desse estudo, todos são do sexo feminino; oito (8) deles com nível médio; dois (2) com nível fundamental e um (1) com nível superior; a ocupação permeou entre dona de casa, auxiliar de produção, manicure, camareira e recepcionista; a idade variou entre 27 anos e 56 anos, e tempo de cadastro na USF entre 3 anos e 30 anos.

Quanto a sua “amostragem”, por ser uma pesquisa qualitativa, não houve uma preocupação a priori com o quantitativo numérico desses participantes, pois não há a pretensão da generalização e sim com o seu aprofundamento, abrangência e diversidade do processo de compreensão tanto no grupo social, organização, instituição, política quanto na representação (MINAYO, 2014). Portanto, o critério da delimitação não foi numérico no sentido quantitativo, mas uma representatividade qualitativa.

Assim, ao adentrarmos nos campos da pesquisa para coletar os dados, o seu dimensionamento seguiu o critério de saturação, no campo empírico, fomentado no entendimento dos elementos homogeneidade, diversidade e intensidade das informações necessárias defendido por Minayo (2014), compreendendo sua validade na potencialidade de objetivar o objeto de estudo, em todas as suas dimensões.

Ao invés da aleatoriedade, a pesquisa qualitativa decide intencionalmente, considerando critérios específicos (sujeitos com condições essenciais para o esclarecimento das questões do objeto de estudo).

Assim a pesquisa contou com 32 participantes representados nos quatro (4) grupos definidos como grupos I, II, III E IV. Ressaltamos que tal quantitativo foi predominantemente de participantes do sexo feminino (31), portanto, no texto usamos gênero feminino. Exemplo: a participante, dentre outros.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

De acordo com Triviños (2009), na pesquisa qualitativa se considera a participação do sujeito como um dos elementos de seu fazer científico; apoia – se em técnicas e métodos que reúnem características *sui generis*, que ressaltam a sua implicação e a do participante pelas informações. Por isso utilizamos três técnicas acompanhadas de roteiros coerentes à proposta deste estudo como a entrevista semiestruturada (Apêndices A, B e C), a observação sistemática (Apêndice D) e a análise de documentos, descritas a seguir.

Entrevista é a técnica mais empregada para a coleta de dados na pesquisa social em geral, pois, segundo Santana (2010) é um encontro entre duas ou mais pessoas por iniciativa de uma delas, que tem um objetivo específico, mas que só consolida com a anuência das partes. A palavra é seu instrumento primordial, pois pode revelar valores, códigos, símbolos, conceitos, sentimentos e condições estruturais. Porém, o tipo de entrevista escolhida neste estudo foi a semiestruturada.

A entrevista semiestruturada é definida por Minayo (2014) como aquela que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, e a (o) entrevistada (o) tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo (a) pesquisador (a). Marconi e Lakatos (2006) complementam que há um roteiro da entrevista, combinando tópicos relativos ao problema a ser estudado, e o (a) entrevistador (a) tem a liberdade de realizar os questionamentos, não obedecendo necessariamente a sua estrutura.

Porém, nesse tipo de entrevista, como entrevistadora precisamos ter habilidade e perspicácia para conduzir o processo, além de atentar para que as respostas apresentem requisitos como validade, relevância, especificidade, clareza, profundidade e extensão. Para tanto, foi relevante a utilização de um roteiro (apêndices A, B e C). Outrossim, seguimos a orientação de Minayo (2014) diante da necessidade de desdobrar uma lista de indicadores qualitativos, apresentando como substrato um conjunto de conceitos que contemplaram todas as faces do objeto com simplicidade em seus tópicos e com objetivo de guiar uma conversa com finalidade.

Para execução das entrevistas, pedimos a autorização das entrevistadas para sua gravação; caso a gravação não fosse autorizada, transcreveríamos manualmente. As entrevistas foram realizadas em local reservado, com um gravador de voz de dispositivo telefônico IOs, de acordo com disponibilidade das participantes e locais decididos pelas mesmas, iniciadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pela entrevistada, com duração de tempo de cada entrevista, variando entre sete (7) minutos a uma (1) hora, respeitamos o tempo de cada participante para não ser cansativa, dando oportunidade a entrevistada parar quando quisesse. Nos atentamos ao realizar uma conversa acolhedora e empática. As entrevistas foram salvas e transcritas em notebook, sendo todas gravadas.

Todos as participantes são identificadas no texto analisado pela primeira letra do grupo ao qual pertencem, seguidos por sigla de local (município) de realização e um número de acordo com a ordem crescente das entrevistas, no sentido de garantir o seu anonimato, de acordo com a Resolução 466/ 2012 (BRASIL, 2012) que trata de pesquisa com seres humanos. Deste modo, ressaltamos mais uma vez que as falas são identificadas da seguinte maneira: entrevista com letra correspondente a cada grupo – G (gestor da saúde), Gi (gestor informante – chave), T (trabalhadores de saúde), U (Usuários) - acompanhada da sigla de identificação do município realizado – FSA (Feira de Santana), SSA (Salvador), e do número referente a ordem crescente de cada entrevista realizada. Exemplo: Ent. GFSA 1.

Como segunda técnica de coleta de dados, no sentido de contextualizar os dados das entrevistas e articular o contexto com as falas, optamos pela observação sistemática, uma vez que necessitávamos contemplar aspectos que poderiam dar uma maior sustentação aos dados diante da realidade pesquisada.

A observação sistemática é definida por Marconi e Lakatos (2006) como aquela que é realizada em condições controladas para responder os propósitos preestabelecidos pelo estudo, sendo planejada cuidadosamente e sistematizada (roteiro, quadros, anotações, escalas e outros). Para tanto, como pesquisadora nos apropriamos daquilo que teríamos que observar com segurança e objetividade, além de reconhecer os possíveis erros e interferências que poderiam acontecer e, assim, eliminar ao mesmo tempo a sua influência enquanto pesquisadora naquele contexto.

Portanto temos um entendimento que o ato de observar é destacar, de um conjunto, algo específico, atentando, por exemplo, aos detalhes e/ou características que são essenciais ao foco do propósito do estudo. Por isso, no momento da observação não ignoramos o contexto do fenômeno observado, inclusive na sua dimensão singular atos, atividades, relações e significados.

Sendo assim, até mesmo durante as entrevistas aproveitamos para observar os aspectos pontuados no roteiro (Apêndice D), com objetivo de garantir não somente os dados objetivos, mas também os subjetivos, fazendo anotações de todas as observações e reflexões registradas, sejam elas expressões verbais, ações dos sujeitos, meio físico, diálogos, atividades específicas, para reforçar a análise crítica.

Além das duas técnicas analisamos também documentos, para complementar os dados obtidos na entrevista e observação. Para Alves – Mazzoti e Gewandsznajder (2000) a análise de documentos é uma técnica em que documentos oficiais e/ou qualquer registro escrito como fonte de informação, a exemplo de regulamentos, atas de reuniões, relatórios, arquivos, pareceres e dentre outros documentos, são utilizados para subsidiar a pesquisadora a compreender o fenômeno estudado. Composto os documentos selecionados para análise de dados 10 documentos, como Relatório de Gestão da SMS, Plano Municipal de saúde, os Boletins epidemiológicos, o Caderno de Avaliação e Monitoramento da AB do Estado da Bahia e a Nota Técnica, no período de 2020 a 2023, listados a seguir, enumerados em ordem decrescente de publicação, sendo identificadas no texto analisado como Doc 1... Doc 2... Doc 6.

Documento 1 - Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica. (BAHIA, 2023);

Documento 2 - Boletim Epidemiológico das Doenças Exantemáticas - Nº 02 (BAHIA, 2022a);

Documento 3 - Boletim Epidemiológico das Doenças Exantemáticas - Nº 03 (BAHIA, 2022b);

Documento 4 - NOTA TÉCNICA Nº 25/2022 - CIVEDI/DIVEP/SUVISA/SESAB. Alerta epidemiológico para o risco de ocorrência de doenças imunopreveníveis devido às baixas coberturas vacinais no estado da Bahia (BAHIA, 2022c);

Documento 5 - Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025. (SALVADOR, 2022).

Documento 6 - Relatório de Gestão do município de Feira de Santana, 2020 (FEIRA DE SANTANA, 2020);

Os documentos foram disponibilizados pelas Secretarias Municipais de Saúde, especificamente nos Setores de Planejamento e VIEP, e pela Secretaria Estadual de Saúde setor da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP).

Por conseguinte, a realização de uma pesquisa qualitativa precisa da interação dinâmica entre suas etapas de execução, retroalimentação e/ou reformulação constantemente, na medida em que passarão da coleta de dados para a análise dos dados, mediante às novas buscas de informação que poderão surgir no decorrer da análise de dados.

Em síntese, as técnicas e os instrumentos de coleta de dados nesta pesquisa, exigiram uma atenção especial seja da participante seja da pesquisadora. Salientamos que tal multiplicidade de estratégias utilizadas na coleta de dados contribuiu no momento de triangulação de técnicas, grupos, participantes e teorias.

3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados é a etapa do estudo em que evidenciamos as relações entre objeto e demais aspectos que podem ser estabelecidas em função de suas propriedades relacionais. Configura – se, segundo Marconi e Lakatos (2006), enquanto núcleo central da pesquisa, representando a aplicação lógica dedutiva e indutiva do processo de investigação.

No decorrer do processo de análise do material coletado no campo empírico foi preciso atingir três aspectos, frisado por Minayo (2014) como a ultrapassagem da incerteza para responder questões e pressupostos; o enriquecimento de leitura (ultrapassando o olhar imediato e espontâneo na busca de conhecimento) e a integração das descobertas no desvelamento da lógica interna das falas, comportamentos e relações.

A partir dessas premissas, a análise dos dados empíricos, para Assis e Jorge (2010), busca ultrapassar a incerteza, considerando as diversas dimensões de análise, sempre articulando o empírico e o teórico na interrelação das comunicações, das concepções, das ideias, dos valores, das condutas, e na ação individual, coletiva e social. Por conseguinte, procuramos apreender as determinações sociais e estabelecer relações desenvolvidas nos espaços políticos por entendermos que tais espaços necessitam de um olhar duplo (no sentido dialético), ao lidar principalmente com objetos de estudo na área da saúde.

Diante disso, em busca de um método de análise que se aproximasse das especificidades do objeto, neste estudo utilizamos o método **Hermenêutico – Dialético**, uma vez que pode ampliar a análise entre a compreensão da Hermenêutica e o estranhamento da Dialética, numa interconexão onde a práxis e a linguagem se interpretam mutuamente, com vistas a estabelecer um confronto dialeticamente integrado entre as categorias empíricas e as categorias analíticas, numa realidade natural – social.

Fundamentada na lógica de compreensão metodológica, a Hermenêutica, de acordo com Gadamer (1999), representa um movimento abrangente e universal do pensamento humano, no qual abrange a experiência científica e origina – se da intersubjetividade e da objetivação humana. A unidade temporal da Hermenêutica para Minayo (2014) é o presente em encontro com o passado e futuro, ou entre o diferente e a diversidade da vida atual, mediada pela linguagem compreensível que leva ao entendimento.

No marxismo, a Dialética transformou uma maneira dinâmica de interpretar os fenômenos históricos e econômicos, assim como as próprias ideias (MINAYO, 2014). Portanto, a Dialética é o estudo da oposição das coisas entre si, num processo infinito de revelação de novos aspectos e relações; processo incessante na busca pelo aprofundamento do conhecimento humano; movimento de encontro de coexistência e causalidade com formas complexas de passagem da quantidade para qualidade.

Uma interconexão entre Hermenêutica e Dialética no nosso entendimento, beneficiou as discussões sobre métodos em Ciências Sociais, tendo em vista objetivar a práxis de produção do conhecimento (MINAYO, 2014), até porque uma análise ancorada na Hermenêutica – Dialética busca empreender a prática social empírica dos indivíduos em uma sociedade contraditória, necessária na produção de racionalidade em relação aos processos sociais e, conseqüentemente, em relação ao processo saúde – doença.

Por conseguinte, a Hermenêutica – Dialética supera o formalismo da análise de conteúdo e de discurso, um “caminho do pensamento”, fundamentando – se na busca por instrumental que compreenda as dimensões e dinâmica das relações em uma pesquisa que toma como objeto a saúde (MINAYO, 2014). Dimensões aqui apresentadas nas concepções, políticas, administração, configuração, institucional, representações sociais e relações.

De acordo com Minayo (2014), a trajetória interpretativa da Hermenêutica – Dialética se configura em três etapas: ordenação, classificação e análise final, aqui descritas a seguir de forma separadas sequencial, porém são interrelacionadas, dinâmicas e intercomplementares.

1ª etapa Ordenação dos dados: envolveu a transcrição das falas gravadas em dispositivo eletrônico IOs, leitura do material empírico, organização dos dados em diferentes conjuntos (temas, palavras e frases), tudo isso contemplado nas técnicas de coleta deste estudo, entrevistas, observações e documentos.

Ao final de cada transcrição das entrevistas e das observações, procedemos à leitura geral do material transcrito, o que nos possibilitou uma primeira aproximação aos núcleos de sentido contidos nas falas das entrevistadas, assim como das observações realizadas, organizando o material de acordo com os grupos das entrevistadas. Com relação aos

documentos oficiais, realizamos também uma leitura preliminar, selecionado e destacando os conteúdos que poderiam compor a análise.

2ª etapa Classificação dos dados: etapa que nos permitiu a construção dos dados empíricos baseados na teoria e nos pressupostos teóricos sustentados neste estudo. Na classificação dos dados, fizemos leituras exaustivas e flutuantes do material produzido (entrevista, documentos e observações), com identificação dos 11 núcleos de sentidos:

- Dimensão política do acesso;
- Recrudescimento do sarampo;
- Direito ao acesso a vacina anti – sarampo;
- Avanços/ perspectivas na vacinação;
- Dificuldades/ limites na vacinação;
- Acolhimento/ vínculo das equipes de Saúde da Família;
- Dimensão técnica do acesso;
- Dimensão organizacional do acesso;
- Dimensão simbólica do acesso;
- Investimentos/ recursos para vacinação;
- Oferta/ demanda de vacinação anti – sarampo.

Assim, foi viabilizada a apresentação das ideias centrais do objeto, fazendo uma síntese desses dados, considerando – se cada núcleo de sentido por cada participante do estudo. A partir daí, elaboramos sete (7) quadros síntese das entrevistas, utilizando o software MAXQDA, organizados de acordo cada grupo de participantes, com os respectivos núcleos de sentidos, e com o município de coleta, apresentados a seguir, quando fizemos uma síntese horizontal dos núcleos de sentido com a identificação de ideias convergentes, divergentes, complementares e diferentes dos participantes do estudo e uma síntese vertical a respeito das ideias extraídas conformadas na entrevista de cada entrevistado sobre o objeto estudado.

Quadro 7 Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo I – Gestoras da Saúde de Feira de Santana, BA. Feira de Santana, ago/out., 2022.

Núcleos do Sentido	Ent. GFSA 1	Ent. GFSA 2	Ent. GFSA3	Síntese horizontal ¹
Dimensão política do acesso				
Recrudescimento do sarampo				
Direito ao acesso a vacina anti – sarampo				
Avanços/ perspectivas na vacinação				
Dificuldades/ limites na vacinação				
Acolhimento/ vínculo das equipes de Saúde da Família				
Dimensão técnica do acesso				
Dimensão organizacional do acesso				
Dimensão simbólica do acesso				
Investimentos/ recursos para vacinação				
Oferta/ demanda de vacinação anti – sarampo				
Síntese vertical ²				

1 Leitura horizontal das falas das entrevistadas sobre cada núcleo de sentido, identificando – se as convergências, diferenças, divergências e complementaridades das falas sobre o referido núcleo.

2 Leitura vertical sobre o objeto de estudo a partir de cada entrevista.

Quadro 8 Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo I – Gestoras da Saúde de Salvador. Feira de Santana, ago/out., 2022.

Núcleos do Sentido	Ent. GSSA 4	Ent. GSSA 5	Síntese horizontal ¹
Dimensão política do acesso			
Recrudescimento do sarampo			
Direito ao acesso a vacina anti – sarampo			
Avanços/ perspectivas na vacinação			
Dificuldades/ limites na vacinação			
Acolhimento/ vínculo das equipes de Saúde da Família			
Dimensão técnica do acesso			
Dimensão organizacional do acesso			
Dimensão simbólica do acesso			
Investimentos/ recursos para vacinação			
Oferta/ demanda de vacinação anti – sarampo			
Síntese vertical ²			

Quadro 9 Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo II – Gestoras Informantes Chave/ SESAB. Feira de Santana, ago/out., 2022.

Núcleos do Sentido	Ent. GI 6	Ent. GI 7	Ent. GI 8	Síntese horizontal ¹
Dimensão política do acesso				
Recrudescimento do sarampo				
Direito ao acesso a vacina anti – sarampo				
Avanços/ perspectivas na vacinação				
Dificuldades/ limites na vacinação				
Acolhimento/ vínculo das equipes de Saúde da Família				
Dimensão técnica do acesso				
Dimensão organizacional do acesso				
Dimensão simbólica do acesso				
Investimentos/ recursos para vacinação				
Oferta/ demanda de vacinação anti – sarampo				
Síntese vertical ²				

Quadro 10 Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo III – Trabalhadores da Saúde de Feira de Santana, BA. Feira de Santana, ago/out., 2022.

Núcleos do Sentido	Ent. TFSA 9	Ent. TFSA(...)	Ent. TFSA 15	Síntese horizontal ¹
Dimensão política do acesso				
Recrudescimento do sarampo				
Direito ao acesso a vacina anti – sarampo				
Avanços/ perspectivas na vacinação				
Dificuldades/ limites na vacinação				
Acolhimento/ vínculo das equipes de Saúde da Família				
Dimensão técnica do acesso				
Dimensão organizacional do acesso				
Dimensão simbólica do acesso				
Investimentos/ recursos para vacinação				
Oferta/ demanda de vacinação anti – sarampo				
Síntese vertical ²				

Quadro 11 Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo III – Trabalhadoras da Saúde de Salvador, BA. Feira de Santana, ago/out., 2022.

Núcleos do Sentido	Ent. TSSA 16	Ent. TSSA(...)	Ent. TSSA 21	Síntese horizontal ¹
Dimensão política do acesso				
Recrudescimento do sarampo				
Direito ao acesso a vacina anti – sarampo				
Avanços/ perspectivas na vacinação				
Dificuldades/ limites na vacinação				
Acolhimento/ vínculo das equipes de Saúde da Família				
Dimensão técnica do acesso				
Dimensão organizacional do acesso				
Dimensão simbólica do acesso				
Investimentos/ recursos para vacinação				
Oferta/ demanda de vacinação anti – sarampo				
Síntese vertical ²				

Quadro 12 Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo IV – Usuárias dos serviços de saúde das USF de Feira de Santana, BA. Feira de Santana, ago/out., 2022.

Núcleos do Sentido	Ent. UFSA 22	Ent. UFSA(...)	Ent. UFSA 26	Síntese horizontal ¹
Dimensão política do acesso				
Recrudescimento do sarampo				
Direito ao acesso a vacina anti – sarampo				
Avanços/ perspectivas na vacinação				
Dificuldades/ limites na vacinação				
Acolhimento/ vínculo das equipes de Saúde da Família				
Dimensão técnica do acesso				
Dimensão organizacional do acesso				
Dimensão simbólica do acesso				
Investimentos/ recursos para vacinação				
Oferta/ demanda de vacinação anti – sarampo				
Síntese vertical ²				

Quadro 13 Síntese dos confrontos das entrevistas Grupo IV – Usuárias dos serviços de saúde das USF de Salvador, BA. Feira de Santana, ago/out., 2022.

Núcleos do Sentido	Ent. USSA 27	Ent. USSA(...)	Ent. USSA 32	Síntese horizontal ¹
Dimensão política do acesso				
Recrudescimento do sarampo				
Direito ao acesso a vacina anti – sarampo				
Avanços/ perspectivas na vacinação				
Dificuldades/ limites na vacinação				
Acolhimento/ vínculo das equipes de Saúde da Família				
Dimensão técnica do acesso				
Dimensão organizacional do acesso				
Dimensão simbólica do acesso				
Investimentos/ recursos para vacinação				
Oferta/ demanda de vacinação anti – sarampo				
Síntese vertical ²				

Enfim, a 2ª etapa foi o momento que nos possibilitou um confronto entre as diferentes representações dos grupos de participantes com suas ideias divergentes, convergentes, complementares e diferentes, diante do processo de refinamento e aprofundamento classificatório nos quadros, com a possibilidade de elaboração das categorias empíricas.

3ª etapa Análise final dos dados: etapa em que demos ênfase ao encontro das especificidades do objeto e a prova do vivenciado nas relações essenciais, em condições reais e na ação particular e social. A partir dos núcleos de sentidos, reagrupamos e elaboramos as categorias e subcategorias empíricas, apresentadas a seguir, vislumbrando revelar a totalidade das relações sociais e de suas descobertas:

CATEGORIA 1: ACESSO ÀS VACINAS ANTI - SARAMPO COMO DIREITO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): uma questão política, organizacional, técnica e simbólica.

SUBCATEGORIA 1: Dimensão política: participação social no acesso as vacinas como um direito no SUS.

SUBCATEGORIA 2: Dimensão econômico - social do direito à saúde: financiamento/ investimentos nas ações de vacinação anti – sarampo.

SUBCATEGORIA 3: Dimensão organizacional no direito ao acesso as vacinas anti – sarampo: a ESF como porta de entrada em vacinação no SUS.

SUBCATEGORIA 4: Dimensão técnica: das tecnologias leve-duras às tecnologias leve no SUS.

SUBCATEGORIA 5: Dimensão simbólica: representações sociais no imaginário da população no acesso à vacinação.

Em síntese, para uma melhor compreensão das etapas de análise da Hermenêutica – Dialética, apresentamos na Figura 3 o fluxograma analisador proposto por Assis e Jorge (2010 p. 155) que usaremos para operacionalizar a análise dos dados.

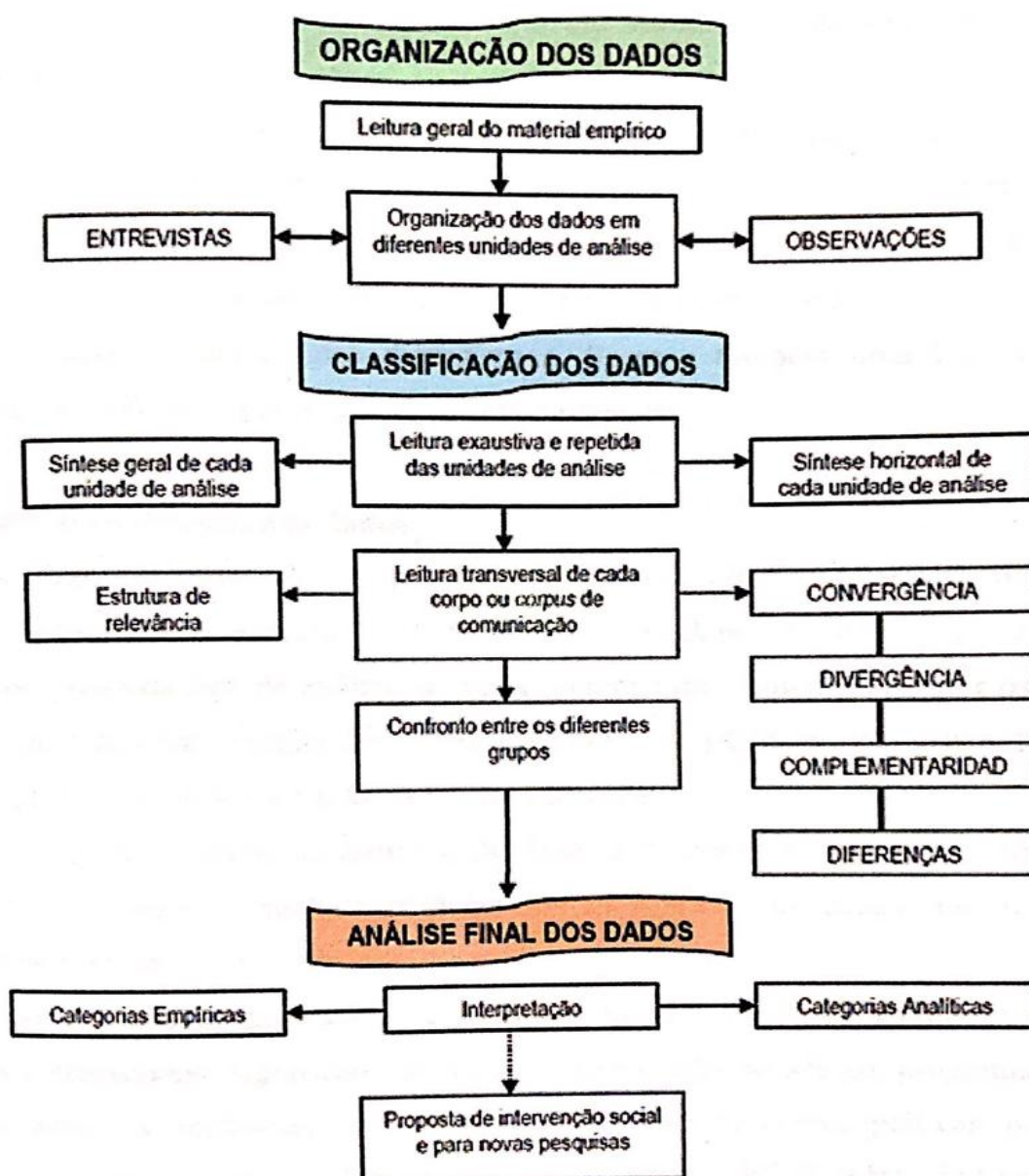


Figura 3 Desenvolvimento da análise Hermenêutica – Dialética.

Nesta fase final de análise de dados, nos embasamos em Assis e Jorge (2010), a respeito do o método de análise - Hermenêutica – Dialética, por também acreditarmos que ultrapassa o tratamento do material empírico, não configurando apenas construção formal e instrumental, como requer o Positivismo, mas uma discussão crítico – analítica e auto – crítica, que no campo da saúde vislumbra analisar qualitativamente os diferentes marcos do sistema de saúde, suas práticas, suas políticas, as representações do processo saúde – doença e sua dinâmica histórica, cultural e social.

Desse modo, a análise final dos dados possibilitou a articulação entre o material empírico – falas, observações e documentos – com os referenciais teóricos de modo a construir as categorias descritas anteriormente, respondendo às questões norteadoras propostas neste estudo, a partir dos seus objetivos.

E, para tanto, no processo de análise de dados, fizemos a triangulação da diversidade de técnicas e grupos de participantes do estudo. De acordo Triviños (2009), essa triangulação tem o objetivo básico de abranger e avançar, na medida do possível na compreensão, descrição e explicação do objeto de estudo, até porque, o uso de tal técnica significa conceber que seria impossível abordar um fenômeno social de forma isolada, sem o associar às suas raízes históricas, culturais e sem uma vinculação essencial a sua macrorrealidade social.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Em virtude deste estudo ser uma pesquisa de campo com seres humanos, seguimos a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que determina as diretrizes e normas que regulamentam pesquisas que envolvem seres humanos e prevê os riscos e benefícios aos quais os sujeitos do estudo estão expostos.

Na Resolução 466/12 a pesquisa atende a fundamentos éticos e científicos. Portanto, a eticidade diz respeito ao participante em sua dignidade e autonomia e no reconhecimento da sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, pela manifestação expressa, livre e esclarecida, ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos com uma garantia de que danos previsíveis serão evitados.

Como toda pesquisa com seres humanos o estudo tem alguns riscos como exemplo, durante a entrevista em virtude do participante manifestar incômodos relacionados aos aspectos abordados. Porém como pesquisadora asseguramos à cada entrevistada que ela teria toda

liberdade para não responder às questões que pudessem causar desconforto ou constrangimento, ou até mesmo desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem qualquer ônus para a mesma e com a garantia de apagar o material coletado anteriormente ao momento de desistência da sua participação. Para garantir o reparo e a proteção das participantes, quanto aos possíveis constrangimentos por conflitos de opiniões relacionados aos aspectos abordados durante a entrevista, a pesquisadora também assegurou apoio/ orientação psicológica especializada, de acordo com a necessidade apresentada pelo entrevistado.

Esclarecemos também aos participantes que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em revistas, congressos, seminários e outros.

Quanto aos benefícios do estudo, destacamos a sua possível contribuição indireta com as políticas públicas de saúde, valorizadas e consolidadas nos princípios e diretrizes do SUS, em prol da saúde da população com o resgate da contribuição do PNI diante da sua magnitude, e reconhecimento mundial. Além disso o estudo poderá, a partir dos seus resultados, direcionar dirigentes/gestores, trabalhadores de saúde/membros da equipe de saúde, e usuários ao planejamento estratégico e responsabilização pelas ações de gestão em vigilância à saúde.

Consequentemente, a organização da gestão dessas ações poderá subsidiar e contribuir diretamente no atendimento das demandas sociais, considerando as especificidades do fluxo de atendimento na atenção básica, nos serviços de imunização. Na oportunidade reforçamos que a relevância social da pesquisa pode garantir igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação socio - humanitária (BRASIL, 2012).

Além do mais, respeitamos a dignidade das participantes, no acesso prévio ao TCLE (Apêndice E), contendo informações sobre a pesquisa para que pudessem manifestar sua anuência à participação na mesma. As informações coletadas foram mantidas em absoluto sigilo. A coleta de dados somente teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, conforme parecer número 4.380.206 de 4 de novembro de 2020 (CAAE 38799220.0.0000.0053).

Após o parecer, entramos em campo para realização das entrevistas, observação e análise de documentos em 17 de junho de 2021 e finalizando esse processo em 01 de fevereiro de 2022. Mas, durante todo esse processo tivemos dificuldades e atraso para iniciar e finalizar a coleta de dados, visto limitações impostas pelas Secretarias Municipais de Saúde diante do quadro de pandemia por COVID 19.

Enfim, a pesquisa também atendeu a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016b) acerca das normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com

os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Ademais, dentro dos aspectos éticos da pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, o estudo reconheceu liberdade e autonomia de todos os envolvidos no processo, inclusive a liberdade científica e acadêmica, respeitando os valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como aos hábitos e costumes, dos participantes da pesquisa.

Portanto respeitamos tal Resolução, além de considerarmos o incentivo ao respeito à diversidade, à participação de indivíduos e aos grupos vulneráveis e discriminados e às diferenças dos processos de pesquisa, garantindo o empenho na ampliação e consolidação da democracia por meio da socialização da produção de conhecimento, inclusive em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada.

4 ACESSO ÀS VACINAS ANTI - SARAMPO COMO DIREITO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): uma questão política, organizacional, técnica e simbólica.

Pensar no que se diz respeito à saúde, é necessário reconhecer e assumir atitudes de prevenção, promoção e proteção a saúde que comunguem com a ciência, tanto na saúde individual quanto coletiva. Assim sendo, é essencial o fortalecimento do acesso à vacinação enquanto ação de prevenção, vinculada à atenção básica, uma das portas de entrada do SUS.

Cabe-nos destacar que a vacinação é um direito assegurado pelo SUS, e também um dever do Estado a ser cumprido pela sociedade, visando a garantia de proteção de doenças e agravos do coletivo. Portanto, o acesso gratuito aos imunobiológicos, ainda mais especificamente os de prevenção ao sarampo, é resultado da adoção de políticas públicas para o acesso universal e estratégias para distribuição e vacinação adequadas a um país de dimensões continentais como o Brasil.

Enfim, neste item, o acesso as vacinas anti – sarampo como direito no SUS e as dimensões de análise apresentadas a seguir em subcategorias oportuniza sua compreensão aos serviços e insumos, abordando desde os investimentos financeiros, questões culturais e crenças, e as representações sociais da população, com aproximação a realidade de acesso aos serviços pelos usuários e suas demandas de imunobiológicos na rede de atenção básica à saúde.

Salientamos que as convergências, divergências, diferenças e complementariedades apresentadas pelos quatro grupos entrevistados nos revelam as nuances do acesso a vacinação enquanto direito e sua estrutura dentro dos serviços do SUS a partir das seguintes dimensões apresentadas a seguir.

4.1 Dimensão política: participação social no acesso as vacinas como um direito no SUS

Para Giovanella e Fleury (1995) a dimensão política no acesso está relacionada ao modelo sanitarista – politicista, direcionado ao desenvolvimento de uma consciência sanitária e da organização popular para tomada de decisão. Destarte, Assis e Abreu de Jesus (2012) analisa que tal dimensão política do acesso busca evidenciar o comprometimento dos formuladores de políticas com o acesso universal aos serviços de saúde, incluindo os serviços de vacinação, e por isso a necessidade de pactuação entre as instancias de poder, envolvendo governo, sociedade, trabalhadores saúde, com a tomada de decisão partilhada entre os diferentes sujeitos com representação política com transparência no processo decisório.

Nesta perspectiva, a dimensão política é aqui voltada para o desenvolvimento da organização popular e consciência política (politização) para acompanhamento dos processos de tomada de decisão, autonomia, acerca dos programas de atenção a saúde, no caso, o PNI, e suas respectivas pactuações das ações de imunização. Para tanto, é importante considerar a relevância desse comprometimento político nos processos decisórios, principalmente no que tange a participação popular e seu engajamento decisão partilhada na gestão da saúde, e mais especificamente no tocante das políticas de imunização.

Como direito assegurado por lei, a vacinação é dirigida a toda população, cumprindo a obrigatoriedade de oferta dos imunobiológicos, sendo parte do calendário vacinal preconizado pelo SUS, em qualquer unidade básica de saúde no Brasil.

Mas, apesar da oferta obrigatória dos imunobiológicos, com a legislação assegurando tal direito e tratando sobre a participação social nas decisões e planejamentos das ações em imunização, não há uma participação popular, e a gestão central municipal é que determina as ações de vacinação, conforme as falas das entrevistadas GFSA2, GFSA3, GSSA4 e GSSA5:

Não, a **Secretaria que monta esquema de como vai funcionar, a população não interfere**, recebe o pacote pronto, ela já vai receber o pacote pronto, elas não participam dessa tomada de decisão, que eu saiba não, não vejo isso não. (Ent. GFSA2).

Na verdade, a Secretaria de Saúde, todas as vacinas de rotina têm que ter todos os dias em todas as unidades de saúde então independente de PSF, UBS, tem que ter a vacinação de rotina em todos os locais de segunda a sexta se funcionará sábado, sábado então o dia que tiver funcionando a unidade de saúde a vacina tem que estar em pleno funcionamento é e **a secretaria que determina isso**. (Ent. GFSA3).

A população não determina, muito embora quando a população se organiza e faz aquela solicitação, pela sua solicitação geralmente é atendida, **mas quem ordena, organiza e determina inicialmente é a gestão** (Ent. GSSA4).

Olha, a gente [SMS] tem realmente a organização planejada, e muitas vezes não é nem pela Secretaria do município, a vezes já vem até do Ministério da Saúde (Ent. GSSA5).

A legislação nacional, através da lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, assegurando a democracia com a participação da sociedade civil no controle e na gestão de políticas públicas (controle social), por meio da participação popular nos espaços dos Conselhos, das Conferências e das audiências públicas. No entanto, para Gomes e Orfão (2021), apesar dos avanços na descentralização e na democratização das políticas públicas, com a participação popular na área da saúde, os espaços institucionalizados de participação social são considerados arenas públicas de poder, de

conflitos e de negociação, que vêm enfrentando desafios que influenciam negativamente o estabelecimento de relações horizontalizadas entre Estado e sociedade.

Nesse espaço observamos uma certa disputa de poder, muitas vezes de forma desleal e desvantajosa para os representantes da participação popular, visto a tradição autoritária da gestão governamental, e junto a isso a baixa cultura participativa dos sujeitos nesse processo. Por esse motivo, entendemos que a pouca ou não participação popular nas decisões, ações, planejamentos e atividades em geral de gestão em saúde em vacinação são reflexos dos problemas ou dificuldades enfrentadas pelo controle social.

Tais dificuldades poderão desmotivar e afastar a população do seu protagonismo e direito em exercer a cidadania dentro da proposta do controle social no SUS dentro das ações em imunização. Para tanto, é importante destacar que mediante a situação exposta, a gestão municipal da saúde, aqui em destaque nas falas, aproveita as lacunas do controle social fragilizado, e determina de maneira verticalizada a execução das ações de vacinação nos serviços de saúde.

No entanto, acreditamos que somente pelo controle social efetivo teremos a autonomia dos cidadãos, o desenvolvimento de consciência crítica, o fortalecimento da cidadania e a garantia do direito à saúde. Assim, para a superação dos diversos obstáculos na disputa de poder, frente ao processo decisório da saúde, é fundamental que seja garantida a pluralidade dos membros e critérios transparentes em sua escolha.

Além disso, é importante conhecer as ações a serem desempenhadas por cada membro participante do processo, mantendo um compromisso dos conselheiros e o desenvolvimento de gestão transparente. Uma gestão transparente que consiste na definição de atividades a serem exercidas por cada participante, quais as implicações possíveis seriam resultado das decisões tomadas e os desafios a serem enfrentados para seguir nessa caminhada. Para tanto, é importante lembrar que frente a tais decisões e participação delas da gestão na saúde, e em especial, nas decisões em vacinação, os trabalhadores de saúde também fazem parte do processo e revelam muitas das necessidades existentes nos serviços de imunização.

Ademais, as trabalhadoras de saúde TFSA9, TFSA12, TSSA19 e TSSA20 reafirmam que a população, de fato, não participa diretamente das decisões e ações de gestão em saúde ligadas a imunização, e que todas as decisões e ações em vacinação são programadas e determinadas pela SMS:

A população não participa; a as decisões já vem prontas, o cronograma já vem pronto; é passado para a gente a gente executa. A gente só faz comunicar para população como é que vai ser aplicada as ações (Ent. TFSA9).

A população não participa, a Secretaria de Saúde é que determina como é que vai ser feito, qual o público vai atingir, qual o público que a gente vai vacinar, sempre já vem determinado por ele sim (Ent. TFSA12).

Não há participação popular. É exclusivamente pela Secretaria, nem nós aqui profissionais tem o poder de definir o que vai ser, multivacinação que é campanha mais recente agora, que todo mundo entendeu que todas as unidades iriam abrir, para, mas não foi assim, aqui mesmo não abriu, e aqui a sala de vacina estava fechada por muito tempo, aqui ficou fechada uns dois meses sem funcionar para nada, nenhum tipo de vacina, porque **o secretário determinou que seria assim,** então assim a gente não tem poder nenhum, nem a comunidade, nem os profissionais de saúde, é exclusivo da secretaria (Ent. TSSA19).

Olha, **normalmente vem da Secretaria** não é, até a gente mesmo não, não tem como interferir muito nisso, porque por exemplo eles criam um dia D e a gente não tem como; a gente tem que seguir aquele programa que a Secretaria diz, não que a gente concorde, mas infelizmente a gente não tem autonomia para dizer (Ent. TSSA20).

Percebemos então que as trabalhadoras ratificam a não participação popular nas decisões de saúde voltadas à vacinação, como também a centralização da gestão no poder municipal. Além disso, enfatizam questões hierárquicas no funcionamento das salas de vacina, com decisão centralizada no gestor, o que fragiliza a autonomia dos profissionais de saúde no processo de trabalho em vacinação e dificulta o acesso da população.

Ainda nessa perspectiva, a fala das usuárias UFSA25, UFSA26 e USSA30 são convergentes a essa situação que não há participação popular na gestão e nas decisões sobre vacinação, apenas SMS e equipe de saúde determinam as ações (dias, horários e ações de vacinação):

Eu acredito que seja a equipe com a Secretaria de saúde, a comunidade ela vai se adaptar para esses horários e esses dias semanais que disponibiliza para a gente, mas é a Secretaria com a equipe do posto de saúde, né? Eu acredito que a comunidade ela queria um 24 horas, a gente mãe que trabalha fora com certeza ia ajudar bastante, nem sempre ia precisar incomodar uma mãe, um avô para trazer né? (Ent. UFSA25).

Acho que não, a comunidade não, **são eles lá mesmo, sabe por que, aqui o posto ele tem o horário de funcionar, tem os dias,** entendeu? Então não é a população, eles (secretaria/equipe) lá que determina (Ent. UFSA26).

Acho que a secretaria de saúde, que chega e determina e nos postos tem a campanha. (Ent. USSA30).

Para as trabalhadoras de Saúde TSSA16 e TSSA17 os usuários não participam das decisões relacionadas as ações de vacinação e que as equipes de saúde da família são responsáveis apenas pela organização/ operacionalização das ações nas áreas:

É a gente que organiza, **a população não participa não**, os agentes comunitários que dão esse apoio, que são da comunidade, mas que são trabalhadores de saúde estão aqui como trabalhadores, eles ajudam a gente ter essa dimensão e a organizar, mas a população, usuário em si não, não faz essa participação (Ent. TSSA16).

