

LÚCIA MARIA TONZAR RISTORI OZAKI

**A (CON) VIVÊNCIA DA MULHER GRÁVIDA COM A
VACINA CONTRA RUBÉOLA**

**CAMPINAS-SP
2005**

LÚCIA MARIA TONZAR RISTORI OZAKI

**A (CON) VIVÊNCIA DA MULHER GRÁVIDA COM A
VACINA CONTRA RUBÉOLA**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ANTONIETA KEIKO KAKUDA SHIMO

**CAMPINAS-SP
2005**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Oz1c	Ozaki, Lúcia Maria Tonzar Ristori A (con) vivência da mulher grávida com a vacina contra rubéola. / Lúcia Maria Tonzar Ristori Ozaki. Campinas, SP : [s.n.], 2005. Orientador : Antonieta Keiko Kakuda Shimo Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1. Gravidez. 2. Rubéola. 3. Vacinação. 4. Representação social. 5. Tecnologia Médica. 6. Apoio social. I. Shimo, Antonieta Keiko Kakuda . II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título. (slp/fcm)
------	--

Dedicatória

Ao Sérgio pela grande colaboração nesse trabalho,
incentivo e apoio para que eu pudesse realizá-lo.

Aos meus filhos Sérgio e Veridiana que me proporcionaram
o privilégio da maternidade e que são para mim constante
fonte de alegria e de aprendizado.

Aos meus pais Orlando e Esmeralda, que cultivaram em mim
o prazer pelo estudo e pela reflexão, com quem aprendi os
valores eternos do amor, da justiça e da solidariedade.

À Ana Maria[†], pelo amor que me dedicou e por seu decisivo
papel em minha formação.

[†] *in memoriam*

À Prof^a Dr^a Antonieta Keiko Kakuda Shimo, por ter aceito o desafio dessa orientação, acreditando em mim, e que ao encarnar as virtudes do mestre que ensina e guia, permite ao seu aluno voar e experimentar novas formas de fazer e de construir seu conhecimento; presença constante nessa minha caminhada, compartilhando idéias, conhecimento; o meu respeito, a minha admiração, o meu reconhecimento e a minha eterna amizade.

À Prof^a Dr^a Maria José Bistafa Pereira, pelas valiosas contribuições desde à qualificação à banca examinadora, pela disponibilidade em dividir comigo seu precioso tempo na discussão desse trabalho, sugestão de leituras, incentivo e por sua imensa bondade e solidariedade.

À Prof^a Dr^a Ana Regina Borges Silva pela gentil acolhida, estímulo ao meu esforço, pelas importantes contribuições na banca examinadora e por ter aceito dividir comigo esse momento.

À Prof^a Dr^a Edinêis de Brito Guirardello pela sua valiosa contribuição por ocasião da qualificação melhorando a qualidade desse trabalho e pela constante atenção para comigo.

À DIR XX de São João da Boa Vista através do seu diretor Dr. Benedito Carlos Rocha Westin, por tornar possível esse trabalho.

Aos meus companheiros da ETAR - Equipe Técnica de Auditoria Regional, pela nossa convivência e amizade.

Aos ex-companheiros do GTVE, pela amizade construída, cheia de significados, onde brotou o interesse por esta pesquisa.

À Ana Lúcia Ricetti Sartori, Clara Alice de Almeida Franco, Jussara Cunha Fleury Feracin e Maria Vicentina Frozoni Rebolla, pela amizade, incentivo e colaboração.

À equipe do CCAA de Casa Branca e à Rosimara Fioccki, professora de inglês, pelos seus valiosos conhecimentos e pela competência com que me preparou para todos os desafios do mestrado.

A todos os professores do Departamento de Enfermagem, em especial àqueles com quem tive o privilégio de cursar as disciplinas da Pós-Graduação: Prof^a Dr^a Izilda, Prof^a

Dr^a Isabel, Prof^a Dr^a Edinêis, Prof^a Dr^a Maria Helena, Prof^a Dr^a Neusa, Prof^o Dr. Tatagiba e Prof^a Dr^a Antonieta.

À Sub-Comissão de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem, em especial à Prof^a Dr^a Maria Filomena Ceolim, à secretária Janice Kairalla Silva Delgado e Carlos Alberto Fidelis de Araújo pela dedicação e apoio, em todos os momentos dessa trajetória.

Aos funcionários do Apoio Didático Científico e Computacional pela atenção na confecção dos diversos materiais apresentados nos eventos científicos dos quais participei e desse trabalho e à Prof^a Maria José Teodora Carreira Rey pela eficiente revisão do manuscrito.

Aos companheiros da pós-graduação pelo relacionamento construído, apoio e parcerias desenvolvidas.

Às Equipes Municipais de Vigilância Epidemiológica pelo carinho com que sempre me acolheram e pelos esforços na localização das mulheres para a realização das entrevistas.

À minha irmã Maria Cecília, ao meu cunhado Celes e à Luciana e Juliana, sobrinhas e afilhadas, pela presença constante em minha vida, meu amor fraterno.

Ao Serginho pela realização das diversas formatações desse texto, socorro com o computador e versão do resumo.

Aos meus amigos que me apoiaram e incentivaram durante todo este percurso. Não seria possível dizer o nome de todos...

A Deus pela existência e por essa experiência em minha vida que foi fonte de luta, amadurecimento e muitas alegrias.

E

As mulheres, sujeitos dessa pesquisa, por terem permitido que eu entrasse em contato com esse momento especial de suas vidas, refizesse a trajetória do cuidado de saúde a elas oferecido, fazendo-me refletir sobre o significado do meu papel como agente de promoção de saúde, meu muito obrigada.

"Para alguns, o já-dito é fechamento de mundo. Porque estabelece,
delimita, imobiliza. No entanto, também se pode pensar que
aquilo que se diz, uma vez dito, vira coisa no mundo:
ganha espessura, faz história. E a história traz
em si a ambigüidade do que muda e do que
permanece"

Eni Pulcinelli Orlandi

Lista de Figuras	xix
Lista de Tabelas	xxi
Lista de Abreviaturas e Siglas	xxv
RESUMO	xxvii
ABSTRACT	xxix
RESUMEN	xxxi
1. INTRODUÇÃO	33
2. QUADRO TEÓRICO	41
2.1 RUBÉOLA E RUBÉOLA CONGÊNITA	43
2.1.1 As doenças	43
2.1.2 Aspectos epidemiológicos.....	49
2.1.3 A vacina	51
2.1.4 A vacina em mulheres grávidas	56
2.1.5 Estratégias de vacinação	58
2.2 TECNOLOGIA EM SAÚDE	64
2.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	66
3. OBJETIVOS	71
4. METODOLOGIA	75
4.1 O CONTEXTO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	78
4.2 SUJEITOS DA PESQUISA	81
4.3 COLETA DE DADOS	85
4.3.1 Entrevista semi-estruturada	85
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	87
4.4.1 Discurso do Sujeito Coletivo	87
4.4.2 O DSC passo a passo.....	91
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	95
5.1 DADOS DESCRITIVOS DA POPULAÇÃO EM ESTUDO	96
5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DEPOIMENTOS	98

6. CONCLUSÃO	139
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
8. REFERÊNCIAS	151
9. ANEXOS	173
10. APÊNDICE.....	179

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O Estado de São Paulo subdividido em 24 Direções Regionais de Saúde e a DIR XX com os seus 21 municípios	79
Figura 2 - Mulheres gestantes suscetíveis à rubéola distribuídas pelos municípios da DIR XX.....	83
Figura 3 - Mulheres gestantes suscetíveis à rubéola que compuseram a amostra do estudo, distribuídas pelos municípios da DIR XX.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das mulheres suscetíveis à rubéola, vacinadas na campanha de vacinação, segundo o município de residência, na DIR XX, 2001	96
Tabela 2 - Distribuição dos meios de divulgação através dos quais a mulher foi informada da campanha e vacinação contra a rubéola, na DIR XX, 2001	99
Tabela 3 - Distribuição das IC sobre os motivos que levaram a mulher a tomar a vacina na campanha e vacinação contra a rubéola, na DIR XX, 2001	101
Tabela 4 - Distribuição das IC conforme a ocorrência de orientação da mulher quando tomou a vacina na campanha de vacinação, DIR XX, 2001	105
Tabela 5 - Distribuição das IC sobre as orientações prévias à vacinação recebidas pela mulher, DIR XX, 2001	105
Tabela 6 - Distribuição das IC de acordo com as orientações fornecidas à mulher em função da organização do serviço de saúde, DIR XX, 2001	108
Tabela 7 - Distribuição das IC de acordo com a percepção da mulher acerca das orientações recebidas durante o acompanhamento pré-natal, DIR XX, 2001	114
Tabela 8 - Distribuição das IC de acordo com as orientações que a mulher recebeu do pessoal da saúde durante o acompanhamento pré-natal, DIR XX, 2001	115
Tabela 9 - Distribuição das IC de acordo com a presença de orientação para o acompanhamento do recém-nascido, DIR XX, 2001	121

Tabela 10 - Distribuição das IC de acordo com as orientações que a mulher recebeu do pessoal da saúde em relação ao acompanhamento do recém-nascido, DIR XX, 2001	121
Tabela 11 - Distribuição das IC de acordo com a existência de apoio dos profissionais de saúde, DIR XX, 2001	125
Tabela 12 - Distribuição dos profissionais e/ou equipes de saúde que ajudam a mulher vacinada contra a rubéola na gravidez a enfrentar a situação, DIR XX, 2001	126
Tabela 13 - Distribuição das IC de acordo com a existência de apoio social, DIR XX, 2001.....	128
Tabela 14 - Distribuição das IC sobre o significado da vacina contra a rubéola para a mulher grávida. DIR XX, 2001	131

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	- Ancoragem
BCG	- Vacina contra tuberculose
CDC	- Center for Infectious Disease and Control
DIR XX	- Direção Regional de Saúde XX de São João da Boa Vista
DSC	- Discurso do sujeito coletivo
ECH	- Expressões-chave
ELISA	- Reação imunoenzimática
GTVE	- Grupo Técnico de Vigilância Epidemiológica
IC	- Idéia central
IAD	- Instrumento de análise de discurso
nm	- Nanômetro
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-americana de Saúde
PAHO	- Pan American Health Organization
RS	- Representações sociais
SES	- Secretaria de Estado da Saúde
SINASC	- Sistema de nascidos vivos
SRC	- Síndrome da rubéola congênita
SUS	- Sistema Único de Saúde
TRS	- Teoria das representações sociais
UBS	- Unidade Básica de Saúde
US	- Ultra-som
VE	- Vigilância Epidemiológica
WHO	- World Health Organization
µg	- Micro-grama

Trata-se de um estudo descritivo/exploratório com abordagem qualitativa cujo objetivo é descrever o significado da vacina contra a rubéola para mulheres que se descobriram grávidas após receberem a vacina dupla viral, por ocasião da campanha contra rubéola-2001, na DIR XX de São João da Boa Vista (DIR XX). Pretende-se, também, analisar a percepção das mulheres relativa às orientações recebidas por ocasião da campanha e durante o acompanhamento pré-natal e como foram apoiadas para enfrentar o processo. O estudo foi realizado nos municípios pertencentes à DIR XX e os sujeitos da pesquisa foram 18 mulheres grávidas e mulheres que engravidaram até 30 dias após aplicação da vacina contra rubéola, consideradas suscetíveis para a rubéola, residentes em 10 municípios da região. Foi utilizado como quadro teórico a teoria das representações sociais, tecnologia em saúde e os aspectos clínicos, epidemiológicos e preventivos da rubéola e da síndrome da rubéola congênita. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturas, gravadas. A ordenação dos dados foi realizada através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre e Lefèvre, emergindo dois temas: I. A mulher. A campanha de vacinação contra a rubéola. O acompanhamento pré-natal. II. O significado da vacina contra a rubéola (representada socialmente como ameaça a integridade física da mulher, à de seu filho e ao seu relacionamento conjugal). Os resultados revelaram que o processo de orientação da mulher nas várias fases da atenção foi normatizado, fragmentado, muitas vezes, inadequado e sem qualificação, de modo a não favorecer o “empowerment” e não ajudar a mulher a atravessar com tranquilidade a situação vivenciada. Observou-se profissionais de saúde despreparados tecnicamente para proverem o cuidado às mulheres, falta de integração entre os serviços, gerando descontinuidade e a não oportunidade da atenção, bem como a não incorporação de toda tecnologia de saúde disponível, no cuidado com a mulher. Constatou-se a importância das redes de apoio social e profissional auxiliando no enfrentamento da situação. As mulheres, através do discurso, desvelaram a situação vivenciada por elas e a diversidade de significados da vacina contra a rubéola quando aplicada durante a gravidez. Constitui-se um grande desafio para gestores e profissionais de saúde a produção do cuidado, ao se disponibilizar procedimentos em saúde. O estudo está inserido na linha de pesquisa - processo de cuidar em saúde e enfermagem, área temática - saúde da mulher.

Palavras-chave: gravidez; rubéola; vacinação; representação social; tecnologia médica; apoio social.

This is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach, whose objectives are to describe what did the vaccine against rubella mean to women who have found themselves pregnant after having received the measles-rubella vaccine, during the 2001's campaign against rubella, in the DIR XX from São João da Boa Vista (DIR XX); and to analyze how those women interpreted the orientation given during the campaign and during the antenatal examination, and how were they supported when facing the situation. The research occurred in the municipal districts under the control of DIR XX and the individual were women who were considered to be susceptible to rubella and became pregnant within 30 days after being vaccinated against it. It took part of the study, 18 women who lived in 10 different towns in the region. As the theoretical framework of the study, it was used the theory of social representation, technology in Health, and the clinic, epidemical and preventive aspects of rubella and congenital rubella syndrome. Data was gathered through recording semi-structured interviews, following a guideline script. The data was organized using the technique of the Collective Subject Speech proposed by Lefèvre e Lefèvre, which unveiled two topics: I. The woman. The vaccination campaign against rubella. The antenatal care. II. The signification of the rubella vaccine (socially seem as a threat to the woman's physical integrity, as well as to their sons and to their conjugal relationship). The results suggest that the orientation process during the various phases of attention during the occasion has been unsatisfactorily standardized, fragmented, and, in several cases, improper and not qualified, and thus it does not allow the empowerment, and does not help women to experience the situation tranquilly. It can be observed health professionals technically unprepared to fulfill women with proper care; a lack of integration between services, which generates discontinuity and incapability of being properly attended, as well as the incapability to incorporate all technologies available to their care. It has been confirmed the importance of the social and professional networks to help women under this situation. Through their speech, women have unveiled their situation and the various meanings of by being vaccinated during pregnancy. It is a great challenge to supervisors and health professionals to produce care and to make available health procedures. The study is related to research lines – procedures to take care in health and nursing, thematic field – woman's health

Key words: pregnancy; rubella; vaccination; social representation; medical technology; social support.

Se trata de un estudio descriptivo/exploratorio con abordaje cualitativa cuyo objetivo es describir el significado de la vacuna contra la rubéola para las mujeres que se enteren del embarazo después de recibir la vacuna doble viral debido a la campaña contra la rubéola 2001, en la DIR XX de São João de Boa Vista (DIR XX). Analizar la percepción de las mujeres de forma relativa a las orientaciones recibidas por causa de la campaña y durante el acompañamiento de la maternidad, y dónde se apoyaron para enfrentar el proceso. El estudio fue realizado en los municipios que pertenecen a la DIR XX; los modelos de investigación fueron mujeres gestantes y las que se embarazaron hasta 30 días después de la aplicación de la vacuna contra la rubéola; Hicieron parte de la muestra del estudio 18 mujeres que habitan en 10 municipios de la región. Fue utilizado como cuadro teórico la teoría de las representaciones sociales, tecnología en salud, aspectos clínicos, epidemiológicos y preventivos de rubéola y de su síndrome congénita. La colección de datos fue realizada a través de entrevistas semi-estructuradas, grabadas. El orden de los datos fue realizado a través de la técnica de Discurso de Sujeto Colectivo propuesta por LEFÈVRE y LEFÈVRE, sugiriendo los temas: I. La mujer. La campaña de vacunación contra la rubéola. El acompañamiento de la maternidad. II. El significado de la vacuna contra la rubéola (representada socialmente como amenaza a la integridad física de la mujer, la de su hijo y la relación conyugal). Los resultados revelaron que el proceso de orientación a la mujer en varias fases de la atención fue normado, fragmentado, muchas veces incorrecto y sin calificación, de forma tal que no favorece el “empowerment” y no ayuda a la mujer a que transcurra con tranquilidad la situación vivenciada. Se observó profesionales de la Salud sin preparación técnica para brindar cuidados a las mujeres, falta de unidad entre los servicios generando discontinuidad, ausencia de atención así como la utilización insuficiente de la tecnología de la Salud disponible para el cuidado de la mujer. Se comprobó la importancia de las redes de apoyo social y profesional ayudando a enfrentar la situación. Las mujeres a través del discurso, revelaron la situación vivida por ellas y la diversidad de significados de vacunas contra la rubéola cuando ésta es aplicada durante la gestación. Constituye un gran desafío para gestores y profesionales de la Salud la producción del cuidado al disponer procedimientos en la Salud. El estudio está embutido en la línea de investigación – proceso de cuidar en la Salud y enfermería, área temática – salud de la mujer.

Palabras-claves: embarazo; rubéola; vacunación; representación social; tecnología médica; apoyo social.

Introdução

A gravidez e o parto são eventos sociais especiais que integram a vivência reprodutiva das mulheres, mas que também influenciam os homens, a família, a comunidade, os profissionais de saúde e as instituições.

A gestação provoca alterações biológicas e psicológicas, muitas vezes necessitando suporte adequado para que transcorra de forma saudável, detectando, prevenindo e eliminando riscos no que diz respeito à morbimortalidade materna e perinatal.

Apesar de todas as tentativas dos serviços de saúde para a humanização do atendimento à mulher gestante, oferecendo atendimento pré-natal, a gestação ainda está afeita a condicionantes negativos adquiridos culturalmente através do tempo, quer por sugestões ou por desconhecimento tanto das mulheres gestantes, da comunidade e dos profissionais de saúde, que ressaltam o sofrimento e a dor, gerando tensão, medo e ansiedade.

Além disso, é constante a preocupação das mulheres gestantes em relação à saúde do bebê, principalmente no que diz respeito a malformações, gerando fatores de instabilidade na esfera emocional. Dentro do grupo de doenças com potencial para gerar malformações pode-se citar a rubéola.

A rubéola, quando acomete crianças ou adultos, geralmente apresenta manifestações clínicas discretas, sendo assintomática entre 25 e 50% dos casos. A transmissão vertical pela via hematogênica transplacentária pode induzir no feto a síndrome de rubéola congênita (SRC), pela elevada toxicidade do vírus para os tecidos embrionários, notadamente durante a embriogênese, podendo acarretar abortos fetais, natimortos, partos prematuros, baixo peso ao nascer e anomalias fetais (DUARTE e PATTA, 1998; BRASIL, 2000; SÃO PAULO, 2002a; CENTER FOR INFECTIOUS DISEASE AND PREVENTION (CDC), 1998, 2003a).

A epidemia de rubéola ocorrida nos Estados Unidos em 1964 possibilitou a realização de estudos prospectivos que melhoraram sensivelmente os conhecimentos a respeito dessa virose, durante a gestação. Foram avaliadas 250 mil mulheres grávidas infectadas, nascendo 20 mil crianças malformadas e 30 mil natimortos (DUARTE e PATTA, 1998).

O risco de infecção fetal quando a rubéola acomete a mulher no primeiro trimestre de gestação é, em média, de 81%, sendo que abortamento espontâneo e natimortalidade são mais comuns quando a infecção é adquirida nessa fase. No segundo trimestre, há redução do risco para 39%, elevando-se novamente para 53% no terceiro trimestre (SÃO PAULO, 2001a).

Cerca de 80 a 90% dos recém-nascidos infectados nas primeiras oito semanas têm malformações detectadas durante os primeiros quatro anos de vida, sendo que essas taxas decrescem progressivamente até a 20ª semana (SÃO PAULO, 2002a).

O Grupo Técnico Assessor da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), em reunião realizada em 1999 no Canadá, formulou estratégia acelerada de controle da rubéola e prevenção da SRC para a região das Américas, tendo por base a vacinação de mulheres e homens adultos combinados à introdução da vacina contra a rubéola nos programas nacionais de vacinação infantil. Essa estratégia tem por objetivo a rápida redução da circulação do vírus da rubéola, prevenindo, ao mesmo tempo, a doença em adultos jovens suscetíveis, particularmente em mulheres em idade fértil. Para os países que pretendem obter somente o controle rápido da SRC, foi proposta a condução de campanha de vacinação contra a rubéola em mulheres de 5 a 39 anos de idade (SÃO PAULO, 2001b; CASTILLO-SOLÓRZONO e QUADROS, 2002; OPAS, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2003a).

Com esse objetivo, o Ministério da Saúde elaborou um plano de vacinação em duas fases, usando a vacina dupla viral contra o sarampo e a rubéola (cepas Edmonston-Zagreb e RA 27/3). A primeira fase ocorreu em novembro de 2001, em 13 Estados, entre eles, o Estado de São Paulo. A segunda fase da campanha ocorreu entre junho e julho de 2002, sendo vacinadas em todo o país 28 milhões de mulheres (MAIA et al., 2002; WHO, 2002a; OPAS, 2003).

A decisão acerca da faixa etária para vacinar ficou a cargo das Coordenações de Imunização dos Estados e do Comitê Técnico Nacional de Vacinação, depois de analisadas as seguintes variáveis: a cobertura vacinal e o ano de introdução das vacinas tríplice viral e dupla viral; a cobertura vacinal obtida durante as campanhas de seguimento contra o sarampo que havia utilizado as vacinas tríplice e dupla viral; análise da incidência de rubéola por faixa etária e entre as mulheres grávidas, durante o período de 1997 a 2000 e a proporção de nascidos vivos agrupados segundo a idade da mãe. A faixa etária

das mulheres a serem vacinadas, nesses Estados, variou entre 12 e 39 anos (MAIA et al., 2002).

O Estado de São Paulo, devido à situação epidemiológica da rubéola que apresentava a maior concentração dos casos e o maior coeficiente de incidência na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida da faixa de 15 a 19 anos, levou a Secretaria de Estado da Saúde (SES) a propor, como estratégia, a vacinação indiscriminada¹ de mulheres de 15 a 29 anos, com a vacina dupla viral. Essa foi realizada em todos os municípios do Estado, no período de 5 a 16 de novembro de 2001, com a recomendação de que as mulheres gestantes não deveriam ser vacinadas e as demais deveriam evitar a gravidez por um mês (SÃO PAULO, 2001c).

A Direção Regional de Saúde XX de São João da Boa Vista (DIR XX) seguiu as estratégias traçadas pela SES e, através do Grupo Técnico de Vigilância Epidemiológica (GTVE), ficou responsável pela coordenação das atividades da campanha de vacinação nos 21 municípios de sua abrangência. Uma reunião pré-campanha foi realizada em 10/10/2001 com a presença das equipes municipais em vigilância epidemiológica, com o objetivo de discutir os documentos técnicos e operacionalizar a campanha no âmbito da DIR XX. Em 21/11/2001 outra reunião foi realizada com a finalidade de avaliar a cobertura vacinal alcançada pelos municípios na campanha e estratégias para melhorar esses índices, uma vez que a meta de vacinar 95% das mulheres não foi atingida, sendo prorrogada a campanha.

Nessa reunião, também foi discutido o acompanhamento das mulheres gestantes inadvertidamente vacinadas e as que engravidaram até 30 dias após a vacina, de acordo com as orientações da SES, tendo em vista a possibilidade de o vírus vacinal atravessar a barreira placentária e infectar o feto. Investigações científicas verificaram risco fetal teórico após vacinação, variando de zero a 1,3% (DUARTE e PATTA, 1998; CDC, 1998, 2001b, 2003a).

Na DIR XX foram vacinadas 82 050 mulheres de 15 a 29 anos, alcançando 91,98% de cobertura vacinal nessa faixa etária (SÃO JOÃO DA BOA VISTA, 2002). Do total foram vacinadas 294 mulheres que estavam grávidas no momento da vacinação ou engravidaram no primeiro mês após a aplicação da vacina (OZAKI et al., 2004a).

¹ Quando feita de maneira indiscriminada, a vacina é administrada independentemente da mulher já ter sido vacinada ou ter contraído a doença anteriormente (São Paulo, 2001c).

Assim, com essa campanha de vacinação contra rubéola na rede básica de saúde, muitas mulheres gestantes foram vacinadas, merecendo, por parte da SES, atenção especial, sendo notificadas e submetidas a acompanhamento pré-natal de acordo com o Protocolo de Acompanhamento e Investigação das Gestantes Vacinadas e Mulheres que Engravidaram até 30 dias após a Vacina Dupla Viral (SÃO PAULO, 2001a).

Esse protocolo recomenda a coleta da sorologia para a rubéola objetivando a identificação das mulheres gestantes suscetíveis à doença, no momento da vacinação, nas quais deveria ser realizada ultra-sonografia para estudo da morfologia fetal, acompanhamento pré-natal e seguimento pós-natal do recém-nascido e coleta de fragmentos da placenta para pesquisa do vírus da rubéola, através da reação em cadeia da polimerase a fim de investigar o produto da gestação, nas situações de aborto e de perdas fetais (SÃO PAULO, 2001a).

Embora o Protocolo de Acompanhamento dessas mulheres tenha sido apresentado em reunião com os técnicos responsáveis pelas equipes municipais em vigilância epidemiológica, tratava-se de questão nova e não havia preparo dos profissionais para lidarem com todas as demandas que iriam surgir e que, na realidade, surgiram, no transcorrer do atendimento a essas mulheres.

Antes do término da campanha de vacinação, as equipes de vigilância epidemiológica municipais passaram a entrar em contato com o GTVE, relatando que mulheres grávidas ou que estavam suspeitando de gravidez e que haviam tomado a vacina contra a rubéola estavam procurando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em busca de orientação e, dessa forma, aquelas equipes desejavam compartilhar as suas dúvidas, trocar informações e apoderarem-se de conhecimentos para responder as demandas das mulheres.

Muitas vezes, essas equipes municipais se angustiam porque os resultados dos exames sorológicos encaminhados para o laboratório de referência demoravam a retornar para o município e as mulheres pressionavam por eles; ou não conseguiam encaminhá-las para a realização do ultra-som morfológico, através do Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo com que a prefeitura tivesse que desembolsar pelo pagamento do mesmo, ou então para conversar, porque se sentiam impotentes para resolver todas as questões.

Nos meses seguintes, fazendo parte da equipe de entrevistadores da pesquisa desenvolvida pela SES junto a essas mulheres que, de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido, pretendia contribuir para reafirmar a segurança da vacina contra a rubéola, quando aplicada durante a gravidez ou que engravidassem dentro de 30 dias após a sua aplicação, pôde-se observar a ansiedade, as dúvidas e o sofrimento das mulheres pela possibilidade da vacina causar algum problema para a criança que esperavam.

Viu-se, então, que, em decorrência dessa intervenção em saúde, a mulher gestante foi submetida à carga emocional adicional ante a perspectiva de gerar um filho com a SRC e, se diagnosticada a viremia em determinada fase do ciclo gestacional, um dilema crucial deveria ser enfrentado: correr o risco de ter um filho com seqüelas ou a interrupção da gestação, com o risco da seqüela psicológica advinda desse ato.

A abordagem para essas mulheres gestantes vacinadas constituiu-se no uso de recursos, além dos cuidados de rotina do pré-natal, especial atenção para possíveis conseqüências da vacina, incluindo exames sorológicos, ultra-sonografia para estudo da morfologia fetal e outros que se tornassem necessários e orientações com o intuito de esclarecê-las a fim de que a gestação chegasse a termo de forma menos traumática possível. Fez parte desse processo o acompanhamento pós-natal do recém-nascido para detectar qualquer indício de acometimento da SRC. Nesse esforço, destacou-se o papel dos profissionais de saúde, que se tornam coadjuvantes de um processo amplo, com profundas repercussões individuais, familiares e sociais.

Partindo do pressuposto que a abordagem se fez num viés voltado predominantemente para o fator biológico, enfatizando a patologia e as tecnologias mais estruturadas, em detrimento das tecnologias leves representadas pelo acolhimento, escuta, criação de vínculo e produção de autonomia, o objeto deste estudo é a mulher suscetível à rubéola vacinada com a vacina dupla viral durante a gravidez e a problemática vivenciada por ela, o que sentiu, a orientação que recebeu e como foi auxiliada a enfrentar a situação pela qual passou.

Os resultados deste trabalho poderão não só oferecer novos subsídios para a abordagem de um problema específico, que são as atividades de imunização de seres humanos, como também para ampla reflexão e reformulação do modo de atuação na lide diária no atendimento da saúde integral das pessoas, sentido maior do trabalho em saúde.

Quadro Teórico

O quadro teórico utilizado no estudo será apresentado, por questões didáticas, subdividido em três partes: rubéola e rubéola congênita, tecnologia em saúde e representações sociais. O primeiro vem embasar o conhecimento atual das doenças e das estratégias de prevenção, o segundo situa a intervenção realizada dentro de uma perspectiva tecnológica de cuidado à saúde e de processos de trabalho e o terceiro contribui para se conhecer a visão das mulheres, enquanto consumidoras das tecnologias que lhe são ofertadas e o significado construído a partir da experiência vivenciada, sendo, portanto, intercomplementares e interdependentes.

2.1 Rubéola e rubéola congênita

2.1.1 As doenças

A rubéola foi primeiramente descrita no século XVIII por autores alemães, sendo denominada “röthelm”. Foi conhecida como a terceira doença até o início do século XIX, uma variante ou combinação de sarampo e escarlatina. Em 1866, um cirurgião inglês, Henri Veale, denominou-a “rubella”. Embora reconhecida desde 1881 como entidade individual pelo International Congress of Medicine, realizado em Londres, “rubella”, derivada do latim “rubellus”, que significa avermelhado, era referida freqüentemente como sarampo alemão até a segunda metade do século XX, devido à identificação inicial feita pelos médicos alemães (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO), 1998; PLOTKIN, 1999; CDC, 2003a).

A etiologia viral foi postulada em 1914 por Hess e confirmada em 1938 por Hiro e Tosaka, após passarem a doença para crianças usando lavados de filtrados nasais de casos agudos de rubéola (CDC, 2003a).

Em 1941, Dr. Norman MacAlister Gregg, oftalmologista australiano, relatou a ocorrência de catarata congênita entre crianças nascidas de mulheres que apresentaram rubéola no início da gravidez, após um surto da doença em 1940. Esses achados permitiram ao Dr. Gregg levantar duas hipóteses: a rubéola inibiu o desenvolvimento fetal e quanto mais cedo a mulher for infectada, maior o prejuízo para o feto (PAHO, 1998; WHO, 2000a).

O vírus da rubéola só foi isolado 20 anos depois, em 1962, por Parkman, Beuscher e Areinstein, em Washington e Weller e Neva, em Boston. É constituído de RNA, pertence à família *Togaviridae*, gênero *rubivirus*, tendo apenas um sorotipo. Possui um envelope lipídico e três proteínas estruturais mais importantes, sendo duas no envelope viral, E1 e E2, e a terceira, proteína C, no núcleo. As glicoproteínas E1 e E2 induzem o aparecimento de anticorpos neutralizantes e a proteína C associa-se ao RNA na composição do nucleocapsídeo (AMATO NETO et al., 1991; OPAS, 1998; PLOTKIN, 1999; CHERNESKY e MAHONY, 1999; CDC, 2003a).

O vírus tem forma geralmente esférica, medindo 60 a 70nm de diâmetro, é relativamente instável, é inativado por solventes lipídicos, tripsina, formalina, luz ultravioleta, extremos de pH e calor e resistente ao congelamento e ao timerosal (CDC, 1998; CHERNESKY e MAHONY, 1999; PLOTKIN, 1999).

O homem é o único hospedeiro natural do vírus da rubéola e a transmissão ocorre através do contato direto com secreções da nasofaringe, ou através do contato com objetos contaminados com secreções de indivíduos infectados. O período de transmissão ocorre entre cinco a sete dias antes do aparecimento do exantema e cinco a sete dias após. Cerca de 25 a 50% das infecções são assintomáticas (CHERNESKY e MAHONY, 1999; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC, 2001a; CDC, 2001a, 2003a; SÃO PAULO, 2002a).

A rubéola pode ser classificada como rubéola adquirida, ou pós-neonatal, e rubéola congênita. A rubéola adquirida é uma doença exantemática caracterizada por sinais e sintomas inespecíficos como mal-estar, febre e anorexia por vários dias, sendo mais comuns em adultos e ausentes nas crianças. Tem um período de incubação variando de 12 a 23 dias, com média de 14 dias. A partir da segunda semana, há o aparecimento de linfadenopatia retroauricular e suboccipital e o vírus da rubéola pode ser isolado da nasofaringe. No final desse período, o vírus encontra-se no sangue e há ocorrência de febre menor que 39°C, mal-estar e conjuntivite leve (CDC, 1998, 2001a, 2003a; CHERNESKY e MAHONY, 1999; PLOTKIN, 1999; GERSHON, 2000).

No final do período de incubação, surge discreto exantema maculopapular iniciando pela face e pescoço, espalhando-se pelo corpo, sem descamação, podendo ser

pruriginoso, com duração de três a cinco dias. O exantema maculopapular pode ser acompanhado de coriza leve e conjuntivite. A febre, quando presente, raramente dura além do primeiro dia do “rash”. A excreção do vírus pela nasofaringe e urina pode prosseguir por uma a duas semanas, mas a viremia termina quando inicia o exantema (NIEMINEN, et al., 1993; CDC, 1998, 2003a; PLOTKIN, 1999; GERSHON, 2000).

O anticorpo IgM aparece normalmente dentro de quatro dias depois do início do “rash” e pode persistir por quatro a 12 semanas. O anticorpo IgM específico para rubéola confirma o diagnóstico de infecção aguda. O anticorpo IgG específico para rubéola começa a aumentar depois do início do “rash”, com pico em quatro semanas depois e geralmente dura por toda a vida. O anticorpo IgG específico para rubéola é um marcador de infecção prévia. Os anticorpos maternos, passivamente adquiridos pelos recém-nascidos, protegem-os durante os primeiros meses de vida e podem afetar a resposta imune da vacina contra a rubéola (TABER e DEMNLER, 1994; WHO, 2000c).

Após a ocorrência da rubéola, a proteção conferida pela doença dura por toda a vida, embora os fatores responsáveis por essa proteção não sejam bem compreendidos. Apesar desta imunidade específica para o vírus da rubéola, a reinfecção pode ocorrer (GERSHON, 2000).

Embora seja doença benigna, pode apresentar complicações como artralgia e artrite que podem ocorrer em até 70% das mulheres adultas, acometendo dedos, pulsos e joelhos e que ocorrem com o início do aparecimento do “rash” ou logo depois dele, e, também, artrite crônica. Encefalites podem ocorrer em uma para cada 6 000 casos da doença, sendo mais freqüentes em adultos, com mortalidade variando em até 50%. Pode ocorrer síndrome de Guillain-Barré e manifestações hemorrágicas em um para cada 3 000 casos, mais freqüentemente em crianças, sendo a púrpura trombocitopênica a manifestação mais comum (TABLER e DEMNLER, 1994; CDC, 1998, 2003a; PLOTKIN, 1999; GERSHON, 2000).

A mais importante consequência da rubéola é a SRC que é responsável por abortos fetais, natimortos, anomalias fetais, partos prematuros e baixo peso ao nascer, quando a doença acomete a mulher durante a gravidez (CDC, 1998). A gravidade dos

efeitos do vírus da rubéola sobre o feto vai depender do tempo de gestação em que a infecção ocorre, provavelmente em decorrência das deficientes respostas imunitárias, placentária e fetal, nos estágios precoces da gestação (DINIZ e RAMOS, 1999). A infecção da mulher nas primeiras 12 semanas de gravidez é mais perigosa (PLOTKIN, 1999). A infecção no início da gravidez tende a resultar em sérias doenças oculares, e entre a 16ª e 20ª semanas, em surdez (CDC, 1998, 2003a; PLOTKIN, 1999).

