

ANÁLISE DO PROGRAMA DE VACINAÇÃO DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SP

Priscilleyne Ouverney Reis

Profª Drª Márcia Regina Nozawa
Orientadora

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **PRISCILLEYNE OUVERNEY REIS**



Profa. Dra. Marcia Regina Nozawa
Orientadora

Campinas – SP

2004

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ANÁLISE DO PROGRAMA DE VACINAÇÃO DOS IDOSOS NO
MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SP

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de
Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas -
Universidade Estadual de Campinas.

Priscilleyne Ouverney Reis
Profª Drª Márcia Regina Nozawa
Orientadora

Campinas - SP
2004

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP R278a
V	EX
TOMBO BC/	63174
PROC.	16-P-00086-05
C	☐
D	☒
PREÇO	11,00
DATA	15/04/05
Nº CPD	

Bib: d 347832

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

R278a

Reis, Priscilleyne Ouverney

Análise do programa de vacinação dos idosos no Município de Campinas, SP / Priscilleyne Ouverney Reis . Campinas, SP : [148 p.], 2004.

Orientador : Márcia Regina Nozawa

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Avaliação de programas. 2. Programas de imunização. 3. Idosos. 4. Gerencia. I. Márcia Regina Nozawa. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

SLP

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador(a) PROFA. DRA. MÁRCIA REGINA NOZAWA

Membros:

1. PROFA. DRA. MÁRCIA REGINA NOZAWA

Marcia Regina Nozawa

2. PROFA. DRA. MARIA AMÉLIA DE CAMPOS OLIVEIRA

Maria Amélia de Campos Oliveira

3. PROFA. DRA. ELIETE MARIA SILVA

Eliete Maria Silva

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 14 de dezembro de 2004

Agradecimentos

À minha mãe Ramira, que esteve presente desde a minha escolha pelo trabalho em Enfermagem, pelo seu exemplo de mulher e por ter sido a responsável por me dar forças para suportar a distância e a saudade da família...

Ao Eliezer, meu “pai emprestado” pela sua compreensão, seu carinho e seus conselhos...

Ao meu pai Elisiar, pelo seu carinho e por ter me inspirado desde pequena a seguir o caminho dos estudos...

À minha avó Isaura, pelo seu eterno amor incondicional...

Aos meus irmãos Priscilla e Junior por todo o carinho e afeto...

Ao meu amor Abdalla que me deu forças para suportar a dupla jornada de trabalho e de estudo, pelo grande incentivo e auxílio para a conclusão deste trabalho, pelo seu carinho e sua dedicação...

À minha orientadora e professora Márcia, por ter acreditado que eu seria capaz, pelas nossas conversas nos momentos de cafezinho, as quais me geraram grandes conflitos e certamente me tornaram uma pessoa mais crítica e perceptiva. Agradeço pelos seus olhares questionadores, pela sua paciência e por todas as suas críticas que me foram tão construtivas...

À minha professora Jô que desde o segundo ano da graduação, fez com que eu me apaixonasse pela Enfermagem e em especial, pela saúde pública, fazendo-me ver que a vida pode ser mais colorida e que podemos fazer muito pelo nosso povo...

À minha professora Eliete, por ter me mostrado desde cedo o quanto é preciso estudar e se dedicar para alcançar um objetivo...

Ao professor Mauro que me mostrou que pode haver felicidade sem sofrimento...

À professora Filomena por ter me ensinado a dar os primeiros passos na caminhada da pesquisa...

À professora Silva M. Mishima pela sua disponibilidade em ajudar na construção deste trabalho, especialmente na fase da qualificação...

À professora Maria Amélia Campos pelo auxílio na fase de defesa...

Às minhas amigas e enfermeiras Débora, Maíra, Valéria e Renata que estiveram comigo desde a graduação e que estarão para sempre em meu coração...

Aos meus amigos da Moradia Estudantil, Paulinha, Amanda, Patrícia, Adriano, Marconi, Renilson, Mairon, Danilo, Aninha e Léo que com os quais vivi intensamente a universidade pública...

Ao Sato, Sônia, Nei e Andrea pela amizade sincera e pelo incentivo na conclusão deste trabalho...

A todos os trabalhadores da Secretaria de Saúde de Campinas que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste estudo.

Os meus mais sinceros agradecimentos

Priscilleyne Ouverney Reis

LISTA DE FIGURAS E QUADROS	I
LISTA DE GRÁFICOS	II
LISTA DE SIGLAS	III
RESUMO	V
ABSTRACT	VII
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 – O Programa Nacional de Imunização	03
1.1.1 – O Programa Nacional de Imunização de Idosos	04
1.2 – Avaliação de Programas de Saúde	08
1.2.1 – Sistemas de Informação em Saúde	13
1.3 – Caracterização do Sistema de Saúde do Município: o cenário do estudo	18
1.4 – A Imunização de Idosos em Campinas, SP	29
1.4.1 – A Imunização de Idosos em Campinas, SP segundo análise por Distritos	38
2. OBJETIVOS	47
3. METODOLOGIA	48
3.1 – Referencial Teórico	48
3.2 – Método	57
3.3 – Aspectos Éticos	61
4. TRAJETÓRIA DO ESTUDO	62
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO	107
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
ANEXO 1	143
ANEXO 2	145
ANEXO 3	148

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Campinas, 2004.	24
Figura 2: Mapa do município de Campinas segundo delimitação das áreas de abrangência dos Centros de Saúde e Distritos de Saúde. Campinas, 2003.	25
Quadro 1: Comparação dos dados de cobertura vacinal entre as fontes: SIS- API/ Relatório; Estimativas Populacionais / Censo. Campinas, 2003.	33
Quadro 2: Distribuição absoluta e percentual de idosos em cada Distrito de Saúde em relação à população total de idosos do município de Campinas para o ano de 2000. Campinas, 2004.	37
Quadro 3: Distribuição absoluta e percentual de idosos em cada Distrito de Saúde em relação à população total de cada Distrito de Saúde para o ano de 2000. Campinas, 2004.	38
Quadro 4: Informações sobre os coordenadores de Distrito de Saúde e composição da equipe da VISA. Campinas, 2004.	71
Quadro 5: Informações sobre as enfermeiras entrevistadas das equipes das VISAs. Campinas, 2004.	72
Quadro 6: Distribuição dos trabalhadores da UBS segundo equipes de trabalho. Campinas, 2004.	86

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Cobertura Nacional da Vacinação contra <i>influenza</i> para os Idosos de 1999 até 2003. Campinas, 2003.	06
Gráfico 2: Cobertura Vacinal contra <i>influenza</i> para os Idosos de 1999 até 2003 no Estado de São Paulo. Campinas, 2004	07
Gráfico 3: Coberturas vacinais do município de Campinas segundo dados de Estimativa Populacional, dados do Censo, dados do Relatório da CoViSA e do SIS-API. Campinas, 2003.	35
Gráfico 4: Cobertura vacinal por Distritos de Saúde, segundo dados de população do Censo e número de doses aplicadas segundo sistema SIS-API e dados dos Relatórios. Campinas, 2003.	40
Gráfico 5: Cobertura Vacinal por Distritos de Saúde, segundo dados de população das Estimativas Populacionais e número de doses aplicadas segundo sistema SIS-API e dados dos Relatórios. Campinas, 2003.	41
Gráfico 6: Pirâmide etária da população moradora na área de abrangência da UBS Amarela. Campinas, 2004.	87

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AE – Auxiliar de Enfermagem

API – Avaliação do Programa de Imunização

CAT – Condições Adversas de Trabalho

CENDES – Centro Nacional de Desenvolvimento

CoVISA – Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental

CS – Centro de Saúde

CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica

DIR – Diretoria Regional de Saúde

DS – Distritos de Saúde

ERSA – Escritório Regional de Saúde

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICV – Índice de Condição de Vida

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PCS – Postos Comunitários de Saúde

PMC – Prefeitura Municipal de Campinas

PNI – Programa Nacional de Imunização

PSF – Programa Saúde da Família

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

SES – Secretaria do Estado da Saúde

SIS – Sistema de Informação em Saúde

PNI – Programa de Nacional de Imunização

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

VISA – Vigilância em Saúde

Esta pesquisa objetivou compreender o desenvolvimento do Programa de Vacinação de Idosos em Campinas-SP entre os anos de 1999 e 2004, sob o foco das práticas adotadas pelas instâncias central, distrital e local na conformação das coberturas vacinais alcançadas. O método de estudo de caso foi utilizado, tendo como fonte primária os registros de entrevistas realizadas com sete trabalhadores dos três níveis da Secretaria Municipal de Saúde, que estavam diretamente envolvidos na coordenação da campanha, e como fontes secundárias os registros e documentos sobre o tema. Tanto os agentes distritais como os locais, responsáveis pela coordenação da campanha, eram enfermeiras. Caracterizamos o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação da Campanha no ano de 2004 com o propósito de relacioná-los aos resultados atingidos. Para tal, realizamos cálculos das coberturas vacinais de 1999 a 2003 para município, Distritos de Saúde (DSs) e Unidades Básicas de Saúde (UBSs) a partir dos dados de número de doses aplicadas e tamanho da população-alvo disponibilizadas pela Coordenação de Vigilância em Saúde (CoVISA). As coberturas vacinais na totalidade do município, nos DSs e UBSs, entre os anos assinalados, apresentaram significativa variabilidade. Dois DS foram eleitos para estudo em virtude de comportamentos mais estáveis no que dizia respeito às coberturas vacinais alcançadas no referido período e, posteriormente, uma UBS foi escolhida devido a seu comportamento particular e à indicação de técnicos do respectivo nível distrital. Identificamos que o processo de trabalho desenvolvido nas diversas instâncias não eram compatíveis com os objetivos e finalidades da campanha. Da

mesma forma, pudemos constatar que em todos os níveis, as atividades de planejamento se restringiram ao cumprimento de rotinas relativas à transmissão de dados. Pudemos observar também que a vacinação foi assumida, exclusivamente, em sua dimensão técnica e manual, que a educação em saúde ficou limitada à elaboração de cartazes de divulgação e que a singularidade do idoso não foi considerada nas práticas desenvolvidas. Notamos ainda que a análise de coberturas vacinais não foi utilizada como instrumento de avaliação, tampouco foi adotada como instrumento de trabalho nas ações gerenciais.

Palavras Chave: avaliação de programas – programas de imunização – idosos – gerência

This research had as objective to comprehend the development of the elderly vaccination program in the city of Campinas-SP, between 1999 and 2004 years, from the analysis adopted by the central, districtal and local instances in the coverages' conformation results reached. The case-study method was used, having as primary source the interview notes performed with seven workers placed on the three organizational levels of the Municipal Health Secretary, that were directly involved in the campaign coordination, and as second source the several records and documents about the subject. Both the districtal and local agentes in charge of coordination were nurses. The planing, the development and the evaluation of the 2004 year campaign was characterized with the finality of related them to the results obtained. For this task we calculated vaccinal coverages between 1999 and 2003 years for municipal district, Health Districts (DSs) and Basic Health Units (UBSs) from applied dosis number and target-population size data supplied by the Health Vigilance Bureau (CoVISA). The vaccinal coverage in the whole municipal district, in the DSs and in the UBSs, for the already mentioned years, showed a significant variability. Two DSs were elected for this study due to their more stable behavior respect to the coverages and after we chose one UBS due to his particular behavior and also because of districtal worker's indication. It was identified that the work process developed at the several instances weren't compatible with the campaigns' objectives and finalities. In addition, it was verified in all levels that the planning activities were restricted to the routines accomplishment related to the simple data casting. It was also possible to observe

that the vaccination was assumed exclusively in his manual and technical dimension, that the information of health was limited to the divulgation's material elaboration, and that the elderly singularities wasn't considered in the developed practices. It was noted still that the vaccinal coverage analysis nor was used as a evaluation tool neither was adopted as a work tool in the management actions.

Key-works: Program Valuation; Imunization Program; old-aged; management.

1. INTRODUÇÃO

A velhice tem se destacado como tema privilegiado entre os diversos desafios da sociedade brasileira contemporânea. Na atualidade, é evidenciada a presença do conjunto de discursos produzidos em relação aos idosos no debate das políticas públicas (DEBERT, 1999).

O aumento na esperança de vida, somado ao declínio da mortalidade e, principalmente, à queda da natalidade, observados em todas as regiões do Brasil, levaram a um processo irreversível e veloz de envelhecimento da população. Estima-se que, em 2025, o Brasil terá em torno de 31 milhões de idosos, um aumento de 164,7% em relação a 1996. Este fato vem acarretando um importante impacto social, pois resulta em modificação do perfil de saúde da população, com tendência ao predomínio das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, gerando demandas específicas pela utilização dos serviços de saúde e prolongando o tempo de utilização dos mesmos (CHAIMOWICZ, 1998).

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento ocorre há cerca de um século e tal processo é acompanhado pela ampliação da cobertura dos sistemas de proteção social e da melhoria das condições de vida. Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, nota-se que o envelhecimento da população deveu-se prioritariamente a ações médico-sanitárias do Estado, ocorridas nas primeiras décadas do século XX, tais como políticas de vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias (CHAIMOWICZ, 1998).

O Brasil, autodenominado “país de jovens”, constata o crescimento da população idosa a taxas oito vezes superiores a do crescimento da população mais jovem. Em

permanecendo essa tendência de crescimento, nosso país será, em pouco tempo, o quinto ou o sexto em população idosa. Assim, a sociedade civil e o Estado se defrontam com uma situação desafiadora (DEBERT, 1999).

Tratamos aqui da saúde em sua concepção ampliada, tal qual foi muito bem explicitada no Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata. Nesta concepção, a saúde é o “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (UNICEF, 1979).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) assumiu a definição de que a saúde, no seu sentido mais amplo, é “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Relatório Final da VIII CNS, 1986).

Um dos indicadores que permite visualizar o perfil de saúde-doença da população em relação aos agravos é o “causa de internação”. De acordo com dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), as causas mais freqüentes de internação, para a população em geral, no ano de 2001, no Estado de São Paulo, excetuando-se aquelas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, em ordem decrescente de importância são: doenças do aparelho respiratório, com 12,3% do total de internações, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (11,0%), doenças do aparelho digestivo (9,0%) e internações relacionadas à causas externas com 6,9% (SÃO PAULO, 2001a). Já com relação ao perfil de mortalidade, verifica-se, para o mesmo período e localidade que, a primeira causa de internação, ou seja, aquela relacionada ao aparelho respiratório, agora ocupa a quarta posição. Configura-se o seguinte perfil

em ordem decrescente de frequência: doenças do aparelho circulatório (30,2%); neoplasias malignas (15,4%); causas externas (14,3%), doenças do aparelho respiratório (10,4%) e doenças do aparelho digestivo (5,5%) (SÃO PAULO, 2001b).

Para os maiores de 65 anos, também em 2001, no Estado de São Paulo, mantém-se, de modo geral, perfil de mortalidade semelhante. As mortes por doenças do aparelho circulatório permanecem em primeiro lugar (40,5%), seguidas pelos óbitos advindos de neoplasias (16,8%), de doenças do aparelho respiratório (14,6%), de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (6,2%) e as do aparelho digestivo (4,7%) (SÃO PAULO, 2001b).

A partir deste perfil de morbi-mortalidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS), reconheceu o fato de que o controle das doenças imunopreveníveis também deveria incluir outras faixas etárias além da infantil. A população de idosos foi então considerada como prioritária, por ser a população com maior risco de adoecer e falecer em decorrência de algumas patologias imunopreveníveis, tais como a gripe e a pneumonia. Frente a estes fatos, a OMS começou a preconizar, há pouco mais de uma década, a vacinação para esta população (SÃO PAULO, 1999).

1.1- O Programa Nacional de Imunização

Em 1973, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Imunizações (PNI). Antes da institucionalização do programa não havia coordenação nacional e, as atividades eram orientadas em sentido vertical, com programas especiais de erradicação da varíola, de controle da tuberculose e da poliomielite, quase sempre isolados, por iniciativa dos governos estaduais. O PNI priorizou, no seu surgimento, a atenção ao público infantil (SANTOS, 1993).

Com a elaboração de uma legislação específica sobre imunizações (Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975), procurou-se potencializar o PNI visando o controle das doenças transmissíveis. Os dados sobre vacinações passaram a ser sistematizados, mediante padronização dos mecanismos de coleta, fluxo e tabulações, o que permitiu a avaliação do programa. As Secretarias Estaduais de Saúde passaram, a partir desse momento, a informar mensalmente a esfera federal sobre as doses aplicadas segundo idade, tipo de vacina e mês de aplicação (SANTOS, 1993).

Segundo informações de uma trabalhadora do CVE-SP (Centro de Vigilância Epidemiológica), o SIS-PNI (Sistema de Informação em Saúde do Programa Nacional de Imunização) comporta seis subsistemas (API: doses aplicadas; EDI: estoque e distribuição; AIU: avaliação da utilização de imunobiológicos; CRIE: centros de referência de imunobiológicos especiais; EAPV: eventos adversos e por último, supervisão).

1.1.1- O Programa Nacional de Imunização de Idosos

O Programa de Imunização de Idosos oferece três tipos de vacina, a vacina contra *influenza*, para todos os idosos maiores de 60 anos, a contra pneumococos, com indicação específica, e a anti-tetânica e anti-diftérica, estas aplicadas tanto durante a campanha como de modo rotineiro na rede pública de saúde (BRASIL, 2002). Dentre todas estas vacinas, a contra *influenza* se destaca como a vacina característica do programa.

A *Influenza* é uma doença viral aguda das vias respiratórias que se caracteriza por febre, cefaléia, mialgia, prostração, coriza e dor de garganta. As manifestações

podem ser intensas, mas têm um curso limitado, comumente desaparecendo em torno de sete dias (BENENSON, 1997).

Esta doença ganha importância pela rapidez com que se propagam suas epidemias, pela morbidade extensa e pela gravidade das complicações, representadas principalmente pelas pneumonias virais e bacterianas. Durante as grandes epidemias, os casos mais graves e os casos de morte se manifestam principalmente na população idosa e em pessoas debilitadas ou imunossuprimidas (BENENSON, 1997).

A imunização dos idosos apresenta grande relevância a medida em que reduz tanto as taxas de internações e de uso de medicamentos, quanto os índices de óbito por agravos respiratórios, contribuindo, portanto, para uma melhor qualidade de vida desta população (SÃO PAULO, 2000).

A imunização ativa pode gerar uma proteção de 70 a 80% contra a infecção em adultos jovens quando a cepa circulante é bastante semelhante ao antígeno da vacina. Para os idosos, a vacinação reduz de 50 a 60% a gravidade da doença e a incidência das complicações e em 80% a taxa de mortalidade. Calcula-se que, nos Estados Unidos, a taxa de hospitalização por pneumonia e gripe de pessoas com 65 anos ou mais tenha diminuído entre 30 e 50% devido à imunização (BENENSON, 1997).

No Brasil, as taxas de internações por causas atribuíveis à *influenza* durante o período de 1998 e 2000, para a faixa etária de maiores de 60 anos, foram reduzidas em cerca de 10%. Verificou-se declínio mais significativo nas regiões Sul (17,2%), Sudeste (11,7%) e Centro-Oeste (12%); as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores quedas das taxas de internação com 9,9% e 3,1%, respectivamente (BRASIL, 2002).

De acordo com dados da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), as taxas de cobertura¹ nacional vêm alcançando as metas de 70% estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003). Em 1999, por exemplo, 87,3% da população idosa, maior de 65 anos foi vacinada. A partir de 2000, os idosos entre 60 e 64 anos também foram vacinados, resultando numa cobertura de 75,5%. Em 2001 o valor foi de 73,2% e em 2002 de 74%. Em 2003 houve uma cobertura mais ampla, alcançando 82,2% do total de idosos da Federação, como verificamos no gráfico 1 (BRASIL, 2003).

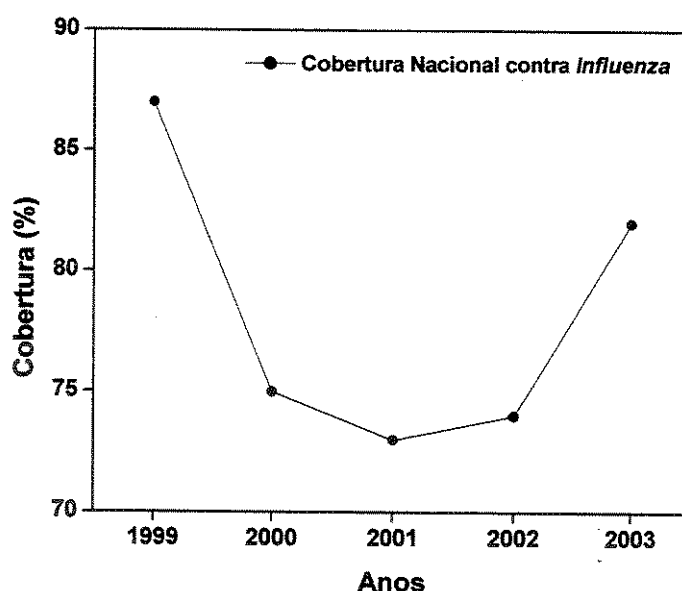


Gráfico 1: Cobertura Nacional da Vacinação contra *influenza* para os Idosos de 1999 até 2003. Brasil, 2003.

Fonte: Ministério da Saúde - Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação do Idoso de 2002; Vitória da Saúde: mais de 12 milhões de idosos vacinados contra a gripe – 2003.

¹ A taxa de cobertura vacinal é igual ao número de pessoas vacinadas da população-alvo multiplicado por 100 e dividido pelo número total de indivíduos da população-alvo.

No Estado de São Paulo, a imunização alcançou a meta no primeiro ano da campanha (84%). Nos anos seguintes (2000, 2001 e 2002), as coberturas alcançaram valores próximos ao preconizado (64, 67 e 66%, respectivamente). Na campanha de 2003 atingiu-se 75% da população alvo. O gráfico seguinte apresenta as coberturas vacinais contra *influenza* no âmbito estadual, para os anos compreendidos entre 1999 e 2003 (SÃO PAULO, 2004).

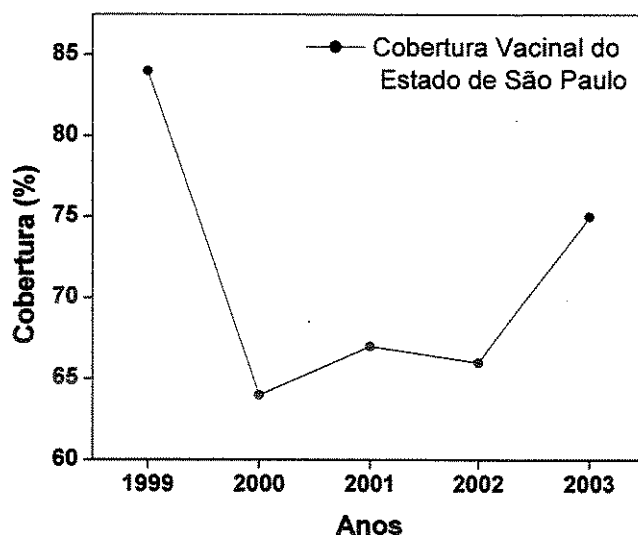


Gráfico 2 - Cobertura Vacinal contra *influenza* de 1999 a 2003 no Estado de São Paulo. São Paulo, 2004.
Fonte: Boletim Epidemiológico Paulista (BEPA), ano1(8), 2004.

As informações em saúde devem ser utilizadas pelos trabalhadores tanto no planejamento como na avaliação das ações. Para tanto, é mister que os órgãos públicos as disponibilizem de modo prático e responsável, evitando assim, o descrédito dessas informações, tanto no momento de sua coleta quanto no de sua utilização.

1.2- A Avaliação de Programas de Saúde

Estudos sobre avaliação demonstram que até meados de 1960, nos Estados Unidos, a quase totalidade da literatura encontrada referia-se à avaliação de aprendizagem. Havia raras produções significativas sobre outros focos de avaliação. Apenas mais tarde é que surgiram as avaliações de currículo, programa, cursos, projetos, materiais didáticos, políticas públicas e instituições (NEVO, 1983). No Brasil, encontramos a mesma situação, no entanto, com um atraso de cerca de 15 anos, ou seja, apenas em meados de 1975 se iniciaram as produções mais relevantes sobre avaliação (SAUL, 1998).

A concepção mais difundida de avaliação é aquela que “consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTRANDRIOUPOULOS, 1997).

A avaliação baseava-se em um modelo centrado nos produtos ou resultados. É característica deste modelo, a defesa do princípio da objetividade, a busca de validade e fidedignidade dos instrumentos de coleta e análise de dados, bem como, a utilização de tratamento estatístico e quantificação das observações, com exaustivas operações quantitativas dos dados. Além disto, utiliza-se o pré e o pós-teste para mensurar o êxito de uma ação, o controle rigoroso das variáveis e tendência ao emprego de grandes amostras de casos que permitam generalizações estatísticas (SAUL, 1998).

Esta concepção restrita sobre avaliação a limita a procedimentos que buscam a objetividade, traduzida em dados quantitativos e em um “olhar a distância” ainda é praticada com frequência pela pesquisa no campo social (CARVALHO, M.C.B., 1998).

Este modelo, caracterizado por conceber a avaliação de forma tradicional, tem sofrido fortes críticas centradas em três aspectos principais. O primeiro se refere ao fato de que os resultados destas avaliações não são conclusivos, pois os estudos são metodologicamente frágeis e suas conclusões nunca são definitivas ou totalmente convincentes para a tomada de decisão. O segundo aspecto diz respeito ao fato de que as conclusões não são produzidas em tempo hábil para ajudar no processo decisório. O terceiro e último aspecto se refere ao baixo grau de relevância das informações obtidas, as quais não respondem às necessidades de informações dos principais atores sociais envolvidos no programa, ignorando inclusive as populações e grupos sociais com interesse direto nos programas (SULBRANDT, 1993).

No campo das políticas públicas, CONTANDRIOPOULOS (1997) pondera que o modelo pioneiro de avaliação, inicialmente elaborado por economistas, foi desenvolvido justamente com a finalidade de “analisar as vantagens e os custos destes programas públicos”, mas suas abordagens se mostraram insuficientes, especialmente no que se refere a programas sociais e de educação. Tal perspectiva tradicional, reveladora de forte influência do pensamento positivista, tem como papel central, quase que exclusivamente, o controle de alocação de verbas (SAUL, 1998).

Isto pôde ser constatado, por exemplo, com o início das avaliações sanitárias, no decorrer dos anos 70. Nessa época, o término da implantação dos grandes programas de seguros médicos e a diminuição do crescimento econômico tornou indispensável a avaliação sanitária por parte do Estado, como financiador dos serviços de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A crítica a essa perspectiva defendia a necessidade de um modelo que fosse dotado de uma “concepção mais totalizante”, que buscasse apreender e qualificar a

ação desde os momentos de sua formulação, implementação, execução até os de avaliação de resultados e impactos. Assim, a avaliação superaria a mensuração quantitativa de “benefícios ou malefícios” de uma política ou programa, visando também a análise de processos para qualificar as decisões (CARVALHO, M.C.B., 1998).

Aqueles modelos tradicionais de avaliação acabavam por cumprir unicamente a função de apoio ao planejamento, adquirindo um caráter burocrático, principalmente por desconsiderar os questionamentos que buscam a importância e o significado das ações planejadas (SAUL, 1998). Entendemos que, naqueles modelos, os dados gerados eram simplesmente transmitidos, não havia a preocupação em realizar análises críticas com vistas a subsidiar propostas reais de intervenção na realidade.

Posteriormente, foi elaborado pela CENDES/OPAS um método, utilizado primeiro na área econômica e depois na saúde, que propunha técnica e metodologicamente, um modelo de programação local. As críticas a este método residiam tanto nas estruturas dos sistemas de saúde, as quais limitavam a aplicabilidade deste (ROCHA, 1998), quanto no seu caráter econômico e normativo (MATUS, 1989).

Na segunda metade da década de 70, e principalmente na década de 80, a planificação normativa é submetida à crítica sistemática, configura-se então, o denominado enfoque estratégico de planificação (RIVERA, 1989). Os enfoques do Pensamento Estratégico e do Planejamento Estratégico Situacional, representados respectivamente pelas figuras de Mario Testa e Carlos Matus, refletem a tentativa de incorporar ao planejamento em saúde as questões político – sociais (ROCHA, 1998).

As primeiras contribuições de Testa se referem a três tipos de diagnóstico ligados a três objetivos básicos da planificação: o *diagnóstico administrativo*, que diz sobre a análise dos recursos; o *diagnóstico estratégico* voltado à análise das relações de poder,

e o *ideológico* o qual procura identificar os aspectos “técnico-ideológicos que conduzem à legitimação do poder” (RIVERA, 1989).

Outro modelo de avaliação, denominado de “avaliação participativa” ou “avaliação participante”, busca apreender a diversidade social pela inclusão dos sujeitos implicados nas ações, retirando do avaliador a posição solitária de único agente valorativo, buscando desencadear um processo de aprendizagem social e requerendo do avaliador a habilidade de envolver os implicados no programa. Vale dizer que a avaliação participativa não dispensa o uso de instrumentos tradicionais, tais como os indicadores, os questionários e as entrevistas (CARVALHO, M.C. B., 1998).

Segundo BORDA (1999), na pesquisa participante o pesquisador deveria:

(a) abandonar a tradicional arrogância do erudito, aprender a ouvir discursos concebidos em diferentes sintaxes culturais, e adotar a humildade dos que realmente querem aprender e descobrir; (b) romper com a assimetria das relações sociais geralmente impostas entre o entrevistador e o entrevistado; (c) incorporar pessoas das bases sociais como indivíduos ativos e pensantes nos esforços da pesquisa (BORDA, 1999, p. 55).

