

ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - LTDA
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – MOSSORÓ-RN
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ETEVALDO DE LIMA

IMUNIZAÇÃO INFANTIL:
UMA ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DAS MÃES QUANTO A SUA IMPORTÂNCIA

MOSSORÓ
2012

ETEVALDO DE LIMA

IMUNIZAÇÃO INFANTIL:

UMA ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DAS MÃES QUANTO A SUA IMPORTÂNCIA

Monografia apresentada à Banca Examinadora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profª MS. Jussara Vilar Formiga

MOSSORÓ
2012

ETEVALDO DE LIMA

IMUNIZAÇÃO INFANTIL:

UMA ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DAS MÃES QUANTO A SUA IMPORTÂNCIA

Monografia apresentada pelo aluno ETEVALDO DE LIMA, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, tendo obtido conceito _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelas professoras:

Aprovado (a) em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Profª MS. Jussara Vilar Formiga (FACENE/RN)
ORIENTADOR

Profª Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)
MEMBRO

Profª Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)
MEMBRO

A minha mãe, Maria da Glória de Lima (In Memoriam) e ao meu pai, José Libório de Lima, os quais possibilitaram realizar esse sonho.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por mais esta conquista na minha vida. Não tenho palavras para descrever a alegria do meu coração. Deus, fiel e justo, conselheiro, a razão de tudo o que sou, o que tenho, e vivo para ti!

Aos meus pais, **José Libório de Lima e Maria da Glória de Lima** (In Memoriam). Um pai, herói, amigo, um exemplo de homem honesto, sempre presente. É uma bênção. Mamãe, uma mulher de fé, oração, conselheira, amável, guerreira e amiga. São os grandes incentivadores e responsáveis por esta conquista.

A minha irmã, **Edilma de Lima Silva**, pelo apoio, por ser essa parceira, amiga e uma bênção na minha vida. Aos meus irmãos, **Ewaldo de Lima, José Erivan de Lima, Ewandro de Lima e Ewerton de Lima** (In Memoriam), estímulos para esta conquista.

A minha querida orientadora, **Jussara Vilar Formiga**, por ter aceitado me orientar neste trabalho, agradeço pela compreensão, dedicação e pelas maravilhosas orientações. Não há como atender uma criança e não lembrar os seus ensinamentos; uma pessoa maravilhosa, pela qual oro a Deus pela sua vida e cuja existência é uma bênção.

À professora **Verusa Fernandes Duarte**, por ter aceitado participar da banca examinadora, com quem muito aprendi sobre saúde pública e cujos ensinamentos sempre me acompanharão. Muitas foram as contribuições que ela trouxe para minha formação. Que Deus a ilumine.

À professora **Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins**, por ter aceitado participar da banca examinadora, cujas sugestões abrilhantaram este trabalho. Deus a abençoe!

Nas pessoas de vocês três, Jussara, Verusa e Patrícia Helena, quero expressar minha gratidão a **todos os docentes da FACENE/RN**, pelos conhecimentos recebidos ao longo desses quatro anos, os quais foram perfeitos em todos os momentos.

À **Facene Mossoró**, todos realmente formam uma família, que está sempre atenta aos seus discentes.

A minha amiga e preceptora, Enfermeira **Simone Hérika de Medeiros Galvão Braga**, cujos conselhos e orientações foram muito importantes nessa etapa da minha vida. Na sua pessoa, agradeço a todos os demais preceptores que contribuíram para meus conhecimentos.

A minha amiga, Enfermeira **Francisca Jeane Carlos Leonardo Nogueira**, com quem muito aprendi, pessoa maravilhosa, amiga e conselheira. Deus a abençoe!

A minha querida turma de **Enfermagem 2012.2**. Nossas lutas e vitórias, sofrimentos e alegrias e novas experiências conquistadas a cada dia, tantas amizades foram criadas. Serão inesquecíveis!

À Dona **Maria Neuza Lucas dos Santos, Antonia do Carmo de Aquino, e Terezinha Araújo da Costa Peixoto**, mulheres de oração, de fé, incentivos e apoio.

A **minha família, amigos**, enfim, **a todos** que acreditaram, oraram, torceram, apoiaram e incentivaram a minha vitória.

“Porque para Deus não haverá impossíveis em todas as suas promessas.”

Lucas 1:37.

RESUMO

O Ministério da Saúde, buscando melhorias na área preventiva a partir da década de 70, com a criação e institucionalização do Programa Nacional de Imunização vem atingindo seus objetivos de promover o controle das doenças imunopreveníveis por meio da utilização dos imunobiológicos. As vacinas se constituem um dos métodos mais eficazes na prevenção de doenças transmissíveis às crianças principalmente nos primeiros anos de vida. O presente estudo teve como objetivo geral: analisar a percepção das mães quanto à importância da vacinação infantil, e objetivos específicos: avaliar as características socioeconômicas dos sujeitos da pesquisa, identificar os dados relativos à situação vacinal das crianças das mães entrevistadas, averiguar o conhecimento das mães sobre a imunização infantil, e verificar a percepção das mães quanto à importância da imunização infantil. O estudo trata de uma pesquisa de campo do tipo exploratório-descritiva com abordagem quanti-qualitativa, e utiliza a observação passiva, foi realizado na ESF Vereador Durval Costa, foram entrevistadas 20 (vinte) mães de crianças com idade a partir do nascimento até completarem 1 ano, 11 meses e 29 dias de vida, que preencheram os seguintes critérios de inclusão: idade acima de 18 anos, possuíam cadastramento familiar na UBS, compareceram a UBS no período da pesquisa e aceitaram participar desta por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) comprovando sua participação. O instrumento para a coleta de dados foi constituído de um formulário com perguntas fechadas e abertas referentes ao tema em questão. Os dados, coletados diariamente na sala de espera da UBS em seguida foram analisados quanti e qualitativamente por meio de procedimentos estatísticos e Discurso do Sujeito Coletivo. A coleta foi realizada entre os meses de agosto e outubro deste ano levou em consideração a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e também o que rege o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Resolução 311/2007. Os resultados encontrados nos permitiram considerar que a amostra era composta predominantemente por mães de faixa etária de 18 a 28 anos (50%), casadas (55%), com escolaridade acima de 8 anos (50%), e com ocupação do lar (55%). Das cadernetas de vacinação das crianças das mães entrevistadas 65% encontrava-se com o calendário vacinal atualizado. As mães atribuíam à finalidade das crianças serem vacinadas a proteção e a prevenção de doenças, embora a ideia de sofrimento ainda tenha surgido devido, em sua maioria às vacinas apresentarem-se na forma injetável. Indagadas por quais motivos vieram vacinar seus filhos, as mesmas responderam a proteção e prevenção como motivadoras, juntamente com o atraso, a obrigação e o incentivo da Enfermagem nas consultas de C e D. Inquiridas quanto ao conhecimento dos imunobiológicos, muitas sabiam quais eram algumas das vacinas a serem aplicadas, sem, no entanto terem conhecimento a cerca de quais doenças preveniam. Releva-se a importância da educação em saúde como um processo de comunicação, diálogo e esclarecimentos. Ressalta-se o valor da presença do profissional de nível superior nas salas de vacina. Ambas as ações podem levar à conscientização das mães, conduzindo-as, assim, a agir criticamente no meio em que vivem, contribuindo cada vez mais para à saúde da criança.

Palavras-chave: Imunização infantil. Promoção à saúde da criança. Saúde Pública.

ABSTRACT

The Ministry of Health, seeking improvements in the preventive area from the 70's, with the creation and institutionalization of the National Immunization Program, it is reaching its goals of promoting control of immunopreventable diseases through the use of immunobiological. The vaccines are constituted as one of the most effective methods in disease children prevention, especially in the first years of life. The present study had as general objective: analyze the perception of mothers about the importance of childhood immunization and specific objectives: evaluating the socioeconomics characteristics of the subjects studied, identifying data on the vaccination status of children of mothers interviewed, assessing the knowledge of mothers about childhood immunization, and checking the perception of mothers about importance of childhood immunization. The study is a field research of type exploratory-descriptive with quantitative and qualitative approach, and it utilizes passive observation, it was done in ESF Vereador Durval Costa, it was interviewed twenty (20) mothers of children aged from birth to 1 year, 11 months and 29 days old, who filled these inclusion criteria: age above 18 years old, they had family registration at UBS, who attended in the UBS in the study period and agreed to participate in this research by signing the Term of Free and Informed Consent (TFIC) confirming their participation. The instrument for data collection was consisted of a form with open and close questions, they were related to the subject in question. The data, collected daily in the waiting room of UBS, were analyzed quantitatively and qualitatively by statistical procedures and Collective Subject Discourse. The gathering was realized between August and October in this year and it took into account the Resolution 196/96 of the National Health Council and also what governs the Code of Ethics for Professional Nursing, in Resolution 311/2007. The results found allow us to consider that the sample was composed predominantly for mothers aged 18 to 28 years (50%), married (55%), with education above 8 years (50%), and housewives (55%). Of books for vaccination of children of mothers interviewed 65% was with the immunization schedule. The mothers attributed to the purpose of children being vaccinated the protection and prevention disease, although the idea of suffering still has arisen, mostly, because the vaccines are shown in injectable form. Asked by what reasons they came vaccinate their children, they answered protection and prevention as motivational, together with the delay, the obligation and encouragement of Nursing in queries C and D. Inquired about the knowledge of immunobiological, many of them knew what were some of the vaccines to be applied, without, however, have knowledge about what diseases prevented. It Reveals the importance of health education as a process of communication, dialogue and clarification. This emphasizes the value of the presence of higher vocational in the vaccine rooms. Both actions can lead to awareness of mothers, it lead them to act critically in their environment, contributing increasingly to child health.

Key-words: Childhood immunization, Promotion of the health of children, Public Health.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta do entendimento das mulheres entrevistadas sobre a finalidade de as crianças serem vacinadas. Mossoró – RN, 2012.	39
QUADRO 2: Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta dos motivos que levam a mãe virem vacinar seus filhos. Mossoró – RN, 2012.	40
QUADRO 3: Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta às perguntas sobre quais vacinas seriam aplicadas e para que elas servem. Mossoró – RN, 2012.	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
3.1 BREVE RELATO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	15
3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	20
3.2.1 Aspectos Históricos	20
3.2.2 Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC)	22
3.2.3 Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança (C e D)	23
3.2.4 Amamentação e Orientação para o Desmame	24
3.2.5 Controle de Doenças Diarreicas	24
3.2.6 Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA'S)	25
3.2.7 Programa Nacional de Imunização (PNI)	25
3.3 IMUNIZAÇÃO	25
3.3.1 Imunidade	25
3.3.2 Vacinas	26
3.3.3 Vacinação em Crianças até 2 anos de idade no Brasil	27
3.3.4 Reações adversas aos Imunobiológicos	29
3.4 O PAPEL DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	29
3.4.1. A responsabilidade da mãe na promoção da saúde da criança	30
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO.....	32
4.2 LOCAL DA PESQUISA	32
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS	33
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	34
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	34
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	34
4.8 FINANCIAMENTO	35
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36

5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DAS MÃES.....	36
5.2 DADOS REFERENTES À SITUAÇÃO VACINAL DAS CRIANÇAS.....	38
5.3 DADOS RELATIVOS À PERCEPÇÃO DAS MÃES QUANTO À IMUNIZAÇÃO	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES.....	53
ANEXOS	59

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil passou por grandes mudanças e transformações, que transcorreram entre a década de 1920, com as mudanças propostas pelo médico Oswaldo Cruz como o ponto de partida para a criação do sistema de saúde pública e os movimentos pela reforma sanitária, nas décadas de 70 e 80, que surgiram em prol da saúde da população, que sofria com desigualdades sociais e ausência da disponibilidade de serviços públicos de atenção à saúde (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

Em meio a todas essas transformações, dois marcos foram de extrema importância para a nova estruturação do modo de fazer saúde no Brasil: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e Constituição Federal, de 1988 (CF/88). Ambos contribuíram para a construção do conceito ampliado de saúde e a determinação da saúde como direito da coletividade e dever do Estado (BRASIL, 2006a).