A **própria Secretaria de Saúde junto com a equipe** é que determina essas ações. Não, não há participação popular (Ent. TSSA17).

Ainda a respeito sobre a não participação popular e centralização das decisões na gestão municipal e as implicações dessa problemática no acesso a vacinação, refletimos que o fato da população não participar ativamente da gestão da saúde, mais especificamente do setor de imunização, permeia pela sujeição da comunidade ao denominado “pacote pronto” das ações em vacinação, onde os usuários são obrigados a adequar-se a organização dos serviços e ter acesso a vacinação dentro da determinação e planejamento prévio das rotinas de atendimento e ofertas da gestão municipal da saúde, implicando negativamente no direito ao acesso da população as vacinas no SUS.

Nessa perspectiva de “pacote pronto”, as ações em saúde e serviços ofertados pelo SUS são planejados, organizados e executados dentro da conveniência das instâncias gestoras, deixando a cargo das equipes de saúde a responsabilidade de centralizar as decisões locais relacionadas a vacinação

Às vezes, por desmotivação ou desmobilização social, avaliamos uma relação de poder entre representante governamental e representante social em desequilíbrio, partindo da lógica que a omissão e submissão por parte da sociedade em pouco participar, gera espaço para o autoritarismo governamental em tomar para si o monopólio das decisões a adequar os serviços de vacinação as suas conveniências, o que fragiliza o direito ao acesso.

Na discussão sobre as questões de relação de poder entre os sujeitos que protagonizam esse processo de decisão e gestão, associamos ao conceito de Foucault (2007) sobre a microfísica do poder atua no cotidiano. A microfísica atua nas relações cotidianas enquanto relações de poder, pois ao contrário de entender o poder a partir de uma lógica de repressão, exclusão e censura, como comumente entendemos, Foucault nos propõe observar um poder que antes de repressor, mas que pode ser produtor.

Para o autor, tal poder que produz as maneiras de viver, os saberes, elege o que é importante, é um poder produtor de diversas realidades, pois a cada relação de espaço, de saberes, de mídia, de sujeitos, sempre haverá uma relação de poder, que não se configura como um poder central de submissão, mas aquele presente entre os povos e nas práticas cotidianas de

cada coletividade. Ele define o poder enquanto uma ação sobre outra ação possível, ou seja, o poder não é substância ou faculdade, mas sim, a própria execução.

Assim, a micropolítica do poder na saúde é entendida como o processo de produção de subjetividades a partir das relações de poder e é considerada decisiva para se pensar a gestão, a produção do cuidado e a formação na área da saúde. Neste sentido, na relação de sujeitos protagonistas, sendo eles usuários e gestores do SUS, o fortalecimento da representação popular significa inibir a força repressora que é tendência nos representantes da gestão, produzindo novas realidades de práticas mais democráticas na saúde.

Logo vemos que, uma participação social efetiva na gestão da saúde constitui uma forma de fortalecer o SUS, requerendo que os diferentes segmentos sociais exerçam oposição a práticas hegemônicas em saúde, questionando as ações por conveniência que atrapalham o acesso e exigindo melhorias dos serviços que ofertam vacinação (ROLIM, CRUZ, SAMPAIO, 2013).

Entretanto, segundo Gomes e Orfão (2021), estudos apontam que, o que influencia negativamente o desempenho do controle social na saúde é a escassa participação dos representantes do segmento de usuários nos colegiados de gestão; a falta de conhecimento dos desses atores sociais a respeito do controle social, que, conseqüentemente resulta em comportamentos de omissão ou até mesmo de conformismo; o escasso conhecimento sobre legislação e questões da saúde; o medo de se posicionarem nas reuniões e sofrerem represálias e punições; e por fim as fortes influências políticas, disputas entre os conselheiros de saúde, prevalecendo, eventualmente, práticas autoritárias e revanchismo político, desconsiderando assim os interesses coletivos.

As USSA29, USSA31 e USSA32 ressaltam que as equipes de saúde são as responsáveis pela tomada de decisão nas ações de imunização, conforme algumas falas a seguir:

É o posto. Sim, porque tipo, eu chego aqui e pergunto vacina até que horas eles falam até quatro horas, então acho que **é uma decisão do posto né?** (Ent. USSA29).

Porque não é a gente quem decide não, **é aqui que decide**, porque eu nunca vi a gente tendo uma opinião referente essas coisas, entendeu? (Ent. USSA31).

Acho que a equipe de saúde, porque aí se o posto estiver dando a vacina, a gente vai ficar sabendo, a gente vem e pergunta, se tiver tomado vacina a gente pega e vem tomar (Ent. USSA32).

A vacinação nacional tem todo seu planejamento orientado com fulcro na Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia

em saúde no âmbito do SUS. As atividades desenvolvidas em sala de vacinação na atenção básica são de responsabilidade da equipe de enfermagem treinada e capacitada para os procedimentos de manuseio, conservação, preparo e administração, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de vacinação.

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b) as profissionais de saúde envolvidas no processo da vacinação participam da avaliação e compreensão da situação epidemiológica da área de abrangência na qual o serviço de vacinação está inserido. Frente a esse processo, as profissionais estabelecem prioridades e alocam recursos para vacinação da comunidade. As demandas da comunidade em vacinação se apresentam de acordo com o estabelecimento do calendário nacional de vacinação de rotina, constituído por ciclos de vida e grupos prioritários.

Tudo até aqui descrito faz parte do planejamento das ações relacionadas a vacinação nas unidades básicas de saúde. Percebemos que todo passo a passo, desde a organização das demandas até a execução da vacinação, é realizado pela equipe de saúde, mais especificamente a equipe de enfermagem responsável pelas atividades em sala de vacina. Em nenhum momento nesse processo há, mesmo que minimamente, a participação da população no sentido de opinar quanto a melhores alternativas de organização das demandas para a oferta de vacina.

Observamos que todas as decisões sobre as ações de vacinação estão sob responsabilidade das equipes de saúde, mais especificamente a equipe de enfermagem. Vale relembrar que mediante essa atitude das equipes, sob gestão das Secretarias de Saúde, reforçam o conceito de “pacote pronto” das ações em vacinação, no sentido da população já está acostumada a aceitar a programação estabelecida pelos serviços de saúde. Salientamos que de acordo UFRGS (2023), a redução na adesão à imunização acompanhada da fragilidade na infraestrutura dos serviços de saúde em vacinação tem potencializado os problemas de políticas públicas em saúde, e por esse motivo, é essencial que a participação social no processo da gestão continue militando por melhorias a todos os cidadãos brasileiros.

Uma visão divergente das demais é explicitada nas falas das GFSa1 e GFSa2 ao sinalizar a participação social nas demandas do serviço imunização nas ações dirigidas “espécie de ouvidoria”, canal de atendimento da SMS para recebimento de denúncias, reclamações, e orientações da unidade:

Uma espécie de Ouvidoria, justamente isso que eu ia falar, o é à Ouvidoria né que **recebem também reclamações, recebe também algumas orientações da comunidade** e quando é algo que se refere à vacinação elas também passam para a gente por meio de ofício né, então se há realmente alguma reclamação ou alguma

orientação da unidade referente a vacinação a gente dá esse livre acesso para a população, a gente tem um telefone que está sempre a gente tá sempre atendendo, sempre tirando dúvidas (Ent.GFSA1).

Nós temos nossa ouvidoria, nós temos a Ouvidoria, assim, que qualquer usuário **pode se dirigir a ela pra poder fazer uma denúncia ou citar algo que não agradou**, algo que, que não concordou, algum mau trato, alguma coisa e isso fica aberto a qualquer usuário que queria vir aqui certo fazer isso, que eu saiba só se for mesmo a ouvidoria, é, para vir a secretaria existe a ouvidoria (Ent. GFSA2).

A ouvidoria no SUS é o departamento responsável por receber reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações dos usuários dos serviços e atendimentos prestados pelo SUS, sendo seu principal objetivo garantir e ampliar o acesso dos usuários à busca efetiva de seus direitos em saúde, funcionando como ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social (BRASIL, 2023c).

Ao definir as Ouvidorias do SUS como unidades administrativas no âmbito dos governos federal, estadual e municipal, cuja função é viabilizar os direitos dos(as) dos usuários dos serviços de saúde de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a) ressalta ainda que sua ‘função’ é intermediar as relações entre a população e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles com fortalecimento da cidadania em saúde e promoção de informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão.

Para tanto, compreendemos que mediante a baixa participação popular nas instâncias colegiadas para um controle social mais efetivo, como definido anteriormente, o único canal de acesso facilitado para participação popular, mas ele se limita, na maioria das vezes, a exercer uma espécie de “canal receptor” de denúncias, são as Ouvidorias.

Nas duas falas são citadas (GFSA1 e GFSA2) a Ouvidoria como canal para receber denúncias dos usuários, o que possivelmente deve representar a realidade do setor.

Com isso a população, de maneira geral, não encontra nessa Ouvidoria, muitas das vezes, uma garantia do direito ao acesso a saúde, sendo esse direito relacionado por exemplo as questões ligadas a vacinação. Não tendo isso, pensamos numa fragilidade de relação entre gestores do SUS e cidadão, deixando mais uma vez a cargo desses gestores o monopólio da tomada de decisão na gestão da saúde.

Para além do atendimento em Ouvidoria como participação única da população nas ações ligadas à imunização, GFSA1 complementa que essa participação pode ocorrer de forma presencial, diretamente no setor de imunização da SMS:

A gente tem na realidade a gente fornece acessibilidade né, as pessoas, tanto aqui no programa de imunização, seja por meio de telefone ou até mesmo é presencialmente, essa oportunidade das pessoas estarem relatando algo que esteja incomodando ao que esteja errado ou que elas consideram né que não esteja certo referente a vacinação (Ent. GFSA1).

Ainda dentro dessa lógica, a entrevistada Gi7 complementa a fala anterior com uma opção de participação popular inovadora, por meio das redes sociais ou canais online de acesso das Secretarias de Saúde:

Hoje em dia também com essa questão das redes sociais o acesso tem sido bem mais direto, então há esse canal de comunicação também, por exemplo da Secretaria Estadual de Saúde com um seguidor em uma rede social isso tem acontecido bastante também (Ent. Gi7).

As redes sociais, de acordo Silva, Ribeiro e Silva (2018) representam importantes contextos existenciais e das relações, em que os usuários por meio da conectividade expõem suas reações, opiniões e comentários, com acesso rápido e facilitado. Neste sentido, elas podem se configurar como ferramentas a serem utilizadas pela gestão do SUS para se comunicar com a população e divulgar recomendações e informações sobre a saúde.

Todavia, a relação entre os usuários e os gestores do SUS nas redes sociais é um importante campo temático na análise do comportamento social, que poderá auxiliar o poder público e sua gestão no desempenho de um serviço de qualidade mediante sugestões e solicitações dos usuários (FERREIRA; FAGUNDES; CAMARGO, 2017). Vemos assim que as redes sociais representam uma nova dimensão na atenção à saúde, configurando-se como potente ferramenta para gerar colaboração entre a população e os serviços de saúde.

Mediante a fala de Gi7, verificamos que a gestão estadual e municipal da saúde já apresenta moldes desse contexto inovador, utilizando dessa ferramenta digital que são as redes sociais para canal de comunicação direta com a população, na perspectiva de levantar necessidades e sugestões para a tomada de decisão na gestão do SUS. De certa forma, isso tem contribuído com a aproximação da população ao processo decisório de gestão do SUS, porém ainda de forma tímida e não oficial ou não institucionalizada, o que não garante a efetivação das decisões dentro de suas necessidades para garantia do acesso à saúde e vacinação enquanto direito no SUS.

Para tanto, as Gi7 e Gi8 se reportam a participação popular a respeito da gestão das ações de imunização mantendo um diálogo com a população, envolvendo as três esferas de

governo, com uma participação popular efetiva, por meio dos Conselhos de Saúde, para mudar a política e traçar diretrizes no programa de imunização:

Sim, **a gente tem diálogo com a população no âmbito do conselho estadual de saúde**, que tem a representatividade dos usuários do sistema, então nesse âmbito a gente tem esse diálogo e o tema imunização tem sido pautado com certa regularidade aqui no estado da Bahia (Ent. Gi7).

Então a política ela precisa partir primeiro que com relação à vacina a gente precisa ter vacinas, e vacinas ela é de aquisição da esfera federal, então toda **a ação de vacinação toda ação de imunização normalmente ela envolve as três esferas de gestão**, que a gente precisa de ter quantidade de imunizantes suficiente para atender determinado público. A gente precisa entender que **a população ela participa dessas ações, a população é quem traz essas diretrizes, são os conselhos que levam as demandas** para se discutir e se operacionalizar, então você tem por exemplo, e isso não surgiu do nada, você tem definições e estratégias que são exatamente levadas por conta das demandas populares, então se você tem uma análise de grupo vulnerável você vai ter a população de situação de rua como elegível para a vacinação, mas isso porque, porque é uma demanda da população (Ent. Gi8).

Tal destaque dado aos Conselhos de Saúde, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados por representantes governamentais, prestadores de serviços de saúde, profissionais da saúde e usuários, eles ‘atuam’ na construção de estratégias para o controle da execução das políticas de saúde na gestão do SUS, mais especificamente direcionadas aos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2003). Os Conselhos podem romper com as tradicionais formas de gestão, oportunizando a ampliação dos espaços de decisões e ações do poder público, espaços esses mais democráticos e que capacitam os sujeitos sociais para uma participação mais ampla na gestão da SUS, mantendo a interlocução ético-política com o Estado (NEMRE *et al*, 2009).

Mediante ao exposto, percebemos nas falas das informantes chave Gi7 e Gi8 que a participação popular não está totalmente exclusiva do processo de gestão e tomada de decisão dentro do SUS. As falas sugerem que os usuários dialogam com as instâncias gestoras nos espaços colegiados, trazendo suas demandas e opiniões acerca das ações em saúde ofertadas pelos serviços do SUS. Nesses espaços as representações populares estão munidas de “empoderamento” assegurado por lei, para opinar dentro dos processos decisórios de gestão no SUS, incluindo nisso as questões relacionadas a vacinação.

Entretanto, nas realidades estudadas vimos que, apesar de assegurada na lei, a participação popular nos espaços de gestão do SUS, não dão garantias de uma efetividade desse controle social no processo. Dificuldades e desafios relacionados à fragilidade de conhecimento

dos representantes da sociedade civil, muitas vezes os intimidam e acabam favorecendo as decisões direcionadas pelos representantes da gestão.

Neste sentido, Gomes e Órfão (2021) afirmam que as instâncias colegiadas, espaços de gestão participativa do SUS funcionam como órgãos de “enfeite”, reduzindo os CLS a meros legitimadores de políticas públicas elaboradas pela gestão. Para tanto, a fim de solucionar questões como essa é fundamental ter conhecimento e acesso à informação por parte dos conselheiros representantes da população, ampliando sua capacidade de argumentação nesses espaços deliberativos. Apesar da capilaridade proposta pelos CLS na tentativa de levantar das reais demandas de vacinação no SUS, o direito ao acesso à vacinação ainda carece de outras medidas que potencializem a participação social no processo decisório de imunização do SUS.

Frente aos fatos aqui reportados, sobre a não participação social nas discussões, decisões sobre imunização para GSSA5 as organizações populares, como conselhos comunitários, responsáveis pela participação popular direta na gestão da saúde, estão fragilizados o que, consequentemente, prejudica o controle social:

No entanto a gente tem, não é, como é que chama, o comunitário, alguma coisa comunitário, os **conselhos comunitários de saúde**, só que acontece é o seguinte, a gente tinha os conselhos, que cada dia mais a gente observa também que estão muito fragilizados, com a baixa participação popular, não é, e aí isso também é um entrave, não é, nesse sentido do engajamento da população, então a gente tem esse prejuízo, essa lacuna, onde esses conselhos estão enfraquecidos (Ent. GSSA5)

De acordo com a Fiocruz (2023a), as dificuldades têm sido enfrentadas pelo controle social do SUS, frente a gestão participativa na saúde, dificuldades essas que são as mesmas há pelo menos 15 anos e que fragilizam a atuação das instâncias participativas de representação popular. Dificuldades como a falta de qualificação técnica e política dos representantes conselheiros, além do descontentamento desses atores sociais que alegam enfrentar pressão dos gestores do SUS o que, consequentemente, resulta em uma correlação de forças diferente e desfavorável para quem representa a população.

Ademais, acreditamos que as dificuldades enfrentadas nesse contexto desestimulam a população, resultando na baixa participação popular nos espaços institucionalizados de gestão do SUS como os Conselhos de Saúde. Essa baixa participação popular nos espaços institucionalizados, no que se refere a gestão em saúde, se aplica também ao setor de Imunização, fragilizando a relação da tomada de decisão sobre as questões relacionadas à vacinação e, consequentemente, o que limita o acesso à vacina como direito no SUS.

Entretanto, para responder a problemas como esses a mobilização social e a organização política da população é o caminho, permeando pela construção do interesse público na gestão da saúde, o que irá possibilitar a formação de uma política propriamente pública. Para Fiocruz (2023a) não existe outro caminho para mudar essa realidade que não seja por meio da organização popular, pois a participação e o controle social são as atividades que podem confrontar o núcleo duro do poder dos gestores governamentais.

Cabe aqui destacar que a programação das ações de vacinação e a manutenção de adequadas coberturas vacinais requerem o conhecimento do histórico de vacinação, seja entre trabalhadores de saúde (equipe), seja entre usuários do serviço de vacinação. Esse conhecimento compartilhado influencia no fortalecimento dos saberes entre a população, o que faz com que participe mais ativamente das decisões e contribua de forma estratégica com o planejamento das ações em vacinação.

Dessa forma acreditamos que o acesso à vacinação se tornaria mais próximo do ‘ideal’, diante de uma população mais sensível à sua importância, e com serviços de saúde que ofertam vacinas dentro das necessidades e ajustes necessários sinalizados pela população.

Para tanto, o direito ao acesso a vacinação, mais especificamente vacinação anti-sarampo, não somente requer uma melhor participação da população na gestão das suas ações, como também carece de investimentos/ recursos qualificados para atender as demandas sociais. A seguir trazemos uma análise sobre a dimensão econômico – social do acesso à vacinação enquanto direito no SUS.

4.2 Dimensão econômico - social do direito à saúde: financiamento/ investimentos nas ações de vacinação anti – sarampo.

Neste estudo, a análise da dimensão econômico – social se refere aos investimentos e recursos financeiros destinados à rede pública de atenção a saúde, particularmente os investimentos direcionados ao Programa de Imunização para atender as demandas e vacinação da população relacionadas à prevenção do sarampo. Além disso, tal dimensão também está relacionada a barreiras econômicas e físicas que interferem no direito ao acesso a vacinação na rede SUS.

Assim, considerando as falas das GFSA1, GFSA2, GSSA4 e GSSA5 elas convergem que houve investimentos para vacinação de rotina, incluindo vacinação anti – sarampo, onde o município em que atuam profissionalmente recebeu do Ministério da Saúde recursos financeiros para ampliar e assegurar a vacinação de rotina:

Isso é específico de vacinação tríplice viral ou geral? Acredito que sim, **existem investimentos**, é né? Então, todas as demais vacinas a gente não tem nenhum problema, nem de recebimento do Núcleo Regional e nem do nosso fornecimento para as unidades de saúde, a gente entende como sua pergunta que o município tem recebido sim investimentos (Ent. GFSA1).

Eu acredito que sim, **existem sim investimentos**. Eu creio que permanecem sim os recursos vindo para o município (Ent. GFSA2).

Sim, **os recursos existem** e eles chegam nos municípios, agora é uma questão muito de gestão, né, tanto a nível municipal, quanto a nível federal também (Ent. GSSA4).

Eu **acredito sim nos investimentos**. Existe um empenho em toda a dificuldade de recursos financeiros, a gente vê que existe um empenho porque existe esse fim, porque a gente vê que é um programa que dá o resultado, você tem um retorno, você vacina e você consegue controlar a doença, quando não erradicar, né? Então assim, diante disso, vem sendo investido sim, talvez não seja ao passo que a gente gostaria, ao passo que a gente gostaria que avançasse, que chegasse, mas assim, está sendo um investimento, está acontecendo (Ent. GSSA5).

Também são convergentes as falas das Gi6 e Gi8 a respeito dos investimentos financeiros em vacinação, complementando ainda com a ampliação dos níveis de cobertura e do calendário vacinal:

Então até 2020, não, até 2019, início de 2020, nós **tivemos muito investimento** nessa área de imunização, em relação à questão da disponibilidade maior de imunos para ampliar a cobertura, e intensificar a cobertura em várias faixas etárias (Ent. Gi6).

Sim, houve investimentos, eu acho que as ações de vacinação elas vêm sendo sempre ampliadas de uma maneira geral, então são dezenas de vacinas que são oferecidas no calendário e além do número de oferta de imunizantes no calendário básico a cada ano tem novos imunizantes (Ent. Gi8).

Quanto as trabalhadoras de saúde TFSA9, TSSA18 e TSSA20, também há convergências em suas falas sobre a existência de bons investimentos no serviço de vacinação, explicitadas nas falas a seguir:

Olha, até aqui dentro do meu conhecimento até aqui eu acho que sim, **houve investimentos**, porque a gente não tem nenhum registro assim que a criança ficou sem vacinar porque a vacina não chegou, a criança não teve o acesso às vacinas (Ent. TFSA9).

Eu acredito que sim e eu digo a você não conheço outros países, mas eu tenho uma grande admiração pela vacina do Brasil, **o Brasil é um país que investe em vacina**, ele está de parabéns, eu não reclamo não (Ent. TSSA18).

Em termos de investimento, eu acredito que são boas, porque **os investimentos são bons**, sempre tem vacina (Ent. TSSA20).

Assim como as falas das UFSA23, UFSA24, USSA28 e USSA29 reforçam essas afirmações quanto a existência de investimentos na vacinação:

Sim, porque assim a secretaria que manda, é ainda tem que esperar pela secretaria mandar para posto de saúde, **tem investido bastante na vacina de rotina de crianças** tem investido muito (Ent. UFSA23).

Eu acredito que sim, **o Ministério tem investido muito**, sim eu acredito que o investimento está muito bom, televisão. Hoje a gente tem acesso à internet que é o meio principal para a gente ter esse conhecimento e temos a orientação da Agente de Saúde né, que deixa a gente informado quanto a vacinação (Ent. UFSA24).

Eu acho que sim, **existem investimentos**, não é, porque toda vez que eu vinha tinha a vacina para vacinar então acho que sim. Todas as vezes que eu vinha vacinar sempre eu vacinava eles [filhos] (Ent. USSA28).

Eu não tenho o que dizer porque assim como eu falei, para mim nunca falta, entendeu? Toda vez que eu vou tomar qualquer tipo de vacina sempre tem. Sim, da minha parte sim, **existe investimento**, eu acho que sim (Ent. USSA29).

Atualmente, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2023d), o PNI faz parte do Programa da OMS, que recebe apoio técnico, operacional e financeiro da UNICEF e contribuições do Rotary Internacional e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, alcançando consideráveis avanços ao consolidar a estratégia de vacinação nacional, frente aos investimentos que tem recebido ao longo de sua história. Dentre suas metas mais recentes estão contempladas a eliminação do sarampo e do tétano neonatal.

De acordo com a OPAS (2023c) os investimentos em saúde pública devem continuar em crescimento, para melhorar os serviços de atenção básica mais prejudicados com a pandemia, incluindo os programas de vacinação de rotina. Nesse sentido é importante destacar que o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo quantitativo de políticas de saúde pública destinadas ao setor de imunização.

Tal reconhecimento é resultado de um investimento histórico ao longo dos anos, na construção de um sistema no qual convergiram interesses políticos, econômicos, científicos e culturais. Porém, infelizmente nos últimos anos a cobertura vacinal contra muitas doenças imunopreveníveis caiu consideravelmente, principalmente no público infantil. Além disso, os investimentos em grandes campanhas de comunicação, que foram tradicionalmente destacadas pela simbologia do Zé Gotinha, encolheram na mesma proporção (UFRGS, 2023).

O PNI, diante dos investimentos recebidos durante anos tem avançado no sentido de proporcionar melhorias na qualidade de vida da população com a prevenção de doenças. O Calendário Nacional de Vacinação contempla não apenas crianças, mas também adolescentes,

adultos, idosos, gestantes e povos indígenas. No total, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2023d), são disponibilizadas na vacinação de rotina 19 imunobiológicos, cuja proteção tem início nos recém-nascidos, podendo se estender por toda a vida.

Considerado como um dos maiores programas do mundo, o PNI do Brasil totaliza uma oferta de 45 diferentes imunobiológicos (incluindo os de caráter especial) para toda a população, havendo vacinas destinadas a todas as faixas-etárias e campanhas anuais para atualização da caderneta de vacinação (BRASIL, 2023d). Percebemos assim uma significativa oferta de imunobiológicos, com variedade de cobertura por tipo de imuno e faixa etária relacionada, caracterizando assim os relevantes investimentos no setor de imunização nacional ao longo dos anos.

Tais investimentos foram responsáveis pela ampliação do acesso à vacinação e, conseqüentemente, a seguridade do direito em se vacinar por toda população. Consideramos assim como uma facilidade dentro do direito ao acesso a vacina, os investimentos até aqui destinados ao PNI, com ampla disponibilidade de cobertura vacinal.

Além disso, a produção nacional de imunobiológicos na atualidade é realizada em sua totalidade por produtores públicos nacionais que, incentivados pelo Programa Nacional de Autossuficiência em Imunobiológicos (PASNI), usam de estratégias de transferência de tecnologia para a ampliação de seus portfólios e capacitação na produção de vacinas demandadas pelo PNI (GADELHA; BRAGA; MONTENEGRO, 2020).

Nosso país obteve êxito ao implantar uma base produtiva de vacinas que tem sido essencial para garantia do acesso universal à vacinação. Porém, para Gadelha, Braga e Montenegro (2020) os esforços para inovação tecnológica ainda são insuficientes para o atendimento das demandas. Por isso, o principal desafio é buscar estratégias, além das já adotadas, que vinculem a base produtiva nacional e demanda pública em vacinação, alcançando a capacidade de inovação (GADELHA; BRAGA; MONTENEGRO, 2020).

Neste sentido, os investimentos em vacinação, desde a produção até a distribuição nos serviços e aplicação nos usuários, foram minimamente garantidos ao longo dos anos e trouxeram resultados significativos frente ao direito no acesso à vacinação. O Brasil por muitos anos vem incentivando a produção nacional em larga escala, para garantir ao menos sua demanda local de vacinação. Tudo isso tem sido resultado da existência de bons investimentos lançados ao PNI.

Assim, reconhecemos que como resultado da existência dos bons investimentos em vacinação, a população brasileira tem acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela OMS incluindo imunizantes direcionados a crianças, adolescentes, adultos e idosos. Ao todo

contamos com mais de 20 tipos de vacinas, com recomendações e orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e indígenas (MASSARANI; LEAL; WALTZ, 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde é responsável pela política nacional de imunizações, com um investimento em saúde visivelmente com excelente custo x efetividade, pois milhões de mortes tem sido evitadas ao longo de sua história, assim como o risco de adoecimento, agravamento das doenças e até mesmo incapacitações. O sucesso em seus resultados é reconhecido mundialmente, servindo de referência para outros países e comunidades acadêmicas (RADIS, 2021).

Por esse motivo, reafirmamos que os investimentos destinados ao PNI para ampliação do acesso à imunização no Brasil foram responsáveis por grandes conquistas frente aos indicadores de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis no país. Na dimensão econômico-social sobre direito à saúde os investimentos destinados a vacinação em geral, incluindo a vacinação anti-sarampo foram positivos dentro das perspectivas de facilidades ao acesso a vacinação.

Segundo a GFSA1 o município não enfrentou o desabastecimento de vacina anti – sarampo e não teve problemas em atender as demandas dos usuários, uma vez que os investimentos e recursos financeiros foram destinados e mantidos ao setor de imunização do município:

Tem algum tempo que **a gente não passa por esse processo de desabastecimento**. Referente a demanda de vacina, a quantidade de vacina, a gente não tem enfrentado nenhum problema, **o programa de imunização tem recebido as vacinas**, a gente teve um período de desabastecimento, da vacina pentavalente, mas como eu disse foi um desabastecimento nacional, não foi a nível municipal, então não foi um problema na realidade do município (Ent. GFSA1).

Uma realidade que é reforçada pela GSSA5 que mesmo com investimentos reduzidos, o PNI é um ponto forte na Saúde Pública, ao trazer resultados rápidos, efetivos e ampliar a oferta de vacinas:

Com toda a crise que a gente vai falar da saúde, de **investimentos cada vez mais reduzidos para a saúde, a gente ver que a imunização ainda continua sendo um ponto forte da saúde pública**, tanto que, com toda a dificuldade que a gente está vivenciando, está sempre aparecendo, sendo incluído uma vacina nova do calendário. Então é um programa de saúde pública que você tem um resultado rápido e efetivo (Ent. GSSA5).

Contudo, para a GFSA3, diferentemente das demais falas os investimentos para vacinação foram destinados às campanhas de vacina anti – sarampo, apesar das campanhas, serem focadas à multivacinação, mas nos últimos anos a campanha foi direcionada ao combate do sarampo: “A gente tinha aquela **multivacinação, e aí de uns 3 anos para cá**, a gente está tendo com uma campanha mesmo, **não é, da tríplice viral**” (Ent. GFSA3).

Salientamos que, um dos motivos para o retorno do sarampo são as baixas coberturas vacinais de tríplice viral das crianças no Brasil. Essa queda na cobertura vacinal provoca o aumento no número de pessoas suscetíveis a doença e, conseqüentemente, ao reaparecimento da doença, que foi o ocorrido em 2018 na região Norte do país. As coberturas vacinais da tríplice viral registraram índices insuficientes desde 2017 (FIOCRUZ, 2023c).

De acordo com o Relatório de Gestão do município de Feira de Santana 2020 (DOC. 6), a cobertura vacinal de tríplice viral em crianças menores de 1 ano em 2020 no município de Feira de Santana foi de 47,63%. O relatório demonstra que todas as vacinas em menores de um (1) ano não alcançaram a cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) no município nesse ano de 2020. Essa baixa cobertura é reflexo do receio das pessoas em frequentarem unidade de saúde devido a Covid-19. Foram realizadas várias estratégias para alcance de metas, mas não se obteve êxito (FEIRA DE SANTANA, 2020).

O Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025 do município de Salvador, no período de 2010 a 2020 (DOC. 5) mostrou que o CIEVS de Salvador monitorou 26.676 eventos de saúde pública, incluindo surtos, epidemias e pandemias, atingindo 100% do indicador preconizado na programação anual de saúde. Em 2018, o CIEVS apontou Situação de alerta para o sarampo, mediante as quedas nas coberturas vacinais, e em 2019 investigou possíveis casos de Sarampo no município, montando uma sala de situação sobre o sarampo e considerando a doença com uma das 13 doenças com maior magnitude e/ou relevância do grupo de notificação imediata (SALVADOR, 2022).

O êxito das Campanhas de Vacinação contra a varíola na década de 1960 mostrou que a vacinação em massa tinha o poder de erradicar a doença, com o objetivo motivar a população a tomar todas as vacinas do calendário de imunização de rotina e as contra a COVID-19 e gripe, de modo a garantir a proteção coletiva e salvar vidas (BRASIL, 2023d).

Relembramos que após a identificação das baixas coberturas vacinais na infância, principalmente as relacionadas a vacinação anti – sarampo, e o retorno da circulação da doença em nosso país, o PNI tem realizado as campanhas de multivacinação, com objetivo de atualização do cartão vacinal de crianças menores de cinco anos, e as campanhas de seguimento

contra o sarampo, com objetivo de atualizar os atrasos vacinais de tríplice viral em crianças e vacinação também do público adulto (trabalhadores de saúde) (BRASIL, 2023d).

Na realidade, houve também um maior investimento em vacinação em virtude da reintrodução do vírus no Brasil, mas no período pós pandemia COVID 19 teve uma queda nesse investimento:

Houve um investimento importante no momento em que se teve a reintrodução do vírus do sarampo no país, então todo o movimento a nível nacional, principalmente mobilizado pelo PNI, para ampliação dos níveis de cobertura vacinal. Sim, o investimento teve queda pós pandemia, porque o movimento foi estacionado então a gente não teve mais a nível nacional esse movimento de intensificação da vacinação como vinha acontecendo até anteriormente a pandemia (Ent. GI6).

Portanto, a campanha de seguimento contra o sarampo, enquanto estratégia de vacinação indiscriminada, representa oportunidade adicional para captar crianças não vacinadas ou que não obtiveram resposta imunológica satisfatória à vacinação, minimizando o risco de adoecimento desses indivíduos e, conseqüentemente, reduzindo ou eliminando os bolsões de não vacinados.

Concretamente, as coberturas vacinais municipais ainda são heterogêneas no Brasil, favorecendo a formação de bolsões de não vacinados e a ocorrência de novos surtos, sendo importante a realização de estratégias de vacinação que possam minimizar o risco da ocorrência dessa doença. Diante deste cenário, há necessidade da união de esforços para a realização de ações de vacinação robustas com o objetivo de interromper a circulação do sarampo (BRASIL, 2022b).

Mas, apesar dos investimentos do governo federal em campanha de vacinação eles tiveram redução acentuada entre 2019 e 2020, quebrando uma trajetória ascendente de investimentos em propaganda de imunização no país. Entretanto, com a chegada da pandemia, essa situação ainda se agravou, visto que, segundo a OPAS (2023c), a pandemia drenou recursos financeiros e de pessoal de muitos países, incluindo o Brasil, com interrupções nos investimentos em áreas essenciais, como programas de vacinação de rotina.

No entanto, esse investimento financeiro, segundo a TFSA12, foi direcionado para câmaras frias, computadores e informatização da sala de vacina:

Porque agora mesmo este tempo essa câmara que antes era as caixas, agora a gente já mudou, **têm essa câmara fria que veio agora, né, então acho que está investindo, tem um computador físico**, antes a gente não tinha, as unidades são todas informatizadas (Ent. TFSA12).

Apesar da fala sobre os investimentos recebidos pelo setor de imunização para aquisição de novos equipamentos para sala de vacina, a falta de estrutura nas unidades de saúde, mais especificamente nas salas de vacina, pode interferir no acesso à vacinação, uma realidade de muitas regiões do nosso país.

Pesquisa realizada pelo Instituto Locomotiva em 833, de acordo CNN (2023) municípios brasileiros constatou diversos problemas básicos de infraestrutura nos estabelecimentos de vacinação que causam ‘gargalos’ no PNI.

Tais problemas ocorrem pelos seguintes motivos: 48% das unidades de saúde não possuem todos os equipamentos em boas condições; 43% não possuem as salas adequadas para vacinação; 29% não têm acesso à internet e 21% não têm disponíveis itens básicos de higiene, como pia com água, sabonete, papel-toalha e lixeira com pedal (CNN, 2023).

Realidade essa que tivemos oportunidade de experienciar durante o processo de observação: salas de vacina com espaços pequenos de circulação; falta de água nas pias; infiltrações nos tetos; ausência de armários auxiliares para armazenamento de materiais além da falta de maca para apoio no processo de vacinação, mas mesmo dentro dessa estrutura, a vacinação funcionava rotineiramente.

Também observamos estruturas de salas de vacina com amplos espaços, câmaras frias funcionando adequadamente; computadores novos e com internet, funcionando normalmente e agilizando os registros de vacinação. Cabe então refletirmos que, apesar dos investimentos mínimos serem mantidos ao setor de imunização, contribuindo para algumas melhorias estruturais nos serviços de vacinação, eles não foram suficientes para ajustar a demanda estrutural de forma mais ampla, abarcando a todos os serviços de imunização visitados na pesquisa.

Sabemos que estruturalmente os serviços podem interferir diretamente no acesso à vacinação enquanto direito no SUS, com investimentos acompanhando as necessidades dos serviços e demandas da população, por isso além dos investimentos em estrutura e equipamentos, o PNI teria que investir mais em campanhas de vacinação, retomar o fortalecimento das campanhas como eram anteriormente:

Interessante sempre fazer mais campanhas é bom né porque teve muitas mães ainda que não sabe da importância da vacinação e às vezes não leva seu filho para vacinar porque não sabe não é não tem informação e aí a campanha sempre é bom ajuda muito (Ent. UFSA22).

Todavia, de acordo com Teófilo, Lima e Cardim (2023), os investimentos destinados às campanhas de vacinação, por parte da União, reduziram nos últimos anos, sendo que em 2018, foi investido em campanhas de vacinação R\$ 71,5 milhões, em 2019, este número caiu para R\$58 milhões e, em 2020, foi para R\$45,7 milhões, totalizando uma redução de 36% em recursos financeiros em dois anos. Anterior a esse período, os valores investidos em campanhas de imunização vinham crescendo desde 2015.

Diante das falas apresentadas sobre o financiamento do PNI, a fala de uma gestora reforça que apesar do setor de imunização ser um dos maiores orçamentos do MS, nos “últimos anos”, nos “últimos meses”, a gestão nacional reduziu consideravelmente os recursos financeiros para tais fins.

Eu acredito que apesar da imunização ser historicamente o segundo maior orçamento do Ministério da Saúde, eu acredito que nos últimos meses, nos últimos anos, **esse investimento tem caído, e eu associo especificamente ao atual governo federal**, e um exemplo que eu vejo isso, apesar de ser uma percepção muito pessoal, mas por exemplo, as grandes campanhas publicitárias a gente não vê como a gente via antes (Ent. GI7).

Uma fala da trabalhadora de saúde converge com a fala anterior, tendo divergido das demais, ao afirmar que não houve investimentos suficientes, pois faltam materiais, sendo esse investimento abaixo do necessário:

Os investimentos para saúde eu acho muito pouco, porque eu tenho a idade que tenho, eu nunca, quando é que vai dar um mais as vacinas, entendeu? **Já tem um tempo que a gente não tem cartão sombra**, sabe, a mas é papel, mas é bom a gente ter, para poder, como é que chama, tempo pra fazer assim, como é que chama, esse acompanhamento (Ent. TFSA14).

Complementando a fala anterior sobre investimentos não suficientes em vacinação, apesar do PNI ser referência mundial em sistemas de imunização, o mesmo é dependente de insumos estrangeiros para produzir vacina, dos mais básicos aos mais complexos, e carece de investimentos em pesquisas, estrutura e tecnologia para se tornar independente do mercado externo de imunobiológicos (FIOCRUZ, 2023b).

Infelizmente, desde 2017 que a União vem participando cada vez menos do financiamento sistema de vacinação, o que consequentemente resultou em efeitos na eficiência de campanhas de vacinação (USP, 2023). O governo, de maneira geral, deixou de investir em comunicação, e nessa balança, o que garante a prevenção e combate de doenças imunopreveníveis não é somente a tradição de vacinação eficiente (aplicação da vacina) pelo

sistema público de saúde e uma população consciente em se imunizar que podem garantir o combate a doenças, das mais leves às mais graves.

Um cenário de bons resultados e ampla cobertura vacinal também depende do financiamento de doses e de campanhas com produção e compras de mais vacinas, comunicando de forma ampliada sobre a vacinação devido as campanhas (USP, 2023).

Para tanto, Teófilo, Lima e Cardim (2023) defendem uma mobilização da população aos postos de saúde, a partir das campanhas de vacinação, uma vez que é essencial para o alcance das metas em vacinação. O “Zé Gotinha”, criado para a campanha de vacinação contra o vírus da poliomielite em 1986, por exemplo, foi um sucesso e até hoje representa o ícone do PNI que aproxima o tema da vacinação ao público infantil.

Atingir as metas em vacinação requer além da disponibilidade de imunizantes em vacinação de rotina nas unidades, mas também a existência e a frequência de campanhas de vacinação são importantes para o engajamento da população no processo de vacinação. Campanhas de vacinação não são chamadas assim por acaso, pois é preciso haver ampla informação, divulgação e sensibilização da população para vacinação, e, estrategicamente, poderá acontecer com as campanhas. Outrossim, especialistas reforçam a importância das campanhas de vacinação continuadas, pois se não houver campanha, a memória da população vai se apagando e a adesão das pessoas a qualquer atividade de ordem pública não é necessariamente espontânea (USP, 2023).

No entanto, o baixo investimento em pesquisa e pouca estrutura para produção independente de imunobiológicos limitam desenvolvimento de vacinação no Brasil. As Universidades buscam parcerias e até mesmo “vaquinhas” on-line para avançar nas pesquisas, visto os baixos investimentos destinado a essa função. A redução dos investimentos em pesquisa e tecnologia da última gestão federal tem sido um obstáculo também à atuação de profissionais brasileiros altamente qualificados nessa área (SBPC, 2023).