Inicialmente, a avaliação participativa foi recebida com certa “reserva científica”. Mesmo que o princípio da não neutralidade do avaliador fosse aceito, não se creditava a esse modelo a possibilidade de garantia da objetividade, tampouco da confiabilidade nos dados produzidos pela avaliação (CARVALHO, M.C.B., 1998).

No entanto, a experiência tem demonstrado que os resultados dessas avaliações ganham maior confiabilidade e legitimidade entre os grupos sociais envolvidos no programa (CARVALHO, M.C.B., 1998).

Não se pode desconsiderar que, para utilizar este modelo de avaliação, é necessária a aplicação de uma metodologia específica, a qual deve valorizar os processos de implementação das estratégias e os fatores externos e limitantes a elas. Caso contrário, corre-se o risco de dar excessiva ênfase à interação dos atores e de produzir somente a descrição extrema dos processos de implementação, ignorando os fatores que permeiam o trabalho (SULBRANDT, 1993).

Novamente, em relação ao campo específico da saúde, SALA (1990) refere que a avaliação é “uma das atividades fundamentais da programação” em saúde, podendo ainda acompanhar os processos e os resultados do trabalho programático, visando a obtenção de resultados a nível coletivo. Esta perspectiva é análoga a de outros autores, como CARVALHO *et al.* (2000), para os quais o objetivo final da avaliação é “a sua utilização como instrumento de gerência”. Vale ressaltar que as ações programáticas ou programas de saúde compreendem:

Um conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, tomam como seu objeto de intervenção a saúde e a doença no coletivo, utilizando como instrumentos de intervenção diversas atividades, que são articuladas e organizadas no sentido de produzirem um efeito sobre a saúde e no plano coletivo (SALA, 1990, p. 118).

Nesta perspectiva, a avaliação de programas implica reconhecer de que maneira se estruturam as ações programáticas, compreender o cuidado em saúde como uma prática que se organiza a partir de necessidades sociais e realizar posteriormente a intervenção. É necessário compreender a dimensão técnica do programa, as estruturas de saber envolvidas que, além de orientar a técnica, servem de base para a construção do modelo operatório desta prática (SALA, 1990).

Para DONABEDIAN (1988) a informação sobre a qualidade do cuidado pode ser classificada em três categorias: estrutura, processo e resultado. A estrutura envolve os atributos materiais, o recurso humano (tanto em relação ao número como à qualificação do pessoal); o processo indica o que realmente foi feito, inclui tanto a procura por cuidado pelo paciente quanto as atividades de diagnóstico e recomendação ou implementação de tratamento pelos médicos; o resultado refere-se aos efeitos provocados pelo cuidado na saúde de determinado paciente ou população.

SALA (1990) aponta uma proposta de metodologia de avaliação semelhante, também conferindo relevância à estrutura, o processo e o resultado. Para este autor, o estudo da estrutura compreende a avaliação da qualidade e quantidade de pessoal utilizado para determinada ação. O estudo do processo envolve a avaliação da atividade dos profissionais e, finalmente, o último considera os resultados finais relativos ao programa (SALA, 1990).

Para EDUARDO (1990) a avaliação é a dimensão básica de todo o processo de gerenciamento e este deve estar articulado com a *informação* em todos os níveis. A *avaliação em saúde* “é a configuração de um conhecimento aproximado da realidade de saúde” e esse conhecimento se “constrói mediante *indicadores*, propiciados pelos vários sistemas de informação em saúde”, os quais através de dados, numéricos ou não, buscam mensurar as atividades realizadas e se aproximar da realidade que se deseja conhecer, seja quantitativa ou qualitativa e com isso intervir para alcançar os objetivos.

1.2.1- Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

A informação em saúde é comumente compreendida como o conjunto das informações sociais, demográficas e epidemiológicas produzidas por instituições públicas e privadas. Estas informações devem apoiar o planejamento e a tomada de

decisão, o que, conseqüentemente, as tornam um instrumento da gerência (TEIXEIRA, 2000).

Para CARVALHO, A.O. (1998) a tecnologia da informação é compreendida como o conjunto de *hardware* e *software* que desempenha tarefas de processamento de informações, tais como sua coleta, transmissão, armazenamento, recuperação, manipulação e apresentação. Na gestão da saúde, temos, de acordo com este autor, a crescente possibilidade de informações mais confiáveis para a tomada de decisão, maior agilidade para a recuperação da informação, possibilidade de informação disponível em diversos locais e uso das bases de dados para a avaliação dos serviços de saúde. Na maioria dos municípios, no setor saúde, o grau de utilização dos recursos da informática pode ser considerado mínimo ou inexistente.

Há o reconhecimento geral de que ter acesso ao dado, por si só, não garante que ele assumirá importância no processo de formulação de políticas e nas ações (TEIXEIRA, 2000).

Um exemplo de tecnologia de informação no setor da saúde é o Sistema *Hygia* do município de Ribeirão Preto. Este sistema, implantado progressivamente a partir de 1994, compõe-se de um cadastro de informações de caráter geral, que pode ser acessado *on-line* por usuários autorizados através do uso de senhas. O sistema pode ser utilizado para diversos propósitos, inclusive para o registro e atualização de situação vacinal, permitindo que o usuário receba a vacina mesmo não estando com sua carteira de vacinação em mãos, agilizando o atendimento e evitando encaminhamentos e retornos desnecessários à unidade de saúde (TEODORO, 2000).

Os Sistemas de Informação foram definidos como tecnologias de coleta, processamento, análise e difusão das informações em saúde (TEIXEIRA, 2000). O

registro da “informação” não é uma característica da modernidade. Estudos demonstram que já em 1585, Padre José de Anchieta registrava informações a respeito do número de habitantes do nosso país. Um pouco mais tarde, na época do Brasil independente, foi então percebida a preocupação em discutir as *finalidades* das informações disponíveis, bem como métodos e técnicas utilizados na sua geração (MORAES, 1994).

Os indicadores relativos à saúde ganharam relevância em 1941, ano da 1ª Conferência Nacional de Educação e Saúde, devido a necessidade de se racionalizar os serviços (MORAES, 1994). Nesta conferência surgiu a proposta da realização de um primeiro levantamento sobre a situação da área da saúde em nível estadual para todo o território nacional. Este levantamento buscou reconhecer a situação sanitária daquele momento, através de quinze blocos de perguntas que incluíam: a organização geral da administração da saúde, pesquisas científicas, medicina preventiva em geral, doenças (tuberculose, lepra, malária e doenças venéreas), outras endemias, saneamento, nutrição, educação sanitária, fiscalização do exercício da medicina, bioestatística, proteção à maternidade e à infância e assistência representada pela capacidade instalada (quantidade de médicos existentes e de leitos por cem mil habitantes, entre outros) (MORAES, 1994).

Este modelo inicial de levantamento influenciou a estruturação das futuras bases de dados, ou seja, dos SIS conforme verificado pela autora (MORAES, 1994).

O marco inicial dos sistemas de informação em saúde no Brasil ocorreu no ano de 1975, na “Primeira Reunião Nacional sobre Sistemas de Informação de Saúde” promovida pelo Ministério da Saúde. Nesta reunião estavam presentes representantes de todas as unidades federadas visando assegurar a participação dos níveis estaduais

na definição dos objetivos e do plano de ação para o desenvolvimento dos sistemas (MORAES, 1994).

Os objetivos eram: 1) analisar a situação atual com referência às informações disponíveis e às possibilidades dos órgãos responsáveis pela produção das informações no setor saúde; 2) analisar as perspectivas de implantação de um Sistema Nacional de Informações de Saúde e as estratégias concretas de ação; 3) propor uma metodologia de trabalho para o desenvolvimento do Subsistema de Informação de Mortalidade (MORAES, 1994).

Dentre as autoridades presentes na Primeira Reunião Nacional sobre Sistemas de Informação de Saúde, o ministro da saúde (Dr. Paulo de Almeida Machado) e o representante da câmara dos deputados caracterizaram o SIS como um projeto racionalizador. Outra característica marcante foi a ênfase dada à relação entre o SIS, o processo de planejamento e a vigilância epidemiológica (MORAES, 1994). Esta autora alerta para a visão “simplista” que identificou na transcrição de alguns relatos proferidos nesta reunião. Para ela os SIS “são necessários, mas não suficientes, para uma nova dinâmica em relação ao processo de decisão e organização da oferta de serviços na área de saúde no Brasil”.

Inicialmente foram criados SIS para dados de mortalidade (1976), recursos no setor (1979), empresas autorizadas e produtos registrados pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (1981) e estimativas de população (1983). Entre o período de 1973 a 1985 também foram criados os SIS de doenças transmissíveis, de controle de poliomielite, raiva e meningite e o de imunizações, processados até então manualmente, em nível federal pela Divisão Nacional de Epidemiologia da Secretaria de Ações Básicas de Saúde (MORAES, 1994). No Estado de São Paulo, segundo ARAUJO (2002), até o

ano de 1997, o Programa Estadual de Imunização realizava a comunicação dos dados de doses aplicadas entre os níveis local, municipal, regional e estadual por meio de impressos em folhas de papel.

Os SIS, portanto, foram organizados a partir de uma racionalidade campanhista, criadora de programas “verticalizados”, voltados para determinados agravos ou grupos de risco. A criação de sistemas de forma independente demonstra uma aparente desorganização entre as diferentes bases de dados, fato este que faz parte de uma determinada política do Estado (MORAES, 1994).

Em 1989, a autora identificou a existência de 75 diferentes sistemas de informação em saúde, através de pesquisa com trabalhadores que exerciam cargos de gerência em oito grandes estados brasileiros, no Distrito Federal e com outros gerentes que atuavam no MS, Sucam, Inamps/Dataprev. Através deste estudo verificou que os gerentes julgavam que os SIS tinham muitas informações repetidas e de pouca importância para o nível local (MORAES, 1994).

A maioria dos sistemas de saúde foram concebidos antes da implantação do SUS e sem a participação estadual e municipal, e por isso sua concepção, objetivos e metas dirigiam-se para outro delineamento político em relação à atuação dos três níveis de governo. “Dessa forma a simples transposição de sistemas concebidos no plano federal para o âmbito estadual ou local, não implica descentralização da informação” (BRANCO, 1996). Segundo a autora houve apenas “desconcentração da digitação, do processamento e do acesso aos dados”.

BRANCO (1996) aponta que tradicionalmente no Brasil os governos federal e estadual, sem a participação dos municípios, quase sempre realizam a produção e a utilização da informação em saúde, originando diagnósticos sobre a situação sanitária

de cada local. A autora admite que seja fundamental a existência de sistemas de informação de concepção federal, mas reforça que o modelo de sistema de informação em saúde existente não atende constitucionalmente aos princípios para o setor, consolidados nas Leis Orgânicas.

Infelizmente, percebemos tanto através de nossa prática profissional, quanto através da indicação de diversos autores, que tal preocupação com a finalidade das informações não atinge significativamente os trabalhadores e governantes na atualidade.

O campo de poder é estritamente relacional. O 'poder da informação' na perspectiva das instituições, é dado na medida de seu papel e função para a definição da Política, do que fazer, ou seja, de sua utilização efetiva para a decisão. A informação é poder quando informa aquilo que é importante para quem está de fato decidindo, quando instrumentaliza, ou escamoteia e/ou justifica as não-decisões, no sentido do avanço ou manutenção dos interesses hegemônicos, em uma dada conjuntura (MORAES, 1994, p.44).

1.3- Caracterização do Sistema de Saúde do Município de Campinas, SP: o cenário do estudo

Diferente de muitos outros municípios que iniciaram políticas de atenção primária na última década com o Programa Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde, Campinas já possuía desde a década de 1970 programas voltados para a atenção da saúde da comunidade, com uma rede de Postos Comunitários de Saúde (PCS) implantada (CAMPINAS, 2001a; NASCIMENTO, 2002).

A Secretaria de Saúde foi criada em 1968 após o desmembramento da antiga Secretaria de Saúde e de Bem Estar Social, tendo a partir de então, nova estrutura administrativa. Nesse modelo o organograma era composto pelo Setor de Expediente e pelo Departamento de Saúde, o qual incluía o Setor de Administração, Pronto Socorro, Serviço Médico Escolar, Serviço Dentário Escolar, Serviço Médico, Serviço Veterinário e Serviço de Fiscalização Sanitária e Alimentação Pública (NASCIMENTO, 2002).

O processo de reforma na organização dos serviços de saúde teve início em 1977, sendo movido pela situação de desorganização administrativa do setor da saúde, pela incapacidade de manter o modelo hospitalocêntrico mediante a crise econômica e também pela inadequação do modelo de saúde em relação às necessidades de grande parte da população (QUEIROZ, 1994).

Os primeiros Postos Comunitários de Saúde foram estruturados nas regiões urbanas periféricas e em áreas rurais (SMEKE, 1989). No início de 1978 já existiam onze PCSs. As ações desenvolvidas nestes serviços se destinavam, principalmente, a seguir a programação da Secretaria de Saúde do Estado, voltada ao atendimento da criança, do adulto e da gestante (NASCIMENTO, 2002).

Em julho de 1978 houve ampliação da rede e a estruturação de outros seis novos PCSs. Neste período houve a contratação da primeira enfermeira da rede e três meses após, foram contratadas outras duas. Estas enfermeiras se responsabilizavam pela vacinação, treinamento e supervisão dos auxiliares em alguns PCS. Ao final da década de 70 o quadro de enfermeiras era composto por sete trabalhadoras (NASCIMENTO, 2002).

Ainda segundo NASCIMENTO (2002), em 1985, a Secretaria de Saúde passou por nova reestruturação administrativa, sendo esta estrutura estabelecida pelo Decreto nº 8599 de 18 de setembro de 1985, como demonstrado a seguir:

“I - Secretaria de Saúde:

1. Conselho Técnico Administrativo;
2. Assessoria Técnica;
3. Setor de Expediente;
4. Divisão de Administração;
 - 4.1 Serviço de Transporte e Suprimento;
 - 4.2 Serviço de Manutenção;
 - 4.3 Seção de Pessoal e Contabilidade;
 - 4.4 Seção de Informação e Avaliação;
5. Departamento de Saúde;
 - 5.1 Assessoria de Estudos e Programas;
 - 5.2 Comissão de Programação, Supervisão e Avaliação;
 - 5.3 Divisão de Saúde Comunitária;
 - 5.3.1 Serviço Médico Comunitário;
 - 5.3.2 Serviço de Enfermagem;
 - 5.3.3 Serviço de Saúde Mental;
 - 5.4 Serviço Médico do Servidor;
 - 5.4.1 Serviço de Saúde Bucal;
 - 5.4.2 Serviço Odontológico Escolar;
 - 5.5 Divisão de Saneamento;
 - 5.5.1 Serviço Veterinário e Controle de Zoonoses;
 - 5.5.2 Serviço de Fiscalização e Alimentação Pública;
 - 5.5.3 Serviço de Fiscalização Sanitária”.

O aumento do repasse financeiro e a grande expansão da rede básica de saúde ocorridos em 1987 impuseram para o sistema de saúde a necessidade de ampliar os recursos humanos e para isto promoveu-se a contratação de vários profissionais, inclusive auxiliares de enfermagem e outras enfermeiras (NASCIMENTO, 2002).

Naquele ano a prefeitura municipal se converteu ao Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) visando a municipalização dos serviços de saúde (MELLIN, 1998)².

Em 1988, a eleição do Partido dos Trabalhadores para a administração do município trouxe novas expectativas à área da saúde e o setor passou a receber 16,5% do orçamento municipal, porcentagem poucas vezes alcançada por outros municípios brasileiros (QUEIROZ, 1994). Este recurso financeiro permitiu, além de equipar os postos de saúde com instrumentos terapêuticos, aumentar significativamente o número e os salários dos trabalhadores (QUEIROZ, 1994). Em 1989 foi realizado o primeiro concurso público da Secretaria de Saúde do Município para todas as categorias profissionais (NASCIMENTO, 2002).

Ainda no final do ano de 1989 ocorreu nova alteração da estrutura administrativa da Secretaria e o organograma foi estabelecido de modo que o Departamento de Saúde permanecesse ligado ao Secretário de Saúde. O município foi dividido em três regiões de Saúde (I, II, III), com a supervisão de uma equipe multiprofissional. Foram criados os serviços de Vigilância Epidemiológica e os cargos de Assessorias nas áreas da Saúde da Mulher, da Criança e do Adulto (NASCIMENTO, 2002).

O gerenciamento foi a questão central focalizada pela secretaria de saúde nos anos de 1988 e 1989. O setor da saúde era caracterizado por apresentar grande dificuldade no gerenciamento devido à tradição de autonomia que permitia a manipulação dos mecanismos de controle externos produzidos pelo sistema de gerência tradicional (QUEIROZ, 1994).

² MELLIN, A.S. *apud* NASCIMENTO, E.P.L. As enfermeiras e suas práticas na rede básica de saúde de Campinas nas décadas de 70 e 80. Campinas, 2002. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas)

A política de descentralização gerencial estimulou cada unidade de saúde a promover suas próprias tecnologias e processos de trabalho. No entanto, essa primeira tentativa de promover bases gerenciais sólidas para o sistema falhou no sentido de incorporar um sistema de gerenciamento institucionalizado que mantivesse continuidade das experiências realizadas. Com a crise política instalada na prefeitura e na secretaria de saúde nos dois últimos anos daquela gestão quase todas as conquistas foram perdidas. Este período foi considerado um “desastre administrativo” por QUEIROZ (1994).

Em 1992 o município de Campinas estava habilitado para atuar no modelo de gestão semiplena e estava em franco processo de municipalização dos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, sendo que não assumia ainda a vigilância sanitária de alta complexidade (fiscalização dos serviços de hemoterapia, hemodiálise e transplante de órgãos e tecidos). A organização das vigilâncias, no nível municipal, era realizada através de um órgão central denominado Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental (CoVISA) (CASTRO, 2003).

Em 1997 o município passa a ser dividido em cinco distritos de saúde, sendo que cada um destes possui um serviço de Vigilância à Saúde (VISA). É também nesse ano que o município passa a atuar no modelo de gestão plena (CASTRO, 2003). Nesta modalidade de gestão “todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços, próprios, conveniados e contratados se dão no âmbito do Município” (CAMPINAS, 2003a).

Em fevereiro de 1997 foi realizada uma oficina na qual definiu-se a concepção de Vigilância em Saúde para o município, as diretrizes e atribuições de cada nível do

sistema de saúde (local, regional e central), o perfil dos profissionais requeridos e a estratégia de implantação (CAMPINAS, 1997).

Desde então, a VISA, segundo CASTRO (2003), permaneceu atuando nessas diretrizes, promovendo a descentralização das atividades para o nível local e as atividades de vigilância epidemiológica passaram, majoritariamente, para a responsabilidade do nível local. O nível regional/distrital vem atuando como apoiador técnico e como núcleo de capacitação das equipes locais. A autora relata, no entanto, que as ações de vigilância sanitária ainda estão restritas ao nível regional (CASTRO, 2003).

Segundo esta autora, em 2003, portanto dez anos após a implantação das VISAs, era notório que as ações ainda estavam muito restritas à imunização e às doenças de notificação compulsória, e que a “ampliação do olhar para a coletividade” ainda estava em construção nas VISAs regionais e nos Centros de Saúde (CSs) (CASTRO, 2003).

Campinas possui desde 1989, um sistema de saúde distritalizado, o que implica um progressivo processo de descentralização do planejamento e da gestão da saúde. Sua organização administrativa pode ser visualizada no organograma da Figura 1.

Os cinco Distritos de Saúde (DS) de Campinas - Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste - abrangem cerca de 200.000 habitantes cada e um total de 46 Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme se pode observar na Figura 2 (CAMPINAS, 2003a). Cada distrito de saúde possui uma coordenação geral e uma equipe multiprofissional de VISA.

ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

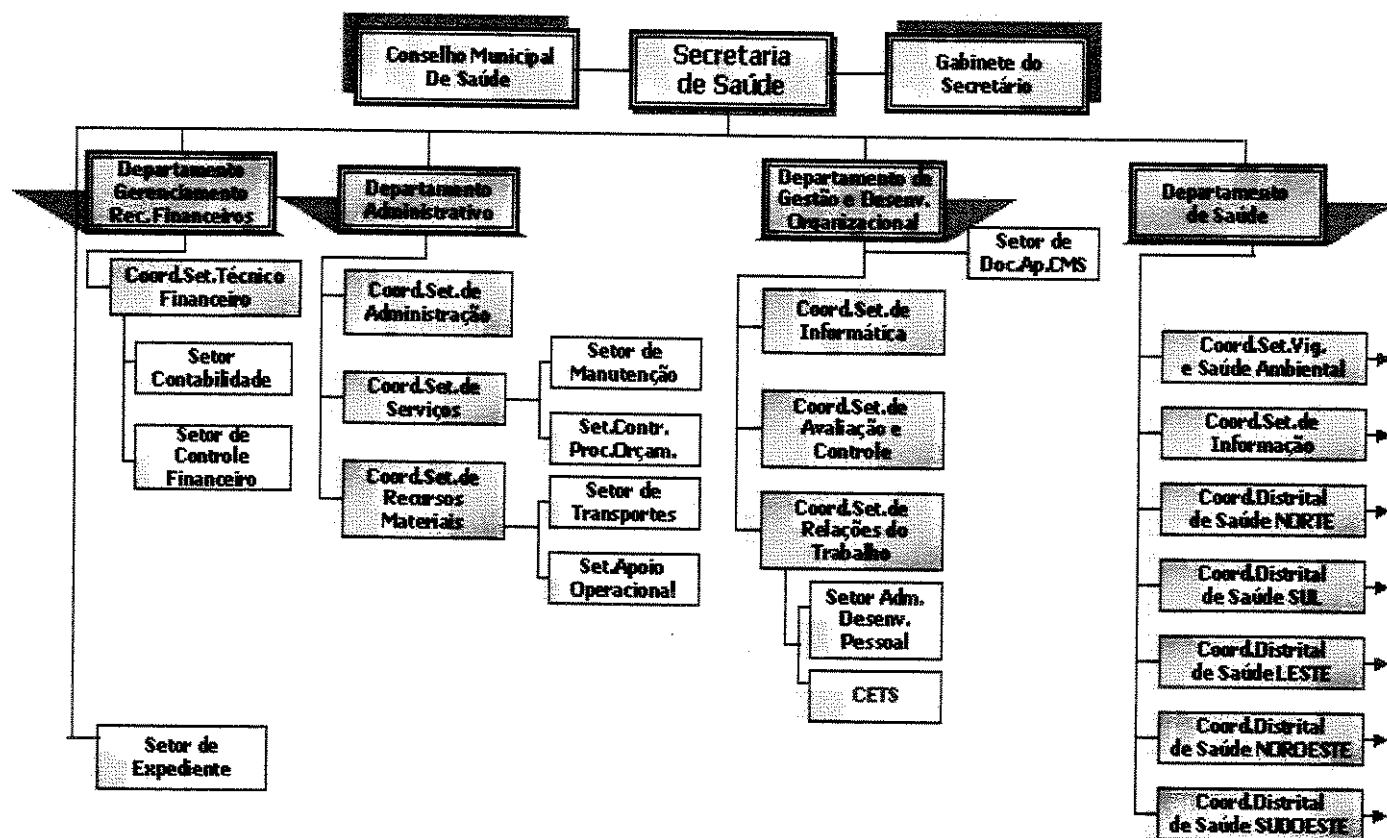
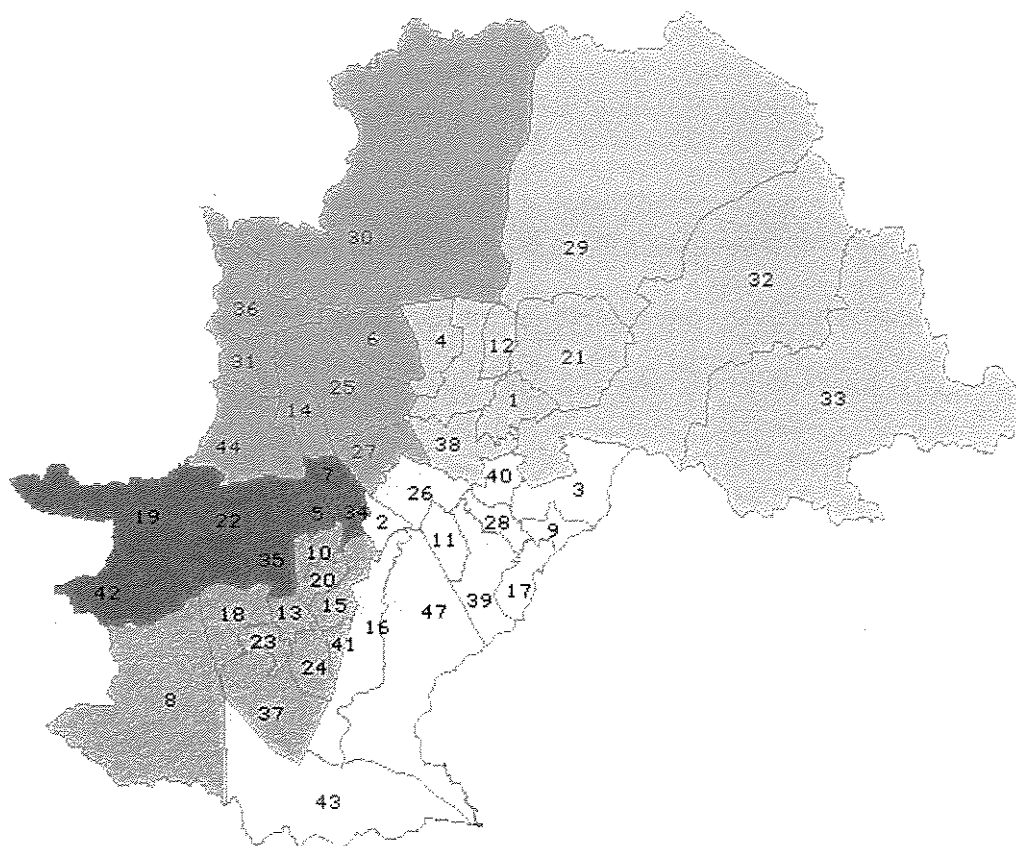


Figura 1- Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Campinas, 2004.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Disponível em <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude>> Acesso em 28 set.2004.



Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroeste
6 – Santa Mônica	2 - Vila Rica	1 - Conceição	8 - União dos Bairros	5 - Perseu
14 – Boa Vista	3 - Orosímbo Maia	4 - Costa e Silva	10 - Santa Lúcia	7 - Integração
25 – Eulina	9 - Esmeraldina	12 - São Quirino	13 - Aeroporto	19 - Valença
27 – Aurélia	11 - Figueira	21 - 31 de março	15 - Campos Elíseos	22 - Florence
30 – Barão Geraldo	16 - São José	29 - Taquaral	18 - Vista Alegre	34 - Pedro Aquino
31 – Anchieta	17 - São Vicente	32 - Sousas	20 - Capivari	35 - Ipaussurama
36 – São Marcos	26 - Faria Lima	33 - Joaquim Egídio	23 - Dic I	42 - Floresta
44 – Sta. Bárbara	28 - Santa Odila	38 - Centro	24 - Dic III	
	39 - Ipê		37 - São Cristóvão	
	40 - Paranapanema		41 - Itatinga	
	43 - São Domingos			
	47 - Carvalho de Moura			

Figura 1: Mapa do município de Campinas segundo delimitação das áreas de abrangência das UBS e DS. Campinas, 2003.

Fonte: Secretaria de Saúde do município de Campinas. Disponível em <www.campinas.sp.gov.br/saude>. Acesso em 01 set. 2003.

Os mecanismos de escolha dos trabalhadores para os cargos de gerência também devem ser considerados para a conformação do atual modelo de gerência encontrado na SMS. De acordo com informações da Secretária de Saúde do município³, tivemos os seguintes mecanismos para o preenchimento de cada cargo:

- Os coordenadores de Distrito e da CoVISA foram escolhidos através de indicação da Secretária de Saúde. Após indicação da Secretaria, houve discussão desses nomes com membros do Núcleo de Saúde do Partido dos Trabalhadores;
- Os coordenadores de núcleos de apoio se integraram à CoVISA após convite da secretaria; outros técnicos foram integrados à equipe do mesmo órgão pelo mesmo mecanismo ou por meio de solicitação do próprio trabalhador.
- O coordenador da VISA foi escolhido através de indicação do coordenador do Distrito. A equipe técnica foi constituída, com algumas exceções, via processo seletivo na SMS ou via acesso direto por concurso. Os apoiadores e demais membros técnicos foram indicados pelo coordenador do Distrito.
- A escolha de trabalhadores para o cargo de coordenador de UBS foi feita através de processo seletivo interno.

FORTUNA *et al* (2002) apresentam quais são os mecanismos mais comuns de escolha dos trabalhadores de UBS do Sistema Único de Saúde. Estas autoras sustentam que para a seleção dos trabalhadores, em geral, são aplicadas provas de múltipla escolha que negligenciam o perfil do trabalhador e do trabalho que este assumirá. Referem que, com raras exceções, a escolha dos gerentes de UBS

³ Estas informações foram solicitadas à Secretária de Saúde do Município e recebidas via correio eletrônico, uma vez que as pesquisadoras não encontraram documento oficial da SMS que indicasse os mecanismos de seleção para os cargos de gerência.

comumente é feita através de indicação por outras instâncias ou setores da prefeitura e não pela própria unidade.