A saúde da criança sofreu várias mudanças no Brasil, assim como toda a saúde pública. A CF/88 também assegurou os direitos da criança e do adolescente, determinando, como dever da família, da sociedade e do Estado, prioridade em diversos campos a este grupo, amparando-as de toda forma de desrespeito a sua integridade holística. Para reforçar este apoio, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela lei 8.069/90, veio a garantir um cuidado especial para que eles tivessem a oportunidade de se desenvolverem e se tornarem adultos conscientes e participativos do processo inclusivo (BRASIL, 2008a).

Para também oferecer às crianças melhores condições de saúde, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC), oferecendo uma cobertura dos serviços de saúde de acordo com os problemas de saúde mais prevalentes, dentre eles, as doenças imunopreveníveis, dando ênfase a importância da vacinação (FIGUEIREDO, 2008).

Dentro desse contexto de modificação dos serviços de saúde pública, o MS veio ainda para implantar o Programa Nacional de Imunização (PNI), que foi também ampliado posteriormente com o intuito de intensificar a proteção e prevenção às doenças imunopreveníveis no Brasil. Tendo em vista a redução do surgimento de doenças infectocontagiosas, que também implicou decréscimo no número mortalidade e diminuição dos gastos públicos em tratamentos e hospitalização por adoecimento das crianças, esse Programa cada vez mais é ampliado com a introdução de

novos imunobiológicos no calendário básico de vacinação (BRASIL 2008b; RIBEIRO, AGUIAR, 2011).

Justifica-se o presente estudo, então, pelo interesse do pesquisador participante pelos estudos referentes à utilização de imunobiológicos no sistema público de saúde no Brasil. O interesse pelo tema surgiu inicialmente, em meados do curso da graduação, por ocasião das aulas da disciplina Imunologia terem coincidido com a Pandemia de H1N1 (2009) e a realização de um trabalho acadêmico sobre este tema. Posteriormente, com as aulas da disciplina Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente e o acréscimo de conhecimento sobre importância das demais vacinas disponibilizadas pelo MS no serviço intensificou-se o interesse, firmado pela atuação do pesquisador como vacinador técnico em Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para os serviços de saúde, a pesquisa é relevante, porque ressalta a importância da imunização infantil e contribui para o acesso à informação da população em geral de modo a promover a proteção e prevenção de doenças imunopreveníveis, através da vacinação. Para a academia, destaca-se a pesquisa com o intuito de agregar valor ao processo de imunização infantil. E, para a enfermagem, o conhecimento dos profissionais sobre o tema é necessário, pois a sala de vacina é de responsabilidade da equipe de enfermagem, em vista de que a ela promove a proteção e a prevenção das crianças.

Inserido na atenção básica como trabalhador e preocupado com a atenção voltada ao conhecimento das mães quanto aos diversos aspectos dos imunobiológicos que são administrados aos seus filhos, o pesquisador apresenta a hipótese de que as mães não têm o conhecimento adequado sobre o assunto, embora mantenham o calendário vacinal de seus filhos atualizado.

A partir dessas premissas, apresentamos o seguinte problema de pesquisa: Será que as mães de crianças com idade entre 0 e 1 ano, 11 meses e 29 dias têm conhecimento adequado sobre os imunobiológicos que são administrados aos seus filhos?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção das mães quanto à importância da vacinação infantil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar as características socioeconômicas dos sujeitos da pesquisa;
- Identificar os dados relativos à situação vacinal das crianças das mães entrevistadas;
- Averiguar o conhecimento das mães sobre a imunização infantil;
- Verificar a percepção das mães quanto à importância da imunização infantil.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 BREVE RELATO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Durante muito tempo, a Saúde Pública do Brasil vem passando por grandes mudanças. Numa tentativa de garantir a qualidade de vida da população, foram grandes as lutas que enfrentaram as desigualdades de acesso à saúde, evidenciadas especialmente pelos movimentos organizados para uma busca pelo objetivo de que toda a população pudesse ter uma forma digna e eficiente à saúde. Muitas barreiras que impediam os usuários de terem direito ao atendimento à saúde foram quebradas. Com muito esforço, força de vontade, com união, foi possível garantir a melhoria ao acesso e a qualidade da saúde a todos (SAITO, 2010).

Essa luta teve sua primeira medida concreta realizada na década de 1920. Em nível nacional, para a criação do sistema de saúde pública, foi adotado pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz o modelo das campanhas sanitárias, com o objetivo de combater as epidemias urbanas e rurais. Muitas pessoas com doenças contagiosas eram obrigadas e forçadas ao emprego de práticas sanitárias, o que levou a revolta da vacina, em 1923. Naquele mesmo período houve a criação do Departamento Nacional da Saúde Pública, o primeiro ato concreto de atuação do Governo Federal na saúde, que tinha como áreas de atuação: o saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, a saúde dos portos e o combate às endemias rurais (FONTINELE JUNIOR, 2008).

Também em 1923, foi criada a Lei Elói Chaves, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que foi o primeiro passo do que chamamos hoje de Previdência Social. O CAPs foi a primeira modalidade de seguro para os trabalhadores do setor privado, organizada por empresas, sob regulamentação do Estado, por meio de contrato compulsório e sob forma contributiva, ou seja, prestavam benefícios de aposentadorias e pensões e assistência médica a seus filiados e dependentes (COHN, 2005).

As CAPs deram lugar, de 1933 a 1938, a uma nova modalidade de organização da Previdência e da Assistência à saúde, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que eram centralizadas em âmbito do governo federal, sendo seu único interesse criar um sistema de seguro social que garantisse integralidade do trabalhador, não porque se preocupava com o trabalhador enquanto ser humano, mas sim porque o este

era a “mola mestre” da produção agroindustrial, enquanto detentor da capacidade de produção (SAITO, 2010).

Posteriormente, em 1977, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), pela lei número 6.439, ficando a área da atenção médica sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), continuando com a mesma política de privilegiamento das instituições privadas conveniadas. Dessa forma, o Estado começa a privatizar o setor saúde, enquanto o capital privado, através de credenciamentos e convênios enriquecia, e o governo investia cada vez menos na assistência a saúde pública (FONTINELE JÚNIOR, 2008; COHN, 2005).

O tema da Reforma Sanitária é introduzido em nosso meio, no início dos anos 70, através dos Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social das escolas médicas, alcançando a contribuição de uma parcela dos profissionais de saúde e parte da sociedade brasileira, constituindo o que se denominou Movimento da Reforma Sanitária, de caráter nacional, e que impulsionou a atuação no momento de transição do regime de ditadura militar para o governo civil (ELIAS, 1993).

Durante o início da ditadura militar, não havia participação da população no que se refere às políticas públicas brasileiras. A população começa a mostrar sinais de esgotamento, são filas intermináveis, baixos salários, condições precárias de trabalho e de saúde. A corrupção crescente levava a Previdência a colapso. Com tantas desigualdades, muitos se mostraram capazes de buscar seus direitos como cidadão e foram criando os movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente, democrática e disponível para todos. Esses movimentos, que tiveram envolvimento de profissionais da saúde, pesquisadores, intelectuais da saúde (que criticavam o sistema de saúde existente), de acadêmicos (que discutiam sobre as políticas de saúde da população e da reestruturação das organizações de trabalhadores de saúde), também contaram com o envolvimento de lideranças políticas, sindicais, populares e parlamentares interessados na causa, que somaram e contribuíram para fortalecer esse movimento conhecido como Movimento da Reforma Sanitária (FONTINELE JÚNIOR, 2008; FIGUEIREDO, 2008; SILVA, 2008).

A Reforma Sanitária Brasileira, proveniente do Movimento Sanitário na década de 1970, teve propostas de mudanças das políticas e do sistema de saúde, elaboradas pelos seus representantes (estudiosos, sindicalistas, trabalhadores de saúde, etc.), as quais definiram as seguintes diretrizes: o reconhecimento do direito universal à

promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a saúde, garantindo a todos os direitos à saúde, bem como condições que favoreçam a mesma (condições dignas de trabalho, moradia, alimentação e educação, etc.); a criação de um Sistema Único de Saúde e responsabilização do Estado pela administração deste sistema em que todos tenham acesso à saúde em qualquer lugar do país; a organização de um sistema de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do país, ou seja, um sistema de forma universalizada, no qual todos tenham acesso à saúde de maneira igualitária, de acordo com sua complexidade de assistência. Sem dúvida, esse movimento foi o ponto de partida para uma mudança positiva no sistema de saúde da população brasileira (FONTINELE JÚNIOR, 2008; FIGUEIREDO, 2008; PAIM, 2009).

A partir de 1986, a defesa da saúde ganhou uma expressão de valor universal. A realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde, sem dúvida, foi um marco, uma vez que teve como objetivo discutir a reforma sanitária a ser implantada pelo governo. Conseguiu reunir uma participação significativa, em Brasília, de cerca de cinco mil pessoas, entre elas, trabalhadores da saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares. Tornou-se o maior fórum de debates sobre a situação da saúde do Brasil, e seu relatório final serviu de base para a reestruturação do sistema de saúde existente, trazendo, em seu texto, a saúde como um direito de todos, direito que deve ser assegurado pelo Estado (BRASIL, 1986).

Na 8ª CNS, surgiu um conceito ampliado para saúde, que não meramente a ausência da doença. A saúde passou a ser entendida como resultante de condições de vida, alimentação, educação, lazer, esporte, acesso a posse de terras, meio ambiente, renda, liberdade, acesso aos serviços de saúde, transporte, moradia e emprego, sendo, assim, um direito de todos e dever do Estado. O Estado deveria então, a partir das discussões realizadas nesse encontro, garantir condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em todos os níveis da atenção a qualquer pessoa em todo o território nacional (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

Também foi abordada a separação da “Saúde” da “Previdência”, ficando a saúde, em nível federal, um único órgão com características exclusivas de saúde. Já a previdência social permaneceria com ações próprias de seguro social, com a responsabilidade pelas aposentadorias, pensões e demais benefícios. Este foi um tema bastante polêmico (FIGUEIREDO, 2008).

Foi necessária mobilização social, de forma intensa, para garantir que a Constituição Federal incluísse a saúde como uma questão prioritária. Com esse objetivo, a 8ª CNS cria uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, que fossem garantidos, na futura Constituição, as questões de saúde pública que apontassem para garantias na extensão do direito à saúde e acesso igualitário aos serviços de promoção, proteção, e recuperação em todos os níveis de atenção a saúde, a todos os habitantes do território nacional, sem preconceitos, sem discriminações e sem restrições foram assim valorizadas (BRASIL, 1986).

Todos esses acontecimentos representaram avanços técnicos e um pacto político que propuseram a criação do Sistema Único da Saúde (SUS), tendo este posteriormente sido criado após a aprovação CF/1988, que também ampliou o conceito de saúde acima citado, colocando a saúde como um direito de todos e dever do Estado, pautado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organização de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da comunidade (BERTOLOZZI, 1996; BRASIL, 2007).