Estudo de MILLER et al. (1982) mostrou que a taxa de infecção congênita entre os filhos de mulheres que apresentaram sintomatologia de rubéola, ocorrendo em período gestacional menor que a décima primeira semana, foi de 90%, entre a décima primeira e a décima segunda semana de gestação foi de 67%. A taxa de infecção declinou progressivamente para 25% no final do segundo trimestre para aumentar entre a trigésima primeira e a trigésima sexta semana (60%), e alcançado 100% depois desse período. Todas as crianças infectadas antes da décima primeira semana de gestação apresentaram defeitos congênitos, como doença cardíaca e surdez devido à rubéola e 35% dos infectados, entre a décima terceira e a décima sexta semana, apresentaram apenas surdez.

De acordo com o CDC (1998, 2003a), 85% dos fetos infectados nas primeiras oito semanas de gravidez apresentam manifestações da doença, e naqueles infectados entre a nona e décima segunda semana de gravidez o risco cai para 52%. Infecções após a vigésima semana de gestação raramente causam defeitos. Infecções subclínicas também podem causar malformações congênitas.

Ao nascer, a criança com a SRC apresenta no soro anticorpos IgG específicos para rubéola, que são derivados de sua mãe, como também anticorpos IgM e IgG sintetizados pelo feto. O anticorpo IgM específico para rubéola é utilizado para o diagnóstico da infecção fetal. O IgM pode ser detectado em aproximadamente 100% das crianças com SRC até os cinco meses de idade, em cerca de 60% dessas crianças entre o 6º e o 12º mês de idade e 40% entre 12 a 18 meses. Depois do 18º mês de vida este anticorpo é raramente detectado. A persistência de anticorpos IgG no sangue da criança após o 6º mês de vida é altamente sugestiva de infecção intra-uterina (WHO, 1999; SÃO PAULO, 2002a).

Crianças com a SRC podem eliminar o vírus da rubéola das secreções nasofaríngeas e da urina por um ano ou mais (TABER e DEMNLER, 1994; CHERNESKY

e MAHONY, 1999). Essas crianças são consideradas contagiantes e medidas de controle da infecção devem ser instituídas objetivando, principalmente, prevenir a infecção em mulheres suscetíveis à rubéola (WHO, 1999; DINIZ e RAMOS, 1999; GERSHON, 2000).

As manifestações clínicas da SRC podem ser transitórias em recém-nascidos e lactentes; permanentes, ou seja, aquelas que podem estar presentes ao nascimento ou ocorrer durante o primeiro ano de vida e tardias, aquelas que aparecem e progridem durante a infância, adolescência e no adulto jovem (DINIZ e RAMOS, 1999). Dessa forma, alguns defeitos associados à SRC podem ser reconhecidos no nascimento, enquanto outros são detectados meses ou anos mais tarde (WHO, 1999). As manifestações associadas à SRC podem ser auditivas (surdez, defeitos de fala), oftalmológicas (catarata, glaucoma, coriorretinite, microftalmia, retinopatia pigmentar), cardíacas (persistência do canal arterial, estenose da válvula e da artéria pulmonar, coarctação da aorta, comunicação intraventricular e atrial e tetralogia de Fallot) e neurológicas (microcefalia, retardo mental e meningoencefalite). Manifestações transitórias como hepatoesplenomegalia, hepatite e icterícia, anemia hemolítica, adenopatia, radiolusclências ósseas, trombocitopenia e pneumonia podem estar presentes ao nascimento e desaparecer posteriormente. Manifestações tardias como diabetes, disfunção tireoidiana, hipertensão arterial, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, autismo, panencefalite progressiva, glaucoma, ceratocone podem ser detectadas nos primeiros quatro anos de vida da criança (NAEYE e BLANC, 1965; CDC, 1998, 2003a; PLOTKIN, 1999; WHO, 1999; SÃO PAULO, 2002a).

O diagnóstico da rubéola adquirida é demonstrado pela presença do anticorpo específico para rubéola da classe IgM ou o aumento de quatro vezes no título do anticorpo IgG em amostras coletadas nas fases aguda e de convalescença da doença ou através do isolamento do vírus da nasofaringe, sangue, urina e fluídos cérebro-espinhal. O vírus pode ser isolado do sangue e da nasofaringe durante o período prodrômico e da faringe até duas semanas depois do aparecimento do exantema (AMATO NETO et al., 1991; CHERNESKY e MAHONY, 1999; PLOTKIN, 1999; CDC, 2003a).

Os testes sorológicos para identificação dos anticorpos virais são inibição da hemaglutinação, hemólise em gel, fixação de complemento, hemaglutinação passiva, aglutinação do látex, imunofluorescência, fixação de complemento e reação imunoenzimática (ELISA), entre outras (CHERNESKY e MAHONY, 1999). A reação de

inibição da hemaglutinação é considerada o teste sorológico-padrão, devido à propriedade dos antígenos da rubéola aglutinarem certas células sangüíneas. O teste de ELISA é usado predominantemente para identificar anticorpos da classe IgM sendo que o resultado pode ser positivo até quatro semanas após a infecção aguda (PLOTKIN, 1999; CDC, 2003a).

A infecção congênita pode ser demonstrada pelo isolamento do vírus da nasofaringe por seis meses de idade em aproximadamente 10 a 20% dos pacientes, do sangue, urina, pele, fluídos cérebro-espinhal e sinovial ou de outras fontes como tecidos obtidos por biópsia, autópsia, procedimentos cirúrgicos e pela presença de anticorpos da classe IgM que podem persistir durante o primeiro ano de vida ou pela persistência de anticorpos da classe IgG além de seis meses de idade da criança e, possivelmente, por toda a vida (CHERNESKY e MAHONY, 1999; PLOTKIN, 1999; SÃO PAULO, 2002).

De acordo com a WHO (1999), um caso de SRC pode ser confirmado clinicamente pela detecção de dois defeitos provocados pela rubéola contidos no grupo A, ou um defeito contido no grupo A e outro no B. No grupo A estão incluídos: catarata, glaucoma congênito, doença cardíaca congênita, perda da audição, retinopatia pigmentar; no grupo B: púrpura, esplenomegalia, microcefalia, retardo mental, meningoencefalite, radiolusclência óssea, icterícia com início dentro das 24 horas após o nascimento.

O diagnóstico intra-uterino da rubéola foi introduzido nos últimos anos com o objetivo de verificar de modo precoce se o feto foi infectado através de técnicas aplicadas à gestante durante o pré-natal (DINIZ e RAMOS, 1999; GERSHON, 2000). A reação em cadeia da polimerase tem sido utilizada para a detecção do RNA viral em produtos de aborto e no diagnóstico pré e pós-natal da rubéola congênita (TANEMURA et al., 1996; CHERNESKY e MAHONY, 1999).

Não há tratamento específico para a rubéola adquirida, mas para pacientes apresentando febre, artrite ou artralgia o tratamento dos sintomas está indicado. Nos casos de rubéola congênita o tratamento está direcionado às medidas de suporte às crianças e às correções das alterações quando possíveis. Atualmente, o custo para tratar um paciente com a SRC nos Estados Unidos é estimado em cerca de US\$ 200,000 (PAHO, 1998; DINIZ e RAMOS, 1999; GERSHON, 2000).

2.1.2 Aspectos epidemiológicos

A rubéola é uma doença com ocorrência mundial, mas com padrões distintos de ocorrência. Nos países desenvolvidos, o pico da infecção ocorre em idade escolar com menos de 5% das mulheres soronegativas. Em ilhas e algumas áreas rurais de países em desenvolvimento o padrão epidemiológico encontrado mostra soroprevalência baixa entre as epidemias com a infecção, acometendo indivíduos de todas as idades, durante os surtos e pelo menos 50% das mulheres são suscetíveis. O último padrão é encontrado em países em desenvolvimento, densamente povoados, com a doença ocorrendo na infância entre as crianças pré-escolares e as mulheres têm baixa soropositividade, entre 5 e 20% (HINMAM et al., 1998; PLOTKIN, 2001).

Em 1999, 46% de países e territórios forneciam registros anuais do número de casos de rubéola. Esses números aumentaram para 51% em 2000 e 57% em 2001, correspondendo a 874 713, 673 393 e 836 356 casos de rubéola, respectivamente. O Brasil está incluído entre os países apresentando entre 10 000 a 20 000 casos em qualquer desses anos (ROBERTSON et al., 2003).

Em 1999, 24% de países e territórios forneciam registros anuais de incidência da SRC, 37% em 2000 e 42% em 2001. Foram registrados 39 casos da SRC em 1999, 181 em 2000 e 50 em 2001 (ROBERTSON et al., 2003). Esses dados mostram que a vigilância da SRC ainda não é efetiva. Foi estimado que, no ano de 1996, ocorreram mais que 110 000 casos da SRC em países em desenvolvimento (CUTTS e VYNNYCHY, 1999).

No Brasil, no ano de 2001, foram registrados 37 casos da SRC, correspondendo a 0,01 caso para cada 1 000 nascidos vivos (ROBERTSON et al., 2003). Quando se analisa separadamente áreas geográficas menores como a cidade de Rio Branco, Estado do Acre, devido a um surto de rubéola entre 2000 e 2001, a incidência da SRC foi 60 vezes maior que a média nacional, ou seja, 0,6 caso por 1 000 nascidos vivos (LANZIERI et al., 2003).

Ainda assim, o número de casos de rubéola e SRC é subnotificado nesses países. Essa situação ocorre por vários fatores, entre eles muitos casos de rubéola são subclínicos ou muito leves, poucos pacientes com rubéola procuram atendimento médico e há outros agentes etiológicos envolvidos em doenças exantemáticas. No caso de SRC,

a subnotificação leva ao subdiagnóstico, a grande dificuldade de estabelecer relação de causalidade entre a SRC e crianças mais velhas com cegueira e surdez e programas de vigilância pouco desenvolvidos em locais onde há grande probabilidade desses casos ocorrerem, tais como unidades de terapias intensivas neonatais, serviços de reabilitação para cegueira e surdez (HINMAM, 2003).

Nos Estados Unidos, na era pré-vacinal, epidemias de rubéola ocorriam em intervalos de seis a nove anos (GERSHON, 2000; CDC, 2003a), atingindo principalmente escolares entre seis e dez anos de idade (PLOTKIN, 1994).

No Brasil, essas epidemias ocorriam a cada seis e nove anos e com idade média de infecção de seis anos. Em estudos realizados nos Estados do Acre e São Paulo, a proporção de indivíduos soropositivos aumenta com a idade, alcançando 93% na faixa etária de 15 a 39 anos no ano de 1998 e 84% na faixa etária de 12 e 39 anos de idade entre 1990 e 1991, respectivamente. Estudos realizados no Rio de Janeiro mostraram que aproximadamente 80% da população tinham anticorpos por volta dos 20 anos de idade (SCHATZMAYR, 1985; AZEVEDO NETO et al., 1994; LANZIERI et al., 2003).

De acordo com revisão feita por CUTTS et al., 1997, a suscetibilidade à rubéola entre mulheres em idade fértil de 45 países em desenvolvimento variou de menos de 10% a valores de pelo menos 25% de mulheres soronegativas, o que pode refletir diferenças socioeconômicas e epidemiológicas das populações.

Em estudo realizado entre mulheres grávidas, no ano de 1987, em município do Estado de São Paulo, a suscetibilidade à rubéola em gestantes foi de 9,7% (NAKAO, 1993). Antes da introdução da vacina contra a rubéola, no ano de 1992, no programa de vacinação do Estado de São Paulo, 10% das mulheres entre 15 e 34 anos de idade eram suscetíveis à rubéola (SOUZA et al., 1994). No ano de 2000, quase 20 anos após a introdução da vacina, 8,7% de mulheres com mais de 18 anos de idade na cidade de São Paulo encontravam-se suscetíveis (RYMKIEWICS et al., 2002). Esses valores são próximos aos encontrados na Argentina entre mulheres submetidas a exames pré-nupciais (11,9 %) e nos Estados Unidos entre pessoas na faixa etária de 15 a 29 anos (8%) (PEREIRA e UEZ, 1984; CDC, 1998).

2.1.3 A vacina

Foi através da pandemia de rubéola entre 1962-1965, iniciando-se pela Europa, que os prejuízos causados por essa doença puderam ser sentidos e esforços foram iniciados pelo desenvolvimento da vacina (PAHO, 1998; PLOTKIN, 1999).

A doença atacou os Estados Unidos entre 1964 e 1965, resultando em 12,5 milhões de casos de rubéola adquirida. Como consequência da infecção durante a gravidez, ocorreram cerca de 11 250 abortos cirúrgicos e espontâneos, e o nascimento de aproximadamente 20 000 crianças com a SRC, dos quais 2 100 morreram no período neonatal. Das crianças portadoras da SRC foram registrados quase 1 200 casos de surdez, 3 580 casos de cegueira e 1 800 crianças com retardo mental. Foi estimado nessa epidemia custo de 840 milhões de dólares (PAHO, 1998; CDC, 2003a).

O objetivo primário do programa de imunização da rubéola é a prevenção da SRC. O maior componente da estratégia de eliminação da rubéola e da SRC é alcançar e manter altos níveis de imunização para crianças e adultos, especialmente para mulheres em idade fértil, adequada vigilância para rubéola e SRC e empreender prontamente medidas de controle quando o surto da rubéola ocorrer (CDC, 1998; WHO, 2000b).

Depois do isolamento do vírus da rubéola, várias cepas vacinais foram desenvolvidas. Três vacinas foram licenciadas nos Estados Unidos entre 1969 e 1970: HPV-77: DE-5, produzida em cultura de embrião de pato, HPV-77:DK-12, produzida em cultura de rim de cão e Cendhill, em cultura de rim de coelho (PLOTKIN et al., 1973). Em 1965 a vacina RA27/3 foi obtida por Stanley A. Plotkin e licenciada nos Estados Unidos em 1979. Essa vacina foi isolada de fetos abortados cirurgicamente e infectados com o vírus da rubéola na epidemia de 1964-1965. O vírus da rubéola foi atenuado entre a 27ª e 30ª passagem em cultura de tecido de células diplóides humanas (PLOTKIN et al., 1973; AMATO NETO e BALDY, 1979; PLOTKIN e BUSER, 1985; PLOTKIN, 1994,1999; PAHO, 1998; CDC 2003a).

As vacinas anteriores tiveram suas licenças retiradas nos Estados Unidos, sendo substituídas pela cepa RA 27/3, devido à alta imunogenicidade, levando à soroconversão próxima de 100% dos indivíduos vacinados, indução de resistência para reinfecção, por induzir maior e mais persistente resposta de anticorpos e baixa taxa de

eventos adversos (CDC, 1998; PLOTKIN, 1994, 1999). Atualmente essa cepa é largamente utilizada em todo mundo com exceção do Japão (FREY, 1994).

A vacinação induz a produção de anticorpos da classe IgM e IgG e IgA secretora e resposta imune celular (PLOTKIN, 1999). A habilidade em induzir a formação de IgA secretora na nasofaringe, previne a reinfecção com o vírus selvagem, o que torna essa vacina similar à infecção viral (PLOTKIN, et al., 1973; PLOTKIN, 1999).

A indução de anticorpos neutralizantes é particularmente significativa e pode ser vista regular e imediatamente depois da administração da vacina RA 27/3 (PLOTKIN, 1999) e é a única cepa que evoca anticorpos contra o antígeno iota, que parece se relacionar com a resistência à reinfecção (PLOTKIN et al., 1973).

A vacina produz anticorpo da classe IgM, que aparece 17 dias após a vacinação, alcançando pico em um mês e persistindo por mais um mês (PLOTKIN et al., 1973). Tem sido documentado que essa vacina causa viremia entre sete e 11 dias após a sua administração, e a excreção do vírus pela faringe ocorre entre os sete e 21 dias após sua administração (BALFOUR et al., 1981). A magnitude desse evento é baixa e sem capacidade de transmissão do vírus para contactantes suscetíveis à doença (PLOTKIN, 1999; GERSHON, 2000). O vírus vacinal pode ser transmitido pelas mães aos seus filhos através da amamentação, com infecção subclínica do lactente (BUIMOVICI-KLEIN et al., 1977; CDC, 1998).

O vírus atenuado da vacina induz a produção de IgM e IgG similares àqueles observados na infecção natural, embora os títulos produzidos pela vacina possam ser menores (CHERNESKY e MAHONY, 1999; GERSHON, 2000).

Através de técnicas de inibição da hemaglutinação, pessoas vacinadas com apenas uma dose a partir dos 12 meses de idade com a vacina RA 27/3 apresentam índices maiores ou iguais a 95% de soroconversão entre 21 e 28 dias, e testes de eficácia da vacina, realizados em épocas de epidemias, apontam proteção maior que 90%. Estudos de seguimento indicam que uma dose da vacina confere proteção duradoura, possivelmente por toda a vida, embora os anticorpos possam cair abaixo de níveis detectáveis. Estudo de persistência de imunidade após vacinação com a vacina MMR (contra sarampo, caxumba e rubéola) mostrou que mais de 90% dos vacinados

permaneceram soropositivos por 15 anos, ou mais, após a vacinação (PLOTKIN, 1985; CHU et al., 1988; O'SHEA et al., 1988; WHO, 2000a; CDC, 2003a).

Existe a possibilidade da reinfecção em indivíduos vacinados contra a rubéola ou que tiveram a infecção natural, embora possa ser mais freqüente entre os vacinados. Entretanto, essa infecção é geralmente assintomática e detectável apenas pela sorologia. Viremia e reinfecção parecem ser eventos raros, porém a reinfecção parece desempenhar papel importante na epidemiologia da rubéola e da SRC (PLOTKIN, 2001).

A primeira dose da vacina contra a rubéola está indicada para crianças entre 12 e 15 meses de idade e a segunda dose deve ser administrada rotineiramente entre quatro e seis anos de idade. A recomendação da segunda dose se deve ao fato de que algumas pessoas permanecem suscetíveis à doença devido à falha primária da vacina e, secundariamente, para promover um reforço àqueles cujos títulos de anticorpo tenham caído para níveis mais baixos. Os adolescentes entre 11 e 12 anos, que não receberam a segunda dose, devem proceder à atualização do esquema vacinal (CDC, 1998, 2004a).

Está também indicada para grupos de indivíduos que não apresentam dose anterior de vacina contra a rubéola, ou que não podem comprovar a dose recebida, por apresentarem maior risco de infecção e por serem propagadores da doença na comunidade. Pode ser administrada em profissionais de saúde, educação e que cuidam de crianças, militares, estudantes universitários, homens adultos em contato com mulheres em idade fértil, mulheres suscetíveis no pós-parto e pós-aborto (PLOTKIN, 1999; WHO, 2000b; SÃO PAULO, 2002a).

A vacina contra a rubéola contém 0,4% de albumina humana, 25 a 50µg/ml de neomicina ou 50µg/ml de kanamicina, 14,5mg de sorbitol, 14,5mg de gelatina hidrolisada e deve conter pelo menos 1 000 unidades formadoras de placas. A aplicação deve ser feita por via subcutânea após a reconstituição com água destilada (CDC, 1998; PLOTKIN 1999). A cepa RA 27/3 pode ser aplicada pela via intranasal, sendo necessário doses mais elevadas de vacina contendo 10 000 unidades formadoras de placas e apresentando também alta imunogenicidade (PLOTKIN et al., 1973).

A vacina contra a rubéola pode ser encontrada na forma monovalente ou associada com sarampo e caxumba, na forma dupla ou na forma tríplice (PLOTKIN, 1999; WHO, 2000b; BRASIL, 2001b).

A vacina contra a rubéola nas formas monovalente, dupla e tríplice mostra baixas taxas de degradação. O componente rubéola parece ser mais estável do que os outros componentes das vacinas combinadas virais (GALASKA, 1998). É altamente estável a -70°C ou -20°C . Quando estocada a 4°C sua potência é mantida por pelo menos cinco anos. À temperatura ambiente, durante três meses e a 37°C , por três semanas, há significativa perda da potência. A vacina deve ser estocada numa temperatura entre dois e oito graus centígrados e deve ser protegida da luz, a qual pode inativar o vírus vacinal. Após sua reconstituição, a vacina deve ser utilizada em um período de oito horas (CDC, 1998; PLOTKIN, 1999; BRASIL, 2001b; WHO, 2004).

Os eventos adversos após a administração da vacina contra a rubéola RA 27/3 são leves. Rubor, dor e induração no local da aplicação raramente ocorrem. Pode ocorrer febre baixa em 5 a 15% dos indivíduos vacinados entre sete e 12 dias após a vacinação, com duração de um a dois dias. Aproximadamente 5% dos vacinados podem apresentar “rash” subcutâneo transitório que ocorre depois de sete a 10 dias da vacinação. São também registradas linfadenopatia, mialgia, cefaléia e dor de garganta. Reações anafiláticas imediatas à vacinação são raras. Registros de trombocitopenia ocorrem entre sete e 59 dias, com média de 17 dias, e têm sido relatados em menos de um caso para cada 30 000 doses administradas, embora o risco possa ser aumentado para pessoas que apresentaram previamente púrpura trombocitopênica, e encefalopatia em menos de um caso para cada 1 000 000 de doses administradas (BALFOUR et al., 1981; NIEMINEN et al., 1993; VLACHA et al., 1996; CDC, 1998, 2003a; PLOTKIN, 1999; BRASIL, 2001b).

Reações articulares como artralguas e artrites são raras entre homens e crianças com ocorrência de zero a 3% entre elas. Adolescentes e adultos do sexo feminino vacinados com a cepa RA 27/3 apresentam 25% de artralguas e 10% de artrites (HOWSON e FINEBERG, 1992; TINGLE et al., 1997; HINMAM et al., 1998). Esses sintomas iniciam uma a três semanas após a vacinação e duram entre um dia a três semanas. Embora haja preocupação de que a vacinação de mulheres na fase pós-puberal possa levar à artrite crônica, estudos realizados não têm provado associação entre a vacina RA 27/3 e artrite crônica (RAY et al., 1997; CDC, 1998, 2003a).

Pessoas apresentando doença febril moderada ou grave devem ter a vacina adiada até se recuperarem da fase aguda da doença, com o objetivo de evitar que os

sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com os eventos adversos relacionados à vacina (CDC, 1998).

História pregressa de reação anafilática à neomicina contra-indica a aplicação da vacina. Por conter gelatina hidrolizada como estabilizador, a vacina pode provocar reação anafilática em pessoas com história anterior de reação anafilática a esse componente (CDC, 1998, 2003a).

Indivíduos que receberam imunoglobulinas, sangue total e plasma não devem receber a vacina contra a rubéola por período de duas semanas que antecedem a três meses após a utilização, porque a resposta imune à vacina pode ser reduzida. Indivíduos vacinados devem evitar o uso de imunoglobulina por duas semanas, tendo em vista que o vírus vacinal replica e estimula a imunidade no período de uma a duas semanas após a vacinação (SIBER et al., 1993; CDC, 1998, 2003b; SÃO PAULO, 2000; BRASIL, 2001b).

Mulheres no puerpério, suscetíveis à rubéola que receberam imunoglobulina humana anti-Rho(D), ou qualquer outro produto derivado do sangue, devem receber a vacina imediatamente após o parto e serem testadas após três meses para assegurar a imunidade para a rubéola (CDC, 1998, 2003 a,b; PLOTKIN, 1999).

Indivíduos com imunodepressão congênita ou adquirida não devem receber a vacina contra a rubéola, pois maior replicação do vírus pode ocorrer em indivíduos que apresentam essa condição (CDC, 1998). Indivíduos em tratamento imunossupressor devem receber a vacina três meses após o seu término (PLOTKIN, 1999). A vacina não deverá ser aplicada em adultos e crianças recebendo tratamento com corticosteróide em dose maior ou igual a 20 mg/dia e a 2 mg/kg/dia, por mais de duas semanas, respectivamente (CDC, 1998; SÃO PAULO, 2000).

Pessoas assintomáticas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e os sintomáticos, mas que não se encontram severamente imunossuprimidos, podem ser vacinados, embora possam apresentar diferentes taxas de anticorpos, mas sem aumento de eventos adversos graves. É conduta atual determinar se o paciente encontra-se severamente imunocomprometido através de avaliação clínica e laboratorial (CDC, 1998, 2003a; PLOTKIN, 1999).

2.1.4 A vacina em mulheres grávidas

Vacinas quando administradas durante a gravidez ainda suscitam dúvidas e preocupações tanto nos profissionais de saúde quanto nas mulheres.

Os benefícios da vacinação em mulheres grávidas normalmente superam riscos potenciais, quando há alta probabilidade de exposição a uma determinada doença, quando a infecção pode colocar em risco a mãe e o feto e quando não há possibilidade da vacina causar danos (CDC, 2002, 2004b).

De acordo com a WHO, estudos em animais não são úteis para avaliar o risco das vacinas aplicadas durante a gravidez para o feto humano. Assim, as vacinas deveriam ser evitadas durante a gravidez, principalmente, durante o primeiro trimestre, com o objetivo de minimizar os riscos para o desenvolvimento fetal e o risco da ocorrência de aborto. Vacinas que possuem em sua composição vírus inativados, toxóides e polissacarídeos têm sido administradas em mulheres grávidas e não têm sido associadas com resultados adversos. Vacinas com vírus vivo como a BCG contra a tuberculose, contra o sarampo, a rubéola, a caxumba e varicela não deveriam ser administradas durante a gravidez para evitar riscos potenciais de anomalias congênitas e infecção no feto (WHO, 2002b; GALL, 2003).

Estudo realizado no Reino Unido entre, 1981 e 1990, acompanhou 92 mulheres grávidas vacinadas contra a rubéola, sendo que 61 delas foram vacinadas com a cepa RA 27/3. Nasceram 56 crianças, sendo 30 delas filhas de mulheres suscetíveis à rubéola. Ocorreram nesse grupo dois abortos espontâneos e três natimortos. Uma das crianças apresentou evidência de infecção subclínica, demonstrada pela presença de anticorpo IgM específico para rubéola e persistência de anticorpo IgG. A mãe dessa criança foi classificada como suscetível e vacinada cinco semanas após o último período menstrual. Esta criança não apresentou defeitos compatíveis com a SRC, de acordo com exames realizados aos nove meses e aos dois anos e meio de vida. Foi concluído que o risco das mulheres vacinadas inadvertidamente contra a rubéola durante a gravidez é baixo e que a interrupção da gravidez não deveria ser rotineiramente recomendada nessas circunstâncias (TOOKEY et al., 1991).

Outro estudo realizado no Canadá, e publicado em 2001, comparou 94 mulheres grávidas que haviam recebido a vacina contra a rubéola durante a gravidez e 94

mulheres grávidas não expostas ao risco. Os resultados mostraram que as taxas de malformações foram similares em ambos os grupos e que não houve diferenças significantes em relação ao peso de nascimento e o desenvolvimento dessas crianças. A única diferença significativa foi a maior taxa de aborto no grupo que recebeu a vacina (JOSEFSON, 2001).

Foi realizado estudo na Alemanha, entre 1971 e 1983, com 365 mulheres vacinadas contra a rubéola durante a gravidez, ou em período próximo à concepção, com as vacinas Cendehill e RA 27/3. Nasceram 194 crianças sem sinais da SRC. Entre os 34 casos de abortos terapêuticos em mulheres suscetíveis à rubéola, o vírus vacinal foi isolado em um dos produtos da concepção. Em dois entre 119 recém-nascidos de mães suscetíveis (n=95), ou com imunidade não confirmada (n=24), foi detectado IgM positivo no cordão umbilical. Essas crianças se encontravam saudáveis ao nascimento, entretanto nenhuma informação clínica ou amostra de sangue foi obtida posteriormente. O risco teórico máximo da SRC entre recém-nascidos de mães suscetíveis foi de 3,6% (ENDERS, 1985).

Estudo realizado nos Estados Unidos entre 1979 e 1988, acompanhou 254 gestantes suscetíveis vacinadas com a cepa RA 27/3 e 212 recém-nascidos dessas mulheres. A taxa de aborto entre elas foi de 5%. Foram identificadas duas crianças com hipospádia e em 73% dos recém-nascidos foram realizadas avaliações sorológicas, sendo que em 2% deles detectou-se anticorpos IgM no sangue do cordão, sugerindo infecção subclínica. Em nenhuma criança foi constatada a SRC. O risco teórico máximo nesse estudo foi de 1,7%. Quando a análise se limitou ao período de maior risco, ou seja, mulheres vacinadas uma semana antes a quatro semanas depois da concepção, o risco teórico máximo foi de 4,9% (CDC, 1989).

Embora não haja evidência de ocorrência da SRC pós-vacina, o vírus vacinal pode atravessar a barreira placentária e infectar o feto, sendo o período de maior risco para administrar a vacina uma semana antes até quatro semanas após a concepção. A possibilidade da vacina contra a rubéola provocar viremia faz com que a mesma seja contra-indicada durante a gestação, e a gravidez deve ser evitada por período de um mês após a aplicação da mesma. Infecções fetais subclínicas foram detectadas sorologicamente em 2% dos recém-nascidos de mães vacinadas e o vírus da rubéola foi isolado em 3% de fetos de mulheres que sofreram aborto e receberam a vacina RA 27/3,

durante a gravidez (CDC, 1989, 1998, 2001b, 2003b; DUARTE e PATTA, 1998; SÃO PAULO, 2001b; PLOTKIN, 2001).

Em 2001, foram revisados dados de várias fontes sobre a vacina contra a rubéola aplicada durante a gravidez, no período de uma a duas semanas antes a quatro a seis semanas após a concepção com o risco teórico máximo da SRC estimado em 1,3% (CDC, 2001b).

No encontro internacional sobre SRC, organizado pela OMS em 2000, foi discutido que sempre haverá um risco teórico máximo maior do que zero, não importando quão amplo seja o estudo (WHO, 2000c).

Devido à importância de se proteger contra a rubéola mulheres em idade fértil, razoáveis práticas em qualquer programa de imunização incluem perguntar à mulher se está grávida ou se pretende engravidar nas próximas quatro semanas. Não se deve vacinar contra a rubéola mulheres que declaram estar grávidas. Para aquelas que não estão grávidas deve-se esclarecer sobre os riscos potenciais para o feto e aconselhá-las a não engravidar em um período de até quatro semanas. Se uma mulher grávida for inadvertidamente vacinada ou se ela engravidar dentro de quatro semanas após receber a vacina, deverá ser aconselhada sobre o risco teórico para o feto, embora não exista razão para a interrupção da gravidez (CDC, 2001b, 2002; GALL, 2003; SUR e WALLIS, 2003).

2.1.5 Estratégias de vacinação

PLOTKIN et al. (1999), enumerando as razões pelas quais a erradicação da rubéola pode ser possível, dizem, primeiramente, que essa doença é uma infecção restrita ao homem, sendo que os únicos reservatórios são casos da SRC, que podem excretar o vírus por vários anos e, à medida que estes casos forem reduzidos, os reservatórios desaparecerão. Em segundo lugar, a vacina contra a rubéola RA 27/3 é altamente imunogênica e apresenta proteção contra a rubéola maior ou igual a 95% após uma única dose; em terceiro lugar, a vacina contra a rubéola está disponível em apresentações combinadas com o sarampo e caxumba com custo relativamente baixo e, em quarto lugar, pode ser aplicada a partir do 9º mês de vida sem comprometer a eficácia dos outros componentes.

WHITE et al. (1985), comparando custo, morbidade e mortalidade existentes e estimados atribuídos ao sarampo, caxumba e rubéola e a existência ou não de programa de vacinação com a vacina tríplice viral para o ano de 1983, nos Estados Unidos, concluiu que a razão custo-benefício para o programa de imunização com essa vacina foi de aproximadamente 14:1.

Uma revisão sobre análise econômica da rubéola e da vacinação contra a rubéola, realizada por HINMAM et al. (2002), tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, a análise do custo-benefício mostrou uma razão maior que um (variando de 1,1 a 38,8), indicando que os benefícios do programa de vacinação superam os seus custos e todos os estudos de custo-efetividade indicam que a imunização contra a rubéola foi um meio custo-efetivo de reduzir o impacto da SRC. O custo de uma iniciativa de eliminação em Barbados, país localizado no Caribe, por exemplo, no período de 1997 a 2012, seria de US\$ 1,1 milhões e o custo para tratamento de casos da SRC, na falta dessa iniciativa, US\$ 5,5 milhões.

Foi estimado para os países do Caribe, de língua inglesa, 1 500 casos da SRC com gasto de US\$ 160 milhões para cuidar e reabilitar os portadores da doença na ausência de atividades de vacinação, sendo que o custo da implementação de uma estratégia para eliminar a SRC custaria menos do que US\$ 5 milhões (HINMAN et al., 1998).

Com o licenciamento de vacinas contra a rubéola a partir do final da década de 1960, estratégias foram introduzidas para o controle da doença. Inicialmente foram empregadas duas estratégias. A primeira, adotada pelo Reino Unido, ficou conhecida como estratégia inglesa, teve a vacinação dirigida às adolescentes do sexo feminino e mulheres em idade fértil, objetivando principalmente o controle da rubéola congênita, por criar uma coorte de mulheres imunes, mas não afetando a epidemiologia da transmissão do vírus da rubéola. Essa estratégia falhou uma vez que a adesão a ela foi incompleta e surtos de rubéola e rubéola congênita continuaram a ocorrer, evidenciando que a exposição das crianças à infecção fetal não diminuiu (HINMAN et al., 1983; HINMAN et al., 1998; PLOTKIN, 2001).

A segunda, conhecida como estratégia americana, tinha por objetivo interromper a circulação do vírus da rubéola pela vacinação das crianças, que são consideradas o grupo primário de transmissão da doença e dessa forma, proteger as

mulheres gestantes suscetíveis por reduzir a exposição ao vírus. Essa estratégia também falhou por não impedir a ocorrência da rubéola e da rubéola congênita. Quando a vacina é utilizada apenas em crianças pode provocar aumento da idade de infecção, aumentando o risco da exposição das mulheres gestantes à infecção e de gerarem crianças com a SRC (HINMAN et al., 1983; OREINSTEIN et al., 1984; HINMAN et al., 1998; PLOTKIN, 2001).

A WHO ressalta que o objetivo primário da vacinação contra a rubéola é prevenir a ocorrência da infecção da rubéola congênita, incluindo a SRC e recomenda dois enfoques (WHO 2000b, 2003b):

- prevenção da SRC somente, através da imunização de mulheres adolescentes e/ou mulheres em idade fértil;
- eliminação da rubéola e da SRC através da vacinação universal de crianças de ambos os sexos, vigilância e garantia da imunidade das mulheres em idade fértil.

No primeiro enfoque, com a imunização de mulheres adolescentes e mulheres em idade fértil, a epidemiologia da rubéola não é afetada tendo em vista que muitos casos de infecção ocorrem antes da idade da imunização. Dessa forma, a incidência da SRC declina linearmente com o nível da cobertura. Com essa estratégia, a eliminação da SRC não pode ser alcançada a menos que todas essas mulheres sejam imunizadas (WHO, 2003b).

No segundo enfoque, a imunização universal de crianças reduz o número de infecções e aumenta os intervalos interepidêmicos pela redução da circulação do vírus na comunidade, mas é necessário que se garanta altos níveis de cobertura vacinal, maiores que 80% caso contrário, a SRC continuará a ocorrer por mais de 20 anos até que todas as coortes de crianças vacinadas alcancem a idade adulta. Uma consequência dessa estratégia é o aumento da proporção de suscetíveis na idade adulta, podendo resultar em aumento dos casos da SRC (ROBERTSON et al., 1997; WHO, 2003b).

Em um encontro internacional sobre imunização, estratégias e vigilância para a SRC, organizado pela OMS, em janeiro de 2000 (WHO, 2000c), e numa revisão de diferentes estratégias de vacinação para o controle da SRC em vários países do mundo, realizada por ROBERTSON et al. (1997), as mesmas foram elencadas com

considerações sobre suas vantagens e desvantagens, sendo destacado: vacinação seletiva de escolares do sexo feminino, vacinação seletiva de escolares do sexo feminino e mulheres em idade fértil, vacinação de rotina na infância, vacinação combinada de crianças e mulheres em idade fértil, campanha de vacinação em massa para crianças e adolescentes, campanha de vacinação em massa para crianças, adolescentes e mulheres em idade fértil. A escolha dependerá do objetivo a ser alcançado: a prevenção da SRC ou a eliminação de ambas, rubéola e SRC (ROBERTSON et al. 1997; WHO, 2000c).