Dados do estudo da UFRGS (2023), referem que o PNI tinha orçamento superior a muitos ministérios, contudo o que foi construído e investido durante muitos anos acabou não acontecendo no último governo, chegando ao ponto de não haver coordenação no Programa por um longo período. Logo, o programa precisa ser fortalecido enquanto política de Estado, não como política de governo, com sérios investimentos em campanhas para melhorar os indicadores de vacinação.

Presumimos então que o baixo investimento em vacinação, desde a produção dos imunos até a aquisição de insumos e materiais essenciais como seringas, algodão, cartões de vacina, tem dificultado o acesso à vacinação de rotina, incluindo a vacinação anti-sarampo.

Essa problemática tem se agravado nos últimos anos, trazendo desafios ao PNI frente as quedas de coberturas vacinais em crianças menores.

Nesse sentido, a GSSA5 afirma que a AB, serviço responsável pela oferta de vacinação, segue com baixos investimentos, pois os maiores estão centrados na média e alta complexidade:

O que é que acontece, porque **a gente tem uma saúde fragilizada**, um sistema de saúde fragilizado, onde ele **não trabalha na prevenção, a prevenção não é prioridade**. Então cai no descrédito, então por causa disso é um ciclo vicioso, cai no descrédito, e não dar prioridade que eu deveria, não vou investir o quanto deveria, eu vou investir mais em hospital, ou **investir mais em serviços de média e alta complexidade** (Ent. GSSA5).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), as ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar representam para os gestores do SUS um importante conjunto de serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao usuário, porém, para manter o componente, suas despesas consomem em torno de 40% dos recursos da União alocados no orçamento da saúde.

Nesta perspectiva, é cabível também destacar que, ao longo dos anos, dentro dos investimentos destinados à saúde, a participação do antigo bloco de financiamento da atenção básica dos recursos federais destinados aos estados e municípios vinha apresentando uma tendência de queda, em detrimento aos financiamentos cada vez maiores da antiga conta da média e alta complexidade de tratamento. Tudo isso representa claramente uma supervalorização dos investimentos em ações curativistas, parte dos serviços nos níveis de atenção em média e alta complexidade, comparando aos investimentos em ações de prevenção, oriundas dos serviços da atenção básica, a exemplo das ações em vacinação.

Segundo dados do Fundo Nacional de Saúde, em 2000, por exemplo, a atenção básica recebia de recurso cerca de 34,84% do total do repasse para os antigos blocos de financiamento do SUS, mas em 2016, esse percentual caiu para 25,87%. Na média e alta complexidade, em contraste, com o 2000 houve um repasse por volta de 55,31%, contra 62,69% em 2016. Diante disso, percebemos a designação cada vez maior dos recursos em áreas assistências como a hospitalar, cujo custeio do tratamento médio por usuário tende a ser bem maior que a preventiva e ambulatorial, que são as típicas da atenção básica (LINS; MENEZES; CIRÍACO, 2020).

Para tanto, finalizamos a discussão da dimensão econômico-social do direito a saúde comungando com os autores sobre a grande importância dos investimentos no PNI para ampliar

e assegurar o direito ao acesso a vacinação anti-sarampo, na garantia de melhores coberturas vacinais, protegendo a população de maneira mais segura contra o sarampo.

Sabemos dos vários desafios a serem enfrentados, principalmente os relacionados a estrutura dos serviços e a produção dos imunos, porém, acreditamos em um novo cenário a ser construído pelo MS, com maiores investimentos na área da prevenção, típica da atenção básica representada pela ESF, porta de entrada preferencial no SUS.

A seguir, analisamos a dimensão organizacional no direito ao acesso as vacinas anti-sarampo, complementando as análises até aqui realizadas, acerca dos dados trabalhados dentro das dimensões de análise do acesso enquanto direito à saúde no SUS.

4.3 Dimensão organizacional no direito ao acesso as vacinas anti – sarampo: a ESF como porta de entrada em vacinação no SUS.

A dimensão organizacional do acesso as vacinas anti – sarampo diz respeito a como se configura a organização da rede de atenção para atender as demandas de vacinação no SUS. Além disso, tal dimensão também abrange sobre o fluxo de atendimento apresentado pela rede de atenção, o fluxo de acesso, as barreiras geográficas de acesso e a estruturação da ESF como porta de entrada no SUS para vacinação e a configuração da relação oferta-demanda nos serviços de vacinação.

Quanto ao fluxo de vacinação na rede básica de atenção no SUS ele tem início nos setores de Vigilância em Saúde do Estado, seguindo para o setor municipal e depois à distribuição de vacinas e insumos relacionados para as USF.

De acordo com as GFSA2, GFSA3 e GSSA4 o setor de imunização – rede de frio do município envia pedido mensal de imunobiológicos para o núcleo regional da SESAB, mediante o Sistema Programa Nacional de Imunização (SIPNI), e só então os imunos são enviados pela SESAB, armazenados na Rede de Frio SMS e distribuídos para as USF ou seguem diretamente para as USF:

Bem as vacinas a gente sabe que vem do Núcleo Regional, vem para rede de frio, né e daqui através de um pedido que hoje é feito através do sistema essas vacinas são enviadas às unidades então existe um pedido que as unidades faz pelo sistema porque nossas unidades todas as nossas salas de vacina estão informatizadas, então esse pedido é feito isso já agiliza bastante tem o dia certo de chegar o pedido, tem o dia certo de ser enviado, essas vacinas para as unidades, essas vacinas são enviadas pelos nossos motoristas cada qual tem sua a sua área não é e saem daqui diretamente priorizando a vacina (Ent. GFSA2).

A vacina sim, é disponibilizada pelo núcleo para a Secretaria de saúde fica condicionada na rede de frio, a rede de frio recebe os pedidos das unidades de saúde, unidade básica, unidade de saúde da família, diretamente pelo sistema, e se o sistema estiver fora do ar eles fazem solicitação pelo WhatsApp pelo ofício e diante disso, dessa solicitação **a rede de frio acondiciona, distribui e direciona para a unidade, para as unidades** (Ent. GFSA3).

As vacinas elas saem do nível central direto para as unidades, não é, exceto quando, a gente faz o pedido mensal, tá, na unidade, faz o pedido mensal e **mensalmente sai do nível central direto para as unidades**, quando tem falta de algum imuno, uma quantidade insuficiente, as vacinas vêm para o distrito a gente faz uma distribuição. A gente remaneja entre eles, entre as unidades e a gente também às vezes solicita do nível central essa reposição (Ent. GSSA4).

O fluxo de vacinas é ratificado pelas Gi7 e Gi8 seguindo um itinerário de produção e/ou compra das vacinas pelo Ministério da Saúde, quando são encaminhadas para a SESAB, que faz a distribuição, encaminhando-as para as centrais regionais de saúde e, por fim, distribuídas para os municípios e respectivamente para as unidades de saúde:

A partir do momento que a vacina chega em solo baiano, não é, a aquisição é responsabilidade do governo federal e eles enviam para a gente via aérea, a partir do momento que a gente recebe a gente faz uma, **a gente tem uma rede regionalizada de centrais de vacinas com 30 unidades de rede de frio, onde fica armazenado e cada região dessa fica responsável para entregar nos seus municípios** (Ent. Gi7).

A gente tendo a liberação desses imunizantes que são adquiridos pelo programa e ofertados para os estados, **os estados por sua vez recebem o imunizante, ou seja, o governo federal ele faz a aquisição e faz a entrega em cada um dos estados**, e aí o estado por sua vez faz a entrega nas suas centrais e regionais de rede de frio. Cada central regional de rede de frio ela recebe os imunizantes que vem da central estadual **e faz a distribuição direta para os seus municípios de abrangência**, como falei, aqui na Bahia nós temos 30 centrais localizadas aí nas 9 macrorregiões de saúde, então é um trabalho bem articulado com as secretarias municipais de saúde (Ent. Gi8).

Quando falamos em transporte dos imunobiológicos do PNI esse acontece por vias aérea, terrestre ou aquática, dependendo do volume a ser transportado, origem e destino para onde será enviado. O fluxo de transporte necessita do controle da temperatura e outros aspectos que possam comprometer as características de origem das vacinas (BRASIL, 2013b).

Neste sentido, apresentamos aqui os quatro principais fluxos de transporte desses imunobiológicos (BRASIL, 2013b):

- Transporte do laboratório produtor para instância Nacional, onde são produzidos nacionalmente ou em outros países e chegam por via aérea até o terminal alfandegário do Rio de Janeiro/RJ, sendo transferidos para a Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos (Cenadi) por via terrestre;

- Transporte instância Nacional para Estadual, ocorrendo por via aérea, com exceção do Rio de Janeiro que realiza por via terrestre, sendo que o tempo médio de entrega da Cenadi às centrais estaduais dependerá da região, respectivo acesso e disponibilidade da malha aérea;

- Transporte instancia Estadual para Regional/Municipal, sendo realizado, essencialmente, por via terrestre, em veículo frigorífico, com recomendação de acompanhamento técnico capacitado do Programa de Imunizações da instância fornecedora ou da solicitante;

- Transporte instância Regional/Municipal para local, geralmente de maneira terrestre, sendo feito somente à temperatura positiva, com caixas térmicas e bobinas reutilizáveis ambientadas, visando a assegurar a temperatura de conservação dos imunobiológicos.

Como podemos ver o PNI possui uma logística de distribuição de excelência, com uma organização qualificada de rotas para o encaminhamento rápido e efetivo dos imunobiológicos, com todo padrão de normas de conservação, garantindo a máxima integridade das vacinas até seu destino. Uma logística, que foi elogiada no período da pandemia, diante de uma luta travada contra o tempo, para distribuir de forma rápida e efetiva as vacinas contra COVID 19, em tempo recorde por todo país.

O fluxo estadual de distribuição a respeito do acesso dos imunobiológicos, toma como partida a Central de Distribuição da Bahia, considerando um tempo de até três horas para conferência e liberação de carga/vacinas. A Central encaminha os imunobiológicos por via aérea ou terrestre para as Centrais Regionais de Rede de Frio, com exceção da capital Salvador, que recebe diretamente em sua Rede de Frio. Nas Centrais Regionais, os imunos são encaminhados para os respectivos municípios e suas Rede de Frio locais. Em seguida o material segue organizado por demanda para as unidades de saúde e salas de vacina respectivamente (PAIM, 2021).

Segundo esse autor, como regra na Central Estadual, o transporte aéreo é realizado no período diurno para cargas que chegarem até às 12:00 (meio-dia), e as rotas terrestres poderão ser realizadas durante o dia ou a noite, porém com escolta. Além disso, existe uma recomendação aos municípios que realizem a entrega dos imunobiológicos em até 12 horas após o recebimento em suas salas de vacina e pontos de vacinação.

Avaliamos então esse fluxo de distribuição de imunobiológicos do PNI como uma facilidade para o acesso a vacinação, visto sua rapidez e segurança em transportar as vacinas de todas as localidades do país, dando acesso à vacinação desde as regiões mais urbanas, até as regiões mais remotas e de difícil acesso. Temos assim um serviço de excelência, se apresentando na logística de distribuição de imunobiológicos pelo PNI, em parceria com as

Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, seguindo um fluxo de distribuição das vacinas organizado que facilita o acesso a vacinação, reabastecendo as salas de vacina e garantindo o direito a vacinação no SUS.

De acordo com o Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB) (DOC.1) são necessárias ações estratégicas para alcance de metas vacinais para garantir suprimento adequado de imunobiológicos para os municípios (fluxo de distribuição efetivo) e distribuir vacinas na rede de serviços locais. Na medida em que a existência das vacinas nas Unidades de Saúde é indispensável para o alcance das coberturas preconizadas, a logística de sua distribuição e de seu armazenamento exige organização bem definida." Monitorar o avanço mensal das coberturas de cada vacina (BAHIA, 2023).

Mesmo diante de um bom fluxo de distribuição das vacinas e insumos relacionados, segundo as GFSA2 e GFSA3 existem barreiras de acesso geográfico, pela distância, para vacinação em unidades de saúde em zona rural, além da barreira financeira pela falta de recursos de recursos financeiros dos usuários para seu deslocamento, particularmente na zona rural:

Sim, em zona rural eu acredito que em zona rural, rural sim, certo, principalmente quando, é, estamos num momento em que não há a as aulas escolares porque o que a gente percebe em distrito é que as **pessoas utilizam até do transporte escolar para chegar até a unidade de saúde**, então com a falta das aulas, né, com a suspensão das aulas fica difícil da pessoa sair, da sua localidade, onde mora para chegar até a unidade de saúde porque nem sempre é próximo, então eu acho assim que essa questão a **barreira geográfica** ultimamente mesmo nós temos visto na zona rural que eu estou me referindo a zona rural é a **acessibilidade, até das próprias estradas, lama, poças entendeu** então eu acho que isso dificulta muito você sair com a criança principalmente, a gente sabe a criança não é, é, chegar até a unidade né, então às vezes a vacina até atrasa, ela, ela, espera chegar um dia de uma consulta ou de uma outra coisa que ela vai fazer na unidade para poder levar a criança para vacinar, para atualizar o cartão, então há às vezes o atraso por conta disso. **Isso, porque se é a questão econômica porque se não tem o transporte escolar não tem dinheiro para ver para se locomover** pegar um transporte até a unidade muitas vezes tem localidade que nem transporte tem você teria que pagar um carro particular algo assim para chegar até a unidade de saúde (Ent. GFSA2).

A gente sabe que principalmente na zona rural não é principalmente na zona rural tem os povoados é geralmente as unidades de saúde da família dos distritos ficam localizados na sede, **mas é tem a questão do custo para sair do povoado para ir até uma unidade tem o dia do transporte** que tem umas localidades que só tem transporte por exemplo segunda e quarta (Ent. GFSA3).

Essas barreiras geográficas de acesso às vacinas anti-sarampo são ratificadas pelas Gi7 e Gi8 em localidades de zona rural no Estado, sendo a distância a principal dificuldade de acesso a vacinação nessas áreas:

Em alguns municípios, principalmente os mais afastados infelizmente, tem essa coincidência, também tem dimensões territoriais grandes e **com grandes áreas de zonas rurais, isso também impacta bastante na logística** (Ent. Gi7).

No interior a gente tem muita área de zona rural com dificuldade de acesso sim. A questão da **barreira geográfica de acesso**, mas existe também aquela barreira geográfica do acesso que a gente falou aí, das dificuldades, não é, de acesso, que você tem que enfrentar aí vários meios de transporte, às vezes você tem que ir, rios, você tem comunidades que são isoladas, comunidades rurais, comunidades que são realmente mais isoladas (Ent. GI8).

As TFSA15, TSSA16 e TSSA19 comungam com as falas anteriores, ao reforçarem que essas barreiras geográficas dificultam o acesso à vacinação pelos usuários:

Existe sim, **o posto acaba sendo muito longe, é distante, então eles têm uma resistência de trazer, de vir.** Não, não, a que é a mais próxima [unidade] é a nossa. Uns trinta minutos de caminhada, é ‘longezinho’, e assim, existe barreiras né? Dificuldades para que eles cheguem aqui, e ainda com a criança, tudo isso, não é? Um sol, chuva, é complicado (Ent. TFSA15).

Existe, existe. **É uma área é que tem muita, muito morro, muita ladeira, muito barranco,** principalmente idosos, não é, acamados, tem dificuldade de acesso sim (Ent. TSSA16).

Tem. **Aqui tem muita escada, né, e ladeira, geograficamente falando a barreira é essa.** Porque tem outras barreiras que não é geográfica (Ent. TSSA19).

De acordo com os dados do Inquérito Nacional de Cobertura Vacinal 2017-2018, 21% dos responsáveis entrevistados referiram dificuldade em levar a criança para ser vacinada por conta da distância da unidade de saúde (BRASIL, 2022c). Para Duarte e outros (2019) a barreira geográfica da distância entre as residências dos usuários e as unidades de saúde interferem na possibilidade de satisfação do usuário com os serviços de saúde.

Por isso, a barreira de acesso geográfico aos serviços de saúde se constitui como um grande desafio a ser vencido, visto que inclui particularidades que limitam os usuários de receber os cuidados em sala de vacinas. Além do desafio relacionado a distância entre residência e unidade de saúde, a barreira acesso geográfica também conta com outras questões geográficas como a existência de rios, morros, estradas de terra, alagamentos e a inexistência de um transporte público já mencionado anteriormente (FERREIRA, et al., 2017).

Em áreas urbanas, por exemplo, existe um grande desafio em se realizar a territorialização em regiões heterogêneas do ponto de vista do espaço natural, onde o relevo é acidentado, associado a uma ocupação desordenada do espaço físico que geram um cenário bastante complexo e de difícil intervenção em relação aos problemas sociais (SILVA; et al., 2010). Já em áreas rurais o desafio se concentra nas grandes distâncias das unidades para as residências dos usuários.

Para o Silva e outros (2010), é uma situação que muito comum nas grandes metrópoles em que o território urbano é organizado a partir do binômio acumulação/miséria, elucidado pelo contraste de duas realidades: uma com a presença de áreas centrais, planejadas e assistidas de infraestrutura; e outra com periferias marginais, dependentes, improvisadas e carentes dos mais diversos bens e serviços de consumo coletivo.

Durante o processo de observação, verificamos em áreas urbanas diversas situações relacionadas às desordens naturais (ladeiras e declives) e de infraestrutura, na conformação das moradias e seus respectivos acessos (ruas, becos, vielas), que certamente limitavam o acesso à unidade de saúde e a vacinação.

Diante dessa dificuldade estrutural, compreendemos que as iniciativas setoriais da saúde não podem estar dissociadas de outras políticas sociais que tragam melhorias às condições de vida da população, principalmente no que diz respeito ao acesso de pessoas aos serviços de vacinação. Além do mais também observamos, em algumas localidades, a presença de morros, ladeiras e ruas estreitas de difícil acesso a transporte, com aglomeração de moradias de estrutura frágil, representando o difícil acesso aos serviços de saúde, tanto da parte do deslocamento dos usuários com destino às unidades de saúde, como para o deslocamento dos trabalhadores de saúde para atender em domicílio.

Assim, de acordo com Silva e outros (2010), há uma emergência de ações intersetoriais a serem realizadas, visando associar os avanços obtidos a partir da reorganização dos serviços de saúde com outras ações que tenham como objetivo melhorar o espaço físico onde essa população está inserida. Dessa forma, trata-se de ações essenciais direcionadas à melhoria da estrutura de vida da população, visto que a existência de desordens físicas, tanto no ambiente físico natural quanto no construído pela ação humana, refletem a deterioração do espaço urbano e relacionam-se a piores condições de saúde.

Para além das limitações ou barreiras de acesso geográfico relacionadas as questões de distância e ausência de transporte público, estão intrínsecas a essa questão situações de desordem geográfica estrutural, tanto na parte física natural (ladeiras, morros), como na parte da construção humana (ruas estreitas, casas de difícil acesso). Tais limitações representam barreiras de acesso a vacinação, visto as dificuldades enfrentadas pela população urbana em chegar ao posto de saúde para se vacinar ou vacinar seus filhos, requerendo assim, políticas públicas que atuem no âmbito social, minimizando as diferenças e reestruturando tais dificuldades elencadas.

Agora trazendo a discussão sobre as questões relacionadas a zona rural, conforme censo de 2010 (IBGE, 2010), a população rural, que geralmente mora em áreas mais distantes ou de

difícil acesso, representa 15% da população total, o que significa aproximadamente 30 milhões de indivíduos distribuídos por todo o território nacional (SBIM, 2017). Se compararmos os usuários residentes de áreas urbanas, os das áreas rurais necessitam de um deslocamento maior até as unidades de saúde, em face a problemas como estradas em condições ruins e dificuldades de acesso a transporte público.

Ainda assim, as formas de deslocamento mais comuns para usuários da zona rural são a pé, a cavalo e de bicicleta, o que faz com que esses usuários enfrentem maiores dificuldades de acesso até a unidade de saúde em busca de atendimento (FERREIRA, et al., 2017). As regiões rurais são mais dispersas e desconcentradas que as urbanas, e por esse motivo é muito mais difícil organizar serviços nessas localidades, até porque as políticas públicas de saúde, infelizmente, são muito mais voltadas para as áreas urbanas, contando com estrutura mais adequada para uma realidade completamente oposta a das áreas mais rurais (FIOCRUZ, 2023d).

E, especialmente, um transporte público em zonas rurais para o desolamento é essencial tanto para os usuários dos serviços quanto para as equipes de saúde que atuam neles. Enquanto estratégia de ação para o acesso aos serviços de saúde em áreas rurais e mais distantes, modelos itinerantes ou serviços de visitas periódicas podem ser realizado, porém precisam ser prestados com regularidade, com a mesma equipe, favorecendo a longitudinalidade do cuidado e tendo disponibilidade de insumos, medicamentos e recursos diagnósticos para maior resolutividade em cada visita (FIOCRUZ, 2023d).

Contudo, nessa perspectiva avaliamos que de fato, a distância das unidades de saúde localizadas em áreas rurais se caracteriza como uma dificuldade/limite de acesso a vacinação. Concomitante a essa distância, agregamos enquanto outras dificuldades às questões relacionadas as estruturas das estradas (condições ruins), desordens estruturais e naturais (geográficas), além da falta de transporte público para condução desses usuários até as unidades de saúde para se vacinar. Mediante esta realidade, as questões socio – econômicas também somadas a isso limitam o acesso das pessoas aos serviços de vacinação, impactando prejuízos à saúde da população, e claro, principalmente às crianças menores de cinco anos.

Quando as dificuldades geográficas elas tanto podem estar relacionadas a distância de uma unidade de saúde para ofertar o serviço de vacinação como também a distância dos municípios para receber as vacinas em um Estado de grande extensão territorial. Neste sentido, a Gi7 complementa ao sinalizar uma dificuldade geográfica a respeito da distribuição da vacina no Estado:

Acredito que sim, o maior desafio da Bahia é a dimensão territorial, então, a vacina chegar no aeroporto de Salvador e imediatamente na região metropolitana é

bem tranquilo, isso a gente não tem problema, essa logística é muito simples, mas nesse mesmo dia que está chegando, no município da região metropolitana, só estou usando como exemplo, [cita o município], por exemplo, mas nesse mesmo dia essas vacinas são monitoradas, são separadas, são distribuídas (Ent. Gi7).

As condições geográficas influenciam diretamente no acesso aos serviços de vacinação, visto também interferirem no processo de fluxo de distribuição dos imunobiológicos. Independentemente de o deslocamento ser intra e intermunicipal, nesse processo de fluxo de distribuição, e assim, o acesso se torna limitado quando ocorrem por estradas de difícil trafegabilidade ou por longas distâncias.

Longas distâncias acompanhadas de dificuldades de deslocamento se configuram como barreiras de acesso para a gestão ofertar os serviços necessários. Mas, para Lima e outros (2022), essas dificuldades não podem ser obstáculos à interiorização de políticas públicas e à garantia do direito ao acesso a serviços de saúde do SUS ou justificar piores condições de saúde e acesso.

Mediante as discussões e falas anteriores, percebemos o grande desafio da gestão Estadual em manejar o fluxo de distribuição de vacinas, visto a grande extensão territorial do Estado e suas diferentes condições de acesso relacionadas (estradas ruins, condições de relevo). Porém observamos o empenho da gestão em determinar normas temporais com prazos a serem cumpridos na distribuição dos imunobiológicos por todo território estadual, ajustando assim o acesso a vacina nos serviços de saúde.

Em divergência as falas das UFSA22, UFSA24 e UFSA25 afirmam que, especificamente para elas, não há barreiras geográficas para vacinação, uma vez que a unidade de saúde para vacinação fica próximo de suas casas, não é distante e bem localizada:

Não, né muito longe não, não é longe não, consegui sempre vacinar (Ent. UFSA22).

Comigo, é, eu não tenho esse, como é que a gente diz, com essa dificuldade, porque eu moro no mesmo bairro, na mesma rua, eu não tenho essa dificuldade (Ent. UFSA24).

Pertinho, é bem localizado, para mim é, não tenho dificuldade nenhuma de vir aqui no posto, não, não, consegui, consegui (vacinar o filho), não tem do que reclamar aqui do posto eles atendem super bem (Ent. UFSA25).

As GFSA1, GSSA4 e GSSA5 dos dois cenários estudados também concordam com as falas das usuárias ao negarem que não há dificuldades geográficas de acesso às unidades de saúde nos respectivos municípios, e que a vacinação de tríplice viral ocorre normalmente:

Não, não, é, nós temos 21 distritos não é, e todos os distritos possui sua unidade de saúde. Então assim, as localidades mais distantes que a gente fala do município são justamente esses distritos, mas em todos os distritos nós temos uma unidade de saúde, é, **todas as unidades estão realmente abastecidas com a vacina, possui a vacina triplice viral** como rotina e consegue disponibilizar, é, para a população, é assim até o momento **nós nunca recebemos reclamação de população da comunidade por não ter tido acesso porque tem que ter dificuldade de acesso né, seja geograficamente ou seja por qualquer outro motivo**, então a gente subentende com isso que as pessoas né, a comunidade em si ela tem acesso livre né a unidade e elas conseguem realizar realmente a vacinação (Ent. GFS1).

A gente tem ‘porções’, a gente tem regiões que teriam que ter unidades, a gente tem outras que já estão solucionando o problema, tem unidades em construção, mas, é, **não existe barreira geográfica**, assim, impeditivo de existir distância, o problema da distância sim, mas barreira não (Ent. GSSA4).

O conhecimento para entender essa importância, acho que ainda precisa trabalhar mais, eu acho que esse é o principal entrave **e não a questão de você ter a unidade disponível na questão de distância**, porque assim, às vezes eu falo assim, uma pessoa não tem o dinheiro de transporte, mas **hoje a gente tem quase em todos os bairros uma unidade de saúde então isso não seria, não seria justificativa, na zona urbana isso não se justifica** (Ent. GSSA5).

Assim como também, as trabalhadoras de saúde, TFSA9, TFSA13 e TSSA17 ao reforçarem que não existem barreiras geográficas de acesso a vacina nas suas unidades de saúde:

Não, quanto isso não, nenhuma [barreira geográfica]. **A unidade é bem localizada**, quanto isso não (Ent. TFSA9)

Não, **a unidade é muito acessível**, a possibilidade aqui é muito fácil, não tem esse negócio de ladeira, de rio nada, a unidade **é perto, bem centralizada** (Ent. TFSA13)

Não. **Não tem nenhuma dificuldade**, inclusive vêm de outras áreas para cá, para você ver a facilidade que nós temos, não é, de acesso é, vem até de outros bairros com as vacinas deles (Ent. TSSA17).

Apesar das dificuldades levantadas a respeito dos limites geográficos de acesso à vacinação relacionadas à distância das unidades de saúde, distância dos municípios, desordens estruturais e naturais (geográficas) e ausência de transporte público, outras realidades apresentam condição melhorada de acesso a tais questões, com justificativas sobre as unidades serem centralizadas, de fácil acesso e próximas às residências. Por esse motivo, os usuários encontram uma facilidade em se deslocar para se vacinar e vacinar seus filhos, não necessitando, inclusive, de transporte para ter acesso a unidade.

Uma outra questão foi levantada pela Gi7, sobre as dificuldades de acesso à vacinação se refere a questões organizacionais dos serviços, os quais continuam impondo dias e horários de funcionamento que não condizem com a necessidade dos usuários:

A questão da dinâmica com que os serviços estão organizados hoje, eu acredito que não se atualizou, que não acompanhou a dinâmica com que a sociedade está organizada, então se na década de 80 a gente via uma grande mobilização da família, da sociedade brasileira em torno de uma, da vacinação, isso era, isso era factível, porque tinha uma família tradicional, em sua maioria naquela época, com um homem trabalhando e a mulher acompanhando a família, então a mulher tinha mais disponibilidade para frequentar um posto de saúde e o posto de saúde hoje continua naquela configuração em sua maioria de 8h a 12h de 13h às 17h, então eu acho que o grande desafio é rever essa disponibilidade, acompanhar essa mudança na sociedade (Ent. GI7).

Sobre a rotina de funcionamento das unidades, as TFSA10 e TFSA11 concordam que as unidades de saúde possuem dias e horários fixos de funcionamento, sendo de segunda a sexta, das 8h às 17h, e que é nesse período que a vacinação funciona:

Aqui é tranquilo fica a enfermeira com a técnica adiantando nos cartões que as vezes tem pessoas que tem horário, o horário que abre é oito horas e encerra as cinco, de segunda a sexta, o pessoal da vacina vem e pega, liga eles já vêm e trazem, porque a demanda é muito grande né, a gente sabe né (Ent. TFSA10).

Todos os dias da semana, de 8 às 12 e das 13 às 17:00h, de segunda a sexta (Ent. TFSA11).

A UFSA28 também concorda que a unidade de saúde funciona de segunda a sexta, e sábado apenas quando tem campanha de vacinação:

Aqui é o dia todo, o dia todo, o horário que abre o posto vacinando o dia todo normal, é de segunda a sexta aqui, agora quando tem campanha de gripe aí tem sábado que eles vacinam, quando é campanha (Ent. UFSA28).

Segundo Ferreira e outros (2017) o funcionamento das salas de vacina em horário comercial é a realidade da maior parte dos serviços de saúde ofertados na atenção básica. Normalmente não oferece horários alternativos de atendimento, o que limita o acesso, principalmente para aquelas pessoas inseridas no mercado de trabalho e trabalham no horário comercial.

Frente a essa realidade, o acesso às unidades de saúde da família, em especial dos serviços de vacinação, não ocorre de forma tão facilitada quanto deveria, sendo uma dificuldade para aqueles que trabalham em horário convencional. Para ampliar o acesso a esse serviço, uma estratégia seria ampliar o horário de atendimento ou dias de atendimento durante a semana.

Já o estudo de Pessoa, Gouveia e Correia (2017) apresentou um resultado em que os gestores da saúde começaram a repensar sobre esse horário de atendimento, quando perceberam que muitas das demandas nos serviços de urgência e emergência eram por causas preveníveis e de resolução em ambiente ambulatorial com atendimento agendado. Sendo assim, essa

situação tem mobilizado alguns gestores do SUS a implantarem atendimento ampliado de USF com funcionamento por 24 horas, para atender essa demanda e não direcionar usuários em condições de necessidade de atenção não urgentes para as unidades de emergência.

Porém, segundo Pessoa, Gouveia e Correia (2017), a ampliação no horário de atendimento, aos serviços de saúde não é garantia de resolubilidade das demandas de saúde da população, e, em especial, das demandas de vacinação. Para isso seria necessário que outras barreiras de acesso aos serviços de saúde fossem resolvidas, como as barreiras relacionadas a forma de agendamento limitado, e entre outras.

Diante disso, o documento do Senado (2023) ratifica as afirmações anteriores sobre um dos motivos das baixas coberturas vacinais no país são os horários limitados de funcionamento de muitos postos de saúde, que normalmente funcionam apenas de segunda a sexta-feira e no horário comercial, impedindo muitas das vezes que pais trabalhadores levem seus filhos para vacinação.

Observamos que além dessa rotina fixa de organização de atendimento, com dias e horários fixos e determinados para abertura das unidades e funcionamento da sala de vacina, tem limitado o acesso a vacinação frente as demandas dos usuários que trabalham nesse período. Além disso, vimos também a redução de uma hora no atendimento em sala de vacina, comparado ao funcionamento do posto, visto que, para iniciar o processo de vacinação as técnicas precisam minimamente de 30 minutos para organizar todo material e mais 30 minutos para guardar o material antes do fechamento da unidade de saúde.

Todas essas questões interferem diretamente no direito ao acesso à vacinação em geral, e, conseqüentemente, a vacinação anti – sarampo. A rotina fixa de atendimento nas unidades de saúde, por vezes são facilitadoras do processo de trabalho das equipes, porém acarreta prejuízos de acesso aos usuários com dificuldade de horário disponível para buscar esse serviço na unidade. Além disso, há algumas realidades em que existe dia fixo para vacinação anti-sarampo, o que limita ainda mais esse acesso.

A fala da TFSA14 difere das demais ao mencionar que existe um dia específico organizado para vacinar anti-sarampo, visto que o acondicionamento do imuno apresenta prazo de validade curto após abertura do frasco:

Se liga para as pessoas, diz assim ‘A pode vim, pode vim não, oh, estou te esperando, a senhora pode vim, venha a tal hora’ então naquela manhã distribui o horário para poder vacinar as dez pessoas, não desperdiça (Ent. TFSA14).

De maneira divergente, segundo a TFSA15 não há dia fixo para vacinação sarampo nas unidades de saúde:

Aqui a gente não faz assim não, **não tem dia específico para vacinar sarampo**, como a gente estava falando, todo mundo tem o direito, vamos supor, a febre amarela mesmo às vezes a pessoa chega à tarde, né, infelizmente é uma vacina que você abre e tem que usar no mesmo dia e descartar, né, então a gente não pode deixar de vacinar aquele paciente porque não teve outros durante o dia porque ele chegou à tarde entendeu, então se tem, temos que ofertar (Ent. TFSA15).

A utilização de frascos de multidose para vacinação é uma realidade comum na vacinação anti-sarampo. De acordo com Heaton e outros (2017), a vacinação por meio da utilização de frascos multidoses de imunobiológicos é uma forma de desperdício de grande magnitude, visto que, mediante o curto prazo de validade após abertura do frasco (apenas oito horas), o número de doses por frascos perdidas sem uso pode ter consequências para o atingimento de metas de coberturas vacinais. Um desperdício que, segundo Lee e outros (2010), ocorre quando o frasco de multidose é aberto para vacinar um indivíduo e o restante das doses são desperdiçadas devido ao curto prazo de validade após abertura do frasco.

Situação essa em que os trabalhadores de saúde pensam estar atuando estrategicamente no momento de abertura do frasco multidose, com o objetivo de alcançar a máxima utilização de doses e garantir a vacinação oportuna das crianças, selecionado um dia em específico na semana para vacinação anti-sarampo. Outrossim, acreditamos que uma possível estratégia aplicada, por exemplo, é aguardar um quantitativo mínimo de crianças que justifiquem a abertura de um frasco, ou não abrir novos após determinado horário.

Porém, apesar de melhorar o aproveitamento das doses da vacina, isso pode significar a perda de oportunidades de vacinação, para aqueles que não puderem comparecer nesse dia para a vacinação anti-sarampo (HEATON et al., 2017). Todavia, para Ferreira e outros (2017), o receio do desperdício de doses da vacina coloca os trabalhadores de saúde em situação difícil entre decidir pela abertura do frasco de multidoses e a perda das doses não utilizadas ou agendamento para outro dia, quando há um quantitativo maior de crianças, evitando o desperdício, porém induzindo perdas de oportunidades vacinais, e aumentando o risco de adoecimento.

Diante disso, percebemos que os profissionais de saúde que atuam na sala de vacina, muitas das vezes avaliam essa condição de evitar desperdícios e acaba limitando o acesso de outros usuários que não podem comparecer no dia programado para vacinação. Outra situação importante é que a vacina em estoque nas unidades jamais poderá ser negada ao usuário, perante a lei, pois é garantido ao mesmo o direito a saúde pela Constituição Federal Brasileira. Sendo

assim, a abertura do frasco para vacinação deverá ocorrer, mesmo que doses sejam perdidas e outras pessoas procurem o serviço depois e não encontre a vacina disponível.

Contudo, cabe a gestão estratégica local manter o estoque vacinal para atender não somente a demanda pontual para abertura do frasco em determinado dia, como também as demais que surgirem em outros dias da semana, garantindo assim o acesso a vacinação anti-sarampo, sem prejuízos a população.

Uma das facilidades referida são para aqueles usuários que são acamados e não têm condição de se deslocar até a unidade para vacinação sendo vacinado em visita domiciliar:

Quando é acamado a gente se organiza, agora mesmo tem a vacina da influenza e a gente faz a agenda para um dia de carro a visitar e a gente faz causa dos acamados, das pessoas que não possa estar vindo aqui o posto pra gente tá dando essas vacinas (vacinas de rotina), e COVID e também (Ent. TFSA12).

O atendimento domiciliar é uma ferramenta de trabalho que faz parte do mundo dos cuidados em saúde, desde o início do desenvolvimento da medicina, compreendendo ações articuladas de vigilância à saúde e assistência domiciliar com atividades nas categorias preventivas, terapêuticas, incluindo neles a vacinação (UNIFESP, 2013).

Incentivo esse em que o cumprimento do calendário vacinal e a busca ativa dos faltosos em vacinação, estão entre as principais ações de saúde no domicílio, reduzindo assim doenças e mortes por causas infecciosas e preveníveis. Na busca ativa, por exemplo, a equipe da ESF necessita fazer a verificação da caderneta e a situação vacinal, encaminhando a população à unidade de saúde para iniciar ou completar o esquema vacinal, de acordo com os calendários de vacinação disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Todavia, é necessária também a integração entre profissionais da sala de vacina e as demais profissionais de saúde da equipe, com a intenção de evitar oportunidades perdidas de vacinação, que se caracterizam pelas quais as pessoas que são atendidas em outros setores da unidade de saúde, principalmente nas visitas domiciliares, sem que seja verificada sua situação vacinal, ou haja encaminhamento à sala de vacinação (UNIFESP, 2013).

Então, o atendimento domiciliar, no intuito de verificar a situação vacinal dos usuários, também representa uma estratégia adicional aliada não somente ao trabalho do ACS, mas a todos os outros profissionais de saúde que atuam na ESF e desenvolvem a visita domiciliar enquanto ferramenta de trabalho em sua rotina, como previsto nos protocolos da atenção básica, melhorando o acesso a vacinação.

Quando se fala em vacinação, como se dá o acesso? Para as TSSA16 e TSSA20 o fluxo de acesso à vacina nas unidades de saúde tem início com um profissional que faz triagem na

recepção, verificando as demandas e logo em seguida encaminha o usuário para atendimento em sala de vacina:

Sempre tem uma pessoa que fica, geralmente um agente comunitário que fica na porta da unidade, para controlar o fluxo de pessoas que está entrando na unidade, então a gente se apresenta e geralmente se apresenta e pergunta qual a demanda que aquela pessoa que tá precisando, no caso quando é vacina a gente direciona para a sala de vacina, não é, e aí faz dessa forma (Ent. TSSA16).

Aqui no nosso posto, apesar dele ser um posto de saúde da família, que requer a área coberta, a sala de vacina é demanda aberta para qualquer pessoa que chegue, então a gente tem uma, o primeiro passo, que é o acolhimento, que fica na portaria do posto e daí então ele, o paciente, é direcionado à sala de vacina, ele vem, aí quando chega na sala de vacina os técnicos olham os cartões e a gente diz o que é que tem a necessidade de tomar (Ent. TSSA20).

Também as falas das UFSA24 e UFSA26 concordam que o fluxo de atendimento de vacinação nas unidades consiste no acolhimento na recepção, seguindo o usuário para sala de vacina, onde avaliam o cartão vacinal, lançam no sistema a vacinas a serem administradas e por fim, faz propriamente a vacinação:

Eu venho até a recepção, ela pega o cartão entrega na sala da vacinação, lá ela faz os primeiros, os primeiros passos para chamar, chama a gente, a gente entra lá novamente, ela faz um processo de cadastramento computadorizado e manual e depois aplica a vacina assim (Ent. UFSA24)

Eu chego e procuro a recepcionista, falo que é vacina, ela me encaminha para a sala de vacinação, não tem dificuldade alguma (Ent. UFSA26).

Ainda sobre o fluxo de atendimento em vacinação de rotina (incluindo a anti-sarampo), o usuário chega à recepção, onde em seguida é encaminhado para a sala de vacina e aguarda o seu atendimento, sem qualquer referência ao acolhimento:

Eu passo ali, tem o rapaz que está na portaria, pergunta o que é, eu digo que é vacina, ele manda vir para aqui, para ficar de junto da porta da vacina, esperando a pessoa chegar para aplicar. Consegui vacinar todas as vezes (Ent. USSA30).

Chego aqui eu pergunto no balcão se está tendo vacina, daí pergunto a idade do menino, dos meus filhos para ver se tem a vacina, se tiver, eu vou até a sala de vacina para eles tomarem (Ent. USSA32).

Desde a implantação da Política Nacional de Humanização no SUS, Humaniza SUS, (BRASIL, 2004a), existe uma crítica relacionada à triagem administrativa, que geralmente ocorre na recepção nas unidades de saúde, e que gera exclusão dos usuários ao separar, escolher, selecionar quem será atendido. Nesse tipo de abordagem, na recepção, pouco se realiza a escuta ativa e terapêutica do usuário, onde muitas das vezes o profissional de saúde que define para

qual serviço encaminhar o usuário com base na sua queixa, uma prática baseada na queixa - conduta.