As propostas da Reforma Sanitária concretizaram-se, no plano jurídico e institucional, com a implantação do SUS. Com a aprovação da CF/1988, foi incluída, pela primeira vez, uma sessão sobre saúde, à qual se incorporaram, em grande parte, os conceitos e propostas contemplados no relatório da 8ª CNS. Sem dúvidas, a Reforma Sanitária, juntamente com a 8ª CNS e a CF/1988, tornaram-se pontos fundamentais para o avanço da melhoria da saúde pública brasileira. A CF/1988 foi considerada como uma das mais avançadas do mundo no que diz respeito à saúde e serviu de modelo para muitos países (BRASIL, 2006a; FONTINELE JUNIOR, 2008).

A CF/1988, em seu artigo 196, estabelece que a saúde “é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2010, p. 33).

Com a criação do SUS, todos os cidadãos brasileiros passaram a ter direito à saúde. A CF/88 instituiu o SUS, cuja regulamentação foi feita pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, a chamada “Lei Orgânica de Saúde” para que fosse efetivamente construído a partir de uma ação sinérgica das três esferas de governo: União, Estado e Municípios, para regulamentar a participação da comunidade na gestão do sistema, e

também como transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde foi necessário criar a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2007).

O SUS utiliza o sistema regionalizado, que deve ser organizado de acordo com as características de cada região, deve ser descentralizado, com direção única em cada esfera de poder. Essa direção única é do SUS, o qual, no nível do país, é comandado pelo Ministério da Saúde; nos Estados, pelas Secretárias Estaduais de Saúde; e nos municípios, pelas Secretarias Municipais de Saúde. Assim, o SUS deve prestar a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações de assistências e das atividades preventivas. Nesse setor, são incluídas as ações da vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica, tornando-se um conjunto de ações que visam à saúde da população (CARVALHO; SANTOS 2006; BRASIL, 2007; FIGUEIREDO, 2008).

Em 1991, por meio do pacto entre a Fundação Nacional de Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde, é criado o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A partir de então, foi dado um novo enfoque à família como unidade da ação programática da saúde e não tão somente o indivíduo, mas sim o contexto onde ele está inserido. A equipe constituída na proporção de um enfermeiro instrutor-supervisor para 30 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), lotados em uma Unidade de Saúde, entendido hoje como uma estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família (PSF) e foi implantado inicialmente na Região Nordeste, frente à epidemia da cólera, com impacto significativo nos indicadores, quando comparados aos de regiões não cobertas pelo Programa. O sucesso do objetivo inicial do PACS de diminuir a mortalidade materna e infantil no Norte e Nordeste foi tão positivo que, em janeiro de 1994, foi criado o PSF, procurando seguir as diretrizes previstas no SUS, sobretudo tomando a família como eixo estrutural no que diz respeito aos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população assistida. Neste programa, a atuação do ACS foi incorporada e ampliada (VIANA; POZ, 1998; MARTINES; CHAVES, 2007).

O ACS cria um vínculo de ligação entre a comunidade e o serviço de saúde, uma vez que ele obtém o papel de elo com a comunidade. Esse profissional tem que ser morador da área de atuação, ter envolvimento com a comunidade, seja por ações ou pelo tempo de moradia, conhecer a realidade das pessoas que vivem na área e ter afinidade com o trabalho comunitário, pois, assim, passam a tomar medidas de ações de

promoção, prevenção e educação em saúde, de acordo com a realidade contextualizada pela população (SAITO, 2010).

O PSF, na sucessão do PACS, estabelece princípios e diretrizes para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), pois se cria uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, suas diretrizes organizativas são operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizado em uma área geográfica delimitada. A equipe atua na promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e na manutenção da saúde da comunidade, tendo como diferencial o trabalho multiprofissional em equipe, o que possibilita potencializar os recursos e viabiliza ações com diferentes abordagens para os diferentes contextos de acordo com a realidade onde essa equipe atua (BRASIL, 2003; SAITO, 2010).

O atendimento é prestado na UBS e/ou no domicílio pelos membros da equipe, a qual é composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Assim, cria-se um vínculo entre os profissionais e a família, uma vez que favorece a resolução dos problemas de saúde da comunidade através de tecnologias simplificadas e de baixo custo. A atenção centrada na família é percebida a partir do seu ambiente físico e social e possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde-doença pela equipe (MENDES, 1998; BRASIL, 2003).

O PSF passou a denominar-se Estratégia Saúde da Família (ESF) e, ao final de 2005, contava com mais de 24 mil equipes, das quais 12 mil possuíam Equipe de Saúde Bucal-ESB, presentes em 90% dos municípios brasileiros e atendendo a 78 milhões de pessoas, o que representa 44% da população do país. A ESF surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência e pode ser definida como “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de todos, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados” (LEVCOVITZ, 1996 apud ROSA; LABATE, 2005, p.1030; ANDRADE et al., 2004).

3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

3.2.1 Aspectos Históricos

Assim como toda saúde pública, a assistência à criança também sofreu grandes transformações no Brasil. Relacionadas a questões de interesses econômicos do mundo adulto, com a colonização em 1500, elas já foram vítimas de maus tratos. As crianças escravas serviam como brinquedo dos filhos dos senhores (a quem inclusive eram doadas como presente) ou como animais de estimação para divertirem os visitantes. Logo, os filhos dos escravos deixavam de ser crianças para entrar no mundo do trabalho. Muitas, também, eram as crianças que morriam ainda no ventre pelos maus tratos a que se submetiam suas mães: sobrecarga de trabalho, peso e trabalhos impróprios que lhes obrigavam a realizar. Muitos abortos ou perdas eram por vezes, bem recebidos como demonstração da revolta sentida por não poderem gerar filhos a partir de uma relação desejada, querida e, ainda, como forma de impedir um futuro sombrio, que, sabiam, aguardava seus filhos. Além disso, muitas dessas mulheres foram violentadas, estupradas (SANTANA, 2000).

Ao longo da história, as crianças foram vítimas também de abandono. Em 1726, na Bahia, foi criada uma forma alternativa de adoção para as crianças, denominada “**Roda dos Expostos**”, modelo europeu, que consistia de um equipamento cilíndrico, que girava através de uma parede, onde se colocava a criança rejeitada e exposta, a qual era recebida por alguém do outro lado, sem que se pudesse ver quem a colocava nem quem a recebia. Algumas dessas crianças “permaneciam de um a dois meses na casa da Roda”. Outras ficavam na Casa dos Expostos até os sete anos idade, depois era colocada à disposição do juiz, que as destinava a uma família que desejasse sustentá-la, ou encaminhava os meninos para a Marinha e as meninas para o Recolhimento das Órfãs, onde trabalhavam gratuitamente durante sete anos, servindo ao Estado, recebendo apenas teto e alimentação. A partir dos 14 anos, poderiam desligar-se, trabalhar para terceiros e cobrar pelos seus serviços. “A vida das crianças abandonadas ou cedidas ao Estado pelos senhores se configurava noutra forma de escravidão”, de sofrimento (ASSIS, 1995, LIMA, VENÂNCIO, 1996 apud SANTANA, 2000).

Os índices de mortalidade infantil eram elevados, especialmente os das crianças que eram afastadas de seus pais e eram cuidadas pelas amas de leite. Também as condições precárias de higiene e, na ausência de algumas especialidades médicas, contribuíram para esse aumento. Por isso e por tantos outros fatores, ocorreram algumas mudanças em relação à criança. Alguns séculos se passaram, pensamentos e

comportamentos modificaram-se, tudo voltado para o bem dessas crianças, que tanto sofreram no processo histórico deste país (FIGUEIREDO, 2003).

As mudanças significativas relacionadas ao modo de tratamento dado às crianças, no intuito de garantia de seus direitos, foram expressas na Declaração dos Direitos da Criança, pela Organização das Nações Unidas (ONU), quando, em 1959, ocorreu o reconhecimento pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, que contém os seguintes princípios: assegurar à criança um nome e nacionalidade; proteção especial e oportunidade, garantindo, assim, um desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social de forma sadia e normal; direitos de habitação, alimentação, recreação e assistência médica adequada; proteção contra qualquer forma de negligência, crueldade e exploração; direito a receber educação gratuita e obrigatória; ser sempre o primeiro a receber proteção e socorro; amor e compreensão para o desenvolvimento completo e harmonioso (FIGUEIREDO, 2003).

Os direitos da criança e do adolescente foram também assegurados pela CF/1988 como abaixo citado

Art. 227 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2010, p. 37).

Em 13 de julho de 1990, foi criada a lei de número 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e dá outras providências, buscando garantir a proteção integral à criança (a pessoa com até 12 anos) e ao adolescente (aquela entre 12 e 18 anos de idade). O Art. 4ª determina que

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2008a, p. 9).

3.2.2 Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC)

Inserido em todo esse contexto histórico, citado anteriormente, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), na década de 1980, com foco no alcance do máximo possível de assistência à saúde infantil, oferecendo uma cobertura dos serviços de saúde de acordo com os problemas de saúde mais prevalentes e relevantes. O MS identifica e prioriza ações básicas de saúde de alto custo de efetividade, que são chamadas de ações básicas na assistência integral à saúde da criança, envolvendo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, orientações para o desmame, controle de doenças diarreicas, controle das infecções respiratórias agudas, e controle de doenças imunopreveníveis, por meio da vacinação. O objetivo maior desse programa é reduzir a mortalidade na faixa etária de zero a cinco anos (FIGUEIREDO, 2008).

3.2.3 Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança (C e D)

Dentro dessas prioridades, cada contato entre a criança e o serviço de saúde passou a tornar-se uma oportunidade para fazer-se uma análise integral e preditiva de sua saúde e possibilitar uma ação resolutive de promoção da saúde, com características educativas. Nessa oportunidade, o acompanhamento do C e D torna também possível o estabelecimento de condutas curativas (processos patológicos) e preventivas (vacinação, alimentação, cuidados gerais com a criança), tudo em um processo contínuo de educação em saúde (BRASIL, 2002).

O emprego sistemático de dados antropométricos em curvas padronizadas foi aplicado como um verdadeiro teste da triagem na promoção da saúde. As curvas, principalmente a do peso, são aqui considerados indicadores sensíveis do estado de saúde da criança, também consideradas a estatura e perímetro cefálico como medidas importantes a serem realizadas nas consultas até os 2 anos e 6 meses (BLANK, 2004).

O Crescimento é subentendido como o aumento físico do corpo como um todo ou em suas partes, e é medido por centímetros ou gramas, “é o crescimento das células, ou o aumento de seu número”. O Desenvolvimento é um processo aquisitivo de funções cada vez mais complexo. Ele é atingido através do crescimento, maturação (é o aumento da capacidade de adaptação) e aprendizado. São preconizadas avaliações objetivas do desenvolvimento, de habilidades motoras de comunicação, de interação social e cognitiva em todas as consultas de C e D (BRASIL, 2002; BLANK, 2004).

3.2.4 Amamentação e Orientação para o Desmame

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho. Ocorrendo esse elo, que é o primeiro contato físico entre os mesmos, as repercussões no estado nutricional da criança, como uma melhor habilidade de defender de infecções, repercussões em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, vêm implicar também saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009).

O aleitamento materno é considerado um elemento-chave para a promoção e proteção da saúde da criança, e também atua como uma estratégia para a diminuição da morbimortalidade infantil em todo o mundo, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. O aleitamento pela mãe nutriz é feito ao filho por meio da amamentação, e tais medidas de orientação para esse processo são fornecidas durante a gestação. O apoio da família e do parceiro é fundamental e muito importante para que a amamentação ocorra nas primeiras horas de vida do bebê. A Organização Mundial de Saúde recomenda que o aleitamento materno exclusivo ocorra até os sexto mês de vida, e logo após essa fase, deve ser complementado até os dois anos de idade (SOUZA; MATA, 2011).