Desde o ano de 2001, a Secretaria de Saúde do município atua no modelo do Programa de Saúde da Família - PAIDÉIA com o objetivo de: “reconstruir” o modo como se pensa e se trabalha com saúde; reformular a ação clínica considerando não apenas a doença, mas o sujeito enfermo; ampliar as práticas de promoção à saúde; agir em equipe interdisciplinar; ampliar os espaços de atendimento fora da unidade (domicílio, escola, bairro, rua); e principalmente, cuidar das pessoas lembrando que elas estão inseridas em diversas redes sociais (CAMPINAS, 2001a).

No modelo Paidéia trabalham na UBS as Equipes Locais de Referência (Equipe de Saúde da Família) responsáveis pelo atendimento básico e integral às famílias. Estas Equipes são compostas por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, dentista, auxiliar ou atendente de consultório dentário, médico pediatra, gineco-obstetra e clínico. As Equipes de Apoio (Equipes Matriciais) são encarregadas de cooperar com as Equipes Locais em áreas específicas, tais como saúde mental, saúde coletiva, reabilitação, etc. O colegiado da UBS é composto pelos representantes das várias equipes organizadas em cada local (CAMPINAS, 2001a).

Os Núcleos de Saúde Coletiva funcionam em apoio às Equipes Locais e são compostos “por profissionais com formação em Saúde Pública, com tempo reservado a este tipo de trabalho, e pelos Agentes de Saúde”. Este núcleo possui dupla função: apoiar as Equipes de Referência e desenvolver ações diretas sobre grupos, instituições, ambientes e outros (CAMPINAS, 2001a).

A Secretaria opera com a idéia de um sistema de co-governo. Neste, a coordenação da UBS, a equipe e os usuários compartilham o poder através dos

conselhos locais de saúde; o poder é centrado na equipe interdisciplinar através dos colegiados de gestão e não nas corporações profissionais; são utilizados vários dispositivos tais como oficinas, reuniões por categoria profissional, atividades de sala de espera, assembléia com usuários, etc.; pratica-se uma gestão cotidiana democrática, com análise de temas e tomada de decisão envolvendo os interessados. Opera-se também com espaços coletivos deliberativos em conformidade com os contratos e diretrizes definidas (CAMPINAS, 2001a).

As equipes de Distritos de Saúde e dos Departamentos da SMS funcionam como “apoiadores institucionais, somando-se ao esforço das Equipes Locais e de segmentos de usuários para mudança de modelo e dos processos de trabalho” (CAMPINAS, 2001a).

Em relação à Vigilância à Saúde temos as seguintes atribuições para cada nível da SMS (CAMPINAS, 2004).

- Centros de Saúde: conhecer e intervir no risco de doenças e agravos; vacinar na rotina, nos bloqueios e nas campanhas; executar atividades de orientação e educação sanitária ambiental; prevenir e controlar doenças (especialmente as de notificação compulsória).
- Distritos de Saúde - Coordenadorias de Vigilância à Saúde (VISAs): coordenar e integrar as ações locais e regionais de prevenção e controle de doenças e agravos; oferecer retaguarda técnica e disponibilizar informações às equipes locais.
- Departamento de Saúde - Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental (CoVISA): integrar os níveis do sistema de vigilância em saúde no âmbito municipal; sistematizar e disponibilizar os bancos de dados e de informações estratégicos; oferecer retaguarda técnica e executar ações complementares de controle; promover o desenvolvimento tecnológico da vigilância em saúde pública a partir da esfera municipal do SUS.

O controle social é realizado através dos Conselhos Locais de Saúde vinculados às UBSs e através do Conselho Municipal de Saúde. Os conselhos locais são formados por representantes da população usuária, dos trabalhadores de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde (CAMPINAS, 2003a).

A Prefeitura Municipal também possui um canal direto de comunicação com a população através do telefone 156. Por meio deste, o cidadão pode encaminhar pedidos de reparos e serviços ou ainda reclamações, informações, sugestões e denúncias.

1.4- A Imunização de Idosos em Campinas

A vacinação da população idosa ocorreu pela primeira vez no município de Campinas, SP, em 1998, um ano antes da oficialização do Programa pelo MS, tendo sido a vacina oferecida para as pessoas maiores de 60 anos. A cobertura vacinal contra *influenza* alcançou 43% do total de idosos do município (CAMPINAS, 1998). A partir do ano de 1999, com a implantação do Programa em nível nacional, Campinas obteve coberturas mais amplas, no entanto, apresentando grande variabilidade.

Segundo os dados oficiais do município (SIS-API para o número de doses aplicadas e dados do Censo para volume de população, com exceção para o ano de 1999 no qual utilizamos a base das Estimativas Populacionais 1996-2002) as coberturas de 1999; 2000, 2001, 2002 e 2003 foram, respectivamente, 63,2% 57,6%; 95,8%; 49,2% e 69,2%.

Para o planejamento das campanhas utiliza-se um instrumento, no formato de planilha, denominado "Plano Operativo", neste as UBSs discriminam a quantidade de insumos (seringas, agulhas, algodão, álcool, papel toalha, imunobiológicos, gelos recicláveis e outros) e de trabalhadores de que necessitarão para realizar a campanha.

Cada trabalhador recebe uma remuneração adicional, denominada "Etapa", da Secretaria de Saúde para trabalhar um determinado período adicional à jornada habitual de trabalho.

Em Campinas, as coberturas vacinais ainda são obtidas através de sistema de informação que é alimentado mediante registro manual em planilhas mensais de produção de vacinas. Essas planilhas não contemplam a discriminação dos usuários que residem no território pelo qual responde a unidade básica de saúde (UBS). Assim, cada vacina aplicada gera um registro numa planilha diária cuja somatória conformará a produção mensal de vacinas de cada UBS, a partir da qual serão obtidos os dados para avaliação de cobertura vacinal local, dos distritos de saúde e do município.

Para os cálculos das coberturas vacinais temos para Campinas, duas bases de dados de população e duas fontes de dados de número de doses aplicadas. Para os anos de 1999, 2000, 2001 e 2002 a população do município pode ser identificada a partir de Estimativas Populacionais 1996-2002, segundo área de abrangência dos Distritos de Saúde de Campinas (CAMPINAS, 2002a). Os dados de população para os anos de 2000 até 2003 também podem ser identificados segundo os dados do Censo 2000 (Resultados do Universo - dados selecionados segundo áreas de abrangência dos Distritos de Saúde) (CAMPINAS, 2000a). Ambas as bases populacionais foram disponibilizados pela SMS.

ARAUJO (2002) salienta que nos municípios com imigração representativa há maior chance de se vacinar um número superior ao estimado, incidindo fortemente nos índices de cobertura vacinal. Este fato pode acarretar índices mais elevados que o real, inclusive em alguns casos superando 100% de cobertura.

Em relação ao número de doses aplicadas, temos os dados do programa oficial da Secretaria de Saúde do Município - o subsistema de avaliação do programa de imunização (SIS-API) (CAMPINAS, 2002b). Frente a alguns problemas nos dados contidos neste subsistema, tal como o de ter sido registrado para um determinado distrito e ano um número de doses aplicadas idêntico ao de população maior de 60 anos, fizemos contato com a CoVISA e recebemos outros dados de diversas planilhas, os quais foram nomeados de dados do Relatório (CAMPINAS, 1999; CAMPINAS, 2001c; CAMPINAS, 2002b; CAMPINAS, 2002c; CAMPINAS, 2002d; CAMPINAS, 2003b).

Estes dados estavam nos arquivos da CoVISA e se tratavam de planilhas de consolidação final, estando todas devidamente datadas e foram consideradas pela entrevistada da CoVISA como fonte fidedigna de número de doses aplicadas. Tais dados diziam respeito à vacinação em todos os postos fixos e volantes da rede pública de saúde do município. Os dados oriundos de clínicas privadas não estavam incluídos nessas planilhas, tal como não ocorre também nas demais campanhas vacinais.

Calculamos as coberturas vacinais utilizando todas as possíveis variáveis, sendo duas de população e duas de doses aplicadas. Identificamos de um a quatro índices de cobertura vacinal para cada ano analisado. Vejamos o quadro a seguir com o tamanho da população maior de 60 anos, segundo as Estimativas Populacionais e segundo o Censo, o número de doses aplicadas segundo o SIS-API e os dados dos Relatórios e, finalmente, os possíveis valores de cobertura vacinal do Município e de seus Distritos de Saúde.

Utilizamos os dados a partir de 1999, por ser este o ano oficial da implantação da Campanha de Vacinação de Idosos no país. Por questões éticas, para garantir o

anonimato dos entrevistados e do campo de pesquisa, atribuímos, aleatoriamente, as cores verde, azul, rosa, lilás e marrom para nomear os Distritos de Saúde.

Estimava-se, a partir da taxa de crescimento populacional do período de 1991-1996, baseada na Estimativa de Contagem Populacional do IBGE de 1996 que, do total de quase um milhão de habitantes da cidade, mais de 84 mil pessoas tinham mais de 60 anos em 2000 (CAMPINAS, 2002a). No entanto, em 2003, com a disponibilização dos dados do Censo do IBGE, constatou-se um volume de pouco mais de 92 mil pessoas maiores de 60 anos para o mesmo ano de 2000 (CAMPINAS, 2000a).

Quadro 1: Comparação dos dados de cobertura vacinal entre as fontes: SIS-API/ Relatório; Estimativas Populacionais / Censo. Campinas, 2003

ANO			VERDE	AZUL	ROSA	LILAS	MARROM	TOTAL
1999	Estimativas	População maior de 60 a.	15728	21978	28434	8863	8185	83188
	RELATÓRIO	N.º DE DOSES	9108	12262	14507	6363	5858	48098
		COBERTURA ⁺	0	0	0	0	0	0
		COBERTURA [#]	57,9%	55,8%	51,0%	71,8%	71,6%	58,6%
	SIS-API	N.º DE DOSES	9108	11553	13862	6363	11716	52602
		COBERTURA ⁺	0	0	0	0	0	0
COBERTURA [#]		57,9%	52,5%	48,7%	71,8%	143,1%	63,2%	
2000	Estimativas	População maior de 60a.	15810	22055	28567	9391	8444	84267
	Censo 2000	População maior de 60a.	17952	25108	29803	10057	9637	92557
	RELATÓRIO SIS-API*	N.º DE DOSES	8879	12398	13584	12725	5708	53294
		COBERTURA ⁺	49,4%	49,4%	45,6%	126,5%	59,2%	57,6%
		COBERTURA [#]	56,2%	56,2%	47,5%	135,5%	67,6%	64,0%
2001	Estimativas	População maior de 60a.	15892	22133	28702	9997	8704	85428
	Censo 2001	População maior de 60a.	18159	25839	29884	10219	9867	93968
	RELATÓRIO	N.º DE DOSES	11046	15067	17348	8142	5959	57562
		COBERTURA ⁺	60,8%**	58,3%	58,0%	79,7%	60,4%	61,2%
		COBERTURA [#]	68,5%**	68,1%	60,4%	81,4%	68,4%	69,6%
	SIS-API	N.º DE DOSES	11046	15067	35984	16078	11839	90014
		COBERTURA ⁺	60,8%**	58,3%	120,4%	157,3%	120,0%	95,8%
COBERTURA [#]		68,5%**	68,1%	125,4%	160,8%	136,0%	105,4%	
2002	Estimativas	População maior de 60a.	15974	22210	28836	10444	8964	86428
	Censo 2002	População maior de 60a.	18368	26590	29964	10381	10104	95407
	RELATÓRIO	N.º DE DOSES	12004	15881	16732	7916	7048	59581
		COBERTURA ⁺	65,4%	59,7%	55,8%	76,2%	69,7%	62,4%
		COBERTURA [#]	75,5%	71,5%	58,0%	75,8%	78,6%	62,7%
	SIS-API	N.º DE DOSES	11104**	15256	17763	6754	7147	46920
		COBERTURA ⁺	60,4%	57,4%	59,2%	65,1%	70,7%	49,2%
COBERTURA [#]		99,3%	68,7%	61,6%	64,7%	79,7%	62,7%	
2003	Censo 2003	População maior de 60a.	18579	27364	30044	10550	10347	96884
	RELATÓRIO	N.º DE DOSES	12590	18648	19180	8226	8390	67034
		COBERTURA ⁺	67,8%	69,2%	63,8%	78,0%	81,1%	69,2%

* Em 2000, os dados denominados "Relatório" fornecidos pela CoVISA são da mesma fonte (SIS-PNI) Temos portanto apenas um número de doses aplicadas para este ano.

**Para o Distrito Verde, no ano de 2001, utilizamos o Boletim de Consolidação de Dados do Distrito. Os dados de doses aplicadas coletados do SIS-PNI estavam com o mesmo numero de população estimada como meta. Em reunião com a CoVISA, foi reconhecido erro nesta planilha e indicado o uso dos dados do Relatório

Cobertura + calculada com base no Censo '2000'

Cobertura #calculada com base na Estimativa de Contagem Populacional.

Fontes: SES. CVE. Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. Boletim de consolidação de dados – 07/04/99 a 14/05/99 - distribuição segundo unidades de saúde; Censo 2000 - Resultados do Universo. Dados Seleccionados segundo áreas de abrangência dos DS; CoVISA. População por idade e sexo segundo residência nos DS: 2000 – 2003; CoVISA. Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. Relatório da Campanha do Idoso do ano 2001 – 23/04 a 18/05/02, incluindo o sábado dia 28/04/01, distribuição segundo DS e segundo o município; CoVISA. Estimativas Populacionais 1996-2002: área de abrangência dos DS de Campinas; Avaliação do Programa de Imunizações – PNI / API; SES. CVE. Campanha nacional de Vacinação do Idoso. Boletim de consolidação de dados – 13/04/02 a 10/05/02- Visa Norte – distribuído segundo UBS; SES. CVE. Campanha Nacional de Vacinação do Idoso em Campinas em 2002 – distribuído segundo desempenho semanal de vacinação por DS; CoVISA. Cobertura Vacinal da influenza semana a semana – distribuído segundo UBS, DS e total do município para 2003.

Verificamos, portanto, em relação ao tamanho da população que, no total temos 25.809 idosos a mais nos dados Censo em comparação às Estimativas Populacionais. Isto implica uma cobertura real menor que a encontrada a partir dos dados de população estimada, uma vez que o mesmo número de doses para uma população maior que a esperada diminui a taxa calculada da cobertura vacinal.

Para os anos estudados podemos observar que:

- ✧ **Em 1999** - Dispomos apenas de estimativas populacionais e, portanto, temos duas coberturas. A primeira, calculada a partir dos dados do Relatório da CoVISA indica-nos cobertura de 58,6% para o município. Segundo o SIS-API esta cobertura é de 63,2%. Verificamos diferença de 4.504 doses a mais para o SIS-API.
- ✧ **Em 2000** - Com relação à base de dados populacionais, identificamos diferença entre a Estimativa de Contagem Populacional e o Censo, sendo registrado neste último um número de 8.290 idosos a mais que na Estimativa. Isto resultou em duas coberturas, como pode ser visualizado no quadro 1. A CoVISA nos forneceu dados da mesma fonte (SIS-API) com a qual já vínhamos trabalhando e temos, por isso, o mesmo número de doses, segundo as duas fontes, para os Distritos.
- ✧ **Em 2001** - Verificamos também diferença de 8.540 idosos a mais nos dados do Censo em relação às Estimativas Populacionais. Observamos, em relação ao número de doses aplicadas, semelhança somente nos Distritos Verde e Azul. Dentre os demais, verificamos uma diferença de 32.452 doses no total. Neste ano as coberturas dos Distritos Rosa, Marrom e Lilás e do Município ultrapassaram os 100%, segundo o cálculo com base nas Estimativas Populacionais e nos dados do SIS-API.
- ✧ **Em 2002** - Notamos quadro semelhante em relação à subestimação da população. Quanto ao número de doses aplicadas, identificamos diferença em todas as

unidades. No total foi constatada uma diferença de mais de 12 mil doses. Neste ano se verifica o ponto mais baixo da cobertura vacinal: o município alcançou 49.2% de cobertura, segundo cálculo baseado no SIS-API e população estimada pelo Censo.

✧ **Em 2003** - Para este ano, temos uma fonte de dados de população e uma fonte de dados de doses aplicadas e, por consequência, um único coeficiente. Verificamos certa homogeneidade na cobertura para este ano, pois todos os Distritos alcançaram cobertura maior que 60%.

Esta situação pode ser visualizada no gráfico 3.

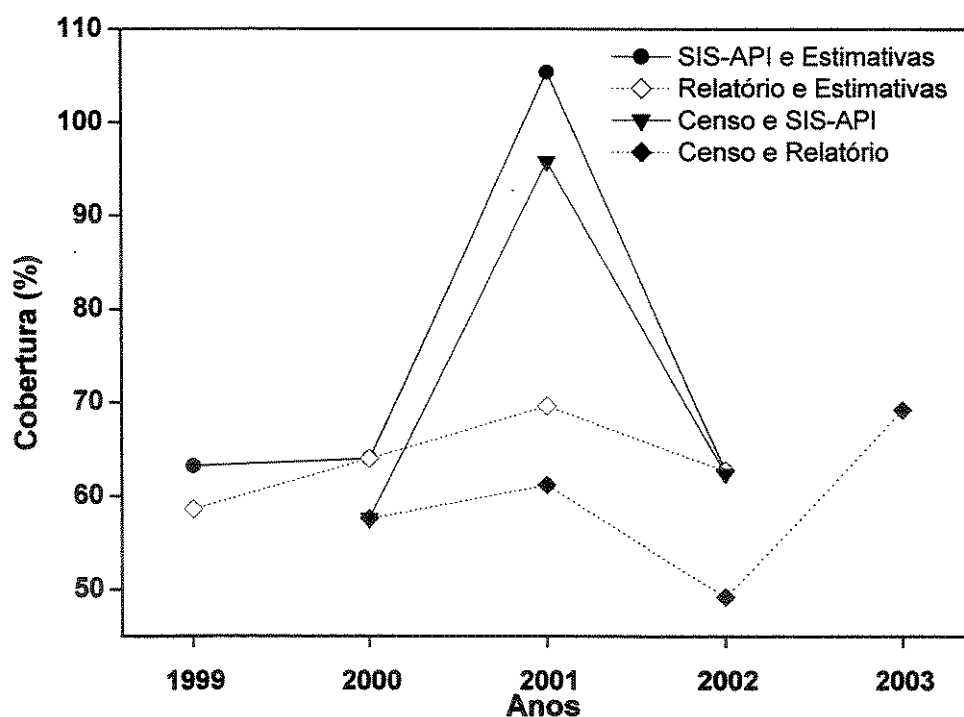


Gráfico 3: Coberturas vacinais do município de Campinas segundo dados de Estimativa Populacional, dados do Censo, dados do Relatório da CoVISA e do SIS-API. Campinas, 2003.

Fonte: Referências: CAMPINAS, 1999; CAMPINAS, 2000a; CAMPINAS, 2000b; CAMPINAS, 2001c; CAMPINAS, 2002a; CAMPINAS, 2002b; CAMPINAS, 2002c; CAMPINAS, 2002d; CAMPINAS, 2003b.

Notamos que as coberturas do SIS-API apresentam taxas mais elevadas no ano de 2001 e que os dados provindos do Relatório são visivelmente mais estáveis. Concluimos que, em relação às metas estipuladas pelo Ministério da Saúde, Campinas não apresentou o desempenho esperado, excetuando-se o ano de 2001, segundo a base SIS-API, e o ano de 2003.

1.4.1- Imunização dos Idosos em Campinas, SP segundo análise por Distritos

Caracterizaremos nos parágrafos seguintes, os Distritos de Saúde, através das Estimativas Populacionais, de um indicador denominado Índice de Condição de Vida (ICV) (CAMPINAS, 2001b) e das coberturas vacinais alcançadas no período em estudo. Nosso objetivo nesta etapa foi detalhar, de modo preliminar, cada Distrito a fim de identificar possíveis relações entre os dados de cobertura, população de idosos residentes no Distrito e suas condições de vida, através do ICV.

O ICV é um dos componentes do Prêmio Paidéia e foi elaborado a partir da necessidade de revisão do Incentivo CAT- Condições Adversas de Trabalho. Este nos permite identificar diferenças nos níveis de qualidade de vida da população das áreas de abrangência das unidades de saúde (CAMPINAS, 2001b).

O índice é composto por oito indicadores: 1- proporção de população moradora em sub-habitação; 2- proporção de chefes de família com menos de um ano de instrução; 3- taxa de crescimento anual 1991-1996; 4- proporção média de mães com menos de 20 anos de idade; 5- coeficiente médio de mortalidade infantil; 6- coeficiente médio de mortalidade por homicídios; 7- incidência média de desnutrição entre menores de cinco anos; 8- incidência média de tuberculose (CAMPINAS, 2001b).

Estes indicadores foram classificados de modo a agrupar as áreas de abrangência em três níveis de condição de vida, organizados em três classes com

aproximadamente o mesmo número de UBSs. Foram atribuídas notas de um a três para cada uma das classes, a partir daquela com os maiores valores de cada indicador. Indicadores com valores extremos foram excluídos da ponderação. Foram, então, ordenados três grupos (Grupo 1, Grupo 2 e Grupo 3) sendo o primeiro o de pior ICV, o segundo com valores intermediários e o terceiro grupo com melhor ICV. Ressalta-se que como este indicador trabalha com médias, ele fica impossibilitado de detectar a presença de desigualdades intra-áreas (CAMPINAS, 2001b).

No ano de 2000, a porcentagem de idosos (maiores de 60 anos) do município em relação ao total de habitantes é de 8,7% para os dados provindos da Estimativa Populacional 1991-1996 (CAMPINAS, 2002a) e de 9,5% para os dados do Censo de 2000 (CAMPINAS, 2000a). A distribuição da população de idosos segundo os Distritos de Saúde pode ser visualizada nos quadros 2 e 3.

Quadro 2 - Distribuição absoluta e percentual de idosos em cada Distrito de Saúde em relação a população total de idosos do município de Campinas para o ano de 2000. Campinas, 2004.

	VERDE		AZUL		ROSA		LILÁS		MARROM		TOTAL DE IDOSOS	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%
E. P. [#]	15810	18,8	22055	26,2	28567	33,9	93911	11,1	8444	10,0	84267	100
CENSO	17952	19,4	25108	27,1	29803	32,2	100579	10,9	9637	10,4	92557	100

Fonte: Censo 2000 - Resultados do Universo. Dados Selecionados segundo áreas de abrangência dos DS; CoVISA- População por idade e sexo segundo residência nos DS: 2000 - 2003. CoVISA. Estimativas Populacionais 1996-2002: área de abrangência dos DS de Campinas.

N é igual ao número absoluto de idosos; [#]E.P. significa Estimativa Populacional; *Porcentagem de idosos do Distrito em relação ao total de idosos do município.

Observamos um percentual de idosos semelhante em cada Distrito em relação às duas fontes de dados populacionais, com uma variação máxima de 1,7% (D. Rosa). Em relação à distribuição por Distritos, verificamos que o Rosa é o que possui maior número de idosos em sua população, englobando mais de 32% da população de idosos do município. O Distrito Azul é o segundo em população de idosos, comportando mais de 26%. O Distrito Marrom é o de menor população de idosos com apenas 10%, já os Distritos Lilás e Verde contribuem com cerca de 11% e 19%, respectivamente (CAMPINAS, 2000a).

O quadro 3 apresenta os dados de população de idosos e a porcentagem desta população no seu respectivo Distrito. Verificamos que são mantidas as proporções relativas à dimensão desta população (conforme o quadro 2) dentro dos Distritos Verde, Azul e Rosa, mas vemos que o Distrito Lilás tem percentual de idosos menor que o Marrom. Notamos também que o percentual dos Distritos Verde e Azul está próximo do total percentual do total de idosos do município, que é de 8,7% para os dados da Estimativa Populacional e de 9,5% para os do Censo.

Quadro 3 - Distribuição absoluta e percentual de idosos em cada Distrito de Saúde em relação à população total de cada Distrito de Saúde para o ano de 2000. Campinas, 2004.

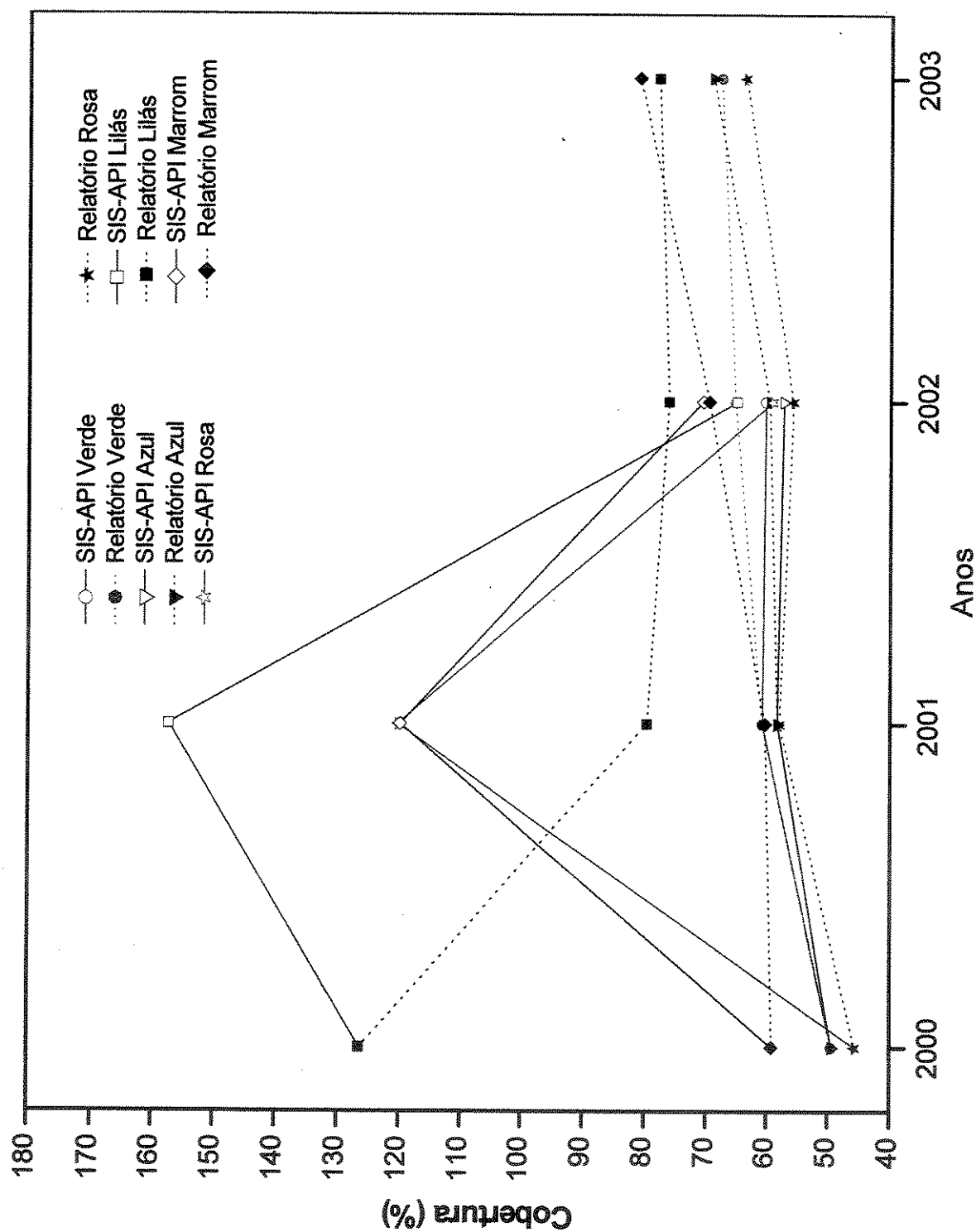
	VERDE		AZUL		ROSA		LILÁS		MARROM	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
E. P.*	15810	9,4	22055	9,7	28567	12,8	9391	4,7	8444	5,7
CENSO	17952	10,2	25108	10,1	29803	13,8	10057	5,4	9637	6,7

Fonte: Censo 2000 - Resultados do Universo. Dados Selecionados segundo áreas de abrangência dos DS; CoVISA- População por idade e sexo segundo residência nos DS: 2000 - 2003. CoVISA. Estimativas Populacionais 1996-2002: área de abrangência dos DS de Campinas.

N é igual ao número absoluto de idosos; # E.P. significa Estimativa Populacional; *Porcentagem de idosos do Distrito em relação ao total da população do Distrito.

Apresentaremos a seguir dois gráficos de distribuição de cobertura segundo os Distritos de Saúde de Campinas. Para o primeiro gráfico (gráfico 4), apresentamos as coberturas de acordo com o SIS-API e com o Relatório confrontadas com dados populacionais retirados do Censo. Por este motivo, não se apresenta a cobertura de 1999.

Para o gráfico 5 utilizamos os mesmos dados relativos ao número de doses de vacinas aplicadas. Porém, os dados de população utilizados foram os referentes à Estimativa Populacional e neste não se apresenta a cobertura de 2003, uma vez que as estimativas incluem os anos de 1996 a 2002 (Campinas, 1999; Campinas, 2000a; Campinas, 2001; Campinas, 2002b; Campinas, 2002b; Campinas, 2002c; Campinas, 2002d; Campinas, 2003b).