Essa triagem administrativa, para Penna, Faria e Rezende (2014), é um dos maiores desafios vivenciados pelas equipes de saúde da família em sua rotina de atendimento, pois reflete diretamente na qualidade da assistência prestada, visto que, quando o ‘acolhimento’ é realizado de forma mecanizada e técnica, se configura apenas como uma triagem para a classificação de consultas e procedimentos específicos.

Observamos nas unidades de saúde, que esse ‘acolhimento’ na recepção é pautado apenas a execução da típica triagem administrativa, onde os usuários sinalizavam a procura por vacinação, aguardavam de 10 a 30 minutos e eram direcionados para a porta da sala de vacina por ordem de chegada. Na sala de vacina eram recebidos para os esclarecimentos específicos de vacinação, para administração da vacina e aprazamento das próximas doses, quando necessário. Daí, entendermos o acolhimento não apenas como abordagem pontual baseado na queixa ou demanda única dos usuários, mas uma avaliação ampliada de suas necessidades para além de uma única conduta técnica.

Por esse motivo, tal fluxo de acolhimento e triagem administrativa na recepção das unidades, deixam de captar usuários elegíveis à vacinação anti-sarampo, quando não avaliam de maneira ampliada as demandas de cada usuário, pois muitos chegam em busca de agendamento para consulta, e por vezes pode estar em atraso vacinal, mas por direcionar o acolhimento a sua queixa/ demanda relatada, focam o atendimento apenas a essa demanda, limitando assim o acesso amplo a vacinação.

Entretanto, defendemos que a prática do acolhimento necessita estar presente em todas as relações de cuidado nas ações em saúde, nos momentos de encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, e nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (BRASIL, 2013c). O acolhimento incorporado ao território das tecnologias leves, segundo Merhy (2005), representado pelas relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, nos modos da escuta qualificada, para construção de vínculos, nos moldes da sensibilidade do trabalhador frente a esse processo.

Portanto, para Coelho e Jorge (2009) o acolhimento enquanto tecnologia leve direciona o estabelecimento de estratégias no cuidado em saúde, de modo a envolver trabalhadores, gestores e usuários em todo o processo, trabalhando as necessidades sentidas pelos usuários, dando resolubilidade suas reais exigências de saúde.

Nessa perspectiva, compreendemos o acolhimento como parte integrante de todo o processo de trabalho na atenção básica, inclusive nos serviços de vacinação, sendo pilar para

postura profissional ética direcionada à solidariedade humana enquanto importante potencializador do vínculo (SÃO PAULO, 2015).

Para tanto, comungamos com tais autores que o acolhimento fortalece o vínculo entre profissionais de saúde e sujeitos usuários, construindo a confiança necessária ao processo de imunização, e melhorando o acesso desses usuários à vacinação. É importante destacar a relevância do acolhimento para o acesso à vacinação, desde a recepção nas unidades de saúde até a finalização do atendimento em sala de vacina, cumprindo assim o fluxo de atendimento em vacinação.

No percurso desse fluxo de atendimento, o aprazamento vacinal ocorre na sala de vacina e ajuda muito no retorno do usuário para as próximas doses de vacinação:

O **aprazamento** não me atrapalhou ajuda porque toda vez que a gente vem dar uma vacina nas crianças na criança **ela já coloca o dia de você retornar** né, o mês, já coloca à lápis aí quando você administra, administra a vacina vai colocar também a caneta. A parte da vacina tá ótima (Ent. UFSA22).

O aprazamento é uma prática técnica, que visa o agendamento de doses futuras de vacinação para o sujeito que busca por vacina que contempla esquema de dosagem múltipla. Nessa prática, os trabalhadores de saúde da sala de vacina agendam nas cadernetas de vacinação as datas em que o usuário precisa retornar para tomar as doses da vacina, quando necessário, ou no caso de crianças menores, o período ou idade que cada criança irá receber determinadas vacinas. Nessa lógica, o aprazamento acaba funcionando como um agendamento programado de vacinação, norteando os usuários sobre o período correto para cada tipo de vacina e também colaborando com o trabalho dos trabalhadores de saúde, particularmente o ACS, na verificação dos cartões em busca ativa nas suas respectivas microáreas.

Ainda a respeito da organização de demanda, as TFSA12 e TFSA14 complementam que a vacinação pode ocorrer também por agendamento telefônico com usuários, principalmente para não perder doses de vacina:

Eles ligavam pra cá, a gente até marcava um horário para não estar tendo uma aglomeração na unidade, para as mães está vindo, às vezes dava o meu telefone, no dia que você vir você liga (Ent. TFSA12).

Aí a menina faz assim, seu nome e seu endereço, aí pega, **me dê aí um número de telefone para agendar**, que aí é área descoberta, aí ela vem, já aguarde, aí vem ou aí vai dia, aí você chegou, aí não dá, perder no caso, as outras nove doses, existe uma programação pra não perder as outras doses (Ent. TFSA14).

Ampliar o acesso aos serviços de saúde requer tanto uma agenda programada (agendada) quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos (BRASIL, 2013c). A demanda agendada para vacina consiste em uma demanda espontânea que não constitua urgência, com uma programação de dia e horários específicos para vacinação. Durante a pandemia essa estratégia foi muito utilizada, no intuito de evitar aglomerações nas unidades e organizar melhor as demandas de vacinação de rotina.

No entanto, Heaton e outros (2017) afirmam que apesar da disponibilidade de vacinas, principalmente frascos multidose, contribuir para o aumento da cobertura vacinal, a pressão para redução do desperdício de doses faz com que muitas das vezes o profissional de saúde seja cauteloso em abrir um frasco multidose, realizando programação de dias em específico para vacinação, e agendando por telefone esses pacientes.

Além disso, a vacinação organizada por agendamento facilita o processo de organização das demandas em sala de vacina, melhorando o processo de trabalho das profissionais que atuam na vacinação. Porém, como já referido, tal agendamento poderá limitar o acesso à vacinação da demanda espontânea, da demanda que se apresenta em usuários que comparecem a unidade para outras atividades, necessitam da vacina, mas que não foram atendidos por não fazer parte da programação, poderão não retornar à unidade e essa oportunidade vacinação ser perdida. Além disso, situações outras de usuários que não possuem disponibilidade para comparecer na unidade nos dias e horários programados para tal vacinação.

Diante disso reafirmamos que apesar da demanda agendada favorecer a organização do processo de trabalho na sala de vacina, e ter contribuído bastante no período de pandemia para evitar as aglomerações nas unidades, seu funcionamento exclui, limita o acesso à vacinação das demandas espontâneas.

Ademais, de acordo com a TFSA13, nos casos de faltas eventuais de vacinas, o usuário é orientado quanto ao dia do retorno para vacinação, uma espécie de pré-agendamento da vacinação:

As meninas olham cartão da vacina, se tiver a vacina elas [técnicas] aplicam, ou se não, elas falam uma data para elas virem. Na sala de vacina tem as orientações (Ent. TFSA13).

Em um levantamento realizado para inquérito vacinal de 2017-2018, 44% dos responsáveis por crianças menores entrevistados informaram ter deixado vacinar a criança - apesar de ter sido levada ao posto de vacinação - por falta de vacina (BRASIL, 2022c). A queda

da cobertura vacinal pode ocorrer devido à diversos aspectos como: dificuldade logística, desabastecimento de alguns imunobiológicos e horários limitados de alguns postos de saúde.

Apesar da orientação quanto ao dia certo de retorno para aplicação da vacina, percebemos que a realidade de falta de vacina de rotina nas unidades de saúde também é uma realidade comum. Além disso, mesmo alguns entrevistados terem afirmado o bom funcionamento da logística de distribuição e a quantidade adequada de fornecimentos dos imunobiológicos, além de ter sempre vacina disponível para proteger os usuários contra o sarampo é uma realidade relativa.

Neste estudo presenciamos dias em que a vacina anti-sarampo estava em falta, pois após a abertura do único frasco disponível na unidade, e que nem todas as doses foram aproveitadas, um novo pedido com novas doses de vacina só chegaria na unidade no dia de entrega da rota de fluxo de distribuição. Ou seja, mesmo com a falta e pedido já sendo emitido a central de rede de frio local, a vacina só chega nos dias programados para a rota de entrega das respectivas unidades, fazendo assim com que haja falta da vacina nas unidades.

No entanto, sobre as questões relacionadas a oferta – demanda de vacinação anti - sarampo, as gestoras GFSA1, GFSA3, GSSA4 e GSSA5 tem divergências a respeito das falas anteriores, ao referirem que as vacinas anti – sarampo são ofertadas em todas as unidades básicas de saúde e saúde da família, atendendo toda a demanda da comunidade. Além disso, ressaltam que não houve desabastecimento da vacina:

Referente **a disponibilização de vacina, né, é disponibilizada**, conforme solicitação, a gente como disse anteriormente **a gente não tem desabastecimento**, então a gente subentende que, se há oferta, só depende realmente da procura, então a gente entende que as crianças né, que é o público alvo de 1 ano e de 1 ano e 3 meses, que entram no calendário, como vacinação de rotina da tríplice viral, que a gente vacina com a tríplice viral, a gente entende que pelo menos 90% ou mais dessas crianças estão imunizadas, 90% acima estão imunizadas (Ent. GFSA1).

Não, **em relação à vacina de sarampo a gente não tem ausência de vacina no município** né a gente vai disponibilizar sempre que necessário para as unidades de saúde (Ent. GFSA3).

Sim, atende a demanda, **nesse momento a gente não está com problemas de falta dessa vacina**, essa vacina tem atendido, muito embora a gente já enfrentou alguns períodos com falta né, escassez desse imuno (Ent. GSSA4).

A vacina de sarampo é uma vacina que tem disponível na rede, a gente não teve, né, déficit dessa vacina esse ano (Ent. GSSA5).

Em convergência a tais falas, as informantes chave Gi6 e Gi8, reforçam de que a oferta de vacina anti-sarampo atende a demanda, mantendo uma oferta adequada para demanda, com vacinas suficientes e sem a falta delas:

Bom, em relação a questão da oferta, considerando que os imunobiológicos são dimensionados em quantidade de acordo com a população à vacinar, **a gente não tem dificuldade em relação a oferta do imunobiológico, tem quantidade** (Ent. Gi6).

Sim, mesmo com a ampliação da faixa etária de público-alvo para a vacina do sarampo, que hoje, não é, a gente já teve a extensão, aí era até antes 49 (anos), agora 59 anos de idade, já na rotina, então mesmo com ampliação de faixa etária **a gente não tem nenhum tipo de desabastecimento das vacinas tríplice viral, então as vacinas estão disponíveis para os 417 municípios do Estado da Bahia** (Ent. Gi8).

Ainda sobre a disposição de oferta – demanda de vacinas para os usuários, destacamos as falas das TSSA18 e TSSA19, que comungam com as falas anteriores das gestoras e informantes chave de que a oferta de vacinas atende a demanda da população:

Tem vacina suficiente para atender a toda a população e a gente também faz uma outra parte que é sempre está oferecendo, viu que o paciente não tem, a gente está oferecendo (Ent. TSSA18).

Sim, consegue atender a demanda. Sempre tem vacina, a vacina de sarampo sempre tem sim, tem uma boa cobertura, e quanto é feita a solicitação que é mensal, é feita acima da quantidade de pessoas que foram feitas naquele período, você prevê sempre uma sobra (Ent. TSSA19).

Dando sequência a respeito da oferta e demanda de vacinas anti-sarampo nas unidades de saúde, as UFSA22, UFSA23, USSA29 e USSA32, também tem falas convergentes às falas anteriores que a demanda de vacina responde à oferta na unidade, não faltando vacinas nos postos de saúde:

Não, não falta vacina, as crianças eu nunca fiquei sem dar uma, meus filhos aqui sempre eu acho sempre encontra a vacina outra que é tem vacina disponível (Ent. UFSA22).

Sempre tem uma vacina aqui, a semana toda, de segunda a sexta, só final de semana que não tem, né, mas todas as vacinas quando venho, o tempo não falta vacina não (Ent. UFSA23).

Sim, atende as demandas, toda vez que eu venho, eu nunca volto sem tomar, nem eu nem filha, sempre toma, não falta (Ent. USSA29).

Essas vacinas sempre quando eu venho tem. Com a vacina do sarampo quando fui vacinar ele teve não teve problema, tinha a vacina (Ent. USSA32).

As demandas de vacinação no PNI são produzidas em Bio-Manguinhos dentro dos mais rigorosos padrões de qualidade, e o Ministério da Saúde recebe os imunizantes, sendo responsável pelo envio às coordenações estaduais, para daí as centrais regionais disponibilizarem aos postos de saúde. Só em 2021, mais de 233 milhões de doses de vacinas foram fornecidas ao PNI (FIOCRUZ, 2023b).

Em outubro de 2003, a Bio-Manguinhos assinou acordo de transferência de tecnologia da vacina sarampo, caxumba e rubéola (a Tríplice Viral), que até então o único imunobiológico presente no calendário básico de vacinação ainda importado pelo Ministério da Saúde. Após esse acordo, em 2004 foi iniciada a assimilação da tecnologia e o processamento final da vacina, sendo hoje totalmente produzida no Brasil, o que mostra a atuação crucial do Instituto em relação à autossuficiência nacional neste setor (FIOCRUZ, 2023b).

Atualmente um dos maiores desafios do setor é aumentar a produção de imunobiológicos, para garantir o fornecimento das vacinas no país, visto que é de suma importância atender uma demanda maior que a oferta, tornando a autossuficiência de produção uma evolução do PNI.

Para tanto, a medida em que o Programa de Imunização se fortalece, aumenta a procura pelas vacinas e aumenta a demanda nos laboratórios. Por esse motivo, é necessário se criar mecanismos e estratégias que fortaleçam a produção dos laboratórios e garantir o suprimento das vacinas no SUS. Sendo assim, é necessário se investir no complexo industrial da saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), para ampliação das produções laboratoriais, visando aumentar o parque industrial da saúde e, consequentemente, a oferta de vacinas no país (CONASS, 2023).

Diante dessa realidade, entendemos de que o PNI tem capacidade técnica elevada para produção de vacinas e atendimento das demandas nacionais de vacinação. Porém, isso ainda não acontece em sua totalidade, gerando um custo adicional ao MS, que importa tecnologia e até mesmo produção de imunos para complementar as necessidades nacionais. Portanto, uma perspectiva, que poderá tornar-se um avanço essa autossuficiência do PNI em produzir largas escalas de doses dos imunos, apesar de mas ainda assim, carecer de maiores investimentos para sua ampla produção e desenvolvimento de tecnologias próprias para o atendimento total das demandas e, consequentemente, o acesso ampliado a vacinação.

Situação que deixa expectativa, aparentemente, em que a autossuficiência em produção de imunos no PNI busca atender as demandas de vacinação do país, na tentativa de evitar as faltas nos serviços e facilitar o acesso a vacinação. Logo, mediante as quedas das coberturas vacinais em crianças menores de cinco anos nos últimos anos, em especial da vacina tríplice

viral, o MS lançou em fevereiro 2023 um movimento nacional para ampliar vacinação (OPAS, 2023d).

Uma iniciativa que tem por objetivo ampliar as coberturas vacinais no país, mobilizando a população para a vacinação contra a COVID-19 e outros imunizantes do Calendário Nacional de Vacinação em várias etapas. Em abril de 2023 está programada iniciar a quarta etapa da mobilização da campanha contra a influenza e, a partir de maio, a quinta etapa fará uma convocação para atualização de caderneta de vacinação (vacinação de rotina) com as vacinas de todo o calendário nacional de vacinação (incluindo tríplice viral), com ações nas escolas de todo o país (OPAS, 2023d).

Com esse novo projeto, percebemos que o MS, em sua atual gestão, busca estratégias para melhorar as ações de PNI, frente aos retrocessos dos últimos anos. As melhorias visam atender a demanda mais urgente de avançar nas coberturas vacinais que estão em queda desde 2017 até a atualidade, incluindo a cobertura de tríplice viral, assim melhorar o acesso a vacinação anti - sarampo nas unidades de saúde.

É importante destacar que desde a década de 1960 que o SUS disponibiliza vacinas contra o sarampo para a população brasileira. A vacina contra o sarampo já está em uso há mais de 50 anos e é segura, eficaz e acessível economicamente, pois para imunizar hoje uma criança contra o sarampo custa menos de 1 (um) dólar aos cofres públicos, sendo frequentemente incorporada com as vacinas contra a rubéola e/ou caxumba, e é igualmente eficaz na forma única ou combinada (OPAS, 2023a).

Após mais de cinco décadas de história no PNI, a vacina anti-sarampo aparentemente está consolidada e representa confiança em seu uso na população. A facilidade de ter a vacina disponível nas unidades de saúde, com planejamento de reposição de estoque que garante sua chegada antes mesmo das campanhas vacinais e evita a falta dela nos postos, como relatada melhora o acesso a vacinação e fortalece a sua garantia à população.

O setor de imunização, tanto a nível estadual como municipal, tem se esforçado para manter essa dinâmica de abastecimento e garantia da vacina nos postos, sempre planejando o fluxo de distribuição para evitar as faltas nas salas de vacina.

A GFSA1 ainda complementa que a SMS não envia solicitação mensal de vacinas inferior ao requisitado pelas equipes de saúde, sempre atendendo as demandas solicitadas:

A vacina é disponibilizada para unidades com o seguinte fluxo, as unidades solicitam via sistema a quantidade, que elas verificam, né, segundo a demanda de cada unidade, e a gente envia, então, referente a quantidade a solicitação, né, referente a quantidade a gente manda com a solicitação da unidade, e a gente até então não

passou por nenhuma problemática referente a quantidade, né, disponibilizada, desabastecimento ou quantidade inferior disponibilizada (Ent. GFSA1).

Para a TSSA16 ela não sabe dizer “se a gente está com” cobertura vacinal adequada, ainda mais nesse contexto de pandemia que tanto afastou a comunidade da vacinação, como impediu a realização das campanhas de multivacinação e busca ativa nas áreas:

Mas esse dado de se a gente está com a cobertura adequada eu não sei te dizer, ainda mais nesse contexto de pandemia, né, que muitas pessoas deixaram de frequentar a unidade, que também era uma oportunidade para poder tomar vacina. A gente fazia a campanha de multivacinação, não é, para poder conferir e até agora a gente não fez, não é, esse ano para poder verificar na área, então a gente está voltado muito para a vacina do COVID e que não está tocando mais nessa coisa de busca ativa de cobertura (Ent. TSSA16).

Refletindo sobre o desconhecimento da equipe sobre os dados da respectiva área de cobertura na unidade de saúde em que atuam, relatado na fala anterior, observamos uma realidade comum sobre informações específicas de relacionadas as metas para cobertura vacinal local, e não havia documentos ou trabalhadores de saúde que soubessem informar.

É notória que pandemia também da COVID 19, como já referido, afastou a população das unidades, limitando o acesso à vacinação de rotina, como também à realização das campanhas de multivacinação e campanhas de segmento contra o sarampo, responsáveis pela atualização da situação vacinal de crianças menores de 5 (cinco) anos, tendo como prioridade a vacinação contra COVID 19. Neste sentido, acreditamos que a avaliação dos dados de cobertura local de vacinação pode ter sido suprimida, ocasionando um certo desinteresse por parte das equipes em atuar na perspectiva de melhorar esses indicadores locais de cobertura vacinal.

Diferente das demais trabalhadoras, a TFSA9 considera a unidade de saúde como responsável por ofertar vacina, caracterizando – a como porta de entrada para vacinação no SUS:

A unidade oferece a vacina, nós agentes é, olha, atentamos o familiar a trazer sua criança para vacinar, não é, quando está dentro do tempo de dar aquela vacina nós orientamos e cobramos também (Ent. TFSA9).

A atenção básica se configura como principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a rede de atenção do SUS, norteado pelos princípios doutrinários universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e a equidade (BRASIL, 2012b).

Contudo, a proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são essenciais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção do SUS (BRASIL, 2012b). Por esse motivo, os serviços de imunização que funcionam na atenção básica também se configuram como porta de entrada para vacinação no SUS. Para tanto, comungamos com a ideia de que ampliar o acesso a vacinação na porta de entrada preferencial do SUS pode garantir melhores condições de saúde à população, tendo os trabalhadores de saúde da atenção básica como protagonistas.

Neste sentido, para a GFSA1 enfermeiros, técnicos e ACS são profissionais essenciais na vacinação:

O fluxo flui normalmente por meio das unidades os profissionais que são as enfermeiras e os técnicos e os agentes comunitários né, que são profissionais essenciais nessa questão (Ent. GFSA1).

Todavia, há uma fala de uma gestora sobre a rejeição por parte dos técnicos de enfermagem em não querer em atuar na sala de vacinação, conforme é explicitada a seguir:

Nós temos é ultimamente tem uma prerrogativa que todo funcionário que adentre a gestão ele deve se interessar, se não souber, se interessar em aprender sala de vacina, é nós **já tivemos muitas rejeições de profissionais de não querer atuar em sala de vacina**. Também ultimamente não tem aquela campanha, há alguns anos, aquela direcionada a sarampo, mas são as campanhas de multivacinação (Ent. GSSA2).

Ressaltamos que a equipe de saúde que atua em vacinação é composta por enfermeira, técnicos de enfermagem, auxiliar de serviços gerais e agentes comunitários de saúde, realizando ações que vão desde a organização e limpeza da sala, previsão e provisão de insumos, até a administração dos imunobiológicos e orientação da população sobre vacinação (BRASIL, 2014b). Os treinamentos, capacitações e supervisão dos profissionais são atividades privativas da enfermeira.

Contudo, é importante destacarmos que no contexto da vacinação, a enfermagem exerce um protagonismo em especial, visto deter o conhecimento acerca da parte técnica de armazenamento, distribuição, aplicação da vacina, efeitos adversos e medidas de descartes dos resíduos decorrentes deste procedimento (SOARES et al., 2022). Sabemos que a formação profissional da equipe de enfermagem (técnicas de enfermagem e enfermeiras) detém os saberes relacionados às questões teóricas e técnicas de administração, e manejo das vacinas pertencentes ao calendário nacional de vacinação do SUS.

Por esse motivo, é natural que tais trabalhadores ganhem destaque na atuação frente das demandas de vacinação. Esse protagonismo retrata uma imagem positiva da categoria

profissional, porém, por outro lado, significa uma sobrecarga de função, levantando reflexões acerca da necessidade do envolvimento dos demais profissionais da equipe nesse processo.

Outrossim, defendemos que a imunização não poderá ser uma atividade mecânica, tecnicista e automatizada, pois os usuários possuem individualidade e peculiaridades que o diferenciam uns dos outros, dependendo também da faixa etária, escolaridade, condição de saúde e história vacinal. Assim, entendemos que as atividades de vacinação vão além do ato de vacinar, pois, de acordo com Marchionatti, Dias e Santos (2003) exigem uma soma de conhecimentos que abrangem Anatomia, Fisiologia e Imunologia, além de conhecimentos técnicos como normas de conservação, armazenamento e estoque de imunobiológicos, além de noções de epidemiologia, formando um bloco complexo de informações.

Como podemos notar a vacinação é um ato complexo munido de densidade de informações, saberes e prática técnica, que sobrecarregam as trabalhadoras de enfermagem que atuam em sala de vacina. Além da sobrecarga, muitos desses trabalhadores se queixam da ampla complexidade das atividades envolvidas na vacinação, e acabam rejeitando a opção de atuar em sala de vacina. Por esse motivo, quando não há treinamentos e sensibilização de toda equipe de enfermagem para atuar em vacinação, vemos que dificuldades poderão ser enfrentadas quando ocorre a ausência do único profissional que aceita atuar em sala.

Em algumas realidades, salas de vacina param de funcionar quando o técnico de enfermagem (vacinador) adoece ou falta por algum outro motivo, limitando assim o acesso da população à vacinação. Por isto, é notória que a falta de treinamentos específicos em vacinação também se configura um forte motivo e dificuldade para alocar mais profissionais habilitados em vacinação.

A TFSA15, refere que as técnicas de enfermagem que atuam em sala de vacina são fixas como vacinadoras, portanto, não há rodízio com outros profissionais, pela competência e conhecimento sobre vacinas:

Sim, na realidade, pelo cronograma da Secretaria teria que fazer um rodízio mensal de técnicas, mas eu estipulei deixar ela fixa pela competência e pelo conhecimento, né? Por tudo de vacina, então eu acho melhor deixar ela fixa lá (Ent. TFSA15).

No entanto, a fala da TSSA16 ela diverge da fala anterior, ao defender que o rodízio de profissionais em sala de vacina não prejudica as ações de vacinação: “**Existe rodízio aqui**, não prejudica o vínculo e a técnica (Ent. TSSA16)”.

Assim, outro limite levantado pela entrevistada GFSA2, foi a ausência de treinamentos presenciais para técnicos de enfermagem:

Treinamentos é treinar o enfermeiro e não trazer o técnico para o treinamento, a gente treina muito enfermeiro e esse, esse enfermeiro vai repassar essa informação, então as vezes o técnico não vem, enfermeiro que vem e repassa essa informação ao técnico, desde antes pandemia desde antes da pandemia, poucas vezes se colocou o técnico aqui porque nós não temos também um espaço né para acomodar enfermeiro e técnico, certo, e a gente tem que priorizar o enfermeiro, afinal de contas ele tem que dar conta disso, mas para além dela seria interessante, a meu ver, interessante ter momentos com o técnico também entendeu (Ent. GFSA2).

A TFSA11 complementa que não houve treinamentos e atualizações direcionadas a vacinação anti-sarampo nos últimos anos:

Não, na realidade a gente não teve nenhuma ação referente a ela, a anti sarampo não, que geralmente ela, geralmente vem as duas quando tem campanha, tem a Pólio e a Tríplíce (Ent. TFSA11).

Outrossim, a Educação Permanente em Saúde, França e outros (2017), a considera como uma estratégia transformadora das práticas em saúde, vem colaborando para o rompimento do paradigma tradicional de educação continuada, que orienta os processos de formação dos trabalhadores da saúde. A própria EPS poderá se constituir um instrumento para o desenvolvimento pessoal, social e cultural, centrada nos processos de ensino-aprendizagem, em que o próprio sujeito que aprende também é agente ativo, autônomo e gestor do seu próprio processo de educação.

Além de tudo isso, a GSSA5 refere que “ideal seria ter um enfermeiro específico de imunizações” para gerenciar ações na sala de vacina nas unidades, pois toda responsabilidade está concentrada com os técnicos de enfermagem na sala de vacina:

Ideal seria também ter um enfermeiro específico de imunizações, a gente não tem, hoje a gente tem um enfermeiro na unidade ou mais de um, mas que tem ‘N’ atribuições em atendimentos para fazer e ainda é responsável pela vacina, que acontece é que, por causa disso a vacina acaba ficando para segundo plano em detrimento de outras atividades que ele tem que dar conta **e aí acaba que a responsabilidade da sala de vacina recai sobre os técnicos de enfermagem da sala de vacina,** então esse não é o ideal, mas é a realidade (Ent. GSSA5).

Sabemos que as salas de vacinas são ambientes complexos e dinâmicos, uma vez que os conhecimentos em vacinação estão em constante transformação, e por esse motivo, é primordial o trabalho da EPS. Nos últimos anos, o PNI tem apresentado várias mudanças nos calendários de vacinação, incorporando vacinas novas e ampliando faixas etárias sob recomendação de

vacinação (MARTINS *et al.*, 2018), mudanças que exigem treinamento, atualização e supervisão de forma permanente para profissionais que exercem atividades nas salas de vacinas.

Entretanto, Oliveira, Monteiro e Santos (2010) analisam que a realidade apresentada sobre a falta de treinamentos, capacitação e educação em sala de vacina para os técnicos de enfermagem se concretizam na sobrecarga de trabalho relacionado à questão de pessoal insuficiente ao distanciamento do enfermeiro da sala de vacina e a falta de apoio das instâncias superiores.

Esses mesmos autores complementam, especificamente, a ausência da enfermeira na sala de vacinação e seu distanciamento das ações relacionadas à vacinação são cada vez mais frequentes, visto sua sobrecarga do seu processo de trabalho nas unidades de saúde, que levam à priorização de outras atividades, deixando a cargo dos técnicos de enfermagem boa parte da responsabilidade pelas vacinas.

Esta situação tem um agravamento, visto que apesar das enfermeiras estarem mais ausentes das salas de vacina, somente elas recebem os treinamentos em vacinação, para fazer o repasse desse conhecimento as técnicas de enfermagem. Mas, observamos que, diante da sobrecarga de atividades nas unidades de saúde, as enfermeiras não disponibilizam de tempo suficiente para capacitar e atualizar os técnicos de enfermagem com frequência sobre vacinação. Entretanto, comungamos com Siqueira e outros (2017) que a atuação simultânea de enfermeiras como gerentes e responsáveis técnicas das salas de vacina, pode comprometer as ações de imunização nas unidades, diante da sua sobrecarga de trabalho.

Entretanto, a enfermeira necessita de espaço para inserir em seu cotidiano a supervisão planejada da sala de vacina, utilizar dos instrumentos do PNI e identificar as demandas de EPS a fim de desenvolver o potencial e a qualificação da equipe de enfermagem. Uma contradição, pois vemos que a sobrecarga da enfermeira em suas múltiplas ‘ações’ na USF precisa ser repensada para melhorar seu aproveitamento nas unidades, inclusive fazer a formação da equipe técnica de enfermagem sobre vacinação.

Ademais, a superposição das atividades da enfermeira diante das exigências e vivências laborais presentes nas salas de vacina podem comprometer a saúde dos trabalhadores de saúde e, conseqüentemente, os serviços de vacinação prestados aos usuários. De acordo com o estudo de Fonseca e outros (2020), no aspecto dos danos físicos, como dores nas pernas e nas costas foram considerados como grave pelos trabalhadores de sala de vacina, além da maior prevalência de distúrbios musculoesqueléticos, é consequência do fato de o trabalho ser desconfortável e repetitivo, na maioria das vezes, favorecendo o aparecimento de lesões e

desordens, assim, classificadas, além de danos psicológicos relacionamos ao atendimento ao público.

Além disso, tais alterações físicas e musculoesqueléticas podem estar associadas às peculiaridades do trabalho na sala de vacina, visto que normalmente se apresenta como ambiente com acomodações, equipamentos e arranjo físico inadequado, ritmo de trabalho intenso, deslocamentos constantes com o objetivo de atender as necessidades individuais dos usuários, movimentos repetitivos e trabalho em pé ao longo do turno, além da adoção de postura corporal inadequada na administração dos imunobiológicos (FONSECA et al., 2020). Dessa forma, compreendemos que o rodízio de profissionais em sala de vacina seria uma estratégia que poderia minimizar esses danos, não sobrecarregando apenas um profissional nessa atividade.

Ademais, para Martins e outros (2018) a complexidade das ações em sala de vacina é consequência dos saberes em vacinação estarem em constante transformação, exigindo muitas vezes, um trabalhador fixo para atuar no setor, com o objetivo de garantir uma redução de erros em vacinação, uma vez que atuam sem a supervisão da enfermeira.

O processo de trabalho na sala de vacina é bastante dinâmico e complexo em virtude da necessidade constante de atualização de conhecimentos sobre vacinação, mediante as várias mudanças no calendário vacinal, com a introdução de novas vacinas, mudanças nas faixas etárias, e alterações nas recomendações gerais.

Com isso, as técnicas de enfermagem que atuam em sala de vacina enfrentam situações delicadas no seu processo de trabalho, visto optarem por assegurar um serviço de melhor qualidade ou priorizarem questões pessoais de saúde relacionadas à ergonomia e exposição frequente a riscos laborais na sala de vacina. Na realidade, são duas questões importantes e que necessitam ser avaliadas pela gestão, no sentido de priorizar por melhores condições de trabalho e segurança do usuário na imunização.

Com referência à organização e planejamento das equipes de saúde para vacinação, segundo as TFSA13 e TFSA14 as equipes se reúnem com frequência para planejar as ações de vacinação e quando necessário realizam busca ativa na área com objetivo de identificar as vacinações desatualizadas/ faltosas, dentre outras:

Tem uma reunião com o qual é abordado o assunto, e aí a gente sai avisando as pessoas, cada um o agente na sua microárea, e a às vezes tem apoio do carro de som. A gente tem a busca ativa dos faltosos, a gente, é, vê os nomes, vai na casa por exemplo, ‘dona Matilde porque a senhora não tomou sua vacina tal dia?’ (Ent. TFSA13).

Fazemos, fazemos reunião, porque tem o quantitativo para poder pedir a quantidade de doses. A gente precisa ter o quantitativo assim tudo, não para pedir a vacina, mas para ter o controle e saber se a gente alcançou o alvo, se vacinou todos. Nós nos reunimos e aí fazemos as anotações, e vamos lá, como é que chama, levantamento, entregamos a ela e ela bota no quadro (Ent. TFSA14).

Ao nos reportarmos sobre o planejamento em saúde vemos que ele pode subsidiar o trabalho das equipes com objetivo de dar resolubilidade a determinados problemas da comunidade. E por isso, a equipe de saúde da família, precisa utilizar o planejamento em saúde como ferramenta de trabalho para desenvolver um trabalho mais resolutivo e com parâmetros para avaliação dos resultados alcançados (UNA-SUS, 2023). É importante, por isso, associar a necessidade de planejamento em saúde às ações em vacinação na perspectiva de manter boas condições de acesso à vacinação, não permitindo faltar insumos nem para o serviço por outras questões.

Neste sentido, o planejamento em saúde locado às questões sobre vacinação permite à equipe de saúde avaliar suas demandas na área de abrangência e programar uma oferta adequada do serviço para a população. É um planejamento que requer programação por parte da equipe, mais especificamente, os responsáveis direto pela vacinação (técnicas de enfermagem e enfermeira), para levantamento das necessidades de vacina (público-alvo não vacinado), realização do pedido de reposição de estoque dos imunobiológicos e insumos relacionados (seringas, agulha, algodão, entre outros) e organização do ambiente para melhor acomodação e acolhimento.

Dentro desse planejamento existe também a busca ativa na área de abrangência, que é definida como uma ação que permite avaliar a sensibilidade dos sistemas de vigilância em saúde. A busca ativa é uma das atribuições das equipes de saúde que atuam nos serviços de atenção básica, onde o trabalhador de saúde que realiza a busca ‘deve’ reconhecer os processos de trabalho inerentes ao seu fazer, dispondo dessa atividade enquanto estratégia capaz de fortalecer a identificação de cartões de vacina desatualizados na área de abrangência correspondente (BRASIL, 2019b).

Desse modo, o planejamento em vacinação e as ações de busca ativa na área de abrangência das unidades de saúde podem representar uma facilidade ao acesso à vacinação, visto ter por objetivo aperfeiçoar a oferta do serviço, não só ajustando suas atividades às demandas de vacinação como também ampliar as coberturas vacinais locais.

Ao finalizar essa subcategoria, percebemos o quanto é necessário se refletir sobre a dimensão organizacional do acesso da população aos serviços de vacinação e os possíveis determinantes que favorecem ou dificultam o processo de vacinação no SUS, o quais podem

estar relacionados ao quantitativo de usuários por equipe, a organização das demandas espontâneas de vacinação, a localização do estabelecimento de saúde (sala de vacina), os horários e dias de funcionamento do serviço, a infraestrutura adequada para o atendimento e entre outros motivos.

Para complementar essa discussão sobre o acesso enquanto direito a vacinação no SUS, apresentamos, a seguir, uma análise sobre as questões relacionadas a dimensão técnica do acesso.

4.4 Dimensão técnica: das tecnologias leve-duras às tecnologias leve no SUS

A dimensão técnica tem como definição aquela que se caracteriza pela planificação e organização das redes dos serviços. Organização que significa o **planejamento e acolhimento das ações, a qualidade de atenção, o compromisso com a comunidade, habilidade técnica e competência, autonomia para desenvolver as ações, acolhimento e vínculo** com os usuários.

No planejamento das ações sobre vacinação as equipes de saúde são responsáveis, particularmente as enfermeiras, pelo levantamento das necessidades de seu público-alvo, inclusive num trabalho efetivo dos ACS na busca ativa na área assistida:

Referente às vacinas de rotina o fluxo flui normalmente por meio das unidades os **profissionais que são as enfermeiras e os técnicos e os agentes comunitários né**, que são profissionais essenciais nessa questão, aí então se a gente tem um acamado, por exemplo, né que ele precisa de uma vacina é ou **agente comunitário ele faz esse levantamento** de quantos acamados possui naquela área de abrangência da unidade, então a enfermeira já faz essa solicitação pra gente né, por exemplo. Então toda campanha as unidades elas fazem uma relação desses acamados, a quantidade de acamados, que tem na sua unidade e elas enviam para a gente um quantitativo de vacinas que precisa para aqui para que é a gente disponibilize essa vacina (Ent. GFSA1).

Bem nós temos é, **na sala de vacina a busca ativa**, porque toda a unidade tem né seu livro de busca ativa e é a gente **através do agente comunitário de saúde** e agente eles fazem essa busca ativa é para que a criança, ou seja, lá o adolescente toma, não é, pode vir não é da idade, possa estar se dirigindo a unidade. O agente comunitário que visita diariamente que tem acesso né as casas tá encaminhando né porque eles também têm esse controle do cartão vacinal das crianças (Ent. GFSA2).

O termo busca ativa é muito usado quer na Vigilância em Saúde, quer nas ações em vacinação como a busca por indivíduos com atraso vacinal, por meio das visitas domiciliares. Durante uma busca ativa é possível interagir não só com o usuário, de maneira isolada, mas

com o mundo que o cerca, seu espaço e território, aproveitando para verificar a situação vacinal de todos e ainda orientar sobre a importância da vacinação.

De acordo com Boletim Epidemiológico das Doenças Exantemáticas - Nº 02 de 2022 (DOC. 2), as principais ações de controle sarampo executadas do Estado foram bloqueio vacinal seletivo dos contatos suscetíveis até 72 h e intensificação vacinal quando indicado; busca ativa de casos secundários nas áreas de deslocamento do caso suspeito durante o período de transmissibilidade, incluindo escolas, creches, igrejas, locais de trabalho, comércio, unidades de saúde, entre outros; acompanhamento semanal dos contatos para monitorar o aparecimento de sintomas durante 30 dias após o contato (BAHIA, 2022a), o que mostra o quanto a busca ativa se torna essencial no acesso à vacinação, principalmente para minimizar os problemas relacionados as baixas coberturas vacinais na área.

Além do mais, de acordo com Siqueira e outros (2017), é responsabilidade dos trabalhadores de saúde envolvidos na imunização realizar o cálculo da cobertura vacinal e da proporção de abandonos da área adscrita pertencente à unidade de saúde. Assim, é com bases nesses dados que é mostrada a capacidade do serviço em convocar os faltosos por meio da busca ativa, realizar a vacinação e completar os esquemas.

Os possíveis motivos das baixas coberturas vacinais no Estado, de acordo com NOTA TÉCNICA Nº 25/2022 - CIVEDI/DIVEP/SUVISA/SESAB (DOC. 4) foi o deficiente monitoramento das rotinas de vacinação, traduzindo-se na falta de implementação das ações de busca ativa de faltosos, em perda de oportunidade à vacinação por falsas contra indicações ou por aprazamento de doses, desconsiderando as recomendações técnicas de viabilidade de aplicação simultânea de algumas vacinas, contribuindo para o aumento da taxa de abandono de vacinas com esquema sequenciais de doses (BAHIA, 2022c). Concretamente um resgate sobre a importância do planejamento em saúde e autonomia da equipe de saúde na organização das demandas de busca ativa enquanto estratégia de oportunidade de vacinação, melhorando o acesso e as coberturas vacinais.

Porém, mesmo sendo as enfermeiras responsáveis por parte do planejamento das ações em vacinação, a entrevistada GFSA3 complementa que as equipes de saúde possuem autonomia de forma parcial para organizar e desenvolver ações:

Ela tem autonomia desde que ela tenha o planejamento, que passe para a Secretaria; olha, eu detectei que na comunidade de São Domingos eu preciso, eu estou vendo que tem uma cobertura abaixo em determinada vacina, e tem alguns adultos que também não tem a cobertura no cartão vacinal, e eu planejei uma ação com agente comunitário para lá para tal dia você disponibiliza, então ela já vai ver o que é, qual problema detectou e a gente vai disponibilizar essa vacina. Elas têm

autonomia para isso, vê quais são os problemas passar para a Secretaria e a gente disponibiliza o material e os insumos, seringa, agulha, caixa de perfuro, algodão, álcool para realizar essa vacinação (Ent. GFSA3).

Com falas convergentes a GFSA3, as entrevistadas Gi6 e Gi8 também se reportam a autonomia das equipes de saúde para vacinação ser ‘parcial’, pois dependem de decisões e de suporte da gestão central:

Autonomia em muito também **está relacionado com a relação da gestão**, não é, com **as equipes de saúde**, então isso aí depende muito da concepção da gestão sobre a importância do serviço, né, e sobre a importância de manter esse serviço ativo e dando conta das, inclusive, da atenção às necessidades da população (Ent. Gi6).