O aleitamento materno, como forma primordial e insuperável de alimentar o lactante, e sua fundamental importância para a saúde e qualidade de vida, deve ser estimulado pelos profissionais de enfermagem às gestantes e puérperas. O desmame, que deve ocorrer a partir do sexto mês e ser realizado de forma gradual, merece atenção especial, e suas orientações também são de fundamental importância para a saúde do bebê (RICCO et al, 2008; ASKIN; WILSON, 2006).

3.2.5 Controle de Doenças Diarreicas

A diarreia é um sinal que resulta dos distúrbios envolvendo as funções digestivas, absorptivas e secretoras e causa desidratação, na maioria das vezes. Ocorre pelo transporte intestinal anormal de água e eletrólitos. Aproximadamente 24% das crianças morrem de diarreia e desidratação em países em desenvolvimento, por isso a preocupação e a atenção do MS, para essa patologia (DAIGNEAU, 2006).

O rotavírus é a causa mais importante de gastroenterite grave entre as crianças, tornando-se ainda mais agravante nas idades entre 3 meses a 24 meses de idade; as

menores de 3 meses já apresentam uma proteção devido a anticorpos adquiridos via materna; só 25% dos casos graves ocorrem em crianças maiores. Hoje, o rotavírus é uma das doenças imunopreveníveis e, devido ao grande número de casos, o MS disponibilizou a vacinação para as crianças a partir do 1 mês de vida até 5 meses e 15 dias de vida (BRASIL, 2003; DAIGNEAU, 2006).

3.2.6 Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA'S)

As infecções do trato respiratório superior, ou das vias superiores, consistem em infecções localizadas nas oronofaringes, faringe, laringe e porção superior da traqueia. As infecções respiratórias são responsáveis pela maior parte das enfermidades agudas nas crianças, e estão relacionadas às estações do ano, condições de vida e problemas de saúde pré-existentes. Todos esses fatores estão diretamente relacionados a condições para que a criança venha a ter saúde. Essas patologias tiveram uma especial atenção dispensada pelo MS, pois se tornaram muito frequentes e geraram grande número de internações, onerando fortemente ao Estado (WINKELSTEIN, 2006).

3.2.7 Programa Nacional de Imunização (PNI)

O MS, buscando melhorias na área preventiva, vem, desde a década de 1970, com a criação e institucionalização do Programa Nacional de Imunização (PNI), atingindo os objetivos de promover o controle das doenças imunopreveníveis por meio do estabelecimento de normas e parâmetros técnicos para a utilização de imunobiológicos, fornecendo tal programa para os estados e municípios, coordenando e supervisionando suas utilizações e participando da produção dos mesmos no país (BRASIL, 2006b).

3.3 IMUNIZAÇÃO

3.3.1 Imunidade

Os mecanismos de imunidade podem ser de dois tipos: a resistência natural e a imunidade adquirida. O primeiro tipo refere-se à imunidade inata, ou seja, à geneticamente adquirida, e sua função protetora não é específica. Quanto ao segundo,

torna-se necessária a introdução de mecanismos induzidos e específicos. A imunidade adquirida pode ser de duas formas: a ativa e a passiva. Na forma ativa, as células do indivíduo são ativadas pelos microrganismos, onde ocorre uma proliferação de clones de linfócitos T e B, que ficam no organismo durante anos, como células de memória. Na forma passiva, as células não são ativadas: os produtos de ativação dos linfócitos B, ou seja, os anticorpos são recebidos prontos. A imunidade passiva é importante para o recém-nascido, pois ele pode, em uma fase de seu sistema imune ainda em maturação, apresentar resposta imune aos microrganismos ambientais, onde a mãe entrou em contato. Durante o sexto ao nono mês de vida, a criança torna-se menos dependente da imunidade passiva (BRASIL, 2000; BALESTIERI, 2006).

Há duas formas de imunidade artificialmente adquiridas: a forma ativa, pelo uso de vacinas, que são formas modificadas do agente causador da infecção, menos virulentas; e a forma passiva, pelo uso de soros, específicos ou não. Tudo isso foi desenvolvido através de observações de que algumas infecções, que podem ser prevenidas ou atenuadas pelo contato com os microrganismos, quando se levou ao desenvolvimento dessas técnicas artificiais de indução de imunidade (ROITT, BROSTOFF, MALE, 2003).

O leite materno funciona como uma verdadeira vacina, porque é natural, protege a criança contra infecções respiratórias, intestinais, anemia, obesidade. Além disso, é limpo, está sempre pronto e quentinho. Crianças que mamam têm menos risco de sofrerem doenças respiratórias, infecções urinárias ou diarreias, problemas que podem levar a internações e até à morte. O bebê amamentado corretamente, no futuro terá menos chances de desenvolver diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2008c).

3.3.2 Vacinas

Em 1796, Jenner observou que as ordenhadeiras, após o contato com a varíola bovina (cowpox-vacínia), ficavam protegidas da varíola humana (smallpox). Foi quando se iniciou a prática chamada “vacinação” e, um século depois, foi denominada por esse nome por Louis Pasteur. A vacina produzida por Jenner levou à erradicação da varíola, oficialmente anunciada em 1980 pela OMS. Hoje, as melhores vacinas são produzidas com organismos vivos atenuados, como as vacinas contra a varíola, febre amarela, poliomielite, influenza. A delas é administrada antes do contato do indivíduo com os

microrganismos; a exceção é, no caso, a da vacina contra a raiva. Além das vacinas produzidas por vírus vivos atenuados, também temos as produzidas de microrganismos mortos ou inativadas (BALESTIERI, 2006; BRASIL, 2008b).

A erradicação da poliomielite em 1989, ao controle do sarampo, do tétano neonatal e acidental, das formas graves de tuberculose, da difteria e da coqueluche foi conquistada a partir da criação do PNI na década de 1970. Posteriormente, década de 1990. Este Programa implantou outras medidas para o controle das infecções da rubéola e, conseqüentemente, a síndrome da rubéola congênita; do haemophilus influenza do tipo B e da hepatite B, também com sucesso. O PNI implantou também a vacinação contra a influenza (vacina da gripe) para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos em 1999; e, em março de 2006, implantou a vacina contra o rotavírus humano (BRASIL, 2006b; RIBEIRO, 2011).

O PNI tem alcançado significativamente avanços em termos de coberturas vacinais. Com isso, estamos vacinando mais, e é esperado que, tanto as reações indesejadas quanto eventos adversos graves, aconteçam menos. Essas reações são explicadas pelo fato de que as vacinas não são 100% eficazes, também não são 100% seguras; portanto, efeitos adversos podem ocorrer após a aplicação de vacinas. Entretanto nenhuma vacina está totalmente livre de provocar eventos adversos, apesar do aprimoramento dos processos utilizados em sua produção e purificação. Com tudo isso, o PNI resolveu investir na implantação de um Sistema Nacional de Vigilância dos Eventos Adversos Pós-Vacinação, em 1992, para viabilizar a realização da notificação, investigação e acompanhamento, adotando, assim, medidas adequadas e padronizadas frente a essas ocorrências (BRASIL, 2003; BRASIL, 2008b).

3.3.3 Vacinação em Crianças até 2 anos de idade no Brasil

Ao nascer, a criança deve tomar a vacina BCG-ID (Bacilo da Calmette e Guérin). Ela é elaborada com bacilos vivos atenuados (do *Mycobacterium bovis*), que têm, como finalidade, prevenir contra as formas graves de tuberculose, transmitidas pelo *Mycobacterium bovis*. Após a vacinação, são necessários alguns cuidados com o local de aplicação, pois ocorre o processo de evolução da cicatriz vacinal, como se segue: mácula, pústula, úlcera e cicatriz (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001; BRASIL, 2003; BRASIL, 2008b).

A vacina contra a hepatite B é também indicada ao nascimento. O antígeno HBs é produzido por técnicas de engenharia genética (vacina recombinante), ou seja, utiliza parte do DNA (gene) do vírus, e não partículas do vírus. É uma vacina segura e altamente eficaz, sendo sua via de administração a intramuscular (BRASIL, 2003; RIBEIRO, AGUIAR, 2011).

A vacina pentavalente previne contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e meningites causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b. Quando combinadas, elas trazem benefícios, como a facilidade de administração, redução da dor, do medo nas crianças, além de diminuir a quantidade de vacinas injetáveis em um mesmo momento, reduzindo as idas ao posto de saúde. Essa combinação DTP/HB/Hib é usada na vacinação primária de lactantes, que já receberam a primeira dose da vacina hepatite B ao nascimento do bebê. Essas vacinas adquiridas são compostas por toxoides de difteria e tétano, suspensão celular inativada de *Bordetella pertussis*, antígeno de superfície de hepatite B (HBs-Ag) e oligossacarídeos conjugados de *Haemophilus influenzae* do tipo b). Essa vacina veio para substituir o uso da tetra e das doses subsequentes da hepatite B. Utiliza-se, como reforço em crianças acima de um ano de idade, a vacina tríplice bacteriana, a DTP (isoladamente), podendo ser administrada apenas até 6 anos 11 meses e 29 dias. A partir dos 7 anos, é feita a vacina dupla adulto (dT) (BRASIL, 2000; RIBEIRO, AGUIAR, 2011, BRASIL, 2012b).

A vacina contra a poliomielite, hoje, é disponível na rede básica de saúde em duas apresentações: a primeira, na forma trivalente, com poliovírus dos tipos I, II e III, obtidos em cultura celular e inativados e denomina-se Vacina Inativada contra Poliomielite (VIP). É administrada na forma injetável via intramuscular. A segunda apresenta-se na forma líquida, em frasco com aplicador conta-gotas. Essa vacina também é conhecida como Vacina Oral contra a Poliomielite (VOP), ou Sabin, e é composta por vírus vivos atenuados (BRASIL, 2008b; RIBEIRO, AGUIAR, 2011).

Com o advento da Vacina Oral contra Rotavírus Humano (VORH), realizamos mais um avanço na Saúde Pública Brasileira. Sua introdução no calendário básico de vacinação veio a inovar o modelo de prevenção à saúde. Administrada por via oral em monodoses, é apresentada na forma líquida e é composta por vírus atenuados isolados de humanos, monovalentes e cepas infectante, estabilizantes e conservantes. (RIBEIRO, AGUIAR, 2011).

A vacina Pneumocócica 10-Valente (PNC 10) é constituída por 10 sorotipos de pneumococos (1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F, conjugada com proteína D do

Haemophilus influenza não tipável 8 sorotipos, 1 sorotipo de toxoide diftérico e 1 tetânico), de administração intramuscular (RIBEIRO, AGUIAR, 2011).

A vacina Meningocócica C é composta de 10 microgramas de oligossacarídeo meningocócico C, conjugado com a proteína CRM197 do Corynebacterium diphtheriae, hidróxido de alumínio e excipientes. Apresenta-se na forma liofilizada, com diluente específico, sendo reconstituída no momento da aplicação e administrada por via intramuscular, (BRASIL, 2006b; RIBEIRO, AGUIAR, 2011).

A vacina tríplice viral ou SRC (Sarampo, Rubéola, e Caxumba) é produzida de vírus vivos, atenuados em cultivo celular e contém pequena quantidade de proteína do ovo da galinha, e é administrada por via subcutânea. Protege dessas três doenças acima citadas, as quais são transmitidas de pessoa a pessoa e são capazes de provocar epidemias, por isso a importância da vacinação, pois são doenças imunopreveníveis e contraindicadas às gestantes (BRASIL, 2008b).

3.3.4 Reações adversas aos Imunobiológicos

Por evento adverso pós-vacinação (EAPV), compreende-se qualquer ocorrência clínica indesejável em indivíduo que tenha recebido algum imunobiológico. Um evento que está temporalmente associado ao uso de uma vacina nem sempre tem relação causal com a vacina administrada, e podem estar relacionados à composição da vacina, aos indivíduos vacinados, ou ainda à técnica usada em sua administração bem como a coincidências com outros agravos (BRASIL, 2008b).