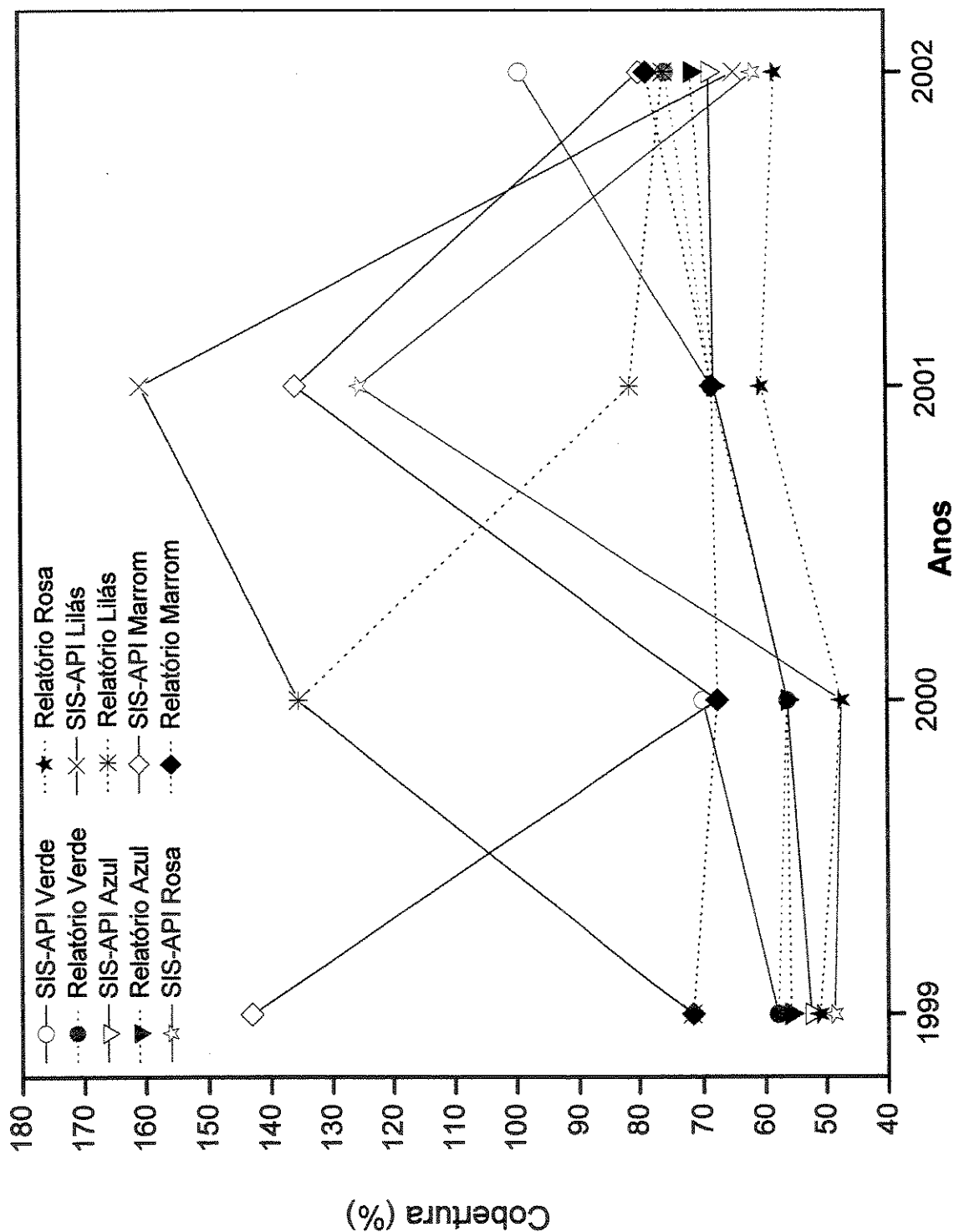


Gráfico 5: Cobertura vacinal dos Distritos de Saúde, segundo dados de população das Estimativas Popacionais e número de doses aplicadas segundo SIS-API e dados dos Relatórios. Campinas, 2003.
Fonte: Referências: CAMPINAS, 1999; CAMPINAS, 2000a; CAMPINAS, 2000b; CAMPINAS, 2001c; CAMPINAS, 2002a; CAMPINAS, 2002b; CAMPINAS, 2002c; CAMPINAS, 2002d; CAMPINAS, 2003b.

Com estes gráficos notamos que a cobertura dos DSs do município não tem comportamento estável. Nos Distritos temos as seguintes situações:

✧ Distrito Verde

Neste Distrito, como visualizado nos quadros 2 e 3, estão concentrados mais de 15 mil idosos segundo as estimativas populacionais, e quase 18 mil segundo o Censo 2000. Com isto, os idosos representam pouco mais de 9% da população do DS, correspondendo à terceira maior população de idosos dentre todos os Distritos (CAMPINAS, 2002a).

Manteve-se, com exceção apenas para o ano de 2002, com coberturas abaixo da meta de 70%. As coberturas variaram de 49,4% até 99,3%. Seu comportamento apresentou, de modo geral, tendência crescente na cobertura.

Na classificação do ICV, este Distrito tem suas Unidades distribuídas em todos os três grupos. No primeiro grupo, ou seja, no de pior condição de vida, estão 25% de suas Unidades Básicas de Saúde, no segundo grupo temos 37,5% das UBSs e no grupo de melhor ICV estão os outros 37,5% das Unidades. (CAMPINAS, 2001b).

✧ Distrito Azul

O Distrito de Saúde Azul é o segundo em população idosa maior de 60 anos, tendo entre 22 e 25 mil idosos residentes nesta região, o que representa cerca de 10% da população do Distrito (dados das Estimativas Populacionais e do Censo 2000 respectivamente) (CAMPINAS, 2002a).

Apresentou, dentre todos os possíveis, apenas um índice de cobertura acima de 70%. Tal índice foi o pico de cobertura do Distrito, alcançando 71,5% no

ano de 2002 (cálculo com base nas Estimativas Populacionais e dados do Relatório). O menor índice foi de 49,4% e os demais permaneceram entre 52,5% e 69,2%. Verificou-se também, que as curvas de cobertura têm padrão crescente discreto.

As Unidades Básicas de Saúde estão distribuídas uniformemente entre os três grupos do ICV. No grupo 1 temos 36,4% das UBSs, no grupo 2 temos 27,2% e os 36,4% das UBSs restantes, estão no grupo 3 (CAMPINAS, 2001b).

✧ **Distrito Rosa**

O Distrito de Saúde Rosa possui maior número absoluto e percentual de idosos do município. Lá vivem aproximadamente 30 mil idosos, o que representa 13% da população deste (CAMPINAS, 2002a).

Notamos no ano de 2001, coberturas acima de 100%, tanto para os cálculos baseados no SIS-API/ Estimativas Populacionais quanto para o SIS-API/ Censo. Todas as demais coberturas para todos os outros anos não ultrapassam 63,8%. O padrão das curvas possui comportamento estável nas coberturas calculadas a partir dos dados de número de doses aplicadas e comportamento instável nas coberturas do SIS-API, devido à singularidade apresentada no ano de 2001.

É caracterizado por possuir boa condição de vida, pois se observa que 75% das Unidades se concentram no grupo de melhor ICV e apenas 12,5 % no grupo 2 e outros 12,5% no grupo 1 (CAMPINAS, 2001b).

✧ Distrito Lilás

No Distrito Lilás verificamos que a população idosa representa menos de 5% da população do Distrito. Este Distrito é o segundo menor em relação à população de idosos (CAMPINAS, 2002a).

Diferente dos Distritos apresentados anteriormente, verificamos que as coberturas deste alcançaram na maioria das vezes índices maiores que 70%. No ano de 2000, verificamos uma cobertura elevada para os dois possíveis índices (126,5% e 135,5%). No ano de 2001 se verificou acréscimo na cobertura para os dados do SIS-API (157,3% segundo o Censo e 160,8% segundo as Estimativas) e decréscimo para dados do relatório (79,7% segundo o censo e 81,4% segundo estimativas). Apenas no ano de 2002 temos, para os cálculos baseados nas doses do SIS-API, coberturas menores (65,1% e 64,7%). No ano de 2003 a cobertura é de 78%. Concluimos que este DS possui de modo geral, comportamento instável em relação às coberturas de *influenza*.

Quanto ao ICV, 60% das UBSs estão no grupo 1, outros 30% das Unidades estão no grupo 2 e somente 10% estão no grupo 3 (CAMPINAS, 2001b).

✧ Distrito Marrom

É o Distrito com a menor população de idosos (CAMPINAS, 2002a). Verificamos, em relação às taxas baseadas na população do Censo e dados do Relatório, curva crescente discreta de cobertura vacinal. Para os dados do SIS-API temos comportamento irregular, sendo que em 2001 foi atingido o pico de 120% de cobertura. Para as coberturas calculadas com os dados da Estimativa

Populacional temos um comportamento instável - a menor cobertura é de 67.6% e a maior é de 143,1%.

Apresenta situação semelhante ao anterior no que se refere ao ICV, ou seja, há uma concentração das UBS nos grupos de 1 e 2. No grupo de pior ICV (grupo 1) estão 57,1% das UBSs, no grupo 2 estão as demais 42,9% destas. Não há Unidade Básica de Saúde no grupo 3 (CAMPINAS, 2001b).

Inicialmente propusemos algumas considerações acerca do comportamento dos diversos Distritos em relação ao município.

- 1- Notamos comportamentos mais estáveis em relação à cobertura vacinal, nos Distritos Azul e Verde. Estes são os Distritos com segunda e terceira população de idosos, respectivamente. Eles apresentam semelhança em relação à distribuição de suas Unidades Básicas segundo o ICV, pois para ambos os Distritos as UBS estão distribuídas uniformemente entre os três níveis. Temos, portanto, uma população de idosos que pode ser caracterizada como de tamanho médio em relação ao município, com condição também mediana de vida segundo o ICV, e com coberturas estáveis, próximas à meta indicada pelo MS.
- 2- Notamos também que o Distrito Rosa apresenta maior população de idosos, melhor condição de vida do município segundo o ICV, e piores coberturas vacinais para os idosos.

3- Os Distritos Marrom e Lilás são os menores em tamanho de população idosa, possuem os piores índices de condição de vida e coberturas mais instáveis.

Apresentaremos a seguir os objetivos geral e específico da pesquisa e a metodologia aplicada para atingi-los.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

- Compreender o desenvolvimento do Programa de Vacinação de Idosos no município de Campinas, SP a partir do estudo das práticas adotadas pelas instâncias central, distrital e local na conformação das coberturas vacinais alcançadas.

Objetivos específicos

- Identificar a cobertura do Programa de Imunização de Idosos do município de Campinas como um todo e dos Distritos de Saúde no período de 1999 a 2003.
- Caracterizar o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação da Campanha de Vacinação de Idosos no ano de 2004, nos níveis central, distrital e local e relacioná-los aos resultados atingidos.

3. METODOLOGIA

3.1- Referencial Teórico

Os dados levantados a partir de nossos questionamentos sobre de que modo ocorrem as campanhas de imunização dos idosos, sobre como podem ser explicadas determinadas coberturas vacinais e finalmente, sobre de que maneira é operado o processo de trabalho da campanha de vacinação de idosos de Campinas, SP, nos indicaram que o referencial do processo de trabalho em saúde nos auxiliaria a encontrar possíveis respostas e explicações para nossas inquietações.

Considerando as delimitações de nossa pesquisa, orientamo-nos prioritariamente pelos estudos do Processo de Trabalho em Saúde de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1992 e 1994) e secundariamente pelas autoras Silvana Martins Mishima, Maria Inês Baptistella Nemes e Lília Blima Schraiber.

Destacamos a relevância dos estudos de Mendes-Gonçalves, seguidor de Maria Cecília Donnangelo, precursora dos estudos sobre a categoria Trabalho na Saúde. Os estudos de Mendes-Gonçalves, segundo PEDUZZI (1998), “investigam teórica e conceitualmente a aplicação da teoria marxiana do trabalho ao campo da saúde e a conformação dos elementos constituintes do processo de trabalho em saúde”.

Os dados de cobertura vacinal por si só não são capazes de permitir a compreensão do processo que ocorre no desenvolvimento das campanhas de vacinação de idosos. Acreditamos que com este referencial podemos discutir

alguns elementos do Processo de Trabalho em Saúde, o que nos permitirá responder, em certa medida, aos questionamentos desta pesquisa.

Em nosso estudo, daremos ênfase ao processo de trabalho que se estruturou no serviço de saúde, caracterizando os agentes, o processo e os instrumentos de trabalho e as finalidades.

Concordando com NEMES (2000), frisamos que “a teoria do trabalho não é uma proposição tecnológica em si mesma, mas uma forma de apreender processos tecnológicos concretos”.

Processo de Trabalho em Saúde

Para Marx, precursor dos estudos sobre a categoria do trabalho, o processo de interação entre o Homem e Natureza através da utilização das próprias forças naturais do Homem (advindas de seu corpo) faz com que ele se aproprie da matéria e a torne útil para a sua própria vida caracterizando, deste modo, o trabalho (MARX, 1988).

Há uma diferença fundamental entre o trabalho do homem e o de outros seres e esta diferença ocorre através da prévia-ideação, ou seja, de um planejamento anterior à ação.

Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colméias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho, obtém-se um resultado que já no

início deste existiu na imaginação do trabalhador, e, portanto idealmente (MARX, 1988, p.142).

Para Lukács, o trabalho é a protoforma do agir humano, não podendo existir atividades humano-sociais sem tal categoria. Porém, isto não significa que todos os atos do homem sejam redutíveis ao trabalho (LESSA, 1996). É também este trabalho que “impulsiona o ser social para além do próprio trabalho, dando origem a necessidades e relações sociais que não mais podem ser reduzidas ao trabalho enquanto tal” (LESSA, 1996).

O homem é portanto, um ser portador de **necessidades** “de outro modo não poderia ser chamado de ser natural – e de **poderes**, sem os quais não poderia sobreviver” (grifos do autor) (MENDES-GONÇALVES, 1992).

As necessidades aparecem como aquilo que precisa “necessariamente”⁴ ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser. (...). O homem precisa “necessariamente” ter necessidades, referir-se ativamente à natureza, para ser. A objetivação dessa condição dando-se através do trabalho, como forma naturalmente humana de vir a ser, acarreta a consubstancialidade das características do trabalho e das necessidades (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.19).

Segundo o mesmo autor, estas necessidades tidas como “necessárias” são aquelas que obrigatoriamente tem que existir para que o homem possa de fato

⁴ Seguimos a orientação do autor: este explica o uso do termo - necessidades “necessárias” – atribuindo a uma certa dificuldade da língua portuguesa em se distinguir o sentido de ‘necessidade’, ‘necessário’ como um dever ser obrigatório e o sentido de impulso, apetite, desejo, exigência, sempre substantivo. Neste segundo sentido o autor está empregando o termo ‘necessidade’. Quando utilizado no primeiro sentido, será posto entre aspas duplas, sempre que o contexto não dispensar o esclarecimento.

existir e se reproduzir. “O conjunto dos objetos específicos que deve consumir e a forma pela qual devem ser consumidos constituem as necessidades que “necessariamente” deve satisfazer para reproduzir-se, o que implica os modos de produzir esses objetos e distribuí-los” (MENDES-GONÇALVES,1992).

Um homem com o simples ato de colher e comer um fruto não será mais idêntico à espécie de que tiver derivado, “sua necessidade de comer terá deixado de ser a necessidade de um ser meramente natural, para ser a necessidade de um ser humanamente natural, que é naturalmente capaz de pensar a atividade e os instrumentos que usou e a satisfação da fome, de modo separado de seu exercício e consumo”. Sendo assim, este ato de satisfazer uma necessidade empurra para uma **nova** necessidade, e portanto, produz um novo homem, segundo MENDES-GONÇALVES (1992). Esta produção de novas necessidades é o primeiro fato histórico, ou seja, as necessidades “necessárias” são **históricas** (grifos do autor) (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Além disso, as necessidades “necessárias” são sempre **objetualizadas**, ou seja, todas as necessidades devem estar relacionadas a um “objeto concreto” que condensa os processos de trabalho como processos de re-produção social. Criam-se, portanto, objetos para as necessidades e vice-versa. Do mesmo modo, as necessidades “necessárias” serão sempre **conscientes** seja por qualquer apreciação crítica que se faça a elas (grifos do autor) (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O autor faz um alerta para a diferença entre o “caráter sócio-histórico das necessidades ‘necessárias’” definidas “sócio-historicamente” com a idéia freqüentemente implícita de “necessidade social”, no sentido de “necessidade da

sociedade”. MENDES-GONÇALVES (1992) explica que o primeiro sentido (sócio-historicamente) trata **“sempre de necessidade de indivíduos”** (grifo do autor), o segundo sentido faz menção a idéia de sociedade, sendo portanto, considerada uma “necessidade da sociedade”.

NEMES (2000) coloca que todas as necessidades podem ser qualificadas como “necessidades sociais” porque, as finalidades de todos os processos de trabalho devem-se às necessidades geradas em uma dada sociedade.

Consideremos que: “as necessidades que geram os processos de trabalho não são apenas de um sujeito, mas de sujeitos em relação com outros sujeitos, porque, é claro, os homens vivem e trabalham em sociedade” (NEMES, 2000).

Neste sentido MENDES-GONÇALVES (1992) alerta que nas sociedades concretas historicamente realizadas as necessidades de alguns indivíduos podem ser travestidas em necessidades gerais e ainda que, os indivíduos que não manifestarem sua oposição a tais necessidades serão sempre considerados como sendo a favor destas e, também, como ainda não as tendo “adequadamente reconhecido”, desde é claro que outros indivíduos decidam o que é justo ou não, em nome da “sociedade”.

Portanto, as necessidades podem resultar de manipulação política e ideológica e não devemos ter a pretensão de que uma necessidade dita social seja a mesma para todos os segmentos da população quer devido à má distribuição de benefícios já alcançados por alguns quanto, pela criação de demandas que na realidade estão apenas voltadas para um dos segmentos da população (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Apenas o movimento de transcendência da estrutura de poderes (conceito de necessidades radicais) podem satisfazer essas necessidades “necessárias”, pois elas têm que estar presentes pela própria lógica do desenvolvimento do capitalismo (MENDES-GONÇALVES,1992).

SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES (2000) indicam que temos quatro necessidades básicas de saúde: saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação e informação em saúde; as quais geram as tradicionais ações de saúde pública.

Compreendemos assim, o trabalho em saúde como um processo específico, no qual os objetos e as necessidades que as satisfarão, serão “sempre humanamente naturais, isto é, social e historicamente determinados” (MENDES-GONÇALVES,1992).

Ainda, segundo o autor, no campo das práticas de saúde evidencia-se em elevado grau a alienação das necessidades humanas:

pense-se no congelamento de cadáveres para serem ressuscitados no futuro, pense-se na sinistra dialética dos transplantes de órgãos de jovens saudáveis mortos em acidentes epidemiologicamente previsíveis, pense-se no contraste entre o custo social das técnicas de alimentação parenteral e a mortalidade associada à desnutrição (MENDES-GONÇALVES,1992, p 49).

Os cidadãos tornam-se seres alienados de sua cidadania e de sua sociedade, tornam-se sujeitos tolhidos do exercício da subjetividade de tal modo que o produto do processo de trabalho será dotado de uma tal naturalização das demandas que elas parecerão sem história ou sem **razão social** (grifo do autor),

apenas impulso ou propensão de ordem natural-biológica (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Para a compreensão do trabalho em saúde como um processo específico, é necessário partir do fato de que o “homem é um ser natural com carecimentos e poderes” (MENDES-GONÇALVES, 1992). Este carecimento será então concebido como necessidade pois, será abandonada qualquer “fixidez ‘naturalista’” buscando descobrir a socialidade e a historicidade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Para MARX (1988), o produto do trabalho é um valor de uso, uma matéria natural adaptada às necessidades humanas mediante transformação da forma. O trabalho se uniu ao seu objetivo e por isso o trabalho está objetivado e o objeto trabalhado. Na saúde, o processo de trabalho não se “objetiva, via de regra, em um produto destacado no tempo e no espaço das condições de sua geração (...) e das condições de seu consumo” (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Nas sociedades capitalistas temos dois tipos de trabalho e portanto de trabalhadores, o primeiro é o trabalho produtivo, “sendo o trabalhador produtivo aquele que produz diretamente mais valia e participa diretamente do processo de valorização do capital”, já “os trabalhadores improdutivos, [são] aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviço, seja para uso público ou para o capitalista, e que não se constituem como elemento diretamente produtivo” (ANTUNES, 2003).

O trabalho em saúde é um dos tipos de trabalho que podem ser caracterizados como improdutivo e como produtivo, pois produzem “resultados que desaparecem no consumo satisfazendo carecimentos (consumo improdutivo)

e resultados que entram em outros processos de trabalho para serem consumidos como instrumentos (consumo produtivo)” (MENDES-GONÇALVES,1992).

O trabalho em saúde reorganizou-se e desenvolveu-se como forma de controlar a doença no nível coletivo, como forma de recuperar a força de trabalho e como forma de ampliar de modo efetivo os direitos e o consumo das classes menos favorecidas (MENDES-GONÇALVES,1992).

O desafio da busca de um novo modelo para o processo de trabalho em saúde, encontra-se além da “superação técnica das antinomias entre o individual e o coletivo”. O sujeito vem a ser histórico com seus processos de objetivação, e identifica os processos de trabalho que tendem a ir ao encontro da satisfação das necessidades (MENDES-GONÇALVES,1992).

Um dos instrumentos do processo de trabalho que podem resultar em transformação deste processo é a atividade de gerência. Esta pode ser compreendida como uma

atividade meio, cuja ação central está posta na articulação e integração, e que, ao mesmo tempo em que possibilita a transformação do processo de trabalho, é também passível de transformação mediante as determinações que se fazem presentes no cotidiano das organizações de saúde, ou seja, que se transforma diante da finalidade colocada para o trabalho (MISHIMA et al, 1997, p.267).

Para que as políticas sociais sejam efetivadas é fundamental a ação gerencial, a qual é determinante do e determinada pelo processo de organização

dos serviços, tendo ainda um caráter articulador e integrativo (MISHIMA et al, 1997).

A atividade de gerência, por ser atividade humana, também está mergulhada na subjetividade inerente à relação do homem com outros homens. Nesta direção, as autoras acrescentam que há um “movimento de produção e de reprodução do homem enquanto ser essencialmente social e dinâmico”, e que neste se fazem presentes, além da intencionalidade, duas características fundamentais do trabalho humano: a sociabilidade e a historicidade (MISHIMA et al., 1997).

Concluimos, concordando com MENDES-GONÇALVES (1992), quando este afirma que “construir um modelo é explorar o contraditório, desde a mera denúncia até a verificação das formas positivas de sua superação tendencial”. Para o autor, seria “inadequado buscar apreender *a priori* o que sejam as necessidades radicais de saúde, pois estas só são apreensíveis no concreto, enquanto manifestação subjetiva de um sujeito em objetivação”.

3.2- Método

Segundo LÜDKE e ANDRÉ (1986), na educação, os eventos acontecem de maneira inseparável, o que dificulta o isolamento de variáveis e o apontamento claro dos responsáveis por determinado efeito. Podemos estender a fala das autoras à área da saúde, onde certamente existem muitos fatores contribuindo para a determinação de um processo e de seus resultados.

Acreditamos que os dados estatísticos e as formas numéricas, sozinhos, não são capazes de conter as cargas históricas, culturais, políticas e ideológicas de processos como a saúde e a doença (MINAYO, 2000).

Por este motivo adotamos a metodologia de estudo qualitativo que, de acordo com BOGDAN e BIKLEN⁵, pode ser definida por cinco características básicas (1982 *apud* LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p.13):

- 1- “A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento”
- 2- “Os dados coletados são predominantemente descritivos”, ou seja, são freqüentes as transcrições de entrevistas e de depoimentos, relatórios e documentos e outros que forem importantes para a pesquisa.
- 3- “A preocupação com o processo é muito maior do que com o produto”, isto é, o interesse do pesquisador está mais direcionado, ao estudar um determinado problema, em verificar como ele ocorre nas atividades, procedimentos e interações diárias.

⁵ BOGDAN, R.; BIKLEN, S.K. *Qualitative Research for Education*. Boston, Allyn and Bacon, Inc. 1982

- 4- “O ‘significado’ que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador”, ou seja, há valorização da “perspectiva dos participantes” pelo pesquisador.
- 5- “A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo”, o pesquisador qualitativo não parte de hipóteses pré-estabelecidas, por isso não busca evidências para comprovar tais hipóteses antes do início do estudo. Isto não quer dizer que o pesquisador não tenha indagações, mas, na realidade ele parte de “um quadro teórico que orienta a coleta e a análise dos dados”. O estudo vai sendo delimitado conforme o pesquisador o desenvolve.

No bojo da definição desta metodologia, propusemo-nos a utilizar o método de Estudo de Caso, visando alcançar os objetivos propostos inicialmente. Ressaltamos que:

A preocupação central ao desenvolver este tipo de pesquisa é a compreensão de uma instância singular. Isso significa que o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada. Desse modo a questão sobre o caso ser ou não “típico”, isto é empiricamente representativo de uma população determinada, torna-se inadequada, já que cada caso é tratado como tendo um valor intrínseco (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p.21).

Entendemos que o Estudo de Caso deve ser escolhido quando o pesquisador deseja estudar “algo singular, que tenha um valor em si mesmo” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). As características do estudo de caso, de acordo com as

mesmas autoras, se superpõem às características da pesquisa qualitativa descrita anteriormente, como vemos nos itens abaixo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p.18-20).

- 1- “Os estudos de caso visam à descoberta”. Neles o pesquisador dispõe de pressupostos teóricos iniciais, estando, contudo durante o percurso da pesquisa, sempre atento a novos elementos que por ventura surjam.
- 2- Os estudos de caso enfatizam a ‘interpretação em contexto’, ou seja, para alcançar uma apreensão mais completa de um objeto, é necessário considerar o contexto em que ele ocorre.
- 3- “Os estudos de caso buscam retratar a realidade de forma completa e profunda”, através da revelação de uma multiplicidade de dimensões presentes numa situação ou problema.
- 4- “Os estudos de caso usam uma variedade de fontes de informação”. Através de diferentes momentos e de diversas fontes de coleta de dados, podem emergir novas hipóteses, serem confirmadas ou rejeitadas as anteriores, ou ainda descobertos novos dados relevantes à pesquisa.
- 5- “Os estudos de caso revelam a experiência vicária e permitem generalizações naturalísticas”, ou seja, cabe ao pesquisador relatar suas experiências durante o estudo e ao leitor generalizar os resultados para suas situações também particulares.
- 6- “Os estudos de caso procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social”. Quando existem opiniões divergentes sobre o objeto ou a situação estudada, o

pesquisador as traz para o estudo e também pode apresentar a sua opinião. Cabe ao leitor ou usuário tirar suas próprias conclusões.

- 7- “Os relatos do estudo de caso utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa”, ou seja, a principal preocupação reside na transmissão clara e correta da informação.

O estudo de caso se desenvolve a partir de três momentos básicos. O primeiro, denominado **fase exploratória**, é o momento do delineamento do estudo e quando muitas questões podem ir aos poucos, sendo esclarecidas. O segundo, é o da **delimitação do estudo** - neste o pesquisador procede à coleta de dados propriamente dita, com os instrumentos que melhor lhe convierem. O terceiro e último momento se caracteriza pela **análise sistemática** e elaboração de **relatório** (grifos nossos) (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

3.3- Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, processo número 009/2004 (ANEXO 1). Solicitamos também, autorização da Secretaria de Saúde do município, para o desenvolvimento da atividade de campo (ANEXO 2 e 3), a qual foi aceita sem restrições.

As entrevistas foram iniciadas somente após os entrevistados receberem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO 4).

4. TRAJETÓRIA DO ESTUDO

A primeira etapa da fase de campo foi a busca dos dados de cobertura vacinal e de número de doses aplicadas no município de Campinas-SP, no período de 1999 a 2003. Paralelamente, efetuamos pesquisa bibliográfica e de documentos institucionais pertinentes à pesquisa.

Logo no início da coleta de dados nos deparamos com a dificuldade de escolha da referência populacional, uma vez que, estavam disponíveis no endereço eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde, dois parâmetros diferentes. Um, derivado da Estimativa Populacional baseada na Contagem Populacional do IBGE de 1996, e outro originário do Censo Populacional 2000. Este fato permitia a obtenção de coberturas vacinais também distintas.

Os portais eletrônicos oficiais do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas constituíram-se fontes de pesquisa de coberturas vacinais em âmbito nacional, estadual e municipal. No portal eletrônico da Secretaria de Saúde do Município tivemos acesso aos dados de número de doses aplicadas e de cobertura vacinal municipal para os anos de 1998, 1999 e 2000 e segundo Distritos de Saúde para 2002. Com o objetivo de captar os demais dados efetuamos contato telefônico com a coordenadora da CoVISA e por orientação desta, realizamos visita ao local para obtenção dos dados.

Na CoVISA, chamou-nos a atenção o modo pouco organizado como estavam arquivados os registros de dados de coberturas e de doses aplicadas, bem como o fato de haver disponibilidade limitada de documentação impressa

relativa a esses dados, de acordo com DS e UBS. Segundo a trabalhadora que nos atendeu, esses dados poderiam ser acessados através do SIS-API. No entanto, naquele momento o acesso ao subsistema não foi possível, uma vez que a mesma desconhecia os procedimentos para operá-lo. Desse modo, solicitamos nessa ocasião os dados de doses aplicadas do período de 1999 a 2003. Os respectivos arquivos nos foram encaminhados posteriormente por via eletrônica.