A vacinação de escolares do sexo feminino tem por objetivo proteger a mulher antes da primeira gestação, com a vantagem de ser realizada na escola a um baixo custo. Entretanto, tem o inconveniente de que seu impacto sobre a SRC demore pelo menos 10 anos até que as mulheres vacinadas alcancem a idade fértil e com efeito nulo na transmissão da rubéola. Se a essa estratégia for adicionada a vacinação das mulheres no pós-parto, ocorrerá direta proteção das mulheres em idade fértil com a vantagem de não causar risco da vacinação na gravidez (ROBERTSON et al. 1997; WHO, 2000c).

A vacinação de escolares do sexo feminino e mulheres em idade fértil protege a mulher antes da primeira gravidez como, também, confere proteção imediata para as mulheres em idade fértil. Tem como desvantagem a dificuldade em atingir altas coberturas vacinais entre as mulheres em idade fértil e o aconselhamento sobre gravidez anteriormente à aplicação da vacina (ROBERTSON et al. 1997; WHO, 2000c).

A vacinação de rotina na infância requer alta cobertura vacinal e que a mesma seja mantida por longos períodos de tempo para que possa interromper a transmissão da rubéola, mas não garante proteção indireta das mulheres em idade fértil, como há também o risco de levar ao acúmulo de suscetíveis na população adulta (ROBERTSON et al. 1997; WHO, 2000c; HINMAN et al., 2002).

A vacinação combinada de crianças e mulheres em idade fértil promove a proteção imediata da mulher, com impacto potencialmente imediato sobre a SRC e com a possibilidade de eliminação da rubéola a longo prazo. Com essa estratégia é difícil assegurar altas coberturas vacinais em ambos os grupos, além dos altos custos e da necessidade de realizar o aconselhamento em relação à gravidez (ROBERTSON, 1997; WHO, 2000c; HINMAN et al., 2002).

A vacina contra a rubéola em campanha de vacinação de massa para crianças e adolescentes pode interromper a transmissão da rubéola em um curto intervalo de tempo, mas com a desvantagem de favorecer o aparecimento de adultos suscetíveis não protegidos com o risco de surgimento da rubéola em adultos (ROBERTSON et al., 1997; WHO, 2000c).

Campanhas de vacinação em massa para crianças, adolescentes e mulheres em idade fértil podem potencialmente eliminar a rubéola e a SRC. Combinar essa estratégia à vacinação da população masculina aumenta o potencial de eliminação das doenças, uma vez que homens suscetíveis podem transmitir a rubéola para mulheres igualmente suscetíveis favorecendo a SRC. As maiores desvantagens desta estratégia são seus altos custos e a necessidade de realizar o aconselhamento em relação à gravidez (ROBERTSON et al., 1997; WHO, 2000c).

É importante destacar que só se devem implementar campanhas de vacinação em massa quando a vacina contra a rubéola também for introduzida no programa de vacinação de rotina do país, com a vacinação das crianças por volta dos 12 meses de idade e a implantação da vigilância da rubéola e da SRC a fim de se monitorar o programa de vacinação (MASSAD et al., 1994; WHO, 2000b).

A política de vacinação de adolescentes e/ou adultos é livre de risco de aumentar suscetíveis. Entretanto, vacinação de crianças implementada inadequadamente corre o risco de alterar a dinâmica da transmissão da rubéola, levando ao aumento da suscetibilidade em mulheres em idade fértil com o aumento potencial dos riscos do aparecimento de casos da SRC. Portanto, é essencial que os programas de vacinação da criança alcancem e mantenham altos níveis de cobertura. Enfoque racional engloba a imunização de crianças para interromper a transmissão da doença e a vacinação de mulheres em idade fértil ou próxima a ela (WHO, 2000b,d; PLOTKIN, 2001; HINMAN et al., 2002).

Em 1996, 78 de 214 países e territórios (36%) em todo mundo, usavam a vacina contra a rubéola rotineiramente, enquanto que a metade, aproximadamente, dos países das Américas a utilizavam (ROBERTSON et al., 1997). No final de 2002, 124 países e territórios (58%) já haviam introduzido a vacina, sendo que, nas Américas, somente em três países (República Dominicana, Haiti e Peru) a introdução ainda não havia ocorrido (ROBERTSON et al., 2003).

A OPAS tem recomendado a introdução da vacina contra a rubéola nos programas de rotina de vacinação da criança, vacinação de mulheres em idade fértil, desenvolvimento de estratégias específicas para o controle acelerado da rubéola e prevenção da SRC como, por exemplo: a. campanhas de vacinação em massa para homens e mulheres de 15 a 39 anos de idade; b. apoio aos países para o desenvolvimento de sistemas integrados de vigilância para sarampo e rubéola; c. implementação de um sistema de vigilância da SRC e isolamento de vírus. Tendo em vista o êxito das iniciativas de vacinação desenvolvidas entre os diversos países, a OPAS estabeleceu para o ano de 2010 a meta de eliminar a rubéola e a SRC nas Américas (OPAS, 2003; NEW..., 2003; CASTILLO-SOLÓRZANO et al., 2003).

De acordo com PLOTKIN (1994), a vacinação de todas as crianças poderá erradicar a SRC em 30-40 anos, a vacinação de escolares do sexo feminino poderá erradicar a SRC em 10-20 anos e a vacinação de 100% da população adulta, poderá erradicar a SRC imediatamente. Entretanto, a erradicação da SRC, baseada na imunização de um único grupo, ainda precisará ser demonstrada. Como é improvável que ocorra 100% de aceitação da vacina e a erradicação da SRC não pode esperar, será necessário a combinação de estratégias (PLOTKIN, 1994; ROBERTSON et al., 1997).

Para que se decida qual a estratégia a ser adotada em cada país, devem-se realizar estudos para se determinar o nível de suscetibilidade das mulheres em idade fértil, o peso da doença devido à SRC, o fortalecimento do programa básico de imunização, com garantia de infra-estrutura e recursos, a segurança das vacinas e análise da situação epidemiológica do conjunto de doenças imunopreveníveis, a fim de que prioridades sejam definidas (WHO, 2000c; CUTTS et al., 1997).

Independentemente da estratégia utilizada, é importante que se obtenham altas coberturas vacinais no grupo selecionado para a vacinação e que as mesmas sejam mantidas ao longo do tempo. A experiência de vários países tem mostrado que é essencial, em qualquer estratégia, incluir a vacinação das mulheres em idade fértil, sendo que a vacinação das mulheres no pós-parto evita o risco teórico de se vacinar mulheres grávidas (ROBERTSON et al., 1997; WHO, 2000b; GALL, 2003).

De acordo com BAZIN (2001), vacina com risco zero é um mito, e PLOTKIN (2001) diz que quanto mais vacinas contra rubéola são feitas em indivíduos na pós-

puberdade, mais publicidade negativa ocorrerá devido aos eventos adversos e mais vacinação inadvertida durante a gestação.

2.2 Tecnologia em saúde

Tecnologia é entendida como os meios utilizados pelo homem a partir da fundamentação científica, na transformação de idéias, bem como na produção de novos conhecimentos, bens e serviços desejáveis (CRUZ, 1995).

Pode também ser entendida como um conjunto de conhecimentos aplicados a uma determinada área, desde equipamentos de alto grau de complexidade, até procedimentos considerados mais simples (MADUREIRA et al., 2000).

A tecnologia em saúde tem sido, desde sempre, associada ao novo e ao moderno, estando encerrada nos equipamentos, sejam eles aparelhos, instrumentos, máquinas, etc. A questão tecnológica tem sido colocada pelos profissionais como ápice da atenção à saúde, sem observar que os equipamentos são frutos de um saber e que são criados para cumprir uma dada finalidade (MERHY, 1994).

A concepção de tecnologia aqui empregada é fruto do trabalho desenvolvido por Merhy, pesquisador do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciência Médicas da Unicamp, um dos formuladores da corrente de saúde pública denominada Em defesa da vida que surgiu no final da década de 1980 (CARVALHO, 2002).

MERHY (1994, p.124) diz que tecnologia em saúde está “nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo humano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos”.

Dessa forma, destaca-se a classificação tipológica desenvolvida por esse pesquisador acerca das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, que as divide em duras (“hard”), leve-duras e leves (“soft”). A tecnologia dura é representada pelos equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, estruturas organizacionais, encerrando um trabalho humano já realizado em um momento anterior, portanto, que se

apresenta acabado, pronto, instituído, enfim, nas palavras de MERHY et al. (1997), um trabalho morto.

A tecnologia leve-dura é representada pelos saberes estruturados e normatizados como a epidemiologia, a psicanálise, a clínica, enfim, todo o conhecimento produzido pelo homem que permite a elaboração de normas, rotinas, protocolos tão em voga atualmente na saúde, devendo ser instrumentos a serviço da qualificação das ações de saúde. O saber é o “principal patrimônio para gerar opções tecnológicas de atenção à saúde” (MERHY, 1994, p.125). Essas duas classificações, duras e leve-duras são consideradas tecnologias mais estruturadas.

A tecnologia leve é representada pelas relações de acolhimento, criação de vínculo, produção de autonomia e gestão como forma de governar processos de trabalho, ou seja, tecnologias de relação, componentes do arsenal tecnológico do trabalho vivo, que ocorre no momento da interação entre o trabalhador e o usuário, numa relação intercessora. Está presente na sabedoria, experiência, atitudes, compromissos e responsabilidades do profissional de saúde (MERHY, 1994, 1997; MERHY et al. 1997).

As tecnologias leves produzem o trabalho vivo que se realiza imediatamente com a produção em um espaço publicizado. O trabalho vivo opera com as tecnologias leves produzindo bens-relações tão caros e imprescindíveis em saúde. Através das tecnologias “soft” permite-se que se concretizem os “processos relacionais de encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário” (MERHY, 1994; MERHY, 2002, p.20).

O trabalho vivo em saúde, portanto, não pode ser totalmente capturado pelo trabalho morto, expresso nas tecnologias duras e leve-duras, pois o objeto do trabalho em saúde não é totalmente estruturado e, pois, segundo MERHY et al. (1997, p.121), “suas tecnologias de ação mais estruturadas se configuram em processos de intervenção em ato, operando com tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados”. O ato de cuidar em saúde é um processo de trabalho vivo centrado, devido ao fato de a dimensão que expressa o trabalho vivo ser maior que a do trabalho morto.

Pensando nas dificuldades constantemente vivenciadas pelo setor saúde em disponibilizar recursos suficientes como insumos e equipamentos para a assistência em saúde nos vários serviços e localidades, pode-se refletir sobre a inesgotabilidade das

tecnologias leves que teoricamente nunca deverão sofrer de escassez (MERHY et al., 1997).

Nesse sentido, essa outra forma de conceituar tecnologia, torna desnecessário o pensamento hierarquizador, que coloca as tecnologias duras como as mais complexas e mais importantes para a assistência à saúde e as tecnologias leves, no mais baixo nível de complexidade e importância. Os profissionais de saúde devem perceber que a importância da tecnologia está estritamente relacionada com as necessidades de saúde da pessoa e o momento singular que ela está vivendo. Sob essa perspectiva, as tecnologias poderão, cada uma delas, assumir, a seu tempo, a sua importância no cuidado (CECÍLIO, 2001,2003).

2.3 Teoria das representações sociais

A teoria das representações sociais foi elaborada pelo psicólogo social francês Serge Moscovici e o seu delineamento formal surgiu na obra, publicada em 1961, intitulada “A representação social da psicanálise”, título da versão para o português.

Nessa obra o autor procura analisar o que ocorria quando uma nova ciência, no caso a psicanálise, abandona o domínio dos especialistas e ingressa no cotidiano das pessoas, conquista a imaginação delas, torna-se um evento cultural que afeta a vida da sociedade e se dissemina nessa determinada população (MOSCOVICI, 1978).

Essa vertente psicossociológica, fundada por Moscovici, procura contrapor-se à tradição norte-americana da psicologia centrada no indivíduo que se mostra incapaz de captar a vida humana em um nível propriamente social e coletivo (SÁ, 1993).

O termo representação social (RS) foi inicialmente utilizado do ponto de vista sociológico por Émile Durkheim², que ele denominou representações coletivas, sendo empregadas no mesmo sentido e que corresponde a “categorias de pensamento através dos quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade” (MINAYO, 2000, p. 159).

² DURKHEIM, E. *apud* MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Ed. Hucitec – Abrasco, 2000.

Moscovici reformula o conceito de representações coletivas proposto por Émile Durkheim, propiciando a construção da Teoria das Representações Sociais (TRS) (MOÑIVAS, 1994).

Para Durkheim, as representações coletivas terão a marca da realidade social onde são criadas, mas é a sociedade que pensa e nem sempre o indivíduo terá consciência dessa representação. As representações coletivas serão formadas não somente pela contribuição dos atores no espaço social, mas também pelo conhecimento e experiência acumulados através das gerações, reforçando a primazia do pensamento social sobre o pensamento individual (MINAYO, 2000; GOMES et al. 2002).

Com as representações coletivas há oposição entre o individual e o coletivo. Nas representações coletivas, o indivíduo não tem papel ativo, na medida em que elas, uma vez construídas, penetram nas consciências individuais, levando os homens a pensarem de maneira homogênea. O objeto de estudo das apresentações coletivas estava voltado para sociedades menos complexas (NÓBREGA, 1990; FARR, 1994).

De acordo com FARR, 1994, p.44: “As sociedades modernas são caracterizadas por seu pluralismo e pela rapidez com que as mudanças econômicas, políticas e culturais ocorrem”. E conclui dizendo: “Há, nos dias de hoje, poucas representações que são verdadeiramente coletivas”.

Para Durkheim, as representações coletivas eram vistas como “entidades explicativas absolutas, irreduzíveis por qualquer análise posterior, e não como fenômenos que deveriam ser explicados por si próprios” (SÁ, 1993, p.23). Enquanto para Moscovici, as representações sociais apontam fenômenos em constante emergência e transformação, que produzem comportamentos e levam à comunicação entre as pessoas (SÁ, 1993).

As representações implicam na construção social do conhecimento por parte dos sujeitos. Nas representações sociais, o indivíduo é concebido como um todo, sendo indissolúveis tanto a singularidade como a totalidade social. O sujeito, de acordo com suas experiências cognitivas e afetivas, ao elaborar e comunicar suas representações, o faz através de significados socialmente construídos e de sentido pessoal (SÁ, 1993).

As representações sociais (RS), por sua vez, não são homogêneas nem são partilhadas por toda a sociedade, mas forjadas na heterogeneidade da desigualdade social (NÓBREGA, 1990).

Toda representação é construída na relação do sujeito com o objeto representado. A capacidade de dar às coisas uma nova forma, através da atividade psíquica, constitui uma representação, sendo a comunicação o veículo que permite a formação delas. Uma representação torna familiar o estranho e perceptível o invisível (NÓBREGA, 1990; JOVCHELOVITCH, 1994).

[...] representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo; é reconstituí-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto [...] representar um objeto é, ao mesmo tempo conferir-lhe o status de um signo, é conhecê-lo, tornando-o significante. De um modo particular denominamo-lo e interiorizamo-lo, fazemo-lo nosso. É verdadeiramente um modo particular, porque culmina que todas as coisas são representações de alguma coisa (MOSCOVICI, 1978, p.58 e 63).

Para MOSCOVICI (1978, p.26, 28, 41)

[...]a RS é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos. [...]a RS é um corpus organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças as quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-na num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas e liberam os poderes de sua imaginação. [...]. As RS são entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam e se cristalizam necessariamente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas, delas estão impregnadas.

De acordo com BONIN (1987)

As representações comportam figuras, expressões, imagens, informações, linguagens e simbolizam atos ou situações. Envolvem o conhecimento dos indivíduos e grupos e, por fim, dirigem o comportamento e as comunicações entre aqueles. As representações estão ligadas a um sistema de valores, idéias e práticas. Elas orientam os indivíduos, o ajudam a conhecer, interpretar, classificar, ordenar objetos e a justificar atos, tornando inteligível a realidade.

Numa tradução livre de JODELET, 1989, p.36, representação social “é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

De acordo com MINAYO, 1994, p.89, as representações “nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a”. Corresponde às situações reais da vida e podem ser consideradas matérias-primas para a análise do social, retratando a realidade em que o sujeito vive. As representações sociais são mediadas pela “linguagem do senso comum, tomada como forma de conhecimento e interação social”. Através do senso comum, “os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos” (MINAYO, 2000, p.173).

A TRS tem sido amplamente utilizada na área das ciências sociais, entre historiadores, antropólogos, sociólogos e, também, entre os pesquisadores da área de saúde, permitindo a produção de conhecimentos sobre os fenômenos sociais que vão afetar o processo saúde-doença, e como repercutem na vida das pessoas, enquanto portadoras de idéias, crenças, concepções, visões de mundo e de conhecimentos próprios, de senso comum, inseridas num dado grupo social.

A linguagem, portanto, media a compreensão das representações sociais, pois é através dela que os sujeitos se comunicam na vida cotidiana e serve de trama para as relações sociais (MINAYO, 2000). Pela comunicação verbal, os sujeitos se expressam, dão significado às experiências vividas. O significado tem uma função estruturante na vida psíquica e social dos sujeitos, pois, em torno daquilo que o sujeito acredita que uma coisa representa, ele pode organizar sua vida.

Para que o pesquisador conheça um fenômeno, num dado grupamento social, ele necessita apreender o significado que esse grupo imprime ao fenômeno que vivencia.

De acordo com LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003a, p.30): “Um modo legítimo (não por certo o único) de conceber as representações sociais consiste em entendê-las como a expressão do que pensa ou acha determinada população sobre determinado tema”.

Assim, através do depoimento das mulheres grávidas vacinadas contra a rubéola e que vivem em um determinado espaço social, pôde-se reconstruir o imaginário e resgatar a história vivenciada após serem submetidas à determinada intervenção de saúde e o que ela representou em suas vidas.

Dessa forma, através das representações sociais a mulher torna visível a realidade em que vive, produz conhecimento e comportamentos, comunica-se, modifica seu meio ambiente e reproduz um objeto socialmente valorizado.

Objetivos

- Descrever o significado da vacina contra a rubéola para mulheres que se descobriram grávidas após receberem a vacina dupla viral, por ocasião da campanha de vacinação contra rubéola-2001, na DIR XX de São João da Boa Vista.
- Analisar a percepção das mulheres relativas às orientações recebidas por ocasião da campanha e durante o acompanhamento pré-natal e como foram apoiadas para enfrentar o processo.

Este é um estudo descritivo/exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória caracteriza-se pela exploração das dimensões de interesse de alguns fenômenos e tem por objetivo proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato, desenvolve, esclarece e modifica conceitos e idéias. Esse desenho de estudo é utilizado para buscar informações sobre as características dos sujeitos de pesquisa, grupos, instituições ou situações, ou sobre a frequência da ocorrência de um fenômeno e levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população (POLIT e HUNGLER, 1995; GIL, 1999; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

Conforme MINAYO (1996), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificada. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

As metodologias qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais. É capaz de propiciar conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos. O sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhe um significado (MINAYO, 2000; CHIZZOTTI, 2000; VICTORA, 2000).

Segundo CHIZZOTTI (2000, p.79), “a abordagem qualitativa parte do embasamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”.

O mesmo autor argumenta que o pesquisador deve se envolver com o universo onde será realizada a pesquisa, e que o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa. O sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado.

De acordo com MINAYO (2000, p.22), todo estudo qualitativo “é complexo, contraditório, inacabado e em constante transformação”. E esses objetos têm uma rede de relações, pois, segundo CHIZZOTTI (2000, p.79), “objeto não é um dado inerte e

neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações”.

As metodologias qualitativas são muito importantes na construção do conhecimento sobre saúde. A esse respeito, MINAYO (2000, p.251) ressalta que “como em qualquer processo social, o objeto “Saúde” oferece um nível possível de ser quantificado, mas ultrapassa quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas em variáveis”.

De acordo com LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003a), a pesquisa qualitativa permite conhecer o pensamento de um grupo sobre um dado tema, pois os pensamentos, para serem acessados, na qualidade de expressão da subjetividade humana, precisam passar pela consciência humana, e as pesquisas qualitativas de base indutiva são capazes de recuperar e resgatar os pensamentos contidos na consciência.

Dessa forma, procurou-se, aqui, encontrar, através da abordagem qualitativa, os sentimentos expostos pelas mulheres que se descobriram grávidas após terem recebido vacina contra a rubéola, as orientações que receberam e como elas enfrentaram esse processo.

Assim, segundo CHIZZOTTI (2000, p.89), “[...] a finalidade de uma pesquisa qualitativa é intervir em uma situação insatisfatória, mudar condições percebidas como transformáveis, onde o pesquisador e pesquisado assumem voluntariamente uma posição reativa”.

4.1 O contexto da realização do estudo

O estudo foi realizado na DIR XX de SÃO JOÃO DA BOA VISTA que é uma das 24 regiões de saúde do Estado de São Paulo, abrangendo, atualmente, 20 municípios: Aguaí, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Estiva Gerbi, Itapira, Itobi, Mococa, Mogi Guaçu, Mogi Mirim, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, São João da Boa Vista, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tambaú, Tapiratiba e Vargem Grande do Sul (Figura 1). A distância destes municípios da sede regional varia de 11 a 100 km. Por ocasião da campanha de vacinação e até 31 de janeiro de 2003 o município de Engenheiro Coelho fazia parte

dessa Direção Regional, contando, portanto, nessa época, com 21 municípios (SÃO PAULO, 2003).

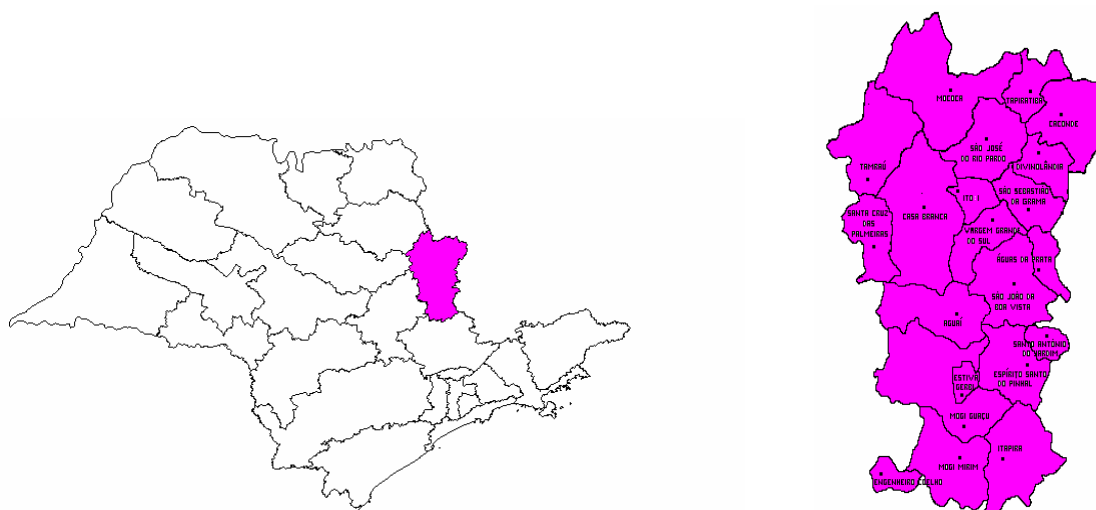


Figura 1 – O Estado de São Paulo subdividido em 24 Direções Regionais de Saúde e a DIR XX com os seus 21 municípios

As Direções Regionais de Saúde foram criadas no ano de 1995, através do DECRETO Nº 40.082, em substituição aos Escritórios Regionais de Saúde (SÃO PAULO, 1995a). Têm por objetivo contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões, com a promoção, prevenção e recuperação da saúde, coordenando as atividades da Secretaria da Saúde no âmbito regional, promovendo a articulação intersetorial com os Municípios e com os organismos da sociedade civil, tornando disponíveis e dando publicidade às informações de saúde e gerenciais que viabilizam o controle social do desempenho do sistema de saúde (SÃO PAULO, 1995b).

A DIR XX contava com população de 765 955 habitantes no ano de 2004, correspondendo a 2% da população estadual (BRASIL, 2004). Situada a nordeste do Estado de São Paulo e distante 230 km da Capital, cerca de 88,3% da população reside na área urbana, índice muito próximo ao do Estado (93,7%). A taxa de urbanização é maior que 50% para todos os municípios, sendo que em seis deles essa taxa é maior que 90% (FUNDAÇÃO SEADE, 2005).

A economia da região está centrada principalmente na atividade agrícola, com produção de café, batata, cana-de-açúcar, milho, feijão e laranja. Alguns municípios como

Santa Cruz das Palmeiras, Itobi, Vargem Grande do Sul e Aguaf, recebem grande contingente de migrantes, principalmente do norte do Estado de Minas Gerias e Nordeste, nas épocas de safra das culturas de cana-de-açúcar e laranja. A agropecuária mantém-se na posição de principal atividade econômica da região (SÃO JOÃO DA BOA VISTA, 2003).

Conta com 14 hospitais gerais filantrópicos, dois hospitais gerais públicos (municipais), um hospital regional, administrado pelo Consórcio da Região de Governo, dois hospitais gerais privados e cinco hospitais psiquiátricos, um deles público, concentrando 50% dos leitos psiquiátricos do Estado de São Paulo (SÃO JOÃO DA BOA VISTA, 2003).

A densidade demográfica regional é de 93 hab/km², menor que a do Estado (158,2 hab/km²), sendo que o município que apresenta o menor índice é o de Casa Branca com 31 hab/Km² e o maior, Mogi Mirim com 179 hab/km² (FUNDAÇÃO SEADE, 2005).

Dados populacionais relativos ao ano de 1993 mostravam que 29,7% da população era composta pelos grupos menores de 15 anos, 18,3% representavam a população jovem (15 a 24 anos), 42,6% se situavam na faixa etária de 25 a 59 anos e os idosos respondiam por 9,4% da população. Em 2003, houve redução do grupo de menores de 15 anos (24,2%), ligeiro aumento da população jovem (18,6%), aumento da participação do grupo etário de 25 a 59 anos (46,3%) e dos idosos (10,8%), seguindo a tendência observada no Estado, nesse mesmo período (FUNDAÇÃO SEADE, 2005).

Na DIR XX, observa-se o predomínio da população masculina em 71% dos municípios, sendo que a razão de sexo é de 100,4 homens para cada 100 mulheres (FUNDAÇÃO SEADE, 2005).

A taxa de natalidade em 2003 era de 13,8 e o coeficiente geral de fecundidade de 50,2, ambos por 1000 habitantes, estando próximos aos índices encontrados para o Estado (FUNDAÇÃO SEADE, 2005).

O coeficiente de mortalidade infantil no ano de 2003 na região era de 15,8 por mil nascidos vivos, maior que o do Estado (14,9 por mil). De acordo com PEREIRA (1995), esses índices são considerados baixos. O menor coeficiente (7,0 por mil) é encontrado no município de Divinolândia, e o maior (46 por mil) em Itobi, município que

não conta com hospital ou maternidade. Apresentando o mesmo comportamento do Estado, o maior peso nos índices da mortalidade infantil na região se deve ao componente neonatal precoce que pode ter como causas as anomalias congênitas, problemas genéticos ou refletir a precária assistência pré-natal e ao parto. Nesse mesmo ano, a mortalidade perinatal na DIR XX era de 18,5 por mil nascidos vivos e a do Estado 15,7 por mil nascidos vivos; esse índice recebe as mesmas influências que aquelas da mortalidade neonatal precoce (PEREIRA, 1995; KERR-PONTES e ROUQUAYROL, 1999; FUNDAÇÃO SEADE, 2005).

A DIR XX não tem apresentado óbitos maternos desde 2001 e a taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil em 2002 foi de 1,3 por 1000 mulheres (FUNDAÇÃO SEADE, 2005).

De acordo com os dados regionais do Sistema de nascidos vivos (SINASC), em 76,8% dos nascidos vivos, a idade, de suas mães estava concentrada na faixa etária entre 15 a 30 anos de idade no ano de 2000, 78,4% em 2001, 77,4% em 2002, 77,6% em 2003 e em 76,8% em 2004. A campanha de vacinação contra a rubéola teve como alvo essa faixa etária, que apresenta maior incidência de mulheres grávidas.

4.2 Sujeitos da pesquisa

Na DIR XX foram vacinadas 82 050 mulheres de 15 a 29 anos, alcançando 91,98% de cobertura vacinal nessa faixa etária (SÃO JOÃO DA BOA VISTA, 2002).

Com essa campanha de vacinação contra rubéola, na rede básica de saúde, muitas mulheres gestantes foram vacinadas, merecendo por parte da SES atenção especial, sendo notificadas e submetidas ao acompanhamento pré-natal de acordo com o Protocolo de Acompanhamento e Investigação das Gestantes Vacinadas e Mulheres que Engravidaram até 30 dias após a Vacina Dupla Viral (São PAULO, 2001a).

Após o término da campanha, verificou-se que 294 mulheres estavam grávidas ou engravidaram até 30 dias após a aplicação da vacina. Essas mulheres foram identificadas através da “Ficha de Notificação de Gestantes Vacinadas” (Anexo 1), encaminhadas à DIR XX pelas Vigilâncias Epidemiológicas Municipais e submetidas à avaliação sorológica para rubéola, pelo método de ELISA (IgM e IgG). Os resultados das sorologias foram analisados em relação ao tempo decorrido entre as datas da aplicação

da vacina e da coleta, sendo as mulheres classificadas como “suscetíveis” ou “imunes para rubéola” (OZAKI et al., 2004a).

Dessas 294 mulheres, 136 não puderam ter a sua situação imunitária definida porque a coleta não foi realizada, ou porque as mulheres foram identificadas somente no momento do parto, ou então porque a sorologia foi realizada tardiamente, ou seja, o tempo decorrido entre a data de aplicação da vacina e da coleta foi superior a 70 dias, apresentando como resultado sorológico IgM negativo e IgG positivo.

Em mulheres gestantes com amostras colhidas entre 30 e 70 dias, após a aplicação da vacina, apresentando como resultado IgM negativo e IgG positivo, foi necessário a realização de um exame adicional, o teste de avidéz de anticorpos IgG³, para que a situação imunitária pudesse ser estabelecida.

Foram consideradas “imunes” 131 mulheres gestantes. As mulheres “suscetíveis” foram identificadas através do IgM positivo e do teste de avidéz de anticorpo IgG, sendo classificadas 27 mulheres (Figura 2) (OZAKI et al., 2004a).

Entre as mulheres suscetíveis ocorreram quatro casos de aborto entre a 8ª e a 16ª semana de gestação. Não foram colhidos fragmentos de placenta para reação em cadeia da polimerase para a identificação do vírus, de acordo com o estabelecido no Protocolo. “Isto pode significar que os obstetras e outros profissionais que atuam nas maternidades não teriam recebido ou não valorizaram as orientações necessárias sobre essa questão” (OZAKI et al. 2004a).

Dessas 27 mulheres gestantes “suscetíveis”, 16 mulheres foram consideradas suscetíveis através do resultado da sorologia para rubéola, apresentando IgM positivo; dez mulheres através do teste de avidéz, sendo que, dessas, sete apresentaram baixa avidéz e três avidéz inconclusiva. Para uma delas, a sorologia para rubéola apresentou resultado IgM e IgG negativos, sendo recomendada a vacina após o parto, por permanecer suscetível à doença (OZAKI et al., 2004a).

Desta forma, foram incluídas no estudo as mulheres gestantes e aquelas que engravidaram até 30 dias após a aplicação da vacina contra a rubéola consideradas

³ A determinação da avidéz de anticorpos IgG representa importante marcador adicional para a distinção entre rubéola primária recente ou aguda e imunidade pré-existente. Baixa avidéz de anticorpo IgG é predominantemente encontrada em infecção recente (HEDMAN, K. e SEPPÄLÄ, I., 1988; HEDMAN, K. e ROUSSEAU, S. A., 1989; THOMAS, H. I. J.; MORGAN-CAPNER, P., 1991).

“suscetíveis para a rubéola”. Sendo então definidas como suscetíveis para a rubéola no momento da vacinação aquelas mulheres gestantes que, na sorologia para rubéola, apresentarem IgM positivo e IgG negativo e aquelas com baixa avidéz ou avidéz inconclusiva de anticorpo IgG, de acordo com o estabelecido no Protocolo acima referido.

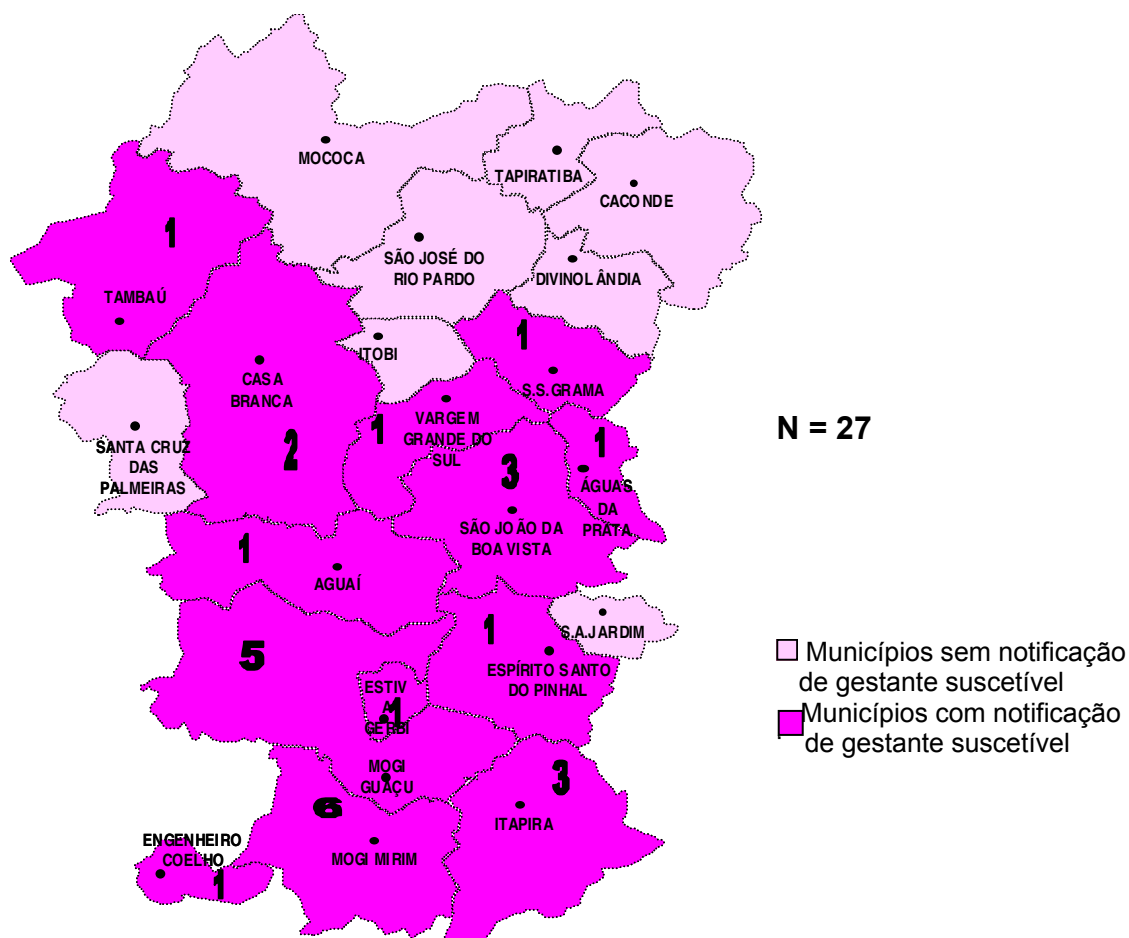


Figura 2 – Mulheres gestantes suscetíveis à rubéola distribuídas pelos municípios da DIR XX

Excluídas do estudo:

- as mulheres gestantes e as que engravidaram até 30 dias após aplicação da vacina contra a rubéola, consideradas “*imunes para a rubéola*”;
- as mulheres gestantes que sofreram aborto;
- as que passaram a residir fora da área de abrangência da DIR XX, ou deram à luz antes de serem identificadas como suscetíveis;

- as mulheres gestantes suscetíveis que se recusaram a participar do estudo;
- as gestantes que apresentaram como resultado da sorologia IgM e IgG negativos, significando que não tiveram infecção anterior, quer pelo vírus selvagem quer pela vacina;
- aquelas que não foram submetidas à coleta de sorologia;
- aquelas que engravidaram após 30 dias da aplicação da vacina, e
- aquelas que não puderam ter definida a sua situação imunitária devido ao tempo decorrido entre a data de aplicação da vacina e a data da coleta da sorologia ser superior a 70 dias, de acordo com o Protocolo.