Conforme a localização, os eventos adversos podem ser classificados como locais ou sistêmicos e, de acordo com sua intensidade, podem ser leves, moderados ou severos (graves). De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), os eventos adversos pós-vacinação mais comuns são eritema (vermelhidão), endurecimento no local da injeção, febre, cefaleia (dor de cabeça), tontura, fadiga e desconforto gastrointestinal. Mal-estar, mialgia e febre também podem ocorrer, assim como abscessos quentes ou frios; choque anafilático devido à hipotensão, associado à urticária, edema de face e laringoespasmos. No caso de eventos mais intensos, ou que se prolonguem, o retorno à Unidade Básica de Saúde é recomendado (BRASIL, 2003; BRASIL, 2008b).

3.4 O PAPEL DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

A família corresponde a um grupo social que exerce marcada influência no grupo das pessoas, sendo compreendido como um grupo com uma organização complexa, inserida no contexto social mais amplo e com constantes interações. O grupo familiar exerce um papel fundamental na formação dos indivíduos e é importante na determinação e na organização da personalidade, influenciando, ainda, no comportamento subjetivo do sujeito, por meio de ações e medidas educativas tomadas no domínio familiar, responsável pelo processo de socialização das crianças, preparando-as desde cedo para as relações futuras (PRATTA, 2007).

O cuidar é uma característica e papel fundamental da família, pois é nela que a criança se ampara para crescer e se desenvolver. É no espaço familiar que são desenvolvidos os valores culturais, éticos, aspectos afetivos e humanos, que acompanharão a criança por toda a vida (DELASARI, 2005)

Muitas são as pessoas que ajudam a família na criação dos filhos, promovendo, assim, melhoria na qualidade de vida familiar. Dentre elas, destacam-se diversos membros familiares, porque fornecem apoio emocional e moral, executando tarefas domésticas, cuidando dos filhos, orientando-os e prestando informações, ou ainda oferecendo suporte emocional (DESSEN; BRAZ, 2000).

3.4.1. A responsabilidade da mãe na promoção da saúde da criança

A criação dos filhos sempre foi uma tarefa complexa para os pais, embora isso não signifique que tais responsabilidades sejam compartilhadas de forma igualitária entre o casal. Diversas pesquisas apontam que as mães tendem a envolver-se mais do que os pais nas tarefas do dia a dia da criança e, geralmente, estão à frente do planejamento educacional de seus filhos. Em contrapartida, observa-se um número crescente de pais que também compartilham com a mulher ou até mesmo assumem as tarefas educativas e a responsabilidade de educar os filhos, buscando adequarem-se às demandas da realidade atual (WAGNER, 2005).

As mães apontam o marido/companheiro como o principal entre os apoios recebidos. Ao cumprir tarefas, estreita sua relação com o novo membro da família (o filho), ajuda a mãe no papel de cuidar da criança e submete-se ao seu novo e principal papel: o de responsável (DESSEN; BRAZ, 2000).

A mãe é a grande responsável pela saúde da família, pela sua estrutura, por refletir aspectos da organização, cumprir o papel de educadora, provedora, cuidadora e

socializadora, e protetora dos filhos. A divisão de papéis entre os pais é bem definida, uma vez que cabe à mulher a responsabilidade de educar, socializar e cuidar dos filhos, e, ao homem, o papel de chefe de família, ficando responsável pelo setor financeiro. O dia a dia das mães é dedicado ao cuidado com as crianças, e do bem-estar familiar, pois ela é a peça fundamental para que ocorra a harmonia no lar e fica responsável em acompanhar a criança nas consultas médicas e de enfermagem, nas brincadeiras, levá-las na escola e ainda cuidar e higienizar a casa, preparar a alimentação de todos, ou seja, desempenha o papel de cuidadora (MARTIN, 1999).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo trata de uma pesquisa de campo do tipo exploratório-descritiva com abordagem quanti-qualitativa. A técnica de observação passiva também foi utilizada. A pesquisa de campo é utilizada para conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um determinado problema, com a finalidade de encontrar uma resposta ou comprovar uma hipótese (MARCONI, LAKATOS, 2007).

A pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Nesse tipo de estudo é possível proporcionar uma visão geral acerca de um fato. Pesquisas descritivas, como o próprio nome já diz, têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população, acontecimento ou estabelecimento de relações entre variáveis, buscando estudar as características de um determinado grupo por meio da aquisição de dados que apontam a exposição de opiniões por parte dos pesquisadores (GIL, 2009).

Segundo Polit, Beck, Hungler (2004), o método de estudo quantitativo representa a intenção de garantir a fidedignidade dos resultados e, assim, evitar distorções de análise e interpretações, o que conseqüentemente vai possibilitar uma margem de segurança quanto a inferências. Já o método qualitativo torna-se mais flexível, tendo em vista que investiga fenômenos de uma forma mais profunda e humana, colhendo material por meio de narrativas dos entrevistados.

A técnica de Observação Passiva nos permitiu examinar sistematicamente os registros de vacina nas Cadernetas de Saúde da Criança, guiando-nos por uma pergunta, sem interferir no conteúdo do que se for investigado (LAVILLE; DIONNE, 1999).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na UBS Vereador Durval Costa, localizada na Rua Ralf Sopper, s/n, no Conjunto Walfredo Gurgel, no Bairro Alto de São Manoel, na cidade de Mossoró, no estado do Rio Grande do Norte. Nessa UBS, atuam duas equipes da ESF: Equipes 146 e 147, respectivamente responsáveis pelo Conjunto Walfredo Gurgel e por parte do Bairro Alto de São Manoel, compostas por um médico clínico

geral, uma enfermeira, um dentista, um técnico de enfermagem e um auxiliar de consultório dentário. Os ACS's da equipe 146 são 06, e os da equipe 147, 08.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi constituída por todas as mães de crianças com idade desde o nascimento até completarem 1 ano, 11 meses e 29 dias de vida. A amostra que foi retirada dessa população foi composta por 20 (vinte) mães, que preencheram os seguintes critérios de inclusão: idade acima de 18 anos; possuíam cadastramento familiar na UBS; compareceram à UBS no período da pesquisa e aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), as quais comprovaram sua aceitação em participar da pesquisa.

Foram excluídas as mães que apresentaram alguma dificuldade cognitiva para a obtenção das respostas ou sentiram-se constrangidas em participar do estudo.

Consideramos que toda pesquisa possui riscos, no entanto eles se justificam, pois foram superados pela importância dos dados que foram obtidos e transformados em subsídios para o enfrentamento dos problemas descobertos e apontando soluções para uma maior adesão das mães ao programa de imunização.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi constituído de um formulário com perguntas fechadas e abertas referentes ao objetivo proposto pela pesquisa.

O formulário é um instrumento utilizado para investigações sobre a população ou determinado grupo da população, e a coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado. O formulário é usado para designar uma correlação de questões que são perguntadas e anotadas pelo entrevistador. O que caracteriza mais fortemente o trabalho é que o entrevistador fica face a face com o entrevistado (SELLTIZ, 1972, apud MARCONI, LAKATOS, 2007).

Os formulários com perguntas fechadas e abertas permitem que o entrevistado tenha mais abertura para as respostas. As perguntas fechadas restringem as respostas como, por exemplo, respostas dicotômicas destinadas a pesquisas de opinião. Já as perguntas abertas destinam-se a buscar e a se aprofundar na opinião do entrevistado, possibilitando que ele mesmo responda com mais liberdade (RICHARDSON, 2010).

4.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Após a avaliação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança LTDA (FACENE/LTDA) e o recebimento de autorização para a pesquisa, as mães das crianças entre 0 a 1 ano 11 meses e 29 dias de idade foram abordadas diariamente na sala de espera da UBS Vereador Durval Costa, sendo o trabalho intensificado nos dias de consulta de C e D realizadas, pelas enfermeiras e pelos médicos, de acordo com o cronograma da UBS.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após coletados, os dados quantitativos e qualitativos foram analisados por meio de procedimentos estatísticos e Discurso do Sujeito Coletivo, respectivamente.

Os procedimentos estatísticos de cunho quantitativo irá permitir que o pesquisador organize, resuma, interprete e comunique as informações numéricas em termos estatísticos (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; GIL, 2009).

O DSC organizou e tabulou os dados qualitativos de natureza verbal, obtidos através das respostas às questões abertas feitas pelo entrevistado. A proposta dessa técnica consiste basicamente em analisar o material coletado, extraindo de cada um das respostas, uma questão-chave, que são trechos mais significativos das respostas (LEFEVRE, CRESTANA, CORNETTA, 2003).

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi desenvolvido, de acordo com os princípios éticos da pesquisa, envolvendo seres humanos, conforme dispõe a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (MS), e a Resolução 311/2007, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). O estudo foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/LTDA, conforme certidão expedida em 20/08/2012 com número do CAAE: 05136512.2.0000.5179.

A Resolução nº 196/96 CNS/MS é, sem dúvidas, um documento de grande importância no campo da bioética, visto que muitos foram os abusos cometidos e sofridos pela humanidade em nome do Estado e da Ciência antes de surgirem resoluções

como esta, porque ela contribui para um novo rumo no modo de trabalho dos pesquisadores brasileiros. Esta resolução veio com o intuito de garantir, por parte do pesquisador, uma conduta ética e responsável na realização de pesquisa com seres humanos (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 1996).

Conforme a Resolução 311/2007, do COFEN, o profissional de enfermagem tem direito de participar de atividades de ensino e pesquisa, respeitando-se os princípios éticos com o dever de respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos em todas as suas dimensões, (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

4.8 FINANCIAMENTO

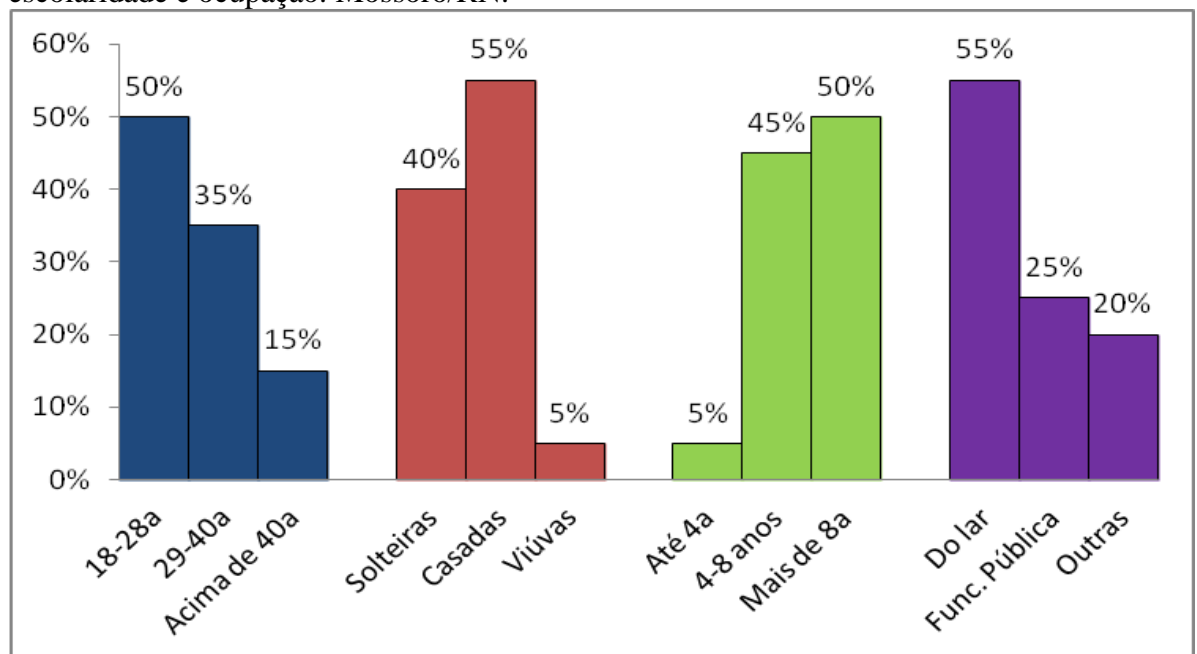
Em maior parte as despesas decorrentes da realização desta pesquisa foram de responsabilidade do pesquisador-participante, conforme a previsão do orçamento. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/MOSSORÓ) disponibilizou seu acervo bibliográfico, orientações fornecidas pela bibliotecária bem como orientador e banca examinadora.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Serão apresentadas as informações obtidas durante a fase de coleta de dados. Os resultados e suas análises estarão dispostos em duas etapas: a primeira, numa análise quantitativa, refere-se às características da amostra bem como a situação vacinal das crianças. A segunda, qualitativamente, representa as partes mais significativas da fala das mães, ou seja, o discurso do sujeito coletivo e suas ideias centrais apresentados em forma de quadro.