Normalmente, né, a gente sabe que as unidades locais elas têm autonomia de atuação principalmente na sua área de abrangência, então isso aí **a gente precisa entender que é de autonomia das unidades, agora às vezes e a gente precisa, digamos, ofertar para essa unidade recursos para que elas realmente possam ter essa autonomia**, porque assim, ela pode fazer mas se ela não tiver o carro para ir até a determinada unidade, como que ela vai se deslocar até uma comunidade mais distante que ela precisa realizar esse bloqueio, então ela tem autonomia, mas ela depende do nível central na oferta de recursos que são essenciais para que ela possa executar suas ações com autonomia (Ent. Gi8).

Outrossim, de acordo com a GFSA1, o planejamento das ações de vacinação é também feito pela SMS, mais especificamente os setores envolvidos são Rede de Frio, Atenção Básica e Divisão de Enfermagem:

O Programa de Imunização juntamente com esses dois setores que eu informei que é a Divisão de Enfermagem e atenção básica, é referente às vacinas de rotina o fluxo flui normalmente por meio das unidades os profissionais. A gente faz um planejamento de como é que vai ser o quantitativo de vacinas, e as equipes passam para a gente qual a demanda né. O levantamento da população dela do grupo prioritário da primeira etapa, então não vai mais ou menos a quantidade de vacinas que ela vai precisar e a gente faz né toda essa logística de preparação e de envio então a realidade um planejamento entre o programa de imunização, né, entre a atenção básica e divisão de enfermagem que são os setores responsáveis pelas unidades de saúde (Ent. GFSA1).

Ainda a respeito do planejamento e organização das demandas de vacinação, as entrevistadas GSSA4 e GSSA5 também concordam que as equipes e unidades de saúde no período da pandemia possuíam uma autonomia ‘parcial’ para desenvolver as ações de vacinação:

Eles têm, tem autonomia sim, né, limitada agora pela questão da pandemia, mas eles possuem sim autonomia para definir qual é a forma mais adequada àquele território que eles cobrem, para fazer ações, tem sim autonomia para organizar ações de vacinação (Ent. GSSA4).

Em época de pandemia as coisas têm funcionado de forma diferente, porque vem toda a determinação do nível central e a gente não tem opinado muito, mas fora esse período de pandemia, tanto o distrito, quanto as unidades que conhece seu território resolve como vai ser o planejamento e os locais que vão funcionar né, em atendimento (Ent. GSSA5).

Ainda sobre a questão da autonomia da equipe sobre vacinação, segundo as trabalhadoras TSSA17 e TSSA20 as equipes de saúde não possuem autonomia para realizar atividades em vacinação, divergindo assim das falas anteriores:

Não, isso de autonomia eu nunca vi aqui, eu já vi sim quando tem aquela que vai na área, por exemplo, identificou um problema e tem dá a vacina naquela uma área, bloqueio vacinal, tem isso aí (Ent. TSSA17).

A gente sugere para os enfermeiros responsáveis pelas salas para passar para o distrito, porque a gente só pode fazer com orientação devida do distrito sanitário, a gente não pode fazer nenhuma ação nesse nível, enquanto dentro da unidade de saúde a gente até pode fazer, mas quando se faz uma vacinação fora com a, extramuros, a gente não tem essa autonomia, entendeu? (Ent. TSSA20).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), o processo de trabalho das equipes de saúde da família precisa compreender a programação e a implementação de atividades de atenção à saúde de acordo com as demandas de saúde da população adscrita, priorizando intervenções clínicas e sanitárias, como as campanhas de vacinação e busca ativa dos faltosos, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Logo, reforçamos que tais atividades sejam realizadas na própria unidade de saúde, no domicílio, em locais do território como salões comunitários, escolas, creches, praças, e em outros espaços que comportem a ação planejada.

E, para as equipes de saúde da família desenvolverem atividades ‘extra muro’ (fora da unidade de saúde), no território adscrito, necessitam de recursos materiais, transporte, profissionais para suporte, e isto muitas vezes, vai depender do apoio da Secretaria de Saúde. As atividades “extra muro” de vacinação podem ser planejadas com total autonomia pelas equipes de saúde, porém a necessidade de apoio da gestão para suprimento de recursos faz com que essa autonomia seja de maneira parcial. Tal limitação desestimula as equipes em se programarem para realizar ações com frequência, e assim poder atender as demandas de vacinação da área, para cumprir com as metas e avançar no acesso da imunização.

Quanto a prática do cuidado familiar essa visa propor intervenções, a exemplo da vacinação, que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade (BRASIL, 2012b). Sendo assim, o processo de trabalho desenvolvido na ESF, normatizado pelo MS, muito embora, na sua implementação, sejam constantes as dificuldades na prática dos serviços e habilidades técnicas (GOMES, 2015). Na

oportunidade chamamos atenção que, a pandemia da COVID 19 agravou ainda mais esse processo.

E, dentre os desafios relacionados à COVID-19 se encontram as interrupções de serviços e da cadeia de suprimentos, ganhando destaque o desvio de recursos financeiros para conter à pandemia e as medidas de prevenção que limitavam o acesso e a disponibilidade do serviço de imunização (UNICEF, 2023c). Por esse motivo, as equipes de saúde da família tiveram um comprometimento de sua autonomia para realização das ações relacionadas a vacinação, visto escassez de recursos para tais ações mediante os desvios para pandemia, e pela obrigatoriedade em respeitar as normas sanitárias de isolamento evitando ações que promovessem aglomerações.

Como vimos, o planejamento e o combate à COVID-19 não necessitam ser desmembrados do planejamento das ações de vacinação contra doenças mortais como sarampo, pneumonia e diarreia (UNICEF, 2023c). Atualmente já dispomos de uma condição sanitária que flexibiliza a possibilidade de organização de atividades que busquem melhorar as coberturas vacinais, como campanhas de vacinação e ações locais de impacto com a comunidade para melhoria do acesso à vacinação e, conseqüentemente, avançar nas coberturas vacinais contra o sarampo.

Os gestores municipais do SUS, cada vez mais, se transformam em atores políticos e líderes estratégicos na definição e conformação dos rumos da política de saúde, considerando o quantitativo de recursos que gerenciam o tamanho da rede (OUIVERNEY, 2019). Além disso, como já discutido nas questões sobre acesso da dimensão política, os representantes populares da participação social na gestão do SUS, nesse espaço de ‘disputa de poder’ saíam em desvantagem frente ao monopólio de poder desses gestores.

Da mesma forma que no processo de trabalho em saúde, os gestores centralizam o poder de decisão e isso afeta diretamente a autonomia das equipes de saúde em desenvolver ações de vacinação.

No decorrer do processo de observação, verificamos o fechamento de salas de vacina, por ordem da gestão municipal, deslocando profissionais de saúde para atender em outras unidades de vacinação itinerantes no combate a COVID 19. Dessa forma, unidades de saúde tiveram suspensas suas atividades de vacinação de rotina, limitando o acesso à vacinação anti-sarampo e as demais vacinas de rotina.

Para as gestoras de saúde, as trabalhadoras que atuam em vacinação, mais especificamente os de enfermagem (técnicos e enfermeiras), são competentes e possuem habilidade técnica para tal:

Sim, sim, **tem competência e habilidade técnica**, é como eu disse anteriormente é a os profissionais eles estão sempre sendo capacitados né e atualizados então qualquer nova atualização o núcleo eles enviam para a gente para o programa de imunização e a gente também referência né para atenção básica para a Divisão de Enfermagem para eles estarem fazendo uma atualização e capacitação, então não só em período de campanha, mas também rotina (Ent. GFSA1).

Na sua grande maioria pelo menos nas unidades, **os profissionais são capacitados sim para atuar em sala de vacina, tem habilidade e competência para exercer a vacinação**, sabe, a gente tem todo o cuidado de não deixar que um profissional que não saiba fique na sala de vacina ou se não souber que tem que ter a supervisão do enfermeiro no momento da vacinação enfermeiro tem que estar supervisionando é corriqueiramente sua sala de vacina (Ent. GFSA2).

A maioria dos técnicos tem habilidade eu tenho unidade que ainda tem técnico que não está treinado para BCG, entendeu, então, mas a maioria tem, quase 100%, são coisas, situações pontuais, porque é bem específica (Ent. GSSA5).

A fala de uma informante chave da SESAB concorda tais características:

A grande maioria são sim comprometidos, competentes e habilidosos, a grande maioria sim porque aqui na sua grande maioria eles já são; na faculdade a gente vem, inclusive, fazendo parcerias para que já possam incluir nos seus currículos, na sua grade curricular, né, o calendário de vacinação (Gi8).

As trabalhadoras de saúde TFSA12, TFSA13, TSSA18 e TSSA19 comungam também que os profissionais de saúde que atendem vacinação, são competentes e habilidosos:

Sim, possuem competência e habilidade, tem curso, a Secretaria fornece e está sempre atualizando a gente, somos capacitados todos (Ent. TFSA12).

Eu acredito que sim, as meninas aqui, principalmente [cita o nome da profissional da sala de vacina], aquela parte mais da vacina, ela é muito comprometida no que ela faz, muita, muita habilidade, tem sim (TFSA13).

Sim até porque também só pode para quem tem realmente habilidade, não, por exemplo, tem técnicas novas que não tem ainda, né, no qual participa apenas do cadastro, mas para vacinar só que realmente tem habilidade mesmo, se já estão já aptas (Ent. TSSA18).

Olha, eu digo que sim, porque na realidade, as funcionárias que trabalham em vacina, antes dela iniciar a vacina ela teve um treinamento, e aí, é, a gente procura ter nossa técnica correta, procura se informar também. Temos competência e habilidade. Quem não tem, vai aprender e só vai fazer vacina quando a gente vê que está pronta, e com apoio do enfermeiro, o enfermeiro também está na responsabilidade de estar auxiliando, orientando, indicando o curso, tudo isso ajuda muito, né? (Ent. TSSA19).

As usuárias apresentam falas convergentes com as das gestoras e trabalhadoras de saúde nas salas de vacina a respeito da habilidade técnica, competência e planejamento nas ações de vacinação:

Sim, são competentes e habilitadas, se planejam né, sempre tem umas avisando que tem vacina no posto, aí quem se interessa, quem quiser não é (Ent. UFSA23).

Tem sim, são competentes, principalmente [cita o nome da profissional da sala de vacina] ela que já trabalhou muitos anos aqui, aquela que vacina ela é uma ótima profissional (Ent. UFSA25).

Sim, sim, tem competência e habilidade, outro dia eu estava até brincando com a moça da vacina, que eu nem sinto, as meninas são ótimas (Ent.USSA29).

Eu acho que sim viu, tem competência e habilidade. Porque elas aplicam direitinho, sabe, creio que sim. Não tenho nada assim a reclamar, em relação a isso (Ent. USSA30).

Concretamente a enfermagem brasileira tem desempenhado com competência, comprometimento e protagonismo o processo de vacinação da população, apesar das baixas remunerações, discrepância salarial entre os trabalhadores de saúde, exaustão pelas longas jornadas de trabalho, acúmulo de empregos para garantir a sobrevivência, ambientes físicos inadequados para atuação, falta de materiais e equipamentos apropriados, até mesmo adoecimento e alta mortalidade das profissionais.

Observamos que as trabalhadoras de enfermagem que atuavam nas salas de vacina desempenhavam suas atividades de maneira coerente, com habilidade técnica e competência; acolhiam os usuários; registravam no sistema as vacinas aplicadas; aprazavam as próximas doses a serem aplicadas e orientavam sobre os cuidados e possíveis eventos adversos pós vacinação. Todas as vacinas estavam acondicionadas de maneira coerente.

Quando se fala em competência e habilidade técnica na sala de imunização o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b), explica que os procedimentos são desenvolvidos pela equipe de enfermagem devidamente treinada e capacitada para realização do manuseio, conservação, preparo e administração, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de vacinação com uma equipe de vacinação formada por enfermeiro e técnico/ auxiliar de enfermagem, sendo ideal a presença mínima de dois vacinadores para cada turno de trabalho. E, a depender do porte do serviço de saúde, bem como do tamanho da população do território sob sua responsabilidade, mais profissionais poderão ser convocados. Ressaltamos ainda que essa equipe responsável pela vacinação ainda participa a da avaliação da situação epidemiológica da área adscrita, na qual o serviço de vacinação está sendo ofertado, para se estabelecer prioridades, levantamento de recursos e orientação programática, quando necessário.

Todavia, diante do protagonismo da enfermagem nessa jornada, assumindo a responsabilidade técnica em imunizar a população brasileira, sentimos o pouco reconhecimento

e o pouco comprometimento das esferas governamentais em melhorar suas condições de trabalho e remuneração justa. Salientamos diante disso que o direito ao acesso a vacinação em muito depende da boa relação entre processo de trabalho em vacinação e trabalhadores da enfermagem.

Para tanto, também agregamos a essa análise a importância da EPS para a valorização do processo de trabalho em vacinação com competência e do acolhimento direcionado à população, visando à acessibilidade e resolutividade do sistema de saúde e a ampliação da autonomia dos sujeitos em relação ao cuidado e às políticas públicas de saúde (CECCIM, 2005).

Ao falarmos sobre o trabalho da equipe de enfermagem na vacinação, UFSA24, UFSA25 e USSA28 avaliam que existem o comprometimento e a organização da equipe de saúde com as ações de vacinação na comunidade, com rapidez no atendimento, acolhimento e orientação sobre as vacinas:

No momento está muito organizada, elas estão de parabéns, a equipe, a equipe técnica elas têm mesmo todo comprometimento de fazer o serviço correto (Ent. UFSA24).

Chega aqui e o atendimento é rápido, se não gasta nem 10 minutinho para se vacinar, é rapidinho (Ent. UFSA25).

Eu acho, eles atendem a gente muito bem e eu acho, conversa, brinca, eu gosto, informa sobre as vacinas, se ficar o braço dolorido, colocar compressa de água gelada, eu gosto, explica pra que serve e quando tem que voltar, tudo direitinho (Ent. USSA28).

Entretanto, no intuito de garantir um serviço de imunização qualificado, é necessária a manutenção de coberturas vacinais dentro das metas preconizadas pelo PNI (mínimo de 95% da população alvo), visando o controle, a eliminação ou a erradicação das doenças imunopreveníveis. Para garantir um programa de imunizações integrado e qualificado no atendimento à população, torna-se importante a realização de ações regulares de vacinação, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias disponíveis no SUS; estratégias especiais, como campanhas, bloqueios vacinais e de grupos especiais; além da notificação e investigação dos eventos adversos e inusitados associados à vacinação.

Um serviço qualificado em vacinação garante o acesso à vacina enquanto direito no SUS, pois tem como objetivo central cumprir as metas preconizadas, realizando as diversas ações que poderão fortalecer o controle, a eliminação e até erradicação das doenças imunopreveníveis. A qualificação desse serviço também conta com o bom estabelecimento de vínculo de acolhimento entre usuários e profissionais de saúde da vacinação.

Especialmente a respeito do acolhimento e do vínculo dos trabalhadores de saúde para com os usuários, as GFSa1, GFSa2, GSSa4 e GSSa5 ressaltam um bom acolhimento e vínculo nas unidades de saúde que ofertam o serviço de vacinação:

Bom eu acredito que sim, **temos um bom acolhimento e vínculo**, inclusive, referente só voltando à pergunta anterior quando você falou sobre essa questão de planejamento há também um treinamento de toda a equipe então os 2 setores eles são responsáveis por esse treinamento dos profissionais das unidades de saúde (Ent. GFSa1).

Sobre um bom acolhimento e vínculo, eu acho eu acho que tem sim, acho que tem sim, porque assim desde, desde que que é feito que a criança nasce que é feito o acompanhamento dessa criança na unidade há um direcionamento de enfermeira para a sala de vacina, não é? (Ent. GFSa2).

Queixas existem, mas assim, como a gente tem um território que tem muitas unidades de saúde da família, então são equipes que já estão habituadas a estar com a comunidade, **então eles têm, possuem um bom vínculo** (Ent. GSSa4).

Então assim, **no geral a gente tem um bom acolhimento** (Ent. GSSa5).

As falas dessas gestoras convergem com as das informantes chave Gi6 e Gi7:

Olha, eu não estou na ponta acompanhando o dia a dia, né, mas **eu acredito que sim**, porque a própria Estratégia de Saúde da Família como é concedida, né, **tem essa intenção de aproximar o usuário do serviço, estabelecendo um vínculo** com a equipe de saúde da família (Ent. Gi6).

Eu acredito que sim. Pegando os grandes polos da Bahia, **a adesão e o acolhimento eu acho que acontece de uma maneira muito boa, muito positiva**, eu acho que a apesar de tudo, os fatos mais recentes, o serviço de vacinação ainda é visto como um elemento positivo, como uma estrutura de força da nossa sociedade (Ent. Gi7).

Concomitantemente, as falas já referidas, as trabalhadoras também concordam com as falas anteriores sobre o acolhimento e vínculo das equipes com a comunidade na vacinação.

Eu acredito que sim, porque se não tem aquele vínculo com aquele, como se diz, aquela primeira impressão é a que fica, não é? Eles se não tem essa primeira impressão, eles vão vir e depois é só aquele dia e não voltam mais. Existe um vínculo entre equipe e comunidade (Ent. TFSA13).

Sim, inclusive, é, nossa unidade tem outras, tem pessoas de outros bairros. Que vem tomar aqui, vem se vacinar aqui, graças a Deus (Ent. TFSA15).

Sim, sim, são pacientes que sempre retornam, que a gente já conhece, a equipe ela é uma equipe acolhedora e esse último ano, não é, da pandemia, a gente instalou lá o acolhimento que antes não tinha (Ent. TSSA16).

Sim, eu acho que sim, porque a gente é muito elogiado, muito elogiado, as pessoas elogiam muito o nosso trabalho, e às vezes por falta de ética, eles falam mal de alguns locais, a gente fica não é, na boa, não fica defendendo, e nem, é, defendendo, não é, falando mal, mas é muito elogiado trabalho para nosso (Ent. TSSA17).

As próprias usuárias elogiaram o ‘bom’ acolhimento e vínculo da equipe de enfermagem na vacinação:

Eu não tenho nada que reclamar, mas toda vez que eu, é, que eu sou bem atendida, tem, tem um bom vínculo e acolhimento (Ent. UFSA22).

Sim sempre acolhe, não tenho o que falar delas, sempre foi tudo legais (Ent. UFSA23).

Sim, sim, eu até brinco aqui digo que eu faço parte delas e elas faz parte da minha família muito falam mesmo a elas (Ent. UFSA24).

Todas as outras dei aqui, tudo certinho no acolhimento e vínculo. Eu digo a você que o atendimento aqui é um dos melhores, para mim eu acho (Ent. USSA28).

Sim, sim um bom acolhimento e vínculo, com certeza. São bons profissionais. A gente precisa de atendimento em casa eles nos ajudam (Ent. USSA29).

Diante disso, as TFSA11 e TFSA13 complementam que o acolhimento adequado gera confiança e garante retorno dos usuários para as unidades e respectivas salas de vacina:

O acolhimento é feito de forma adequada e o retorno né, garantido (Ent. TFSA11).

Eu acredito que sim, porque se não tem aquele vínculo com aquele, como se diz, aquela primeira impressão é a que fica, não é? Eles se não tem essa primeira impressão, eles vão vir e depois é só aquele dia e não voltam mais. Existe um vínculo entre equipe e comunidade (Ent. TFSA13).

Sim, sim, eu acho que tem sim, gera uma confiança assim, é, assim até o próprio agente os verdadeiros técnicos eu acho que tem (Ent. TFSA9).

Com certeza, o pessoal aqui trabalha, que também a enfermeira, é, da treinamentos, e venha olhar enfermeira estar junto fica olhando. A comunidade confia (na equipe) (Ent. TFSA10).

Entretanto, divergindo das falas apresentadas, quer das trabalhadoras, quer das usuárias, a entrevistada USSA31 afirma que não há esse bom acolhimento e vínculo:

É bem complicado, para mim eu não tenho muita, umas boas experiências com vacinação aqui, vacinação por que eu falo vacinação, porque era é o acesso mais aberto que a gente tem aqui tem, os demais o acesso é mais restrito tanto que eu nem consegui fazer um agendamento de um pediatra para as meninas entendeu? (Ent. USSA31).

Já a entrevistada Gi8 relativiza que o acolhimento e o vínculo são peculiares de cada localidade, não podendo generalizar que são bons ou ruins:

Bom, eu acho que isso aí é muito peculiar de cada local, você tem equipes que **têm um excelente trabalho de acolhimento naquela comunidade**, normalmente são equipes que têm a sua área de abrangência, não é, mas sala de vacina é aberta para a população e você tem às vezes equipes que é uma única pessoa para fazer tudo. Então, você tem unidades que a equipe atende muito bem a demanda e tem uma capacidade de fazer um acolhimento muito bom, **mas você tem outras unidades que você só tem aquela equipe mínima de vacinadores na sala atuando e você tem filas quilométricas, então eu imagino que naquelas filas quilométricas a gente não tem esse acolhimento tão bom**, porque as pessoas estão com pressa na fila, elas não estão, ninguém gosta de esperar muito tempo, então como vai ser a orientação dos cuidados que o profissional vai orientar a família em relação à possibilidade de um evento adverso local? Como vai ser o cuidado? (Ent. Gi8).

Nestas falas ficam explícito o trabalho vivo em ato, de acordo com Merhy (2013) é aquele desenvolvido por trabalhadores de saúde, seja na forma de acolhimento, de responsabilização ou de resolutividade. O acolhimento posto em prática nas ações de atenção a saúde favorece a conformação de uma relação de confiança e compromisso entre usuários e as equipes de saúde, colaborando para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2010c).

Segundo Campos (2005), o acolhimento pode regular o acesso aos serviços de saúde, em especial de vacinação, por meio da oferta de ações mais adequadas, contribuindo para a satisfação do usuário. Já o vínculo entre usuário e profissional de saúde promove a autonomia e a cidadania dos sujeitos, com sua participação durante a prestação de serviço.

O vínculo com os usuários dos serviços de saúde, o referido autor amplia a eficácia das ações de saúde e fortalece a participação popular na realização do serviço. Para tanto, o vínculo será um instrumento de construção de sujeitos autônomos, sejam eles os trabalhadores de saúde ou sejam os próprios usuários, pois não existe construção de vínculo sem o reconhecimento do usuário enquanto sujeito com poder de fala, julgamento e desejo.

Por esse motivo, o trabalho diário das equipes de saúde da família e dos ACS fomenta a construção de vínculos com os usuários, o que possibilita de acordo Gomes (2015) compreendê-los enquanto sujeitos possuidores de saberes, autônomos na formação das suas vivências em saúde, transformadores da sua história, e conhecedores do que promove a sua felicidade.

Na vacinação, acolhimento e vínculo são responsáveis pela construção dos afetos e relações de confiança, na perspectiva de assegurar um trabalho vivo em ato com eficácia na garantia do acesso enquanto direito no SUS.

Segundo Brito, Oliveira e Silva (2012), alguns elementos são essenciais no fortalecimento do vínculo e da confiança nos trabalhadores de saúde, sendo eles a clareza na transmissão das informações e saberes, o interesse do profissional, sua segurança na

condução dos casos, e a escuta qualificada. Para os autores, tais elementos podem estar relacionados a qualificação dos profissionais e melhor infraestrutura dos serviços de saúde, em especial de vacinação, mostrando a necessidade em aumentar os investimentos na educação permanente da atenção básica como coordenadora da assistência em vacinação.

Confiança e vínculo juntos ampliam o acesso a vacinação, assegurando esse direito a população. Tudo isso pelo simples fato de atuarem como pilar das relações entre usuários e profissionais de vacinação, que fortalecem o sentimento de segurança desses usuários em se vacinar e, conseqüentemente, se proteger das doenças.

Essa é uma situação em que a GSSA5 tem fala convergente com a anterior, ao destacar que o atendimento é peculiar e individual da postura de cada profissional, inclusive existem “profissionais fazendo no automático”, mas “no geral a gente tem um bom acolhimento”:

Eu acho que isso é muito peculiar, porque, no geral a gente tem bons profissionais da imunização no nosso distrito, mas é como todo lugar, a gente tem bons profissionais, profissionais que **são mais comprometidos, profissionais que tem aquele olhar mais voltado mesmo, preocupado com a população, e tem profissionais que está ali fazendo no automático**, então assim, **isso é a postura individual**, você tá entendendo? Então assim, **no geral a gente tem um bom acolhimento**, mas vai ter momentos por exemplo, a gente tem uma unidade de saúde X, que a gente sabe que o acolhimento. Estou falando para tudo, é péssimo, a gente sabe que tem, a gente tem uma unidade dessa, entendeu, nessa situação, que é, qualquer tipo de acolhimento para qualquer serviço da unidade é péssimo, é tanto que a população evita procurar essa unidade (Ent. GSSA5).

No estudo de Duarte e outros (2019), seus resultados revelaram que a não satisfação do usuário frente ao acolhimento na atenção básica ocasiona um sentimento de insegurança em relação ao cuidado recebido, comprometendo diretamente o retorno e o acesso dos usuários a esse serviço. Tendo identificado alguns aspectos que influenciaram na insatisfação dos usuários, dentre eles a falta de compromisso da equipe de saúde, desrespeito e desatenção do profissional para com os usuários, e não atendimento às demandas dos usuários.

Essa é uma realidade, pois nem sempre os serviços de vacinação conseguem garantir a satisfação dos usuários, quanto ao acolhimento e vínculo. Mas, mesmo quando no serviço há acolhimento e vínculo, o retorno muitas vezes não acontece, e o incentivo para os usuários buscarem o serviço também não se concretiza. O retorno, por exemplo, é essencial para o acesso, ampliando em vacinação no SUS. Serviços vacinação de qualidade ruim comprometem esse acesso, levando em consideração que não haverá confiança por parte dos usuários. Também é importante lembrar que nem todos os serviços são bons e nem todos são ruins, do ponto de vista da população em geral.

Quanto ao vínculo, a GFSA3 complementa que a rotatividade de trabalhadores de saúde pode atrapalhar o vínculo, e que sempre há a necessidade de busca ativa dos faltosos na área, educação em saúde e divulgação sobre vacinação, para fortalecer na comunidade o saber sobre a necessidade e importância da vacinação anti-sarampo:

Quanto ao vínculo, **a questão de rotatividade de funcionário, então isso aí é o vínculo pode atrapalhar neste sentido** porque a gente sabe que a gente tem profissionais que está aqui hoje amanhã não está é admissão e demissão é transferência, permuta, então essa questão de vínculo se for vinculada vínculo pode interferir nesse sentido (Ent. GFSA3).

Em convergência a fala da gestora anterior, as Gi6 e Gi7 reforçam existir uma alta rotatividade de profissionais de sala de vacina:

Esse pessoal da sala de vacina, existe uma rotatividade grande, né, nos municípios em relação à questão dos recursos humanos (Ent. Gi6).

Precisam olhar cuidadoso aí por conta da rotatividade de profissionais né, principalmente nos municípios de médio e pequeno porte, então como a Bahia tem 417 municípios a gente não pode focar o nosso olhar apenas nos grandes municípios, a gente precisa ter esse cuidado com os outros, com os pequenos (Ent. Gi7).

Infelizmente a rotatividade profissional tem se consolidado como uma barreira na construção do vínculo dentro da ESF. Para Lima (2012) é um fenômeno de causa bastante variada, que interrompe projetos e aumenta os custos; justifica-se numa multiplicidade de ‘fatores’ que interferem na permanência do profissional no serviço, em consequência de questões como baixos salários, péssimas condições de trabalho, e frágeis vínculos empregatícios.

Por esse motivo, Davis e Newstrom (2001) ressaltam que a rotatividade dos profissionais equivale à proporção de empregados que deixam a organização, sendo que, quando menos satisfeitos podem apresentar altas taxas de rotatividade, na medida em que sentem falta da realização profissional, recebem pouco reconhecimento profissional, vivenciam constantes conflitos com a chefia ou colegas e ou não tenham atingido patamar desejado nas suas carreiras.

A rotatividade de enfermeiros, segundo Medeiros e outros (2010), que atuam na ESF pode ser considerada como alta, visto ser condicionada a motivos tanto objetivos quanto subjetivos, que oscilam entre motivos concretos, como o vínculo precário na contratação, dificuldades de relacionamento político entre profissional e gestor, e, até mesmo, questões como a realização profissional nas atividades desenvolvidas. Esse é também um contexto da nossa realidade local, com uma rotatividade de trabalhadores de saúde muito frequente, tendo

majoritariamente pelo frágil vínculo empregatício, com quantitativo elevado de contratações frágeis e sem garantias de melhores condições de trabalho nos serviços de vacinação.

Na ESF a permanência dos profissionais de saúde é considerada um ‘nó’ crítico para o sucesso da estratégia, visto que pode comprometer a efetividade do modelo, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários, que dependem do vínculo estabelecido com a equipe de saúde (CAMPOS; MALIK, 2008). Daí concordamos com Giovani e Vieira (2013) que o vínculo longitudinal seja importante para consolidação da ESF, e esteja presente na prática diária dos trabalhadores de saúde, até porque essa rotatividade pode comprometer o vínculo das equipes com a comunidade e influenciar negativamente o alcance dos resultados e a efetividade do modelo.

Por esse motivo consideramos que o trabalho em vacinação fica comprometido nessa lógica de rotatividade de profissionais, visto ser uma atividade extremamente complexa quando relacionada à densidade técnica para sua execução, e pela necessidade de confiança a ser estabelecida entre os sujeitos em questão (trabalhadores e usuários), para assegurar a qualidade no serviço e garantir um acesso qualificado na vacinação.

Diante da realidade sobre a rotatividade de profissionais na sala de vacinação, as Gi6, Gi7 e Gi8 reforçam a necessidade de educação permanente em saúde, especificamente na vacinação:

Esse pessoal da sala de vacina, **existe uma rotatividade grande**, né, nos municípios em relação à questão dos recursos humanos, **então, sempre está sendo necessário retomar as capacitações, inclusive capacitações de sala de vacina**, então eu não posso te dizer assim, com a certeza de que 100% estão capacitados, não é, porque existe essa rotatividade (Ent. Gi6).

A gente precisa cumprir uma agenda de capacitação do pessoal, porque no nível municipal há muita rotatividade de profissionais e sobretudo em anos de eleição, que há troca de toda equipe, então a gente precisa ter um cronograma continuado desses treinamentos, das capacitações (Ent. Gi7).

Muitos municípios tem vínculos precários com os seus vacinadores e quando a gente tem esses vínculos precários com esses vacinadores a gente tem a possibilidade de rotatividade dessas equipes muito elevada e quando você tem essa elevada rotatividade e às vezes você não tem uma, os treinamentos eles acontecem periodicamente, mas **às vezes a rotatividade das equipes acontece de uma maneira muito mais acelerada do que os próprios treinamentos, então a gente faz treinamento sempre** e de vez em quando a gente se depara com equipes que estão chegando de uma maneira muito comum a gente vê isso nos municípios de uma maneira geral (Ent. Gi8).

Como já mencionado, o conhecimento acerca da vacinação está cada vez mais amplo e complexo, o que vem dificultando a formação das profissionais adequadamente. E, portanto,

com a rotatividade frequente de trabalhadores na ESF, essa reserva de conhecimento tão complexa é perdida. O resultado disso são trabalhadores minimamente capacitados para dar conta de situações pontuais, não sendo considerados qualificados e de referência com um acúmulo de conhecimento, que nesse caso seria o mais indicado para intervir na vacinação e de contestar falsas contraindicações (EBC, 2023a).

A solução para reduzir essa rotatividade não é banir as terceirizações como modalidade contratual de vínculo empregatício, mas que é preciso mesclar profissionais estatutários e terceirizados, e não modificar equipes inteiras de uma só vez (EBC, 2023a). A alta rotatividade de profissionais de vacinação remete a necessidade de aumentar a frequência de capacitações e processos de formação relacionados. A educação permanente, nesse sentido, necessitará atuar de maneira mais frequente e precisa, com vistas a minimizar as possibilidades de erros e problemas relacionados, que provocariam a fragilização do vínculo entre usuários e trabalhadores, e afetariam o acesso a vacinação no SUS.

Neste sentido, as ações estratégicas para alcance de metas vacinais de acordo com o Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB) (DOC.1) vai oferecer capacitação para os técnicos municipais e estaduais, para operacionalização da rede de frios e administração dos imunobiológicos, garantir atualização e educação permanente sobre os imunobiológicos, orientar na implantação e operacionalização dos sistema de informação voltado para vacinas. Salientamos que, de acordo com o documento, as coberturas vacinais dos municípios estudados em agosto de 2022 foram de 47,29% em Feira de Santana e 40,92% em Salvador (BAHIA, 2023).

Por conseguinte, para as TFSA12 e TFSA14 esse vínculo positivo estabelecido entre trabalhadores e usuários pode acontecer até mesmo em usuários de outras microáreas não pertencentes à sua unidade de origem:

Sim, às vezes é até interessante porque tem um aqui nessa unidade tem pessoas de vários lugares às vezes outro lado da cidade do sim que está vindo para aqui porque a mãe já vacinou aqui a porque ele é um parente falou que aqui aí está vindo aqui, aqui não falta vacina então graças a Deus aqui essa unidade nós estamos referência sim algumas moradores e pessoas de fora (Ent. TFSA12).

O vínculo e o acolhimento eu vou citar só uma coisa, tem pessoas que saem do bairro, vão para outro lugar, outro bairro, e quando tem vacina, vem tomar aqui no posto (Ent. TFSA14).

Esse vínculo positivo entre trabalhadores e usuários poderá acontecer por existir profissionais atuantes em sala de vacina, conforme referiram as TFSA14 e TFSA15:

E tem pessoas que, até falavam, ‘oh, mas fulana vacina que você precisa ver’, falando do modo que a pessoa vacina, do modo do acolhimento, e aí traz pessoas que até nunca morou aqui para fazer a vacina (Ent. TFSA14).

Sim, inclusive, é, nossa unidade tem outras, tem pessoas de outros bairros [...] que vem tomar aqui, vem se vacinar aqui, graças a Deus, a pessoa que fica na sala de vacina ela é bem, é, uma profissional de excelência (Ent. TFSA15).

Para GFSA2 e GFSA3 esse vínculo entre usuário dos serviços de vacinação e trabalhadores de saúde é estabelecido desde antes do pré-natal, seguindo para puericultura/ACD com educação em saúde sobre vacinação:

Assim desde que é feito que a criança nasce que é feito o acompanhamento dessa criança na unidade há um direcionamento de enfermeira para a sala de vacina não é e consequentemente né, diante desse programa né, dessa linha de cuidado de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança isso é feito a esse encaminhamento constante para a sala de vacinação então o vínculo já começa aí (Ent. GFSA2).

Acolher da melhor forma possível e orientar a mãe desde quando a mãe expressa um desejo de gestar a importância da vacinação na gestação, um motivo dela ter que tomar vacina porque muitas vão para a vacinação de gestantes com medo, e aí vai afetar meu filho, eu posso tomar com essa semana não posso então as equipes são capacitadas para isso para orientar são capacitadas também para desde o nascimento acompanhar fazer a visita no domicílio pra orientar pra ver aquele bebê e a mãe e o RN, é é fazer a vacinação de BCG e hepatite e sempre dizer o motivo da vacinação, não é não é ser mais um vou vacinar porque tem que vacinar, o qual o intuito da vacinação proteger, o quê, então assim o acolhimento tem que ser não é só no momento que vai vacinar, é desde antes do Pré Natal (Ent. GFSA3).

O acolhimento da gestante na atenção básica requer uma responsabilização pela integralidade do cuidado, a partir de uma escuta qualificada que favoreça o vínculo com a equipe e contemple uma avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social. Contudo é importante que o trabalhador de saúde permita a gestante expressar suas preocupações e suas angústias, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e, quando necessário, possibilitando a criação de vínculo da gestante com a equipe de saúde (BRASIL, 2012b).

Mas, infelizmente os piores indicadores de vacinação anti-sarampo então em crianças menores de cinco (5) anos, o que resulta muitas das vezes na não sensibilização precoce dessas mães, quanto a importância da vacinação para prevenção do sarampo e seus agravos. Com isso o acesso à vacinação em crianças menores tem sido limitado e não garante as metas mínimas de coberturas vacinais que assegurem a população da eliminação da doença.

Diferente das demais falas apresentadas, a GFSA1 refere dificuldade de vínculo dos usuários com melhor poder aquisitivo, pois esses buscam o serviço de saúde apenas em campanhas de vacinação:

Agora a gente sabe que existe um público que na realidade é referente a ao acesso a unidade porque até por ter um poder aquisitivo maior não tem não tem essa questão do acesso né a unidade de saúde da família UBS por ser uma unidade é do SUS mesmo então eles procuram realmente só quando surgiu uma campanha de vacinação né (Ent. GFSA1).

Diferentemente da fala anterior, TFSA11 afirma existir dificuldade de vínculo relacionada à vacinação em adolescentes:

Agora geralmente no adolescente a gente tem que estar correndo mais atrás, esse contato é tudo com o adolescente vim com algum responsável para poder ter direito a essa vacina (Ent. TFSA11).

A opinião geral pública sobre o SUS e sua representação social no país, infelizmente é de um sistema burocrático, engessado, pouco resolutivo e voltado para o cuidado da população mais pobre (BARROS, 2015). Todavia, para Reigada e Romano (2018), apesar do potencial dessa expansão do acesso ao SUS na caminhada pela efetivação da universalidade e garantia da saúde enquanto direito, famílias de classe média recusavam seu cadastro e acompanhamento pelas equipes de saúde da família, ou somente procuravam as unidades de saúde para uso pontual, como em transcrição de pedidos de exames ou retirada de medicação, sem permitir que a USF se tornasse um espaço de cuidado integral.

Nesse sentido, a busca por serviços particulares de saúde já está na rotina da classe média, que não procura os serviços de saúde do SUS por preconceito, e não acredita que as classes populares possam julgar o que é bom para ela (REIGADA; ROMANO, 2018). Sendo assim, os serviços públicos de saúde são mais frequentados por usuários das camadas sociais com menor nível socioeconômico e, em geral, a voz dos mais pobres é silenciada na mídia e opinião pública.

Mediante o exposto, compreendemos que apesar dos esforços do SUS em querer ser acessível a toda população, na tentativa de assegurar sua universalidade, sujeitos das camadas sociais mais elevadas subestimam seus serviços e procuram pela assistência suplementar na rede privada, desacreditando a boa qualidade da atenção à saúde ofertada pelo SUS. Com isso, equipes de saúde encontram dificuldade de estabelecer um vínculo com esse público, acarretando o difícil acesso a essa população, e consequentemente, à vacinação.

Sobre o vínculo para vacinação em adolescentes, um trabalho em conjunto entre os setores de Educação e Saúde, no sentido de conscientizar as escolas em solicitar a carteira de vacinação de seus alunos, principalmente os adolescentes, na matrícula escolar, e ou levar vacinadores às escolas para atualização de cartão vacinal, são estratégias que podem reverter o cenário de baixas coberturas vacinais na adolescência. Sabemos que vacinar adolescentes é um desafio em todo o mundo (EBC, 2023a).

Mediante a situação em que os adolescentes pouco buscam as unidades de saúde para qualquer tipo de atendimento, incluindo a vacinação, ele segue vulnerável a doenças imunopreveníveis, e para piorar a situação, é nessa faixa etária que começam as viagens, as festas em ambientes fechados, a experimentação tanto sexual, quanto drogas e álcool, aumentando a sua exposição aos agentes infecciosos mais diversos (EBC, 2023a).

De acordo com a Empresa Brasileira de Comunicação (2023a), essa é a faixa etária que mais tem acesso às redes sociais e mais se influencia com dela, sendo também a faixa etária mais atingida pelas fake News. Por isso, é notório o grande desafio das equipes de saúde em manter um vínculo com tal público para ampliar o acesso a vacinação e melhorar as coberturas vacinais.

Sobre a divulgação das ações de vacinação de rotina, elas concordam que são realizadas pelos ACS na área:

Sempre assim e os agentes de saúde nas áreas avisando, chamando a população estar se vacinando (Ent. TFSA12).

Tem uma reunião com o qual é abordado o assunto, e aí a gente sai avisando as pessoas, cada um o agente na sua microárea, e a às vezes tem apoio do carro de som (Ent. TFSA13).

Porém, para TFSA14 essa divulgação acontece apenas em campanha vacinal, e, geralmente, antes do dia D de vacinação:

Quando tem no caso as campanhas, aqui é noticiado, aí nas nossas visitas a gente a gente avisa, que antes do dia D já começa a vacinação, aí assim muitas pessoas deixam para o dia D, e outras não já trazem logo, já adiantam, entendeu? Aí o fluxo não fica tão ruim, a unidade não fica lotada (Ent. TFSA14).