Uma das mulheres suscetíveis recusou-se a participar do estudo, com a justificativa que falar sobre a vacinação contra rubéola a faria lembrar da experiência que lhe trouxe dor e sofrimento e da qual gostaria de esquecer.

Aplicando-se então, os critérios de exclusão, a amostra foi composta por 18 mulheres suscetíveis (Figura 3).

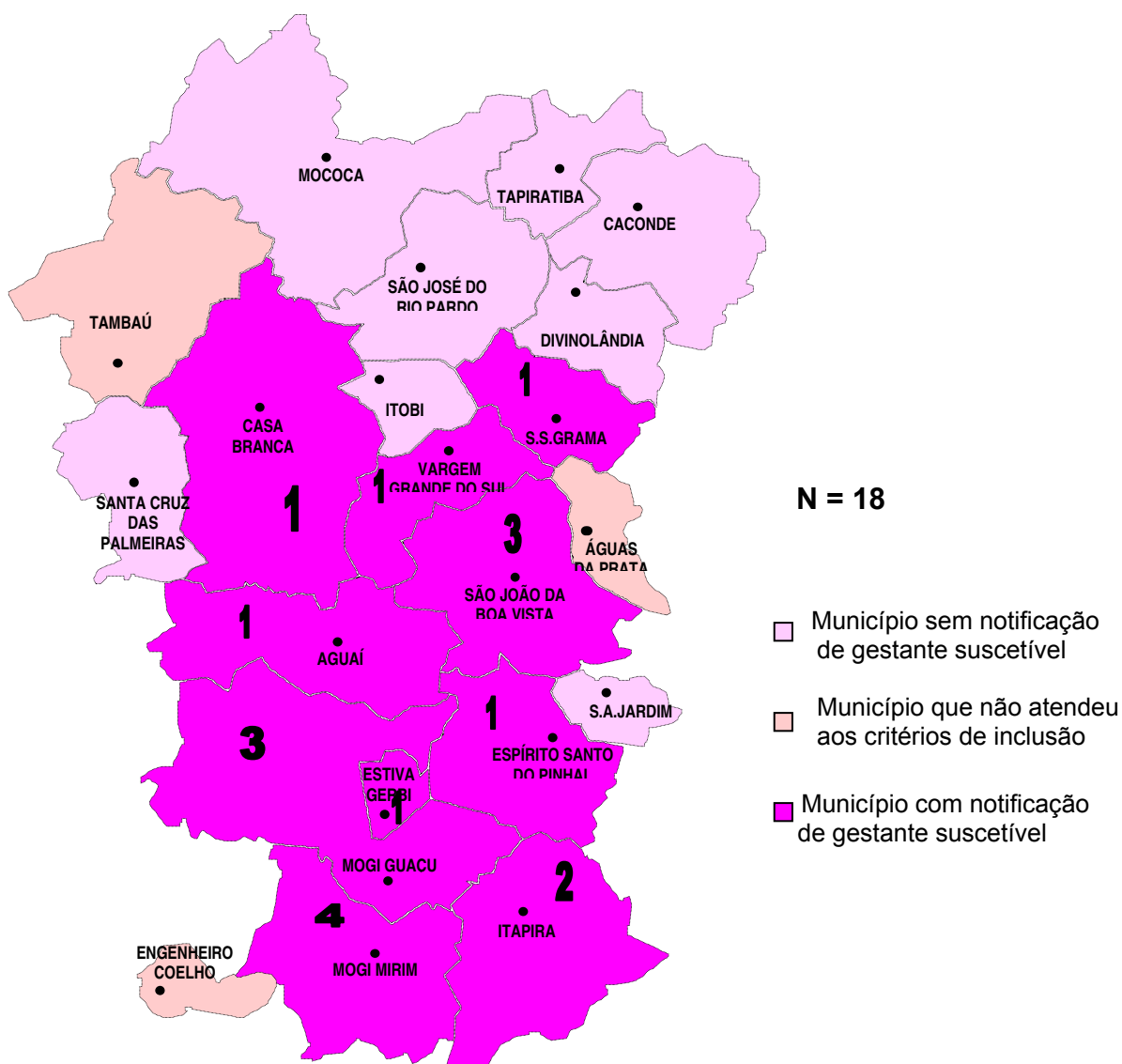


Figura 3 – Mulheres gestantes suscetíveis à rubéola que compuseram a amostra do estudo, distribuídas pelos municípios da DIR XX

4.3 Coleta de dados

4.3.1 Entrevista semi-estruturada

Para MINAYO (1996), a entrevista é um meio de obter informes contidos nas falas dos atores sociais e meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos de pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada e, conforme SOUZA FILHO (1993), deve ser realizada o mais próximo possível

da realidade natural onde ocorre o fenômeno, propiciando a aproximação do pesquisador à realidade vivida pelo sujeito e ao objeto de sua representação.

CHIZZOTTI (2000, p.55) declara que a entrevista tem “o objetivo de suscitar importantes respostas por escrito, ou verbalmente, que os informantes saibam opinar ou informar”.

A entrevista semi-estruturada, segundo POLIT e HUNGLER (1995), oferece ao pesquisador algumas vantagens como a observação direta dos sujeitos, a obtenção de dados retrospectivos ou futuros, dados sobre sentimentos, valores, opiniões e motivações, o que vem ao encontro da proposta deste estudo, procurando elucidar as percepções dos entrevistados a respeito do mundo, sem impor a visão do pesquisador.

Segundo SPINK (1993, p.100), as técnicas verbais, entre elas a entrevista semi-estruturada, a partir de um roteiro mínimo, dão “voz ao entrevistado, evitando impor as pré-concepções e categorias do pesquisador”, permitindo que se acesse as representações do sujeito e do seu grupo social.

Em relação ao roteiro-guia, MINAYO (2000) diz que deve conter poucas questões e ser uma base de orientação para a conversa, devendo ser facilitador de abertura, de ampliação e aprofundamento da comunicação, constando apenas itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto.

As mulheres que foram convidadas para este estudo, foram procuradas conforme informações contidas nas “Fichas de Notificação de Gestantes Vacinadas” (Anexo 1), preenchidas pela Vigilância Epidemiológica Municipal dos municípios onde as mulheres receberam a vacina e encaminhadas à Vigilância Epidemiológica da DIR XX.

Dessa forma, os sujeitos foram apresentados à pesquisadora e convidados a participar do estudo, após receberem esclarecimentos sobre seus objetivos e finalidades, com liberdade de participação e desistência se assim o desejarem e foi solicitada a assinatura no Termo de Consentimento.

A entrevista, realizada durante o período gestacional, foi gravada em meio magnético, com duração média de 30 minutos. Foi precedida pela leitura e assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), sendo que uma das vias foi entregue à entrevistada e a outra ficou com a pesquisadora. O local para a realização da entrevista, domicílio ou UBS, foi definido pela mulher.

Após o término de cada entrevista, a pesquisadora esclareceu todas as dúvidas que havia a respeito da vacina contra a rubéola quando aplicada durante a gravidez. Foram respeitados os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998).

Foi obtida a anuência do Diretor Técnico da DIR XX para a realização da coleta de dados referentes à Campanha de Vacinação contra a Rubéola para Mulheres – 2001 (Apêndice 1) e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp foi realizada através do Parecer nº 163 de 17 de junho de 2003 (Anexo 2).

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas com roteiro-guia (Apêndice 3) que permitiu conhecer o significado da vacina contra a rubéola para mulheres que se descobriram grávidas após receberem a vacina dupla viral e analisar a percepção das mulheres relativa às orientações recebidas por ocasião da campanha e durante o acompanhamento pré-natal, e como foram apoiadas para enfrentar o processo.

As transcrições das fitas gravadas foram realizadas logo após as entrevistas para que o fator memória pudesse auxiliar no processo.

4.4 Análise dos dados

4.4.1 Discurso do Sujeito Coletivo

Análise, em seu sentido enuncial, significa, segundo QUEIROZ (1988), transformar em texto os dizeres, separando-os de acordo com os comportamentos e elementos fundamentais, para obter o que se busca com a pesquisa, o que é interessante para o objeto de estudo. Nessa mesma direção, VICTORA (2000) diz que, para uma primeira análise, faz-se necessário realizar uma síntese dos dados, que consiste em ordená-los e lapidá-los.

Assim, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), segundo metodologia proposta no final da década de 1990 por Lefèvre e Lefèvre (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003b).

Discursos são objetos empíricos e podem ser definidos como o efeito de sentido entre os locutores. O discurso não é igual a um texto, não é um conjunto de enunciados portadores de uma ou várias significações, mas um processo que se desenvolve de múltiplas formas em determinadas situações sociais. No discurso, o homem produz a realidade com a qual está em relação (ORLANDI, 1996).

É pelo discurso que se pode compreender melhor a relação entre linguagem, pensamento e mundo porque o discurso media essas relações sendo uma de suas instâncias concretas (ORLANDI, 1996).

O modo como as palavras fazem sentido tem a ver com a língua, com o sujeito e com a história. Assim, não há discurso (sentido) sem sujeito e não há sujeito sem ideologia. O sujeito é um lugar de significação historicamente constituído (ORLANDI, 1996).

A análise de discurso se interessa pela linguagem enquanto trabalho simbólico e é uma ação que transforma, que constitui identidades, pois ao falar o sujeito se significa. Na análise de discurso, trata-se de compreender como a matéria textual produz sentidos (ORLANDI, 1996).

O DSC é um procedimento metodológico próprio de pesquisas sociais empíricas de corte qualitativo, utilizando estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma representação social presente no discurso, que é o modo como as pessoas pensam. Os pensamentos pertencem à família das línguas e linguagem e são, portanto, matéria discursiva (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a).

O DSC é uma forma de apresentar os resultados de uma pesquisa qualitativa objetivando expressar o pensamento do grupo, como se o grupo fosse, ele mesmo, autor do discurso. O DSC é um procedimento destinado a fazer a coletividade falar diretamente e visa dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social. O discurso coletivo expressa um sujeito coletivo que viabiliza um pensamento social: as sociedades e as culturas podem ser lidas como um texto (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a, 2003b).

Nesse sentido, o pensamento coletivo é um idioma ‘segundo’ uma segunda língua [...] na medida em que viabiliza e permite a troca entre indivíduos distintos de uma mesma cultura, constitui, como o idioma ‘primeiro’, condição imprescindível para a vida humana em sociedade. Esse idioma é obtido, indutivamente, por abstração, a partir de um conjunto de falas individuais de sentido reputado semelhante ou complementar, com a finalidade precípua de expressar um pensamento coletivo (LEFEVRE e LEFEVRE, 2003a, p.16).

Tendo como fundamento a TRS e seus pressupostos sociológicos, a proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraindo-se de cada um dos depoimentos as Idéias Centrais e Ancoragens e as suas correspondentes Expressões-Chave, com as Idéias Centrais/Ancoragens e Expressões-Chave semelhantes ou complementares compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003b).

Dessa forma, o DSC utiliza quatro figuras metodológicas, ou operadores do DSC chamadas Expressões-Chave (ECH), Idéias Centrais (IC), Ancoragem (AC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As ECH são trechos do discurso que revelam a essência do depoimento e descrevem o conteúdo da argumentação que remetem à IC e a corporificam, tendo função de substantivação do sentido nomeado pela IC. As ECH revelam como o indivíduo pensa. No processo de seleção das ECH retira-se o discurso excludente, que não é relevante à pesquisa. A partir das ECH serão constituídas as IC e as AC o que permitirá o julgamento da pertinência da seleção. As ECH são uma espécie de prova discursivo-empírica da verdade das IC e das AC (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a, 2004a).

As IC correspondem à síntese feita pelo pesquisador do discurso emitido pelo sujeito. Não se trata de interpretação, mas da descrição do sentido do depoimento. É o nome ou a marca do sentido dos discursos que permite reduzir a sua polissemia. As IC revelam o que as pessoas pensam. As IC e as ECH podem ser adequadamente obtidas e descritas e suas funções devem ser consideradas em inter-relação dialética. As IC sempre estão presentes em um discurso e o sujeito pode ser portador de uma ou várias idéias (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a, 2004a).

Uma outra figura metodológica, revelada das ECH que, sob inspiração da teoria das representações sociais, denomina-se AC. A AC é um enunciado que contém um valor, uma teoria, uma ideologia, uma crença explicitada no discurso que é professada

pelo sujeito. Para que se considere uma AC presente em um depoimento, ela deve aparecer de forma concreta e explícita (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a, 2004a).

Após a identificação das IC e AC a partir das ECH, as que tiverem o mesmo sentido ou sentido equivalente ou sentido complementar permanecem agrupadas em categorias. Essas categorias são denominadas de forma que expresse, da melhor maneira possível, todas as IC e AC do mesmo sentido, a fim de que se proceda a construção do DSC.

Importante ressaltar que no DSC a categoria não funciona como um signo ou representante do pensamento, mas como um nome ou denominação desse, com o objetivo de individualizar um discurso em relação a outro. As categorias continuam agrupando os discursos de sentido semelhante, mas o sentido desses discursos não fica restrito às categorias, incorporando, além delas, os respectivos conteúdos discursivos e argumentativos presentes nos discursos individuais (LEFEVRE e LEFEVRE, 2003c).

A principal figura metodológica, o DSC, é um discurso-síntese, construído a partir das ECH dos discursos individuais semelhantes ou complementares emitidos pelos sujeitos da pesquisa, respondendo sobre um determinado tema. O DSC é um jogo entre como e o que as pessoas pensam coletivamente, pois se busca “[...] reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada ‘figura’, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre o fenômeno” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003a, p.19).

O DSC é redigido na primeira pessoa do singular, mas expressa o pensamento que é compartilhado social e coletivamente por todos os sujeitos.

“Em uma palavra, o DSC constitui uma técnica de pesquisa qualitativa criada para fazer uma coletividade falar, como se fosse um só indivíduo” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003b).

De acordo com LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003a, p.33):

O objetivo de uma pesquisa de RS é o resgate do imaginário social sobre dado tema. Esse imaginário, na técnica do DSC, adquire a forma de um painel de discursos. Esse painel reflete o que se pode pensar, numa dada formação sociocultural, num dado grupo ou numa dada coletividade, sobre um determinado assunto.

4.4.2 O DSC passo a passo

Após a apresentação das figuras metodológicas, se descreve a técnica do DSC passo a passo. Inicialmente, as entrevistas devem ser ouvidas para que se obtenha uma compreensão geral do universo das respostas, sendo posteriormente, transcritas literalmente em um processador de texto, para que se proceda a elaboração do DSC de acordo com as etapas abaixo propostas por LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003a).

- Primeiro passo - consiste em copiar integralmente o conteúdo da resposta de cada sujeito no Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD 1) na coluna ECH.
- Segundo passo - consiste em identificar em cada resposta as ECH das IC e as ECH das AC quando essas estiverem presentes. Para tanto, utiliza-se recursos gráficos diferentes.
- Terceiro passo - consiste em identificar e descrever as IC e AC a partir de cada ECH, colocando-as nas colunas correspondentes.
- Quarto passo - consiste em agrupar as IC e as AC (quando presentes) de mesmo sentido, de sentido equivalente ou sentido complementar, etiquetando-as com as letras A, B, C, etc.

IAD 1

Questão. Por qual motivo você resolveu ir tomar a vacina?

Expressões-Chave (ECH)	Idéias Centrais (IC)	Ancoragem (AC)
Cecília. (1ª idéia) <u>É... por uma precaução né?</u> (2ª idéia) <u>Porque eu nunca tinha tomado vacina né... então eu fui.</u>	(1ª idéia) precaução A (2ª idéia) não era vacinada B	
Lya. (1ª idéia) <u>É bom pra proteger o nenê, né</u>	(1ª idéia) proteção A	
Dinah. Eu falei, ah, (1ª idéia) <u>vou tomar né, porque tava falando que tinha que tomar, né, tudo, se</u> (2ª idéia) <u>caso a gente resolvesse engravidar depois, né, daí eu fui e tomei a vacina.</u>	(1ª idéia) tem que tomar B (2ª idéia) proteção A	
Rose. (1ª idéia) <u>Porque tem que tomar, né? É necessário, né? Faz tempo que eu queria ter um filho...</u>	(1ª idéia) tem que tomar B	
Clarice. Eu vim passar pelo médico, né pra ver o resultado do outro exame que eu tinha feito, preventivo... (1ª idéia) <u>aí aproveitei já tomei a vacina, já tava aqui mesmo.</u>	(1ª idéia) aproveitou a oportunidade B	

- Quinto passo – consiste em criar para cada agrupamento (A, B, C etc) uma IC ou AC síntese, que expresse da melhor maneira possível todas as IC e AC de mesmo sentido, de sentido equivalente ou sentido complementar.
- Sexto passo – Construção do DSC, utilizando-se o IAD 2.
 - A primeira etapa da construção do DSC consiste em copiar na coluna ECH todas as expressões-chave do mesmo agrupamento.
 - A segunda etapa é a construção propriamente dita do DSC. Para tanto, é necessário lançar mão de algumas regras: ter começo, meio e fim, ir do mais geral para o menos geral e mais particular, proceder à normalização a fim de desparticularizar o discurso (por exemplo: sexo,

eventos e doenças particulares etc), evitar repetições de idéias, tornar o discurso conciso e coeso, utilizando-se conectivos (por exemplo: então, assim, enfim etc), utilizando todo o material das ECH e buscando a semelhança com um discurso individual.

- O discurso é grafado em itálico e sem aspas.

IAD 2

A – A mulher tomou a vacina para prevenir a rubéola

Expressões-chave	DSC
Cecília. (1ª idéia) <u>É... por uma precaução né?</u> Lya. (1ª idéia) <u>É bom pra proteger o nenê, né</u> Dinah. (2ªidéia) <u>caso a gente resolvesse engravidar depois, né, daí eu fui e tomei a vacina</u>	<i>É bom pra proteger o nenê, né. Caso a gente resolvesse engravidar depois... Daí eu fui e tomei a vacina. Por uma precaução né?</i>

IAD 2

B - A mulher tomou a vacina porque tinha que tomar

Expressões-chave	DSC
Cecília. (2ªidéia) <u>Porque eu nunca tinha tomado vacina né... então eu fui.</u> Dinah. Eu falei, ah, (1ªidéia) <u>vou tomar né, porque tava falando que tinha que tomar</u> Rose. (1ªidéia) <u>Porque tem que tomar, né? É necessário, né?</u> Clarice. (1ªidéia) <u>aí aproveitei já tomei a vacina, já tava aqui mesmo.</u>	<i>Vou tomar porque tava falando que tinha que tomar. É necessário, né? Eu nunca tinha tomado vacina né... Já tava aqui mesmo... aproveitei já tomei.</i>

Resultados e Discussão

5.1 Dados descritivos da população em estudo

A população estudada é composta por 18 mulheres grávidas residentes nos municípios que compõem a DIR XX, vacinadas contra a rubéola na campanha de vacinação, proposta pelo Ministério da Saúde e realizada em novembro de 2001.

De acordo com a classificação do estado imunitário no momento da vacinação, essas mulheres foram consideradas suscetíveis. Conforme protocolo da SES as mulheres suscetíveis deveriam apresentar IgM positivo e IgG negativo ou baixa avidéz de anticorpo IgG (SÃO PAULO, 2001a).

Os nomes que se encontram no Instrumento de Análise de Discurso (IAD 1), no apêndice do trabalho, como sendo pertencentes às mulheres, são fictícios e lhes foram atribuídos como forma de homenageá-las através de mulheres escritoras talentosas que como elas, são capazes de construir grandes histórias. São elas: Cecília (Meireles), Lya (Luft), Cora (Coralina), Zélia (Gattai), Simone (Beauvoir), Maria (Clara Machado), Ana (Cristina César), Raquel (Queiroz), Lygia (Fagundes Telles), Leilah (Assumpção), Dinah (Silveira de Queiroz), Jane (Austen), Doris (Lessing), Rose (Marie Muraro), Agatha (Christie), Virgínia (Woolf), Clarice (Lispector) e Isabel (Allende).

As mulheres que compõem a amostra são residentes em 10 (47,6%) dos 21 municípios da DIR XX, distribuídas de acordo com a tabela abaixo.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres suscetíveis à rubéola, vacinadas na campanha de vacinação, segundo o município de residência, na DIR XX, 2001

Município de residência	Nº	%
Aguai	1	5,6
Casa Branca	1	5,6
Espírito Santo do Pinhal	1	5,6
Estiva Gerbi	1	5,6
Itapira	2	11,1
Mogi Guaçu	4	22,2
Mogi Mirim	3	16,7
São João da Boa Vista	3	16,7
São Sebastião da Gramma	1	5,6
Vargem Grande do Sul	1	5,6
Total	18	100

A idade das mulheres variou de 21 a 30 anos, com mediana de 25,5 anos; 83,3% (15) são brancas, 11,1% (2) são negras e 5,6% (1) são pardas. Quanto à escolaridade, 22,2% (4) não concluíram o ensino fundamental, ao passo que 33,3% (6) concluíram essa fase, 38,9% (7) o ensino médio e 5,6% (1) dessas mulheres concluíram o ensino superior.

Em relação ao tipo de união conjugal no momento da vacinação, 55,6% (10) são casadas, 27,8% (5) são solteiras e 16,7% (3) em união consensual. De acordo com a ocupação, 44,4% (8) trabalham somente no lar, 11,1% (2) são funcionárias públicas municipais, 11,1% (2) são balconistas e as demais são: comerciante, atendente, cabeleireira, industriária, agricultora, correspondendo cada uma a 5,6% (1), e 5,6% (1) das mulheres estavam desempregadas.

Quanto à idade gestacional, verifica-se que 55,6% (10) não estavam grávidas e 44,4% (8) já estavam grávidas no momento da vacinação. Entre as mulheres que estavam grávidas, a idade gestacional variou de uma a três semanas, sendo que 25% (2) estavam na primeira semana gestacional, 62,5% (5) na segunda semana e 12,5% (1) na terceira. Utilizando métodos anticoncepcionais apenas 16,7% (3) mulheres (pílula e camisinha), as demais, 83,3% (15) não os utilizavam.

Durante o pré-natal o número de consultas médicas variou de três a sete com a mediana de 5,5. Em relação aos antecedentes obstétricos, nenhuma das mulheres havia sofrido aborto e apresentaram paridade variando entre zero a duas gestações. Relataram intercorrências clínicas e obstétricas como hipertensão, alergia, anemia, infecção urinária, sangramento e ameaça de parto prematuro, durante o curso dessa gravidez, 27,8% (5). Nenhuma das mulheres relatou reações vacinais locais ou sistêmicas no período até 30 dias após a aplicação da vacina contra a rubéola.

A totalidade das mulheres foi submetida à ecografia morfológica, a qual foi realizado entre a 17^a e a 36^a semana gestacional, com mediana de vinte e cinco semanas, sendo que o resultado não revelou alterações na morfologia fetal de nenhuma das grávidas estudadas.

5.2 Análise e discussão dos depoimentos

Os resultados do estudo serão apresentados sob a forma do DSC os quais foram formulados a partir das respostas às questões da entrevista dirigida às mulheres grávidas, vacinadas contra a rubéola. A análise das idéias centrais (IC) e dos DSC correspondentes possibilitou que os mesmos fossem agrupados em dois temas, que serão apresentados logo abaixo. O IAD 1, que contém as respostas das mulheres a cada questão, com suas respectivas expressões-chave (ECH) e IC não foram transcritas nesta seção, mas encontram-se como apêndice do trabalho (Apêndice 4).

Temas:

I - A mulher. A campanha de vacinação contra a rubéola. O acompanhamento pré-natal.

Subtemas:

1. A divulgação da campanha de vacinação.
2. Motivação da mulher para a campanha.
3. Processo de orientação da mulher.
 - 3.1 Orientação pré-vacinação.
 - 3.2 Orientação e organização do serviço de saúde.
 - 3.3 Orientação no acompanhamento da gravidez.
 - 3.4 Orientação para o acompanhamento do recém-nascido.
4. Rede de apoio profissional e social.
 - 4.1 Rede de apoio profissional
 - 4.2 Rede de apoio social.

II - O significado da vacina para a mulher grávida.

- I. A mulher. A campanha de vacinação contra a rubéola. O acompanhamento pré-natal.

É apresentado a seguir quatro subtemáticas que emergiram dessa categoria. Para facilitar o acompanhamento das idéias optou-se por enumerar os DSC que foram elaborados a partir das Idéias Centrais.

1. A divulgação da campanha de vacinação

Nessa primeira subtemática surgiram duas idéias centrais.

Idéia Central: como a mulher foi informada a respeito da campanha de vacinação contra a rubéola

DSC 1. Fiquei sabendo da vacina através do rádio, mas eu já tinha escutado na TV. Tinha também as faixas na rua, cartazes, panfletos e o povo tava comentando. No meu serviço, também, eu ouvi falar que ia ter a vacina e no postinho mesmo, informaram pra família que tinha moça que era pra ir vacinar. Ah! Minha mãe e uma amiga, também falaram pra mim tomar a vacina.

Idéia Central: a mulher não ficou sabendo da campanha de vacinação contra a rubéola

DSC 2. Eu nem sabia... o dia que começou eu vim aqui porque o meu irmão ia tomar a vacina da hepatite, aí uma moça falou: quantos anos você tem? Tenho 21. Então, entra aqui nesta sala...

Tabela 2 – Distribuição dos meios de divulgação através dos quais a mulher foi informada da campanha e vacinação contra a rubéola, na DIR XX, 2001

Meios de divulgação	Nº	%
televisão	13	46,4
posto de saúde	4	14,3
faixas de rua	2	7,1
mãe	2	7,1
trabalho	2	7,1
rádio	1	3,6
cartazes	1	3,6
amiga	1	3,6
panfletos	1	3,6
povo	1	3,6
Total	28	100

Este subtema apresenta os meios pelos quais as mulheres foram informadas a respeito da campanha de vacinação contra a rubéola. Com exceção de apenas uma idéia relacionada ao não conhecimento da campanha: *Eu nem sabia... o dia que começou eu vim aqui porque o meu irmão ia tomar a vacina da hepatite, aí uma moça falou: quantos anos você tem? Tenho 21. Então, entra aqui nesta sala...*, todas as demais idéias expressam o acesso à informação sobre a campanha.

O acesso à informação se deu através do rádio, televisão e materiais impressos como panfletos, cartazes e faixas de rua que são tradicionalmente utilizados há alguns anos pelas coordenações das campanhas de vacinação. Foram também elencados como meios de divulgação os postos de saúde, familiares, pessoas do vínculo de relacionamentos das mulheres e o local de trabalho.

Constatou-se a grande participação da televisão (46,4%) na divulgação da campanha e como meio de formação de opinião, o que vem ao encontro dos resultados da pesquisa realizada pela SES para avaliar a campanha de vacinação do idoso contra a influenza (ARANDA et al., 2002) e o baixo impacto do material impresso como cartazes e panfletos (7,2%) e, ainda, o pequeno papel exercido pelo serviço de saúde (14,3%) em divulgar suas atividades, junto aos seus usuários, o qual não se constitui no grande incentivador de atitudes que propiciam a promoção da saúde da população.

A promoção da saúde não pode ser vista dentro de uma visão preventivista e biomédica, mas pautada pelo encontro de um novo equilíbrio na relação homem-homem e homem-natureza, alcançada através da contribuição de políticas públicas e das ações de saúde, que reduzem desigualdades, garantem a autonomia e propiciam o “empowerment”⁴ dos cidadãos, criando como horizonte ideal a eliminação permanente ou

⁴ CARVALHO (2004), fazendo uma reflexão sobre os múltiplos sentidos de “empowerment”, propõe dois enfoques principais: o psicológico e o comunitário. Embora o “empowerment” psicológico leve os indivíduos a uma maior autonomia e menor dependência de instituições macrossociais (o que é, também, umas das dimensões do “empowerment” comunitário), pode constituir-se em mecanismo de regulação social, ao sugerir que as pessoas sejam menos dependentes das instituições estatais. O “empowerment” comunitário pode ser definido como “um processo e um resultado, de ações que afetam a distribuição do poder levando a um acúmulo, ou desacúmulo de poder no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas”. Nesta perspectiva insere-se a importância do desenvolvimento crítico dos indivíduos a fim de que intervenham sobre a realidade, removendo barreiras que limitam a vida em sociedade, aumentando a eficácia política, visando uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida.

duradoura das doenças e que levam à qualidade de vida das pessoas (BUSS, 2000; CARVALHO, 2002; BRASIL, 2002; LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004b).

Observa-se o importante papel desempenhado pelas pessoas que compõem o universo familiar, de trabalho e dos amigos que, agrupados, perfazem 21,4% pela divulgação da campanha, ressaltando a importância das pessoas que, de alguma forma, estabelecem vínculos com a mulher, sensibilizando-as para ações de cuidado a sua saúde.

Nesse sentido, observa-se através do discurso, a falta de alusão aos profissionais da equipe de saúde, mesmo quando o incentivador da vacinação é o posto de saúde. Na faixa etária preconizada para a campanha (15 a 29 anos) é constante a presença da mulher na UBS para realização de atividades como consultas ginecológicas, vacinação e consultas das crianças. Profissionais inominados podem refletir o baixo vínculo e o pouco acolhimento vivenciado pela mulher nessa importante fase do ciclo vital feminino.

A precária divulgação da campanha por parte do serviço e dos profissionais de saúde, alerta que essa atividade é inerente às ações de promoção da saúde e, portanto, esforços devem ser investidos para sua implementação, pois a prevenção não pode estar centrada exclusivamente no procedimento.

2. Motivação da mulher para a campanha

Quando se aborda as motivações das mulheres para tomarem a vacina da rubéola, duas idéias são observadas: as mulheres tomaram a vacina para prevenir a rubéola (36,4%) e tomaram a vacina porque tinham que tomar (63,6%).

Tabela 3 – Distribuição das IC sobre os motivos que levaram a mulher a tomar a vacina na campanha e vacinação contra a rubéola, na DIR XX, 2001

Motivos	Nº	%
prevenção	8	36,4
tinha que tomar	14	63,6
Total	22	100

Nesse subtema também emergiram duas idéias centrais.

Idéia Central: a mulher tomou a vacina para prevenir a rubéola e a SRC

DSC 3. Pra evitar alguma coisa assim, né? Por uma precaução. Caso a gente resolvesse engravidar depois, porque se engravidasse sem tomar injeção, poderia dar algum problema na criança. Então, é bom pra proteger o nenê e se proteger, pra... né... pra... como fala, prevenir. Daí eu fui e tomei a vacina.

A idéia de prevenção é expressiva: *Então, é bom pra proteger o nenê e se proteger, pra... né... pra... como fala, prevenir.* Essa visão, prevalente nas mulheres, responde por 36,4% das idéias reveladas no discurso, pode ser explicada pelo modelo preventivista a que ainda está conformada muitas das ações de saúde, e que está incorporada no cotidiano da população, através das inúmeras campanhas que buscam, através de um grande esforço de trabalho e mobilização, antecipar-se à instalação da doença e, assim, reduzir de forma significativa os custos do tratamento, ou outras práticas que visem manter a saúde, na medida em que impedem os indivíduos de adoecerem como, por exemplo, praticar exercícios, consumir determinados alimentos, usar camisinha, protetor solar etc (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004b, p. 34).

Essa visão de alcance limitado reforça a representação social da doença como uma fatalidade da vida humana. Essa visão pode ser rompida quando as pessoas adotam de forma voluntária um estilo de vida mais saudável, e não se tornam consumidoras passivas de serviços, medicamentos e de tecnologias duras. Nas palavras de LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004b, p.25, mudando o paradigma, ou seja, fazendo a doença “[...] passar de uma questão científico-tecnológica para uma questão filosófica e política”.

Idéia Central: a mulher tomou a vacina porque tinha que tomar

DSC 4. Porque é necessário não é? Tava falando que tinha que tomar, tava todo mundo vacinando, achei que era importante tomar a vacina... Se eles tão pedindo, tá fazendo a campanha porque tá precisando todas as mulheres... é bom... e procurei o posto de saúde. Achei que eu deveria vacinar

também. Também, eu nunca tinha tomado vacina, né... Como era dos 15 anos aos 29 e eu estava dentro da idade, resolvi fazer. Já tava aqui mesmo, aí aproveitei, já tomei a vacina. Estas coisas a gente tem que aproveitar. Então, deixa eu aproveitar. Foi isso.

Outra idéia que compõe este subtema revela que a motivação da mulher para tomar a vacina se deu sem maior avaliação do real benefício que a vacina poderia lhe trazer, ou seja, tomou a vacina porque tinha que tomar.

Uma das idéias que compõe esse discurso revela a representação social que o serviço de saúde somente faz o bem e sabe o que é o melhor para a população: *Se eles tão pedindo, tá fazendo a campanha porque tá precisando todas as mulheres... é bom...;* e o profissional de saúde é o detentor do conhecimento técnico-científico verdadeiro e está investido da autoridade, do poder, cabendo ao usuário cumprir a determinação. O serviço e os profissionais de saúde, na tentativa de fazerem o bem, também podem produzir doenças e transformar a vida das pessoas. A prática em saúde deve sempre estar iluminada pela reflexão (MALDONADO e CANELLA, 1981; LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004b).

Observa-se, também, que as mulheres que tomaram a vacina apenas o fizeram porque se encontravam inseridas na população alvo da campanha, por se sentirem pertencentes ao grupo, aceitando a medida sem maiores questionamentos, como meros receptores das medidas sanitárias colocadas como necessárias à população para se manter livre de doenças. *Como era dos 15 anos aos 29 e eu estava dentro da idade, resolvi fazer a vacina... tava todo mundo vacinando.*

Já tava aqui mesmo, aí aproveitei, já tomei a vacina. Estas coisas a gente tem que aproveitar, fala sobre os serviços enquanto concessor de benefícios à população, numa posição paternalista, e cabendo a essa população aproveitar as oportunidades, o que, de certa forma, é contrário aos desejos da mulher decidir autonomamente, como se medidas que são importantes para a saúde da população não pudessem ser disponibilizadas de forma permanente, reforçando a cultura campanhista da saúde pública (FORTES e ZOBOLI, 2004).

3. Processo de orientação da mulher

O subtema três, processo de orientação da mulher, está assim dividido: orientação pré-vacinação, orientação e organização do serviço de saúde, orientação no acompanhamento da gravidez e orientação para o acompanhamento do recém-nascido.

3.1 Orientação pré-vacinação

Nesse subtema, emergiram duas idéias centrais.

Idéia Central: a mulher relata as orientações que recebeu

DSC 5. No Posto de Saúde só pediram a identidade, o RG. A moça me perguntou quantos anos que eu tinha, a minha idade. Entreguei a carteirinha e ela olhou minha carteirinha. Me deram um papel explicando sobre a vacina e pediram pra assinar num papel que recebi as orientações... porque qualquer coisa que acontecesse... era responsabilidade minha. A moça da sala de vacina falou também, que essa vacina aí, que a vacina era pra evitar a rubéola. Me perguntaram se eu não estava grávida, se já veio a menstruação pra mim... ou se não queria engravidar. Ela falou: tá tudo bem? tá tudo em ordem, tua menstruação tá regularizada? Porque mulher grávida não podia tomar a vacina. Ela falou: você não pode engravidar durante 1 mês... 3 meses, depois da vacinação tá? Eu deveria evitar a gravidez por três meses! Aí falei, ah, tá, ah... a não, mas isso aí é de perder de vista. Perdi... Se doer alguma coisa... faz uma compressa quente, que ela é meia dolorida, só isso. Falou isso pra mim. Assinei e tomei a vacina.