Ao verificarmos que alguns dados apresentavam divergências em relação ao número de doses aplicadas, agendamos, através de contato telefônico, uma reunião com a coordenadora da Vigilância Epidemiológica do município. No momento do convite a coordenadora da Vigilância referiu que convidaria também uma outra trabalhadora da CoVISA, responsável pela coordenação da campanha em nível municipal, pois esta poderia nos fornecer informações mais precisas e detalhadas. Esta reunião tinha o intuito de diminuir dúvidas acerca das coberturas vacinais que obtivemos através dos dados que nos foram disponibilizados. No dia da reunião a coordenadora da Vigilância não pôde participar devido a outros compromissos e o contato se deu, então, com a trabalhadora responsável pelas campanhas. A interação desenvolveu-se em clima informal e as informações ali obtidas foram registradas no diário de campo.

Ressaltamos que naquele momento nosso objetivo era o de diminuir dúvidas acerca dos dados que já possuíamos e não de proceder uma entrevista para a pesquisa. Contudo, os dados obtidos foram de tal modo reveladores que esta etapa foi incluída na fase de campo.

A espontaneidade da entrevistada diante das coberturas vacinais que apresentamos, desagregadas por UBS e por DS, foi de tal modo surpreendente

que nos encaminhou, posteriormente, à decisão de prosseguirmos com essa mesma técnica de registro nas entrevistas subseqüentes.

Com o conjunto de dados obtidos de diferentes fontes, revisamos nossos dados de cobertura vacinal, organizando-os numa seqüência temporal, tanto para Distritos quanto para Unidades Básicas e notamos, inclusive com a ajuda de um estatístico que não havia possibilidade de identificar indícios de regularidade na distribuição das coberturas vacinais.

Escolhemos dois Distritos (denominados Azul e Verde) para serem campos de pesquisa porque estes apresentaram: comportamentos mais estáveis relativos à distribuição de cobertura vacinal segundo seqüência temporal; UBS distribuídas uniformemente entre os três grupos do ICV; a segunda e a terceira maior população de idosos em relação aos demais e percentual de idosos dentro do distrito semelhante ao percentual de idosos do município (ver quadro 3). Nosso objetivo foi o de apreender o processo de organização da campanha neste âmbito. Buscamos isso através de entrevistas com seus respectivos coordenadores e com outros trabalhadores por eles indicados, que atuavam na organização da campanha dos idosos. Ambos os coordenadores nos recomendaram enfermeiras da equipe de suas VISAs.

Para todos os entrevistados além de nos apresentarmos, explicamos os objetivos gerais da pesquisa e oferecemos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que o entrevistado, tomando ciência dele, expressasse sua concordância em participar como sujeito da pesquisa.

Trataremos os entrevistados da enfermagem no gênero feminino devido à predominância deste na categoria.

Apesar de os dois Distritos estudados apresentarem modos diferentes de organização do trabalho, obtivemos informações que nos mostraram que a campanha era realizada de maneira bastante tranqüila e sem dificuldades, especialmente pelo fato dos trabalhadores do município possuírem acúmulo de experiência na organização de campanhas vacinais. Mesmo assim, a cobertura vacinal dos DS e UBS não alcançava a meta preconizada pelo MS.

Na etapa seguinte, optamos por escolher um Distrito, dentre os dois, para estudar uma de suas UBSs, com o intuito de conhecer o desenvolvimento da campanha no nível local. A escolha do Distrito foi feita a partir de uma análise primária dos modelos de gerência utilizados naqueles locais. Verificamos que o Distrito Verde trabalhava em um modelo mais centralizado e normativo, enquanto o Distrito Azul trabalhava em um modelo menos centralizado, mais participativo e estimulador da criatividade dos trabalhadores das UBSs. Buscávamos compreender o que ocorria para que, em modelos tão diferentes de gerência, ao final do processo fossem obtidos, resultados tão próximos. Como imaginávamos que no Distrito Verde as UBSs executassem um trabalho semelhante ao descrito pela enfermeira da VISA Verde devido a seu modelo permitir menor grau de autonomia, optamos então, por aprofundar o estudo no Distrito Azul, uma vez que nesse ocorreram atividades singulares numa de suas UBSs.

Em entrevista no Distrito Azul, o coordenador nos indicou uma UBS por possuir grande volume de idosos e uma outra, por estar localizada na periferia. No entanto, durante a entrevista com a enfermeira deste Distrito, fomos informadas de uma terceira UBS que tinha organizado uma atividade singular voltada para os idosos, no ano de 2003, a qual resultou num acréscimo de cobertura vacinal.

Assim, questionamos a opinião da enfermeira sobre a adequabilidade de eleger esta UBS como campo de pesquisa e esta nos respondeu positivamente indicando inclusive os nomes das duas enfermeiras que lá trabalhavam e o telefone da UBS.

A escolha desta UBS foi baseada, portanto, na indicação de uma das enfermeiras entrevistadas no Distrito, pelo fato dessa UBS apresentar desempenho mais estável na cobertura vacinal obtida nos anos de 1999 a 2003, por abranger uma população de idosos percentualmente semelhante a do Distrito Rosa que possui maior população idosa (cerca de 13%) e portanto maior que a do seu Distrito que é de cerca de 10% (CAMPINAS,2000a).

Realizamos agendamento da entrevista com uma das enfermeiras da UBS por via telefônica, sem dificuldades. Esta era justamente a responsável pela organização da campanha vacinal de 2004. Durante este mesmo contato telefônico tomamos conhecimento de que a outra enfermeira estava em processo de desligamento da unidade.

Na entrevista com a primeira enfermeira da UBS, confirmamos a possibilidade de participarmos da reunião de planejamento da campanha entre a UBS e a VISA e da reunião de equipe da UBS, além de firmarmos nosso interesse em participarmos do primeiro dia da campanha de vacinação.

No entanto, no ano de 2004, não houve reunião entre a UBS e a VISA. Assim, participamos apenas da reunião da equipe da UBS e do primeiro dia de campanha de vacinação. Devido ao fato de não ter ocorrido reunião no DS, retomamos contato com a VISA. Neste momento, a enfermeira que havia sido entrevistada neste local estava trabalhando em outro serviço da Secretaria

Municipal de Saúde (SMS). Fizemos, então, contato com outra enfermeira da mesma VISA, a qual inclusive já havia sido informada pela primeira enfermeira entrevistada neste DS sobre nossa pesquisa e agendamos uma reunião para a primeira semana após o início da campanha deste mesmo ano.

Na reunião buscamos verificar o que os entrevistados (coordenador de DS e enfermeira da VISA) afirmaram fazer e o que de fato havia ocorrido na execução da campanha.

Depois disso, realizamos um último contato na UBS com intuito de esclarecer alguns pontos em que permaneceram dúvidas e encerramos nossa etapa de coleta de dados.

⌘ Interação com a Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental - CoVISA

Fizemos interação com um membro da equipe técnica da CoVISA, em 16 de janeiro de 2003. Tal membro possui formação de nível universitário e é a responsável pela organização da campanha de imunização dos idosos desde 1998. Logo no início da interação, a representante relatou “*nunca*” ter tido acesso aos dados de cobertura vacinal desagregados por UBS e DS em uma série temporal. A trabalhadora concluiu que os comportamentos eram “*interessantes*” e que havia alguns dados que certamente apresentavam problemas.

Confirmou-se o erro nas coberturas vacinais para um determinado ano e determinado Distrito, sendo que a representante supôs que poderia ter havido algum erro na digitação dos dados. Passamos então a considerar as informações do Boletim de Consolidação de Dados (CAMPINAS, 2002c) por ela

disponibilizado, ao invés de considerar os dados do SIS-API para este Distrito no ano em questão. Nesta ocasião, recebemos a informação de que outros dados oficiais (SIS-API) também poderiam conter números “falsos” para os outros Distritos e Unidades Básicas de Saúde, muito embora sejam estes os dados oficiais do município enviados para o Ministério da Saúde.

Nesta mesma reunião, tivemos acesso e recebemos cópias de outras planilhas que continham registros de doses aplicadas para os anos de 1999, 2000, 2001 e 2002. Essas planilhas estavam arquivadas nos mesmos fichários por nós já consultados em nossa primeira visita à CoVISA e continham diversos dados de cobertura por Distrito de Saúde e alguns, por UBS. De acordo com a entrevistada, os dados destas planilhas eram mais seguros. Não tivemos acesso à planilha alternativa relativa à campanha de imunização do ano de 2003, assim, para este ano, utilizamos apenas os dados do SIS-API disponibilizados por um dos trabalhadores da CoVISA.

Verificamos, ainda durante a reunião, que dessas novas planilhas apenas a do ano 2000 continha dados originários da mesma fonte que estávamos utilizando - o SIS-API. Para os anos de 1999, 2001 e 2002 obtivemos planilhas com fontes de dados variadas e estas estão discriminadas abaixo. Denominamos estes novos dados contidos nestas planilhas, genericamente, de dados do Relatório.

- ✧ 1999: Boletim de consolidação de dados – 07/04/99 a 14/05/99 - distribuição segundo unidades de saúde.
- ✧ 2001: Relatório da Campanha do Idoso do ano 2001 – 23/04 a 18/05/02, incluindo o sábado dia 28/04/01, distribuição segundo Distritos de Saúde e segundo o município.

✧ 2002: Campanha Nacional de Vacinação do Idoso em Campinas em 2002 – distribuído segundo desempenho semanal de vacinação por Distrito de Saúde.

Estes dados ali encontrados eram, em sua maioria, divergentes dos que possuíamos. Questionamos sobre qual dado alimentava o SIS-API, já que os contidos nas planilhas dos Relatórios apresentavam diferenças significativas em relação àqueles originários das planilhas do SIS-API. A entrevistada afirmou que os dados dos Relatórios eram os que alimentavam o SIS-API, sem contudo, saber nos informar o motivo das diferenças entre os dados das duas fontes.

Em relação à dimensão da população maior de 60 anos residente no município, questionamos a entrevistada sobre qual fonte de dados populacional a CoVISA nos recomendava utilizar, uma vez que possuíamos duas fontes com diferenças marcantes para os anos de 2000, 2001 e 2002. Fomos orientadas a utilizar os dados do “Censo 2000”, pois segundo a entrevistada, os dados provenientes da fonte “Estimativas Populacionais 1996-2002” estavam subdimensionados.

Segundo as informações concedidas, a CoVISA considera apenas a cobertura vacinal global do município. Quanto ao planejamento, a coordenadoria trabalha com os planos operativos, provenientes dos Distritos também de modo agregado. O planejamento realizado pela CoVISA busca a adequação entre necessidade e oferta de doses, pois freqüentemente o MS não repassa o número total de doses solicitado pelo município, e cabe então à CoVISA redistribuir o número recebido para cada Distrito.

Frente à análise das informações expostas acima, realizamos aproximação com dois Distritos, os quais em nossa avaliação preliminar, apresentavam características particulares que deveriam ser analisadas mais profundamente.

▣ Interação com os Distritos de Saúde

Nos Distritos de Saúde realizamos entrevistas com seus coordenadores, com uma enfermeira da equipe da VISA Verde e duas da equipe Azul, no período entre nove e vinte de janeiro de 2004. Nas entrevistas, além de identificar a formação e experiência profissional de cada um dos informantes, a pergunta disparadora indagava sobre a atuação dos Distritos no planejamento, na execução e na avaliação da campanha de imunização de idosos. Questionamos os coordenadores sobre a estabilidade em tempo de serviço dos membros da equipe do Distrito. Fizemos ainda outras perguntas aos informantes, sempre que pertinentes, para esclarecer pontos em que permanecessem dúvidas e para retomar a questão disparadora. Todas as informações foram anotadas em um diário de campo.

Vejamos a seguir dois quadros que sintetizam algumas das características dos agentes entrevistados.

Quadro 4- Informações sobre os coordenadores de Distrito de Saúde e composição da equipe da VISA. Campinas, 2004.

	Formação do coordenador	Trajetória profissional	Equipe da VISA envolvida na vacinação
Distrito Azul	Médico sanitarista*	Na PMC desde 1989; Atuou na UBS como médico clínico, na coordenação de unidade, e na VISA como coordenador. É coordenador de DS desde 2001.	3 enfermeiras e técnicos de nível médio
Distrito Verde	Médico com residência em área clínica e sanitarista*	Na PMC desde 1992; Atuou na UBS como médico clínico. É coordenador de DS desde 2001.	3 enfermeiras e técnicos de nível médio

* Consideramos a residência médica ou especialização no campo da saúde pública

Quadro 5- Informações sobre as enfermeiras entrevistadas das equipes das VISAs. Campinas, 2004.

	Formação	Experiência profissional
Enfermeiras do D. Azul	Enfermeira "A" * Graduou-se em 1986, é especialista em enfermagem do trabalho, foi capacitada pelo GERUS ⁶ (título de especialista em Gerência de Unidades Básicas de Saúde)	- Trabalhou por cerca de seis meses como professora de enfermagem para o ensino de nível médio, cerca de 15 meses na UBS; na ERSa por mais 15 meses, no CVE por 42 meses e em uma ONG com imunização no exterior. Está há dez anos na PMC, integrando equipe de DS e depois na VISA do DS Azul.
	Enfermeira "B" * Graduou-se em 1985 com habilitação em saúde pública, é especialista na mesma área e atualmente está desenvolvendo mestrado em saúde coletiva.	- Trabalhou em secretaria de saúde de um município de pequeno porte por cerca de 24 meses, como enfermeira assistencial de um CS escola de universidade particular em Campinas por 84 meses. Trabalhou, por 24 meses, na assistência direta em UBS da PMC e, desde 1995, está na VISA do D. Azul.
Enfermeira do D. Verde	Graduou-se em 1981, é especialista em enfermagem do trabalho.	-Trabalhou cerca de 42 meses em unidade hospitalar particular; mais de 120 meses em unidade hospitalar pública de alta complexidade (assistência e supervisão). Atuou na assistência direta em uma UBS do Distrito Verde por quatro meses, e no DS por 68 meses.

*A primeira enfermeira entrevistada será denominada Enfermeira "A" e a segunda Enfermeira "B".

6 O projeto GERUS capacitou desde 1993 cerca de 2.700 profissionais de saúde através da realização de Cursos de Especialização em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, com no mínimo 400 horas/aula. É reconhecido e titulado por instituição de ensino superior. Fonte: <http://www.ead-ensp.fiocruz.br/gerus/historico.html> (acesso em 13/07/2004).

O coordenador do Distrito Verde respondeu à pergunta disparadora de modo bastante sucinto. Referiu que o Distrito tem importante papel no sentido de ajudar as UBS a se organizarem, além do de coordenação e de um mais operacional. Citou que o Distrito atua nas três fases (planejamento, operacionalização e avaliação), sem, porém fornecer detalhes. Segundo ele, o Distrito tem a preocupação geral no dia-a-dia apenas com as vacinas do calendário vacinal. As demais só estão disponíveis e são utilizadas nos períodos de campanha. O mesmo entrevistado citou também os fóruns em que são discutidos os assuntos do Distrito, incluindo aí a campanha de imunização. Disse ainda que a enfermeira da VISA estaria mais apta a responder a tais perguntas e a ela nos apresentou.

No Distrito Azul, o coordenador respondeu-nos de maneira mais detalhada e tinha em mãos o plano anual do Distrito com as coberturas vacinais do ano de 2003. Este ressaltou, já no início da entrevista, que talvez, se não tivesse sido coordenador da VISA, não saberia nos fornecer tais informações.

Em relação à dificuldade em se estimar o tamanho real da população alvo, o coordenador enfatizou que “os dados de cobertura não podem, devido à esse problema, ser desprezados, mas devem ser relativizados”.

De acordo com a enfermeira “A” do Distrito Azul, em dezembro de cada ano a CoVISA é informada sobre a data da campanha e o CVE elabora os informes técnicos. Estes informes são enviados para as UBS e também para os hospitais, uma vez que estes também podem participar da campanha.

Segundo as informações da enfermeira do Distrito Verde, o planejamento é oficialmente iniciado por uma reunião da DIR XII com todos os seus municípios, mas, nessa reunião, não ocorrem decisões importantes ("vai lá para não fazer nada"), pois se discutem os problemas relacionados à campanha de todos os municípios. Há, segundo as informações concedidas, uma diferença significativa dos demais municípios em relação à Campinas, pois neste, a VISA é descentralizada diferentemente dos outros da mesma DIR. No mesmo dia e local desta reunião acontece um outro encontro específico do município de Campinas (CoVISA e VISAs) onde são discutidas as questões relativas à organização da campanha. Segundo informações da mesma enfermeira, é nesta reunião que se discute "o que é e o que não é problema e a posição do Distrito [Verde] é a de já avisar e resolver para não ter discussão".

O coordenador do DS Verde relatou que o Distrito oferece suporte e infraestrutura para as UBS e a equipe distrital fica no apoio. Citou como possível exemplo o caso de uma enfermeira em uma UBS com pouca vontade e o da falta de uma enfermeira em alguma UBS. Nestes casos, a VISA interfere fazendo inclusive remanejamento, caso necessário.

Nos dois Distritos a coordenação da campanha é realizada em esquema de rodízio, ou seja, as três enfermeiras da VISA alternam a coordenação das campanhas: de imunização dos idosos, a primeira e a segunda fase da campanha de multivacinação. A campanha anti-rábica é coordenada pelo veterinário da equipe da VISA.

O coordenador do Distrito Azul referiu que faria, no momento de planejamento, um resgate histórico das coberturas dos anos anteriores verificando se houve aumento ou decréscimo da cobertura, analisando os possíveis motivos de tais diferenças e como melhorar a cobertura vacinal. Esta tecnologia também seria utilizada na campanha infantil. Além disto, o entrevistado afirmou que faria reuniões de equipe quando seriam explicadas as questões técnicas relativas à vacina para as UBSs.

Em um momento posterior, por volta de 20 dias antes da campanha, segundo a enfermeira e o coordenador do Distrito Verde, seria realizada uma outra reunião da VISA (participando enfermeiras e apoiadores) com as UBSs do DS e, o coordenador salientou que freqüentemente são as enfermeiras as responsáveis pela organização da campanha no nível local.

Seria então entregue, nessa reunião com a UBS, pela enfermeira do Distrito Verde, o informe técnico da campanha para discussão coletiva. Ainda nesta reunião, seriam atualizadas algumas informações e o Distrito indicaria algumas estratégias que gostaria que fossem seguidas. Também, na mesma oportunidade, a VISA do Distrito avaliaria a campanha do ano anterior. Os trabalhadores do Distrito tomariam ciência das estratégias para a campanha de vacinação assumidas pelas UBSs.

Na reunião entre os enfermeiros das UBS e da VISA do Distrito Verde se discutiria o plano operativo que indicaria o número de vacinadores e anotadores necessários, inclusive prevendo a necessidade de remanejamento de pessoal, quantidade de refrigeradores, caixas térmicas, gelos recicláveis entre outros. Seriam também feitas algumas orientações práticas, como por exemplo, a de não

deixar muitas doses preparadas nem prepará-las com muita antecedência, a de atentar para a aplicação da vacina no local correto, a de não utilizar álcool na antissepsia da pele, além de questões relativas à reação vacinal que no caso dos idosos nunca aconteceu, segundo a enfermeira do Distrito Verde. As UBS também seriam orientadas quanto às rotinas de aplicação de vacina, anotação e transmissão dos dados de doses aplicadas para que todos trabalhassem da mesma forma. Segundo a enfermeira não há treinamento para a vacinação em idosos, diferentemente do que ocorre para a vacinação infantil, "pois todos sabem como aplicar injeção intramuscular em adultos". A enfermeira enfatiza que "o mesmo rigor com que se trabalha na VISA é cobrado dos CSs".

Os motoristas para o transporte das equipes e das vacinas também seriam solicitados pelas UBSs e a enfermeira do Distrito Verde referiu que caso houvesse problema de conduta com algum deles, o mesmo não seria incluído na escala da campanha vacinal seguinte.

Esta mesma enfermeira afirmou-nos também que existem muitos erros "grotescos" nos planos operativos e que a confecção, a conferência e a readequação do plano pelo Distrito são muito trabalhosas. Por este motivo a VISA passou a solicitar que a UBS faça o plano operativo embasado em dados do ano anterior, considerando a necessidade de atualização da população de sua área de abrangência.

No Distrito Azul seria realizada uma reunião com todas as equipes das UBSs (freqüentemente, são os enfermeiros os representantes das equipes locais) e com os enfermeiros da VISA, para fins de planejamento da campanha. Nessa reunião a VISA discutiria o plano operativo e repassaria informações técnicas para

as UBS, o que é “fácil”, segundo a enfermeira “A” do Distrito, pois Campinas faz campanha de vacinação desde 1980. A enfermeira afirmou que nessa reunião se estimularia a criatividade das UBSs, inclusive na convocação dos usuários (principalmente os faltosos) e também na renovação do ânimo dos trabalhadores. Após essa reunião, a UBS teria até uma data predeterminada para encaminhar à VISA o plano com as “readequações”, e esta por sua vez, o encaminharia à CoVISA e ao almoxarifado.

O coordenador do Distrito Azul afirmou que a equipe do DS verificaria se os insumos que as UBSs solicitaram estavam de acordo, pois, algumas vezes, acontecia destas solicitarem quantidades excessivas ou insuficientes e, nesses casos, a VISA interferiria. Na realidade, enfatiza o entrevistado, a VISA “centraliza e faz a crítica”, tendo com isso o “papel de apoiador técnico”.

Para a distribuição das vacinas no mesmo Distrito, o almoxarifado faria a “grade” de cada UBS e 30% de vacinas seriam entregues na primeira semana da campanha e o restante seria liberado em seu decorrer. Uma quantidade maior de vacinas ficaria armazenada em duas UBSs para que não fosse necessário acionar o almoxarifado no caso de falta de vacina em uma das UBSs do Distrito.

O Distrito Verde também utilizaria modelo semelhante. A enfermeira referiu que, para o primeiro dia de imunização, 30% das doses de vacina seriam enviadas do almoxarifado para as UBS e o restante seria distribuído durante a campanha. O almoxarifado permaneceria de plantão para o caso de serem necessárias mais vacinas.

O coordenador do Distrito Azul, partindo da consideração de coberturas vacinais máximas possíveis entre 50 e 60% na população idosa, sinalizou as diferenças identificadas entre estes resultados que vêm sendo obtidos em comparação aos da vacinação infantil. Essas diferenças estariam associadas ao fato de que na vacinação infantil a cobertura vacinal mais próxima a 100% tem a finalidade de alcançar a erradicação de doenças, enquanto que a imunização dos idosos almejaria a redução da morbidade. Além disso, as crianças são levadas pelos adultos e os idosos exercem sua autonomia, buscando ou não a vacina, sendo por isto mais difícil convencê-los a receberem a dose.

Ainda de acordo com a enfermeira "A" da VISA Azul, seria função da equipe da VISA "fazer educação em saúde", ou seja, capacitar os profissionais da "ponta" (UBSs) para realizarem planejamento, execução e avaliação de resultados. A coordenação deste Distrito também confirmou esta informação quando relatou que a VISA faria capacitação dos enfermeiros e lembrou que a execução do planejamento seria descentralizada. Acrescentou ainda que os trabalhadores da cidade de Campinas realizam campanha de vacinação há muitos anos e sabem como fazê-la de "olhos fechados".

A enfermeira do Distrito Verde nos disse que a VISA tem um importante papel em esclarecer a população (idosos, familiares, etc.) de que as pessoas não adquirem gripe pelo fato de receberem a vacina.

A enfermeira "A" do Distrito Azul comentou sobre a pesquisa da Datafolha (BRASIL, 2002), que revelou alguns "eventos lamentáveis", como aquele dos médicos que contra-indicavam a vacina. Ciente de tal contra-indicação, a enfermeira da VISA Verde referiu que são enviadas à Sociedade de Medicina e

Cirurgia do Município informações, via "mala direta", sobre a campanha de imunização, incluindo a especificação do período em que seria realizada, com o intuito de conscientizar a categoria médica. A entrevistada referiu também que devido à dificuldade em se convencer os médicos, a VISA "tenta convencer os idosos".

A divulgação da campanha, segundo a enfermeira "A" do Distrito Azul, seria feita pela prefeitura via chamadas de rádio, jornais, *outdoors*, etc. e a UBS faria divulgação através de cartazes, panfletos, faixas e outros.

Quanto à operacionalização da campanha, a enfermeira do Distrito Verde informou-nos que o território distrital seria dividido em dois eixos e cada um deles teria uma enfermeira como supervisora. O papel destas enfermeiras seria o de ajudar a diminuir as filas através de organização do local ou do auxílio na aplicação e anotação de doses e o de verificar as insuficiências de insumos e recursos humanos. No primeiro dia da campanha a terceira enfermeira permaneceria na VISA, auxiliando a aplicação de vacinas (já que a VISA também funciona como posto de vacinação) e resolvendo "problemas" tais como reabastecimento de vacinas nas unidades. Na campanha infantil, o Distrito é dividido em três eixos, uma vez que nessa campanha organiza-se um grande número de postos volantes.

Na VISA Verde, as diferentes informações que a CoVISA transmite durante a campanha são repassadas através de boletins informativos para as UBSs, via fax ou correio eletrônico e arquivadas em uma pasta na respectiva VISA.

Para a enfermeira da VISA Verde, um dos problemas da campanha é responder a todas as reclamações feitas através do telefone 156.

Freqüentemente, estas se referem à falta de vacina ou a excesso de fila. Para resolver isso, tal Distrito orientaria as UBSs a deixarem cadeiras para a acomodação dos idosos enquanto esperam pela vacina e a organizarem a entrada e a saída dos usuários por diferentes vias. Relatou a mesma, a ocorrência de fatos como o de algum idoso ter recebido a vacina duas vezes ou então ter sua carteira de vacinação checada e não ter recebido a vacina. Entretanto, ela ressaltou que, nas campanhas de 2002 e 2003, estes fatos diminuíram muito.

Em relação aos cálculos e análises de cobertura vacinal, de acordo com a enfermeira do Distrito Verde, a CoVISA obteria a cobertura vacinal para o município, mas não envia o resultado ao Distrito. Na realidade, explica ela, que os dados do Distrito não são analisados em particular e sim, utilizados pela CoVISA de modo agregado aos outros Distritos, ou seja, apenas como um valor total de cobertura vacinal no município.

Nas pastas arquivos da VISA do Distrito Verde encontramos para o ano de 1999, os informes técnicos do CVE, as metas da campanha redigidas manualmente, as coberturas vacinais de 1998 e o número de doses aplicadas para 1999. Na pasta do ano de 2000 encontramos informes técnicos e dados de cobertura redigidos manualmente ao lado da tabela do número de doses. Para os anos de 2001 e 2002 encontramos somente o número de doses aplicadas em cada ano de acordo com UBSs. Para o ano de 2003 encontramos apenas dados de cobertura. O computador onde estavam arquivadas as informações sobre cobertura vacinal teve problemas técnicos o que acarretou a perda dos documentos que estavam registrados em sua memória. Inicialmente, a enfermeira achou que possuía os dados de cobertura para todos os anos arquivados em

outro computador, no entanto, em contato posterior ela confirmou que não os possuía.

Na VISA Verde a enfermeira verbalizou que como em todos os anos há sobra de vacina, as UBSs seriam orientadas a não manterem estoque. A mesma entrevistada citou que há também uma avaliação comparativa entre o número de doses de vacina recebidas e aplicadas pelas UBSs, com o intuito de identificar perdas de vacina. Entretanto, em um momento anterior, ela havia dito que nem sempre o DS possui condições de fazer este tipo de análise.

O coordenador do Distrito Azul referiu que a avaliação seria feita através da problematização dos resultados das campanhas e estes seriam enviados para as UBSs para posterior discussão entre as enfermeiras e as suas equipes. No outro Distrito, as reuniões com fins de avaliação seriam mais comuns na campanha infantil, segundo a enfermeira entrevistada.

Durante e ao final da campanha as enfermeiras da VISA Verde ficariam responsáveis por cobrar os dados de número de doses aplicadas, reforçando a orientação às enfermeiras das UBSs de procederem registro fiel das doses aplicadas. O volume total de número de doses aplicadas pelas UBSs seria transmitido por telefone, via fax ou correio eletrônico para a respectiva VISA que ficaria encarregada de, posteriormente, inseri-lo no subsistema.

Segundo a enfermeira do Distrito Azul, normalmente os centros de atenção especial (casas de repouso neste caso) seriam visitados no sábado, porque esse seria um dia de baixo movimento, uma vez que os idosos procuram a unidade com maior frequência durante a semana. Sobre este fato a enfermeira do Distrito Verde comentou que há um alto gasto com o primeiro dia de campanha tendo em vista a

baixa procura da vacina por parte dos idosos. Em ambos os Distritos, as UBSs também seriam estimuladas a aplicar a vacina nas pessoas que apesar de não se situarem na faixa etária alvo, enquadram-se nas indicações contidas na norma técnica.

Indagamos à enfermeira da VISA Verde sobre as diferenças entre os números de doses aplicadas contidas no SIS-API e nos dados do Relatório. As justificativas apresentadas não esclareceram a questão.

Em relação à opção adotada pela SMS de estender o período da campanha para aumentar a cobertura vacinal, a enfermeira “A” do Distrito Azul acredita que isto não provoca melhora significativa dos resultados. Este fato foi confirmado por ela através de uma tabela com os números de doses aplicadas semana a semana para o seu Distrito.

Os dados provisórios de número de doses aplicadas no primeiro sábado da campanha, segundo faixa etária, seriam, de acordo com a enfermeira do Distrito Azul, transmitidos pelas UBSs à sua VISA no próprio sábado, em um horário pré-determinado. As VISAs consolidariam os dados e os enviariam à CoVISA e esta repetiria o procedimento em relação à DIR XII. Na segunda-feira que sucede o primeiro dia de campanha, pela manhã, seriam confirmados os dados oficiais para o Dia Nacional de Imunização dos Idosos, após as UBSs, as VISAs e a CoVISA informarem, seguindo o mesmo fluxo, o número total de doses aplicadas no sábado.