O trabalho dos ACS nas comunidades é visível pelo potencial na realização de ações de promoção da saúde, sendo sua prática dirigida como ele entre equipe e comunidade. Fracoli e

outros (2013) reforçam que os ACS são trabalhadores indispensáveis para uma campanha de vacinação de sucesso, e por esse motivo a atuação deles é importante para informar e divulgar amplamente aos usuários sobre a importância da vacinação e participação da comunidade no Dia D vacinação, para proteção da sociedade contra doenças evitáveis. A atividade profissional do ACS foi reconhecida pela Lei n. 10.507, de 10 de junho de 2002, que define o exercício profissional do ACS exclusivamente no âmbito do SUS.

Em 2023, lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023 considera os Agentes Comunitários de Saúde como profissionais de saúde, com profissão regulamentada, para a finalidade que especifica (BRASIL, 2023d). As competências descritas pelo MS relacionadas a atuação do ACS na ESF são destacadas: integração da equipe com a população local; planejamento e avaliação; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário; prevenção e monitoramento de grupos específicos e morbidades (BRASIL, 2004b).

Mediante as características de inserção do ACS na ESF e sua identidade sociocultural, que permite uma relação de vínculo e de confiança com as famílias adscritas, esse profissional pode ser capacitado a viabilizar ações que desenvolvam as capacidades, o protagonismo e a autonomia da comunidade (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013). Por esse motivo, comungamos com o potencial de atuação dos ACS, no sentido de divulgar as ações de vacinação e outras ações de prevenção e promoção a saúde, promovidas pela ESF. Nas campanhas vacinais, por exemplo, os ACS desempenham papel essencial de mobilização da comunidade para participar ativamente da vacinação, melhorando o acesso a oferta da vacina nos serviços de imunização.

Todavia, de acordo com a TFSA9 os ACS estão sendo menos "cobrados" a verificar cartões de vacina:

A unidade oferece a vacina, nós agentes é, olha, atentamos o familiar a trazer sua criança para vacinar, não é, quando está dentro do tempo de dar aquela vacina nós orientamos e cobramos também, e é, **antigamente era, a gente era mais orientada a cobrar até mais na verdade, hoje a gente não é muito cobrada**, com a gente não ia ser nem muito essa cobrança, mas **antigamente era cartão de vacina, a gente tinha que estar atualizando o dia a dia** (Ent. TFSA9).

Apesar da enfermeira ser a responsável técnica e administrativa pelas atividades de vacinação na ESF, tendo a supervisão de enfermagem nessas atividades como uma importante ferramenta para a melhoria na qualidade do serviço de vacinação e para o desenvolvimento de habilidades e competências relacionadas da equipe de saúde (CORREIA, 2006), no entanto tem um processo de trabalho que a sobrecarga de outras atividades mesmo sendo ela responsável

direta pela supervisão e pelo gerenciamento pelos serviços de vacinação e pela metodologia de educação permanente e treinamento regular da equipe (COREN-PE, 2016).

Na ESF a enfermeira é responsável também pela supervisão dos ACS, pois é a trabalhadora mais próximo do cotidiano desses. Em contrapartida, como já discutido anteriormente, as enfermeiras enfrentam na ESF uma sobrecarga de atividades, principalmente assistenciais, em detrimento as demais atividades, o que acaba interferido na supervisão e de educação no serviço para com os trabalhadores da equipe sob sua responsabilidade pela coordenação das atividades laborais.

Diante tal situação, para Silva e outros (2014), a parte da supervisão do trabalho do ACS e cobranças relacionadas ao cumprimento de busca ativa para conferência dos cartões de vacina da população ficou em prejuízo. A fala de uma trabalhadora de saúde, retrata justamente a pouca cobrança e orientação relacionada à vacinação. No entanto, evidencia-se a necessidade de ações de supervisão pautadas nas relações horizontalizadas, de apoio, de aprendizagem, alinhadas às diretrizes da PNAB.

Porém, diferentemente das demais falas, a educação em saúde com a comunidade acontece na sala de vacina pelos técnicos e comunidade com os ACS:

Na sala de vacina tem as orientações. A maioria das vezes a gente orienta na área, mais de criança, orientação de crianças, e outras pessoas a gente mais campanha, a gente perguntando mais de vacina do sarampo, do tétano, a gente faz mais assim (Ent. TFSA13).

As TSSA18 e TSSA19 concordam que a educação em saúde por parte da equipe de saúde está presente e enaltece o trabalho dos trabalhadores de saúde:

No sentido assim, **que a gente tem educação no trato, saber também explicar o paciente,** não é só simplesmente chegar e vacinar sem explicar ele o porquê que ele tá tomando aquela vacina, **para que aquela vacina, quantas doses,** tudo isso é importante, os sintomas que pode ter, reação adversa, então paciente ele gosta, às vezes ele diz assim, **só gosto de vim aqui, porque vocês explica tudo,** eu acho isso tão importante, tão importante, o paciente saber (Ent. TSSA18)

Então o vínculo, assim, **a orientação, a avaliação de cartão de vacina nas visitas, cria um vínculo** e eles passam as informações, tanto que a dose zero de sarampo, quem já tomou eles já estão avisando na comunidade, o povo já está vindo (Ent. TSSA19).

O MS define a educação em saúde como processo educativo de construção permanente de conhecimentos em saúde, que tem por objetivo a apropriação dos saberes pela população e que contribua para o aumento da autonomia dos usuários no seu cuidado em saúde (BRASIL, 2006). A educação em saúde está pautada na valorização da prevenção e promoção da saúde,

por meio de estudos ocasionados em comunidade e na sociedade. Gonçalves, Silva e Apolinário (2021) embasados na OMS ao definir a educação em saúde como um processo de construção de conhecimento e de desenvolvimento, incentiva a autonomia da população no cuidado em saúde e debate com profissionais e gestores, para alcançar uma atenção em saúde de acordo com suas necessidades.

Porém, no decorrer da nossa observação não vimos atividades de educação em saúde direcionadas à vacinação de sarampo como salas de espera e palestras sobre a temática, nem mesmo programação de outras atividades relacionadas. A educação em saúde apenas se resumiu as orientações de forma pontual em sala de vacina, realizadas pelas trabalhadoras de enfermagem.

Entretanto, a educação em saúde desenvolvida pelos trabalhadores da ESF com a comunidade é um importante instrumento de conscientização da população sobre a importância da imunização contra o sarampo, visto o aumento de casos em razão das *Fakes News* e movimentos antivacina. Além disso, a educação em saúde promove a construção do saber sobre eficácia da vacinação, sensibilizando e motivando a população a buscar pela vacina, e consequentemente melhorando esse acesso a vacinação nos serviços, e garantindo o direito a vacina aos usuários.

Assim, dentro da perspectiva da dimensão técnica, de acordo com o Boletim Epidemiológico das Doenças Exantemáticas - Nº 03 de 2022 (DOC.3), algumas recomendações foram destinadas aos municípios e Núcleos Regionais de Saúde no Estado, dentre elas, a intensificação das ações de imunização de rotina e alcance das metas de campanha (busca ativa); intensificação das ações de vigilância epidemiológica, incluindo o aperfeiçoamento e qualificação das ações de investigação de campo (EPS); desenvolvimento de uma vigilância ativa, que favoreça o conhecimento precoce dos casos suspeitos e notificação imediata; fluxo de registro das ações de busca ativa; qualificação técnica das equipes regionais e municipais para o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica e imunização (EPS) (BAHIA, 2022b).

Contudo, finalizamos então a subcategoria sobre a dimensão técnica do acesso as vacinas anti-sarampo no SUS, comungando com a afirmativa em que planejamento e acolhimento das ações desempenhadas pelas equipes de vacinação são positivas ao acesso a imunização; os serviços de vacinação na AB são de qualidade, mantendo o compromisso e responsabilização com a comunidade por parte da equipe; a presença de habilidade técnica e competência dos profissionais de desenvolvem as ações de vacinação; a autonomia parcial para

desenvolver as ações de vacinação nos serviços; e o acolhimento e vínculo presentes na atenção a vacinação da ESF.

Porém, apesar dos aspectos positivos apresentados, que poderão melhorar o acesso à vacinação de rotina, e em especial a vacinação anti-sarampo, limites são enfrentados pelos serviços a partir do momento que ainda se faz presente nesse processo de trabalho a falta de vacinas, falta de insumos, sobrecarga de trabalho, vínculos empregatícios frágeis com alta rotatividade de profissionais e outras problemáticas que reduzem o acesso a vacinação, comprometendo as coberturas vacinais e metas seguras de imunização da população.

A seguir discutiremos sobre a dimensão simbólica do acesso a vacinação, para complementar a discussão geral sobre o acesso a vacinação anti-sarampo enquanto direito no SUS.

4.5 Dimensão simbólica: representações sociais no imaginário da população no acesso à vacinação

A dimensão simbólica ao acesso à vacina, mais especificamente acesso à vacina anti-sarampo, se refere às representações sociais na vacinação dentro das redes de atenção do SUS. Para tanto, cabe destacar que tal dimensão engloba a concepção sobre vacinação, como tabus, cultura, crenças, valores e imaginário frente ao processo.

De acordo com NOTA TÉCNICA Nº 25/2022 - CIVEDI/DIVEP/SUVISA/SESAB (DOC.4) , os motivos das baixas coberturas vacinais estão ligados a dimensão simbólica do acesso, sendo eles a hesitação vacinal por desinformação, por opção religiosa ou cultural, por ausência de percepção do risco e/ou falta de confiança nos benefícios e segurança das vacinas, levando ao adiamento ou mesmo recusa da decisão pela vacinação, a disseminação de *fake news*, gerando mudança no comportamento da população acerca da qualidade e segurança das vacinas, adicionado pelo movimento anti-vacina, fortemente vinculado ao negacionismo da ciência e politização das medidas sanitárias (BAHIA, 2022c).

Neste sentido, para as Gi6 e Gi8 uma parte da população apresenta medo relacionado aos eventos adversos pós vacinação:

Sim, a população tem medo dos eventos adversos, né, não digo que seja, eu não tenho, não tenho como contabilizar isso, mas que existe, existe (Ent. Gi6)

Infelizmente o que fica na memória da população de uma maneira geral é às vezes aquela notícia que mais impactou e isso a gente percebeu e a gente vem percebendo, eu vou dar um exemplo, quando tivemos a implantação da vacina HPV

no calendário público nós tivemos uma excelente adesão na primeira dose. Quando teve um evento adverso lá em São Paulo em Bertioga que ficou na memória de todo mundo que as pessoas tiveram um evento grave relacionado a essa vacina, na segunda dose para seis meses depois a gente já não conseguiu ter uma cobertura boa (Ent. Gi8).

Medo esse também destacado pela USSA31 que concorda com as entrevistadas anteriores, pois tem medo em vacinar os filhos pelas possíveis reações ou eventos adversos pós vacinação:

Na verdade, não é nem preconceito é medo, né, porque quando a gente vira mãe a gente tudo tem medo, então não é um preconceito, porque tem umas reações que a gente fica meio assustada, mas nada que não venha a ser contornado. A primeira filha eu deixei e paguei um alto preço, porque ela ficou sem tomar a de catapora ficou internada muito tempo no Couto Maia e quase morre, quase vem a óbito (Ent. USSA31).

Quanto a esse medo, a trabalhadora TFSA14 complementa que o elevado quantitativo de vacinas ofertadas pelo SUS de maneira concomitante, em menores de dois anos, amedrontam mães que acabam atrasando vacinação dos filhos:

Aí atrasa, você sabe que tem que aplicar, tem vacinas que são quatro, aí o que é que ela faz, a técnica entra em acordo com a mãe, dar duas, porque é um choque né? Aí o que é que elas fazem um acordo, olha só eu tenho que dar tantas vacinas, então a gente, a senhora vem tal dia, e ainda coloca de lápis, olha aqui não esqueça, aí vem, porque tem crianças que são sensíveis demais, aí a mãe pede para dar duas, aí ela vem depois e faz as outras duas (Ent. TFSA14).

O medo da população aos possíveis eventos adversos pós vacinas ainda é um aspecto que compromete o acesso à imunização. Duarte e outros (2019) reforçam há necessidade de uma comunicação efetiva e influente, que promova a segurança das pessoas frente à medida preventiva de se vacinar. Para os autores, essa comunicação também precisa funcionar com o objetivo de fortalecer a credibilidade do PNI junto a população e possibilitar aos usuários conhecimento sobre os reais riscos e benefícios relacionados às vacinas.

Ainda sobre o medo dos possíveis eventos adversos da vacinação, eles podem estar relacionados a questões emocionais e informações inadequadas que resultam em percepções distorcidas sobre os reais riscos e benefícios associados à vacinação. Os eventos adversos pós vacinação podem acontecer em maior frequência nas crianças menores de um ano de idade, e podem também manifestar-se de maneira sistêmica e local, sendo o episódio hipotônico hiper-responsivo, a enduração, a febre, a dor, o rubor e calor as reações mais comuns (DUARTE et al., 2019).

Justificam ainda que tais eventos evoluem, em mais de 99,0% dos casos para cura sem ocasionar sequelas ou maiores danos aos indivíduos, evidenciando que os benefícios da imunização superam os riscos. Mas, entendemos que ainda que saibamos da importância e relevância da vacinação, o fortalecimento desse saber entre a população se faz necessária para motivar a busca pelo serviço, melhorando o acesso a vacinação, e superar o medo dos eventos adversos mais comuns.

Ainda sobre o medo da população relacionado aos possíveis eventos adversos pós vacinação, uma pesquisa da UFMG, com 4674 municípios brasileiros participantes revelou que entre as principais razões apresentadas para o atraso e recusa vacinal em crianças, 84% dos responsáveis responderam ser o medo dos eventos adversos após a vacinação (CONASEMS, 2023). Na mesma pesquisa, mães também revelaram temor a várias vacinas administradas ao mesmo tempo, e que os filhos tenham eventos adversos pós vacinação, e falte médico para atender na unidade de saúde.

Observamos durante o estudo que muitas mães apresentavam aparentemente preocupadas e amedrontadas quando os filhos eram vacinados com múltiplas vacinas ao mesmo tempo. Alguns menores eram levados por outros responsáveis como tios, avós e vizinhos, pois as mães não tinham coragem de presenciar o ato da vacinação.

Sendo assim, comungamos com a afirmativa de que o medo dos eventos adversos pós vacinais, principalmente por mães de crianças menores, tem motivado a situação de atraso vacinal e até mesmo a recusa de vacinação. Outra questão levantada e que nos leva a reflexão é sobre o quantitativo de vacinas aplicadas de forma simultânea em crianças menores de dois anos, que muitas das vezes amedronta as mães que acabam decidindo por não vacinar ou atrasam o calendário vacinal da criança.

Tais motivos afetam diretamente o acesso a vacinação, reduzindo a procura pelo serviço e limitando a ampliação de coberturas vacinais na população. Para tanto, é necessário ao PNI se repensar sobre a questão e levantar possíveis estratégias para minimizar os danos da hesitação vacinal. Uma alternativa já reforçada anteriormente, seria investimentos em informação e divulgação da importância da vacinação, na perspectiva de compreensão e sensibilização da população.

Não só ao medo e/ou receio da população quanto aos eventos adversos pós vacina, há os movimentos anti-vacina que não recomendam a vacinação, afetando diretamente o acesso as vacinas:

Você vê que tem, não é, uma divergência de correntes aí, de opiniões, de quem vai vacinar a criança, quem não vai vacinar a criança, por **medo das reações**, né, e como

a gente sabe, a vacina nada, mas é um tipo de medicamento especial, mas por ser um medicamento ela não é isenta de evento adverso. Mas assim, **a gente tem o medo, e a população também tem o receio**, não é, de tomar a vacina de ter alguma reação, **a gente tem algumas correntes anti-vacina**, inclusive hoje, principalmente agora com a vacina COVID, já tinha com a vacina de rotina algumas correntes que são anti-vacina, que não orientam vacina, o que diz que a vacina faz mal, mais mal do que bem, não é? (Ent. GSSA5).

A parcela da população mais difícil de se alcançar as coberturas vacinais são aquelas que apresentam baixa escolaridade ou falta de entendimento sobre a imunização ou aquelas que culturalmente são contrários a vacinação. Os movimentos anti-vacinas podem também influenciar negativamente e por esse motivo é fundamental, no contexto atual, um diálogo amplo e acessível com os pais e pessoas contrárias à vacinação, oferecendo informações precisas sobre gravidade das doenças imunopreveníveis e os mínimos riscos relacionados aos eventos adversos das vacinas (FERREIRA et al., 2017).

Dentre os principais efeitos deletérios das campanhas anti-vacinas estão o negacionismo da ciência, a sensação de medo e de pânico em vir a óbito por conta da vacinação, ou de adquirir alguma doença autoimune, ou sequelas permanentes pós vacinação, ou da falsa segurança de estar imunizado (COSEMS SP, 2023).

Apesar do impacto relevante na redução de óbitos por doenças imunopreveníveis, os movimentos anti-vacinação são cada vez mais frequentes e persuasivos, e tomaram dimensões maiores durante a pandemia por COVID 19, que exigiu vacinação em massa da população. Tais movimentos se apegam a estratégias como distorção e disseminação de informações falsas sobre as vacinas, alegando uma base científica que questiona a eficácia e segurança de diversas vacinas. Os movimentos anti-vacina fundamentam suas afirmativas relacionando as vacinas, como a tríplice viral, adjuvantes e o conservante timerosal com a ocorrência de autismo em crianças.

Todavia, relembremos dados propagados, até hoje, por um único estudo falso, na revista *The Lancet* resultados de uma possível relação entre vacinas e autismo. Estudo que foi refutado e o periódico tão respeitado mundialmente tendo que se retratar com o público, não só excluindo a publicação e também negando a veracidade dos dados publicados, tendo o pesquisador responsável sido banido do meio acadêmico de pesquisas. Porém até hoje respingos da sua irresponsabilidade geram dúvida à população e serve de instrumento para movimentos anti-vacina fundamentarem informações falsas sobre vacinação.

Infelizmente os impactos negativos dos movimentos anti-vacina no acesso a vacinação seguem ‘amedrontando’ parte da população que se deixa acreditar nestas informações falsas.

Além da questão do medo aos eventos adversos, temos a questão sobre a propagação de *fake news* sobre vacinação, as quais interferem no acesso as vacinas:

Existe a questão do medo, existe as *fake news*, não é, que favorecem ainda mais o medo. (Ent. Gi6).

Acredito que sim, muito, hoje em dia é muito associado às informações, as *fake news*, as disseminações de informações falsas, sempre vai existir (Ent. Gi7).

Além das *fake news*, as Gi6 e Gi7 complementam que existe também movimentos políticos contrários à vacinação – negacionismo, interferindo negativamente no acesso à vacina:

Tem uma interferência importante, agora o que a gente observa também é em relação **à questão dos movimentos anti-vacinas, não é, um contrassenso**, porque a gente sabe que **os grupos que encabeçam esse movimento eles têm um nível de acesso à informação**, informação que poderia inclusive facilitar a compreensão da importância, não é, da vacina, **mas eles fazem um caminho completamente contrário reforçando os aspectos negativos** e com isso interferindo na decisão para a vacinação de outras pessoas que têm e que não tenham acesso à informação que eles teriam, que eles têm, né (Ent. Gi6).

Tem uma questão social e cultural de movimentos anti-vacinas ou de resistência a vacinação, que é mais recente, eu não sei de fato qual é o impacto disso hoje no Brasil e sobretudo na Bahia, **mas essa questão também de posicionamento político, de polarização, tem influenciado** (Ent. Gi7).

As *fakes news* sobre pandemia da COVID 19, vacinas e saúde pública encontram terreno fértil para se propagar no país, diante de uma população cuja maioria não sabe reconhecer as diferenças lógicas entre informações falsas ou verdadeiras a respeito das vacinas. – Infodemia, que significa a ampla divulgação de informações equivocadas que contrariam o conhecimento científico e são amplamente difundidas, afetando diretamente uma resposta à uma crise sanitária.

No Brasil, segundo Galhardi e outros (2020), estipula – se que uma a cada cinco *fake news* que circulam nas redes é sobre vacinas. As notícias falsas a respeito de imunizantes, com dados estatísticos distorcidos acerca de contágio, óbito, cura e métodos caseiros de prevenção e cura, usam criminosamente o nome de instituições conceituadas como o da Fiocruz, como fonte da informação, para aparentar segurança e veracidade nas informações, deliberando de defraudar o nome da instituição e dar confiabilidade ao engano.

Durante a pandemia, negacionistas da vacinação passaram a desqualificar e agredir os cientistas e o discurso científico, sem argumentar de forma coerente e ética sobre a dúvida gerada, apresentando uma narrativa que se encaixava em valores compartilhados por determinados grupos, em sua maioria conservadores e anti-vacina.

Alguns grupos são financiados para disseminar narrativas falsas e negacionistas, sabendo eles que estão mentindo e seguindo intencionalmente a produção da confusão, disseminando fatos falsos sobre vacinação.

Ainda assim, o infodêmico de notícias falsas é responsável pela disseminação das notícias falsas para população, o que afeta as partes populacionais que apresentam pouca resistência e não conseguem se defender da enxurrada de desinformação que recebem diariamente pelo celular. Diante dessa situação, vemos a preocupação de entidades responsáveis pelas ações de vacinação mediante sua repercussão no acesso à vacina e seu impacto nas quedas das coberturas vacinais.

O significado de negacionismo diz respeito a se negar aceitar uma realidade cientificamente comprovada. Entretanto, o negacionismo pode também reduzir a expectativa e a qualidade de vida, pois afasta aqueles que negam a ciência como o caminho correto a se percorrer no cuidado a saúde (VALENTI; SILVA, 2021). Uma problemática que entendemos que a negativa de fatos comprovados cientificamente é nocivo para a saúde pública, por impactar negativamente o controle de doenças. Portanto, um relacionamento saudável, coerente e de respeito entre cientistas, educadores, imprensa, população e entidades governamentais é essencial para a extinção do negacionismo.

É necessário buscar por caminhos que, retomando uma analogia já utilizada, que possam isolar os perpetradores de notícias falsas e negacionista (MOREL, 2021). Para tanto, ações e estratégias voltadas ao banimento dos produtos do negacionismo devem ser trabalhadas para assim melhoramos o acesso a vacinação e coberturas vacinais da população.

Complementando as demais falas, as TFSA11 e TFSA15 referem a resistência à vacina e hesitação vacinal por parte da população:

Agora tem famílias que têm uma certa resistência para certos tipos de vacina. Quando é ela é feita na rotina ela é bem mais, é como é que eu posso dizer, tem mais, como é que eu posso falar, aceita né, porque está na rotina do calendário, mas foram de rotina também é bem aceita sem nenhuma reclamação, sem nenhuma queixa sem nenhum sintoma posterior, é a vacina do sarampo, é, tranquila, tranquila mesmo. (Ent. TFSA11).

A questão do saneamento básico, a questão financeira mesmo é precária, questão social é precária, e as pessoas têm além de resistência, é uma dificuldade (Ent. TFSA15).

A resistência vacinal é conceituada como “hesitação vacinal”, que significa o processo de recusa ou o atraso na aceitação de vacinas, apesar da disponibilidade nos sistemas de saúde. Para Souto e Kabad (2020) indivíduos hesitantes compõem um grupo heterogêneo que detém

diferentes graus de indecisão sobre vacinas específicas ou vacinação em geral, podendo eles aceitar todas as vacinas, mas continuar preocupados com as mesmas, sendo que alguns chegam a recusar ou atrasar algumas vacinas, mas aceitam outras, ou outros indivíduos são propícios a recusarem todas as vacinas.

Já para Macdonald (2015), a hesitação vacinal é definida como o atraso em aceitar ou recusar certas vacinas recomendadas, apesar de elas estarem disponíveis nos serviços de saúde. Outrossim, Cardin (2020) refere que diversos fatores podem interferir na hesitação vacinal, sendo eles a percepção de que os riscos de determinada doença são baixos, a disponibilidade física, geográfica, financeira, e a qualidade do serviço, além da percepção de eficácia, segurança e confiança na vacina. Porém, entendemos que o crescente fenômeno da recusa vacinal e da hesitação podem resultar no retorno de doenças que já haviam sido controladas ou que já estavam erradicadas, a exemplo do sarampo.

Segundo Santos (2013), há quatro principais motivos de recusa vacinal, considerando que as vacinas não serem uma prioridade, as vacinas serem pouco seguras, a contraindicação do médico assistente e o receio de eventos adversos. Portanto, entendemos que diante desse cenário, fica ainda mais evidente a necessidade de uma comunicação mais clara e assertiva sobre os benefícios da vacinação, para que a população mantenha seu nível de confiança no sistema de saúde.

Além disso, Nobre, Guerra e Carnut (2022) destacam a importância das ações dos governamentais em relação à vacinação, para combater a desinformação nas redes sociais, enquanto ameaça do negacionismo à saúde pública, e o aumento do financiamento total disponível para vacinação que é crucial para garantir a acessibilidade econômica da vacina em países de renda média e baixa.

As falas das UFSA22, UFSA23, UFSA24, e UFSA26 divergem das anteriores ao afirmarem que não têm preconceitos com relação à vacinação, não hesitando em se vacinar ou vacinar os filhos e que vacina foi feita para proteção da saúde, conforme ressaltam duas dessas usuárias a seguir:

Não, não tenho preconceito nenhum, não conheço pessoas que tenham esse preconceito. A vacina é importante né, para a saúde da criança e para a saúde da gente também, para proteger o filho da gente né, tem que dar todas as vacinas que tiver na unidade de saúde, que precisar dar a uma criança, para proteger das doenças (Ent. UFSA23).

Eu falando por mim eu não tenho preconceito não porque é muito importante a gente se vacinar independente de qual vacina seja. Para mim a vacina é para evitar uma doença, tipo assim, você vai se vacinar, se você vim, até a doença você não vai ter a gravidade de quem não tomou aquela vacina (Ent. UFSA26).

Outras usuárias inclusive concordam que a vacina é importante para a saúde e para prevenção/proteção da doença:

Serve para saúde da pessoa, para sua saúde, para a minha, entendeu? Para que não pegue doença (Ent. USSA27).

Para mim elas é para poder proteger a gente de várias doenças né? De várias doenças, aí a gente tem que entender que é algo mesmo de necessidade a gente está tomando nossa vacina, entendeu? Para poder a gente não está vindo pegar doenças, não é? A gente tem que se prevenir (Ent. USSA28).

Além disso, USSA31 complementa que o ato de vacinação se caracteriza com o pensar coletivo, sendo a vacina um cuidado com si e com o outro:

Vacina é prevenir, porque a gente, a vacina é uma prevenção de algo que já existe ou vai existir, né, então é uma é cuidado tanto por você quanto pelo próximo, não é? É ter uma consciência de que você está fazendo bem a você e ao próximo. Eu acredito nisso, que é isso (Ent. USSA31).

A vacinação é, de acordo Souto e Kabad (2020), uma estratégia de excelência para o controle de doenças, pensada e implementada para ter alcance populacional amplo. Um benefício individual e de fácil entendimento para a prevenção da infecção na pessoa que é vacinada, ou caso a vacina não impeça a infecção, ela pode reduzir a reprodução do vírus, desencadeando um adoecimento mais leve, e potencialmente, reduzindo a capacidade do indivíduo de transmitir a doença.

Contudo, para Nobre, Guerra e Carnut (2022), é importante lembrar que a vacinação foi considerada como o segundo maior avanço da humanidade em termos de saúde pública, ficando atrás apenas da ampliação da oferta de água potável para população, conforme citado pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm). A importância da vacinação não está somente na proteção individual, mas porque ela evita a propagação em massa de doenças que podem levar à morte ou a sequelas graves, comprometendo a qualidade de vida e saúde das pessoas vitimizadas.

Entretanto, de maneira diferente as USSA28 e USSA29 afirmam que algumas mães negligenciam a vacinação dos filhos, principalmente as mães mais jovens:

Vamos dizer assim, tem muitas mães também que não dá nem um pingão de atenção sobre ir vacinar a criança, entendeu? Tem muitas mães mesmo, é, semana passada eu vi aqui mesmo teve mães com a idade de um menino de 4 anos, com vacina super atrasada, a por que não vacinou a criança? Eu acho que isso não é justo entendeu? (Ent. USSA28).

Acredito que não sabe a importância da vacina, muito nova né? Mãe nova né? (Ent. USSA29).

Em convergência a fala dessas usuárias a TFSA14 sinaliza que existe um alto índice de mães adolescentes que não se cooresponsabilizam pela vacinação dos filhos:

Tem muito adolescente parindo, tem muito adolescente com muito compromisso, depois eu levo, depois eu vou, quando você menos espera, ah, mas hoje é aniversário dele não quero dar, oxe, não festa, não tem aniversário, a gente pensa assim, no que a gente vê aqui o comprometimento das meninas, mães, a vacinação dos filhos, umas atrapalham e as outras facilitam (Ent. TFSA14).

Dados da Fundação Osvaldo Cruz (2023c) resgataram que durante anos de história do PNI, algumas doenças desapareceram do país, como a exemplo do sarampo, e as novas gerações, como as mães mais jovens, não veem casos de tétano, sarampo e difteria, por exemplo. Isso subestima a importância da vacinação, que deve ser mantida em altos níveis de cobertura vacinal, acima de 95%, com amplo acesso a vacinação, para obtermos resultados satisfatórios. Períodos esses em que pudemos ver melhores investimentos em divulgação ações programáticas em mídia, TV, redes sociais de conscientização e fortalecimento dos saberes sobre a importância da vacinação, melhoraria essa situação, tornando a população jovem mais informada e consciente da relevância da vacinação. A ampliação do acesso também a vacina nessa parcela da população teria melhores resultados.

Coincidentemente, diante dessa realidade as UFSA22 e UFSA26 concordam que a vacinação de rotina no Brasil precisa de melhorias na parte de divulgação, ou seja, investimentos na parte de mídia e redes sociais:

Muitas mães ainda que não sabe da importância da vacinação e às vezes não leva seu filho para vacinar porque não sabe, não é, não tem informação, e aí a campanha sempre é bom ajuda muito, **quanto mais informação melhor, melhorar mais informação nas redes, TV, internet**, ver nunca é demais né quanto mais informação melhor (Ent. UFSA22).

Eu acho que eles precisam divulgar mais, porque, é, a partir do momento que começou a vacinar é contra o COVID esqueceu das outras vacinas, que também são importantes, entendeu? Aí tem que anunciar mais para as pessoas está na data indo buscar as vacinas para deixar os filhos imunizados (Ent. UFSA26).

Junto aos investimentos, a Gi8, complementa que a mídia (TV e redes sociais) poderia colaborar com o fortalecimento da importância da vacinação e esclarecer melhor sobre a existência desses eventos adversos:

O que a população ela se pega muito é a manchete, então é aquela manchete que está ali chocando, então é aquilo que fica muitas vezes na memória das pessoas, às vezes elas não buscam, às vezes isso não, eu não vou culpar a população por isso, eu na verdade, é um trabalho que **acho que a mídia pode ajudar nesse sentido, de tentar esclarecer da melhor maneira possível** (Ent. Gi8).

Para Massarani, Leal e Waltz (2020) a expansão do acesso às comunicações digitais transformou as redes sociais de amplo acesso em uma das mais significativas fontes de informação em saúde para a população. O ambiente digital, transfere parte da autoridade de profissionais de saúde para os usuários que assumem a responsabilidade de se informar por conta própria e construir os seus saberes a respeito da vacinação.

Tais usuários conectados a essas redes de informação seriam mais do que meramente um cidadão bem-informado, mas um consumidor conteúdo sobre saúde, que se enxerga como expert no assunto, mas poderá tornar-se resistente a orientações profissionais, principalmente no que tange a vacinação (MASSARANI; LEAL; WALTZ, 2020). Nesta perspectiva, os autores afirmam que a predominância do posicionamento favorável à vacinação traduzido em discursos pautados na informação de uma vacinação segura, eficaz e necessária, geraram mais engajamento do que as falas informações e posicionamentos contrários a vacinação.

Como a vacina historicamente sempre foi associada ao progresso da ciência e aos benefícios trazidos à população, é importante destacar a necessidade de estratégias de comunicação que fortaleçam as informações verdadeira e positivas sobre vacinação, considerando uma linguagem adequada por idade, escolaridade e plataforma pela qual o seu público-alvo se informa. Com isso, os avanços no acesso a vacinação podem ocorrer a partir de estratégias que utilizem da diversidade da linguagem e das ferramentas de comunicação com as mídias sociais para cada público específico a ser alcançado e impactado com a informação ou campanha a respeito das vacinas.

Mas, faz – se necessário uma rede potente de influência, de linguagem de acessível, de imagens que comuniquem e vídeos que informem a uma pessoa analfabeta, a uma criança em sua fase de desenvolvimento, aos adultos com distintas faixas de idade e de escolaridade. A comunicação positiva da vacinação, enquanto estratégia, pode ser universal, e devem atender a pluralidade e diversidade do seu público-alvo, ainda mais em uma campanha, a qual deve alcançar desde adultos e crianças (COSEMS SP, 2023).

O acesso à vacinação atualmente depende significativamente das mídias e redes de divulgação, fortalecendo as informações positivas e verdadeiras sobre vacinação. Para tanto, o PNI precisa avançar nas estratégias de incentivo a produção de conteúdo positivo sobre vacina

e divulgar amplamente tais informações, para melhorar o processo de aceitação e busca da vacinação nos serviços de saúde.

Quanto à qualidade do nosso sistema de vacinação ele enfrenta o paradoxo da naturalização da realidade, como se a imunização fosse algo bem resolvido no país e, portanto, não exigisse esforços de manutenção e conscientização das novas gerações (UFRGS, 2023). Sendo assim, fica constatado que a comunicação que promove a imunização recebe cada vez menos investimentos e, conseqüentemente, tem menor visibilidade e presença social.

Mesmo todas as vacinas sendo recomendadas pelo PNI de forma obrigatória para as crianças, houve o retrocesso nas taxas de imunização dessa faixa etária que foram muito afetadas pela discussão político-ideológica dos últimos tempos. Outro aspecto relevante é a oscilação nos valores que foram investidos nas últimas campanhas de comunicação para incentivo à vacinação, ou seja, em 2011, o Ministério da Saúde gastou R\$ 73 milhões em ações de comunicação sobre vacinas; em 2020, o valor foi de apenas R\$ 45 milhões (UFRGS, 2023).

Desde 2014 que o PNI vem registrando quedas importantes na cobertura vacinal, resultado do desinvestimento em campanhas de comunicação, que é um elemento envolvido nesse processo. Na página de Acesso à Informação do Governo Federal, é possível encontrar os valores investidos nas campanhas de comunicação sobre vacinação entre 2010 e 2020, sendo observado quedas de investimentos entre 2018 e 2020.

Alguns fatores para a queda da cobertura vacinal no país, como a redução de investimento em campanhas de comunicação, a influência da tecnologia e dos afetos na disseminação de *fake news* e a variação da comunicação do MS de acordo com os titulares da pasta durante uma gestão anterior negacionista (APS et al., 2018). A carência de informações e da divulgação de informações equivocadas sobre vacinação, colaboram para o reaparecimento de doenças infecciosas, como o sarampo e a coqueluche, e prejudicam o acesso a vacinação enquanto direito assegurado pelo SUS.

Contudo, merece ser ressaltada a fala diferenciada da entrevistada GSSA5 ao explicitar que a baixa procura da vacina anti - sarampo é uma questão cultural: “as pessoas acreditam que a doença não existe mais”; ‘não vêem a doença’, e conseqüentemente, acreditamos que não dão a devida importância a vacinação:

Não está tendo falta da vacina na rede, né, está tendo uma baixa procura. É uma **questão realmente de cultura**, eu acho que, não sei se pelo fato das doenças imunopreveníveis a gente ter muitas doenças que não estão tendo casos como antigamente, quando iniciou as campanhas, então **as pessoas não vêem a doença, então acreditam que a doença não existe mais.** Mas quando você vê que a pessoa não está mais, não está, a doença não está mais aparecendo, você acha que a doença

não vai mais aparecer e aí você acha então, **não preciso mais tomar a vacina porque a doença não está mais ocorrendo** (Ent. GSSA5).

Nesse cenário, especialistas ainda citam diversas causas da queda da imunização infantil, sendo uma delas é, paradoxalmente, o próprio sucesso da vacinação em massa na fase anterior a que vivemos hoje (SENADO, 2023). De acordo com esse dado, o PNI foi criado pelo Ministério da Saúde em 1973 e logo se tornou referência internacional por seu trabalho de excelência no país. Graças ao PNI, muitas doenças desapareceram do convívio da população brasileira, a exemplo da paralisia infantil, especificamente, que desapareceu por completo, sendo o último caso no território nacional registrado em 1989, na Paraíba.

Por causa desse sucesso, a população mais jovem não tem testemunhado epidemias, sequelas e mortes tão comuns em outros tempos por doenças hoje imunopreveníveis como o sarampo, e podem ficar com a falsa sensação de que tais enfermidades são inofensivas ou simplesmente não existem mais. Para tanto, para essa população seria, perda de tempo vacinar os filhos, porém as doenças podem aparecer a qualquer momento, visto que na vizinha Venezuela, por exemplo, vários casos de difteria foram registrados nos últimos anos; a paralisia infantil ressurgiu em Israel, que havia passado mais de 30 anos livre da enfermidade (SENADO, 2023).

Assim, vemos que a doença quando erradicada do meio da população, não sendo mais vista como tão perigosa e letal, ocasiona a falsa sensação de segurança e leva as pessoas pouco valorizarem a importância da vacinação, reduzindo o acesso a imunização.

Ademais, a mesma GSSA5, também de forma complementar afirma que as melhores coberturas vacinais em anti – sarampo são em beneficiários do bolsa família e que as campanhas de vacinação anteriores tinham maior mobilização da população:

A gente só observava uma cobertura melhorada em algumas categorias da população, por exemplo, a população que recebe o bolsa família, porque é uma exigência do cartão de vacina atualizado, mas quando não, a pessoa não faz parte dessa parcela muitas vezes, **há um descaso.** A gente percebe uma diferença muito grande das primeiras campanhas de vacinação infantil para hoje, a gente tinha uma mobilização não era só dos profissionais de saúde, mas de toda a população em prol dessas campanhas, né, e hoje a gente não vê esse empenho, **a gente não vê a população engajada, a população não tem o interesse,** a gente em contra partida, enquanto Secretaria de Saúde, vou falar em nome da Secretaria, a gente tenta fazer a divulgação, não é, normalmente está nas mídias e tal, mas a gente percebe que não existe mais uma adesão como antigamente (Ent. GSSA5).

Em relação a maior adesão da população às ações de vacinação, Siqueira e outros (2017) referem que parcerias positivas com programas existentes nas unidades de saúde, como o bolsa

família, assim como também em eventos diversos com a finalidade de divulgar as ações do programa de imunizações. Porém, ressaltamos a necessidade de os trabalhadores das salas de vacina desempenharem atividades com os mais diversos segmentos sociais (mídias, redes), para divulgação e fortalecimento das ações de imunização.

Ficou evidenciado, a partir dos dados analisados, que a falta de conhecimento do usuário sobre a vacinação compromete o acesso ao serviço, e mesmo com uso frequente da mídia como fonte de informação sobre medidas preventivas, para sensibilizar a população sobre a vacinação, há necessidade de um fortalecimento das ações de educação em saúde nos serviços para alcançar os diferentes estratos sociais.

Para se consolidar atitudes populacionais preventivas quanto aos riscos e agravos das doenças imunopreveníveis, o processo de sensibilização e educação em saúde com a população deve ser um processo permanente, construído ao longo da vida, nas relações em trabalho, nas relações sociais, e entre as pessoas que compartilham o viver em sociedade. A construção de saberes da população, com a educação em saúde de forma permanente, poderá provocar novas concepções, atitudes e possibilidades na recriação da própria maneira de ser e de se cuidar, dando espaço ao fortalecimento do interesse da população por ações de prevenção com a vacinação.

A comunicação é o que nos liga ao outro, está implícita na socialidade. Portanto, é capaz de propiciar transformação, educação e consciência. Duarte e outros (2019) consideram que a informação e comunicação efetiva são essenciais para que se alcance a medida preventiva da vacinação como protetora da saúde individual e coletiva. Para isso destacamos que em campanhas vacinais do passado, que tinham uma maior adesão da população, os investimentos de divulgação eram maiores. A falta de sensibilização da população e melhor engajamento dos usuários no processo de vacinação contribuem para maiores dificuldades e limitações no acesso a vacinação no SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso as vacinas anti-sarampo como um direito no Sistema Único de Saúde no foi delineado a partir das subcategorias de análise nas dimensões de acesso política, econômico – social, organizacional, técnico e simbólico.