Idéia Central: a mulher relata que não recebeu orientação no dia da campanha

DSC 6. Elas não falaram nada pra mim, não falaram nada. Não foi muito orientação não. Não perguntaram nada, se a regra da pessoa tava em dia... não perguntaram nada... e foram só aplicando a vacina nas mulheres como em gado. Que eu me lembre, não me deram nenhuma orientação, nenhuma... e eu também não fiz muitas perguntas a ela. Foi meio rápido... Porque realmente ela tinha que ter explicado, né, que eu não podia ficar grávida depois. Disse então: entra aqui nesta sala... e toma a vacina da rubéola que começou hoje, e as mulheres estão tomando. Não explicou nada, tomei não sabendo...

Tabela 4 – Distribuição das IC conforme a ocorrência de orientação da mulher quando tomou a vacina na campanha de vacinação, DIR XX, 2001

Orientação	Nº	%
recebeu alguma orientação	21	75
não recebeu orientação	7	25
Total	28	100

Em relação às orientações recebidas pela mulher no dia da campanha (orientações pré-vacinação), observa-se que, das idéias que compuseram os discursos (Tabela 4), 25% mostraram que a mulher não recebeu qualquer orientação no momento da vacinação: *Elas não falaram nada pra mim, não falaram nada... tomei não sabendo...*

Esse fragmento de discurso faz refletir o quanto é preciso reformular o modo de se trabalhar com a população e a forma como os profissionais de saúde se apossam do corpo das pessoas. Quando a mulher ‘permite’ que se realize um procedimento invasivo em seu corpo, mostra o quão distante se está dos aspectos relacionados ao “empowerment”.

Tabela 5 – Distribuição das IC sobre as orientações prévias à vacinação recebidas pela mulher, DIR XX, 2001.

Orientação	Nº	%
presença de gravidez	9	42,9
não engravidar por 3 meses	6	28,6
responsabilidade por conseqüências da vacina	2	9,5
material técnico sobre a vacina	1	4,8
orientação para combater a dor	1	4,8
doença que a vacina protege	1	4,8
não engravidar por 1 mês	1	4,8
Total	21	100

Entre as idéias que mostraram que a mulher recebeu algum tipo de orientação (75%), as mesmas enfocaram a presença da gravidez (42,9%), impossibilidade de a mulher engravidar por um período de três meses após a aplicação da vacina (28,6%), responsabilização da mulher pelas conseqüências da vacina que lhe foi administrada (9,5%), entrega de material técnico sobre a vacina (4,8%), orientação para combater a dor

no local da aplicação da vacina (4,8%), orientação sobre qual doença a vacina protege (4,8%) e impossibilidade da mulher engravidar por um período de 1 mês (4,8%) (Tabela 5).

Observa-se que a maior parte das orientações (42,9%) aborda a presença da gravidez no momento da vacina, tendo em vista as recomendações contidas na literatura e apresentadas no quadro teórico, a mulher grávida não deve receber a vacina por causa do risco da mesma atravessar a barreira placentária e infectar o feto, fazendo com que a vacina seja contra-indicada na gravidez, produzindo um risco fetal teórico que varia de zero a 1,3% (CDC, 1998, 2001b, 2003a; DUARTE e PATTA, 1998; SÃO PAULO, 2001c).

Uma das competências dos profissionais de saúde, ao administrar procedimentos preventivos e terapêuticos é informar ao usuário não somente os seus benefícios, mas, também, os riscos, estando aí incluídos os procedimentos de imunização (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001b; POLAND et al., 2003).

“O cliente deve se investigar em relação a possíveis contra-indicações e tem o direito de receber informações corretas e claras anteriormente à administração de uma vacina. Assim, ele poderá fazer opções que afetam sua saúde de uma forma consciente” (OZAKI et al., 2004b).

Nota-se que quando a orientação para evitar a gravidez foi feita, quase a totalidade ocorreu de forma incorreta, pois se orientou um período três vezes maior. Apenas uma idéia referente a uma mulher, a orientação foi dada de maneira correta, ou seja, um mês. O período de maior risco para a administração da vacina se situa entre uma semana antes a quatro semanas após a concepção, devendo a mulher evitar a gravidez por um período de 30 dias após a aplicação da vacina (CDC, 1989, 2001b; SÃO PAULO, 1998).

A redução do período para se evitar a gravidez já estava previsto no Manual de Normas de Vacinação da SES desde 1998 e a equipe de saúde não estava orientada para fazer a recomendação de forma correta (SÃO PAULO, 1998). Observa-se com preocupação que essa recomendação ocorreu majoritariamente nos municípios sob Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e que, portanto, possuem equipes de vigilância epidemiológica mais bem estruturadas com relação a recursos humanos e a processos de trabalho.

Chama a atenção a maior preocupação dos profissionais de saúde com as informações sobre o procedimento acerca dos seus aspectos imediatos (do aqui e agora) e os aspectos a médio e longo prazo não receberem a mesma valorização. Questiona-se então, a necessidade de se buscar recurso em outras áreas do conhecimento, por exemplo, profissionais da comunicação social, a fim de que se aprenda trabalhar os aspectos mais duradouros dos cuidados de saúde que devem ser mantidos pela população.

Observou-se também que em 9,5% das idéias, as orientações foram formalizadas através de assinatura de um documento que atestava que as mulheres haviam recebido as orientações sobre a vacina, mas que não esclarecem quais foram as orientações efetivamente recebidas e entendidas pela mulher, e que o único objetivo era o de responsabilizá-las pelas possíveis conseqüências da vacina (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001b; STARFIELD, 2002; FORTES e ZOBOLI, 2004).

Somente 4,8% das idéias mostraram orientações que esclareceram a vacina que estava sendo aplicada e a doença para a qual protege, informação que sempre deve estar presente ao se administrar uma vacina, e apresentando o mesmo percentual, orientações relativas à utilização de compressa quente para evitar dor no local de aplicação. Reações como dor, rubor e induração no local de aplicação da vacina dupla viral raramente ocorrem e a utilização de compressas quentes no local da aplicação é contra-indicada. Na ocorrência de eventos locais pode-se orientar a utilização de compressas frias. Observa-se também, que as mulheres estudadas não apresentaram reações locais à vacina (CDC, 1998; BRASIL, 2001b).

Nota-se que as orientações foram dadas às mulheres de forma incompleta e incorreta, sem qualificação, comprometendo a atenção, o entendimento da mulher, levando-a ao erro e demonstrado falta de preparo técnico (tecnologias leve-duras) dos profissionais para trabalhar em imunizações, sendo esses achados também encontrados nos estudos de ALMEIDA et al. (1991); DIXON et al. (1994); WOOD et al. (1996); CHIODINI (2001); FIGUEIREDO e MELLO (2003); HENTER et al. (2003).

3.2 Orientação e organização do serviço de saúde

Nesse subtema emergiram cinco idéias centrais (Tabela 6) apresentadas a seguir.

Tabela 6 – Distribuição das IC de acordo com as orientações fornecidas à mulher em função da organização do serviço de saúde, DIR XX, 2001

Orientação e organização do serviço	Nº	%
confirmação da gravidez	3	11,5
anotação da carteira de vacinação	2	7,7
encaminhamento para outros serviços	14	53,8
resultado demorado da sorologia	6	23,1
ausência do profissional no serviço	1	3,8
Total	26	100

Idéia Central: Confirmação da gravidez

DSC 7. Ela já me deu o exame de urina. Elas marcaram urgente um exame de urina, mas era o meio do mês, e eles só dão papel pra gente fazer exame no começo do mês. Esperei no começo do mês, carimbei, depois eu fiz o exame... peguei o resultado, deu que eu tava grávida, aí eu levei no posto porque elas falaram que tinha que acompanhar logo desde o comecinho.

Observa-se no DSC 07 a confirmação da gravidez através de exame, que a solicitação do teste de gravidez foi entregue prontamente à mulher porque *tinha que acompanhar logo desde o comecinho*. Mas o serviço de saúde não estava preparado para atender essa necessidade, pois não planejou a estratégia para o acompanhamento da mulher após a vacinação, sendo o passo inicial a confirmação da gravidez através de exame. Assim, a mulher já submetida à preocupação pela possibilidade de estar grávida, teve também que se submeter à rotina do serviço, a qual não se contesta sua importância, e aguardar por pelo menos 15 dias a realização do exame para confirmar a gravidez. Como pode ser entendida a orientação “*acompanhar logo desde o comecinho*”?

Como fica a mulher tendo que esperar por 15 dias, levando-se em conta que não se trata de exame de alta sofisticação tecnológica e de alto custo? Existem casos em que as normas precisam ser revistas.

Idéia Central: anotação da vacina na carteira de vacinação

DSC 8. Ela falou que era pra levar minha carteirinha de vacinação, porque às vezes eu podia ter tomado quando eu era criança, e se eu tivesse tomado não tinha problema, de ter tomado essa, né. A vacina que eu tomei quando criança, podia até ter cortado essa vacina da rubéola... Aí eu peguei minha carteirinha de vacinação, levei pra ela. Aí tinha uma vacina lá que ela não sabia o que significava aqueles símbolos que tava lá, daí ela ligou no posto de saúde, mas ninguém sabia o que era aquela vacina. Aí ela falou assim, você vai no posto lá que você tomou, pergunta o que é essa vacina que você tomou quando você era bebê, né? Mas ela falou, mas eu acho que não é a da rubéola... Aí eu vim aqui e elas falaram que era só a de sarampo. Aí, ela queria saber quem que deu, a injeção (no dia da campanha)... só que daí eu não achava o cartão e agora tá lá em casa... mas não tem nome... não tem nada...

No DSC 08, sobre a possibilidade da mulher ter tomado a vacina contra a rubéola, anteriormente, a verificação da vacina no cartão de vacinação não pôde ser feita devido a incorreções da anotação: *tinha uma vacina lá que ela não sabia o que significava aqueles símbolos que tava lá. Aí, ela queria saber quem que deu, a injeção (no dia da campanha)... mas não tem nome... não tem nada...*

Desta forma, a mulher precisou ser encaminhada ao posto de saúde em que foi vacinada à época. O cartão de vacinação é um documento de registro das vacinas aplicadas e deve ter suas informações grafadas corretamente e de maneira legível, de forma que todo profissional, no atendimento às pessoas, possa fazer uso dessas importantes informações, orientando o paciente e traçando as estratégias do acompanhamento em saúde (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001b; BRASIL, 2001a,b).

O registro de um procedimento precisa ser tomado como um meio de comunicação, no mínimo, entre os profissionais de saúde. O mau preenchimento do documento aponta falhas no treinamento e supervisão do recurso humano, como também falta de avaliação do serviço oferecido e de sua utilidade para a população e para o conjunto dos profissionais de saúde.

Idéia Central: encaminhamento da mulher para outros serviços

DSC 9. Em primeiro lugar, fui encaminhada para fazer o pré-natal lá no Centro de Saúde, no centro mesmo. Só que aí eles falaram que não era necessário, que eu poderia fazer o pré-natal no

meu posto, no bairro meu mesmo. Aí até eu falei: nossa! Fiquei chateada, pô... já tomei essa vacina, né... tô preocupada. Me encaminhou para lá, até a moça no dia falou: Ah! Mas mandaram para cá? Mas não é aqui... Nossa! Eu fiquei chateada. Mas aí eu falei o que eu vou fazer... ter paciência né? Aí me encaminharam de volta. Melhor ainda, vou tratar perto da onde que eu moro. Aí, marcou consulta e já começou.

Aí, a médica me mandou pra Unicamp. Os médicos da Unicamp me atenderam... me falaram que não tinha perigo do nenê ter aquelas coisas que ela falou, não. Que eu podia fazer o pré-natal aqui mesmo... A Unicamp mandou uma carta pra ela e só assim ela começou a me tratar melhor! Mas, mesmo assim, quando chega a consulta... a médica fala assim: "Ah! É a da rubéola". Isso me deixa muito revoltada!

Aí ficou quietinho. Aí eu voltei para cá. Daí ela pegou, me fez um papel e falou: acho que você vai ter que ter acompanhamento da vigilância pra facilitar pra você, pra você ficar mais tranqüila, também, ela falou...

Mandou procurar o pessoal da Vigilância Epidemiológica que ia explicar para mim o que era para eu ter que fazer. Eles foram super-atenciosos. Aí me senti bem melhor... Aí já normalizou. Comecei o tratamento aqui, o pré-natal aqui, e fiquei acompanhando na vigilância mesmo. Aí eles foram me informando... A médica do pré-natal perguntou pra mim, eu disse que tava resolvendo na vigilância epidemiológica, então ela falou: tudo bem...

No DSC 9 que trata do encaminhamento da mulher para a realização do acompanhamento pré-natal, observa-se que não houve a realização de planejamento por parte do serviço municipal de saúde para a atenção à mulher vacinada. Considerando ser a UBS mais próxima à residência a porta de entrada dessas mulheres para a realização do acompanhamento pré-natal, fica evidente a necessidade das mesmas comporem a rede de atenção a essa mulher com ampla sensibilização de todos os profissionais para o acolhimento e o preparo técnico (tecnologias leve-duras) daqueles envolvidos no programa de saúde da mulher, permitindo desencadeamento de todas as ações do acompanhamento e o trabalho conjunto à equipe de vigilância epidemiológica municipal, maternidades e demais serviços de saúde envolvidos na assistência à mulher.

O que se observa é a mulher perambulando pelos diversos serviços de saúde em busca do atendimento: *Ah! Mas mandaram para cá? Mas não é aqui...;* e o encaminhamento da mulher para outros municípios em busca de atendimento especializado: *Aí, a médica me mandou pra Unicamp,* demonstrando despreparo técnico para lidar com a necessidade de saúde apresentada e desrespeito à individualidade da mulher, como se aquele sujeito fosse uma entidade patológica, chegando a rotulá-la: *A Unicamp mandou uma carta pra ela e só assim ela começou a me tratar melhor! Mas, mesmo assim, quando chega a consulta... a médica fala assim: Ah! É a da rubéola. Isso me deixa muito revoltada!*

Ao colocar rótulo, o profissional procura definir um objeto. Isso se torna valioso na área da saúde, pois facilita a comunicação entre profissionais, propicia a pesquisa e a troca de experiências, mas também, funciona como uma resposta para o profissional lidar com o desconhecido. Rotular pode dar a falsa impressão que se conhece e se compreende o objeto, ao mesmo tempo, denuncia o modo como se encara e se lida com a realidade. O ser humano é muito mais que um rótulo, ele possui subjetividades e ignorá-las limita-se as possibilidades de intervenção (REMEN, 1993).

Ao mesmo tempo em que o atendimento se concretiza com o encaminhamento da mulher, quando o profissional repassa a responsabilidade pelo atendimento para outro serviço: *A médica do pré-natal perguntou pra mim, eu disse que tava resolvendo na vigilância epidemiológica, então ela falou: tudo bem...*

Dessa forma, o profissional se livra da mulher, pois ela lhe apresenta uma situação que ele não quer manejar, ou que foge aos seus conhecimentos. O encaminhamento deve ser encarado como um processo no qual o profissional, mesmo encaminhando a mulher, permanece como co-responsável, para o qual, enquanto pré-natalista, deve convergir as contribuições dos outros profissionais de saúde, buscando consolidar a integralidade da assistência (MALDONADO e CANELLA, 1981).

O encaminhamento representado pela impossibilidade da intervenção, quando realizado, deve ser feito no espaço intercessor da relação profissional de saúde/usuário, em processo de escuta do problema e acolhimento da mulher e por sua responsabilização em relação aos seus deveres profissionais pela continuação do processo de assistência (MERHY, 1997).

TANAKA (1995) também aborda a questão da peregrinação em relação ao momento parto, discutindo a luta pela busca da assistência e a não oportunidade da atenção que pode produzir danos à saúde materna e à da criança, ou mesmo, o óbito materno e infantil.

A mulher vai então encontrar um atendimento mais qualificado no serviço de vigilância epidemiológica, que a acolhe, estabelece vínculos e co-responsabilidades: *Eles foram super-atenciosos. Aí me senti bem melhor... Aí já normalizou. Comecei o tratamento aqui, o pré-natal aqui, e fiquei acompanhando na vigilância mesmo. Aí eles foram me informando...*

Observa-se, nesse momento, o pensamento dicotomizado dos profissionais de saúde quanto às finalidades dos serviços, cabendo à UBS a responsabilidade pela assistência médica e à vigilância epidemiológica as ações de saúde pública, pensadas e implementadas de forma independente, fazendo com que a mulher tenha que procurar diferentes serviços, de acordo com suas necessidades de saúde, na medida em que digam respeito à assistência médica, ou às práticas de saúde pública (MATTOS, 2001).

Observa-se, também, que para os profissionais de saúde saírem do seu local de trabalho é ainda muito difícil. Não são os profissionais que fizeram o movimento de se deslocar para contemplar as necessidades da futura mãe, mas a mulher grávida que necessita fazer esse movimento para encontrar a assistência.

Idéia Central: demora do resultado da sorologia para rubéola

DSC 10. Pra começar, a sorologia demorou, demorou tanto pra chegar o resultado... Aí, o médico queria ver o exame da rubéola. Ele falou pra mim se tinha feito o exame da rubéola, mas... o resultado não tava lá... não tinha que estar na pasta, na minha pasta? Então, ele não falou nada do resultado do exame, só do de anemia que eu fiz agora, que ele falou que não deu nada, mas o resto... ele não falou nada... Até hoje, não veio pra minha pasta, aqui no posto... Não tinha que vir?

No DSC 10 a mulher relata a demora para a entrega do resultado do exame para a rubéola, através do qual se procederia à classificação do seu estado imunitário. De acordo com o protocolo da SES mulheres que no momento da vacinação apresentassem IgM positivo e IgG negativo e aquelas com baixa avidéz de anticorpo IgG, seriam classificadas como suscetíveis e as medidas estabelecidas para o acompanhamento seriam desencadeadas (SÃO PAULO, 2001a).

A demora para a entrega do resultado contribuiu para que as medidas do acompanhamento não fossem instituídas com agilidade. Além disso, observou-se que os resultados dos exames sorológicos não retornaram para o prontuário da UBS, ficando possivelmente arquivados no Serviço de Vigilância Epidemiológica: *Até hoje não veio pra minha pasta aqui no posto... Não tinha que vir?* Essa prática impediu que a equipe de saúde da UBS tomasse conhecimento do resultado do exame e o desenvolvimento da responsabilidade pelo acompanhamento da mulher.

Idéia Central: ausência do profissional no serviço de saúde

DSC 11. Ela falou sobre um kit que tinha que pegar no Centro de Saúde, né. Já fui lá duas vezes só que eu não achei, ninguém... A enfermeira tava de férias, e depois a outra que tava no lugar dela, não tava, depois eu voltei... a enfermeira tava em horário de almoço, daí eu não sei se eles mandam, se eu que tenho que levar...

No DSC 11 a mulher relata que não encontra o profissional de saúde para que ela possa pegar o “kit” no qual estavam contidos o tubo para coleta de sangue do recém-nascido, o criotubo e uma requisição de exame, com a finalidade de identificar as possíveis crianças infectadas pelo vírus vacinal (SÃO PAULO, 2002b).

Observa-se que a mulher procura o serviço de vigilância epidemiológica e não encontra nenhum profissional que possa lhe entregar o “kit”: *Já fui lá duas vezes só que não achei ninguém... ou lhe prestar esclarecimentos: ... daí eu não sei se eles mandam, se eu tenho que levar...*

Isso retrata um serviço onde não se garante o atendimento porque os profissionais estão ausentes e os demais que permanecem no serviço, desconhecem a informação a ser transmitida à mulher, não demonstrando qualquer interesse pela resolução da situação, constituindo-se num péssimo indicador de qualidade do serviço.

As idéias presentes nesses discursos, agrupados sob a denominação orientação e organização do trabalho, desvelam questões relativas à gestão organizacional do serviço de saúde e aos processos de trabalho nele desenvolvidos.

Produzir saúde é uma tarefa complexa da qual participam gestores do serviço, profissionais de saúde e usuários.

Os gestores devem focalizar a importância de possuírem uma estratégia de ação e profissionais de saúde competentes para gerirem o serviço, mas sabendo que somente isso não garante uma boa gestão.

As organizações produtivas só podem enfrentar os desafios que se apresentam, com modelos gerenciais menos burocráticos, que consigam assimilar o que ocorre no seu interior e à sua volta, elaborando soluções para cada novo problema que se apresenta (MERHY, 1997).

Em relação aos profissionais de saúde, enquanto realizadores do trabalho em saúde, o modo como as “cabeças estão sendo fabricadas”, nas palavras de MERHY, 1997, p. 96, torna-se fator de resistência às mudanças, pois, a qualquer possibilidade de se mexer com interesses e processos de trabalho, no modo como representam o processo saúde-doença, poderá atuar nas organizações gerando atitudes de autogoverno.

Assim, emerge a importância de se realizar uma reforma no modo como os serviços de saúde são dirigidos, com a gestão dos processos de trabalho em saúde realizados em comum com os profissionais a partir das necessidades de saúde emanadas pelos usuários e que são representadas como problema ou sofrimento. Essas necessidades devem ser entendidas como algo que precisa necessariamente ser satisfeito, para alguém que deseja positivamente existir ou continuar a existir e que busca no serviço de saúde, como um espaço de acolhimento, território de tecnologias leves, uma forma de caminhar mais autônoma no seu modo de andar a vida (MERHY, 1997).

3.3 Orientação no acompanhamento da gravidez

Compondo a temática orientação no acompanhamento da gravidez, 14,1% (11) das idéias revelam que a mulher não se sentiu orientada e 85,9% (67) delas mostraram que a mulher recebeu algum tipo de orientação (Tabela 7). Nesse grupo, 56,7% (38) referem-se à solicitação dos exames para o acompanhamento pré-natal; em 22,4% (15) a vacina contra a rubéola traz poucos riscos para a criança e em 20,9% (14) a vacina contra a rubéola pode trazer risco para o feto (Tabela 8).

Tabela 7 – Distribuição das IC de acordo com a percepção da mulher acerca das orientações recebidas durante o acompanhamento pré-natal, DIR XX, 2001

Orientação	Nº	%
a mulher recebeu alguma orientação	67	85,9
a mulher não se sentiu orientada	11	14,1
Total	78	100

Tabela 8 – Distribuição das IC de acordo com as orientações que a mulher recebeu do pessoal da saúde durante o acompanhamento pré-natal, DIR XX, 2001

Orientações	Nº	%
solicitação de exames para o acompanhamento pré-natal	38	56,7
a vacina contra rubéola traz poucos riscos para a criança	15	22,4
a vacina contra rubéola pode trazer risco para o feto	14	20,9
Total	67	100

Idéia Central: solicitação de exames para o acompanhamento pré-natal

DSC 12. Expliquei pra ela, foi da onde que dali ela partiu para outros exames. Ela falou que eu tinha que fazer uns exames. Pediu a sorologia: o teste, o exame de sangue da rubéola. Mandou colher o sangue. Já colhi na hora, no mesmo dia que eu fui, uma amostra de sangue e fiz o exame de sangue que tinha que ser feito.

Quando chegou, deu positivo. Ela comentou que deu positivo, a sorologia deu positivo... e a vacina realmente, pegou, né, o que eu entendi foi isso... e aí... ela explicou como poderia ser, uma reação, tudo, aí... quando dava positivo era meio perigoso o nenê não desenvolver direito. Fiquei preocupada de novo...

Daí foi feito ultra-som. Ela pediu o ultra-som porque o exame deu positivo. Falou que eu ia ter que fazer pra ver direitinho e já marcou pra fazer o ultra-som. Mas aí ela já me tranqüilizou na hora também. Não! Fica calma, todas as mulheres não é só você, todas as mulheres vão fazer este ultra-som. Então, isso aí é um pedido pra todas elas. Não é só pra você que eu tô pedindo... pra esquentar tua cabeça. Não! É todas as mulheres. A doutora então pediu aquela, como se diz, aquela ultra-som bem modernizada, um tipo de ultra-som... é... ultra-som morfológico, pra ver como o nenê está, para verificar realmente a criança, pra ver se tava bem.

Aí quando fiz o ultra-som me acalmei mais. O médico foi muito atencioso... aí ele me mostrou todos os dados pra mim... me mostrou o nenê, virou a televisãozinha, aí mostrou a coluna... A criança estava perfeita, deu pra gente ver a movimentação, disse que estava desenvolvendo bem.

Falou: olha, seu nenê tá formado tá tudo bem, você pode ficar mais tranqüila, falou pra mim também, que os riscos eram muito pequenos, que seria mais arriscado que se eu tivesse a doença ou contato com alguém que tivesse a doença. É um índice muito pequeno, aí eu fiquei mais calma. Ele falou se tiver um probleminha agora, vai ser uma coisa muito leve e vai ser mais na parte neurológica. Ele falou olha, eu não acredito não. Acredito que esteja tudo bem mesmo, pelo menos, aqui a gente tá tendo uma porcentagem muito grande. Então ele falou que não tinha perigo. O médico do ultra-som, me deixou mais aliviada. Só fiquei mais tranqüila mesmo a hora que fiz o ultra-som, pra ver o nenê. Como garantiu pra mim que não, não tinha nada a ver, que o nenê era perfeito, eu fiquei sossegada de saber... que não tinha tanto perigo. É esperar nascer pra gente ver o resultado.

A doutora também viu o ultra-som, disse que tava jóia. Falou, não, pode ficar tranqüila, se desse alguma coisa eu ia falar pra você, né, que eu sou médica tudo, eu entendo dessas coisas também. Falou que tá tudo normal... não tinha problema nenhum, tava tudo certinho. Também, a moça lá em cima falou pra mim assim, que o exame, se a ultra-som tivesse tudo normal, eu já poderia ficar sossegada, né... que não tinha mais risco de nada.

Graças a Deus eles foram superatenciosos. Ainda bem... senão eu já tinha me suicidado. Fez todos os exames necessários...

No DSC 12, a mulher relata os exames aos quais foi submetida para a classificação do estado imunitário (sorologia para rubéola) e para o monitoramento do feto (ultra-som morfológico).

Observa-se que não ficou claro para a mulher o significado da sorologia positiva para a rubéola: Ela comentou... a sorologia deu positivo... e a vacina realmente, pegou, né, o que eu entendi foi isso... ela explicou como poderia ser, uma reação... quando dava positivo era meio perigoso o nenê não desenvolver direito. Fiquei preocupada de novo..., de modo que a mulher retornou ao seu estado inicial de intranquilidade, devendo aguardar pela realização do ultra-som morfológico na 20ª semana de gravidez.

O ultra-som morfológico permitiu que a mulher se tranquilizasse, uma vez que ela pode verificar as condições da sua criança: ...aí ele me mostrou todos os dados prá mim... me mostrou o nenê, virou a televisãozinha, aí mostrou a coluna... A criança estava perfeita... Esse exame foi realizado num ambiente de respeito para com a mulher, na medida em que o médico forneceu as explicações técnicas aliadas à escuta e ao acolhimento, concretizando-se num exemplo do entrelaçamento das tecnologias duras, leve-duras e leves.

Observa-se também a grande valorização das tecnologias duras pelos profissionais de saúde que realizavam o acompanhamento da mulher na UBS: *...se a ultra-som tivesse tudo normal, eu já poderia ficar sossegada, né... que não tinha mais risco de nada.*

Os profissionais de saúde fetichizam as tecnologias duras, tornando-se altamente dependentes das mesmas, buscando, através delas, solucionar não apenas o problema do usuário, mas os seus próprios problemas, não atentos às finalidades das ações de saúde. Criam a representação que os aparelhos são essenciais para o diagnóstico e a disseminam entre a população como o ideal da atenção à saúde. Torna-se mais fácil a escuta das máquinas, não das pessoas. A utilização dessas tecnologias só poderá cumprir o seu papel no contexto do cuidado integral (MALDONADO e CANELLA, 1981; MERHY, 1994; TANAKA, 1995; TEDESCO, 1997b).

De acordo com o protocolo de acompanhamento (SÃO PAULO, 2001a), foi recomendado ultra-som morfológico entre a 20ª e a 24ª semana gestacional e na DIR XX, as mulheres suscetíveis realizaram o exame entre a 17ª e a 36ª semana gestacional.

Observa-se através da fala das mulheres que as informações foram fornecidas de forma incompleta e incorreta: Fica calma, todas as mulheres não é só você, todas as mulheres vão fazer este ultra-som. Ele falou se tiver um probleminha agora, vai ser uma coisa muito leve e vai ser mais na parte neurológica.

Por outro lado, informações qualificadas aliando tecnologias duras, leve-duras e leves, à linha do cuidado, que percorre todas as instâncias do atendimento, faz com que a mulher se sinta apoiada, tranqüila e confiante no cuidado recebido: *Graças a Deus eles foram super-atenciosos. Ainda bem... senão eu já tinha me suicidado. Fez todos os exames necessários... Falou que tá tudo normal... não tinha problema nenhum, tava tudo certinho.*

Idéia Central: a vacina contra rubéola traz poucos riscos para o feto

DSC 13. Ela conversou comigo, me explicou tudo direitinho como que era, falou dos riscos, falou que não era tão... assim não... que ia ver... que tinha mais casos, também, que tinha tomado a vacina, mais moças... tinha acontecido também. A enfermeira da vigilância epidemiológica foi comigo, com o meu médico. Ela foi junto pra explicar pro médico, pro médico me explicar, que não tinha problema nenhum.

Falou que não era pra eu ficar preocupada, não, que outras já tinham tomado a vacina e não tinha acontecido nada com o nenê. Falou que até hoje não houve nenhum caso da vacina ter dado algum problema na criança; me explicou muito bem, sabe, falou que os casos... são poucos que a chance era mínima da criança nascer com problemas. E era assim 1%... 0,01%... que de 1 em 1 milhão que sai só, é difícil sair. Ela falou pra mim não ficar preocupada, é uma coisa que pode acontecer, mas eles não estavam falando que poderia né, que ia acontecer comigo. Era um índice muito baixo, que eram riscos pequenos... que não era para enfiar na cabeça... que... orienta-se que... não se tome realmente... toma-se cuidados... mas que não era assim... o fim do mundo. Falou que mesmo quem não toma a vacina, tem risco de dar algum problema. Então, pra eu ficar tranqüila, que não ia ser nada, pra não ficar preocupada. Você fica calma! Ela foi super atenciosa comigo, pegou e falou que não tinha problema nenhum, que eu podia ficar sossegada.

A idéia central do DSC 13 revela que em 22,4% (15) das orientações fornecidas à mulher, os profissionais de saúde transmitiram informações a respeito dos pequenos riscos da vacina em provocar malformações no feto (Tabela 8). Destaca-se o papel do conhecimento (tecnologias leve-duras) qualificando a informação e todo o 'aparato' das tecnologias leves favorecendo a relação profissional-mulher: *Falou que até*

hoje não houve nenhum caso da vacina ter dado algum problema na criança... que a chance era mínima da criança nascer com problemas. E era assim 1%... Então, pra eu ficar tranqüila, que não ia ser nada, pra não ficar preocupada. Você fica calma!

Idéia Central: a vacina contra rubéola pode trazer risco para o feto

DSC 14. No postinho elas falaram pra mim que não devia ter tomado a vacina... A moça ficou brava... ela falou que se quando eu fui tomar... se alguém não tinha falado que não podia tomar. A enfermeira falou: eu te avisei que não podia engravidar!

O médico falou: Nossa! Você não deveria ter tomado vacina... falou um monte de coisa... que foi a maior besteira que eu fiz... Disse que não podia ter tomado, porque podia dar problema no nenê. Me deixou muito nervosa! Disse que não podia ficar fazendo essa campanhas com a mulheres, não! A mulher lá do postinho falou um monte de coisa, que não era pra ter tomado, que podia a criança nascer com algum problema... Que não sei que tem... elas explicaram pra mim... e elas falaram pra mim... e já deram um monte de papel pra poder já começar a fazer o pré-natal. Conversei com a doutora e ela me explicou passo a passo, ela explicou pra mim a respeito, o que seria com a criança, tudo, teria 50 sim 50 não, não sei quantos por cento lá que teria, quantos não teria, talvez alguns nasceria bem, outros não, né, viria com alguma coisa, mais ou menos isso... Não precisa ficar tão preocupada que... talvez a vacina não vai atingir a criança.

A doutora comentou assim... que podia ser uma gravidez assim... que podia dar algum problema na criança, e podia nascer com seqüelas da rubéola, com problemas... retardada, cega, surda... disse que tinha um risco, um pouco de risco, pode ocorrer e não pode ocorrer problema, entendeu, então é bom você ter um acompanhamento. Ela fala assim: risco tem um pouquinho, sim. Aí você fica com medo, né. Mas, a hora que ela falava que tinha um pouquinho de risco, aí que eu ponhava coisa na minha cabeça, aí ficava com medo... Eu fiquei muito nervosa, falei, nossa! Não deveria ter tomado. A minha médica fala que quando eu for assim, no Hospital Municipal, fazer uma consulta fora de ser o pré-natal, pra mim chegar pro médico e falar que eu sou sorologia positiva da rubéola pra ele ficar mais assim... atento...

A idéia central do DSC 14 revela que a vacina contra a rubéola como a causadora de riscos para o feto: *Disse que não podia ter tomado, porque podia dar problema no nenê.*

Observa-se nesse discurso cujas idéias centrais correspondem a 20,9% (14) (tabela 08) do total de idéias referentes a informações recebidas pela mulher que os profissionais de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, não se encontravam preparados para o atendimento. Pode-se observar a falta de preparo técnico-científico quando dizem: *A mulher lá do postinho falou um monte de coisa, que não era pra ter tomado, que podia a criança nascer com algum problema... A doutora comentou assim... que podia ser uma gravidez assim... que podia dar algum problema na*

criança, e podia nascer com seqüelas da rubéola, com problemas... retardada, cega, surda...

Ao mesmo tempo em que desqualifica os objetivos da campanha de vacinação enquanto uma estratégia de prevenção de doenças, que também tem sua importância quando inserida no contexto da política de saúde: *Disse que não podia ficar fazendo essa campanhas com as mulheres, não!*

Observa-se, também, através da fala dos profissionais, a responsabilização da mulher pela gravidez, na medida em que não foi capaz de evitá-la: *A enfermeira falou: eu te avisei que não podia engravidar!* Essa relação se traduz pela falta de acolhimento e pela não responsabilização pela intervenção realizada (MERHY, 1994).

Como consequência, ver-se-á a mulher que já está fragilizada pela gravidez, desamparada sem o apoio dos profissionais de saúde, amedrontada pela situação em que se encontra e totalmente responsável pela gestão de sua saúde: *A minha médica fala que quando eu for assim, no Hospital Municipal, fazer uma consulta fora de ser o pré-natal, pra mim chegar pro médico e falar que eu sou sorologia positiva da rubéola pra ele ficar mais assim... atento...*

Idéia Central: as orientações recebidas pelas mulheres foram insuficientes e incompletas

DSC 15. Ah, não tive muita orientação, não... De princípio eu achei que estavam me enrolando. Em princípio eu falei, ah! essa mulherada tá me enrolando... eu acho... Elas falaram: não, não é assim, também, mas vamos colher um examezinho pra ver se tá tudo certo. Então eu falei, mas então é sério!

Falei pra médica que tinha tomado a vacina na campanha, mas ela não soube me falar nada... Perguntei: no caso se eu tiver... tem que tirar essa criança? Ela não soube responder. Daí com quatro meses, tinha que tomar aquela do umbigo... injeção (vacina contra o tétano). Eu não tomei... eu já estava quase com cinco, aí a mulher disse, deixa na consulta, dia 20, você toma... Acabei não tomando nada... fiquei com medo... larga mão de tomar.

Olha, ainda eu tenho dúvida, ainda fico preocupada... Olha, eu procurei informações até na internet... Também liguei pra aquele programa de televisão... o Note e Anote, e fiz perguntas pro Dr. José Bento. Não... não fiquei totalmente tranquila.