Segundo a enfermeira do Distrito Azul, durante o período da campanha a unidade consolidaria os dados de número de doses de vacinas aplicadas e informaria a VISA às sextas feiras (ou segundas-feiras no caso de a UBS

funcionar aos sábados) e esta repassaria tais dados para a CoVISA. A opção pela transmissão de dados semanalmente teria o efeito de permitir avaliações parciais em todas as instâncias envolvidas. A VISA informaria os coordenadores das UBSs sobre os dados de cobertura vacinal em reuniões que ocorreriam ordinariamente a cada quinzena. A entrevistada disse que estes coordenadores poderiam fazer os cálculos de cobertura, mas a VISA assume este papel.

A enfermeira do Distrito Verde citou um fluxo de transmissão de dados semelhante. Segundo ela, todas as segundas-feiras durante a campanha, os dados de número de doses são repassados da VISA para a CoVISA. Algumas vezes acontece de a VISA fazer a consolidação de doses do dia 24 ao dia 31, por exemplo, e a CoVISA solicitar os dados dos dias 23 a 30. Isso dificultaria a consolidação dos dados e acabaria provocando diferenças no número de doses. Outro fato que, segundo a enfermeira do Distrito Verde não pode ser desconsiderado na questão da cobertura real é a migração entre a população das UBSs.

Há também, completou a enfermeira do Distrito Verde, o fato de que mesmo após o término da campanha de vacinação, as UBSs permaneceriam aplicando a vacina e incluiriam tais doses nas planilhas da última semana o que ocasionaria diferença na consolidação dos dados. Ocorre ainda que, as doses aplicadas na própria VISA Verde, que funciona como posto de vacinação no primeiro dia de campanha, são somadas às de uma UBS próxima. Acrescenta que já ocorreu de a CoVISA desconsiderar as doses que foram aplicadas na própria VISA, gerando então, uma diferença maior. Segundo a enfermeira do Distrito Azul, as doses de vacina administradas após o encerramento da campanha seriam

incluídas nos Boletins Mensais de Vacinação e o estoque disponível na unidade seria utilizado até a expiração de sua data de validade.

A enfermeira da VISA Azul referiu que a população deveria ser orientada sobre a importância de receber a vacina o ano todo, mas que, esta ação educativa é bastante difícil. Para ela a orientação no momento da campanha é algo "paliativo".

A enfermeira do Distrito Azul concluiu a entrevista atribuindo a adesão à campanha de vacinação ao vínculo entre o idoso e a UBS. A sua opinião é de que na atualidade o vínculo é maior. Também comentou que uma das UBSs de seu território distrital teria organizado uma atividade recreativa dirigida aos idosos no ano de 2003, e atribuiu a esta iniciativa um acréscimo de quase 10% na cobertura vacinal desta unidade em relação ao ano anterior. Assim, ela nos recomendou visitar esta unidade por considerá-la interessante aos propósitos desta pesquisa.

II Interação com a Unidade Básica de Saúde

Em 30 de janeiro e 22 de abril de 2004 entrevistamos uma das duas enfermeiras da UBS escolhida que será identificada como "UBS Amarela". Esta nos informou ser graduada há sete anos e trabalhar naquela unidade básica de saúde há cinco. Afirmou ser especialista em administração de serviços de saúde pública e hospitalar, cursar especialização em cardiologia e ter iniciado no segundo bimestre de 2004 (após a primeira entrevista, portanto) o curso de Especialização em Saúde da Família, coordenado pela UNICAMP, a partir do Pólo de Educação Permanente de Campinas.

O coordenador desta unidade não é médico nem enfermeiro e não foi incluído na pesquisa por não estar diretamente envolvido com a campanha de vacinação de idosos na leitura da Enfermeira “A” da VISA do Distrito Azul.

A UBS em questão está situada em um bairro fundado em 1965. Em 1968, freiras-enfermeiras iniciaram o atendimento ambulatorial em uma casa da COHAB (Companhia de Habitação). Os casos graves eram encaminhados para a Santa Casa, de acordo com informações obtidas em um texto elaborado pelos agentes comunitários de saúde⁷.

É interessante notar que, naquela época, foi construído um barracão no mesmo local onde hoje funciona a unidade básica de saúde. Neste, eram realizadas missas e atendimentos para a população em época de campanha de vacinação.

Este barracão foi construído entre os anos de 1973 e 1974 por uma associação do bairro, a partir de doações de tijolos de uma cerâmica e de demais materiais por empresas locais, com a mão-de-obra dos próprios moradores do bairro. A obra foi concluída posteriormente por iniciativa do *Lions Clube*.

Ainda, segundo o mesmo texto consultado, em junho de 1977 o governo municipal adotou o Programa de Medicina Comunitária e a partir de então as atuais UBS, naquele momento denominadas de Postos Comunitários de Saúde, passaram a contar com trabalhadores contratados pelo município. Este PCS foi um dos primeiros do município e serviu de modelo para a instalação dos demais.

No modelo atual, Paidéia - Saúde da Família, a UBS conta com duas equipes de saúde da família (uma atuando no período da manhã e outra no

período da tarde) e funciona de segunda à sexta-feira das sete às 19 horas, e aos sábados das sete às 12 horas. A área de abrangência de cada equipe é delimitada por uma grande avenida.

Além disso, a UBS possui uma equipe matricial, um núcleo de saúde coletiva e um colegiado gestor. A composição das equipes da UBS encontra-se no quadro abaixo.

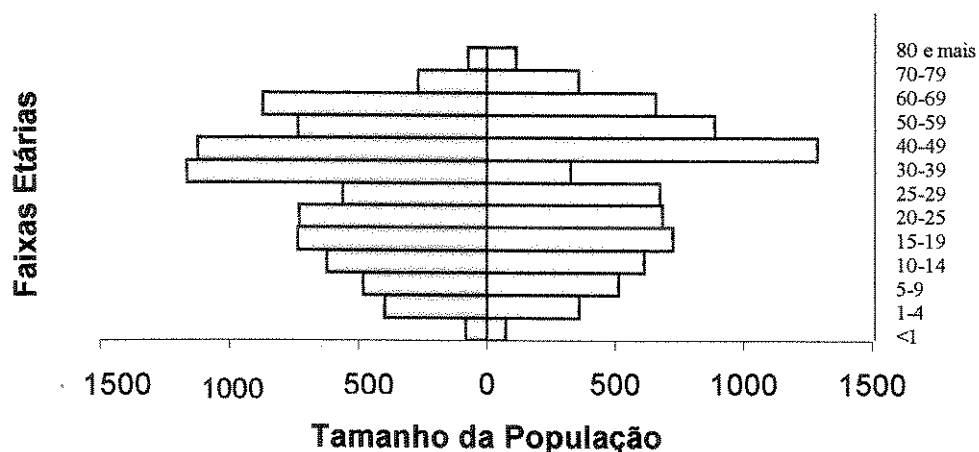
Quadro 6- Distribuição dos trabalhadores da UBS segundo equipes de trabalho. Campinas, 2004.

Trabalhador da UBS	Número total de trabalhadores na UBS	Equipe Matricial	Equipe de Saúde da Família*	Equipe do Núcleo de Saúde Coletiva	Equipe do Colegiado Gestor
Coordenador	01	01	-	01	01
Clínico Geral	02	-	01	01	
Dentista	02	-	01	01	01
Enfermeiras	02	-	01	01	01
Ginecologista	02	-	01		
Médico generalista	02	-	01	01	01
Pediatra	01	01	-	-	-
Psiquiatra	01	01	-	-	-
Psicólogo	01	01	-	-	-
Técnico em higiene dentária	01	01	-	-	-
Agente comunitário de saúde	08	-	04	08	01
Auxiliares de enfermagem	18	-	09	02	02
Auxiliares de consultório dentário	02	-	01	-	-
Oficial administrativo	01	01	-	-	-
Faxineiras	02	02	-	-	-

* Número de trabalhadores para cada equipe de saúde da família.

⁷ CAMPINAS. Histórico do CS “Amarelo”. sd. 2 p.

A enfermeira da UBS comentou que na unidade há grande população de idosos em comparação com a população infantil, que em um dos bairros 60% da população é de idosos e ainda que grande parte destes possuem mais de 80 anos. Tal fato foi confirmado pelos dados do Censo de 2000. Segundo esta fonte, a população da área de abrangência da UBS ultrapassa 14 mil habitantes, sendo que destes, 851 (5,8%) são menores de cinco anos e 1892 (12%) são maiores de 60, conforme visualização no gráfico que se segue (CAMPINAS,2000a).



□ População do sexo masculino □ População do sexo feminino

Gráfico 6 – Pirâmide etária da população moradora na área de abrangência da UBS Amarela, segundo sexo e faixa etária, para o ano de 2000. Campinas, 2004.
Fonte: Censo 2000.

A UBS pertence ao grupo três do Índice de Condição de Vida, ou seja, ao grupo de melhor condição de vida. No entanto, como já dito anteriormente, este índice não tem a capacidade de detectar desigualdades intra-áreas, o que pode ser identificado pelo fato de que na área de abrangência da unidade existem cinco bairros, três ocupações e uma favela.

Segundo informações fornecidas pela enfermeira da UBS, as áreas de ocupação são mais estruturadas do que as dos bairros, devido à melhor organização das comunidades das áreas de ocupação e das favelas. Em função desta organização, a comunidade das áreas de ocupação e das favelas obtém alguns benefícios tais como doações e, portanto, dispõe de uma situação sócio-econômica menos deficitária, o que resulta, segundo a enfermeira, em menores índices de desnutrição infantil nestas comunidades.

Segundo esta entrevistada, “as casas dos bairros possuem muita aglomeração, além do fato de grande parte delas serem pequenas, baixas e apresentarem condições de higiene precárias”. É comum várias gerações de uma família morarem na mesma casa e a população apresentar baixos rendimentos.

Ela aponta também que a população do território é 75% “SUS -dependente” e ao ser questionada sobre a forma de obtenção desse dado, respondeu que fez um levantamento do número de prontuários da UBS e de usuários cadastrados na farmácia.

Quanto à rotina da sala de vacinas, a mesma explicou-nos que uma auxiliar de enfermagem é a responsável pelo período da manhã e uma outra auxiliar (da outra equipe de saúde da família) pelo período da tarde. O rodízio de funcionários nesta área ocorre anualmente, diferentemente dos demais setores onde o rodízio é semestral, tendo em vista o fato de que na sala de vacina, de acordo com a enfermeira, existem especificidades que necessitam de aprendizado e adaptação. Além do fato deste trabalhador ser também responsável pelas ações de vigilância epidemiológica.

A equipe da UBS organiza diversos grupos com a população, sendo que 85% de seus participantes são idosos. Alguns dos grupos são: Lian Gong, ginástica postural, artesanato, gestantes, resultado de citologia oncológica normais, planejamento familiar, climatério, mulheres, crianças, idosos, cuidadores e desnutridos. Também são realizados encontros sociais, passeios e caminhadas. O convite para participar dos grupos é realizado na consulta médica e na aferição de pressão arterial. A enfermeira supôs que na unidade existam 1500 pacientes hipertensos e diabéticos.

Os usuários da UBS são classificados de acordo com a patologia que possuem (cardiopatias, diabetes, problemas de saúde mental, etc.) através de um sistema de cores identificando os prontuários e os cartões.

Há um grupo para os idosos que se reúne duas vezes por semana. Sob a coordenação de um professor de Educação Física do Centro de Convivência do Idoso e dele participam cerca de 80 idosos. Segundo a enfermeira, todos estes idosos foram vacinados no ano de 2003. Ela revelou que estes usuários obtiveram melhora no nível de saúde com a atividade física. No entanto, não comentou sobre o impacto da vacinação na qualidade de vida desta população.

As reuniões de equipe de saúde da família, da qual a enfermeira faz parte (cada uma realiza a sua separadamente) abordam: problemas pertinentes ao “funcionamento da equipe, planejamento, capacitação, discussão de casos de pacientes e de problemas da comunidade, além de este ser um momento social da equipe”.

A enfermeira acredita que o bairro onde a UBS está localizada possui elevado índice de tráfico de drogas e de violência. De acordo com suas

informações, antes da vinda dos ACS a população “tinha medo” de ir à UBS. Com a chegada dos agentes houve melhora da adesão da população ao serviço, principalmente dos moradores de bairros vizinhos à UBS. Disse-nos ela que a população do bairro da unidade agia como “se a unidade fosse deles e não de toda a área e que graças aos agentes comunitários esta visão mudou”.

A enfermeira fez comentários sobre os eventos adversos esperados e não esperados da vacina (denominados por ela de efeitos colaterais), apontando que no território da UBS estes eventos apenas ocorreram em 1998 e foram de intensidade “leve”. Houve e ainda há muito medo de morrer em decorrência da vacina por parte da população muito idosa daquela UBS.

Quanto ao evento recreativo (denominado “bingo” pela enfermeira “A” da VISA Azul) ocorrido no ano de 2003, a enfermeira nos explicou que esta atividade era um jogo do Ministério da Saúde (“Jogo do Saber”) que possuía a finalidade de gerar discussão sobre assuntos da dengue e que esta oportunidade foi utilizada também para divulgar a vacinação do idoso mas, não exclusivamente com este propósito.

Houve em 2003, uma atividade de caminhada na qual promoveu-se a discussão sobre doenças respiratórias e vacina contra *influenza*. Os usuários partiram da UBS para uma Igreja do bairro vizinho (cerca de uma hora de caminhada) e, lá chegando, tomaram chá e realizaram a discussão acima citada.

Quando questionada sobre o que ocorre antes da campanha de vacinação, a enfermeira referiu que em decorrência da demora no repasse de material informativo por parte da CoVISA, a Unidade Básica tem elaborado, com o auxílio do computador, alguns cartazes e panfletos divulgando a vacinação e os ACS os

distribuem na comunidade. Além disto, os agentes informam aos idosos os postos de vacinação e seu horário de funcionamento nas visitas domiciliares.

Nos postos de vacinação também são colocados cartazes explicando quem deve receber a vacina, a que se destina e também seus efeitos adversos. A enfermeira nos disse que os preparativos seriam definidos oficialmente na reunião do núcleo de saúde coletiva e convidou-nos a participar de tal atividade. Os dados obtidos através da observação desta reunião serão discutidos mais adiante.

A enfermeira nos explicou que no primeiro dia da campanha a UBS não operaria como posto de vacinação, pois, julgava que a unidade dispunha de pouco espaço físico para receber a população. Assim, o posto central de vacinação seria instalado nas dependências de uma igreja.

As equipes também aplicariam as vacinas nas residências dos usuários acamados e daqueles que se locomovem com dificuldade (segundo a enfermeira a UBS possui aproximadamente 70 idosos nesta situação).

Após o término da campanha a UBS permaneceria aplicando as vacinas, sem que tais doses fossem consideradas como doses da campanha, sendo computados no sistema de informação como doses da produção mensal.

A mesma enfermeira informou que a avaliação de resultados já aconteceria durante a campanha sem, contudo, nos explicar de que modo isto ocorreria.

A seguir, apresentamos os dados referentes à observação da reunião do núcleo de saúde coletiva.

A reunião ocorreu no dia 20 de fevereiro, ou seja, quase dois meses antes do início da campanha. Esta reunião foi iniciada com atraso de mais de uma hora e durou cerca de 35 minutos. Todas as pessoas presentes (enfermeira, médica

generalista, clínico geral, dentista, cinco ACS, uma AE da sala de vacina, uma AE da farmácia, e o coordenador da UBS) sentaram-se em roda em uma sala da própria unidade.

A enfermeira iniciou a reunião questionando os integrantes do núcleo sobre as estratégias que seriam adotadas na campanha e sobre a confecção dos panfletos de divulgação. Logo no início da reunião houve uma confusão por parte da enfermeira sobre o recebimento das doses de vacina para a campanha de 2004. Inicialmente imaginava que a UBS já tinha recebido as vacinas, mas na sequência corrigiu o equívoco, diante da informação da AE da sala de vacinação. Comentou que no ano de 2003 as vacinas chegaram na UBS em data defasada em relação à prevista no planejamento da CoVISA. Durante a reunião, o coordenador buscou contato com o DS para certificar-se a respeito do cronograma da campanha, uma vez que a equipe da UBS encontrava-se desinformada a este respeito.

Na reunião, a equipe definiu como estratégia que a divulgação da campanha seria realizada via panfletos e cartazes confeccionados na própria UBS. Definiu-se também que esta divulgação deveria ter início no mês de março. A médica sugeriu que os materiais fossem colocados em locais de grande circulação de pessoas: igrejas, farmácias, padarias, estabelecimentos de vendas de frutas, verduras e legumes, etc.

Houve divergência de opinião entre as duas auxiliares de enfermagem a respeito da divisão da organização da campanha segundo equipes de saúde da família. A médica argumentou que a campanha não poderia ser dividida por equipe, pois, seria mais importante priorizar a preferência dos idosos pelo período

da manhã ou da tarde, independentemente dos turnos de trabalhadores das equipes de saúde da família.

A enfermeira sugeriu que no primeiro dia de campanha o posto de vacinação ficasse restrito a uma igreja próxima à UBS e que, na sequência, a campanha fosse desenvolvida em outros postos localizados em pontos estratégicos dos bairros da UBS. Essa sugestão também foi reforçada por uma das auxiliares de enfermagem e pela coordenadora que defenderam também a suspensão de atividades assistenciais na UBS. A idéia de não realizar vacinação na UBS colocava-se na preocupação de evitar confusões. Naquele momento, os presentes planejaram o desenvolvimento da campanha durante três dias em cada posto de vacinação, tal proposta foi aceita pelo grupo.

Ocorreu também uma grande discussão entre a médica generalista, as AEs, as ACSs e a enfermeira sobre os locais mais adequados para a instalação de posto de vacinação na comunidade. Cada sugestão levantada pelos membros da equipe era apreciada e aprovada ou descartada. As decisões eram tomadas levando-se em consideração a infra-estrutura do local e a facilidade de acesso por parte da população. Após várias indicações, a equipe definiu os locais, priorizando as igrejas distribuídas nos bairros. Decidiu-se, finalmente, que a UBS não funcionaria como posto de vacinação e deliberou-se pelo encaminhamento de ofício aos pastores e padres das igrejas sugeridas para que estes confirmassem a possibilidade de utilização destes espaços.

Paralelamente, alguns trabalhadores reforçaram a necessidade de divulgação ampla de datas e locais dos postos de vacinação à população, dentro e fora da UBS.

A idéia de vários postos de vacinação foi definida como “não centralizadora”. Optou-se por manter o mesmo esquema de visitas domiciliárias para vacinação dos usuários acamados utilizada no ano anterior (2003). A enfermeira e a médica recomendaram que os ACS se informassem sobre os acamados que não estavam sendo visitados.

A médica retomou a fala citando os nomes das igrejas que foram definidas como postos de vacinação e, nesse momento, uma AE proferiu em tom irônico, de que a proposta melhor que a definida pela equipe seria a de vacinar cada idoso em seu domicílio.

Houve dúvida sobre o horário de funcionamento do posto de vacinação, parcial ou completo, no primeiro dia de campanha, uma vez que aos sábados o turno se restringe ao período da manhã. A enfermeira, inicialmente, referiu imaginar que a campanha ocorreria somente no período de funcionamento da unidade, mas após a argumentação da equipe, concordou que a campanha deveria acontecer durante todo o dia. Uma das AE pediu esclarecimentos sobre a necessidade do funcionário que fosse trabalhar na campanha atuar também nos serviços de rotina da UBS, uma vez que durante todo o período de campanha e, inclusive no primeiro dia desta, há funcionamento normal da unidade.

Mediante confirmação do cronograma de desenvolvimento da campanha, a equipe restringiu a dois dias o funcionamento de cada posto de vacinação.

A auxiliar de enfermagem comentou que no ano de 2003 a SMS ficou devendo o pagamento referente ao período de campanha para os trabalhadores. Referiu ainda, que esta situação era desestimuladora. A enfermeira referiu que quanto a isso precisavam contactar o órgão central.

O tema da campanha de vacinação foi encerrado e a reunião continuou com a discussão sobre o controle de tuberculose no bairro através do tratamento assistido e casos de febre maculosa no município.

Na semana que antecedeu o início da campanha, fizemos novo contato telefônico com a enfermeira da UBS. Naquele momento, esta nos informou sobre um segundo posto de vacinação que seria localizado em um hipermercado de um *shopping center* na área de abrangência da UBS, situado entre duas grandes rodovias. A enfermeira também recomendou-nos acompanhar o trabalho naquele posto.

Então, nossa etapa seguinte foi acompanhar o primeiro dia de vacinação no hipermercado. Nesse dia, observamos que na recepção da UBS existiam cartazes, elaborados pela própria equipe, e impressos em folha tamanho sulfite, com letras pouco visíveis. Esses cartazes informavam os dias e locais dos postos de vacinação onde seriam aplicadas as vacinas.

Nesse primeiro dia de campanha, no posto de vacinação instalado na igreja próxima a UBS houve venda de pastéis, e distribuição gratuita de chá e café para quem fosse receber a vacina, segundo informações da enfermeira. Trabalharam nesse local, três funcionárias, sendo que na primeira hora de campanha houve fila de 30 pessoas em média e nos demais horários ela não passou de 15 pessoas.

Fomos informadas pela enfermeira e pelas auxiliares de enfermagem que o convite para a instalação de um posto de vacinação no hipermercado partiu do próprio estabelecimento e que a divulgação aconteceu nos três dias que antecederam a campanha.

A equipe era composta por duas auxiliares de enfermagem (uma anotadora e uma vacinadora), além do motorista que faria o transporte da equipe e dos insumos. A enfermeira permaneceu na UBS oferecendo retaguarda operacional à campanha e também assistindo a população que procurava a unidade. Ela chegou ao posto do hipermercado por volta das 13 horas, quando o expediente da UBS já havia terminado, uma vez que houve atendimento normal na unidade.

A saída da equipe para o posto de vacinação instalado no hipermercado foi retardada pela identificação de insuficiência de doses vacina no posto da igreja e o motorista deslocou-se até lá, a pé, transportando algumas doses.

Pelo fato de haver apenas um veículo, o transporte da equipe foi realizado em duas viagens. Logo ao chegar, as primeiras trabalhadoras notaram a falta de seringas e telefonaram para a UBS solicitando que elas lhes fossem enviadas. Por este motivo, a vacinação no hipermercado foi iniciada com cerca de trinta minutos de atraso. O atendimento ocorreu normalmente no horário do almoço e foi encerrado no horário previsto.

Permanecemos por seis horas no local, acompanhando as atividades do período da manhã e de parte do período da tarde e também colaborando na administração de vacinas.

Quanto à organização do local, identifiquei logo no início da vacinação uma pequena fila de idosos (cerca de dez), mas depois o fluxo se manteve baixo. Havia duas mesas localizadas na entrada do hipermercado. Na primeira, o idoso deveria entregar a carteirinha para a anotação e também dizer seu nome completo, data de nascimento, idade, bairro em que residia e a UBS de referência. Estes dados eram anotados em uma planilha confeccionada pela enfermeira da UBS. Também

eram feitas as anotações rotineiras nas carteiras de vacinação, na vias espelho e nas planilhas do CVE. Além disto, quando o idoso era originário de território de outra UBS também se fazia um cartão espelho, o qual, segundo a enfermeira, seria enviado posteriormente às respectivas UBSs de origem. Na segunda mesa, estavam alocadas as caixas de isopor com as vacinas e os demais insumos. O idoso recebia a vacina em pé ao lado dessa mesa.

O hipermercado ofereceu uma grande mesa com quitutes e bebidas aos idosos. O funcionário do hipermercado, responsável por colaborar na campanha de vacinação, fixou cartazes no local contendo informações previamente combinadas, por telefone, com a enfermeira da UBS. Um dos cartazes informava a idade mínima para receber a vacina e outro informava que aquele evento constituía-se pela parceria entre a SMS e o hipermercado para “melhor atender a melhor idade”. Não havia nenhum tipo de material de divulgação elaborado ou trazido pela equipe.

O veterinário sugeriu que a parceria continuasse e que se repetisse na campanha de multivacinação infantil, mas enfatizou a necessidade de que fosse antecedido por um planejamento realizado com maior antecedência, revelando, inclusive, sua intenção de colocar bonecos (Zé Gotinha e outros) e uma mesa mais farta para atrair os clientes.

No posto instalado no hipermercado foram aplicadas apenas as vacinas contra *influenza* e as dupla-adulto. Os idosos que deveriam receber a vacina contra pneumonia eram orientados a procurar o médico na sua UBS de origem, pois esta vacina, segundo as AE, só poderiam ser aplicadas com “ordem médica”. Quando o idoso estava sem a carteira de vacina, ele recebia a dose contra a

influenza e um selo (o qual garantia que ele fôra vacinado naquele ano) para colocar em sua carteira quando chegasse em casa.

A anotadora demonstrou verbalmente dar pouco valor ao registro na planilha do CVE, declarando que faria apenas uma estimativa aproximada naquele momento, pois era muito trabalhoso obter a idade do idoso a partir de sua data de nascimento, e, assim pretendia fazer tal cálculo posteriormente na UBS. Na seqüência, ela solicitou nossa colaboração no cálculo das idades dos usuários.

Quando assumia a função de anotadora, a enfermeira sempre verificava se o idoso necessitava receber a vacina dupla-adulto. Caso o usuário não portasse a carteira vacinal, indagava-o sobre o recebimento da última dose e, quando havia a indicação, oferecia a vacina ao idoso. Quando este verbalizava que não tinha o desejo de receber a vacina dupla-adulto, a enfermeira explicava-lhe a importância da vacina e insistia fortemente para que ele aceitasse recebê-la. Verificamos, inclusive, que alguns destes idosos receberam a vacina visivelmente contrariados. Entretanto, quando a AE assumia esta tarefa, apenas verificava a carteira vacinal, no caso da não disponibilidade da mesma, indicava apenas a administração de vacina contra *influenza*.

Grande parte dos idosos estavam adequadamente informados sobre a vacina e apenas alguns perguntavam sobre reação vacinal.

Foi freqüente também o questionamento de algumas pessoas com menos de 60 anos sobre a possibilidade de receber a vacina contra a *influenza*. Frente a esta demanda as auxiliares de enfermagem demonstravam pouca capacidade de escuta e pouco interesse em informar, simplesmente respondendo que a indicação estava descrita no cartaz fixado no local.

▣ Retomada das interações

Desde a reunião do núcleo de saúde coletiva na UBS, permanecemos aguardando a reunião da VISA com as UBSs. Após algum tempo de espera, retomamos contato telefônico com a VISA, desta vez com outra enfermeira do serviço, já que a primeira havia sido transferida para outro setor da SMS. Fizemos duas ligações e em ambas recebemos a informação de que a reunião ainda não havia sido agendada, mas tão logo isto acontecesse, seríamos informadas. No terceiro contato telefônico, cerca de uma semana antes da campanha, fomos informadas de que a reunião de planejamento da campanha neste ano (2004), não ocorreria, no entanto, esta segunda enfermeira da VISA poderia nos receber para esclarecer eventuais dúvidas. Nesse momento, optamos por agendar tal encontro para identificar de que modo havia ocorrido o planejamento da campanha de 2004. A reunião foi desmarcada uma vez por necessidade da enfermeira, tendo sido agendada para a primeira semana após o início da campanha.

O objetivo de nossa interação com a enfermeira da VISA nesse momento consistia no esclarecimento de dúvidas resultantes das entrevistas anteriores e da necessidade de compreender como, efetivamente, teria acontecido o planejamento da campanha dos idosos no ano de 2004.

A nova enfermeira que passou a compor a equipe da VISA em substituição à enfermeira “A” será denominada enfermeira “C”. Esta tinha sido a coordenadora de uma das UBS do Distrito. Apesar de a enfermeira “C” ter sido a responsável pela coordenação da campanha dos idosos de 2004 em nível distrital, a enfermeira “B” assumiu a interlocução afirmando estar totalmente apta a nos

fornecer as informações referentes ao planejamento dessa campanha, pois o trabalho fôra desenvolvido em equipe.

A enfermeira “B” nos relatou que não houve a reunião para planejamento da campanha em 2004 porque “sempre é muito igual” e disse que para o planejamento da campanha de multivacinação a VISA requisitaria reunião com uma pessoa externa à SMS.

Ela mostrou-nos alguns slides que haviam sido enviados para as UBSs divulgarem a campanha junto aos grupos de idosos e falou-nos sobre a questão da contra-indicação à vacina por parte dos médicos e da resistência que tal conduta provoca nos idosos.

Para o alcance da cobertura proposta pelo MS, ela informou-nos que cada UBS elabora suas estratégias. Ela entende que cada UBS deva ter estratégias particulares, inclusive pelo fato de cada uma apresentar diferentes proporções de idosos e de crianças.

A enfermeira “B” mencionou o exemplo de uma UBS que iria aplicar a vacina contra influenza no baile dos idosos, na feira de artesanato e em outros locais de grande circulação da população idosa. Segundo esta enfermeira, a conduta mais adequada seria a de questionar cada idoso acerca de seu local de moradia no momento da vacinação, no entanto, argumentou que a SMS ainda não possui estrutura para fazer tal detalhamento. Ela desconhecia que a UBS “Amarela” havia utilizado um instrumento que permitia a identificação da população vacinada segundo bairro de residência e respectiva UBS.

Informou que outra estratégia empregada pelas UBSs é vacinar os idosos dos centros de cuidados especiais (asilos, casas geriátricas e casas de repouso)

no sábado, já que a procura espontânea na UBS nesse dia, freqüentemente, é pequena. Comentou também a experiência de outra UBS cuja equipe instala posto de vacinação na igreja e alcança 90% de cobertura vacinal. Quanto à estratégia de descentralização que foi utilizada pela equipe da UBS Amarela, ela a considerou "maluca", mas aguarda a possibilidade de verificar sua aplicabilidade.