No que diz respeito a dimensão política, que retratou sobre o desenvolvimento da consciência política da população na tomada de decisão e autonomia na acerca do PNI e suas respectivas pactuações nas ações de imunização, vemos que apesar da oferta das vacinas ser obrigatória com a legislação assegurando tal direito e tratando sobre a participação social nas decisões e planejamentos das ações em imunização, não há uma participação popular efetivas nas decisões durante o processo.

Destarte, acreditamos ocorrer uma ‘desleal’ e desvantajosa disputa de poder para os representantes da participação popular, visto a tradição autoritária da gestão governamental, e junto a isso a baixa cultura participativa dos usuários nos serviços de saúde no processo. Por esse motivo, entendemos que a pouca participação popular ou não participação dela nas decisões, ações, planejamentos e atividades em geral de gestão em saúde das ações em vacinação são reflexo dos problemas ou dificuldades enfrentadas pelo controle social, que acabam aceitando o “pacote pronto” desenvolvido pelos gestores do SUS.

Numa outra visão diferente das demais, há uma sinalização sobre a participação social nas demandas do serviço imunização numa “espécie de ouvidoria”, e assim sendo, entendemos que mediante a baixa participação popular nas instâncias colegiadas para um controle social mais efetivo, como posto anteriormente, o único canal de acesso facilitado para participação popular se limita, na maioria das vezes, ao exercício de uma espécie de “canal receptor” de denúncias - as Ouvidorias.

Neste sentido, a população pouco encontra nas ouvidorias uma garantia do direito ao acesso a saúde, sendo esse relacionado, por exemplo, às questões ligadas à vacinação. Não tendo isso, pensamos numa fragilidade de relação entre gestores do SUS e cidadão, deixando mais uma vez a cargo dos gestores o monopólio da tomada de decisão na gestão da saúde.

Ainda dentro de tal lógica, uma outra opção de participação popular inovadora seria as redes sociais ou canais on-line de acesso das Secretarias de Saúde. Verificamos que a gestão estadual e municipal da saúde estudadas já apresentam moldes inovadores, ao utilizarem a ferramenta digital como as redes sociais para canal de comunicação direta com a população, na perspectiva de identificar necessidades e sugestões para a tomada de decisão na gestão do SUS. Sendo assim, isso tem colaborado com a aproximação da população ao processo decisório de

gestão do SUS, porém ainda de forma tímida e não oficial ou não institucionalizada, o que não garante a efetivação das decisões dentro de suas necessidades para garantia do acesso à saúde e vacinação enquanto direito no SUS.

Entretanto, apesar da seguridade na lei quanto a participação popular nos espaços de gestão do SUS, não há garantias de uma efetividade desse controle social no processo. Por conseguinte, reforçamos que apesar da capilaridade proposta pelos CLS na tentativa de levantar as demandas de vacinação no SUS, o direito ao acesso a vacinação ainda carece de outras medidas que potencializem a participação social no processo decisório de imunização do SUS.

Observamos que todas as decisões sobre as ações de vacinação estão sob responsabilidade das equipes de saúde, mais especificamente, da equipe de enfermagem. Vale lembrar que mediante essa atitude das equipes, sob gestão das Secretarias de Saúde, reforça o conceito de “pacote pronto” das ações em vacinação, no sentido da população já está acostumada a aceitar a programação estabelecida pelos serviços de saúde.

Ademais, o direito ao acesso à vacinação, mais especificamente vacinação anti-sarampo, não somente requer uma melhor participação da população na gestão das suas ações, como também carece de investimentos/ recursos qualificados para atender as demandas sociais.

Dando sequência, a dimensão econômico - social do acesso apresentou uma análise sobre os investimentos e recursos financeiros destinados à rede pública de atenção à saúde, particularmente os investimentos direcionados ao Programa de Imunização para atender as demandas e vacinação da população à prevenção do sarampo, além das barreiras econômicas direcionadas ao Programa.

Porém, o PNI tinha orçamento superior a muitos Ministérios, contudo o que foi construído e investido durante muitos anos acabou não acontecendo no último governo, com baixos ou insuficientes investimentos em campanhas vacinais, em mídia e divulgação, em materiais e insumos vacinais, chegando ao ponto de não haver coordenação no Programa por um longo período e faltar vacina nos serviços. Neste sentido, o Programa precisa ser fortalecido enquanto política de Estado, não como política de governo, com sérios investimentos em campanhas para melhorar os indicadores de vacinação.

Além disso, nos dados apresentados foram mantidos os investimentos em equipamentos como câmaras frias, computadores e informatização da sala de vacina. Cabe então refletirmos que, apesar dos investimentos mínimos ao setor de imunização, mesmo com a contribuição de algumas melhorias estruturais nos serviços de vacinação, elas não foram suficientes para ajustar a demanda estrutural de forma mais ampla a todos os serviços de imunização dos cenários da pesquisa.

Além dos investimentos em estrutura e equipamentos, não foi constatado investimentos em campanhas de vacinação para retomar seu fortalecimento como eram anteriormente. Para tanto, concordamos que a mobilização da população às unidades de saúde com as campanhas de vacinação, é essencial para o alcance das metas em vacinação.

Portanto, atingir as metas em vacinação requer além da disponibilidade de imunizantes em vacinação de rotina nas unidades, é necessária existência e a frequência de campanhas de vacinação para o engajamento da população no processo de vacinação. Além de tudo isso, a análise do estudo também revelou que a AB, serviço responsável pela oferta de vacinação, segue com baixos investimentos, pois os maiores estão centrados na média e alta complexidade.

Tudo isso representa claramente uma supervalorização dos investimentos em ações curativistas, parte dos serviços nos níveis de atenção em média e alta complexidade, comparado aos investimentos em ações de prevenção, oriundas dos serviços da atenção básica, a exemplo das ações em vacinação.

Ao finalizamos a discussão da dimensão econômico-social do acesso a vacinação comungamos sobre a grande importância dos investimentos no PNI para ampliar e assegurar o direito ao acesso à vacinação anti-sarampo, garantindo melhores coberturas vacinais e protegendo a população de maneira mais segura contra o sarampo.

Partindo para a dimensão organizacional no direito ao acesso as vacinas anti – sarampo, tal dimensão analisou configuração a organização da rede de atenção para atender as demandas de vacinação no SUS, além do fluxo de atendimento apresentado pela rede de atenção, o fluxo de acesso, as barreiras geográficas de acesso, a estruturação da ESF como porta de entrada no SUS para vacinação e a configuração da relação oferta-demanda nos serviços de vacinação.

De acordo com os resultados, a organização da rede de atenção e o fluxo de acesso aos imunobiológicos funcionam da seguinte maneira: setor de imunização – rede de frio do município envia pedido mensal de imunobiológicos para o núcleo regional da SESAB, a partir do Sistema Programa Nacional de Imunização (SIPNI), e só então os imunos são enviados pela SESAB, armazenados na Rede de Frio SMS e distribuídos para as USF ou seguem diretamente para as USF.

Diante do fluxo descrito, vemos que o PNI possui uma logística de distribuição de excelência, com uma organização qualificada de rotas para o encaminhamento rápido e efetivo dos imunobiológicos, com todo padrão de normas de conservação, garantindo a máxima integridade das vacinas até seu destino, sendo uma facilidade ao processo de vacinação.

Entretanto, mesmo diante de um bom fluxo de acesso organizado pelo PNI, o estudo revelou que existem dificuldades de acesso geográfico, pela distância, vacinação em unidades

de saúde em zona rural, além da falta de recursos de recursos financeiros dos usuários para seu deslocamento. Contudo, a distância das unidades de saúde localizadas em áreas rurais é um limite para o acesso à vacinação.

Junto a distância, podemos agregar enquanto dificuldades outras as questões relacionadas as estruturas das estradas [condições ruins], além da falta de transporte público para condução dos usuários até as unidades de saúde para se vacinar.

Além das dificuldades de acesso referidas como as geográficas de desordem natural, que dificultam o acesso à vacinação pelos usuários, uma vez que as limitações de acesso geográfico relacionadas as questões de distância e ausência de transporte público estão intrínsecas às situações de desordem geográfica estrutural, tanto na parte física natural [ladeiras, morros], como na parte da construção humana [ruas estreitas, casas de difícil acesso].

Com isso, o estudo também acrescenta como dificuldade geográfica de acesso à vacinação questões de dimensão territorial, pois elas tanto podem estar relacionadas à distância de uma unidade de saúde para ofertar o serviço de vacinação como também à distância dos municípios para receber as vacinas em um Estado de grande extensão territorial.

Percebemos assim, o grande desafio da gestão Estadual em manejar o fluxo de distribuição de vacinas, visto a grande extensão territorial do Estado e suas diferentes condições de acesso relacionadas [estradas ruins, condições de relevo]. Mas observamos o empenho da gestão em determinar normas temporais com prazos a serem cumpridos na distribuição dos imunobiológicos por todo território estadual, ajustando assim o acesso à vacina nos serviços de saúde.

Destarte, ainda sobre o acesso às vacinas no PNI, ressaltamos a existência das dificuldades organizacionais dos serviços, que continuam impondo dias e horários de funcionamento que não condizem com a necessidade dos usuários e dias fixos para vacinação anti-sarampo. Uma rotina fixa de organização de atendimento, com dias e horários fixos e determinados para abertura das unidades e funcionamento da sala de vacina, tem limitado o acesso à vacinação frente demandas dos usuários que trabalham, interferindo diretamente no direito ao acesso à vacinação.

Frente a tal organização nas salas de vacina, cabe à gestão local manter o estoque vacinal para atender não somente a demanda pontual para abertura do frasco em determinado dia, como também as demais que surgirem em outros dias da semana, garantindo assim o acesso a vacinação anti-sarampo, sem prejuízos a população.

Em especial, ressaltamos que a vacinação em domicílio e agendamento prévio da vacinação na unidade de saúde, consideramos como facilidades e estratégias de ampliação de

acesso à vacinação, porque compreendemos que representam estratégias adicionais aliadas não somente ao trabalho do ACS, mas dos trabalhadores de saúde que atuam na ESF e realizam a visita domiciliar enquanto ferramenta de trabalho em sua rotina, como previsto nos protocolos da atenção básica, melhorando o acesso a vacinação.

Além de tais facilidades, comungamos de que o PNI tem capacidade técnica elevada para produção de vacinas e atendimento das demandas nacionais de vacinação. Porém, isso ainda não acontece em sua totalidade, gerando um custo adicional ao MS que importa tecnologia e até mesmo produção de imunos para complementar as necessidades nacionais, carecendo de maiores investimentos para sua ampla produção e desenvolvimento de tecnologias próprias.

Contudo, um novo projeto está sendo elaborado e discutido pelo MS, em sua atual gestão, que busca estratégias para melhorar as ações de PNI frente aos retrocessos dos últimos anos. As melhorias visam atender a demanda mais urgente de avançar nas coberturas vacinais que estão em queda desde 2017 até a atualidade, incluindo a cobertura de tríplice viral, assim melhorar o acesso a vacinação anti - sarampo nas unidades de saúde.

O setor de imunização, tanto a nível estadual como municipal, tem se esforçado para manter a dinâmica de abastecimento e garantia da vacina nos postos, sempre planejando o fluxo de distribuição para evitar as faltas nas salas de vacina.

Importante destacar que o estudo também revelou que a unidade de saúde como responsável por ofertar vacina tem se caracterizado como porta de entrada para vacinação no SUS. Para tanto, comungamos com a ideia de que ampliar o acesso à vacinação na porta de entrada preferencial do SUS pode garantir melhores condições de saúde da população, e que os trabalhadores de saúde da atenção básica podem contribuir com o processo.

Ao considerar a atenção básica como porta de entrada preferencial do SUS, o estudo explicita que enfermeiras, técnicas de enfermagem e ACS são trabalhadores essenciais na vacinação e por esse motivo, é natural que ganhem destaque na atuação frente das demandas de vacinação. É um protagonismo que retrata uma imagem positiva da categoria profissional, porém, por outro lado, significa uma sobrecarga de atividades, levantando reflexões acerca da necessidade do envolvimento dos demais profissionais da equipe no processo de trabalho no Programa de Imunização.

A sobrecarga de trabalho e elevada responsabilidade, o estudo nos mostrou que há “rejeição” por parte dos técnicos de enfermagem em não atuarem na sala de vacinação. Ademais, independente da sobrecarga, muitos trabalhadores se queixam da ampla complexidade das atividades envolvidas na vacinação, e acabam rejeitando a opção de atuar em

sala de vacina, até porque não há rotineiramente EPS e sensibilização de todos os trabalhadores da equipe de enfermagem para atuarem em vacinação, surgindo assim dificuldades quando ocorre a ausência do único trabalhador que é o vacinador.

Diante disso compreendemos que a vacinação é um ato complexo, munido de densidade de informações, saberes e prática técnica, que sobrecarregam a equipe de enfermagem que atua em sala de vacina.

Agregando a essa realidade de limitações profissionais, o estudo faz referência a falta de enfermeira para gerenciar ações de vacina nas unidades, pois toda responsabilidade está concentrada com os técnicos de enfermagem de sala de vacina. Um agravante, visto que as enfermeiras estão ausentes das salas de vacina, apesar delas receberem os treinamentos em vacinação, para fazerem posteriormente os repasses, ficando excluídas do processo as técnicas de enfermagem.

Corroboramos com a proposição de que a sobrecarga da profissional enfermeira em suas múltiplas funções na USF necessita urgentemente ser repensada na proposta de melhorar seu aproveitamento nas unidades com a EPS para a equipe sobre vacinação.

Um dado importante encontrado neste estudo foi sobre a questão do rodízio de técnicas de enfermagem na sala de vacina. Os serviços de saúde que realizavam esse rodízio periodicamente, com intuito de não sobrecarregar sempre as mesmas trabalhadoras, mesmo porque, em sala de vacina elas enfrentam situações delicadas relacionadas ao processo de trabalho, visto optarem por assegurar um serviço de melhor qualidade com erros mínimos ou priorizarem questões pessoais de saúde relacionadas a ergonomia e exposição frequente à riscos laborais na sala de vacina. Na realidade, são duas questões importantes e que devem ser avaliadas pela gestão, no sentido de priorizar por melhores condições de trabalho e a segurança do usuário na assistência em imunização.

Quanto a dimensão técnica do acesso as vacinas, elas versam sobre planejamento e acolhimento das ações, qualidade de atenção, compromisso com a comunidade, habilidade técnica e competência, autonomia para desenvolver as ações, acolhimento e vínculo com os usuários.

Dentre os resultados, no planejamento das ações sobre vacinação as equipes de saúde são as principais responsáveis, particularmente as enfermeiras, pelo levantamento das necessidades de seu público-alvo, inclusive num trabalho efetivo dos ACS na busca ativa na área assistida. Mas, os trabalhadores de saúde que atuam diretamente em vacinação, mais especificamente os de enfermagem [técnicos e auxiliares], são competentes e possuem habilidade técnica para tal, utilizando das tecnologias leves para gestão do seu trabalho.

Para tanto, destacamos o protagonismo da enfermagem, no sentido de assumir a responsabilidade técnica em imunizar a população brasileira, porém sem reconhecimento nem comprometimento das esferas governamentais em melhorar suas condições de trabalho e remuneração justa. Salientamos diante disso que o direito ao acesso à vacinação depende da boa relação entre processo de trabalho em vacinação e equipe da enfermagem.

Além da competência e habilidade dos trabalhadores de enfermagem na sala de vacinação, usuários dos serviços contam com um bom acolhimento e vínculo nas unidades de saúde que ofertam o serviço de vacinação. Na vacinação acolhimento e vínculo são responsáveis pela construção dos afetos e relações de confiança na perspectiva de assegurar um trabalho vivo em ato com eficácia na garantia do acesso enquanto direito no SUS. Confiança e vínculo juntos ampliam o acesso a vacinação, assegurando esse direito a população.

Porém, neste estudo o “bom” acolhimento e vínculo nos serviços de vacinação, porque nem sempre eles conseguem garantir a satisfação dos usuários. É visível que serviços vacinação de qualidade ruim comprometem o acesso, levando em consideração que não haverá confiança por parte dos usuários, apesar de lembrarmos que nem todos os serviços são bons e nem todos são ruins, do ponto de vista da população em geral.

Outrossim, o estudo revelou que a rotatividade de trabalhadores de saúde tem dificultado o vínculo, e que sempre há a necessidade de busca ativa dos faltosos na área, educação em saúde e divulgação sobre vacinação para fortalecer na comunidade o saber sobre necessidade e importância da vacinação anti-sarampo.

Daí, considerarmos que o trabalho em vacinação fica comprometido na lógica de rotatividade de trabalhadores, visto ser uma atividade extremamente complexa quando relacionada à densidade técnica para sua execução, e pela necessidade de confiança a ser estabelecida entre os trabalhadores e usuários, para assegurar a qualidade no serviço e garantir um acesso eficaz e eficiente na vacinação.

Contudo, a alta rotatividade da equipe de vacinação remete à necessidade de aumentar a frequência de capacitações e processos de formação sobre a área de conhecimento. A educação permanente, precisará atuar de maneira mais frequente e precisa, com objetivo de minimizar as possibilidades de erros e problemas relacionados que provocariam a fragilização do vínculo entre usuários e trabalhadores, e dificultaria o acesso à vacinação no SUS.

Retomando a discussão sobre vínculo, há uma dificuldade relacionada à vacinação de adolescentes e pessoas de classe econômica alta nos serviços de saúde, porque elas pouco buscam as unidades de saúde para qualquer tipo de atendimento, ficando visível o grande

desafio da equipe de saúde em manter um vínculo com esse público para ampliar o acesso à vacinação e melhorar as coberturas vacinais.

Ademais, a importância do vínculo entre usuário, serviços de vacinação e trabalhadores de enfermagem poderá ser estabelecido desde antes do pré-natal, seguindo para puericultura/ACD com educação em saúde sobre vacinação.

A respeito da autonomia das equipes para desenvolverem ações de vacinação, ela é relativa, pois depende de decisões e de suporte da gestão central, especificamente para as equipes de saúde da família desenvolverem atividades extra muro [fora da unidade de saúde], no território adscrito, uma vez que necessitam de recursos materiais, transporte, e trabalhadores para suporte, que muitas das vezes depende do suporte das Secretarias de Saúde.

Na oportunidade ressaltamos que as atividades extra muro de vacinação podem ser planejadas com autonomia pelas equipes de saúde, porém com a parceria da gestão para suprimento de recursos, num trabalho em conjunto em prol da efetividade do programa, no sentido de estimular as equipes em se programarem para realizar ações com frequência, e assim atenderem as demandas de vacinação da área para cumprir com as metas e avançar no acesso da imunização.

No entanto, este estudo deixou claro que além da dependência de suporte da gestão central dos serviços de saúde, em especial de vacinação, as equipes e unidades de saúde, no período da pandemia por COVID 19, tinham uma frágil autonomia para o desenvolvimento das ações de vacinação, particularmente os desafios relacionados à COVID-19, como interrupções de serviços e da cadeia de suprimentos, inclusive ao desvio de recursos financeiros para conter à pandemia e as medidas de prevenção que limitavam o acesso e a disponibilidade do serviço de imunização.

Atualmente já dispomos de uma condição sanitária que flexibiliza a possibilidade de organização de atividades que busquem melhorar as coberturas vacinais, como campanhas de vacinação e ações locais de impacto com a comunidade, para a melhoria do acesso à vacinação e consequentemente avançar nas coberturas vacinais contra o sarampo.

Quanto a atuação no ACS no processo de vacinação, o estudo revelou que a divulgação das ações de vacinação de rotina é em sua maioria, realizadas pelos ACS na área de abrangência. Relevância que é visível com o potencial de atuação dos ACS no sentido de divulgar as ações de vacinação e outras ações de prevenção e promoção a saúde, promovidas pela ESF. Nas campanhas vacinais, por exemplo, os ACS desempenham uma essencial mobilização da comunidade para vacinação, melhorando o acesso a oferta da vacina nos serviços de imunização.

Outrossim, o estudo mostrou que a atuação do ACS nos serviços de vacinação nas suas atividades teve uma redução de supervisão por parte das enfermeiras, sendo insuficiente nas cobranças antes realizadas com maior intensidade. Sendo assim, a parte da supervisão do trabalho do ACS relacionadas ao cumprimento de busca ativa para conferência dos cartões de vacina da população ficou limitada, até porque muitas famílias ficam desassistidas dessa busca ativa e conferências dos cartões, dificultando o acesso enquanto direito a vacinação.

Finalizando essa subcategoria da dimensão técnica do acesso dos usuários à vacinação, a educação em saúde por parte da equipe de saúde está presente e enaltece o trabalho. A educação em saúde desenvolvida pela equipe da ESF com a comunidade é um importante instrumento de conscientização da população sobre a importância da imunização contra o sarampo, visto o aumento de casos em razão das *fakes news* e movimentos antivacina.

Quanto a dimensão simbólica do acesso a vacina o estudo faz referência às representações sociais na vacinação dentro das redes de atenção do SUS, como concepção sobre vacinação, tabus, cultura, crenças, valores e imaginário frente ao processo.

Nesta dimensão, no estudo uma parte da população apresenta medo relacionado aos eventos adversos pós vacinação, o que pode limitar o interesse e ,consequentemente, o acesso à vacinação anti-sarampo. Mas, ainda que saibamos da importância e relevância da vacinação, o fortalecimento dos saberes entre a população se faz necessário para motivar a busca pelo serviço, melhorando o acesso a vacinação, e superar o medo dos eventos adversos mais comuns.

Outra questão referida é sobre o quantitativo de vacinas aplicadas de forma simultânea em crianças menores de dois anos, que muitas das vezes amedronta as mães que acabam decidindo por não vacinar e/ou atrasando o calendário vacinal da mesma. Tal motivo é uma possibilidade que interfere diretamente no acesso à vacinação, que pode reduzir a procura pelo serviço e limitar a ampliação de coberturas vacinais na população.

Para tanto, é necessário ao PNI repensar sobre a questão e levantar possíveis estratégias para minimizar os danos da hesitação vacinal. Uma boa alternativa seria melhores investimentos em informação e divulgação da real importância da vacinação, na perspectiva de melhor compreensão e sensibilização da população.

Além do medo aos eventos adversos pós vacinais ocasionar certo desinteresse e afastamento da população ao processo de vacinação, o estudo ainda trouxe questões relacionadas aos movimentos anti-vacina e ao negacionismo vacinal, os quais não recomendam a vacinação e portanto, afetam diretamente o acesso às vacinas.

Infelizmente os impactos negativos dos movimentos anti-vacina no acesso a vacinação seguem amedrontando parte da população que se deixa acreditar em informações falsas, as

conhecidas como *fake news*. As *fake news* afetam uma parcela dos segmentos populacionais que apresenta pouca resistência e não consegue se defender da enxurrada de desinformação recebida diariamente pelas mídias sociais, especialmente via celular. Diante da situação, entidades responsáveis pelas ações de vacinação estão preocupadas com a repercussão no acesso à vacinação e seu impacto nas quedas das coberturas vacinais.

Comungamos com a afirmativa em que as mídias, TV e redes sociais, poderiam colaborar com o fortalecimento da importância da vacinação e esclarecer sobre a existência desses eventos adversos. O acesso à vacinação atualmente depende, significativamente, das mídias e redes de divulgação para fortalecer as informações positivas e verdadeiras sobre vacinação. Para tanto, o PNI precisa avançar nas estratégias de incentivo à produção de conteúdo positivo sobre vacina e divulgar amplamente tais informações, para melhorar o processo de aceitação e busca da vacinação nos serviços de saúde.

Torna-se essencial considerarmos a vacina importante para a saúde e para prevenção/proteção da doença. Sua importância não está somente na proteção individual, mas porque ela evita a propagação em massa de doenças que podem levar à morte ou a sequelas graves, comprometendo a qualidade de vida e saúde das pessoas vitimizadas. A carência de informações e da divulgação de informações equivocadas sobre vacinação, colaboram para o reaparecimento de doenças infecciosas, como o sarampo e a coqueluche, e prejudicam o acesso à vacinação enquanto direito assegurado pelo SUS.

Ainda assim, somada a essa realidade de baixos investimentos em comunicação e divulgação de informações relacionadas a vacinação, a baixa procura da vacina anti-sarampo, é uma questão cultural, em que as pessoas acreditam que a doença não existe mais, por não conviverem a doença e, conseqüentemente, não dar a devida importância a vacinação.

Assim, quando a doença é erradicada do meio da população, não sendo mais vista como tão perigosa e letal, ocasiona a falsa sensação de segurança e leva às pessoas não valorizarem a importância da vacinação, reduzindo o acesso à imunização.

Em relação a maior adesão da população às ações de vacinação, observamos parcerias positivas com programas existentes nas unidades de saúde, como o Bolsa Família, assim como também em eventos diversos com a finalidade de divulgar as ações do programa de imunizações.

Enfim, mediante ao apresentado sobre as questões políticas, organizacionais, socioeconômicas e culturais que interferem significativamente na queda das coberturas vacinais no Brasil e no recrudescimento de doenças imunopreveníveis, a exemplo do sarampo, é necessário compreender que para evitar tal retrocesso são necessários reforços absolutos às

ações de vacinação propostas pelo PNI com envolvimento das gestões, trabalhadores de saúde, usuários e população de forma consciente, compromissada e responsável, em defesa da vida.

Os resultados ratificam o pressuposto do estudo quando apresentam as principais dificuldades do acesso dos usuários às vacinas anti – sarampo, possivelmente causadoras das baixas coberturas vacinais, e consequentemente responsáveis pelo retorno da doença e disseminação na mesma.

Para tanto, ratificamos tais resultados quanto os determinantes das dimensões do acesso político a partir da falta de consciência política e pouca adesão da participação popular determinando e tomada de decisão governamental; econômico social com barreiras sociais e econômicas representadas pelos baixos investimentos destinados ao PNI; organizacional com dificuldades de acesso geográfico e fragilidades organizacionais dos serviços com carência de profissionais de saúde e de recursos para vacinação; técnico com ineficiência no planejamento, vínculo e acolhimento frágeis entre os serviços de imunização e usuários e vice-versa; simbólica com o desconhecimento do sarampo, medo dos eventos adversos, movimentos anti-vacina, *fake news* e desconhecimento da população sobre a importância da vacinação.

Sendo assim, considerando - se as discussões e análise deste processo, sugerimos algumas possibilidades a serem refletidas para a efetivação do acesso à vacinação anti-sarampo enquanto direito no SUS:

- aumento nos horários de funcionamento dos serviços de saúde;
- educação permanente dos profissionais de saúde;
- maior participação popular na tomada de decisão;
- valorização do profissional que atua em sala de vacina;
- contratação de pessoal para ampliar mão de obra em sala de vacina;
- minimizar motivação da rotatividade de profissionais;
- fortalecimento da modalidade de contratação profissional;
- ampliação de cobertura das áreas pelo PACS;
- parcerias com programas, escolas e demais instituições de ensino;
- investimentos em novas formas de produzir e divulgar informações;
- melhores investimentos em campanhas vacinais;
- combate ao negacionismo e às *Fake News*;
- alcance da autossuficiência nacional na produção de imunobiológicos;
- abastecimento com estoque seguro de vacinas nas unidades;
- melhorar o vínculo com público de difícil acesso (adolescentes e média e alta classe).

Acreditamos em um PNI fortalecido e capaz de mudar o cenário atual, trazendo novas estratégias e perspectivas a respeito do direito ao acesso a vacinação. Não há dúvidas de que os impactos na saúde pública do nosso país a partir do trabalho que o PNI vem desenvolvendo ao longo dos seus quase 50 anos de história tem demarcado índices significativos de redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis em nosso meio. Assim, para que esse trabalho se efetive, temos a certeza de que mais estudos e esforços serão colocados em prática no sentido de melhorar a caminhada.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Abrasco divulga nota alertando sobre a queda da cobertura vacinal no Brasil. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/abrasco-divulga-nota-alertando-sobre-queda-da-cobertura-vacinal-no-brasil/36235/>. Acesso em: 30 de agosto de 2018.
- ALVES – MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método das Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2ed., São Paulo: Pioneira, 2000.
- APS, LRMM et al. Eventos adversos de vacinas e a não vacinação. **Rev Saude Publica**. 2018;52:40.
- ARRELIAS, Clarissa Cordeiro Alves et al. Vacinação em pacientes com diabetes mellitus na atenção primária à saúde: cobertura e fatores associados. **Rev Gaúcha Enferm**. v.38, n.3, 2017.
- ASENSI, Felipe Dutra; AIDAR, Adriana; RAMOS, Frederico; PINHEIRO, Roseni. Judicialização, direito à saúde e prevenção. **RECIIS (Online)**. v.9, n.1, jan.-mar.2015, p.1-10.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JORGE, Maria Salete Bessa. Métodos de Análise de Pesquisa Qualitativa. In: SANTANA; Judith Sena da Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves. **PESQUISA Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.
- ASSIS, MMA., et al., org. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232- 0877-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- Assis, MMA; JESUS, WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)**; 17(11): 2865-2875, nov. 2012.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; ABREU – DE - JESUS, Washington Luiz. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. In: ASSIS, Marluce Maria Araújo; ALMEIDA, Marlon Vinícius Gama (Org). **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde. Abordagens teóricas e práticas**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2014.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; ABREU – DE - JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. & saúde coletiva** [online]. 2012, v.17, n.11, pp.2865-2875. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
- BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **Cobertura Vacinal da Tríplice Viral para crianças menores de dois anos de idade por macrorregião, região de saúde e municípios, Bahia 2013 a 2022**. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB). Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/> Acesso em: 11 de janeiro de 2023.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **Boletim Epidemiológico das Doenças Exantemáticas - Nº 02**, Salvador, fev., 2022a.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **Boletim Epidemiológico das Doenças Exantemáticas - Nº 03**, Salvador, nov., 2022b.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **NOTA TÉCNICA Nº 25/2022 - CIVEDI/DIVEP/SUVISA/SESAB. Alerta epidemiológico para o risco de ocorrência de doenças imunopreveníveis devido às baixas coberturas vacinais no estado da Bahia.** Salvador, maio., 2022c.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **Boletim epidemiológico de doenças exantemáticas n. 2**, Salvador, fev., 2020.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **Boletim epidemiológico de doenças exantemáticas n. 2**, Salvador, abr., 2019a.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado. **Boletim epidemiológico de doenças exantemáticas n. 7**, Salvador, abr., 2019b.

BAHIA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações – Bahia: 25 anos de história.** Salvador, 1999.

BARROS, F. P. C. A saúde como direito: o difícil caminho de sua apropriação pelos cidadãos. In: SANTOS, R. (Org.). **CONASS: para entender a gestão do SUS.** Direito à saúde. 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_11B.pdf>. Acesso em: 16 de março 2023.

BOBBIO, N. **Teoria geral da política.** Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BOBBIO, N. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal FIOCRUZ. **Programa Nacional de Imunizações comemora 48 anos.** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/programa-nacional-de-imunizacoes-comemora-48-anos>. Acesso em 11 de janeiro de 2023a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br> / Acesso em 12 de janeiro de 2023b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvidoria-do-sus/> Acesso em: 02 de março de 2023c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações – Vacinação.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>. Acesso em: 08 de março de 2023d.

BRASIL, Ministério da Saúde. lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023. Brasília. 2023e.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de ação para interrupção da circulação do vírus do sarampo: monitoramento e reverificação da sua eliminação no Brasil, 2022** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Informe técnico 8ª Campanha Nacional de Seguimento e Vacinação de Trabalhadores da Saúde contra o Sarampo**. Ministério da Saúde. Brasília, 2022b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Fórum Nacional dos Coordenadores Estaduais de Imunizações**. Brasília, 2022c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Informações da Saúde – DATASUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pn/cnv/cpnibr.def> / Acesso em 03 de julho de 2020a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico 09**. Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil 2020: Semana Epidemiológica 01 (29/12/2019) a 06 (08/02/2020). Brasília, 2020b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico 39**. Vigilância Epidemiológica do Sarampo no Brasil 2019: Semanas Epidemiológicas 39 a 50 de 2019. Brasília, 2019a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, DF. 2019b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O futuro dos Sistemas Universais de Saúde**. Brasília, 2018a. Disponível em: <http://www.conass.org.br/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude-em-pauta-no-conass-debate/> Acesso em: 16 de agosto de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunização**. Brasília, 2018b. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/pni/> Acesso em: 10 de setembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)**. Brasília, 2018c. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/44316> Acesso em 10 de janeiro 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal Ministério da Saúde**. Brasília, 2018d. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44350-quase-160-municipios-da-bahia-nao-atingiram-meta-de-vacinacao-contrapolio-e-sarampo> Acesso em: 02 de fevereiro 2019.

BRASIL. Confederação Nacional de Municípios. Núcleo de Desenvolvimento Social. Área Técnica da Saúde. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília, 2018e.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, 2017a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Brasília, 2017b.

BRASIL, Casa Civil. **Emenda Constitucional Nº 95 de 15 de dezembro de 2016**. Brasília, 2016a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução Nº 510/2016 de 7 de abril de 2016**. Brasília, 2016b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Brasil recebe certificado de eliminação do sarampo. Brasília, 2016c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25846-brasil-recebe-certificado-de-eliminacao-do-sarampo>. Acesso em: 5 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual das Ouvidorias do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **40 anos Programa Nacional de Imunização**. Brasília, 2013a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **MANUAL DE REDE DE FRIO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES**. Brasília. 4ed. 2013b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA**. Brasília. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I, 2013c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466/12 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília. 2012b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico: 2011: Campanha de seguimento contra o sarampo**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Relatório da verificação dos critérios de eliminação da transmissão dos vírus endêmicos do sarampo e rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC) no Brasil**. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria no 182, de 5 de maio de 2010**. Institui o Comitê Técnico Assessor de Erradicação do Sarampo e Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 94, de 19 de maio de 2010b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE**. Brasília. 2010c.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde.** Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nacional, n o 333,** 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, 1990a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei 8146 de 28 de dezembro de 1990.** Brasília, 1990b.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.** Título VIII, Seção II, Artigos 196 a 200. Da Saúde. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Portaria nº 452/ 1977.** Brasília, 1977.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. São Paulo. **Serv. Soc. Soc.** (109). Mar 2012.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin and TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface (Botucatu)** [online]. 2012, v.16, n.40, pp.249-260. Epub Apr 19, 2012. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000014>.

BRITO, E. S. V.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, M. R. F. Análise da continuidade da assistência àsaúde de adolescentes portadores de diabetes. **Revista Brasileira Materno- Infantil**, v. 12, n. 4,p. 413-423, 2012.

CAMPOS, G. W. S. (2005). **Saúde Paidéia** (2a ed.). São Paulo: Hucitec.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Cienc. & Saúde Colet.**, v.8, n.2 , 2003 p.569-84.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos doPrograma de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 347-368,2008.

CARDIN V, MORAES GNL. Hesitação vacinal: direito constitucional à autonomia individual ou um atentado à proteção coletiva?. **Prisma Jurídico**. 2020.18(2):224-240.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(4): 975-986, out.-dez., 2005.

CNN. Cable News Network Brasil. **Falta de infraestrutura em postos de saúde atrapalha vacinação, aponta pesquisa.** Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/falta-de-infraestrutura-em-postos-de-saude-atrapalha-vacinacao-aponta-pesquisa/>. Acesso em: 9 de março 2023.

COELHO MO, JORGE MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1523-1531, 2009

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Painel de indicadores de imunização.** Disponível em: https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/24_indicadores-de-imunizacao. Acesso em: 22 de março, 2023.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A queda da imunização no Brasil.** Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <https://www.conass.org.br/queda-da-imunizacao-no-brasil/>. Acesso em 17 de março 2023.

COSEMS-SP. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde. **Desinformação sobre vacinas gera sentimento de medo e pânico em morrer.** Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/desinformacao-sobre-vacinas-gera-sentimento-de-medo-e-panico-em-morrer-diz-adriana-ilha/>. Acesso em: 22 de março 2023.

COREN-PE. **Parecer Técnico no 037/2016.** Recife. 2016.

CORREIA VS, SERVO MLS. Supervisão da enfermeira em Unidades Básicas de Saúde. **Rev Bras Enferm.** 2006 Jul-Ago; 59(4):527-31. 2006.

COSTA RS, OLIVEIRA SR. Os direitos da personalidade frente à sociedade de vigilância: privacidade, proteção de dados pessoais e consentimento nas redes sociais. **Revista Brasileira de Direito Civil em Perspectiva.** 5(2):22-41. 2019.

COSTA, Natália Rodrigues et al. *Measles epidemiological profile in Brasil from 2013 to 2018.* **Rev assoc med bras.** v.66, n.5, 2020, p.607-614.

COUTO, Marcia Thereza; BARBIERI; Carolina Luisa Alves. Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.1, p. 105-114, 2015.

DALLARI. **Direitos Humanos e Cidadania.** São Paulo: Moderna, 1998.

DAVIS K, NEWSTROM JW. **Comportamento humano no trabalho:** uma abordagem psicológica São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2001.

DIAS, Barbara F; ALMEIDA, Renan MVR. *Rotavirus and Triple Viral Vaccine Losses in Vaccination Rooms: a Cross-Sectional Study.* **MedicalExpress** (São Paulo, online). v.4, n.4, aug, 2017.

DUARTE, D.C.; OLIVEIRA, V.C.; GUIMARÃES, E.A.A.; VIEGAS, S.M.F. Acesso à vacinação na Atenção Primária na voz do usuário: sentidos e sentimentos frente ao atendimento. **Esc. Anna Nery** 23 (1). 2019.

EBC. Empresa Brasil de Comunicação. **Rotatividade de profissionais prejudica capacitação para imunizações.** Agência Brasil. Brasília. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-09/rotatividade-de-profissionais-prejudica-capacitacao-para-imunizacoes>. Acesso em: 22 de março 2023a.

EBC. Empresa Brasil de Comunicação. **Estratégias para vacinar adolescentes devem envolver ambiente escolar.** Agência Brasil. Brasília. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-09/estrategias-para-vacinar-adolescentes-devem-envolver-ambiente-escolar>. Acesso em: 22 de março 2023b.

FERREIRA AC, FAGUNDES AFA, CAMARGO MCS, OLIVEIRA TC. A pesquisa sobre redes sociais e comportamento do consumidor no Brasil. **Revista Gestão & Tecnologia.** 17(2):186-213, 2017.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2020.** Feira de Santana, 2020.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde do dia 7 de maio de 2013.** Feira de Santana, p. 114-117, 2013.

FIOCRUZ. **Dificuldades para o controle.** Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/dificuldades-para-o-controle>. Acesso em: 04 de março 2023a.

FIOCRUZ. **Lei de patentes e falta de investimentos explicam escassez de insumos para vacina.** Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/lei-de-patentes-e-falta-de-investimentos-explicam-escassez-de-insumos-para-vacina>. Acesso em: 9 de março 2023b.

FIOCRUZ. **FIOCRUZ reforça a importância de vacinação contra o sarampo.** Rio de Janeiro. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-reforca-importancia-da-vacinacao-contra-o-sarampo>. Acesso em: 16 de março 2023c.

FIOCRUZ. **Comunidades rurais remotas carecem de políticas públicas adequadas às realidades locais.** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/comunidades-rurais-remotas-carecem-de-politicas-publicas-adequadas-realidades-locais>. Acesso em: 17 de março 2023d.

FONTES, BASM. Redes sociais e governança em saúde. **Ciênc. saúde coletiva.** 23(10):3123-32. 2018.

FONSECA EC, ZEITOUNE RC, SOUSA KH, PORTELA LF, SOARES MR. Danos à saúde dos trabalhadores de enfermagem de salas de vacinação. **Acta Paul Enferm.** 33:1-10, 2020.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 24.ed. São Paulo: Edições Graal,. 2007

FRACOLLI, LA; GOMES, MFP; PINHEIRO, DGM; CASTRO, DFA. Avaliação das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. **O Mundo da Saúde, São Paulo** - 2013;37(4):411-41. 2013.

FRANÇA T, MEDEIROS KR, BELISARIO SA, GARCIA AC, PINTO ICM, CASTRO JL, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciênc Saúde Colet [Internet]**. 2017 [cited 2017 Jul 12]; 22(6):1817-28. Available from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1817.pdf>.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GADELHA, C.A.G; BRAGA, P.S.C.; MONTENEGRO, K.B.M. Acesso a vacinas no Brasil no contexto da dinâmica global do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Cad. Saúde Pública**. n36 (Supl 2), 2020.

GALHARDI, CP; ET AL. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(5):1849-1858, 2022.