Também o que eu perguntei? A última vez que eu vim aqui preencher mesmo a entrevista, ela começava... Escuta, me responde isso: porque essa entrevista? Achei que só eu... mas tem mais alguém?... quem é? Mais assim, quem que é, quantas pessoas são... quero saber tudo que acontece. A gente fica preocupa, né. Só a hora que nascer, mesmo pra gente poder mesmo... Não chegou àquela tranquilização. Foi só no comecinho agora ela nem comenta mais... Ela só fala assim: Põe um sorriso no rosto, vamos ver, daqui uns dias você é mãe. Só isso que ela fala para mim.

Mesmo assim, que eu fiz tudo, ainda fico preocupada, enquanto eu não ganhar, não fizer tudo, eu vê que não tem nada, a gente fica preocupada. Como esse negócio, a audição, a visão, não dá pra ver como que tá, eu fico um pouco preocupada. Ainda não sei como está o nenê...

Observa-se nesse discurso (DSC 15) que a mulher não se sentiu orientada durante o seu acompanhamento pré-natal. Esse discurso mostra que os profissionais de saúde que a atenderam não estavam aptos a transmitir informações qualificadas: *Falei pra médica que tinha tomado a vacina na campanha, mas ela não soube me falar nada...* ou a mensagem transmitida deixou-as confusas quanto ao risco da vacina para a gravidez *De princípio eu achei que estavam me enrolando... Elas falaram: não, não é assim, também, mas vamos colher um examezinho pra ver se tá tudo certo. Então eu falei, mas então é sério!*

A mulher teve que buscar outras fontes de informação que não o serviço de saúde a fim de encontrarem respostas para o problema vivenciado: *Olha, eu procurei informações até na internet... Também liguei pra aquele programa de televisão... o Note e Anote, e fiz perguntas pro Dr. José Bento. Não... não fiquei totalmente tranqüila.*

Neste fragmento de discurso como no subtema divulgação da campanha de vacinação, observa-se que a mulher estabelece vínculo e relação de confiança com quem está longe, no caso, profissionais de saúde que aparecem em programas de televisão.

Um serviço de saúde que não é território de tecnologias leves, que não acolhe a mulher, não estabelece vínculos e não se responsabiliza por sua parte no cuidado; com profissionais de saúde malpreparados técnico-cientificamente, executando mecanicamente procedimentos de saúde, não podem proporcionar um atendimento integral. Isso faz com que a mulher desconfie das ações de saúde que lhe são oferecidas, que se constituem em uma fonte de dificuldades para elas: *Daí com quatro meses, tinha que tomar aquela do umbigo... (vacina contra o tétano). Eu não tomei... eu já estava quase com cinco, aí a mulher disse, deixa na consulta, dia 20, você toma... Acabei não tomando nada... fiquei com medo... larga mão de tomar.*

Para a mulher que está sob o impacto de uma situação conflitante, que se configura num período de crise, palavras de falso apoio: *Ela só fala assim: põe um sorriso no rosto, vamos ver, daqui uns dias você é mãe. Só isso que ela fala para mim,* impedem a criação de um espaço onde a mulher se sinta segura para desabafar, colocar suas

dúvidas e angústias, ser ouvida e entendida. Essas palavras funcionam para o profissional como uma arma de defesa a fim de protegê-lo de situações constrangedoras e desagradáveis (MALDONADO e CANELLA, 1981).

É necessário que o profissional de saúde procure enxergar a partir da perspectiva da mulher, auxilie-a a elaborar as suas dúvidas, sem minimizar o problema ou então fazer dramas e a ajude a concluir que a situação, por mais difícil que seja, tem uma saída (MALDONADO e CANELLA, 1981).

3.4 Orientação para o acompanhamento do recém-nascido

Compondo a temática orientação para o acompanhamento do recém-nascido, observa-se que 73,1% (19) das idéias centrais mostram que a mulher recebeu algum tipo de orientação e 36,8% (7) delas informam não terem recebido informação alguma (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição das IC de acordo com a presença de orientação para o acompanhamento do recém-nascido, DIR XX, 2001

Orientações	Nº	%
recebeu alguma orientação	19	73,1
não recebeu orientação	7	26,9
Total	26	100

Tabela 10 – Distribuição das IC de acordo com as orientações que a mulher recebeu do pessoal da saúde em relação ao acompanhamento do recém-nascido, DIR XX, 2001

Orientações	Nº	%
realização de sorologia para rubéola	13	68,4
acompanhamento pós-natal do recém-nascido	6	31,6
Total	19	100

O DSC 16 apresenta as orientações que a mulher recebeu quanto à realização da sorologia para a rubéola após o nascimento do recém-nascido, que corresponde a 68,4% (13) das idéias centrais em relação à ocorrência de alguma orientação para a mulher. O DSC 17, 31,6% (6) referem-se ao acompanhamento pós-natal do recém-nascido (Tabela 10).

Idéia Central: realização de sorologia para a rubéola no recém-nascido

DSC 16. Orientaram que assim que o nenê nascer que é pra mim colher a amostra de sangue dele, pra ver se tem alguma coisa, né. A gente fica meio assim... na dúvida, né.

Então, quando eu tiver o nenê vou ter que fazer o exame de sangue. A moça disse que pode ser no hospital, na maternidade ou na vigilância mesmo. A hora que for ganhar já vai ser colhido do cordão umbilical ela falou, mas, parece que pode até tirar do pezinho ou através do sangue mesmo do nenê. Eles falaram que vai pra Campinas fazer o exame. Por este exame dá para saber o que a criança tem.

Pode ser que a hora que você for ganhar eles já dão um vidrinho, você já manda colher o sangue do nenê já e envia pra ela (vigilância). Eu também não sei o que é que vem neste kit... Aí, depois, a moça do posto passou aqui para me deixar o kit, os tubinhos pra colher o sangue do nenê. Ela só chegou, colocou o papel no meu cartãozinho, e falou que quando eu for no hospital, eu entrego lá... eles já lê... e já sabe o que é pra fazer, só isso. A médica pediu pra deixar na minha mala, junto comigo, pra hora que eu for pro hospital, ela falou pra eu levar pra ela que eles já fazem o exame. E se eu tiver em outra cidade, o mais importante é eu trazer o nenê pra colher o sangue.

Idéia Central: acompanhamento pós-natal do recém-nascido

DSC 17. Se der positivo ou negativo, ele tem que ser acompanhado. Daí vai ter o acompanhamento do nenê, acho que durante um ano? Vai acompanhar pra ver se caminha tudo bem. Caso o exame de sangue der alguma coisa, tem que ver tudo isso, a visão, audição, coração, né, tem que ver tudo essas coisas... tomara que não dê nada né, porque ela falou que tem que fazer. Não sei exatamente o que vai entrar no bebê, não sei exatamente qual doença vai pegar e se der alguma coisa vai continuar a ser acompanhado. É capaz de dar alguma coisa, né? Porque não vai pra criança a vacina que a gente toma? Ainda não sei muito sobre isso, não...

Ela disse: quando chegar mais perto eu te oriento tudo direitinho... Aí eles vão... me informando né. Porque do jeito que eu estava também, não sei se ia adiantar muito, né?

Idéia Central: a mulher não recebeu orientação

DSC 18. Até hoje... ninguém aqui falou. Ninguém me orientou nada, não... Uma moça veio me trazer uns vidrinhos, mas não falou nada não. Ah, eu não entendi muito bem, não.

Embora a realização da sorologia seja fundamental para o acompanhamento pós-natal do recém-nascido (SÃO PAULO, 2001a), observa-se a supervalorização do

procedimento em detrimento dos outros aspectos relevantes do acompanhamento. Apesar da importância do exame, pode-se verificar a incorreção e fragmentação da informação: *A hora que for ganhar já vai ser colhido... parece que pode até tirar do pezinho... Ela só chegou, colocou o papel no meu cartãozinho, e falou que quando eu for no hospital, eu entrego lá... eles já lê... e já sabe o que é pra fazer.* A mulher, então, não recebe uma visão geral do acompanhamento da criança, que deveria estar sendo fundamentado através de informações qualificadas: *Se der positivo ou negativo, ele tem que ser acompanhado. Daí vai ter o acompanhamento do nenê, acho que durante um ano? Não sei exatamente o que vai entrar no bebê, não sei exatamente qual doença vai pegar e se der alguma coisa vai continuar a ser acompanhado.*

A mulher permanece com dúvidas, demonstrando através do questionamento que ela necessitava receber mais informação sobre o processo de vacinação pelo qual passou: *É capaz de dar alguma coisa, né? Porque não vai pra criança a vacina que a gente toma? Ainda não sei muito sobre isso, não...*

A educação em saúde começou a ser realizada a partir do início século passado como forma das elites dominantes, através de um movimento orientado de cima para baixo, passarem as informações que transformassem os hábitos individuais e coletivos, de acordo com a crença dessas elites do que seria mais adequado para as populações, numa franca atitude de imposição de normas e regulamentação de condutas (BONET, 2004).

LEFÈVRE E LEFÈVRE (2004b), fazendo uma discussão entre os termos educação para a saúde e informação para a saúde, dizem que educação é uma palavra de origem grega que significa conduzir. Dizem que não cabe aos profissionais de saúde guiar as pessoas, mesmo porque elas não querem ser conduzidas, sobretudo quando se lida com pessoas adultas. O desejável é que os profissionais transmitam a informação técnica devidamente decodificada, numa relação comunicativa do tipo dialogal, para que o indivíduo utilizando-se dela possa conduzir sua vida. O termo empregado pelos autores é “processamento não normatizador de informação” e aqui utilizado como informação qualificada.

Na perspectiva da promoção da saúde, enquanto difusora de informação, essa deve estar incorporada aos serviços de saúde, tanto no atendimento individual do cliente, quanto nos espaços de circulação, recepção e espera como, também, em todas

as atividades desenvolvidas pelo serviço que abranja a coletividade como um todo, ou grupos dessa comunidade, propiciando a disseminação das informações que são de interesse da coletividade (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004b).

Para que a informação seja efetiva, é necessário que seja transmitida na quantidade necessária para que o usuário possa absorver naquele momento, com qualidade, não normatizada, de forma que fique claro daquilo que se trata a intervenção proposta, quais são seus benefícios e também os seus riscos, com a observação do impacto produzido em cada usuário e que possibilite a tomada de decisão de forma consciente e esclarecida (BAZIN, 2001; SARMENTO e SETÚBAL, 2003; LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004b; OZAKI et al., 2004b).

Ao informar, pensar que o interlocutor não é um especialista no assunto, mas um ser que vive o seu cotidiano de trabalho, cuidando dos filhos, do lar, e suas preocupações do dia-a-dia, de modo que a informação lhe seja acessível. Por outro lado, não se pode pensar que o nosso interlocutor seja desprovido de conhecimentos e que não precisa ser informado por se considerar que as informações são suficientemente técnicas e que não terá condições de entender e se opte, então, pela não informação, ou, ainda, se justifique a não informação pela demanda excessiva de serviço, de forma que a invibilize (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004b).

Muitas vezes a informação é passada na forma imperativa: *Você não pode engravidar por um mês... três meses depois da vacinação... Se doer... faz uma compressa quente*. Os profissionais prescrevem condutas porque se acham especialistas no assunto, porque prescrever faz parte de sua prática ou, então, como autoridades sanitárias acreditam que detenham o poder para impor aos sujeitos o comportamento que desejam ver adotado. Os profissionais convictos de saberem mais sobre o que é melhor e mais adequado para o usuário e a comunidade esperam que o usuário caminhe através de sua ótica (BONET, 2004; LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004b).

E as pessoas cumprem a prescrição por vários motivos: “[...] porque não querem ser penalizados pelo não cumprimento, ou porque consideram justas, ou porque acreditam que devem respeito às autoridades, ou porque se sentem ameaçados na sua saúde se não as cumprirem”. Mas podem também não cumprir a prescrição por considerá-la uma intromissão do profissional de saúde no seu modo de conduzir a sua vida, na sua subjetividade e no seu espaço natural (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004b, p.61).

Assim, informação desprovida de qualificação não terá como impactar a promoção da saúde nem afetar as representações sociais das pessoas enquanto conhecimento de senso comum, em relação à saúde e à doença.

Torna-se necessário conhecer o significado para o sujeito daquilo que se está querendo informar, que possam expressar seus sentimentos, levando em conta o que pensam, as necessidades sentidas e os conhecimentos que possuem (GONÇALVES e LUIS, 1999; MELO e LIMA, 2000). Deve-se perceber que “estamos lidando com os corpos e as emoções das pessoas que podem ter uma concepção diferente da nossa, que podem ter uma relação diferente com suas emoções e com seu corpo” (BONET, 2004, p.289).

Outro fator importante a ser levado em conta é o da avaliação das práticas educativas/informação qualificada em saúde. Essa avaliação deve ser realizada pela equipe responsável pelo cuidado (individual ou coletivo), a fim de se conhecer os resultados ou os efeitos da intervenção realizada (PEDROSA, 2001).

O objetivo maior da informação, disponibilizada através do diálogo num ambiente de acolhimento, co-responsabilidade e respeito, é levar ao “empowerment” das mulheres para que elas, apropriando-se do conhecimento, possam enfrentar a situação vivida em um nível mais favorável e fazer as suas opções de forma consciente, numa visão maior de promoção da saúde.

4. Rede de apoio profissional e social

4.1 Rede de apoio profissional

Tabela 11 – Distribuição das IC de acordo com a existência de apoio dos profissionais de saúde, DIR XX, 2001

Apoio profissional	Nº	%
recebeu apoio	21	70
não recebeu	9	30
Total	30	100

Tabela 12 – Distribuição dos profissionais e/ou equipes de saúde que ajudam a mulher vacinada contra a rubéola na gravidez a enfrentar a situação, DIR XX, 2001

Profissionais/Equipes	Nº	%
Vigilância Epidemiológica	13	44,8
Médico	7	24,1
Enfermagem	6	20,7
Ultra-sonografista	3	10,3
Total	29	100

Idéia Central: a equipe de saúde ajuda a mulher a enfrentar a situação vivenciada pela administração da vacina contra rubéola na gravidez

DSC 19. Nossa! Olha! Eu, graças a Deus como disse pra você, desde o primeiro momento que eu procurei... que eu fui no Posto, falei com a atendente, ela me passou para a enfermeira, a enfermeira me passou para a enfermeira chefe, ela me encaminhou pra vigilância. Todos eles foram super-atenciosos. Conversaram bastante comigo, me deram atenção, me deu informação, me explicou, me orientou.

O tempo todo eles tentaram me acalmar, falaram que eu tinha que pensar no bebê e que ia dar tudo certo. Que tinha que ver sim, mas que não era um bicho de sete cabeças, não. Foram supertranquilos para falar. Foram bastante atenciosos. A doutora sempre pergunta pra mim: já passou por lá (pré-natal), como que foi? Se eu passo aqui (vigilância epidemiológica) ela quer saber se eu vim aqui pra mim contar o que ela falou, para ela, também, ter um acompanhamento lá. O médico do ultra-som conversou comigo, falou que tava formando normal, tudo normal. Conversou mais comigo, me aliviou. Outra enfermeirinha disse que teve uma sobrinha que tomou e não teve problema nenhum, ela falou. Sempre ela conversa comigo. Eles me deixaram mais calma. Eu fui bem orientada.

Idéia Central: a equipe de saúde não ajuda a mulher a enfrentar a situação vivenciada pela administração da vacina contra rubéola na gravidez

DSC 20. Eu achei que eles punham muito medo em mim, né, das coisas que eles falaram, porque, um falava que não tinha problema. Quem me deixou mais preocupada foi o doutor, porque quando eu perguntava pra ele, ele falava: risco tem um pouco, ele nunca falava que não... ele me deixava sempre preocupada, me deixou muito nervosa com as coisas que falou. A entrevista (a pesquisa da Secretaria da Saúde) que deu pra ficar um pouquinho aliviada, na cabeça... mas... ainda não foi assim aquela coisa, sabe... Foi uma vez comentado... foi no PPA (Posto de Pronto Atendimento) mesmo... seria um pré-natal mais assim, atencioso do médico, mas eu não vi atenciosidade do médico, nada disso... Sabe que o médico nem comenta mais sobre isso... foi só naquele momento mesmo, que a gente... que eu conversei... foi só naquele momento, depois não foi falado mais sobre

isso... Algumas funcionárias são meio desligadas... sabe, dá um tipo de distância. Elas não fazem vários tipos de pergunta dentro do caso... pra gente responder, pra elas saber dar uma orientação pra cada coisa, porque cada caso é um caso, né... muitas delas orientam tudo igual, entendeu... a mesma coisa que fala pra uma, fala pra outra, entendeu?

As orientações que elas me deram me deixaram muito preocupada, sem saber o que fazer e não me explicou muito a respeito desta situação, não...

Nesses discursos (DSC 19 e 20) foi enfocada a rede de apoio constituída pelos profissionais de saúde. Das idéias centrais destes discursos 70% (21) delas revelam que as mulheres receberam ajuda da equipe de saúde para enfrentar a situação pela administração da vacina contra a rubéola na gravidez e 30% (9) das idéias revelam que essa ajuda não foi prestada (Tabela 11).

No DCS 20 verifica-se que as mulheres denunciam a forma de atuar dos profissionais de saúde quando dizem: *Elas não fazem vários tipos de pergunta dentro do caso... pra gente responder, pra elas saber dar uma orientação pra cada coisa, porque cada caso é um caso, né... muitas delas orientam tudo igual, entendeu... a mesma coisa que fala pra uma, fala pra outra... Essa atenção padronizada, não pode prover um cuidado que reconhece a singularidade e as necessidades de cada pessoa.*

O DSC 19 mostra que as manifestações de ajuda são percebidas pela mulher quando os profissionais de saúde utilizam o arsenal das tecnologias leves: *Todos eles foram super-atenciosos. Conversaram bastante comigo, me deram atenção, me deu informação, me explicou, me orientou*, enquanto a não-ajuda é percebida como a não utilização dessas tecnologias: *Eu achei que eles punham muito medo em mim... Sabe que o médico nem comenta mais sobre isso... Algumas funcionárias são meio desligadas... sabe, dá um tipo de distância.*

A gravidez representa uma situação de transição existencial, configurando-se num período de maior vulnerabilidade para a mulher que pode ser exacerbada por uma situação que gera sofrimento. O papel dos profissionais de saúde é auxiliar a mulher, passando pela transição, a alcançar maior nível de maturidade e integração pessoal (MALDONADO e CANELLA, 1981).

Muitas vezes uma intervenção que tem por objetivo melhorar as condições de saúde, acabam por se tornar fonte de dificuldades e sofrimento, pois o sofrimento, além da dimensão física, pode destruir os sonhos, as expectativas e os projetos já elaborados. Cabe então aos profissionais de saúde, dentro de uma perspectiva multidisciplinar, cuidar

da mulher que sofre, para isso é necessário desenvolver atitudes de escuta, acolhimento, vinculação e co-responsabilização, a fim de identificarem o temor, validar seus relatos, ajudando-as a re-elaborar e a re-significar essa experiência e, a partir disso, construir novas perspectivas de enfrentamento (LACERDA e VALLA, 2004).

Observa-se também o papel desempenhado pelas equipes de vigilância epidemiológica (44,8%) ajudando a mulher a enfrentar a situação vivenciada pela vacinação contra a rubéola. Profissionais bem preparados, com conhecimentos técnico-científicos atualizados, fazendo uso das tecnologias leves, têm maior chance de levar à mulher mensagens positivas e propiciarem um cuidado integral à saúde (Tabela 12).

4.2 Rede de apoio social

Nesse subtema emergiram dois discursos, onde são enfocadas as redes de apoio social. Das idéias centrais desses discursos 91,2% (31) revelam que a mulher recebeu apoio social para enfrentar a situação vivenciada pela administração da vacina contra a rubéola na gravidez e 8,8% (03) não receberam esse apoio (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição das IC de acordo com a existência de apoio social, DIR XX, 2001

Apoio social	Nº	%
recebeu apoio	31	91,2
não recebeu	3	8,8
Total	34	100

Idéia Central: rede de apoio social

DSC 21. Sabe, é a minha família: meu pai, minha mãe, e o meu marido Quando eu chego, a primeira pessoa a perguntar é ele, como é que foi. E a família dele. Meu marido achava que não tinha problema, também. Ele falava: você não confia em Deus? Nós dois conversava, né... Ele fala que ninguém estava esperando isso, ninguém teve culpa, que ele tem fé que não vai acontecer nada. Ele tenta me tranquilizar, me acalmar, fala que não vai acontecer nada com o nenê. Sempre fala, mas sempre fala assim pra não ficar colocando as coisas na cabeça...

Minha mãe e eu somos muito ligadas. Ela está me ajudando muito. Fala que tem que entregar na mão Deus... Ela está me acompanhando desde o dia que eu tomei a vacina... A minha sogra, também. Estão sempre conversando comigo, me tranquilizando, né... Elas falam, não precisa não, ficar preocupada, quando você já vê, tá mais aliviada.

A minha cunhada, qualquer coisinha, eu corro perguntar pra ela, ela foi enfermeira da maternidade, então, ela sabe algumas coisinha e passa pra mim. E as minhas irmãs que já teve filho. Acho que todo mundo, né...

As minhas colegas onde eu trabalho, principalmente as que já têm filhos... me dão a maior força.

Às vezes eu converso com o pessoal. Falei com as pessoas que tomou vacina. Tinha uma vizinha aqui perto de mim, até ela mudou, ela falava, não, não fica preocupada não, com o negócio da vacina, não tem nada a ver. Não, não tem nada não, não fica preocupada, não.

Minha terapeuta, tadinha, a psicóloga ela foi muito... abençoada. Porque às vezes ela ri de mim, então, ela faz umas piadinhas, ela fala assim: vamos andar pra frente, sabe? Ela me ajuda muito... muito mesmo, nossa!...

E é Deus que me dá forças para suportar os problemas. Ele tá me dando a maior força mesmo, se não, estaria lá em baixo. Nem estava aceitando a gravidez, mas Ele... Tô fazendo esse acompanhamento porque a gente tem que colaborar, né? Um dia até posso dar um testemunho disso, se não eu não faria não... porque Deus está em primeiro lugar. Os irmãos da igreja oram por mim e o pastor também... ele veio até conversar comigo, pede para os irmãos orar por mim... Pensar bastante positivo, né, entregando bastante... então... é o que tá acontecendo agora.

Idéia Central: ninguém tem ajudado a mulher a enfrentar a situação

DSC 22. Não, com ninguém. Não conversei com ninguém. Ninguém.

A rede de apoio social é constituída pelos familiares: Sabe, é a minha família: meu pai, minha mãe, e o meu marido. Minha mãe... está me acompanhando desde o dia que eu tomei a vacina... A minha sogra, também. Estão sempre conversando comigo, me tranquilizando, né... quando você já vê, tá mais aliviada. Pelos colegas de trabalho: As minhas colegas onde eu trabalho, principalmente as que já têm filhos... me dão a maior força. Pelos vizinhos: Tinha uma vizinha aqui perto de mim... ela falava, não, não fica preocupada não, com o negócio da vacina, não tem nada a ver. Pela terapeuta representando uma alternativa ao procedimento biomédico: Minha terapeuta... a psicóloga ela foi muito... abençoada. Porque às vezes ela ri de mim, então, ela faz umas piadinhas, ela fala assim: vamos andar pra frente, sabe? Ela me ajuda muito... muito mesmo, nossa!...; e pela religião: E é Deus que me dá forças para suportar os problemas... Os irmãos da igreja oram por mim e o pastor também... ele veio até conversar comigo, pede para os irmãos orar por mim...

De acordo com VALLA, GUIMARÃES e LACERDA (2004, p.104)

O apoio social pode ser entendido como os diversos recursos emocionais, materiais e de informação que os sujeitos recebem por meio de relações sociais sistemáticas, incluindo desde os relacionamentos mais íntimos com amigos e familiares próximos até relacionamentos de maior densidade como os grupos e as redes sociais.

O apoio social é uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde fruto das relações solidárias entre sujeitos, que é benéfico para todas as pessoas, independente de sua classe social, mas que para as pessoas mais carentes e com mais dificuldades de acesso à diversidade das práticas terapêuticas, o apoio social se constitui numa importante dimensão da integralidade no cuidado e na promoção da saúde (VALLA, GUIMARÃES e LACERDA, 2004).

O apoio social, constituído através das relações solidárias entre os sujeitos, permite o enfrentamento das situações adversas e estressantes da vida, fazendo com que tenham um maior controle sobre elas, propiciando maior saúde física e mental. O apoio social é um processo ativo no qual todos os atores envolvidos têm um papel, e os efeitos positivos revertem não somente para quem recebe o apoio, mas também para quem o oferece (VALLA, 1999; LACERDA e VALLA, 2003).

Relações e vínculos sociais precários podem se constituir em fatores de risco à saúde. Desta forma, o apoio social desempenha importante papel na manutenção da saúde, na prevenção contra doenças e como facilitador da convalescença, por reforçar o sistema imunitário, favorecer atitudes de monitoramento da saúde, diminuir a suscetibilidade às doenças devido à rede que se forma por ocasião de acontecimentos difíceis, produzindo uma sensação de controle sobre a própria vida, satisfação e confiança pessoal (ANDRADE e VAITSMAN, 2002).

Deus é também, fonte de apoio neste momento da vida das gestantes. *Ele dá forças para suportar os problemas.* É importante nesse momento que se sustente a fé para que as defesas psíquicas construídas não sejam destruídas (DUAILIBI, et al., 2003).

II. O significado da vacina para a mulher grávida

Nessa subtemática, emergiram sete idéias centrais.

Tabela 14 – Distribuição das IC sobre o significado da vacina contra a rubéola para a mulher grávida. DIR XX, 2001

Significado da vacina	Nº	%
como preocupação pela confirmação da gravidez	5	8,2
como medo e desespero pela possibilidade de gerar uma criança malformada	27	44,3
como causa do desejo do aborto	2	3,3
causadora de malformações na criança	14	23,0
como causadora do aborto	4	6,6
como motivadora da busca de informação	4	6,6
como dificuldade para o relacionamento com o companheiro	5	8,2
Total	61	100

Idéia Central: a vacina como preocupação para a confirmação da gravidez

DSC 23. Minha menstruação atrasou, achei que tava grávida Falei: Epa? O que será que aconteceu? Então esperei pra vir não veio... comentei com as colegas e elas falaram: espera uns 15 dias, talvez a regra atrase e daqui 15 dias vem. Aí esperei, aí vi que não vinha. E dessa vez eu ficava com aquela coisa assim que... Aí meu Deus, acho que não vai vir, acho que não vai vir, acho que não vai vir, aí por fim conversei.... vou fazer o exame pelo menos eu fico mais tranqüila... Comprei o teste na farmácia e fiz... não me recordo o nome, mas eu fiz. Aí como deu... é assim, nunca, nunca falhou... eu falei... não tem margem de erro, mesmo... Depois fui fazer outro teste. Fiz o teste particular mesmo, tirei sangue no mesmo dia, porque o posto não faz com menos de 15 dias de atraso. A moça lá do laboratório falou que esse exame de sangue dava, mesmo com um dia de atraso, então eu peguei e fiz. Fiz também outro pelo posto de saúde.

Esse discurso ressalta a preocupação da mulher em confirmar o diagnóstico da gravidez pelo fato de ter tomado a vacina contra a rubéola. Observa-se que a dúvida de estar ou não grávida persiste mesmo após a realização do exame para diagnosticar a gravidez, uma das manifestações mais comuns da ambivalência (MALDONADO, 1984; CURY, 1997a; CORDEIRO E SABATINO, 1997). Esses sentimentos, que são observados em uma gravidez considerada normal, assumem maiores proporções, como nessa

gravidez que é vivenciada por essas mulheres. A mulher realiza vários exames para confirmá-la e em vários serviços: *Comprei o teste na farmácia e fiz... Depois fui fazer outro teste... particular mesmo... Fiz também outro pelo posto de saúde.*

Idéia Central: a vacina produzindo medo e desespero pela possibilidade de gerar uma criança malformada

DSC 24. Mas quando fiquei sabendo que estava mesmo grávida, fiquei muito preocupada... eu fiquei assustada, por causa da vacina... porque eu sabia que não podia tomar a vacina, só não sabia que tava grávida. Estava desesperada, aí já fiz o pré-natal, os exames do pré-natal porque já tinha certeza. Quase morri. Cheguei aqui, mais chorava do que falava com a doutora... eu tinha muito medo... Depois que falei com eles, eu sei que eu fui embora até perdida... até o rumo... Sentia medo, sabe... uma coisa estranha, assim medo de... de ser uma coisa mais séria, né? Medo ... até hoje eu tenho esse medo... não sei porque. Eu fiquei até em estado de depressão, com isso, nervosa... não conseguia nem dormir. Fiquei me sentindo mal um par de tempo... inconformada. Falei, pronto! Agora se for mesmo, quero ver como que vai ser! Mas até o exame ficar pronto... eu nem dormia... eu estava preocupada. Se acontece alguma coisa, eu não conseguia encontrar estrutura em mim... prá enfrentar tudo isso. Mas também, eu tinha esperança que eu tinha tomado (a vacina), e não ia dar nada... Aí eu falei nossa... porque a gente sempre tem um porquê, alguma dúvida, mas aí depois, eu já fui me acalmando mais, já fui analisando que não é bem assim as coisas. Mas também, e aí? como faz? Eu já tava grávida não ia fazer um aborto, de jeito nenhum... Eu só vou ficar tranqüila quando o nenem nascer...

Embora a gravidez seja um período de euforia e prazer, pois representa para a mulher a concretização do seu papel biológico, tanto pela perpetuação da espécie como também pela afirmação da sua feminilidade e elevação de sua auto-estima, corresponde a um período crítico vital, que propicia o enfraquecimento dos mecanismos adaptativos do ego exigindo a utilização de novos recursos para busca de soluções que levem a resolução da crise, que poderá permitir a expansão da personalidade, com maiores níveis de amadurecimento e integração emocional (MALDONADO, 1984; RIECHELMANN, 1997; CURY, 1997a; SARMENTO, 1999).

Assim de acordo com CURY (1997b, p. 81)

A gravidez é um período de normalidade psíquica de caráter adaptativo. A gestação é também momento crítico vital de caráter regressivo, com presença de angústia, com conflitos ligados a sexualidade e identidade sexual, narcisismo representado pelo marcado investimento libidinal no próprio ego e utilização intensificada de recursos do pensamento, imaginação e fantasia.

Dessa forma, após o diagnóstico da gravidez ser estabelecido, a mulher experimenta sentimentos exacerbados de preocupação, medo, desespero ante a possibilidade de ter uma criança malformada, um dos temores universais da gravidez, pelo fato de ter recebido a vacina contra a rubéola (MALDONADO, 1984; ÁVILA, 1998). A gravidez nessas condições pressupõe situação de risco, se não pelas condições médicas, mas por condições psicossociais, representando maior problema emocional e social, aumentando o nível de ansiedade e ambivalência da mulher e propiciando situações de conflito à medida que verbaliza (RIECHELMANN, 1997; TEDESCO, 1997a; ÁVILA, 1998): *...eu não conseguia encontrar estrutura em mim... pra enfrentar tudo isso.*

Mas durante a vivência desse processo e, portanto, antes de sua resolução, a mulher pode apresentar sintomas físicos, psíquicos e emocionais, tais como insônia, inapetência, perda de peso, choro, agitação, angústia, depressão, taquicardia, apatia, cefaléia que podem ser causa de grande sofrimento (MALDONADO, 1984).

Dessa forma, a mulher se expressa: *...fiquei muito preocupada... eu fiquei assustada... estava desesperada... quase morri... mais chorava do que falava... sentia medo... eu fiquei até em estado de depressão, com isso, nervosa... não conseguia nem dormir... fiquei me sentindo mal...*

Idéia Central: a vacina como causa do desejo do aborto

DSC 25. Aí ainda pedi pro doutor se não pode tomar uma... não pode fazer um aborto? O que eu perguntava pro médico era o seguinte: se ele achava que o nenem ia nascer com problema que ia constatar naquele ultra-som ou não. Eu queria saber antes do feto ficar grandão, se tivesse que abortar, não ia abortar com ele grande, entendeu? Pequeninho eu até deixava, se garantisse pra mim que ia sair, porque já é difícil criar uma criança normal...

As mulheres ao se depararem com o diagnóstico de gravidez podem passar por desorganização emocional temporária (ÁVILA, 1998), fazendo parte desse processo a ambivalência afetiva, a “balança do querer e do não querer” (SAVASTANO e NOVO, 1981; MALDONADO 1984; SARMENTO e SETÚBAL, 2003), sentimentos contraditórios e concomitantes em relação ao desejo da manutenção da gravidez ante a possibilidade da criança *...nascer com problema*. Esses sentimentos antagônicos, agindo ao mesmo tempo, levam a mulher ao conflito gerando sofrimento e que ameaçam a integridade do ego (RIECHELMANN, 1997). A justificativa apresentada para o aborto está ancorada

através da expressão *...porque já é difícil criar uma criança normal...* A mulher vislumbra dificuldades extras em função das possíveis anomalias que supõe que a criança poderá apresentar e ela não se sente capaz de responder positivamente a todas as demandas exigidas na criação de uma criança com necessidades especiais.

Idéia Central: a vacina como causadora de malformações na criança

DSC 26. Mas, então, quando descobri que tava grávida fiquei desesperada... As pessoas falavam que isso era muito perigoso. Pus na cabeça, como será que pode nascer? Achei que nasceria uma criança com problemas... Fiquei com medo no início, com medo da criança nascer deficiente, com algum problema, né? E também, minha família é pobre... não tem recurso pro tratamento. Fiquei muito preocupada, só pensando no que aconteceria com a criança. Eu já achava que a criança ia nascer toda defeituosa, não sei... não conseguia imaginar algo definido. Às vezes eu achava que o nenê ia nascer com malformação, às vezes eu achava que ia nascer com algum problema neurológico. Não sei exatamente, só que passou um monte de coisa na cabeça... Nossa! da criança nascer parálitica... da criança nascer com problema. Ah! Eu... fiquei nervosa, porque, falei: nossa! se pelo que eu sei da rubéola, é uma coisa que dá malformação... Eles falam que quando a mulher tá grávida, que ela tem a rubéola, é perigoso da criança nascer com problema, nascer cega, nascer com problema no cérebro, várias dificuldades... muito, muito problema. Eu pensei comigo assim, nossa... e agora... porque uns falam assim... que não tem perigo... outros que tem assim um pouco de risco, se meu filho nascer deficiente, se meu filho nascer... falta um braço, sem uma perna, passou um monte de coisa na minha cabeça. Fiquei nervosa, preocupada porque podia dar algum problema. Comecei a passar mal... da criança nascer com algum defeito... meu medo era esse. Parecia um bicho de sete cabeças. Eu... tanto que eu queria nenê... o meu problema era vir já com problema no nenê. A hora que eu consigo ficar grávida tudo, acabe eu tendo esse problema. O meu erro foi ter tomado a vacina.

Nesse discurso a mulher explicita sua preocupação em relação às conseqüências da vacina para a criança, tomando por base a doença *...nossa! se pelo que eu sei da rubéola, é uma coisa que dá malformação...* A rubéola pode acarretar abortos fetais, natimortos, partos prematuros, baixo peso ao nascer e anomalias fetais pela elevada toxicidade do vírus para os tecidos embrionários (DUARTE e PATTA, 1998; BRASIL, 2000; SÃO PAULO, 2002a; CDC, 2003a).

Em relação à vacina contra a rubéola o risco fetal teórico é baixo. Embora não haja evidência de ocorrência da SRC pós-vacina, o vírus vacinal pode atravessar a barreira placentária e infectar o feto. A possibilidade da vacina contra a rubéola provocar viremia faz com que a mesma seja contra-indicada durante a gestação e com orientação para se evitar a gravidez por um mês após a aplicação da mesma. Infecções fetais subclínicas foram detectadas sorologicamente em 2% dos recém-nascidos de mães

vacinadas e o vírus da rubéola foi isolado em 3% de fetos de mulheres que sofreram aborto e receberam a vacina RA 27/3, durante a gravidez. Investigações científicas verificaram risco fetal teórico, após vacinação variando de zero a 1,3% (DUARTE e PATTA, 1998; SÃO PAULO, 2001b; CDC, 1989, 1998, 2001b, 2003a).