Lembrou que neste ano de 2004, a SMS de Campinas optou por associar a campanha de idosos ao "exame de boca" que tem por objetivos, principalmente, identificar lesões características de câncer na cavidade oral. Apenas uma UBS não adotou a realização de tal procedimento em decorrência de limitação operacional provocada pela reforma em sua estrutura física.

A entrevistada tinha expectativa de que esta campanha pudesse ter uma adesão maior devido à epidemia de gripe, mas considera que houve pouca divulgação a respeito deste fato na mídia e nos informes epidemiológicos.

Em relação à função do Distrito de Saúde, ela refere tratar-se de serviço de gerência técnica e que a autonomia da UBS no tocante às campanhas vacinais é relativa, pois a VISA do DS interfere quando considera inadequada determinada estratégia definida pela unidade. O mesmo procedimento ocorre em relação ao número de trabalhadores solicitados para atuarem na campanha. No entanto, enfatizou que entre o DS e as UBS existe uma relação de confiança, e que neste sentido o DS atua mais como instância reguladora, a criatividade fica por conta de cada unidade. Além disto, o DS está mais preocupado com desempenhos ruins, ou seja, com as UBSs que não atingem as coberturas preconizadas pelo MS.

Segundo informações da enfermeira da UBS, da Enfermeira "B" e da enfermeira do Distrito Verde, um dos membros da equipe da VISA analisa a

relação entre número de doses aplicadas e número de trabalhadores envolvidos na ação, para verificar se a UBS solicitou número excessivo de trabalhadores. Ambas as enfermeiras não indicaram uso de parâmetros objetivos para análise de adequação dessa relação e a enfermeira da VISA Verde denominou esta ação de “parte administrativa”.

Ao final da campanha o DS trabalha com os dados de cobertura vacinal por UBS e quando há algo grave, tal como cobertura vacinal muito aquém da esperada, os enfermeiros ou os coordenadores das UBS são chamados para fornecer esclarecimentos. Outra estratégia é a de realizar uma reunião junto ao núcleo de saúde coletiva da UBS para discutir o fato. Ela julga, inclusive, que esta ação causa maior impacto na unidade. A devolutiva dos dados de cobertura vacinal é realizada através de via eletrônica para as UBS. Segundo a entrevistada, a discussão é mais localizada, feita por micro-região e através de comparação de resultados obtidos em áreas semelhantes.

Comentou também sobre a questão de algumas UBS terem população “SUS-dependente” pequena, supondo assim, uma correlação dessa característica com as coberturas vacinais.

A enfermeira “B” considera que um desempenho inadequado das UBS em relação às metas esperadas seja apreciado negativamente, uma vez que a expectativa do DS é sempre a de alcançar 100% da população idosa, mas as melhoras gradativas nas coberturas vacinais provocam um “certo conforto”.

A enfermeira nos disse que talvez seja o momento de promover parcerias institucionais da SMS com a sociedade organizada, como já se faz com a

campanha infantil, pois na campanha dos idosos estas iniciativas restringem-se ao âmbito atuação de cada UBS.

Após a entrevista com a enfermeira “B” da VISA retomamos contato telefônico com a enfermeira da UBS e agendamos uma nova reunião com intuito de obtermos outros esclarecimentos. Na reunião, a enfermeira da UBS informou-nos que em relação à transmissão das informações referentes ao planejamento da campanha, a UBS enviou à VISA apenas o plano operativo e comunicou-lhe a decisão de descentralização dos postos de vacinação.

A enfermeira considerava que a UBS possuía autonomia total na organização da campanha. Indagada acerca de reuniões com a VISA para análise de resultados discutir resultados de cobertura vacinal, a enfermeira respondeu-nos que, normalmente, a VISA encaminha à UBS os dados relativos às coberturas vacinais atingidas. Esta enfermeira confirma a informação de que a VISA discute principalmente a relação entre o número de trabalhadores que atuaram na campanha e o número de doses aplicadas. Complementarmente, enfatiza que anualmente, a VISA atende o pedido da UBS relativo ao número de trabalhadores uma vez que este tem se pautado em patamares mínimos necessários para evitar a sobrecarga de trabalho.

Segundo a enfermeira, a idéia de descentralizar os postos de vacinação foi baseada nos dados de cobertura do ano anterior. O critério para descentralizar os postos de vacinação nos bairros leva em consideração o fácil acesso pela população, bem como a existência de condições físicas necessárias a sua instalação. A esse respeito, refere ter solicitado aos integrantes do Conselho Local de Saúde que auxiliassem na divulgação da campanha nos seus respectivos

bairros. Para tanto, afirmou ter realizado uma palestra para os conselheiros e ter recomendado a divulgação da campanha nas igrejas (cultos e missas). A UBS acabou por constituir-se como posto de vacinação.

Ainda neste contato solicitamos os dados de produção vacinal desde 1999 e a enfermeira declarou que infelizmente não os possuía, pois a UBS não mantinha os dados em arquivos por falta de espaço físico, mas afirmou que a VISA poderia nos fornecê-los. Disse que talvez houvesse alguns dados arquivados no computador e que os procuraria. Combinamos que assim que os conseguisse ela nos enviaria por correio eletrônico, juntamente com os dados de 2004.

Como os dados de 1999 a 2003 e os do ano de 2004 não nos foram enviados, retomamos contato telefônico e a enfermeira disse que o computador no qual os dados estavam arquivados havia tido problemas e que somente teríamos acesso a eles por intermédio do DS. Reforçamos, então, nosso interesse pelos dados provenientes da UBS, inclusive desagregados segundo os postos de vacinação, para o ano de 2004. No entanto, a enfermeira manteve sua orientação de que estes dados estavam disponíveis no DS.

Neste contato telefônico, a enfermeira avaliou que houve maior adesão por parte dos idosos nos postos divulgados pelos conselheiros e ponderou que no ano de 2005 manterá apenas esses locais como postos de vacinação. Ela também informou que no posto de vacinação do hipermercado, 30% das doses foram aplicadas na população moradora do território.

Novamente retomamos contato com a enfermeira "B" da VISA do Distrito Azul com o intuito de captar estes dados de produção vacinal. A enfermeira

informou-nos que o DS possuía apenas a cobertura geral da UBS e não a dos postos de vacinação, nosso interesse inicial, e se comprometeu a nos enviar tais dados através de correio eletrônico. Recebemos, então, a planilha contendo os números de doses para todas as UBS, bem como um condensado para o DS.

No entanto, a enfermeira “B” afirmou que não possuía os dados de doses aplicadas nos postos volantes da UBS Amarela. Com isso, não tivemos acesso aos dados descentralizados da UBS.

Procedimentos analíticos

Partindo do pressuposto de que compreendemos as práticas de saúde enquanto práticas imediatamente sociais e desta forma historicamente estruturadas e socialmente articuladas (MISHIMA, 1997), destacamos a discussão de alguns elementos do processo de trabalho no desenvolvimento da Campanha de Vacinação de Idosos de Campinas no ano de 2004, em particular, dos agentes, dos instrumentos e da finalidade.

Durante a coleta de dados anotávamos todas as informações relevantes no diário de campo e logo após cada coleta realizávamos a digitação de todo o material em um programa eletrônico para edição de textos. Com isso, cada entrevista ou observação gerava um documento. Este material foi organizado de modo que em cada entrevista ou observação houvesse um agrupamento dos temas semelhantes.

Após esta tarefa, partimos para a elaboração da Trajetória do Estudo onde pudemos reorganizar novamente o material coletado. Nosso objetivo naquele

momento era o de permitir uma compreensão mais global do nosso percurso ao leitor.

Paralelamente, iniciamos a construção mental da análise dos dados através de discussões e de novas leituras de textos cujos temas se aproximavam das questões do nosso trabalho.

Procedemos a diversas releituras do diário de campo, do material organizado no editor de texto, bem como do próprio texto construído (trajetória do estudo). Partimos de leituras **verticais** dos registros efetuados (uma a uma) e posteriormente realizamos leituras **horizontais** do conjunto do material, visando maior aproximação com os dados e identificação de aspectos relevantes para análise em conformidade com os objetivos da pesquisa.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

A seguir, analisamos as entrevistas e as atividades de observação realizadas e apresentadas no capítulo “Trajetória do Estudo”.

Com relação à formação dos coordenadores dos Distritos, identificamos que ambos eram médicos sanitaristas, com a diferença de que o do Distrito Verde possuía também residência em área clínica e havia atuado como médico de carreira na SMS e o coordenador do Distrito Azul possuía experiência em cargos de gerência de UBS e da VISA do mesmo Distrito.

Certamente não há como definir qual a formação ideal para um gerente, mas diversos autores discutem sobre algumas dimensões básicas inerentes à atividade gerencial. ALMEIDA *et al.* (1994)⁸ propõem que são necessárias no mínimo três dimensões para realizar esta atividade. Uma delas é a dimensão técnica, que inclui aspectos mais gerais e instrumentais do próprio trabalho e de todo o conjunto de saberes; a segunda é a dimensão política que diz respeito à articulação do momento mais interno do processo de trabalho com as determinações externas a ele; a última é a dimensão comunicativa que refere-se a um caráter de negociação, além da questão do desenvolvimento da cidadania, o que implica utilizar a gerência como instrumento de emancipação dos sujeitos.

MISHIMA (1995) neste sentido também conclui que a função gerencial “não implica apenas o domínio dos conhecimentos técnico-administrativos por quem a

⁸ ALMEIDA, MCP *et al.* *apud* MISHIMA, Silvana Martins. *Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto*. São Paulo/Ribeirão Preto, 1995. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).

executa, mas a capacidade de compreender esta dinâmica maior de determinações sociais presentes na organização dos serviços de saúde”.

Identificamos que o coordenador do Distrito Verde possuía apenas visão geral do processo, não sabendo nos informar detalhes acerca da operacionalização da campanha e tratando logo de nos encaminhar a uma das enfermeiras da VISA, a qual, segundo ele, poderia nos fornecer informações mais detalhadas e precisas. Este trabalhador atribuiu a responsabilidade pela campanha nos níveis distrital e local aos trabalhadores da Enfermagem.

A Secretaria de Saúde do município, “considerando a reorganização do processo de trabalho das unidades de saúde em função da implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família”, reconhece que as responsabilidades sobre determinadas ações de saúde coletiva, tais como as abaixo descritas, cabem a todos os integrantes da Equipe de Saúde (CAMPINAS, 2001d).

- prevenção e controle sistemático de doenças transmissíveis e de danos que possam comprometer os usuários;
- atuação no núcleo de saúde coletiva, através da participação, desenvolvimento e execução de ações de vigilância à saúde, bem como através da apropriação e reconhecimento do território e área de abrangência (incluindo áreas de risco, lideranças locais e equipamentos);
- ações de indicação e administração de imunobiológicos, sendo incluídas atividades de aplicação, orientação, organização de fichário e controle da rede de frio segundo normas do Programa Nacional de Imunização.

No Distrito Azul verificamos que o coordenador conhecia o processo de planejamento e execução da campanha e atribuiu a posse de tal conhecimento ao

fato de ter sido coordenador da VISA. DUSSAULT (1992) cita que muitos educadores acreditam que a formação do gerente deveria estar voltada para pessoas com experiência e que tal formação deveria ser baseada na vivência destas pessoas. Neste sentido, a experiência do coordenador do Distrito Azul enquanto coordenador de VISA e de UBS é positiva.

Entendemos que em relação ao nível técnico, não importa se os dirigentes são especialistas em cada área de gestão ou de produção de serviços de saúde, mas sim, se eles entendem o que cada trabalhador faz e se são capazes de solicitar e utilizar informações que possam qualificar o processo de tomada de decisão (DUSSAULT, 1992). Obviamente não é necessário que o gerente possua conhecimentos de especialista, mas não é possível ser um bom gerente sem o conhecimento específico do trabalho gerenciado (JUNQUEIRA, 1990).

Verificamos haver nos diversos níveis da SMS, primeiro, um certo controle das ações referentes à campanha de vacinação dos idosos e, segundo, um gerenciamento de pessoal e de abastecimento técnico e material, ambos através da execução do plano operativo. Estas atividades foram apontadas por TEIXEIRA e MOLESINI (2002) como atribuições e responsabilidades dos gerentes de unidades operativas no contexto da construção do SUS, mas outras atribuições e responsabilidades citadas por estas autoras, também de grande relevância, não foram identificadas no nosso estudo. São elas: análise da situação de saúde na sua área de abrangência (necessidades e problemas); seleção das prioridades e tecnologias de intervenção; coordenação do processo de reorganização do trabalho na UBS; programação da execução das ações requeridas para o enfrentamento dos problemas de saúde da população da área; articulação com as

organizações governamentais e não governamentais que atuam na área de abrangência da UBS.

A finalidade do processo de trabalho operado era administrar a vacina. Não identificamos em nenhum dos níveis uma ação de valorização da aplicação da vacina como estratégia de promoção da saúde do idoso, muito embora em alguns relatos, pudéssemos depreender alguma reflexão sobre a importância de diferenciar a campanha de vacinação dos idosos da campanha de multivacinação infantil. No nível central (CoVISA) o idoso sequer era mencionado. Apesar de algumas falas darem certa especificidade à campanha dos idosos nos Distritos e da proposta de descentralização dos postos de vacinação no nível local, a administração da vacina era notadamente mais importante que a proteção destes contra a *influenza*.

No Distrito Verde a enfermeira diferenciou, em parte, o processo de trabalho da campanha para os idosos do processo que acontece para as crianças (multivacinação). Esta diferenciação pôde ser evidenciada pelo modelo prático de operacionalização da campanha, verificado através da divisão do território do Distrito em dois eixos para a campanha dos idosos e em três para a da multivacinação. Este fato foi justificado, por nossa entrevistada, pela existência de um maior número de postos volantes na última.

Nas reuniões com as UBSs do Distrito Verde, esta mesma enfermeira nos informou que faria algumas orientações referentes às especificidades da campanha de vacinação dos idosos. Tais orientações estariam relacionadas à organização de um espaço que permitisse maior privacidade ao idoso, à disponibilização de cadeiras para que os idosos pudessem aguardar o

recebimento da vacina sentados e ainda à ordenação de fluxo de usuários no posto de vacinação por portas diferentes para facilitar a aplicação da vacina e evitar transtornos. Em contrapartida, no posto de vacinação da UBS do Distrito Azul, localizado no hipermercado, verificamos que os idosos recebiam a vacina em pé, ao lado de uma mesa situada na entrada principal, não havendo biombo ou qualquer outro tipo de equipamento que garantisse um mínimo de privacidade e segurança ao idoso.

Na UBS do Distrito Azul houve uma fala durante a reunião do núcleo de saúde coletiva que se referia à necessidade de se identificar os idosos acamados que não estavam sendo visitados pela UBS, para que os mesmos também pudessem ser vacinados, mas não foi verificada qualquer atividade neste sentido durante a campanha.

As finalidades de todos os processos de trabalho surgem das necessidades geradas em uma dada sociedade (NEMES, 2000) e, portanto, temos que dizer de quem e quais são as necessidades com as quais estamos trabalhando. É importante retomarmos MENDES-GONÇALVES, (1992) quando ele nos alerta que as necessidades de alguns indivíduos podem ser travestidas em necessidades gerais e que quando os indivíduos não manifestam sua oposição a tais necessidades, eles são sempre considerados como a favor destas e também, como ainda não as tendo “adequadamente reconhecido”, desde que, é claro, outros indivíduos decidam o que é justo ou não, em nome da “sociedade”.

Através das diversas interações pudemos observar que os trabalhadores da SMS, estavam por um lado, imbuídos de um discurso equivocado, atribuindo a si próprios e ao Estado o poder de decidir sobre o que deve ser feito em nome da

saúde da população, e por outro de uma idéia de que, se o idoso não aceita receber a vacina não é por ele estar reticente e sim por ele ser resistente e sendo assim, não há nada que as equipes de saúde possam fazer a este respeito. Tais convicções podem justificar o sentimento de desobrigação da Secretaria em ouvir o idoso para identificar e compreender suas necessidades.

O argumento de população “SUS – dependente” corrobora tal lógica de trabalho. Considerar que a população não vai à UBS para receber a vacina porque não utiliza o SUS, apesar de se saber que a vacinação é prioritariamente aplicada na rede pública e não no sistema privado, justifica também o fato de não haver um planejamento que priorize identificar quem são e por que motivos alguns idosos não desejam receber a vacina. Sobre a utilização dos dados de serviços privados, MORAES *et al.* (2003) apontou que o simples acréscimo de todas as informações destes serviços resolveria esta questão.

Quanto à necessidade do Estado, entendemos que ela deveria ser a de diminuir o sofrimento dessas pessoas, aumentar a esperança de vida do idoso, diminuir seu risco de morte por afecção respiratória bem como os custos com hospitalizações que passariam a ser desnecessárias perante a possibilidade de prevenção.

A necessidade da SMS, evidenciada neste estudo, era a de cumprir as normas e as rotinas pré-definidas para a realização de uma campanha de vacinação. Isto foi concretizado na execução do plano operativo, sendo este ponto limitante para o planejamento da campanha em todos os níveis. O plano operativo não cumpriu, de modo adequado a função de instrumento de planejamento, pois ele deveria ser “uma orientação para a ação, uma proposição

de otimização dos trabalhos de outros, que não o do planejador. Esta modalidade de atuar é como se fosse um trabalhar sobre trabalhos” (SCHRAIBER, *et al.*, 1999). Na verdade, o plano operativo serviu apenas como instrumento para solicitar insumos e trabalhadores, não incluindo estratégias de ação. Além disto, normalmente ocorria reprodução do plano operativo do ano anterior. As possíveis readequações estariam restritas apenas ao ajuste do tamanho de população para o ano correspondente.

Entendemos que a finalidade básica de qualquer campanha de vacinação é proteger a população-alvo de determinado agravo ou doença. No entanto, verificamos que outras finalidades permeiam o processo desta campanha nos diferentes níveis da secretaria de saúde e muitas vezes parecem ser mais consideradas que aquela por nós sinalizada.

Na CoVISA a responsável pela campanha neste nível demonstrou que seu papel era o de receber os planos operativos dos Distritos de Saúde, consolidar a solicitação dos insumos, enviá-las às instâncias superiores e depois redistribuir estes insumos para os Distritos. Suas ações se resumiram à transmissão da informação. Não houve constrangimento por parte da trabalhadora em nos dizer que não conhecia os dados das UBSs e dos Distritos organizados segundo seqüência temporal, uma vez que utilizava somente as coberturas globais do município e que não sabia explicar as diferenças entre os números do SIS-API e dos dados do Relatório. Entendemos que esta atitude também demonstra que ela não reconhece que estas atividades ou “explicações” são de sua responsabilidade.

Nos Distritos este comportamento também é reproduzido. Novamente há priorização no cumprimento de normas e rotinas. Ambos os representantes dos Distritos disseram que fariam reunião com as equipes da UBS para discutir o plano operativo, “avaliariam” se ele era adequado, consolidariam os planos de suas UBSs e enviariam os dados para a CoVISA. O Distrito, por sua vez, receberia as vacinas e os demais insumos e os distribuiria para as UBSs, cobraria os números de doses aplicadas e posteriormente os consolidaria e os enviaria para a CoVISA.

Na UBS, a finalidade da descentralização dos postos da campanha era proporcionar aumento do índice de cobertura vacinal. Não houve nenhum tipo de avaliação com vistas a identificar os idosos que não haviam recebido a vacina ou qual havia sido o impacto na melhora do nível de saúde dos que haviam recebido o imunobiológico nos anos anteriores. Entendemos também, que em nenhum momento deste planejamento houve valorização da análise da proteção dos idosos contra a *influenza*.

O que acabamos por notar é que a finalidade de proteger o idoso da gripe e, portanto, reduzir o risco de contrair a doença, de ser internado e, em última instância, de haver a morte deste idoso se dissolve durante o processo de planejamento, execução e avaliação da campanha em todos os níveis da SMS. Com isso, constatamos que as atividades planejadas e desenvolvidas no município possuíam como finalidade principal a aplicação da vacina. Isto é denominado por MENDES-GONÇALVES (1992) de “alienação das necessidades humanas”.

No nível local, os instrumentos utilizados no processo de trabalho da campanha foram o preenchimento do plano operativo no momento de planejamento (já discutido anteriormente) e das planilhas do CVE durante e ao final da campanha e uma reunião do núcleo de saúde coletiva.

Segundo a enfermeira da UBS a reunião do núcleo de saúde coletiva seria destinada a planejar a campanha, e também de acordo com suas informações, não haveria outro momento oficial destinado a este fim. Chamou-nos atenção o fato de que durante toda a reunião a questão da descentralização dos postos foi tratada de modo prioritário.

Durante tal reunião, notamos que a equipe possuía preocupação com a questão informativa, mas não com a educativa. Por diversas vezes foi apontada a necessidade de se colocarem cartazes e folhetos explicando quem deveria receber a vacina, quais as vantagens e os possíveis efeitos adversos. No entanto apenas a coordenadora da UBS sinalizou a hipótese de muitos idosos não saberem ler. Em nenhum momento desta reunião levantou-se a necessidade de o vacinador e o anotador exercerem papel de educadores.

Em relação ao discurso de que administrar uma vacina tem o mesmo significado que aplicar uma injeção intramuscular em um adulto, entendemos que nesta visão as questões de educação em saúde e as especificidades desta ação com a população idosa não são consideradas.

Ressaltamos a existência de duas pesquisas, uma referente aos motivos de não adesão e outra ao tipo de efeitos adversos ocorridos após a vacinação. A primeira pesquisa realizada pela Secretaria de Estado da Saúde, pelo Instituto Data Folha e Aventis-Pasteur (2001) indicou que os motivos de não adesão entre

os idosos são, em sua maioria, decorrentes do medo da reação a vacina e da crença de que a pessoa pode pegar uma gripe devido ao recebimento desta (BRASIL, 2002). A segunda, realizada por DONALÍSIO, RAMALHEIRA e CORDEIRO (2003), concluiu que a vacina contra a *influenza* provoca eventos adversos de intensidade leve como dor no local da vacina (12,6%), mal estar (7,2%), febre (1,9%) e dor muscular (1,9%). Apesar disso, não verificamos ações que levassem em conta tais informações no planejamento de atividades da campanha de vacinação.

O coordenador da UBS não exerceu seu papel de gerente no planejamento da campanha vacinal, ficando esta então, sob responsabilidade da enfermeira da UBS. Durante a reunião do Núcleo de Saúde Coletiva, cuja pauta era justamente o planejamento da campanha, o coordenador se manteve disperso, saiu da reunião devido a assuntos particulares e se pronunciou pouquíssimas vezes. Todavia foi o único integrante que apontou uma das singularidades do idoso ao levantar a questão do analfabetismo nesta população.

A enfermeira dessa mesma UBS referiu ter organizado, como atividade integrante da campanha de 2003, uma caminhada destinada aos idosos, além de ter-lhes dado algumas orientações sobre as doenças respiratórias e sobre a vacina contra *influenza*. Além deste evento, nesse mesmo ano, a UBS organizou uma outra atividade recreativa para a discussão de assuntos relativos à dengue e aproveitou essa ocasião para divulgar a vacinação. Apesar de não haver condições de estabelecer relações, a UBS conseguiu acréscimo de 8.4%, ou seja, 213 doses no índice de cobertura vacinal do ano de 2003.

Em 2004, a UBS trabalhou com a proposta de descentralização dos postos de vacinação. A mesma entrevistada afirmou que tal proposta havia sido elaborada com base nos dados de cobertura vacinal do ano anterior, sem entretanto relatar de que modo procedeu a descentralização a partir destes dados. Os dados de cobertura vacinal de 2004 indicam que em relação ao ano de 2003 houve um acréscimo de 570 doses e a cobertura saltou de 54.9% para 86%. No entanto, temos de considerar que pode ter havido um número relevante de doses aplicadas em população de área não adscrita devido ao posto de vacinação instalado no hipermercado. A enfermeira elaborou uma planilha que discriminava cada idoso, segundo local de moradia e UBS freqüentada. Contudo, os dados nela contidos não chegaram ao conhecimento da respectiva VISA e não foram utilizados para avaliação em nível local, distrital ou municipal e tampouco foram disponibilizados para a pesquisa.

Compreendendo a gerência como um dos instrumentos do trabalho com caráter articulador e integrativo, sendo determinada e determinante no processo de organização de serviços de saúde e, sendo fundamental na efetivação de políticas sociais (MISHIMA, 1997), identificamos que, em todos os níveis da Secretaria de Saúde de Campinas, em graus diferenciados, existiam dificuldades nos níveis gerenciais relativos à campanha. Estas dificuldades são ao nosso ver, o ponto mais crítico do processo de trabalho da campanha de vacinação dos idosos deste município.

É notório que apesar de diversos trabalhadores terem feito referência ao grande acúmulo de experiência da SMS em realizar campanhas vacinais, verificamos que, de fato o município sabe bem como reproduzir uma campanha,

mas faltam-lhe diversos elementos necessários à organização de um trabalho que possa gerar uma efetiva melhora da saúde da população de idosos e ter como consequência o alcance das coberturas preconizadas.

Entendemos que o “acúmulo de experiência” em realizar campanhas, parece mais incentivar um trabalho mecanizado e alienado de suas finalidades do que favorecer uma campanha que atenda aos objetivos propostos. Ao relatar a existência de uma diferenciação entre as campanhas de vacinação infantil e de idosos, o coordenador do Distrito Azul na verdade deixa transpassar a idéia de que no primeiro caso (vacinação infantil) o objetivo é vacinar a totalidade das crianças, com vistas à erradicação da doença e à prevenção da morte e, que no segundo caso (vacinação dos idosos) o objetivo restringe-se à prevenção da gripe, não sendo necessário, portanto, vacinar toda a população-alvo. Decorre daí a justificativa de não haver estratégias eficazes e responsáveis para melhorar a adesão à vacinação de idosos.

Causa-nos preocupação não considerar que a vacinação além de prevenir a gripe, previne também seus agravos, tais como hospitalização, dependência para a realização das atividades de vida diária, aumento no uso de medicações, risco de infecções e porventura a morte.

Sobre a alienação, CAMPOS (2000) refere que “a co-gestão realizada em espaços coletivos é um caminho para os processos de democratização e de progressiva desalienação da maioria”. Nesse sentido, os sujeitos envolvidos são peças-chaves e o atual modelo Paidéia da Secretaria de Saúde seria em tese favorecedor desses processos.

Porém, da maneira como a campanha é realizada sem um planejamento adequado, sem questionamento crítico e em alguns momentos de forma centralizadora, ela acaba inibindo os processos de democratização e desalienação.

O coordenador do Distrito Azul considerava a VISA como um “apoiador técnico” com a função de centralizar e fazer crítica. Declarou que faria inúmeras atividades visando um planejamento mais adequado tais como: planejamento descentralizado da campanha; reuniões com resgates históricos das coberturas para avaliação dos motivos de acréscimo ou decréscimo das mesmas; capacitação dos trabalhadores da ponta; problematização dos resultados das campanhas para discussão com os enfermeiros da rede. No entanto, ao acompanhar o planejamento desta campanha pudemos constatar que nenhuma destas atividades foi de fato executada. Além disso, o trabalhador que assumiu a coordenação da campanha no ano de 2004 para este distrito passou a integrar a equipe da VISA há apenas um mês de sua ocorrência.

No Distrito Verde, o coordenador considerava que o papel do Distrito era o de ajudar as UBS a se organizarem, atuando na coordenação e na organização operacional das atividades, além de realizar avaliação dos resultados. Segundo ele, o que o Distrito mais oferece é suporte técnico e infra-estrutura.

De acordo com a SMS, os Distritos devem realizar coordenação e integração das ações locais, atuar como retaguarda técnica e disponibilizar informações às equipes locais (CAMPINAS, 2004). Todavia, não verificamos nem a execução de tais atividades nem o relato da ocorrência delas.

Apesar de ser-nos dito que havia cobrança em relação à anotação correta do número de doses de vacina aplicadas por parte das enfermeiras das UBSs, pareceu-nos que a única finalidade deste controle da informação era o repasse dos dados às instâncias superiores e não pudemos verificar, em nenhum dos níveis da Secretaria, a utilização de dados de número de doses aplicadas e de coberturas para fins de planejamento e avaliação. Esta falta de reflexão, a não utilização das informações para fins de planejamento e a falta de mecanismos eficazes de comunicação em alguns modelos de gerência foram apontadas por MISHIMA *et al* (1997).

Verificamos diversos problemas em relação à produção e ao uso das informações do SIS-API. Em vários momentos percebemos que a informatização da secretaria acabou, de certo modo, prejudicando o acesso às informações, pois os trabalhadores achavam necessário armazenar os dados nos arquivos de computador e não em folhas de papel. Esta limitação explica a perda de registros de produção vacinal em decorrência de problemas técnicos nos computadores.

Para que aconteçam mudanças no modo de gerenciar é preciso identificar os problemas (DANTAS, 2000). Para essa identificação são necessárias uma rede de informações que possibilite a tomada de decisão e o estabelecimento de estratégias de ação que possam trabalhar com as diversidades e também uma rede de comunicação entre os diferentes níveis do sistema (MISHIMA, 1995).

A comunicação entre a UBS e a VISA Azul não foi suficientemente adequada. A primeira dificuldade identificada foi a ausência de uma reunião que representasse um momento oficial e coletivo, onde se pudesse discutir as questões relativas ao planejamento da campanha. Tanto a enfermeira da UBS

como a enfermeira “B” entrevistada na VISA disseram que as informações referentes à campanha foram transmitidas e recebidas através de telefone e fax.