GALHARDI CP, FREIRE NP, MINAYO MCS, FAGUNDES MCM. Fato ou fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cien Saude Colet** 2020; 25(2):4201-4210.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção a Saúde. In: EIBENSCHUTZ, Catalina et al (orgs). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

GIOVANI, M. S. P., & VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde**, n7(4). 2013.

GOMES, ROSA MARIA DE LIMA. **Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015.

GOMES JFF; ORFÃO NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, out-dez 2021.

GONÇALVES, P. C. C., SILVA, B. M. F. R. DA ., & APOLINÁRIO, F. V. A importância da educação em saúde como ferramenta a favor da vacinação contra o sarampo e o combate ao movimento antivacina e fake news. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências e Educação**, 7(10), 2938–2949. 2021.

HEATON A, KRUDWIG K, LORENSON T, BURGESS C, CUNNINGHAM A, STEINGLASS R. Doses per vaccine vial container: An understated and underestimated driver of performance that needs more evidence. **Vaccine**. 2017;35(17):2272-78.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações estatísticas**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 6 de maio de 2019.

LEE BY, NORMAN BA, ASSI TM, CHEN SI, BAILEY RR, RAJGOPAL J et al. Single versus multi-dose vaccine vials: na economic computation model. **Vaccine**. 2010;28(32):5292-5300.

LEMKE AR, SILVA NA. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos Pesq Psicol UERJ**. 2010;10(1):281-95.

LIMA, Fernando Lopes Tavares de. A rotatividade dos profissionais na estratégia de saúde da família: um estudo sobre a microrregião de Itabira, MG. 2012. 84 f. **Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública)** - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

LIMA, JG.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; FAUSTO, M.; MEDINA, MG. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022.

LINS, Julyan Gleyvison Machado Gouveia; MENEZES, Tatiane Almeida; CIRÍACO, Juliane da Silva. O SUS e a atenção primária no brasil: uma análise sobre o seu financiamento pelo piso da atenção básica fixo. **Planejamento e Políticas Públicas**. n. 55, jul./set. 2020.

LISBOA, E.A. *et al.* Conselhos Locais de Saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 679-698, set./dez. 2016

LOBATO, LVC; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde. Origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al (org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MACDONALD NE. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants, **Vaccine**. 2015;33(34):4161-4.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. In: MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas S.A., 2006.

MARCHIONATTI, CARMEM REGINA ESTIVALETE; DIAS, IÊDA MARIA ÁVILA VARGAS; SANTOS, ROSÂNGELA DA SILVA. A produção científica sobre vacinação na literatura brasileira de enfermagem no período de 1973 a 1999. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm** ; 7(1): 57-68, abr. 2003.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MARSHALL, T. H. Cidadania e classe social. In: _____. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, s.d, 1967. p.57-114.

MARTINS JRT, ALEXANDRE BGP, OLIVEIRA VC, VIEGAS SMF. Educação permanente em sala de vacina: qual a realidade? **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2018;71(sup1):715-24.

MASCARENHAS CHM, PRADO FO, FERNANDES MH, BOERY EN, DA SILVA SENA EL. QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **Espac. Saude [Internet]**. 16º de dezembro de 2013 [citado 13º de abril de 2023];14(1/2):72-81. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/464>

MASSARANI, L.; LEAL, T.; WALTZ, I. O debate sobre vacinas em redes sociais: uma análise exploratória dos links com maior engajamento. **Cad. Saúde Pública**. n36, Sup.2:e00148319. 2020.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Ed.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2001. p.39-64.

MEDEIROS CRG et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1521-1531, 2010

MENDES, A.; MARQUES, R.M. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro. In: **Encontro Nacional de Economia Política, 14., 2009**, São Paulo. Anais. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.apufpr.org.br/artigos/trabalho_cronica_de_uma_crise_anunciada_financiamento_sus_aquilas_mendes_e.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2019.

MERHY EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco TE, Merhy EE. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 19-67.

MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOURA, Ana Débora Assis et al. Monitoramento Rápido de Vacinação na prevenção do sarampo no estado do Ceará, em 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.27, n.2, jun., 2018.

MOREL, APM. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021.

NASCIMENTO, Maria Angela Alves. Correntes do Pensamento na Pesquisa Social: possibilidades teóricas e metodológicas de investigação científica. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS editora, 2010.

NEMRE, et al. Conselhos de Saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **RAP**. Rio de Janeiro 43(6):1369-1378, nov./dez. 2009.

NOBRE R, GUERRA LDS, CARNUT L. Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, V. 46, N. Especial 1, p. 303-321, MAR 2022.

OLIVEIRA VG, PEDROSA KKA, MONTEIRO AI, SANTOS ADB. Vacinação: o fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. **Rev RENE**. 2010;11(n. especial):133-41.

OPAS, Organização Pan – Americana de Saúde. **Comissão Regional avalia status da eliminação do sarampo no Brasil.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-9-2022-comissao-regional-avalia-status-da-eliminacao-do-sarampo-no-brasil>. Acesso em: 11 de janeiro de 2023a.

OPAS, Organização Pan – Americana de Saúde. **Progresso global contra sarampo fica ameaçado em meio à pandemia de COVID-19.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-11-2021-progresso-global-contrasarampo-ameacado-em-meio-pandemia-covid-19>. Acesso em: 12 de janeiro 2023b.

OPAS, Organização Pan – Americana de Saúde. **Investimento na atenção primária à saúde é urgente para garantir recuperação da COVID-19 nas Américas.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-11-2021-investimento-na-atencao-primaria-saude-e-urgente-para-garantir-recuperacao-da>. Acesso em: 16 de março 2023c.

OPAS. Organização Pan -Americana de Saúde. Brasil lança movimento nacional para ampliar vacinação. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-2-2023-brasil-lanca-movimento-nacional-para-ampliar-vacinacao>. Acesso em: 16 de março 2023d.

OPAS, Organização Pan – Americana de Saúde. **Após mais de 2 mil casos confirmados de sarampo nas américas, OPAS destaca necessidade de intensificar vacinação e vigilância.** Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5719:apos-mais-de-2-mil-casos-confirmados-de-sarampo-nas-americas-opas-destaca-necessidade-de-intensificar-vacinacao-e-vigilancia&Itemid=812). Acesso em: 20 de agosto 2018a.

OPAS, Organização Pan – Americana de Saúde. **Casos de sarampo nas Américas chegam a 5 mil e OPAS amplia recomendações aos países.** Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5742:casos-de-sarampo-nas-americas-chegam-a-5-mil-e-opas-amplia-recomendacoes-aos-paises&Itemid=812. Acesso em 20 de agosto 2018b.

OPAS, Organização Pan – Americana de Saúde. **Casos de sarampo chegam a número recorde na Região da Europa.** Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5740:casos-de-sarampo-chegam-a-numero-recorde-na-regiao-da-europa&Itemid=812. Acesso em: 20 de agosto 2018c.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Declaração universal dos direitos humanos**, ONU, 1948.

OUVERNEY ALM, CARVALHO ALB, MACHADO NMS, MOREIRA MR, RIBEIRO JM. Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 7, p. 75-91, dez 2019.

PAIM, M. C. Fluxograma de distribuição de vacinas no estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 45 n. supl. 1 (2021).

PAUL C, MATTHEWS M. **The Russian "firehose of falsehood" propaganda model: why it might work and options to counter it.** Perspectives; PE-198-OSD. 2016.

PENNA, C.M.M; FARIA, RSR; REZENDE, GP. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 815-829, 2014.

PEREIRA, OP; et al. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. **Acta paul. enferm.** 26 (5) 2013.

PESSOA, BHS; GOUVEIA, EAH.; ISABEL, IB. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, Jan-Dez; 12(39):1-9, 2017.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, 2004, p.1342-53.

RADIS. **Procura – se o Zé Gotinha**. Ed 224. Maio 2021.

REIGADA, CLL; ROMANO, VF. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(3), e280316, 2018.

ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

ROQUETE, F. F. **Identidade e competências profissionais: um estudo com diretores executivos de uma cooperativa de trabalho médico de Minas Gerais** [tese]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.

ROUSSEAU, Jean – Jacques. **O contrato social ou princípios do direito político**. São Paulo: Escala educacional, 2006.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025**. v. 1, Salvador – Bahia, 2022.

SANTANA, J. S. S. O projeto de pesquisa. In: SANTANA, J. S. S; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.

SANTOS P, HESPANHOL A. Recusa vacinal - o ponto de vista ético. **Rev Port Med Geral Fam**. 2013 29(5):328-333.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Reorganização do Processo de Trabalho Acolhimento à Demanda Espontânea**. Atenção Básica SMS-SP. 1a edição. Outubro 2015.

SATO, Ana Paula Sayuri. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Rev Saude Publica**, v.52, n.96, 2018.

SBIM. Sociedade Brasileira de Imunizações. **Guia de boas práticas de imunização em áreas remotas de difícil acesso**. São Paulo, 2017.

SBPC, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. **Baixo investimento em pesquisa no Brasil**. Disponível em: <http://portal.sbpcnet.org.br/noticias/baixo-investimento-em-pesquisa-e-pouca-estrutura-limitam-desenvolvimento-de-vacina-no-brasil/>. Acesso em: 9 de março 2023.

SENADO. **Vacinação infantil despenca no país e epidemias graves ameaçam voltar**. Agência Senado. Brasília. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2022/05/vacinacao-infantil-despenca-no-pais-e-epidemias-graves-ameacam-voltar>. Acesso em: 17 de março 2023.

SILVA, Amanda Tabosa Pereira da Silva et al. Cumprimento do esquema vacinal em crianças internadas por pneumonia e fatores associados. **Rev Saude Publica**. 2018, v.52, n.38, 2018.

SILVA, et al. Supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família: a ótica dos enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(5):899-6. 2014.

SILVA, Keila Brito; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. Botucatu. **Interface**, v.16, n.40, jan./mar. 2012, p.249-59.

SILVA, Francelena de Sousa *et al.* Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2018, v.34, n.3.

SILVA, E.S.J.; MEDINA, M.G.; AQUINO, R.; FONSECA, A.C.F.; VILASBÔAS, A.L.Q. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 10 (suppl 1), Nov 2010.

SILVA DM, RIBEIRO ACD, SILVA FILHO EA. As redes sociais como ferramenta para acesso à informação na administração pública. **Perspectivas em Políticas Públicas**. 2018; 11(21): 267-94.

SIQUEIRA, L; *et al.* Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 26(3):557-568, jul-set 2017.

SOARES SSS, SOUZA NVDO, VARELLA TCMM, ANDRADE KBS, PEREIRA SRM, CARVALHO EC. Protagonismo da enfermagem na vacinação contra a COVID-19 versus irregularidades contestáveis – estudo descritivo-exploratório. **Online Braz J Nurs**. 2022;21(suppl 2):e20226558. [https:// doi.org/10.17665/1676-4285.2022.6558](https://doi.org/10.17665/1676-4285.2022.6558).

SOUTO, EP; KABAD, J. Hesitação vacinal e os desafios para enfrentamento da pandemia de COVID-19 em idosos no Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** 23 (5) • 2020

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

STEVANIM, Luiz Felipe. E agora zé? Baixa cobertura das principais vacinas compromete programa brasileiro de imunizações, reconhecido internacionalmente. Rio de Janeiro. **Radis**, n. 196, p. 10 – 20, jan 2019.

TAUIL, Márcia de Cantuária. **Cobertura vacinal e fatores associados à vacinação incompleta em município de médio porte, Estado de São Paulo, Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde pública), Universidade de São Paulo, 2017.

TAUIL, Márcia de Cantuária; SATO, Ana Paula Sayuri; COSTA, Ângela Aparecida; INENAMI, Marta; FERREIRA, Vinícius Leati de Rossi; WALDMAN, Eliseu Alves. Coberturas vacinais por doses recebidas e oportunas com base em um registro informatizado de imunização, Araraquara-SP, Brasil, 2012-2014. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26, n.4, out-dez 2017, p.835-846.

TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; PAIXÃO, Enny Santos da; CARMO, Eduardo Hage; BARRETO, Florisneide Rodrigues; PENNA, Gerson Oliveira. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, 2018, p.1819-1828.

TEÓFILO, Sarah; LIMA, Bruna; CARDIM, Maria Eduarda. Investimento do governo em campanhas de vacinação cai 36% em dois anos. **Correio Braziliense**. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/01/4902418-investimento-do-governo-em-campanhas-de-vacinacao-cai-36--em-dois-anos.html>. Acesso em: 8 de março de 2023.

THIEDE M, MCINTYRE D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad Saúde Publica**. v. 24, n. 5, 2008, p. 1168-1173.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Investimento em campanhas deve ser constante para elevar índices de vacinação, apontam especialistas. Rio Grande do Sul. **Jornal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [online]**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jornal/investimento-em-campanhas-deve-ser-constante-para-elevar-indices-de-vacinacao-apontam-especialistas/>. Acesso em: 8 de março de 2023.

UNA-SUS. Universidade Aberta do SUS. **Planejamento em Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46321>. Acesso em: 17 de março 2023.

UNGLERT, C. V. S. Enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.24, n. 6, p. 445-452, 1990.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Alarming global surge of measles cases a growing threat to children**. Disponível em: <https://www.unicef.org/press-releases/alarming-global-surge-measles-cases-growing-threat-children-unicef-0>. Acesso em: 9 de março 2023a.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **3 em cada 10 crianças no Brasil não receberam vacinas que salvam vidas, alerta UNICEF**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/3-em-cada-10-criancas-no-brasil-nao-receberam-vacinas-que-salvam-vidas>. Acesso em: 9 de março 2023b.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Pandemia de covid-19 alimenta o maior retrocesso contínuo nas vacinações em três décadas**. Disponível em:

<https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/pandemia-de-covid-19-alimenta-o-maior-retrocesso-contínuo-nas-vacinacoes-em-tres-decadas>. Acesso em: 22 de março 2023c.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. **Fundamentação teórica atenção domiciliar**. São Paulo. 2013.

USP, Universidade de São Paulo. Tradição de campanhas bem-sucedidas de vacinação no Brasil depende de educação e formação cidadã. **Jornal da USP [online]**. São Paulo. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/tradicao-de-campanhas-bem-sucedidas-de-vacinacao-no-brasil-depender-de-educacao-e-formacao-cidada/>. Acesso em: 9 de março 2023.

VALENTI VE, SILVA AP. The effect of negationism on public health. **J Hum Growth Dev**. 2021; 31(2):189-191.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun., 2018.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; SAMPAIO, Fabiana de Castro; OLIVEIRA, Patrícia Peres de; LANZA, Fernanda Moura; OLIVEIRA, Valéria Conceição de; SANTOS, Walquíria Jesusmara dos. A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para a imunoprevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.2, 2019, p.351-360.

WALDMAN, Eliseu Alves, SATO, Ana Paula Sayuri. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. **Rev Saúde Pública** v.50, n.68, 2016.

APÊNDICES



Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Doutorado Acadêmico
Pesquisadora responsável: Profª Me. Mônica Oliveira Rios
Professora orientadora: Profª Drª Maria Angela Alves do Nascimento

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semi-estruturada

(Usuários)

Nº da entrevista	Código do entrevistado	Data	Início	Término

I CARACTERIZAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Local de residência: _____

Tempo de residência: _____

Tempo de cadastro/ acompanhamento no serviço de saúde: _____

II ROTEIRO DE ENTREVISTA

Temas norteadores

1 Dimensões acesso:

1.1 Dimensão Econômico – Social

- Relação oferta – demanda de acesso a vacina anti - sarampo pelos usuários (cobertura)
- Investimentos/ recursos destinados ao PNI (vacinas)

1.2 Organizacional

- Experiências de vacinação nos serviços da USF (acesso geográfico, organizacional, resolubilidade)

1.3 Técnica

- Qualidade de vacinação nos serviços da USF (Planejamento e programação das ações, acolhimento, vínculo, habilidade, competência)

1.4 Simbólica

- Significado de direito ao acesso às vacinas: entendimento sobre direito as vacinas/ motivação para vacinação
- Preconceitos quanto aos efeitos vacinais
- Representações sociais sobre vacina: compreensão, concepção, definição, objetivos, finalidade, efeitos, cultura, crenças, valores

1.5 Política

- Participação/ Tomada de decisão – sobre o direito e ações de vacinação

2 Entraves/ limites, avanços/ facilidades, e perspectivas de acesso dos usuários à vacina anti – sarampo



Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Doutorado Acadêmico
Pesquisadora responsável: Profª Me. Mônica Oliveira Rios
Professora orientadora: Profª Drª Maria Angela Alves do Nascimento

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista semi-estruturada

(Equipe de Saúde da Família)

Nº da entrevista	Código do entrevistado	Data	Início	Término

I CARACTERIZAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Cargo e/ou função no serviço: _____

Categoria Profissional: _____

Ano de Conclusão do Curso de Graduação/ educação profissional: _____

Tempo de trabalho no serviço de saúde: _____

Tipo de vínculo no serviço de saúde: _____

Especialização/ Pós-graduação _____

II ROTEIRO DE ENTREVISTA

Temas norteadores

1 Dimensões de acesso:

1.1 Dimensão Econômico – Social

- Relação oferta – demanda de acesso a vacina anti - sarampo pelos usuários (cobertura)
- Investimentos/ recursos destinados ao PNI (vacinas)

1.2 Organizacional

- Organização da rede de atenção ao PNI (Porta de Entrada/ Fluxo de atendimento)
- Barreiras geográficas de acesso à vacinação

1.3 Técnica

- Planejamento e Programação das ações de vacinação nas USF
- Acolhimento e vínculo com público alvo à vacinação
- Competência e habilidade técnica dos profissionais em sala de vacina
- Autonomia e compromisso dos profissionais no serviço de imunização (qualidade de atenção)
- Dificuldades/ limites/ avanços e possibilidades no acesso à vacinação
- Estratégias de ação para ampliação da cobertura vacinal da vacina anti – sarampo.

1.4 Simbólica

- Significado de direito ao acesso às vacinas
- Motivo (s) do recrudescimento do sarampo

1.5 Política

- Participação popular/ Tomada de decisão – sobre o direito e ações de vacinação.



Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Doutorado Acadêmico
Pesquisadora responsável: Prof^a Me. Mônica Oliveira Rios
Professora orientadora: Prof^a Dr^a Maria Angela Alves do Nascimento

APÊNDICE C - Roteiro da entrevista semi-estruturada (Gestores da Saúde/ Informantes chave)

Nº da entrevista	Código do entrevistado	Data	Início	Término

I CARACTERIZAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino
 Cargo e/ou função no serviço: _____
 Categoria Profissional: _____
 Ano de Conclusão do Curso de Graduação/ educação profissional: _____
 Tempo de trabalho no serviço de saúde: _____
 Tipo de vínculo no serviço de saúde: _____
 Especialização/ Pós-graduação: _____

II ROTEIRO DE ENTREVISTA

Temas norteadores

1.1 Dimensão Econômico – Social

- Relação oferta – demanda de acesso as vacinas pelos usuários (cobertura)
- Investimentos/ recursos destinados ao PNI (vacinas)
- Barreiras sociais, econômicas e físicas no acesso as vacinas (desigualdades)

1.2 Organizacional

- Organização da rede de atenção ao PNI (Porta de Entrada/ Fluxo de atendimento)
- Barreiras geográficas de acesso à vacinação

1.3 Técnica

- Planejamento e Programação das ações de vacinação nas USF
- Acolhimento e vínculo com público alvo à vacinação
- Competência e habilidade técnica dos profissionais em sala de vacina
- Autonomia e compromisso dos profissionais no serviço de imunização (qualidade de atenção)
- Dificuldades/ limites/ avanços e possibilidades no acesso à vacinação
- Estratégias de ação para ampliação da cobertura vacinal da vacina anti – sarampo.

1.4 Simbólica

- Significado de direito ao acesso às vacinas (cultural/crenças)
- Preconceitos da população quanto aos efeitos vacinais

1.5 Política

- Participação popular/ Tomada de decisão – sobre o direito e ações de vacinação.



Universidade Estadual de Feira de Santana
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Doutorado Acadêmico
Pesquisadora responsável: Profª Me. Mônica Oliveira Rios
Professora orientadora: Profª Drª Maria Angela Alves do Nascimento

APÊNDICE D - Roteiro de observação sistemática

I CARACTERIZAÇÃO DA OBSERVAÇÃO

Início: _____ **Término:** _____

Data ____/____/____

Local _____

Código de observação _____

II ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1 Organização dos serviços de imunização/ Acesso as vacinas

- Recepção da USF (acolhimento)
- Tempo de espera para atendimento
- Serviço de Imunização (estrutura)
- Práticas profissionais de vacinação (habilidade, compromisso e competência)
- Relação profissionais de vacinação/ usuários (acolhimento e vínculo)
- Práticas de planejamento e programação das ações de vacinação
- Práticas de educação em saúde e visita domiciliar relacionadas a vacinação
- Documentos institucionais
- Rotinas do serviço
- Programação/ planejamento
- Vacinação (prática)

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Mônica Oliveira Rios pesquisadora responsável e Maria Angela Alves do Nascimento pesquisadora colaboradora, doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), convidamos você para participar da pesquisa “**ACESSO ÀS VACINAS ANTI - SARAMPO COMO DIREITO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): uma questão política, organizacional, técnica e simbólica?**”. Os objetivos deste estudo são: **analisar** o acesso dos usuários as vacinas anti – sarampo enquanto direito nos serviços públicos de saúde da rede SUS de Salvador e de Feira de Santana – Bahia; **identificar** dificuldades/limites, avanços/facilidades e ou perspectivas que interferem no direito ao acesso dos usuários as vacinas anti – sarampo na capital e no município da região metropolitana do Estado da Bahia no que diz respeito a organização da rede AB (Atenção Básica) e seus usuários; **compreender** o (s) motivo (s) da ocorrência de recrudescimento do sarampo nos municípios de Salvador e Feira de Santana/BA; **discutir** as possíveis estratégias de ação do PNI (Programa Nacional de Imunização) para ampliação do acesso dos usuários às vacinas anti – sarampo na rede SUS dos municípios de Salvador e Feira de Santana/BA. Os resultados desta pesquisa poderão trazer benefícios para o planejamento e implementação dos serviços de imunização ofertados nos municípios e estado da Bahia, bem como serão elaborados resumos, relatórios e artigos para publicação e apresentação em eventos científicos da área de saúde. Tais resultados serão apresentados para instituição onde a pesquisa foi realizada. Todos os participantes desta pesquisa (usuários, profissionais de saúde e gestores da saúde) terão sua identidade mantida sob absoluto sigilo, não havendo qualquer identificação entre os dados obtidos e o seu nome. Caso concorde em participar desta pesquisa você será entrevistado (a), e suas respostas serão gravadas se você autorizar; você pode ouvir a gravação da conversa depois da entrevista, assim como resolver não participar, a entrevista será realizada em uma sala reservada, sem qualquer entrada de outras pessoas, para guardar a privacidade e sigilo da conversa. Garantimos que não haverá nenhum tipo de despesa por conta da pesquisa. O estudo apresenta alguns riscos durante a entrevista, onde você poderá manifestar incômodos relacionados aos aspectos abordados, porém as pesquisadoras asseguram que terá toda liberdade para não responder às questões que causam desconforto ou até mesmo desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem qualquer ônus para o mesmo e com a garantia de exclusão (deletar) de todo material coletado anteriormente ao momento de desistência da sua participação. Quanto aos possíveis constrangimentos por conflitos de opiniões, relacionados aos aspectos abordados durante a entrevista, as pesquisadoras também asseguram apoio/ orientação psicológica especializada, de acordo com a necessidade apresentada por você. Caso venha sofrer qualquer outro tipo de dano resultante de sua participação nesta pesquisa, previsto ou não nesse TCLE, você terá direito a buscar por indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Em síntese, você receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da pesquisa. Passando para os benefícios do estudo, destacamos a sua possível contribuição indireta com as políticas públicas de saúde, valorizadas e consolidadas nos princípios e diretrizes do SUS, em prol da saúde da população com o resgate da contribuição do PNI diante da sua magnitude, e reconhecimento mundial. Além disso o estudo poderá enquanto benefício, a partir dos seus resultados, direcionar dirigentes/gestores, trabalhadores de saúde/membros da equipe de saúde, e usuários ao planejamento estratégico e responsabilização pelas ações de gestão em vigilância à saúde. Consequentemente, a organização da gestão dessas ações poderá subsidiar e contribuir diretamente no atendimento das demandas sociais, considerando as especificidades do fluxo de atendimento na atenção básica, nos serviços de imunização. Caso você seja trabalhador de saúde da USF pesquisada, você será observado no desenvolvimento de sua prática. Os dados obtidos serão mantidos sob a guarda da pesquisadora responsável por cinco anos e após esse prazo serão destruídos. O local e hora da entrevista serão previamente agendados conforme a sua disponibilidade, sendo que o local será privativo e a duração média será em torno de 20 minutos. No momento em que houver qualquer dúvida sobre sua participação na pesquisa você será esclarecido, entrando em contato com as pesquisadoras através do telefone (75) 3224-8162, no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), localizado na UEFS Km-03, BR-116, Campus Universitário, em Feira de Santana- BA. Após ser esclarecido e informado sobre a pesquisa e seus possíveis riscos e danos, caso concorde em participar, por sua livre vontade, deverá assinar o presente termo de consentimento em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra com a pesquisadora responsável.

_____, ____ de _____ de 2022.



Assinatura do (a) Entrevistado (a)

Mônica Oliveira Rios
Pesquisadora Responsável

Maria Angela Alves do Nascimento
Pesquisadora Colaboradora

ANEXO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO ÀS VACINAS ANTI - SARAMPO COMO DIREITO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): uma questão política, organizacional, técnica e simbólica?

Pesquisador: MÔNICA OLIVEIRA RIOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38799220.0.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.439.304

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva. Orientadora: Profa Dra Maria Angela Alves do Nascimento.

É uma pesquisa qualitativa, aquela que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Assim, faremos um estudo de campo, até porque a pesquisa qualitativa se adequa ao objeto de estudo por trazer uma maior aproximação da realidade, com oportunidades a observação e análise de situações cotidianas, teorizando e revendo de forma críticas os conhecimentos acerca de todo contexto no acesso dos usuários as vacinas anti – sarampo como direito à saúde. Especificamente delimitamos como cenários desta pesquisa propriamente ditos os municípios Feira de Santana e Salvador. Neste estudo participarão três grupos sociais:

Grupo I: Gestores da saúde (gestores municipais da saúde como Secretários de Saúde, Apoiadores institucionais e coordenadores da AB, coordenadores da Vigilância Epidemiológica, coordenadores da Rede de Frio). Gestor da saúde é o sujeito que detém aptidões para atuar na melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários, atendendo as dimensões política, organizacional e técnica (ROQUETE, 2012). Justificamos a escolha destes participantes por apresentarem uma

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

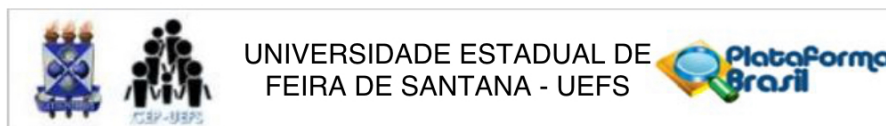
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.439.304

relação próxima com informações acerca dos dados de coberturas vacinais e ações da gestão para o acesso as vacinas na rede SUS, além de uma relação com os profissionais que executam as ações de vacinação da população nas unidades de saúde na AB.

Grupo II: Informantes chave (gestores estaduais da saúde como Apoiadores institucionais, coordenadores da Vigilância Epidemiológica, coordenadores da Rede de Frio estadual). A escolha se justifica pela necessidade e informações chave acerca da relação entre a gestão estadual de saúde e gestão municipal de saúde dos municípios selecionados para o estudo.

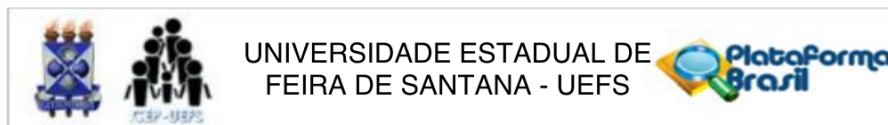
Grupo III: Profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família (enfermeira, técnica(o)/ auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde). Tal escolha procede devido a execução das práticas relacionadas não só a serviço de vacinação, mas também nos serviços de pré-natal, de crescimento e desenvolvimento e outros, como também pela relação de vínculo desses profissionais com a população das áreas adscritas.

Grupo VI: Usuários dos serviços de saúde das USF (cadastrados nas USF). Pais ou responsáveis por criança e adolescentes, como também jovens adultos (de 20 a 49 anos) que fazem parte da faixa etária prioritária para vacinação, por vivenciarem diretamente a busca por acesso ao ato de imunização contra o sarampo nos serviços de saúde da AB. Dentre os critérios de inclusão para seleção dos participantes do estudo destacamos: • Gestores da saúde em atividade efetiva, que não estejam de férias ou licença, com no mínimo um (1) ano de experiência no respectivo setor da SMS e SESAB; • Profissionais de saúde, que não estejam de férias ou licença, com no mínimo um (1) ano de experiência e atuação na unidade saúde da família a ser pesquisada; • Usuários dos serviços de saúde cadastrados há pelo menos 1 ano na USF, adultos, ambos os sexos, residentes na zona rural ou urbana.

A priori, para iniciar a pesquisa 32 participantes representados pelos três (3) grupos dos seguimentos sociais definidos (grupos I, III E IV) e dois do grupo II.

Utilizaremos três técnicas acompanhadas de roteiros coerentes à proposta deste estudo como a entrevista semiestruturada (Apêndices A, B e C), a observação sistemática (Apêndice D) e a análise de documentos. Ressaltamos que, para execução das entrevistas, pediremos a autorização dos entrevistados para sua gravação. Caso e a gravação não seja autorizada, transcreveremos manualmente. As entrevistas serão realizadas em local reservado, de acordo disponibilidade dos estabelecimentos, e o tempo de duração de cada entrevista respeitaremos o tempo de cada participante de forma que não seja cansativa, dando a oportunidade de o mesmo parar quando quiser. Nos atentaremos para

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.439.304

que haja uma conversa acolhedora e empática. A seleção desses documentos como fonte de dados a princípio serão os Relatórios de Gestão das SMS dos municípios selecionados para o estudo e da SESAB, ao período de 2016 a 2020.

De acordo com Minayo (2014), a trajetória interpretativa da Hermenêutica – Dialética se configura em três etapas: ordenação, classificação e análise final, aqui descritas a seguir de forma separadas sequencial, porém são interrelacionadas, dinâmicas e intercomplementares. 1ª etapa (ordenação dos dados): envolve a transcrição das falas (caso sejam gravadas), leitura do material empírico, organização dos dados em diferentes conjuntos (temas, palavras e frases), tudo isso contemplado nas técnicas de coleta deste estudo, entrevistas, observações e documentos. 2ª etapa (classificação dos dados): etapa que nos permitirá a construção dos dados empíricos baseados na teoria e nos pressupostos teóricos sustentados neste estudo. Na classificação dos dados, faremos leituras exaustiva e flutuante do material produzido (entrevista, documentos e observações), para identificar os núcleos de sentidos, viabilizando assim a apresentação das ideias centrais do objeto, fazendo uma síntese desses dados, considerando – se cada núcleo de sentido por cada participante do estudo.

A partir daí, elaboraremos um quadro síntese das entrevistas, de acordo com cada grupo de participantes, com os respectivos núcleos de sentidos, apresentado a seguir, no quadro 3, quando faremos uma síntese horizontal dos núcleos de sentido com a identificação de ideias convergentes, divergentes, complementares e diferentes dos participantes do estudo e uma síntese vertical a respeito das ideias extraídas conformadas na entrevista de cada entrevistado sobre o objeto estudado.

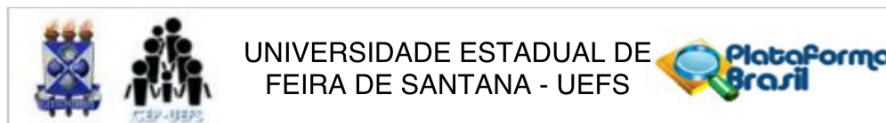
3ª etapa (análise final dos dados): etapa em que pretendemos dar ênfase ao encontro das especificidades do objeto e a prova do vivenciado nas relações essenciais, em condições reais e na ação particular e social. Momento em que temos a pretensão de elaborar as categorias empíricas a partir dos dados coletados, considerando seus resultados e vislumbrando também revelar a totalidade das relações sociais e de suas descobertas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar o acesso dos usuários às vacinas anti – sarampo enquanto direito nos serviços públicos de saúde da rede SUS de Salvador e de Feira de Santana – Bahia.
- Identificar dificuldades/limites, avanços/facilidades e ou perspectivas que interferem no direito ao acesso dos usuários às vacinas anti - sarampo na capital e no município da região

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.439.304

metropolitana do Estado da Bahia no que diz respeito a organização da rede AB e seus usuários.

-Compreender o (s) motivo (s) da ocorrência de recrudescimento do sarampo nos municípios de Salvador e Feira de Santana/BA.

-Discutir as possíveis estratégias de ação do PNI para ampliação do acesso dos usuários às vacinas anti – sarampo na rede SUS dos municípios de Salvador e Feira de Santana/BA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS e Benefícios:

Neste sentido, o estudo apresenta alguns riscos durante a entrevista, onde o entrevistado poderá manifestar incômodos relacionados aos aspectos abordados, porém as pesquisadoras asseguram que o entrevistado terá toda liberdade para não responder às questões que causam desconforto ou até mesmo desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem 56 qualquer ônus para o mesmo e com a garantia de exclusão (deletar) de todo material coletado anteriormente ao momento de desistência da participação/entrevista. Para garantir o reparo e a proteção dos participantes, quanto aos possíveis constrangimentos por conflitos de opiniões, relacionados aos aspectos abordados durante a entrevista, as pesquisadoras também asseguram apoio/ orientação psicológica especializada, de acordo com a necessidade apresentada pelo entrevistado.

Caso o participante venha sofrer qualquer outro tipo de dano resultante de sua participação nesta pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o participante terá direito à indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Quanto aos benefícios do estudo, destacamos a sua possível contribuição indireta com as políticas públicas de saúde, valorizadas e consolidadas nos princípios e diretrizes do SUS, em prol da saúde da população com o resgate da contribuição do PNI diante da sua magnitude, e reconhecimento mundial. Além disso o estudo poderá enquanto benefício, a partir dos seus resultados, direcionar dirigentes/gestores, trabalhadores de saúde/membros da equipe de saúde, e usuários ao planejamento estratégico e responsabilização pelas ações de gestão em vigilância à saúde. Consequentemente, a organização da gestão dessas ações poderá subsidiar e contribuir diretamente no atendimento das demandas sociais, considerando as especificidades do fluxo de atendimento na atenção básica, nos serviços de imunização.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

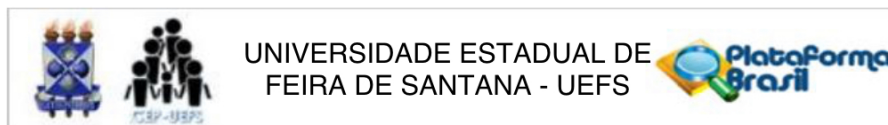
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.439.304

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto apresenta temática relevante e foi muito bem delineado, sendo possível compreender o que será realizado, e quais os aspectos éticos envolvidos em sua condução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os Termos de apresentação obrigatória: - Projeto completo; - TCLE; - cronograma; - Orçamento; - Carta de anuência local da pesquisa; - Declaração cumprimento de normas regulatórias pelos pesquisadores envolvidos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as Pendências anteriormente listadas foram atendidas.

Projeto

1) Não apresenta no Projeto completo os riscos e benefícios da pesquisa, eles apenas são apresentados no TCLE. Também não há menção de gradação dos riscos e como serão minimizados. Solicita-se descrever os riscos e benefícios envolvidos na execução da pesquisa. O risco, avaliando sua gradação, e descrevendo as medidas para sua minimização e proteção do participante da pesquisa; as medidas para assegurar os necessários cuidados, no caso de danos aos indivíduos; os possíveis benefícios, diretos ou indiretos, para a população estudada e a sociedade (Item 3.4.1.12 da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).
PENDÊNCIA ATENDIDA.

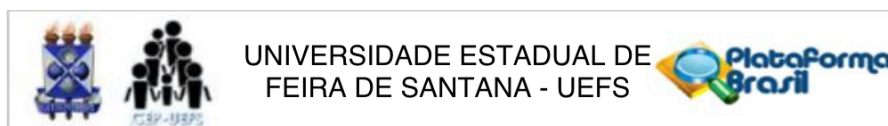
2) Não está apresentado no projeto completo os Objetivos da pesquisa, somente consta no TCLE e no documento Informações Básicas. Solicita-se inserir tais objetivos no projeto completo.
PENDÊNCIA ATENDIDA.

TCLE:

1) No TCLE apresenta as siglas AB e PNI, os usuários podem não saber o que tais siglas representam, por favor, colocar entre parênteses o significado. PENDÊNCIA ATENDIDA.

3) No TCLE consta: "Caso venha sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação nesta pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você tem direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa." O participante tem direito a BUSCAR a indenização, e não afirmar

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.439.304

que o participante tem direito garantido de indenização. Solicita-se corrigir essa afirmação. PENDÊNCIA ATENDIDA.

3) No TCLE consta: "No momento em que houver qualquer dúvida sobre sua participação na pesquisa você será esclarecido, entrando em contato com as pesquisadoras através do telefone (75) 3224-8162, no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), ou em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – UEFS)". O CEP tem responsabilidade de tirar dúvidas relacionadas aos aspectos éticos da pesquisa e não da pesquisa em si. Solicita-se adequação. PENDÊNCIA ATENDIDA.

4) No TCLE consta: "Após ser esclarecido e informado sobre a pesquisa e seus possíveis riscos e danos, caso concorde em participar, por sua livre vontade, deverá assinar o presente termo de consentimento em duas cópias, sendo que uma cópia ficará com você e outra com a pesquisadora responsável." Recomenda-se que seja substituído o termo "cópia" por "via" no termo de consentimento livre e esclarecido, pois o participante de pesquisa, ou seu responsável, e a equipe de pesquisa terão cada um o termo original assinado. Conforme a Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d.) . PENDÊNCIA ATENDIDA.

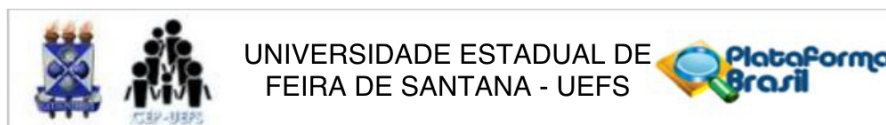
5) O TCLE deverá assegurar, de forma clara e afirmativa, que o participante da pesquisa receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS nº 510, de 2016, Capítulo I, Art. 2º, Inciso II; e Capítulo III, Seção II, Artigo 17º, Inciso V. Resolução CNS nº 466/2012, item II.2 letra o, item IV.3 letra c, item V.6). Solicita-se adequação. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme norma operacional 001/2013 e a Resolução nº 466/12, 510/2016 e 580/2018 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12, 510/2016 e 580/18 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.439.304

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1636698.pdf	18/11/2020 18:36:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TESE_pendencias_destacadas.pdf	18/11/2020 18:36:01	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Outros	Oficio_CEP_Pendencias.pdf	18/11/2020 18:34:10	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	01/10/2020 10:49:15	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Outros	APENDICE_D.pdf	01/10/2020 10:45:57	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Outros	APENDICE_C.pdf	01/10/2020 10:45:40	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Outros	APENDICE_B.pdf	01/10/2020 10:45:22	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Outros	APENDICE_A.pdf	01/10/2020 10:44:56	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Folha de Rosto	FR_MONICA_RIOS.pdf	01/10/2020 10:43:03	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	01/10/2020 10:41:49	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TESE_ACESSO_AOS_IMUNOBIOLOGICOS.pdf	01/10/2020 10:41:18	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_E.pdf	24/09/2020 14:38:47	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_SMS_SSA.pdf	24/09/2020 14:35:00	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_SMS_FSA.pdf	24/09/2020 14:34:41	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_SESAB.pdf	24/09/2020 14:34:29	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisador.pdf	24/09/2020 14:33:29	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_coleta_de_dados.pdf	24/09/2020 14:33:17	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Angela.pdf	24/09/2020 14:32:41	MÔNICA OLIVEIRA RIOS	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

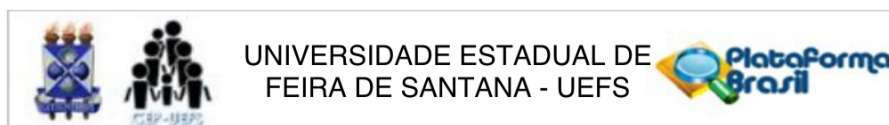
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.439.304

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 04 de Dezembro de 2020

Assinado por:

Wânia Silveira da Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br