A preocupação da mulher em relação à vacina se expressa em função do seu conhecimento pelos prejuízos provocados pela doença, *nascer com problema no cérebro, várias dificuldades... muito, muito problema*. Esses conhecimentos são, da mesma forma, aplicados à vacina e no decorrer da gravidez serão também impressos pelas pessoas com as quais a mulher convive e pelos próprios profissionais da equipe de saúde. A mulher se expressa de forma contraditória em face das informações que lhe são transmitidas: *...porque uns falam assim... que não tem perigo... outros que tem assim um pouco de risco...*, reforçando os sentimentos de ambivalência da mulher grávida.

Sobrevém o temor pelo fato da mulher e sua família não terem como arcar com o custo do tratamento da criança: *...a minha família é pobre... não tem recurso pro tratamento*.

A adaptação emocional da mulher submetida a esse processo tem suas dificuldades amplificadas, agregando-se a ele novas emoções. Surge um medo real, o temor de a criança nascer com anormalidade (TEDESCO, 1997a).

A mulher sente-se responsável pela situação de risco imposta ao feto: *O meu erro foi ter tomado a vacina* e pelas conseqüências para a saúde da criança, pelo fato de ter contribuído para a 'transmissão' da doença. Sentimentos de culpa e falha podem fazer com que a mulher se sinta diferente das outras mulheres grávidas, passando a fazer, dela própria, uma imagem de mãe má, o que traz prejuízos à sua auto-estima e à sua ligação afetiva com o feto, comprometendo o desenvolvimento emocional da mulher durante o seu processo de gestação (PENTICUFF, 1982; TEDESCO, 1997a; ÁVILA, 1998; SARMENTO e SETÚBAL, 2003).

Idéia Central: a vacina como causadora do aborto

DSC 27. Às vezes, eu achava que eu não ia levar a gravidez até o final... às vezes até não ia até o final, seria 50% de sim e não, 50% pra cada um. Não sabia se eu ia perder a criança. Tive sangramento duas vezes, precisei ficar de repouso... e ninguém me tira da cabeça que foi por causa da vacina. Justo agora que eu resolvi engravidar... aconteceu isso...

No mesmo sentido do discurso anterior, a mulher aborda o temor, agora em relação a si própria: *Tive sangramento duas vezes, precisei ficar de repouso..., e em relação ao desfecho da gravidez, a impossibilidade da mesma chegar a termo, à perda do feto: ...eu achava que eu não ia levar a gravidez até o final...*

Coloca agora sob a responsabilidade da vacina a situação de risco que está vivenciando, como forma de atenuar o seu sentimento de culpa: *...e ninguém me tira da cabeça que foi por causa da vacina.*

Quando verbaliza *justo agora que eu resolvi engravidar... aconteceu isso...*, observa-se quebra violenta da expectativa da mulher em relação à gravidez, e o processo que transcorria dentro da normalidade adaptativa sofre ruptura com sensação de perda do controle do que está acontecendo com o seu corpo e com a gravidez o que pode intensificar a crise (MALDONADO, 1984; TEDESCO, 1997a; DUAİLÍBI et al., 2003).

Idéia Central: a vacina como motivadora da busca de informação

DSC 28. Quando a gente passa por isso, a gente percebe que... como a gente não tem conhecimento das coisas, como a gente oculta muita coisa que é passada. Quantas palestras eu já ouvi, nossa, quantas reuniões, quanta, né? Quando você estuda... você nunca dá atenção. De repente você precisa, você começa a analisar o quanto aquilo é importante e você não valorizou. Porque você não tem informação nenhuma.

Eu perguntava... ficava perguntando pras pessoas que tinham tomado, o que o médico tinha falado... se as pessoas estão grávidas, também, a primeira coisa que eu pergunto se tomou a virose (vacina contra rubéola), se tão tendo acompanhamento, este acompanhamento da vigilância.

Eu também ia na biblioteca, o que eu li! O que você imaginar. Aí alguém falava que tinha uma criança doente, assim... que tinha síndrome de Down, alguma coisa assim... eu ficava assim prestando atenção, mas não para saber da vida da pessoa... mas, para conhecer... pra ver se... deficiente visual... auditivo... Eu queria ver como que se aprendia, olha meu Deus... para eu estar preparada, sabe. Nossa... medo de não ter o conhecimento!

Nesse discurso, torna-se evidente a necessidade do conhecimento para viver o processo, pois a mulher percebe que no momento de que mais necessita, esse não está disponível: *Quando a gente passa por isso, a gente percebe que... como a gente não tem conhecimento das coisas...* Também se sente culpada por não dispor do conhecimento

com o qual um dia já teve contato e que não valorizou: *Quando você estuda... você nunca dá atenção. De repente, você precisa, você começa a analisar o quanto aquilo é importante e você não valorizou.* Essa colocação da mulher remete à idéia de que uma informação só poderá cumprir o seu papel quando, verdadeiramente, fizer sentido para a pessoa.

Como forma de apreender esse conhecimento, a mulher se volta para outras mulheres grávidas que haviam tomado a vacina: *Eu perguntava... ficava perguntando pras pessoas que tinham tomado, o que o médico tinha falado..., e também a busca de informação sobre o tema através de outras fontes: Eu também ia na biblioteca, o que eu li! e pela observação de crianças apresentando alguma forma de deficiência... eu ficava assim prestando atenção, mas não para saber da vida da pessoa... mas, para conhecer... pra ver se... deficiente visual... auditivo..., como forma de adquirir o conhecimento que a ajudasse a entender o que se passava com ela, com a criança que esperava, e que depois teria por responsabilidade criar e educar.*

A malformação torna-se uma ameaça para a mulher na medida em que se sente incapaz de criar bem aquele filho “...cuja consequência seria uma criatura pérfida e malvada, dessas que são o ‘pesadelo materno’” (SOIFER, 1980, p.30), ou, de acordo com ÁVILA (1998, p.47), “temem não dar conta de educar um filho, que poderia, diante da sociedade, tornar-se um ‘monstro’”.

O fato de a mulher ter tomado uma vacina que, teoricamente, tem um risco para o feto faz com que tema ser castigada tendo um filho não saudável (ÁVILA, 1998).

De acordo com autores como DELLA NINA (1997), WALTERS e NELSON (1997), e ÁVILA (1998), é importante que os profissionais ao trabalharem com as pessoas grávidas facilitem o processo de comunicação, permitindo que expressem as suas dúvidas e dificuldades e que possam ser facilitadores da estruturação do conhecimento para aquelas pessoas que vivenciam aquela gestação particular e que, portanto, têm necessidades particulares de conhecimento.

Idéia Central: a vacina como dificuldade para o relacionamento com o companheiro

DSC 29. O marido fica falando na minha cabeça... acha que a culpada sou eu.... Também, coitado, ele fica muito preocupado com essa situação! Fica muito nervoso, ele também não entende muito. O pai do nenê tá com medo, ele fala que devia ter mais orientação no dia da vacina, que devia ter um teste de gravidez pra fazer, que o que eu fiz, tomar a vacina é loucura... até hoje ele fala pra mim...

A gravidez é uma experiência familiar e, portanto, não afeta apenas as mulheres, mas todos os seus componentes, o “seu companheiro e o meio social imediato que, inevitavelmente, a acompanham em seu processo psicológico de regressão” (SOIFER, 1980, p.21; VIZOTTO, 1994).

O homem grávido também passa pelo mesmo processo de transição no desenvolvimento emocional que sua companheira, apresentando sentimentos contraditórios de aceitação e rejeição do feto, e ansiedade gerada pelo impacto da gravidez em sua vida, vivendo e respondendo de modo particular à sua experiência (MALDONADO, 1984; VIZOTTO, 1994; ÁVILA, 1998; SARMENTO, 1999).

Nessa perspectiva, o homem, de acordo com TEDESCO (1997a) e SOUZA (1997), pode culpar a mulher por ter colocado o seu filho em uma situação de risco: *O marido fica falando na minha cabeça... acha que a culpada sou eu... o que eu fiz, tomar a vacina é loucura... até hoje ele fala pra mim...*

O homem que vivencia a gravidez é um ser que tem temores, sensações, prazeres e desprazeres. Essas emoções também necessitam ser conhecidas, reconhecidas e trabalhadas (VIZZOTO, 1994).

Surge o medo: *O pai do nenê tá com medo*; o nervosismo: *Fica muito nervoso, ele também não entende muito*, por não se achar em condições de suportar a situação. Esses sentimentos também ocorrem porque o homem tem sido excluído do processo de reprodução e não se encontra vinculado ao serviço de saúde e ao processo de informação e de obtenção de conhecimentos, durante todo o período da assistência pré-natal, o qual deve ser visto como um trabalho que possa levar o homem a estabelecer vínculos afetivos com o filho que vai nascer, preparando-o para a paternidade (MALDONADO, 1984; VIZOTTO, 1994; SOUZA, 1997; ÁVILA, 1998; SARMENTO, 1999; SARMENTO e SETÚBAL, 2003).

A partir dos temas propostos para a análise dos dados, algumas conclusões em relação aos objetivos desse estudo podem ser apontadas e que são apresentadas a seguir.

Analisando-se o papel desempenhado pelos meios de divulgação, no caso a televisão, observa-se a dificuldade dos serviços de saúde em se constituírem em difusor e incentivador da promoção da saúde, sendo oportuno que os seus profissionais procurem se apropriar de conhecimentos em relação à comunicação social para desempenhar com competência essa função, e aliar-se à mídia, provendo-a de informações qualificadas para que a população também, através desses veículos, possa construir seu conhecimento acerca de saúde.

Ao se analisar o processo de orientação da mulher, observa-se que as informações disponibilizadas nas várias fases da atenção (pré-vacinação, acompanhamento da gravidez e do recém-nascido) foram dadas de maneira incorreta, fragmentada, normatizada, não qualificada e desvinculada da linha do cuidado que deve percorrer todas as instâncias da atenção, que não auxiliam a mulher a atravessar com tranquilidade a situação vivenciada, que não favorecem o “empowerment” e não desenvolvem a cidadania. Quando se analisa, por exemplo, a motivação para a campanha, pode-se constatar falhas nesse processo de orientação, pois se verifica que a vacina é vista pelas mulheres como um dever e não como um direito do cidadão para a preservação de sua saúde.

Dessa forma, torna-se necessário que as instituições invistam em programas de educação permanente, criação de espaços de discussão entre a equipe multiprofissional, envolvimento de todos os profissionais para que possam conhecer as novas demandas, programas e atividades propostas pelo serviço, para que possam contribuir positivamente para a sua implementação e adequada atenção ao usuário.

Em relação à organização dos serviços, verifica-se que as atividades de sensibilização e o preparo técnico dos profissionais de saúde, como também de planejamento das ações, comprometeram a atenção uma vez que o discurso da mulher é revelador das dificuldades:

- para a assistência, com a mulher perambulando entre os diversos serviços em busca do atendimento, e a falta de integração entre esses vários serviços, gerando descontinuidade, a não oportunidade da atenção e centrados em rotinas, como também, a não incorporação de toda tecnologia de saúde no cuidado à mulher;
- para a realização de exames, configurado tanto pela demora para sua realização como para o envio dos resultados e não arquivamento dos mesmos no prontuário da mulher. Ao se proceder aos critérios para a composição da amostra do estudo, verificou-se a ocorrência de abortos que não foram conhecidos oportunamente pelos serviços de saúde e, portanto, o produto da gestação não pode ser investigado com o objetivo de se identificar a infecção fetal, tendo em vista o possível desconhecimento dessas ações por parte dos profissionais responsáveis pelo atendimento, bem como mulheres que não puderam ter seu estado imunitário determinado devido ao tempo decorrido para a realização da sorologia ou então porque essa não foi realizada;
- em relação à ausência de profissionais no serviço não garantindo a continuidade da atenção, e centralização das ações na vigilância epidemiológica, fazendo com que os demais profissionais não se responsabilizassem por sua parcela do cuidado.
- em relação às informações contidas nos documentos de saúde, como o das carteiras de vacina, que não auxiliam, e muitas vezes atrapalham a continuidade da atenção, questionando-se, então, sua utilidade para a comunicação entre os profissionais e para o desencadeamento das ações de saúde.

Tornam-se necessários movimentos para a mudança da forma de gestão dos serviços, que permitam o planejamento das diretrizes organizacionais de forma participativa, a partir das necessidades de saúde apontadas pela coletividade, com a pesquisa do clima organizacional, com a avaliação do desempenho e da satisfação dos profissionais e pesquisa de satisfação dos usuários daquele serviço.

Neste estudo também se constatou a importância das redes de apoio social e profissional favorecendo as trocas, interações, monitoramento das condições e cuidados

de saúde, aumentando a satisfação e confiança pessoal, a capacidade de enfrentar e resolver problemas que favorecem o “empowerment”, minimizando as condições de saúde e de assistência adversas.

Através do discurso das mulheres, apresentados neste estudo, foi possível desvelar a experiência vivida por elas, mostrando, através das representações sociais, a diversidade de significados da vacina contra a rubéola quando aplicada durante a gravidez, representada como ameaça à sua integridade, à de seu filho e ao seu relacionamento conjugal. Esses significados constituem-se em importante fonte de informação que propicia aos profissionais de saúde e gestores uma reflexão sobre o seu papel como agentes promotores de saúde.

Com o intuito de minimizar risco e prevenir os transtornos evidenciados nesse estudo, a vacinação de mulheres suscetíveis à rubéola, deve ser realizada logo após o parto ou após aborto, seguindo-se a estratégia proposta por vários autores e referida no quadro teórico.

Considerações Finais

Através desse estudo foi possível refazer o percurso de uma intervenção em saúde – campanha de vacinação contra a rubéola para mulheres, através do discurso das mulheres submetidas a essa intervenção e observar como se deu o processo de orientação nas várias fases da campanha e do acompanhamento pré-natal, como foram apoiadas para enfrentar o processo e como significaram a vacina nesse momento de suas vidas.

Quando os objetivos de um programa de imunização são estudados, verifica-se que o maior deles é erradicar doenças. Muitas doenças fatais e estigmatizantes puderam ser erradicadas ou eliminadas através do trabalho incansável pelo desenvolvimento das vacinas e a administração das mesmas através dos programas de vacinação, reduzindo a mortalidade e propiciando a melhora na qualidade de vida de crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Entre os vários exemplos pode-se citar a rubéola, uma doença benigna, para crianças e adultos, mas que se torna importante problema de saúde pública devido ao risco de infecção fetal, com conseqüentes graves defeitos congênitos. A luta pela eliminação das doenças, rubéola e SRC, só foi possível através dos esforços pela descoberta do vírus e pela produção da vacina, o que foi conseguido em passado recente, aliado ao desenvolvimento de estratégias para manter as doenças sob controle.

Atualmente, grande número de vacinas está presente na rotina dos programas de imunização, incorporando cada vez mais altas tecnologias de produção e com redução de eventos adversos pós-vacinais. Embora as vacinas sejam cada vez mais seguras e eficazes, vacina com risco zero é um mito, pois sempre haverá riscos e benefícios.

No processo de administrar uma vacina, devem-se considerar todos os processos tecnológicos envolvidos, desde a pesquisa, produção, distribuição, armazenamento e aplicação. Analisando-se dessa forma, pode-se observar a importância da vacinação na promoção da saúde, mas que deve ser disponibilizada no contexto do cuidado, entendido como uma dimensão da integralidade, ocorrendo a partir da combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves.

A gravidez, de acordo com os autores analisados neste estudo, é um período crítico vital que representa uma oportunidade para a mulher desenvolver uma maior integração emocional, mas que também pode levar a uma perigosa desestruturação. Mulheres gestantes, vivendo situações que provocam ansiedade de forma intensa e

prolongada, como a vivenciada pela vacinação contra a rubéola durante a gravidez, podem se tornar mais vulneráveis a complicações por comprometerem suas defesas orgânicas e psíquicas.

Pode-se ver, então, que, em decorrência da intervenção, a mulher foi submetida a um estresse adicional, passando a representar a vacina como ameaça à sua integridade, à de seu filho e ao seu relacionamento conjugal.

Para que a atenção e o apoio dos profissionais de saúde sejam efetivos, devem perceber os múltiplos significados, para a mulher, dessa gravidez especial, que reforça a ambivalência e as atitudes regressivas provocadas pelo medo, desespero, preocupação, falta de informação, enfim, por ter que lidar com uma realidade diferente da idealizada.

Quando a mulher fala sobre a ajuda que recebeu dos profissionais de saúde ela não reclama da falta de tecnologias (duras) para o seu atendimento, mas da falta de acolhimento, escuta, responsabilização e interesse, e da grande desinformação a que foi submetida, justamente por aqueles que tinham o dever de lhe transmitir uma informação qualificada. Quando o profissional de saúde coloca no trabalho que executa sua dimensão cuidadora, na qual atua os processos relacionais do campo das tecnologias leves, a mulher percebe a ajuda e se sente apoiada.

Quando, na introdução, abordou-se a motivação para o desenvolvimento desse estudo, relatou-se a angústia dos profissionais de saúde do Serviço de Vigilância Epidemiológica Municipal, que foi a equipe que efetivamente assumiu a atenção a essas mulheres que, por muitas vezes, entrou em contato com o GTVE para compartilhar as suas dúvidas e dificuldades vivenciadas no decorrer do acompanhamento. Embora não seja o objetivo desse estudo, é importante destacar que os profissionais comprometidos com o atendimento dessas mulheres também sofreram e compreenderam o sofrimento vivido por elas.

Nessa perspectiva, além do cuidado, a atenção integral pode ser entendida como um atributo das práticas de saúde. Uma das dimensões dessa prática é a assistência e a prevenção. A equipe de saúde deve desenvolver uma percepção ampliada das necessidades de saúde do usuário que não se limita a diagnosticar e tratar a dor e sofrimentos atribuídos à doença, mas outras necessidades de saúde que muitas vezes

não são manifestadas pelo usuário no momento do atendimento, mas que poderão ser, também, causa de dor e sofrimento e que precisam ser prevenidas.

A atenção integral pressupõe então o esforço para a abordagem completa, em que o profissional de saúde se relaciona com o sujeito e não com um objeto depositário da ação de saúde. Isso implica em um processo dialógico em que se recebe e se escuta sinceramente o usuário, num ambiente de acolhimento, respeito e responsabilização que são produtores de vínculo, e condução de intervenções resolutivas para que se possa construir uma atenção adequada à fase da vida, à necessidade sentida, comprometendo-se com a defesa da sua vida e propiciando um caminhar autônomo no seu modo de andar a vida. Enfim, atenção integral produtora de cuidado.

Dessa forma, reforça-se a fala de MATTOS (2004): na “perspectiva da integralidade, não podemos deixar de levar em conta o significado que nossas recomendações de cunho preventivo podem ter no modo de andar a vida dos sujeitos”.

Também a fala de SILVA (1997), ao fazer uma discussão sobre a segurança das vacinas que revestem os programas de vacinação, coloca a importância da incorporação de novas tecnologias como a engenharia genética, mas sem perder de vista os preceitos éticos, os quais também devem ordenar todo o processo que envolve a pesquisa, a produção e a administração das vacinas, as implicações dos Programas Nacionais de Vacinação na dinâmica da epidemiologia das doenças e seu impacto no plano individual e coletivo. Enfatiza a transparência na discussão dos riscos potenciais de um imunobiológico sem o temor que isso afete negativamente sua aceitação. Diz ainda que “parece haver tanta confiança na vacinação como medida eficaz de saúde pública que se relewa a necessidade de discutir riscos e alternativas com o público”. Ao fazer uma avaliação da posição do Estado na formulação das políticas de saúde pública diz que, ainda, reina o paternalismo, pois “faz aquilo que entende como o melhor para a população e ela é bombardeada com publicidade maciça, não de informação, mas de quase coação”.

A utilização dos imunobiológicos suscita muitas questões éticas e a melhor abordagem para se enfrentar esta questão não é a imposição, mas, a educação das pessoas, a fim de que elas possam fazer opções que afetam sua saúde de uma forma consciente.

No processo de produção de saúde deve-se, em todo momento, interrogar o quê se pretende com o trabalho que se está realizando, para quê se realiza o trabalho, a fim de se atingir quais necessidades de saúde, para quais usuários, e como, de que maneira será realizado esse trabalho, não estritamente para se cumprir uma dada programação e determinada política de saúde.

O objeto da saúde é a produção do cuidado, a partir do qual se poderá alcançar a cura, a promoção e a proteção da saúde de homens e mulheres, individual e coletivamente, sendo uma grande tarefa dos gestores e profissionais de saúde desenvolver meios para que, ao se produzir procedimentos, também se possa produzir cuidado.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. C. P.; MELLO, D. F.; NEVES, L. A. S. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva. Rede básica de saúde em Ribeirão Preto. **Rev Bras Enferm**, 44: 64-75, 1991.

AMATO NETO, V.; BALDY, J. L. S. Rubéola. In: **Imunizações**. São Paulo: Sarvier, 1979. p. 119-29.

AMATO NETO, V.; BALDY, J. L. S.; SILVA, L. J. Imunização contra a rubéola. In: **Imunizações**. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 105-12.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Imunização ativa e passiva. In: **Red Book 2000: Relato do comitê de doenças infecciosas**. Traduzido pela Editora de Publicações Científicas. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas, 2001b. p. 1-41. Título original: 2000 Red Book. Report of the committee on infections diseases.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Rubéola. In: **Red Book 2000: Relato do comitê de doenças infecciosas**. Traduzido pela Editora de Publicações Científicas. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas, 2001a. p. 495-500. Título original: 2000 Red Book. Report of the committee on infections diseases.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc saúde coletiva**, 74: 925-34, 2002.

ARANDA, C. M. S. S.; MOURA, M. M.; REIS, R. G.; VESPA, G. N. R. Campanha de vacinação do idoso contra gripe e pneumococo e envolvimento dos profissionais de saúde. **Diabetes clínica**, 2: 139-42, 2002.

ÁVILA, A. A. **Socorro, doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998, 216p.

AZEVEDO NETO, R. S.; SILVEIRA, A. S. B.; NOKES, D. J.; YANG, H. M.; PASSOS, S. D.; CARDOSO, M. R. A. et al. Rubella seroepidemiology in a non-immunized population of São Paulo State, Brazil. **Epidemiol Infect**, 113: 161-73, 1994.

BALFOUR, H. H.; GROTH, K. E.; EDELMAN, C.; AMREN, D. P.; BEST, J. M.; BANATVALA, J. E. Rubella viraemia and antibody responses after rubella vaccination and reimmunisation. **Lancet**, 1: 1078-80, 1981.

BAZIN H. The ethics of vaccine usage in society: lessons from the past. **Curr Opin Immunol**, 13: 505-10, 2001.

BONET, O. “Educação em saúde”, “Cuidado” e “Integralidade”. De fatos sociais totais e éticas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2004. p. 103-117.

BONIN, L. F. R. Representações sociais das mães a respeito da criança. **Psicologia Argumento**, 7: 80-95, 1987.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília (DF): 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Capacitação de pessoal em sala de vacinação. Manual do treinando**. Brasília (DF): 2001a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF): 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de alto risco**. Brasília (DF): 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de procedimentos para vacinação**. Brasília (DF): 2001b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **População residente segundo município**. Regional de Saúde: São João da Boa Vista. 2004. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def>>. Acesso em: 30 ago. 2004.

BUIMOVICI-KLEIN, E.; HITE, R. L.; BYRNE, T.; COOPER, L. Z. Isolation of rubella virus in milk after postpartum immunization. **J Pediatr**, 91: 939-43, 1977.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Cienc saude coletiva**, 5: 163-77, 2000.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto promoção da saúde. **Cad saúde publica**, 20: 1088-95, 2004.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**. Uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. Campinas, 2002. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

CASTILLO-SOLÓRZONO, C.; QUADROS, C. A. Control acelerado de la rubéola y prevención del síndrome de rubéola congénita en las Américas. **Rev Panam Salud Publica**, 11(4): 273-6, 2002.

CASTILLO-SOÓRZANO, C.; CARRASCO, P.; TAMBINI, G.; REEF, S.; BRANA, M.; QUADROS, C. A. New horizons in the control of rubella and prevention of congenital rubella syndrome in the Americas. **J Infect Dis**, 187(Suppl 1): S146-52, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. A necessidade de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, L. C. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CENTER FOR INFECTIOUS DISEASE AND CONTROL (CDC). Control and prevention of rubella: evaluation and management of suspected outbreaks, rubella in pregnant women, and surveillance for congenital rubella syndrome. **MMWR**, 5(RR12): 1-2, 2001a.

CENTER FOR INFECTIOUS DISEASE AND CONTROL (CDC). Current trends rubella vaccination during pregnancy-United States, 1971-1988. **MMWR**, 38(17): 289-293, 1989.

CENTER FOR INFECTIOUS DISEASE AND CONTROL (CDC). General recommendations on immunization. **MMWR**, 51(RR02): 1-36, 2002.

CENTER FOR INFECTIOUS DISEASE AND CONTROL (CDC). **Guide to contraindications to vaccinations.** 2003b. Disponível em: <www.cdc.gov/nip/recs/contraindications_guide.pdf>. Acesso em: 11 maio 2004.

CENTER FOR INFECTIOUS DISEASE AND CONTROL (CDC). **Guidelines for vaccination pregnant women.** 2004b. Disponível em: <www.cdc.gov/nip/publications/preg_guide.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2004.

CENTER FOR INFECTIOUS DISEASE AND CONTROL (CDC). Measles, mumps, and rubella – vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of mumps: recommendations of the Advisory Committee on Immunizations Practices. **MMWR**, 47(RR-8): 1-57, 1998.

CENTER FOR INFECTIOUS DISEASE AND CONTROL (CDC). Notice to readers: revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. **MMWR**, 50(49): 1117 2001b.

CENTER FOR INFECTIOUS DISEASE AND CONTROL (CDC). Recommended childhood and adolescent immunization schedule – United States, July – December 2004. **MMWR**, 53(16): Q1-Q3, 2004a.

CENTER FOR INFECTIOUS DISEASE AND CONTROL (CDC). **Rubella.** Disponível em: <www.cdc.gov/nip/publications/pink/rubella.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2003a.

CHERNESKY, M. A.; MAHONY, J. B. Rubella virus. In: MURRAY, P. R. (Editor); BARON, E. J.; PFALLER, M. A.; TENOVER, F. C.; YOLKEN, R. H. **Manual of clinical microbiology.** Washington: American Society for Microbiology Press, 1999. p. 964-969.

CHIODINI, J. Best practice in vaccine administration. **Nurs stand**, 16(7): 35-8, 2001.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Ed. Cortez, 2000.

CHU, S. Y.; BERNIER, R. H.; STEWWART, J. A.; HERRMANN, K. L.; GREENSPAN, J. R.; HENDERSON, A. K. et al. Rubella antibody persistence after immunization. Sixteen-year follow-up in the Hawaiian islands. **JAMA**, 259(21): 3133-36, 1988.

CORDEIRO, S. N.; SABATINO, H. A humanização do parto. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997, p.280-317.

CRUZ, E. A. Novas tecnologias em centro cirúrgico e centro de material: Opinião dos enfermeiros. **Rev Baiana enfermagem**, 8: 102-15, 1995.

CURY, A. F. **Características psicológicas da primigestação**. São Paulo, 1997b. (Dissertação – Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo).

CURY, A. F. Psicodinâmica da gravidez. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997a, p.77-84.

CUTTS, F. T.; ROBERTSON, S. E.; DIAZ-ORTEGA, J-L.; SAMUEL, R. Control of rubella and congenital rubella syndrome (CRS) in developing countries, part 1. **Bull Health Organ**, 75(1): 55-68, 1997.

CUTTS, F. T.; VYNNYCKY, E. Modelling the incidence of congenital rubella syndrome in developing countries. **Int J Epidemiol**, 28: 1176-84, 1999.

DELLA NINA, M. Estresse e ansiedade na gestação. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997, p.85-98.

DINIZ, E. M. A.; RAMOS, J. L. A. Rubéola congênita. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. (Editores). **Tratado de infectologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 1999. p. 493-503.

DIXON, M.; KELING, A. W.; KENNEL, S. What pediatric hospital nurses know about immunization. **Am J Mater Child Nurs**, 19(2): 74-78, 1994.

DUAILIBI, R.; CABRAL, A. C. V.; VITRAL, Z. N. R.; LEITE, H. V.; DOMONT, R. J. Acompanhamento psicológico de mães de fetos malformados no Centro de Medicina Fetal da Universidade Federal de Minas Gerais. **Femina**, 31: 27-30, 2003.

DUARTE, G.; PATTA, M. C. Rubéola e Gravidez. In: CUNHA, S. P.; DUARTE, G. (org.). **Gestação de Alto Risco**. Rio de Janeiro (RJ): Editora Médica e Científica, 1998. p. 263-76.

ENDERS, G. Rubella antibody titers in vaccinated and nonvaccinated women and results of vaccination during pregnancy. **Rev Infect Dis**, 7: S103-7, 1985.

FARR, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994. p. 31-59.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, 11(4): 544-51, 2003.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. In: LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Promoção de saúde**. A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004. p. 147--63.

FREY, T. Report of an international meeting on rubella and vaccination, 9 August 1993, Glasgow, United Kingdom. **J Infect Dis**, 170: 507-9, 1994.

FUNDAÇÃO SEADE. **Sistema de informações de municípios paulistas**. Disponível em: <http://www.sede.gov.br/produtos/imp/imp.php?page=tabela>. Acesso em: 25 jan. 2005.

GALAZKA, A.; MILSTIEN, J.; ZAFFRAN, M. **Thermostability of vaccines**. Geneva, 1998. Disponível em: <www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF/www9561.pdf> Acesso em: 3 jun. 2003.

GALL, S. A. Maternal immunization. **Obstet Gynecol Clin North Am**, 30: 623-36, 2003.

GERSHON, A. Rubella virus. In: MANDELL, G. L.; BENNETT, J. E.; DOLIN, R. **Principles and practice of infections diseases**. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000. p. 1708-14.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas, 1999. 206p.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cad saúde pública**, 18 (5): 1207-14, 2002.

GONÇALVES, J. R. L.; LUIS, M. V. **Gravidez: aspectos físicos e emocionais desta fase e o relacionamento terapêutico**. In: Ciclo de Estudos em Saúde Mental, 7., 1999, Ribeirão preto. Anais... Ribeirão Preto, 1999, p. 296.

HEDMAN, K.; ROUSSEAU, S. A. Measurement of avidity of specific IgG for verification of recent primary rubella. **J Med Virol**, 27(4): 288-92, 1989.

HEDMAN, K.; SEPPÄLÄ, I. Recent rubella virus infection indicated by a low avidity of specific IgG. **J Clin Immunol**, 8(3): 214-21, 1988.

HENTER, H.; BREEN-REID, K.; ARONSON, L.; LINGARD, L.; MANNING, D.; FORD-JONES, E. L. How knowledgeable are we? **Can nurse**, 99(4): 27-31, 2003.

HINMAN, A. R. Rubella and the Americas. **Rev Panam Salud Publica**, 14(5): 298-9, 2003.

HINMAN, A. R.; BART, K. J.; OREINSTEIN, W. A.; PREBLUD, S. R. Rational strategy for rubella vaccination. **Lancet**, 1/8: 39-41, 1983.

HINMAN, A. R.; HERSH, B. S.; QUADROS, C. A. Rational use of rubella vaccine for prevention of congenital rubella syndrome in the Americas. **Rev Panam Salud Publica**, 4(3): 156-60, 1998.

HINMAN, A. R.; IRONS, B.; LEWIS, M.; KANDOLA, K. Economic analyses of rubella and rubella vaccines: a global review. **Bull World Health Organ**, 80(4): 264-70, 2002.

HOWSON, C. P.; FINEBERG, H. V. Adverse events following pertussis and rubella vaccines. **JAMA**, 267(3): 392-6, 1992.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. **Les représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989. p. 31-61.

JOSEFSON, D. Rubella vaccine may be safe in early pregnancy. **BMJ**, 322: 695, 2001.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994. p. 63-85.

KERR-PONTES, L. R. S.; ROUQUAYROL, M. Z. A medida da saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 1999. p. 31-68.

LACERDA, A.; VALLA, C. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2004. p. 91-102.

LACERDA, A.; VALLA, C. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 169-96.

LANZIERI, T. M.; SEGATTO, C.; SIQUEIRA, M.; SANTOS, E. C. O.; JIN, L.; PREVOTS, R. Burden of congenital rubella syndrome after a community-wide rubella outbreak, Rio Branco, Acre, Brazil, 2000 to 2001. **Pediatr Infect Dis J**, 22(4): 323-29, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCAS, 2003a. 256 p.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O pensamento coletivo como soma qualitativa**. São Paulo, 2003c. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/soma%20qualitativa%209%20de%20fevereiro%20de%202004.htm>>. Acesso em: 01 mar. 2004.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Operadores do DSC**. <<http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude>> Acesso em: 01 mar. 2004a.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Pesquisa qualitativa levada a sério**. São Paulo, 2003b. Disponível em: <http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso_o_que_e.htm>. Acesso em: 26 jun. 2004.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Promoção de saúde**. A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004b. 166p.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Desenhos não-experimentais. LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. In: **Pesquisa em enfermagem**. Métodos, avaliação crítica e utilização. Tradução de Ivone Evangelista Cabral. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 2001. p. 110-21. Título original: Nursing research: methods, critical appraisal, and utilization.

MADUREIRA, C. R.; VEIGA, K.; SANT'ANA, A. F. M. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, 8: 68-75, 2000.

MAIA, M. L.; SILVA, J. B.; SOARES, R. C.; SEGATTO, T. C.; PARISE, M. S.; LANZIERI, T. M. et al. Brasil acelera el control de la rubéola y la prevención del síndrome de rubéola congénita. **Bol Informativo PAI**, (XXIV): 2, 2002.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade**. Petrópolis: Vozes, 1989. 153p. v. 2.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1984. 163p.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981, 239p.

MASSAD, E.; BURATTINI, M. N.; AZEVEDO NETO, R. S.; YANG, H. M.; COUTINHO, F. A. B.; ZANETTA, D. M. T. A model-based design of a vaccination strategy against rubella in non-immunized community of São Paulo State, Brazil. **Epidemiol Infect**, 112: 579-94, 1994.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad saúde pública**, 20: 1411-16, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: 2001. p. 39-64.

MELO, L. L.; LIMA, M. A. D. S. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. **Rev Bras Enferm**, 53: 81-6, 2000.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-60.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Agir em saúde**. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: **Agir em saúde**. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-50.

MILLER, E.; CRADOCK-WATSON, J. E.; POLLOCK, T. M. Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy. **Lancet**, 2: 781-84, 1982.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes, 1996. 80p.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociedade clássica. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994. p. 89-111.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Ed. Hucitec – Abrasco, 2000. 269p.

MOÑIVAS, A. Epistemologia y representaciones sociales: concepto y teoría. **Rev de Psicol Gral y Aplic**, 47 (4): 409-19, 1994.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 291p.

NAEYE, R. L.; BLANC, W. Pathogenesis of congenital rubella. **JAMA**, 194(12): 1277- 83, 1965.

NAKAO, N. **A suscetibilidade à rubéola das gestantes – Bauru, 1987**. São Paulo, 1993. (Tese – Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

NEW goal for vaccination programs in the Region of the Americas: to eliminate rubella and congenital rubella syndrome. **Rev Panam Salud Publica**, 14(5): 359-63, 2003.

NIEMINEN, U.; PELTOLA, H.; SYRJÄLÄ, M. T.; MAKIPERNAA, A.; KEKOMÄKI, R. Acute thrombocytopenic purpura following measles, mumps and rubella vaccination. A report on 23 patients. **Acta Paediatr**, 82: 267-70, 1993.

NÓBREGA, S. M. **O que é representação social**. 1990. 76p. Mimeo.

O'SHEA, S.; WOODWARD, S.; BEST, J. M.; BANATVALA, J. E.; HOELZEL, H.; DUDGEON, J. A. Rubella vaccination: persistence of antibodies for 10-21 years. **Lancet**, 2: 909, 1988.