5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DAS MÃES

GRAFICO 1 - Caracterização da amostra segundo faixa etária, estado civil, anos de escolaridade e ocupação. Mossoró/RN.



Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

De acordo com o gráfico 1, nossa amostra, segundo a faixa etária, é constituída por 50% (n=10/20) das mães com idade entre 18-28 anos, 35% (n=7/20) entre 29-40 anos e 15% (n=3/20) acima de 40 anos. Quanto ao estado civil, é composta por 55% (n=11/20) de mães casadas, 40% (n=8/20) solteiras e 5% (n=1/20) viúvas. Aponta, ainda, que, segundo a escolaridade, contamos com um número de 50% (n=10/20) de mães que estudaram mais de 8 anos, 45% (n=9/20) com 4 a 8 anos de estudo e 5% (n=1/20) que estudaram até 4 anos. Segundo à ocupação das mães

entrevistadas, 55% (n=11/20) são do lar, 25% (n=5/20) são funcionárias públicas e 20% (n=4/20) possuem outras profissões.

Os dados acima apontam para um número significativo (50%) de mães encontrando-se numa fase de vida que corresponde a uma transição do estado de adolescência para o estado adulto. Aqui, com a entrada no mundo adulto, as mães passam a explorar novas possibilidades de vida sem, no entanto, deixarem de descobrir as opções da adolescência (TEIXEIRA, 2007).

Com relação ao fato de 55 % das mães serem casadas, compreendemos esse aspecto como um fator positivo, já que várias são as pessoas que oferecem suporte à família, porque promovem, assim, uma melhoria na qualidade de vida familiar. Dentre elas, com relação à criação dos filhos, destacam-se diversos membros familiares, fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, cuidando dos filhos, orientando e prestando informações, ou ainda oferecendo suporte emocional. As mães apontam o marido/companheiro como o principal dentre os apoios recebidos. Ao cumprir tarefas, estreita-se sua relação com o novo membro da família (o filho), ajuda a mãe no papel de cuidar da criança e submete-se ao seu novo e principal papel: o de responsável (DESSEN; BRAZ, 2000).

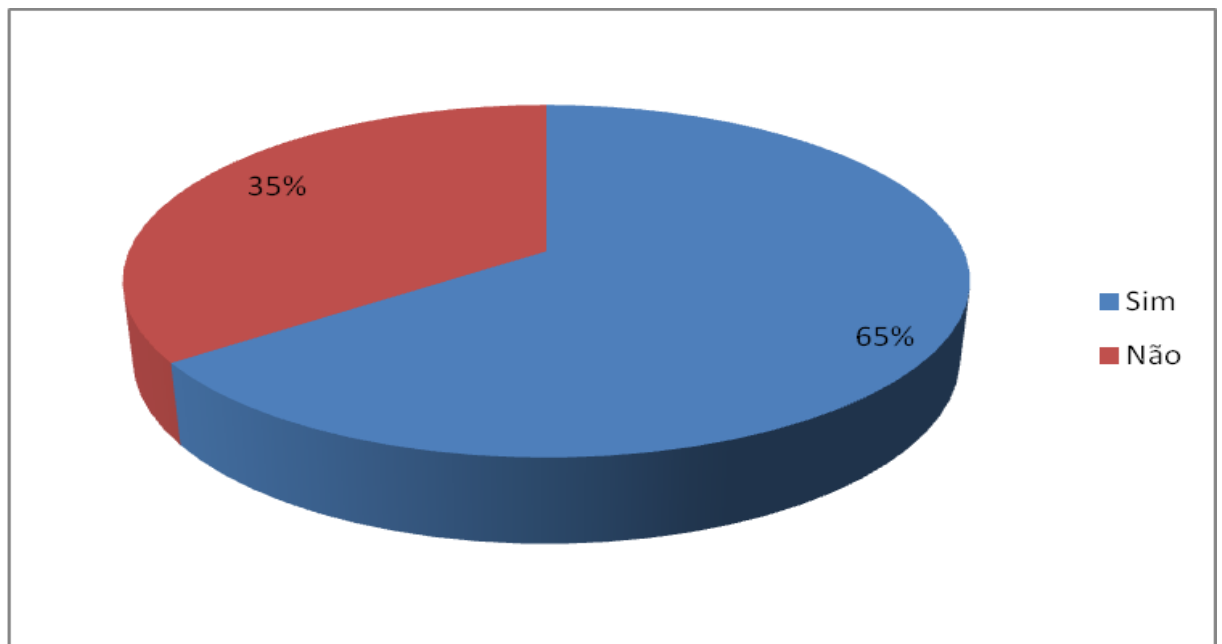
De acordo com Andrade et al. (2005), é de fundamental importância o nível de escolaridade materna. Na nossa amostra, 50% das mães apresentam mais de 8 anos de estudo, apontando para um fator de proteção para o desenvolvimento e crescimento da criança. O nível da escolaridade materna, medida em anos, apresenta associação positiva com a qualidade da estimulação recebida pela criança. Anos de estudo acima de cinco são associados positivamente à melhor uma organização do ambiente físico e temporal.

A mãe é a grande responsável pela saúde da família, pela sua estrutura, por refletir aspectos da organização, cumprir o papel de educadora, provedora, cuidadora e socializadora dos filhos, como apontado por 55% da nossa amostra, composta por mulheres que apresentam ocupação “do lar”. A divisão de papéis entre os pais é bem definida, porque cabe à mulher a responsabilidade de educar, socializar e cuidar dos filhos e, ao homem, o papel de chefe de família, ficando responsável pelo setor financeiro. O dia a dia das mães é dedicado ao cuidado com as crianças e do bem-estar familiar, visto que ela é a peça fundamental para que ocorra a harmonia no lar, ficando responsável em acompanhar a criança nas consultas médicas e de enfermagem, nas

brincadeiras, levá-las à escola, e ainda, cuidar e higienizar a casa, preparar a alimentação de todos, ou seja, desempenha o papel de cuidadora (MARTIN, 1999).

5.2 DADOS REFERENTES À SITUAÇÃO VACINAL DAS CRIANÇAS

GRAFICO 2 - Distribuição da situação vacinal das crianças das mães entrevistadas. Mossoró/RN.



Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

Segundo a situação vacinal descrita no gráfico 2, é constituída por 65% (n=13/20) de crianças com o calendário vacinal atualizado e 35% (n=7/20) com calendário vacinal atrasado. Como vimos, a maioria das mães mantêm as vacinas atualizadas, mas é necessário ainda intensificar as ações para promover as buscas, orientações e informações sobre a vacinação, observada a grande importância que elas desempenham para a saúde da criança.

A importância da vacinação é inquestionável devido à proteção à saúde e à prevenção de doenças, principalmente durante a infância. No Brasil, o Ministério da Saúde desenvolve programas de imunização e promove, periodicamente, campanhas com o intuito de controlar e erradicar doenças a partir da vacinação maciça de crianças. Ainda assim, muitas deixam de ser vacinadas pelos mais diferentes fatores, os quais abrangem, desde o nível cultural e econômico dos pais até causas relacionadas a

crenças, superstições, mitos e credos religiosos bem como os tão incômodos efeitos adversos (SILVEIRA, 2007).

5.3 DADOS RELATIVOS À PERCEPÇÃO DAS MÃES QUANTO À IMUNIZAÇÃO

QUADRO 1: Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta do entendimento das mulheres entrevistadas sobre a finalidade das crianças serem vacinadas. Mossoró – RN.

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Proteção/Prevenção	<p><i>Pela saúde, precaver algumas doenças, imunizar, é muito importante... Para as crianças crescerem saudáveis.</i></p> <p><i>Para ficarem imunizadas, terem mais defesa no organismo, e não pegarem doença.</i></p>
Ideia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Sofrimento	<p><i>É uma proteção, eu acho ruim porque vejo as crianças chorando, mas é uma proteção contra as doenças...</i></p> <p><i>.... mas é triste, pois judeia muito com as crianças...</i></p>

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

Segundo a Ideia Central I do DSC, apresentado no Quadro 1, as mães têm a percepção das vacinas como forma de proteção e de prevenção, ou seja, que as vacinas constituem um dos métodos mais eficazes na prevenção de doenças transmissíveis às crianças, nos seus primeiros anos de vida. As vacinas trazem, em sua composição, diversos tipos de agentes imunológicos, oferecem realmente uma imunização, conforme as mães, que se apresentam esclarecidas (SOUZA, [2004]).

Já na Ideia central II, compreendemos que as mães, mesmo sabendo da importância das vacinas, ficam receosas com os efeitos adversos, pois nelas ocorre uma ideia de sofrimento. É sabido que as vacinas e seus componentes podem induzir a eventos adversos, e que as incidências dessas reações indesejáveis provocadas são observadas com frequência relativamente alta pelas mães. Depois da administração de algumas vacinas, as manifestações que ocorrem são benignas e transitórias; portanto, em virtude desses eventos; muitas mães pensam que tais manifestações são indicativas de que vacinas causam danos às suas crianças. Faz-se necessário, então, o esclarecimento de que nenhuma vacina está totalmente livre de provocar eventos adversos, porém os riscos de complicações graves causadas por elas são muito menores do que os das doenças contra as quais protegem. Por isso, as mães devem ser informadas corretamente sobre a possibilidade da ocorrência de tais eventos, evitando, assim, noticiários sensacionalistas e precipitados que podem abalar a confiança no Programa Nacional de Imunização e da equipe de saúde e diminuindo as coberturas vacinais (BRASIL, 2008b).

QUADRO 2: Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta dos motivos que levam a mãe a vir vacinar seu filho. Mossoró – RN.

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Prevenção/Proteção	<p><i>Para prevenir as doenças, porque quando ele está imunizado ele está protegido... Agente fica despreocupada, pois cada vacina protege contra um tipo de doença...</i></p> <p><i>Porque a gente fica despreocupada, pois cada vacina protege contra um tipo de doença.</i></p> <p><i>Para não atrasar as vacinas e para ela ficar imunizada contra as doenças</i></p>

Ideia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Atraso vacinal	<p><i>Por que a vacina está atrasada... e eu gosto de manter atualizada as vacinas.</i></p> <p><i>Por que a vacina está atrasada.</i></p>
Ideia Central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Incentivo	<p><i>Porque para mim já virou rotina todo mês eu tenho que vir... Pela rotina do acompanhamento...</i></p> <p><i>Eu vim para o C e D aí a Enfermeira disse para eu vacinar, eu não ia procura devido à reação...</i></p> <p><i>Hoje eu vim mesmo porque era C e D, aí aproveitei para vacinar...</i></p>
Ideia Central IV	Discurso do Sujeito Coletivo
Obrigação	<p><i>Por que tenho que vir e não gosto de atrasar.</i></p> <p><i>Porque é uma obrigação minha.</i></p> <p><i>Por que pra mim já virou rotina, todo mês eu tenho que vir.</i></p>

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

Na Ideia Central I, compreendemos que as mães percebem as vacinas como de extrema importância para a proteção à saúde e na prevenção de doenças, principalmente durante a infância. Conforme explica o Ministério da Saúde (apud BUJES, 2012), ela é fundamental no primeiro ano de vida e se configura como uma medida determinante na redução do coeficiente de mortalidade infantil.