A enfermeira da UBS nos disse ter informado a sua VISA sobre a descentralização dos postos, sobre a opção de não abertura da UBS como posto de vacinação e sobre os dados do plano operativo. Na VISA, discordando da opção de não abertura da UBS como posto de vacinação a enfermeira interferiu e o posto de vacinação foi aberto.

Com isso, constatamos que a gerência pode se constituir em um elemento de manutenção de determinada situação ou ser de fundamental importância para a implementação de projetos de mudança (MISHIMA, 1997).

Foi evidente a grande autonomia com que a enfermeira da UBS atuou na campanha. Entendemos que só é possível descentralizar ações e programas, provendo autonomia aos sujeitos que serão agentes do processo.

CAMPOS sinalizou em 1992 que a “estratégia de viabilização do SUS não poderia estar baseada na subordinação dos trabalhadores da saúde por meio de métodos administrativos”. O autor indicou ainda a necessidade de se criar uma “dinâmica do funcionamento do sistema de tal maneira que os denominados ‘recursos humanos’ fossem um dos principais sujeitos nos processos de mudança” (CAMPOS, 1992).

No entanto, para se assegurar a qualidade em saúde é preciso combinar a autonomia profissional com a definição de responsabilidades para os trabalhadores. “A autonomia pressupõe liberdade, mas para que o trabalho autônomo seja eficaz, pressupõe-se também capacidade de responsabilizar-se pelos problemas dos outros” (CAMPOS, 1997).

Neste sentido, é necessário repensar um modo de gerência adequado às propostas de descentralização, equidade, integralidade e universalização, e que também possibilite o exercício de autonomia profissional responsável (DANTAS, 2000).

O mesmo autor considera que a maneira de se combinar autonomia e responsabilidade profissional estaria assentada no vínculo entre o profissional e o paciente (CAMPOS, 1997).

A importância desse vínculo também foi citada pela enfermeira “A” do DS Azul quando esta relacionou a adesão dos idosos à campanha ao vínculo destes com a UBS.

Identificamos na Secretaria Municipal de Campinas alguns “fatores estruturais” do que se convencionou denominar crise do planejamento de saúde (MENDES, 1999).

Percebemos que o planejamento negligenciou o próprio serviço para atender às exigências das instâncias superiores, tais como cumprimentos das normas e rotinas. O plano desviou o objeto da saúde para o formalismo das planilhas, houve um processo de “robotização” e até os gerentes se tornaram meros preenchedores de formulários. Este plano (dito operativo) não realizou articulação do que estava programado com o cotidiano da administração, tornando-se, com isso, um instrumento de captação de recursos. Por fim, identificamos que o plano possibilitou alocação de recursos, mas não considerou com o necessário destaque as peculiaridades dos processos tecnológicos do trabalho (MENDES, 1999).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por objetivo analisar o Programa de Imunização de Idosos no Município de Campinas, no período de 1999 a 2004, a partir do estudo das práticas adotadas pelas instâncias central, distrital e local na conformação das coberturas vacinais alcançadas.

Utilizamos o método de Estudo de Caso, sendo que nossas opções por determinados rumos da pesquisa foram sendo tomadas durante o desenvolvimento do estudo. Realizamos entrevistas com o coordenador da campanha no nível central (Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental - CoVISA), com coordenadores de dois Distritos de Saúde (nível distrital) e com enfermeiras de suas VISAs. Entrevistamos, também, uma enfermeira da UBS escolhida para o estudo (nível local). Além destas entrevistas, realizamos análise documental e observação de atividades pertinentes.

Não tivemos a pretensão de compreender a totalidade do Processo de Trabalho da Campanha de Vacinação, mas entendemos que nossa aproximação possibilitou apreender algumas características e discutir elementos que podem colaborar para uma prática de trabalho mais crítica e reflexiva.

Em relação aos procedimentos da pesquisa, nossa primeira tarefa foi a de obter os dados de cobertura vacinal ou de doses aplicadas para as campanhas de vacinação dos idosos para o município. Os dados do SIS-API não foram considerados confiáveis pela coordenadora da campanha no nível central e nos foram disponibilizadas outras planilhas com números de doses, consideradas mais confiáveis segundo a entrevistada. Além deste fato, também possuíamos duas

fontes relativas à dimensão da população de nosso município. Com isso obtivemos quatro coberturas vacinais para cada ano e localidade, com diferenças significativas.

Estes dados, desagregados segundo UBSs e DSs, não nos permitiram caracterizar os comportamentos relativos às coberturas vacinais devido às suas grandes variações. Optamos, então, por analisar o que acontecia nos DSs. A escolha de quais distritos estudar foi tomada levando-se em conta, fundamentalmente, a maior regularidade nas coberturas vacinais obtidas no período entre 1999 e 2003. Os DSs também foram caracterizados em relação à distribuição da população maior de 60 anos e ao índice de condição de vida (ICV) avaliados nestes DS.

Os agentes desse trabalho nos níveis estudados, apesar de possuírem formação no campo da Saúde Coletiva, não articularam as finalidades da campanha de vacinação dos idosos às suas práticas cotidianas.

No nível distrital, identificamos, tal como na CoVISA, não haver ações de planejamento que utilizassem os dados de cobertura para fins de avaliação. Tanto na CoVISA como nos DSs, o instrumento utilizado no planejamento era o plano operativo e todas as ações se restringiram à organização de dados provenientes das instâncias inferiores (DSs ou UBSs) e posterior repasse de insumos para os mesmos.

Os DSs escolhidos apresentaram diferenças relativas ao modelo de gerência executado. Contudo, através das entrevistas observamos que a operacionalização da campanha apresentava diversas semelhanças. Os instrumentos de trabalho foram os mesmos nos dois DS (plano operativo, reuniões

de planejamento, além de repasse de informações via fax e correio eletrônico). A diferença entre os modelos de gerência dos dois DSs foi que em um deles atuava-se de modo mais normativo e burocratizado e no outro de modo mais democrático, o que permitiu maior autonomia e exercício da criatividade por parte de suas UBSs. No entanto, constatamos que apesar de modelos diferentes, ambos alcançavam resultados de cobertura vacinal semelhantes na campanha.

Como nossas indagações ainda não haviam sido respondidas optamos por escolher uma UBS de um dos DSs para acompanhar o planejamento, desenvolvimento e execução da campanha em 2004. A UBS foi escolhida por ter sido indicada pela enfermeira da VISA do respectivo Distrito, por ter desenvolvido uma atividade específica voltada para os idosos na campanha do ano de 2003, a qual gerou acréscimo na cobertura vacinal e por possuir um alto percentual de idosos.

Identificamos que as atividades da campanha planejadas pelo Distrito Azul não se realizaram. Houve também o fato de um novo integrante da VISA ter sido o responsável pela coordenação da campanha no ano de 2004.

Na UBS, os instrumentos de trabalho foram os mesmos assim como na CoVISA, no DS Verde e no DS Azul não foi verificada a utilização dos dados relativos à cobertura para fins de planejamento e avaliação.

Com tal grau de aproximação ao trabalho identificamos, para todos os níveis da Secretaria, que as finalidades do trabalho estavam deslocadas da promoção de saúde do idoso para a ação de aplicação de vacina.

Verificamos que houve a substituição da ação pela “coisa”, tanto nas atividades de educação em saúde, que ficaram restritas a elaboração de cartazes,

quanto no caso do planejamento, que ficou restrito ao plano operativo. A gerência não foi adotada em nenhuma instância como instrumento de trabalho.

A atividade de vacinação, apesar de ser uma ação municipalizada, não parece estar efetivamente descentralizada. Verificamos que principalmente os Distritos de Saúde aglutinaram as atividades de planejamento com descentralização das tarefas e não do poder.

A autonomia foi identificada em suas extremidades. No DS Verde ela não era praticada porque havia pouca confiança por parte dos gerentes do DS na capacidade técnica dos trabalhadores das UBS. No outro DS, houve atribuição de autonomia plena aos trabalhadores, a qual torna-se indesejável devido à definição pouco clara das atribuições e responsabilidades por parte de cada instância e de cada trabalhador. Nesta condição, a autonomia plena potencializa o risco do exercício de uma “autonomia irresponsável”.

Apesar do descrédito dos trabalhadores da SMS para com os dados oficiais de consolidação de doses aplicadas (SIS-API) e com os dados oficiais de população (Estimativas Populacionais e dados do Censo 2000) não identificamos, de modo geral, ações direcionadas à resolução desta questão.

A opção por trabalhar apenas com os dados globais do município é coerente com o mecanismo de contagem de número de doses aplicadas, uma vez que não há garantia se o usuário que recebeu a vacina em um determinado posto de fato faz parte da população daquela área. A iniciativa da enfermeira da UBS foi positiva neste sentido, muito embora, os dados por ela captados não se tornaram de conhecimento da respectiva VISA e nem tampouco foram disponibilizados para a pesquisa.

Assim, a partir das discussões e reflexões acerca do feixe do processo de trabalho da campanha de vacinação de idosos iluminado nesta pesquisa, emergiram temas que podem trazer novas perspectivas para o trabalho em saúde.

É notória a importância das ações gerenciais articuladas à finalidade máxima do trabalho em saúde, ou seja, à defesa da vida; à concessão de autonomia responsável, com ações sob a ótica do vínculo; a necessidade de uma constante reflexão acerca das práticas instituídas além da persistência para a execução de um trabalho em equipe que potencialize, em última instância, a construção do SUS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Ricardo. A classe que vive do Trabalho. In: ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003. p.101-15.

ARAUJO, Núbia V. A. L. **A captação dos dados de produção da vacinação em um Distrito de Saúde do município de São Paulo**. São Paulo, 2002. (Dissertação – Mestrado – Universidade de São Paulo).

BENENSON, Abran S. **Manual para el control de las enfermedades transmisibles**. 16ª ed. Washington, D.C.: OPS, 1997 (OPS: Publicación Científica n.º 564).

BORDA, Orlando Fals. Aspectos teóricos da pesquisa participante: considerações sobre o significado e o papel da ciência na participação popular. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). **Pesquisa Participante**. 8ª ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1999. p. 42-63.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. Sistemas de informação em Saúde no nível local. **Cad Saúde Públ**, 12(2): 267-70, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Informe Técnico - Campanha Nacional de Vacinação do Idoso - 2002**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br>. Acesso em: 23 set.2002. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Notícias: **Vitória da Saúde: mais de 12 milhões de idosos vacinados contra a gripe**. Brasília, DF, 30 junho 2003. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/not/not439.htm>. Acesso em: 17 set. 2003.

CAMPINAS. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. **Primeira Oficina de Vigilância em Saúde de Campinas**. Campinas, fevereiro de 1997. 15p. (mimeo).

CAMPINAS. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Campanha de Vacinação do Idoso em Campinas - Dados definitivos. **Doses aplicadas de dT, Vaxgripe e Pneumo 23 no Município de Campinas distribuídas por faixa etária – Abril e maio de 1998**. Campinas, 1998 (mimeo).

CAMPINAS. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. **Boletim de consolidação de dados – 07/04/99 a 14/05/99** - distribuição segundo unidades de saúde. Campinas, 1999 (mimeo).

CAMPINAS. **Censo 2000 - Resultados do Universo. Dados Seleccionados segundo áreas de abrangência dos Distritos de Saúde**. Campinas, 2000a. Disponível em:

[http:// www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/populac/censo2000_distritos02.pdf](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/populac/censo2000_distritos02.pdf).

Acesso em: 15 out. 2003.

CAMPINAS. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. **População por idade e sexo segundo residência nos Distritos de Saúde: 2000 - 2003.**

Campinas, 2000b. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/populac/censo2000_distritos02.pdf. Acesso em: 17 out. 2003.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa PAIDÉIA.** As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde – Gestão 2001-2004. Campinas, 2001a. Disponível em: [http:// www.pmc.sp.gov.br/saude](http://www.pmc.sp.gov.br/saude). Acesso em: 4 set. 2003.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. **Índice de Condição de Vida.** Campinas, 2001b. Disponível em: <http://www.pmc.sp.gov.br/saude>. Acesso em 4 set. 2003.

CAMPINAS. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. **Relatório da Campanha do idoso do ano 2001 – 23/04 a 18/05/01**, incluindo o sábado dia 28/04/01, distribuição segundo distritos de saúde e segundo o município. Campinas, 2001c (mimeo).

CAMPINAS. Ordem de Serviço nº 03/01 do Gabinete do Secretário de Saúde. Comunicado aos coordenadores de Serviços de Saúde e Equipe de Enfermagem. Campinas, 2001d. **Diário Oficial do Município**, Campinas, 05 outubro 2001.

CAMPINAS. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. **Estimativas Populacionais 1996-2002**: área de abrangência dos Distritos de Saúde de Campinas. Campinas, 2002a. Disponível em: <http://www.pmc.sp.gov.br/saude>. Acesso em: 30 ago.2002.

CAMPINAS. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. **Avaliação do Programa de Imunizações – PNI / API** . Campinas, 1999 – 2002. Campinas, 2002b (mimeo).

CAMPINAS. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Campanha nacional de Vacinação do Idoso. **Boletim de consolidação de dados – 13/04/02 a 10/05/02-** Visa Norte – distribuído segundo unidades de saúde. Campinas, 2002c (mimeo).

CAMPINAS. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Campanha Nacional de Vacinação do Idoso em Campinas em 2002** – distribuído segundo desempenho semanal de vacinação por Distrito de Saúde. Campinas, 2002d (mimeo).

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Estrutura do SUS – Campinas**. Campinas, 2003a. Disponível em: <http://www.pmc.sp.gov.br/saude>. Acesso em: 4 set. 2003.

CAMPINAS. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. **Cobertura Vacinal da *Influenza* semana a semana** - Campinas, 2003b (mimeo).

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Estrutura da Vigilância em Saúde**. Campinas, 2004. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude>. Acesso em: 27 ago.2004.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. 133-93.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em Saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.229-266.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza; MERHY, Emerson Elias; NUNES, Everardo D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 9-32.

CARVALHO, André de Oliveira. Tecnologias da informação na gestão da saúde. **RAP**, 32(2):195-205. mar./abr. 1998.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Avaliação Participativa – uma escolha metodológica. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 1998. p. 87-94.

CARVALHO, Gilson; ROSEMBURG, Cornélio P.; BURALLI, Keiko Ogura. Avaliação de ações e serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**, ano 24, 24(1): 72-88, jan./fev. 2000.

CASTRO, Luciane do Vale Lacerda. **Informações sobre mortalidade infantil no âmbito local: estudo na região noroeste de Campinas de 2000 a 2002**. Campinas, 2003. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no Século XXI**. Belo Horizonte, Postgraduate, 1998. 92 p.

CONTANDRIOUPOULOS, André-Piérre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean-Louis; PINEAULT, Raynald. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise e implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.29-47.

DANTAS, Tereza Cristina Costa. A gerência local como componente estratégico na implantação de políticas de saúde. **Rev. Baiana de Enfermagem**, 13 (1/2): 75-81, 2000.

DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice**: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 1999. 272p.

DONABEDIAN, Avedis. The Quality of Care. How Can It Be Assessed? **JAMA**, 260(12): 1743-48, 1988.

DONALÍSIO, Maria Rita; RAMALHEIRA, Raquel Maria; CORDEIRO, Ricardo. Eventos adversos após vacinação contra influenza em idosos, distrito de Campinas, SP, 2000. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 36(4): 467-71, 2003.

DUSSAULT, Gilles. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **RAP**, 26(2):8-19, 1992.

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. A informação em saúde no processo de tomada de decisão. **RAP**. 24(4): 70-7, 1990.

FORTUNA, Cinira Magali; MATUMOTO, Silvia; PEREIRA, Maria José Bistafa; MISHIMA, Silvana Martins. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em debate**, 16(62): 272-81, 2002.

GOMES, Elizabeth Laus Ribas; ANSELM, Maria Luiza; MISHIMA, Silvana Martins; VILLA, Tereza Cristina Scatena; PINTO, Ione Carvalho; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Semiramis Melani Melo (Org.). **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.229-50.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Gerência dos Serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 6(3): 247-59, 1990.

LESSA, Sérgio. **A ontologia de Lukács**. Maceió: Edufal, 1996.147p. Série Didática, nº 2.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p. Coleção: Temas básicos em educação e ensino.

MARX, Karl. Processo de Trabalho e Processo de Valorização. In: **O Capital**. Tradução de Régis Barbosa e Flávio R. Kothe. 3ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1998. Cap. V. p.142-156. Vol. 1. Coleção Os Economistas.

MATUS, Carlos. Carlos Matus e o Planejamento Estratégico Situacional. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-49.

MENDES, Eugênio Vilaça. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. p. 93-158.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo, Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, 1992 (Cadernos CEFOR,1 – Série textos).

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec - ABRASCO, 1994. p.11-54 (Saúde em Debate 76).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000. 270p.

MISHIMA, Silvana Martins. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. São Paulo/Ribeirão Preto, 1995. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).

MISHIMA, Silvana Martins; VILLA, Tereza Cristina Scatena; SILVA, Eliete Maria; GOMES, Elizabeth Laus Ribas; ANSELMÍ, Maria Luiza; PINTO, Ione Carvalho; et al. Organização do Processo Gerencial no Trabalho em Saúde Pública. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Semiramis Melani Melo (Org.). **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.251-96.

MORAES, Ilara Hammerli Sozzi. **Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MORAES, José Cássio de; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; SIMÕES, Oziris; CASTRO, Paulo Carrara de; BARATA, Rita Barradas. Qual é a cobertura vacinal real? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 12(3): 147-53, 2003.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo. **As enfermeiras e suas práticas na rede básica de saúde de Campinas nas décadas de 70 e 80**. Campinas, 2002. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

NEMES, Maria Ines Baptistella. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Ines Baptistella; MENDES-GONÇALVES, Ricardo

Bruno (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.48-65. *Saúde em Debate*; 96, Série Didática 3.

NEVO, David. The conceptualization of educational evaluation: an analytical review of the literature. **Review of Educational Research**, Spring, 53(1):117-28, 1983.

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

QUEIROZ, Marcos S. O desenvolvimento da municipalização dos serviços de saúde em Campinas. **RAP**, 28 (4): 27-37, 1994.

RELATÓRIO da VIII Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro.1986. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **A saúde em estado de choque**. Petrópolis, 1986. Anexo p.117-28.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. P.105-49.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Saúde e Planejamento: novos paradigmas. **RAP**, 32(2): 135-46, 1998.

SÁ, D.A. de; MENDES, A.C.G.; MEDEIROS, K.R.; LYRA, T.M. Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informação assistenciais do SUS: Brasil, 1995 e 1998. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, Recife, 1(1): 45-52, 2001.

SALA, Arnaldo. A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima (Org.). **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.117-38.

SANTOS, Ana Rosa dos. Imunização. In: ROQUAYROL, M.Zélia. **Epidemiologia & Saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 281-313.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". **Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação para o Idoso – 1999 –** documento preliminar. São Paulo, 1999. 6p. (mimeo).

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". **Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação para o Idoso - 2000**. São Paulo, 2000. 9p. (mimeo).

SÃO PAULO. Fundação SEADE. **Internações Realizadas pelo Sistema Único de Saúde de São Paulo - SUS/SP**, por Sexo, segundo Capítulos da Classificação

Internacional de Doenças - CID X. Estado de São Paulo, 2001a. Disponível em: www.seade.gov.br. Acesso em: 1º out.2003.

SÃO PAULO. Fundação SEADE. **Óbitos Gerais, por Grupos de Idade, segundo Causas de Morte Condensadas e Sexo**. Estado de São Paulo. Estado de São Paulo, 2001b. Disponível em: www.seade.gov.br. Acesso em: 14 out.2003.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". **Campanha de imunização para idosos- 13 a 20 de abril: em busca da homogeneidade**. São Paulo, 2003a. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/boletim5_gripe03.doc. Acesso em: 15 out. 2003.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". **Campanha de vacinação para o idoso - Municípios que ainda não atingiram a meta de 70% de cobertura vacinal**. São Paulo, 2003b. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/idoso_mun.htm. Acesso em: 17 set. 2003.

SÃO PAULO. Divisão de Imunização do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". **Balanco da Campanha do Idoso de 2004**. BEPA, 1(8), agosto 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>. Acesso em: 07 out. 2004.

SAUL, Ana Maria. Avaliação Participante – uma abordagem crítico transformadora. In: RICO, Elizabeth Melo. (Org.). **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 1998. p. 95-109.

SCHRAIBER, Lilia Blima; PEDUZZI, Marina; SALA, Arnaldo; NEMES, Maria Inês Baptistella; CASTANHERA, Elen Rose L.; KON, Rubens. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4 (2): 221-42, 1999.

SCHRAIBER, Lilia Blima; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Ines Baptistella; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47. Saúde em Debate; 96, Série Didática 3.

SMEKE, E.L.M. **Saúde e democracia experiência de gestão popular: um estudo de caso**. Campinas, 1989. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

SULBRANDT, José. La evaluación de los programas sociales: una perspectiva crítica de los modelos usuales. In: KLIKSBURG, Bernardo. (Org.). **Pobreza – un tema impostergable**. México, 1993. p. 309-50.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; MOLESINI, Joana Angélica. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Rev Baiana de Enfermagem**, 16 (1/2): 29-40, 2002.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Informação e Comunicação em Saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Ines Baptistella; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 251-61. *Saúde em Debate*; 96, Série Didática 3.

TEODORO, Patrícia Wichr Stort. **O sistema de informação na Atividade de Vacinação no Município de Ribeirão Preto – SP**. Ribeirão Preto, 2000. (Dissertação – Mestrado – Universidade de São Paulo).

UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979. p. 1-64.

ANEXO 1

Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
☎ (0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-8925
🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 16/03/04.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 009/2004

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "ANALISE DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SP E A CONTRIBUIÇÃO PARTICULAR DO PROCESSO DE TRABALHO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Priscilleyne Ouverney Reis

INSTITUIÇÃO: Departamento de Enfermagem/FCM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 07/01/2004

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 17/03/05

II - OBJETIVOS

Avaliar o programa de imunização de idosos no Município de Campinas, no período de 1999 a 2003, com ênfase na contribuição particular do Distrito de Saúde e no estudo do processo de trabalho para a conformação das coberturas vacinais alcançadas.

III - SUMÁRIO

A pesquisadora recorrerá ao método de estudo de caso. O distrito de saúde deverá ser aquele que apresentar comportamento vacinal mais estável, onde serão realizadas entrevistas com a coordenação do serviço, com o responsável pela organização da campanha de vacinação e com outros autores indicados. Também será feita consultas a documentos de atividades relevantes.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado. O TCLE foi redigido de forma clara e objetiva. Não apresenta risco a população.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

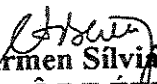
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 16 de março de 2004.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 2

Carta *Rapport*

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Campinas, 1º de dezembro de 2003

Ilma. Sra. Maria do Carmo C. Carpintéro
Secretária de Saúde do Município de Campinas

Prezada Secretária:

Vimos, pela presente, solicitar autorização para realizarmos pesquisa de mestrado intitulada "Avaliação do Programa de Imunização de Idosos do Município de Campinas, SP, e da Contribuição Particular de uma Unidade Básica de Saúde"⁹ (projeto anexo). Pretende-se que tal pesquisa seja realizada nas dependências dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde. O objetivo deste estudo é avaliar o programa de imunização de idosos no município de Campinas no período de 1999 a 2003 e a contribuição particular de uma unidade básica de saúde na conformação das coberturas vacinais alcançadas. Os sujeitos da pesquisa, inicialmente, serão trabalhadores da unidade básica escolhida e outros do Distrito de Saúde correspondente. Todos serão entrevistados pela pesquisadora em horário conveniente. Será também realizada consulta a documentos relevantes à pesquisa, podendo haver observação de algumas atividades da equipe de saúde. O nome dos trabalhadores será mantido em sigilo e seus direitos éticos serão respeitados de acordo com a Resolução n.º 196/96 e n.º 251 do Conselho Nacional de Saúde. Acrescentamos que a realização da mesma não acarretará despesas para a Secretaria.

Vossa autorização, portanto, é de suma importância para o desenvolvimento das propostas aqui colocadas.

Sem mais para o momento, agradecemos a atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Priscilleyne Ouverney Reis
Pesquisadora

Marcia Regina Nozawa
Orientadora

Fone para contato: 3788-8820 (secretaria do Departamento de Enfermagem) / Fax: 3788-8822 / 9156-8623 (Celular da pesquisadora)

⁹ Em virtude de adequações à pesquisa o título do projeto foi modificado para "Análise do Programa de Vacinação de Idosos no Município de Campinas, SP".

ANEXO 3

Autorização da Secretaria de Saúde do Município de Campinas, SP.



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa "Análise do Programa de Imunização de Idosos no Município de Campinas, SP e a Contribuição Particular do Processo de Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde"			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Saúde Coletiva		3. Código: 4.06	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) N
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso) Grupo III		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções) Avaliação de programas - programas de imunização - idosos			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro: Total: 5		10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros (x) Não se aplica ()	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: Priscilleyne Ouverney Reis			
12. Identidade: 27876553-1	13. CPF: 296272868-50	19. Endereço: R. Cecília Pizzardi Pátaro, nº216F, Vila São João	
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Enfermeira	20. CEP: 13085-360	21. Cidade: Campinas
16. Maior Titulação: Bacharelado em Enfermagem	17. Cargo	23. Fone: (19) 32897198/ (19) 91568623	24. Fax: 3788 8822
18. Instituição a que pertence: Departamento de Enfermagem- FCM- UNICAMP		25. Email: ouverneyreis@yahoo.com.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 01/12/03			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: Prefeitura Municipal de Campinas		29. Endereço (Rua, nº): Av. Anchieta, nº200, 11º andar, Centro	
27. Unidade/Orgão: Secretaria de Saúde de Campinas		30. CEP:	31. Cidade: Campinas
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (x)		33. Fone: 3735 0290	34. Fax: 3735 0175
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (x) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: Maria do Carmo C. Carpintéro Cargo: Secretária de Saúde do Município de Campinas Data: 15/12/03			
PATROCINADOR			
36. Nome:		39. Endereço	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: / /	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado () Data: / /	48. Não Aprovado () Data: / /
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: / /			
Encaminhar a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: / /		53. Coordenador/Nome Assinatura Anexar o parecer consubstanciado	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente:	56. Data Recebimento:	57. Registro na CONEP:	
55. Processo:			
58. Observações:			

Dados da Pesquisadora Responsável

Nome: Priscilleyne Ouverney Reis

Função: Enfermeira; Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Local de Trabalho: Programa de Pós Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Endereço Residencial: Rua Cecira Pizzardi Pattaro, 216F, Barão Geraldo, Campinas, SP.

Telefone para contato: 3289 7198; 9156 8623

Dados da Orientadora

Nome: Márcia Regina Nozawa

Função: Prof. Dra. do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

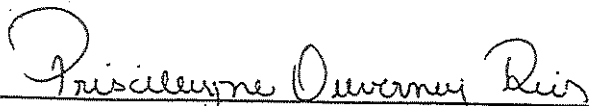
Local de Trabalho: Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Endereço Residencial: Rua Papa Leão XIII, n.º 10, casa 33. Barão Geraldo. Campinas, SP.

Telefone para contato: 3788 8820; 97901142



Maria do Carmo C. Carpintéro
Secretária de Saúde do Município de Campinas



Priscilleyne Ouverney Reis
Pesquisadora Responsável



Márcia Regina Nozawa
Orientadora

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(fundamentado na Resolução 196/96 e 251 do Conselho Nacional de Saúde)

TÍTULO DO PROJETO: "Avaliação do Programa de Imunização de Idosos do Município de Campinas, SP, e da Contribuição Particular de uma Unidade Básica de Saúde"¹⁰

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Priscilleyne Ouverney Reis

Depto. de Enfermagem / FCM/ Unicamp

ORIENTADORA: Márcia Regina Nozawa

Eu, _____, nascido em _____,
R.G. _____, residente na _____
nº _____, bairro _____.

Estou ciente de que esta pesquisa tem como objetivo avaliar o Programa de Imunização de Idosos no município de Campinas, no período de 1999 a 2003 e a contribuição particular de uma unidade básica de saúde na conformação das coberturas vacinais alcançadas.

Responderei à entrevista aplicada pela pesquisadora, disponibilizarei documentos relevantes do serviço, bem como possibilitarei à pesquisadora realizar observação de atividades da equipe. Estou ciente de que a Secretaria Municipal de Saúde autorizou a realização deste estudo.

Entendo que meu nome será mantido em sigilo, e que os dados fornecidos por mim são confidenciais, e serão utilizados pela equipe da pesquisa, não tendo nenhum vínculo com a Secretaria da Saúde ou com a imprensa. Sei também que minha participação deve ser totalmente voluntária, que não terei qualquer gasto para participar da pesquisa, e que não receberei compensação financeira para participar desta, sei ainda que posso desistir a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo.

Caso ainda tenha alguma dúvida que a pesquisadora não possa esclarecer, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp, no telefone (19) 3788 8936.

Ciente disso, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura da pesquisadora
Priscilleyne Ouverney Reis

Assinatura do entrevistado

Campinas, ____/____/____

Fone para contato: 3788-8820 (secretaria do Departamento de Enfermagem) / Fax: 3788-8822 / 9156-8623
(Celular da pesquisadora) / 3788- 8936 (Comitê de Ética em pesquisa).

¹⁰ Em virtude de adequações à pesquisa o título do projeto foi modificado para "Análise do Programa de Vacinação de Idosos no Município de Campinas, SP".