O atraso vacinal ter sido citado pelas mães, na ideia Central II, deve-se ao fato de ser por meio da identificação dos fatores responsáveis pelo atraso ou falta da vacinação, que se podem monitorar os programas e buscar as crianças que não são vacinadas, sendo esse atraso amplamente difundido como negativo para a responsabilidade das mães. A vacinação propicia quase que imediatas respostas na prevenção de diversas doenças, mas, para que seja de qualidade, é necessário que a criança receba todas as doses nas datas determinadas, respeitando os prazos estabelecidos. (SANTOS, 2011)

Muitos são os fatores que levam uma mãe a atrasar a vacina de seu filho: condições de vida, nível de escolaridade, o esquecimento, a falta de conhecimento e de informação sobre as vacinas, são as causas mais apontadas no atraso vacinal. No entanto, a responsabilidade de vacinar as crianças não deve recair somente aos profissionais de saúde, nem os pais devem ser unicamente os responsáveis pela vacinação dos filhos, mas sim, todos devem ser responsáveis pela cobertura vacinal da criança. À equipe cabe a atenção e preparo para intervir ativamente na busca dessas crianças com os imunobiológicos atrasados, a responsabilidade é de ambos (BUJES, 2012).

Na Ideia Central III, notou-se que as mães compareciam a UBS para vacinar as crianças também pelo incentivo oferecido pelo Enfermeiro, na oportunidade da consulta de C e D. Para Figueiredo (2001), a enfermagem exerce um importante papel no desenvolvimento e crescimento da criança, sendo diversas as orientações e condutas repassadas às mães durante as consultas no decorrer dos primeiros meses de vida. É oferecida às crianças uma assistência integral e tem, como uma das prioridades, a Imunização. Ao estar perto da mãe, o papel do “cuidar” enriquece-se com transmissão de segurança, tranquilidade e apoio, o que contribui para um ambiente acolhedor e de confiança para as mães.

De acordo com a Ideia Central IV, as mães encaram a vacinação como uma obrigação. Importante medida para a prevenção de doenças, a vacinação tem sua importância firmada nos primeiros anos de vida da criança, sendo imperiosa nos casos

recomendados pelas autoridades sanitárias. Dessa forma, compete aos pais o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, sendo de responsabilidade deles mesmos os cuidados com as crianças. Sendo assim, o dever de vaciná-los juntamente com a equipe de saúde da família (BRASIL, 2008a; MORAES, 2000).

QUADRO 3: Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta às perguntas sobre quais vacinas seriam aplicadas e para que elas servem. Mossoró – RN.

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Mães sem conhecimento quanto às quais vacinas seriam aplicadas	<p><i>Não sei.</i></p> <p><i>A vacina de um ano. Não sei.</i></p> <p><i>Não sei, eu acho que é aquela que são três em uma.</i></p>
Ideia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Mães com conhecimento quanto às quais vacinas seriam aplicadas	<p><i>A da pneumonia, a pneumocócica.</i></p> <p><i>Meningocócica.</i></p> <p><i>Sim, a tetravalente e a pólio.</i></p> <p><i>A tetravalente, a segunda dose.</i></p> <p><i>É aquela que protege três em uma, a DTP (..) e sim, a da gotinha.</i></p>
Ideia Central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Ausência de conhecimento sobre qual	<i>Não sei para que serve...</i>

doença a vacina iria prevenir	<i>Não lembro...</i> <i>Não sei...</i>
-------------------------------	---

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

Na Ideia Central I, observou-se que as mães não têm o conhecimento sobre que vacinas serão aplicadas em seus filhos. Na prática das unidades de saúde, ainda hoje, o pouco conhecimento das mães sobre o processo de vacinação e pouco envolvimento do enfermeiro nesse processo, principalmente na área de educação em saúde são os responsáveis por esses índices. Percebe-se que as mães, na sua maioria, sabem da importância da vacinação, porém não sabem quais doenças as vacinas previnem (OLIVEIRA, 2010).

Já na Ideia Central II, percebe-se que as mães sabem que vacinas serão aplicadas e algumas doenças que elas previnem. As mães têm pouco conhecimento sobre os imunobiológicos administrados aos seus filhos, principalmente no que se refere às doenças que são evitadas, o nome da vacina, o número de doses, a idade de aplicação e o intervalo entre as doses. Apesar da elevada contribuição das vacinas à saúde pública, o distanciamento dos profissionais da enfermagem ao processo educativo das mães e a presença reduzida dos enfermeiros na sala de vacinação podem ser considerados um dos entraves em relação ao processo de vacinação que acontece nas Unidades Básicas de Saúde do nosso país. Os profissionais mantêm a dicotomia entre a prática de procedimentos técnicos de enfermagem e a educação em saúde, as quais deveriam estar integradas durante a execução do processo de imunização, para que, assim possa se trabalhar educação em saúde em diversos setores do atendimento à criança (QUIRINO, 1998).

Algumas mães não têm nenhum conhecimento sobre quais doenças as vacinas administradas aos seus filhos protegem, conforme mostra a Ideia Central III. Segundo Santos (2011), algumas mães apresentam condições precárias de vida e níveis de escolaridade baixa, o que se reflete em falta de interesse e comprometimento com a vacinação de seus filhos. Mesmo diante do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde e de toda a divulgação existente na mídia sobre vacinação, ainda há resistência à vacinação infantil.

Dessa forma, o profissional de enfermagem deve ser capaz de atuar significativamente nesses casos, promovendo educação em saúde e sensibilização da comunidade onde atua, para promover o alcance de melhores índices de vacinação e, conseqüentemente, redução de agravos. Cabe à equipe de saúde desenvolver trabalhos por meio de ações educativas, palestras e visitas domiciliares, com vistas à mudança de comportamento das mães e ampliação do entendimento dessa prática de saúde, enfatizando a manutenção do esquema vacinal atualizado e estimulando a promoção da saúde. (BUJES, 2012)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste momento, apresentamos as considerações finais, que foram desenvolvidas por meio da pesquisa sobre a percepção das mães quanto à importância da vacinação infantil, tendo em vista que esta se caracteriza como uma ação básica de saúde cujos resultados foram imprescindíveis para a redução da mortalidade infantil, hoje uma conquista do SUS brasileiro.

Concluimos aqui que as participantes da pesquisa estão significativamente na fase adulta, contam com o apoio do companheiro na assistência à criança, possuem bom nível de escolaridade e encontram-se, na maior parte do tempo, no domicílio, já que, quanto à ocupação, a maioria é do lar. Todos esses aspectos convertem-se positivamente para o crescimento e desenvolvimento da criança, determinando uma melhoria na prevenção e promoção da saúde dos filhos. Firmando essas características, apontamos para o fato que a maioria das crianças estava com a vacinação atualizada, o que comprova o compromisso das mães com a saúde da criança.

Quanto à percepção das mães sobre a Imunização Infantil, consideramos que elas sabem que as vacinas servem como forma de proteção para seus filhos e que as estas previnem diversas doenças. No entanto, devido aos eventos adversos pós-vacinação, ou mesmo pela forma de administração, em sua maioria, injetável das vacinas, as mães assimilam a ideia de sofrimento (judiação) para a criança, fato que não interfere na atualização do calendário vacinal pelas mães, já que essas mães compreendem os benefícios dos imunobiológicos e a obrigatoriedade que se mostra como responsabilidade social. O atraso vacinal, embora fosse observado e citado como de pequenos intervalos e suprido pelo incentivo do enfermeiro durante as consultas de C e D, otimizando o tempo e espaço para o atendimento às necessidades da criança.

Firmado o interesse das mães pela vacinação, em contrapartida, percebeu-se que o conhecimento das vacinas que seriam administradas aos seus filhos é uma questão que merece maior atenção da equipe de saúde. E ainda de maior relevância é a ausência de conhecimento sobre qual doença a vacina iria prevenir, já que essa informação exige menor conhecimento técnico.

É de fundamental importância que se ampliem as discussões entre usuário e equipe de saúde sobre o tema Imunização Infantil, visto que é responsabilidades da equipe de saúde, com contribuição significativa da enfermagem para a educação em saúde sobre esse tema. A abordagem pode e deve ser feita desde o pré-natal, nas

consultas puerperais, de C e D, nas salas de espera, nas reuniões grupais e nas escolas, onde se pode enfocar a importância da vacinação.

Considerando a elevada importância das vacinas para a saúde pública no Brasil, neste estudo já firmado por diversas contribuições literárias, sentimos que o distanciamento dos profissionais da enfermagem ao processo educativo das mães e a sua frequente ausência na sala de vacinação podem ser consideradas limitações em relação ao processo de informação para as mães nas UBS em nosso país.

Releva-se a importância da educação em saúde como um processo de comunicação, diálogo e esclarecimentos. Ressalta-se o valor da presença do profissional de nível superior nas salas de vacina. Ambas as ações podem levar à conscientização das mães, conduzindo-as, assim, a agir criticamente no meio em que vivem, contribuindo cada vez mais para a saúde da criança.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro et al. A estratégia saúde da família. In.: DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3.ed. São Paulo: artmed, 2004.
- ANDRADE, Susanne Anjos et al. Ambiente familiar e desenvolvimento Cognitivo infantil: uma abordagem Epidemiológica. **Revista saúde pública**, v.39, n.4, p. 606-611, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n4/25533.pdf>> Acesso em: 30 out 2012
- ARAÚJO, Lais Záu Serpa de. Aspectos éticos da pesquisa científica. **Pesqui. Odontol. Bras.**, v.17, p.57-63, 2003. Suplemento 1.
- ASKIN, Debbie Fraser; WILSON, David. Problemas de saúde de neonatos In: HOCKENBERRY, Marylin J. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- BALESTIERI, Filomena Maria Perrella. **Imunologia**. Barueri: Manole, 2006.
- BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas desaúde no Brasil: reconstrução histórica e p e r s p e c t i v a s atuais. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.
- BLANK, Danilo. Condutas clínicas na promoção da saúde da criança e do adolescente. In: DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3.ed. São Paulo: artmed, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: < <http://www.foar.unesp.br/comite/Modulo%2003.pdf> > Acesso em: 20 abr. 2011
- BRASIL. Constituição (1988). **Seção II Da Saúde**. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferencia Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, DF, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento materno: dicas de saúde**. 2008c. Disponível em:< <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/29aleitamento.html> > Acesso em: 30 out. 2012
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação de pessoal em sala da vacinação: manual de treinamento**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **CONASS 25 anos**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. **Construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo.** Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança.** 3. ed. Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe técnico da introdução da vacina pentavalente:** Vacina adsorvida difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae* tipo b (conjugada). Brasília: MS, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas de vacinação.** Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação.** 2.ed. Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos centros de referencia para imunobiológicos especiais.** 3.ed. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação.** Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações. **Manual de vigilância epidemiológica eventos adversos pós-vacinação.** Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância dos eventos adversos pós- vacinação: cartilha para trabalhadores de sala de vacinação.** Brasília, DF, 2003.

BUJES, Michelle Kroll. **Motivos do atraso vacinal de crianças e estratégias utilizadas para amenizar o problema:** uma revisão bibliográfica. 26 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialista em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **SUS – Sistema Único de Saúde, comentários à lei orgânica da saúde, leis nº 8080/90 e nº 8142/90.** 4.ed. São Paulo: 2006.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 6.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 311 de 8 de fevereiro de 2007. **Apresenta o Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Disponível em: <http://www.coren-rj.org.br/site/resolucoes/res_cofen_311-2007.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2011.

DAIGNEAU, Carolyn V. A criança com disfunção gastrointestinal. In.: HOCKENBERRY, Marylin J. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.16, n. 3, p. 221-231, set./dez, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v16n3/4809.pdf>> Acesso em: 30 out 2012

ELIAS, Paulo Eduardo. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. **Saúde soc.**, São Paulo, v.2, n.1, p.59-73,1993.

FIGUEIREDO, G.L.A. **A enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em Unidade Básica de Saúde**: fragmentos e reconstruções. Ribeirão Preto, 175f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 2001. Disponível em:< <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a009.pdf> > Acesso em: 30 out 2012

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano dos Sul: Yendis, 2008.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de (Org.). **Práticas de enfermagem**: ensinando a cuidar da criança. São Caetano do Sul: Yendis, 2003.

FONTINELE JÚNIOR, Klinger. **Programa de Saúde da Família (PSF)**: comentado. Goiânia: AB, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LAVILLE, Christian.; DIONNE, Jean. **A Construção do Saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; CRESTANA, Maria Fazanelli, CORNETTA, Vitória Kedy. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU”, **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.12, n.2, p.68-75, jul./dez. 2003.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTIN, V.B.; ANGELO, M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 89-95, outubro 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n4/13493.pdf>> Acesso em: 31 out. 2012

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.3, p.426-33, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf> Acesso em: 2 maio 2012

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MORAES, José Cássio et al. Cobertura vacinal no primeiro ano de vida em quatro cidades do Estado de São Paulo. **Revista Panamericana de Salud Publica (OPS)**, v. 8, n.5, p.332-41, nov. 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n5/3626.pdf> Acesso em: 6 nov. 2012

OLIVEIRA, Vanessa Gomes de. Vacinação: o fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. **Rev. Rene**, v. 11, Número Especial, p. 133-141, 2010.

PAIM, Jairnilson. Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p.27-37, jan./abr.2009.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernandette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5.ed. Porto Alegre: artmed, 2004.

PRATTA Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio/ago. 2007.

QUIRINO, Marinalva Dias. **Vacinação da criança durante o primeiro ano de vida: conhecimento das mães e ações educativas desenvolvidas pelos funcionários das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo**. São Paulo: [s.n.],1998.

RIBEIRO, Maria Celeste Soares, AGUIAR, Zenaide Neto. Aspectos Básicos dos Imunobiológicos que compõem o calendário vacinal. In: ALEXANDRE, Lourdes Bernadete S.P., DAVID Rosana. **Vacina: orientações práticas, organizadoras**. 3. Ed. São Paulo: Martinari, 2011.

RIBEIRO, Maria Celeste Soares, AGUIAR, Zenaide Neto. Programa Nacional de Imunização-PNI. In: ALEXANDRE, Lourdes Bernadete S.P., DAVID Rosana. **Vacina: orientações práticas, organizadoras**. 3. Ed. São Paulo: Martinari, 2011.

RICARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2010.

RICCO, Rubens. Aleitamento materno. In: RICCO, Rubens Garcia; Ciampo, Carlos Alberto Nogueira de. **Puericultura: princípios e práticas, atenção integral à saúde da criança e do adolescente**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

ROITT, Ivan; BROSTOFF, Jonathan; MALE, David. **Imunologia**. 6.ed. Barueri: Manole, 2003.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.6, p.1027-1034, nov./dez. 2005.

SAITO, Raquel Xavier de Souza. Políticas de saúde: princípios, diretrizes e estratégias para estruturação de um sistema único de saúde. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2010.

SANTANA, Judith Sena da Silva. O processo de exclusão de adolescentes no Brasil sua origem na infância desvalorizada. In.:BRASIL. Ministérios da Saúde. Associação Brasileira de enfermagem, Projeto Acolher Chapecó. **Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília, DF: MS, 2000.

SANTOS, Leiliane Bezerra et al. Percepção das mães quanto à importância da imunização infantil. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.3, p.621-6, jul./set. 2011. Disponível em: <> Acesso em:

SILVA, Pamella Ferreira. **O Movimento Sanitário Brasileiro. Arte e Ciência**, 2008. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/o-movimento-sanitario-brasileiro/7591/> Acesso em: 12 mar. 2012

SILVEIRA, Ana Stella de Azevedo et al. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.2, p. 299-05, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/17.pdf>> Acesso em: 30 out. 2012

SOUZA, Apásia Basile Gesteira; MATA, Esmeralda Lopes. Aleitamento materno e a iniciativa Hospital Amigo da Criança. In: SOUZA, Apásia Basile Gesteira. **Enfermagem neonatal: cuidado integral o recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2011. SOUZA, Carliliane Maria de Araújo; PEREIRA, harliane dos Santos; XIMENES, Denise Paiva. A vacinação no primeiro ano de vida: uma análise acerca do conhecimento mantidos pelas mães. [2004].

TEIXEIRA, Ana Cristina. **Avaliações psicossociais de adultos na meia idade**. 65f. Relatório – Universidade do Amazonas, Manaus, 2007.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; POZ, Mario Roberto Dal. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Physis**, rev. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.11-48, 1998.

WINKELSTEIN, Marylin. A criança com disfunção respiratória. In.: HOCKENBERRY, Marylin J. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7.ed. Rio de janeiro: Elsevier, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora:

Eu, Etevaldo de Lima, pesquisador participante, aluno regularmente matriculado no Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade Nova Esperança – FACENE, sob a orientação da pesquisadora responsável, Jussara Vilar Formiga, estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título **“Imunização Infantil: uma análise da percepção das mães quanto a sua importância”**. Tem-se como objetivo geral: analisar a percepção das mães quanto à importância da vacinação infantil e objetivos específicos: avaliar as características socioeconômicas dos sujeitos da pesquisa, identificar os dados relativos à situação vacinal das crianças das mães entrevistadas, averiguar o conhecimento das mães sobre a imunização infantil, verificar a percepção das mães quanto à importância da imunização infantil. Justifica-se essa pesquisa pela sua importância e benefícios para que o trabalho dispensado ao conhecimento das mães quanto aos diversos aspectos dos imunobiológicos seja intensificado.

Convidamos a senhora a participar desta pesquisa para responder a algumas perguntas sobre dados pessoais e dados relacionados ao conhecimento e percepção da importância das vacinas para o seu filho. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo não apresenta risco aparente aos seus participantes.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir dela, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

O(s) pesquisador(es) estará(ão) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição da senhora na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma.

Declaro também que os pesquisadores me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/LTDA.

Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, _____ de _____ de 2012.

Jussara Vilar Formiga
Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa/Testemunha

Endereço (Setor de Trabalho) da Pesquisadora Responsável:
Av. Presidente Dutra, 701 Bairro: Alto de São Manoel – Mossoró/RN
CEP: 59.628-000 Fone/Fax: (084) 3312-0143
e-mail: jussaravilar@facenemossoro.com.br

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa
R. Frei Galvão, 12 Bairro: Gramame – João Pessoa/PB
CEP: 58.000-000 Fone: (083) 2106-7792
e-mail: cep@facene.com.b

APÊNDICE B – Formulário

FORMULÁRIO**1- DADOS DA MÃE:**

1.1 Idade: _____

1.2 Estado civil:

 casada solteira viúva separada

1.3 Escolaridade

 analfabeto até 4 anos 4-8 anos 8 anos ou +

1.4 Ocupação: _____

Paridade: G: _____ P: _____ A: _____

2 DADOS DA CRIANÇA

2.1 Idade: _____

2.2 Situação Vacinal

Calendário vacinal atualizado? sim não**3 QUESTÕES RELATIVAS À PERCEPÇÃO DAS MÃES QUANTO À IMUNIZAÇÃO**

3.1 Qual a finalidade das crianças serem vacinadas?

3.2 Por quais motivos a Senhora vem vacinar o seu filho?

3.3 Quais vacinas serão aplicadas no seu filho hoje? Para que elas servem?

APÊNDICE C – Tabelas

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

IDADE	N° ABSOLUTO	100%
18-28 anos	10	50%
29-40 anos	07	35%
Acima de 40 anos	03	15%
TOTAL	20	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	N° ABSOLUTO	100%
Solteiras	08	40%
Casadas	11	55%
Viúva	01	5%
TOTAL	20	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A ESCOLARIDADE

ESCOLARIDADE	N° ABSOLUTO	100%
Até 4 anos	01	5%
De 4-8 anos	09	45%
Mais de 8 anos	10	50%
TOTAL	20	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO OCUPAÇÃO

OCUPAÇÃO	Nº ABSOLUTO	100%
Do lar	11	55%
Funcionaria Publica	05	25%
Outras	04	20%
TOTAL	20	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DA SITUAÇÃO VACINAL DAS CRIANÇAS DAS MÃES ENTREVISTADAS.

CALENDÁRIO VACINAL ATUALIZADO	Nº ABSOLUTO	100%
Sim	13	65%
Não	07	35%
TOTAL	20	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2012)

ANEXOS

ANEXO A - Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 6ª Reunião Ordinária realizada em 09 de Agosto 2012 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado **"IMUNIZAÇÃO INFANTIL: UMA ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DAS MÃES QUANTO A SUA IMPORTÂNCIA"**, protocolo número: 94/12, CAAE: 05136512.2.0000.5179 e Parecer do CEP: 71299 da orientadora (pesquisadora responsável): **Jussara Vilar Formiga** e dos pesquisadores participantes: **Etevaldo de Lima, Verusa Fernandes Duarte**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2012, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 20 de Agosto de 2012

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.


 Maria do Socorro Gadelha Nobrega
 Vice-Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Karine Ferreira da Silva Mendes
 Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B - Calendário de vacina

Calendário Básico de Vacinação da Criança – 2012		
Idade	Vacina	Dose
Ao nascer	BCG-ID	Dose única
	Vacina hepatite B (recombinante)	Dose única (monovalente)
2 meses	Vacina pentavalente (DTP/HIB/HB)*	1ª dose
	Vacina inativada Poliomielite **	
	Vacina oral de Rotavírus humano	
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada)	
3 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose
4 meses	Vacina pentavalente (DTP/HIB/HB)*	2ª dose
	Vacina inativada Poliomielite **	
	Vacina oral de rotavírus humano	
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada)	
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose
6 meses	Vacina pentavalente (DTP/HIB/HB)*	3ª dose
	Vacina oral poliomielite **	
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada)	
9 meses	Vacina febre amarela (atenuada)	Dose inicial
12 meses	Vacina triplice viral (SCR)	1ª dose
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada)	Reforço
15 meses	Vacina triplice bacteriana (DTP)	1º reforço
	Vacina oral poliomielite **	Reforço
	Vacina meningocócica C (conjugada)	
4 anos	Vacina triplice bacteriana (DTP)	2º reforço
	Vacina triplice viral (SCR)	2ª dose
10 anos	Vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada 10 anos
CAMPANHAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO PARA AS CRIANÇAS		
Menores de 5 anos	Vacinação contra a poliomielite / atualização de esquema vacinal	
De 6 meses a menores de 2 anos	Vacinação contra Influenza (gripe)	

Fonte: Brasil (2012)