ORENSTEIN, W. A.; BART, K. J.; HINMAN, A. R.; PREBLUD, S. R.; GREAVES, W. L.; DOSTER, S. W. et al. The opportunity and obligation to eliminate rubella from the United States. **JAMA**, 251(15): 1988-94, 1984.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). 44º Consejo Directivo. 55º Sesión Del Comité Regional. **Mantenimiento de los programas de vacunación – eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita**. 2003. Disponível em: <www.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-11-s.pdf>. Acesso em: 26 jan. 04.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Control acelerado de la rubéola y prevención del SRC - estrategias. **Bol Informativo PAI**, XXIV(5): 2-3, 2002. Disponível em: <www.paho.org/spanish/hvp/hvi/sns2405.pdf>. Acesso em: 26 jan. 04.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). La vacuna contra la rubéola y estrategias de vacunación. **Bol Informativo PAI**, XX(2): 5-6, 1998. Disponível em: <www.paho.org/spanish/hvp/hvi/sns2005.pdf>. Acesso em: 26 jan. 04.

ORLANDI, E. P. **Interpretação**. Autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. Petrópolis: Ed. Vozes, 1996, 150 p.

OZAKI, L. M. T. R.; FERACIN, J. C. F.; SHIMO, A. K. K. Campanha de vacinação contra a rubéola: mães e filhos correm riscos? **R Enferm UERJ**, 12 (1): 60-5, 2004a.

OZAKI, L. M. T. R.; SHIMO, A. K. K.; GUIRARDELLO, E. B.; ARAUJO, I. E. M. O papel do enfermeiro para minimizar risco nas imunizações. **Nursing**, 79: 24-28, 2004b.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Public health burden of rubella and CRS. **EPI Newsletter**, XX(4): 2-3, 1998. Disponível em: <www.pho.org/english/hvp/hvi/sne2004.pdf>. Acesso em: 26 jan. 04.

PEDROSA, J. I. S. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p.261-81.

PENTICUFF, J. H. Psychologic implications in high-risk pregnancy. **Nurs Clin North Am**, 17: 69-78, 1982.

PEREIRA, F.; UEZ, O. Anticuerpos de rubeola em mujeres solicitantes de certificado prenupcial em Mar Del Plata, Argentina. **Bol Of Sanit Panam**, 96(3): 198-04, 1984.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**. Teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1995, p. 105-43.

PLOTKIN, S. A. Rubella eradication. **Vaccine**, 19: 3311-19, 2001.

PLOTKIN, S. A. Rubella vaccine. In: PLOTKIN, S. A.; MORTIMER, E. A. **Vaccines**. Philadelphia: W. B. Saunders Co, 1994. p.303-36.

PLOTKIN, S. A. Rubella vaccine. In: PLOTKIN, S. A.; OREINSTEIN, W. A. **Vaccines**. Philadelphia: W. B. Saunders Co, 1999. p.409-39.

PLOTKIN, S. A.; BUSER, F. History of RA27/3 rubella vaccine. **Rev Inf Dis**, 7: S77-8, 1985.

PLOTKIN, S. A.; FARQUHAR, J. D.; OGRA, P. L. Immunologic properties of RA27/3 rubella virus vaccine. **JAMA**, 225(6): 586-90, 1973.

PLOTKIN, S. A.; KATZ, M.; CORDERO, J. F. The eradication of rubella. **JAMA**, 281(6): 561-62, 1999.

POLAND, G. A.; SHEFER, A. M.; MCCAULEY, M.; WEBSTER, P. S.; WHITLEY-WILLIAMS, P. N.; PETER, G. Standards for adult immunization practices. **Am J Prev Med**, 25:144-50, 2003.

POLIT, D.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre (RS): Ed. Artes Médicas, 1995. 391p. Título original: Essential of nursing research.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: o “indizível” ao “dizível”. In: SINSONS, O. M. V. (org). **Experimentos com história de vida**. (Itália–Brasil) Enciclopédia aberta de ciências sociais, São Paulo (SP): Vértice, 1988, v.5, cap.2, p. 14-43.

RAY, P.; BLACK, S.; SHINEFIELD, H.; DILLON, A.; SCHWALBE, J.; HOLMES, S. et al. Risk of chronic arthropathy among women after rubella vaccination. **JAMA**, 278(7): 551-56, 1997.

REMEN, R. N. O que está certo com o paciente? In: REMEN, R. M. **O paciente como ser humano**. Tradução de Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1993. p. 19-43.

RIEHELMANN, J. C. A mulher atual: perspectivas frente à gestação. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997, p.40-53.

ROBERTSON, S. E.; FEATHERSTONE, D. A.; GACIC-DOBO, M.; HERSH, B. Rubella and congenital rubella syndrome: global update. **Rev Panam Salud Publica**, 14(5): 306-15, 2003.

ROBERTSON, S. E.; CUTTS, F. T.; SAMUEL, R; DIAZ-ORTEGA, J-L. Control of rubella and congenital rubella syndrome (CRS) in developing countries, part 2. **Bull World Health Organ**, 75(1): 69-80, 1997.

RYMKIEWICZ, E; ZUZARTE, F. C. C; CAMPOS, S. O; PINTO, M. I. M. Rubella immunization strategies in the state of São Paulo, Brazil. **Bull World Health Organ**, 80(3): 258, 2002.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. P. **O conhecimento no cotidiano**. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

SÃO JOÃO DA BOA VISTA. Direção Regional de Saúde XX. Campanha de vacinação contra rubéola em mulheres. **Bol Epidemiol**, 1: 14-6, 2002.

SÃO JOÃO DA BOA VISTA. Direção Regional de Saúde XX. **Considerações sobre a implantação de uma instância regional da agência para controle de doenças, promoção e a proteção da saúde na região de São João da Boa Vista**, 2003, mimeo.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 40.082, de 15 de maio de 1995. Dá nova organização às atividades de coordenação regional de saúde, extingue as Coordenações de Regiões de Saúde 3, 4, e 5 e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 105 (91), 16 maio 1995a.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 40.083, de 15 de maio de 1995. Organiza as Direções Regionais de Saúde, extingue 41 (quarenta e um) Escritórios Regionais de Saúde e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 105 (91), 16 maio 1995b.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-17, de 18-02-2003. Altera as áreas territoriais de atuação das Direções Regionais de Saúde que especifica. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 113(35), 19 fev. 2003.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Acompanhamento e investigação das gestantes vacinadas e mulheres que engravidaram até 30 dias após a vacina dupla viral**. São Paulo, 2001a.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Campanha de vacinação contra a rubéola**. São Paulo, 2001b.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Documento técnico. Campanha de vacinação contra a rubéola.** São Paulo, 2001c.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Guia de vigilância para erradicação do sarampo, controle da rubéola e da síndrome da rubéola congênita.** São Paulo, 2002a.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Norma do programa de imunização.** São Paulo, 1998.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Norma do programa de imunização.** São Paulo, 2000.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Ofício circular nº 714/02.** São Paulo, 2002b.

SARMENTO, R. C. **Casais grávido e os novos sentidos da paternidade. Um estudo qualitativo com referencial psicanalítico.** Campinas, 1999. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev Ciências Médicas**, 12: 261-8, 2003.

SAVASTANO, H.; NOVO, D. P. Aspectos psicológicos da gestante sob o ponto de vista da teoria do núcleo do Eu. **Rev saúde pública**, 15: 101-10, 1981.

SCHATZMEYER, H. Aspects of rubella infection in Brazil. **Rev Infec Dis**, 7: S53-5, 1985.

SIBER, G. R.; WERNER, B. G.; HALSEY, N. A.; REID, R.; ALMEIDO-HILL, J.; GARRET, S. C. et al. Interference of immune globulin with measles and rubella immunization. **J Pediatr**, 122(2): 204-11, 1993.

SILVA, L. J. Segurança de vacinas. **Imunizações**, 1: 6-12, 1997.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** Tradução de Ilka Valle de Carvalho. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980, 124p. Título original: *Psicologia del embarazo, parto e puerperio.*

SOUZA FILHO, E. A. Análise das representações sociais. In: SPINK, M. J. P. **O conhecimento no cotidiano**. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 109-48.

SOUZA, S. L. O papel do pai. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997, p.62-69.

SOUZA, V. A. U. F.; MORAES, J. C.; SUMITA, L. M.; CAMARGO, M. C. C.; FINK, M. C. D. S.; IDALGO, N. T. R. et al. Prevalence of rubella antibodies in a non-immunized urban population, São Paulo, Brazil. **Rev Inst Med Trop São Paulo**, 36(4): 373-6, 1994.

SPINK, M. J. P. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. P. **O conhecimento no cotidiano**. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 85-108.

STARFIELD, B. **Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726p.

SUR, D. K.; WALLIS, D. H. Vaccinations in pregnancy. **Am Fam Physician**, 68(2): 299-304, 2003.

TABER, L. H.; DEMNLER, G. J. Rubella (German measles). In: OSKI, F. A. (Editor); DE ANGELES, C. D.; FEIGIN, R. D.; MCMILLAN, J. A.; WARSHAW, J. B. **Principles and practice of pediatrics**. Philadelphia: J. B. Lippincott Co, 1994. p.1336-39.

TANAKA, A. C. d'A. **Maternidade**. Dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Editora HUICITEC-ABRASCO, 1995, 107p.

TANEMURA, M.; SUZUMORI, K.; YAGAMI, Y.; KATOW, S. Diagnosis of fetal rubella infection with reverse transcription and nested polymerase chain reaction: a study of 34 cases diagnosed in fetuses. **Am J Obstet Gynecol**, 174(2): 578-82, 1996.

TEDESCO, J. J. A. A humanização da relação obstetra-mãe-filho. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997b, p.271-279.

TEDESCO, J. J. A. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997a, p.99-108.

THOMAS, H. I. J.; MORGAN-CAPNER, P. The use of antibody avidity measurements for the diagnosis of rubella. **Rev Med Virol**, 1: 41-50, 1991.

TINGLE, A. J.; MITCHELL, L. A.; GRACE, M.; MIDDLETON, P.; MATHIAS, R.; MACWILLIAM, L. Randomised double-blind placebo-controlled study on adverse effects of rubella immunisation in seronegative women. **Lancet**, 349: 1277-81, 1997.

TOOKEY, P. A.; JONES, G.; MILLER, B. H. R.; PECKHAM, C. S. Rubella vaccination in pregnancy. **Commun Dis Rep CDR Wkly**, R86-8, 1991.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura da globalização. **Cad saúde pública**, 15: 7-14, 1999.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2004. p. 103-117.

VICTORA, C. G; KNAUTH, D. R; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre (RS): Tomo Editorial, 2000.

VIZOTTO, M. M. **Psicodinâmica da paternidade**: um estudo sobre homens que esperam o nascimento de seu filho. Campinas, 1994. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

VLACHA, V.; FORMAN, E. N.; MIRON, D.; PETER, G. Recurrent thrombocytopenic purpura after repeated measles-mumps-rubella vaccination. **Pediatrics**, 97(5): 738-39, 1996.

WALTERS, C.; NELSON, P. Never too late. **Nurs times**, 93: 26-7, 1997.

WHITE, C. C.; KOPLAN, J. P.; OREINSTEIN, W. A. Benefits, risks and costs of immunization for measles, mumps and rubella. **AJPH**, 75: 739-47, 1985.

WOOD, D.; HALFON, N.; PEREYRA, M.; HAMLIN, J-S.; GRABOWSKY, M. Knowledge of the childhood immunization schedule and of contraindications to vaccine by private and public providers in Los Angeles. **Pediatr Infect Dis J**, 15(2): 140-5, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for surveillance of congenital rubella syndrome (CRS) and rubella – Field test version**. Geneva, 1999. Disponível em: <www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF99/www9934.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Accelerated control of rubella and prevention of congenital rubella syndrome, Brazil. **WER**, 77 (21): 169-175, 2002a. Disponível em: <www.who.int/dcstore/wer/pdf/2002/wer7721.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Accelerated control of rubella and prevention of congenital rubella syndrome, WHO Region of the Americas. **WER**, 78 (8): 50-54, 2003a. Disponível em: <www.who.int/dcstore/wer/pdf/2000/wer7806.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Meeting on prevention congenital rubella syndrome (CRS): immunization strategies, surveillance needs**. Fields issues in detecting SRC cases: blindness and ocular involvement. Geneva, 2000a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Report a meeting on prevention congenital rubella syndrome: immunization strategies, surveillance needs**. Geneva, 2000c. Disponível em: <www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF00/www508.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Rubella vaccine**. 2003b Disponível em: <www.who.int/vaccines/en/rubella.shtml>. Acesso em 21 jun. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Rubella vaccine**. Disponível em: <www.who.int/vaccines/en/rubella2.shtml>. Acesso em 21 jan. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Rubella vaccines. WHO position paper. **WER**, 75(20):161-169, 2000b. Disponível em: <www.who.int/dcstore/wer/pdf/2000/wer7520.pdf>. Acesso em 21 jan. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Core information for the development of immunization policy**. Geneva, 2002b. Disponível em: <www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF/www557.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevention congenital rubella syndrome. **WER**, 75 (36): 290-295, 2000d. Disponível em: <www.who.int/dcstore/wer/pdf/2000/wer7536.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2004.

ANEXO 1

 FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE GESTANTES VACINADAS OU MULHERES QUE ENGRAVIDARAM DENTRO DE 30 DIAS APÓS À VACINAÇÃO CONTRA A RUBÉOLA		 CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC"	
Nº DA NOTIFICAÇÃO 025009		1 DATA NOTIFICAÇÃO	2 DATA DA VACINA
3 NOME/INSTITUIÇÃO DO NOTIFICANTE			
4 NOME		5 DATA NASCIMENTO	6 IDADE (anos)
7 ENDEREÇO		8 BAIRRO	
9 D.A.	10 MUNICÍPIO	CÓDIGO (IBGE)	DIR UVIS
11 UBS ONDE TOMOU A VACINA	12 MUNICÍPIO DA UNIDADE	CÓDIGO (IBGE)	
13 ENDEREÇO OU TELEFONE DA UBS		DIR	UVIS
14 DATA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO (DUM)	15 DATA DO TESTE/DIAG. DA GRAVIDEZ	16 IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DA VACINAÇÃO SEMANAS OU MESES	
17 VACINAÇÃO ANTERIOR CONTRA RUBÉOLA (DOCUMENTADA) DATA ____/____/____ IDADE ____ ANOS LOCAL _____			
18 SOROLOGIA		19 RESULTADOS SOROLOGIA	
DATA COLETA 1	DATA RESULTADO 1	IgM1:	IgG2:
DATA COLETA 2	DATA RESULTADO 2	IgG1:	IgM2:
20 TESTE DE AVIDEZ BAIXA AVIDEZ _____ ELEVADA AVIDEZ _____		21 CLASSIFICAÇÃO FINAL 1 - SUSCEPTÍVEL 2 - IMUNE 3 - IGNORADO	
OBS.: _____			

NOT_GESTVAC - 14/11/01 ZMS

 FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE GESTANTES VACINADAS OU MULHERES QUE ENGRAVIDARAM DENTRO DE 30 DIAS APÓS À VACINAÇÃO CONTRA A RUBÉOLA		 CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC"	
Nº DA NOTIFICAÇÃO 025009			
Requisitante	1 LABORATÓRIO	CÓDIGO	2 DATA DE ENTRADA
	3 MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO	CÓDIGO (IBGE)	
	4 UNIDADE DE SAÚDE	CÓDIGO (SIA/SUS)	
	5 NOME DA PACIENTE	6 DATA NASCIMENTO	7 IDADE (anos)
PACIENTE/EXAMES	8 SUSPEITA CLÍNICA	DATA DA VACINA	
	GESTANTE VACINADA		
	9 EXAME	10 MATERIAL ENVIADO	11 DATA DA COLETA
	12 REQUISITANTE		13 DATA

IMPRESSÃO OFICIAL

NOT_GESTVAC - 14/11/01 ZMS

ANEXO 2



CEP, 17/06/03
(Grupo III)

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
✉ cep@head.fcm.unicamp.br

PARECER PROJETO: N° 163/2003

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “VACINAÇÃO CONTRA RUBÉOLA EM MULHERES GRÁVIDAS: INFORMAÇÕES RECEBIDAS E PROCESSO DE ENFRENTAMENTO”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Antonieta Keiko Kakuda Shimo

INSTITUIÇÃO: Direção Regional de Saúde XX, São João da Boa Vista-SP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 06/05/2003

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 17/06/04

II - OBJETIVOS

Identificar as informações e/ou orientações recebidas pelas mulheres que se descobriram estar grávidas após receberem a vacina Dupla Viral por ocasião da campanha de vacinação contra a rubéola-2001 na DIR XX de São João da Boa Vista (que abrange 21 municípios) e como elas fizeram o enfrentamento do processo.

III - SUMÁRIO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo 24 mulheres susceptíveis para a rubéola, ou gestantes ou que engravidaram até 30 dias após a vacinação contra a rubéola. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, com roteiro-guia (anexo 3 do anteprojeto). O tratamento dos dados será feito por análise de conteúdo conforme recomendações de Minayo. Cronograma previsto para ser executado em 12 meses.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Não estão previstos nem benefícios diretos para as participantes, nem riscos. O termo de consentimento livre e esclarecido está escrito conforme as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa será desenvolvida com recursos próprios dos pesquisadores, sem necessidade de financiamento.

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.

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.).

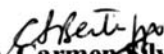
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e 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 VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 17 de junho de 2003.


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

APÊNDICE 1

Ilmo Sr. Dr. Benedito Carlos Rocha Westin
Diretor Técnico do Departamento de Saúde
DIR XX - São João da Boa Vista - SP

Eu, Lúcia Maria Tonzar Ristori Ozaki, funcionária desta DIR XX- São João da Boa Vista, venho através deste, solicitar a vossa senhoria, o consentimento para realizarmos uma pesquisa com mulheres que receberam a vacina contra a rubéola, na rede básica de saúde, durante a Campanha de Vacinação contra a Rubéola no mês de novembro de 2001 que estavam grávidas ou que engravidaram dentro de 30 dias após a aplicação da vacina.

Dados sobre a pesquisa científica:

A pesquisa será realizada sob a orientação da Prof^a Dr^a Antonieta Keiko Kakuda Shimo do Departamento de Enfermagem – FCM – Unicamp e acontecerá em nove municípios pertencentes à DIR – XX de São João da Boa Vista – SP, que conforme dados da Vigilância Epidemiológica desta DIR, tiveram casos de mulheres grávidas classificadas como suscetíveis.

Tem como objetivo estudar as orientações oferecidas a essas mulheres e o impacto produzido.

Participarão desta pesquisa os municípios de: Aguai, Casa Branca, Espírito Santo do Pinhal, Estiva Gerbi, Itapira, Mogi Guaçu, Mogi Mirim, São João da Boa Vista e Vargem Grande do Sul.

Sem mais agradeço

São João da Boa Vista, 05 de junho de 2002.


Lúcia Maria Tonzar Ristori Ozaki

GABINETE DO DIRETOR

Em, 05/60/2002

De acordo, observando-se as normas legais e princípios éticos.


Dr. BENEDITO CARLOS ROCHA WESTIN
Diretor Técnico Departamento de Saúde
DIR XX - São João da Boa Vista

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimento:

Meu nome é Lúcia Maria Tonzar Ristori Ozaki, enfermeira da DIR XX São João da Boa Vista e estou realizando uma pesquisa sobre as mulheres que descobriram que quando tomaram a vacina contra rubéola na Campanha de Vacinação contra a Rubéola estavam grávidas. Estou perguntando às mulheres nessa situação que me queiram contar como foi se descobrir grávida, como reagiu, como enfrentou, quem ajudou e quais as informações recebidas.

Estou convidando a senhora para participar desse estudo. Para tanto, necessito realizar uma entrevista contigo, que será gravada para facilitar o registro das informações. A entrevista será realizada por mim, num local e hora que a senhora indicar. Assumo o compromisso de manter sigilo quanto a sua identidade, pois todas as informações aqui coletadas somente serão utilizadas para fim de pesquisa. Nenhuma informação que a identifique será utilizada. As fitas gravadas serão guardadas em local seguro, sob a minha responsabilidade. Também garanto que o desenvolvimento da pesquisa não envolve riscos e desconfortos a sua saúde. Todas as dúvidas em relação à pesquisa serão devidamente esclarecidas. A senhora pode se negar a participar desse estudo.

Em caso de consentimento, a senhora terá a liberdade de desistir da participação em qualquer momento da pesquisa ou retirar o seu consentimento, mesmo que a entrevista já tenha sido realizada. Isto não acarretará nenhum prejuízo ao seu atendimento nos serviços de saúde.

Com esta pesquisa espero compreender melhor como ocorre o processo de informação/orientação/capacitação a respeito das campanhas, principalmente quando envolve algum risco para a clientela grávida, como é o caso da vacina contra rubéola, buscando subsídios para melhorar as vias de comunicação e capacitação dos profissionais de saúde para que não ocorram situações semelhantes como as vividas pela senhora. Entretanto, informo a senhora, neste momento, que não se beneficiará diretamente dos resultados dessa pesquisa. Assumo o compromisso de, ao término da entrevista, esclarecer dúvidas que a senhora possa ter em relação à vacina contra rubéola em mulheres grávidas.

Data: ____/____/____

Lúcia Maria Tonzar Ristori Ozaki

Termo de Consentimento pós-esclarecimento

Eu _____ abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar dessa pesquisa.

1. Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas sobre a entrevista, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a continuação do meu cuidado e tratamento;
3. Segurança que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade;
4. Segurança que serei informado dos resultados da pesquisa e os benefícios que podem advir e que serão realizados esforços para implementar ações para melhorar a assistência à saúde;
5. Se tiver qualquer dúvida sobre o estudo, entrarei em contato com Lúcia Maria Tonzar Ristori Ozaki pelo tel (19) 623-4211 ou pelo cel (16) 9721-9255.
6. Se tiver quaisquer dúvidas sobre a pesquisa, que caiba recurso ou reclamações poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp pelo telefone (19) 788-8936.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra arquivada com a pesquisadora.

Assim, declaro que tendo compreendido o exposto desejo participar da pesquisa e não me oponho à que a mesma seja gravada.

Campinas ____ de _____ de 2002.

Assinatura da entrevistada

RG: _____

APÊNDICE 3
ROTEIRO GUIA

I – Identificação da Mulher Gestante

1. Nome: _____
2. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Cor: _____
3. Endereço: _____
4. Bairro: _____ Telefone de contato: _____
5. Estado civil: _____
6. Escolaridade. Anos de estudo completos: _____
7. Ocupação: _____
8. Paridade: _____ Gesta _____ Aborto _____ Para _____
9. DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____
10. Data do teste de gravidez: ____/____/____
11. Local onde realiza o pré-natal: _____
12. Município: _____
13. Nº consultas realizadas: _____
14. Data da vacina contra a rubéola: ____/____/____
15. Reações pós-vacinais: Não () Sim (). Quais: _____ Quando: _____
15. Ultra-som morfológico: ____/____/____ Resultado: _____
16. Intercorrências: _____
17. Medicações usadas: _____
18. Método anticoncepcional utilizado: _____

II. Apresentação solicitando os dados de identificação, dando início à entrevista.

1. Como você ficou sabendo da campanha de vacinação contra a rubéola?
2. Por qual motivo você resolveu ir tomar a vacina?
3. Como aconteceu a vacinação no dia da campanha? O que falaram para você?
4. O que você sentiu quando descobriu que estava grávida e tinha tomado a vacina na campanha?

5. Quais foram as orientações que você recebeu do pessoal de saúde quando você procurou o serviço de saúde para contar que estava grávida? E durante o acompanhamento pré-natal?
6. As pessoas da equipe de saúde estão te ajudando a enfrentar a situação? ... Como?
7. Alguém mais, além do pessoal de saúde tem ajudado você a enfrentar esta situação enquanto você aguarda o nascimento do bebê? ... Como?
8. Quais orientações que você recebeu do pessoal de saúde em relação ao que deve ser feito quando for à maternidade dar à luz e após o nascimento do bebê?

APÊNDICE 4

Questão 1 – Como você ficou sabendo da campanha de vacinação?

SUJEITO / ECH	IC
1.Cecília- Olha (1) <u>eu fiquei informada através do rádio</u> né e.. (2) <u>no postinho mesmo me informaram.</u>	1.rádio 2.Posto de Saúde
2. Lya- (1) <u>Fiquei sabendo pela televisão</u> , porque eu moro na roça, né? Então meu marido veio pra cidade, né, foi no posto e viu no cartaz os dias da campanha...	1.televisão
3.Cora- Ah, ... (1) <u>eu nem sabia...</u> Eu vim no dia 5, né, foi o dia que começou... eu vim aqui com a mãe pra saber... que o meu irmão ia tomar a vacina da hepatite, aí uma moça falou: quantos anos você tem? Tenho 21. Então, entra aqui nesta sala...	1. não sabia
4.Zélia- (1) <u>Fiquei sabendo pela propaganda da televisão...</u> e também...(2) <u>as faixas na rua.</u>	1.televisão 2.faixas na rua
5.Simone- (1) <u>Eu já tinha escutado na TV</u> , né? Eu trouxe meu filho no neuro. Aí a hora que eu cheguei aqui,(2) <u>eu tava lendo os cartazes para ele, aí eu vi a campanha.</u>	1.televisão 2.cartazes
6.Maria- (1) <u>Eu fiquei sabendo da vacinação pela televisão</u> mesmo e também (2) <u>no posto</u> , né? Porque vou na consulta médica, pra fazer exame todo ano.	1.televisão 2. Posto de Saúde
7.Ana- (1) <u>Foi uma amiga minha ...</u> que ela passou em casa, chamou eu pra mim tomar.	1.amiga
8.Raquel- (1) <u>Fiquei sabendo da campanha pela televisão</u> e (2) <u>minha mãe freqüenta muito o PPA</u> , né porque ela tem diabetes, então todo mês ela tem um programa pra diabete no PPA e (2) <u>eles informaram pra família que tinha moça tal... que era pra levar né, pra ir vacinar.</u>	1.televisão 2.mãe soube no Posto de Saúde
9.Lygia- (1) <u>Fiquei sabendo da vacina pela propaganda na televisão</u> e (2) <u>por panfletos.</u>	1.televisão 2.panfletos
10-Leilah- (1) <u>Fiquei sabendo da vacina pela TV.</u>	1.televisão
11.Dinah- (1)O povo tava comentando, tudo, (2) <u>falou na televisão</u> , né, foi que eu fiquei sabendo.	1.povo 2.televisão
12.Jane- (1) <u>Eu tava trabalhando</u> , apanhando laranja, né... aí (1) <u>eu ouvi falar que ia ter a vacina...</u> aí eles tinha cortado a turma e no outro dia eu ia começar a trabalhar em outro lugar, então aproveitei o dia que eu fiquei em casa e fui tomar vacina, né.	1. no trabalho
13.Doris- (1) <u>Faixas na rua</u> . Ah, também (2) <u>no meu serviço.</u>	1. faixas 2. no trabalho
14.Rose- (1) <u>No posto de saúde</u> lá em São Paulo e (2) <u>na televisão</u>	1. Posto de saúde 2. televisão
15.Ágatha- Pela (1) <u>televisão.</u>	1.televisão
16.Virgínia- (1) <u>Escutei na televisão</u> , e (2) <u>minha mãe também falou pra mim tomar a vacina.</u>	1.televisão 2.mãe
17.Clarice- <u>Pela televisão</u> , né.	1.televisão
18.Isabel- (1) <u>Fiquei sabendo da campanha pela televisão</u> e (2) <u>no postinho.</u>	1.televisão 2.Posto de Saúde

Questão 2 – Por qual motivo você resolveu ir tomar a vacina?

SUJEITO / ECH	IC
1.Cecília e- (1) <u>É... por uma precaução né?</u> (2) <u>Porque eu nunca tinha tomado vacina né... então eu fui.</u>	1.precaução 2.não era vacinada
2. Lya- (1) <u>É bom pra proteger o nenê, né</u>	1.proteção
3.Cora- Ah... (1) <u>porque eu tava na idade...</u>	1.estava na idade
4.Zélia- (1) <u>Achei que era importante tomar a vacina... e procurei o posto de saúde.</u>	1.importante se vacinar
5.Simone- Eu ia completar 30 anos na outra semana. Perguntei: Tem algum problema pra tomar a vacina? Ela falou assim, não. (1) <u>Então, deixa eu aproveitar. Estas coisas a gente tem que aproveitar. Foi isso.</u>	1.aproveitar a oportunidade
6.Maria- (1) <u>É bom pra se proteger.</u>	1.proteção
7.Ana- Minha amiga falou que era contra a rubéola, né? (1) <u>Pra evitar alguma coisa assim, né... eu peguei tomei.</u>	1.proteção
8.Raquel- (1) <u>Porque é necessário não é?</u> Eles... minha mãe disse que eu tinha já pegado, né ela não lembra direito também que eu tinha pegado a rubéola quando eu era pequenininha, aí ela falou vai porque é bom... pediu pra mim ir porque a maioria tava indo, né? (1) <u>Aí é bom... se eles tão pedindo, tá fazendo a campanha porque tá precisando todas as mulheres...</u>	1.necesário
9.Lygia- (1) <u>Como eu estava dentro da idade resolvi fazer a vacina.</u>	1.estava na idade
10-Leilah- (1) <u>Achei que eu deveria fazer, né, porque tava todo mundo vacinando, vou vacinar também, (2)pra... né... pra... como fala, prevenir, né.</u>	1.necesário 2.prevenção
11.Dinah- Eu falei, ah, (1) <u>vou tomar né, porque tava falando que tinha que tomar, né, tudo, se (2)caso a gente resolvesse engravidar depois, né, daí eu fui e tomei a vacina.</u>	1.tem que tomar 2.proteção
12.Jane- Tomei (1) <u>porque era dos 15 anos ao 29.</u>	1.estava na idade
13.Doris- Tomei porque eles estavam falando que <u>se engravidasse sem tomar injeção, poderia dar algum problema na criança.</u>	1.proteção
14.Rose- (1) <u>Porque tem que tomar, né? É necessário, né? Faz tempo que eu queria ter um filho...</u>	1.necesário
15.Agatha- (1) <u>Como eu estava na idade de tomar vacina, eu fui.</u>	1.estava na idade
16.Virgínia- Ah,(1) <u>é bom pra proteger.</u>	1.proteção
17.Clarice- Eu vim passar pelo médico, né pra ver o resultado do outro exame que eu tinha feito, preventivo... (1) <u>aí aproveitei já tomei a vacina, já tava aqui mesmo.</u>	1.aproveitou a oportunidade
18. Isabel- (1) <u>Porque tava pedindo e (2)porque era até 29 anos.</u>	1.pedido da saúde 2.estava na idade

Questão 3 – Como aconteceu a vacinação no dia da campanha?... O que falaram para você?

SUJEITO / ECH	IC
1.Cecília- Era o último dia da vacina... minha irmã chegou chamando: você não vai tomar vacina da rubéola? Vamos né?! Tinha pouca gente.... Eu já fui direto para tomar vacina...(1) <u>A moça me perguntou quantos anos que eu tinha eu disse que tinha 29...</u> eu já sabia que não estava grávida. (2) <u>Olha não foi muito orientação não, e eu também não fiz muitas perguntas a ela.</u> (1) <u>Só perguntou minha idade...</u> (3) <u>e ela olhou minha carteirinha.</u> (2) <u>Foi meio rápido...</u>	1.questiona idade 2. foi rápido 3.olhou carteira de vacinação
2. Lya- Cheguei no posto de saúde, entrei na fila, (1) <u>entreguei a carteirinha e (2)foram só aplicando a vacina nas mulheres como em gado.</u> (3) <u>Não perguntaram nada se a regra da pessoa tava em dia... não perguntaram nada.</u> A gente só perguntava se ia doer, porque era tudo moça nova, né... foi só. Tomamo e viemo embora.	1.entreguei a carteirinha 2.aplicando vacina como em gado 3. não perguntaram nada
3.Cora- Então, a moça da sala, que ia fazer a vacina do meu irmão (1) <u>perguntou a minha idade.</u> Eu falei: tenho 21. (2) <u>Então, entra aqui nesta sala... e toma a vacina da rubéola que começou hoje, e as mulheres estão tomando...</u> Ah, eu tomei a vacina... A sala de vacina, tava vazia, tinha só eu. (1) <u>A moça perguntou minha idade e fez a vacina..</u> (3) <u>Não me falou nada...</u>	1.questiona idade 2.entra na sala e toma vacina 3.não deram orientação
4.Zélia- Cheguei no Posto de Saúde e lá (1) <u>me perguntaram se eu não tava grávida ou se não queria engravidar.</u> (2) <u>Me deram um papel explicando sobre a vacina e (3)pediram pra assinar num papel que recebi as orientações...</u> porque qualquer coisa que acontecesse ... era responsabilidade minha. Foi a funcionária da sala que me falou...	1.questiona gravidez/possibilidade de engravidar 2.material impresso sobre a vacina 3. assinatura de documento
5.Simone- Cheguei na sala, tinha uma garota, daí perguntei, como que tomava, se eu podia tomar. Olha só que eu completo 30 a semana que vem. Algum problema? Aí ela falou, não. Ela falou assim... (1) <u>Tá tudo bem, né... tá tudo em ordem, tua menstruação tá regularizada?</u> Falei tá. Tava tudo em ordem. (2) <u>Aí ela falou você não pode engravidar durante 3 meses, tá?</u> Aí falei, ah, ta, ah... a não, mas isso aí é de perder de vista. Perdi...	1.questiona gravidez 2.não engravidar por 3 meses
6.Maria- A menstruação é sempre um pouco atrasada e a vacinação ia até dia 15. Só que eu falei assim ah... até dia 15, aí, depois eu vou no médico e aproveito para tomar vacina... e aproveitei para tomar a vacina neste dia mesmo, no dia 9... já tá perto do dia 15 mesmo, não vai fazer diferença e... vou ter que esperar até o dia 30 de novembro pra saber, com certeza. Então aí eu falei assim, ou eu não tomo a vacina ou eu tomo a vacina, por fim, se eu não tivesse tomado a vacina eu poderia ter tomado depois, porque continuou depois da campanha. Eu cheguei no postinho e (1) <u>ele só falou que eu não podia engravidar 3 meses depois da vacinação, falou isso pra mim, e aplicou a vacina.</u> O moço da sala de vacina só falou isso...	1.não engravidar por 3 meses
7.Ana- Chegamos lá no Posto não tinha quase ninguém, aí... ela, minha amiga, tomou primeiro, depois... fui eu. (1) <u>Aí a moça (da sala de vacina) perguntar né se já veio a menstruação pra mim.</u> Dia 14 é pra vir, né... Dia 14 não veio.... (2) <u>Aí...ela disse que tinha que não podia ficar grávida por 3 meses.</u>	1.questiona gravidez 2.não engravidar por 3 meses
8.Raquel- Cheguei lá falei que eu queria tomar a vacina contra a rubéola, né, virose, aí ela me chamou na ... foi duas... eu e mais uma amiga minha... aí ela chamou a Rose, né, que é amiga minha, deu a injeção nela, inclusive ela	1.orientação para dor

morre de medo, por isso que ela mandou entrar.. com ela, aí ela aplicou ni mim, e falou pra mim, falou assim ah, que (1) <u>se doer alguma coisa... faz uma compressa quente, que ela é meia dolorida, só isso.</u>	
9.Lygia- Fui tomar a vacina no Posto. Estava tranquilo. (1) <u>A moça da sala perguntou se estava grávida e (2)disse que deveria evitar a gravidez por três meses.</u>	1.questiona gravidez 2.não engravidar por 3 meses
10-Leilah- Fui vacinar no posto, não tinha quase ninguém, aí, eu cheguei lá, apresentei meu cartão de vacinação pra elas, (1) <u>elas não falaram nada pra mim</u> , também, nem se tivesse falado não sabia, né, não sabia nem que eu tava grávida também, aí tomei a vacina, tudo normal,(1) <u>não falaram nada.</u>	1.não falaram nada
11.Dinah- Eu cheguei, foi normal, tomei a vacina, né, na hora que eu fui não tinha ninguém. Eu tinha esquecido a carteira de vacina, ela fez um cartão na hora e me deu. (1) <u>Que eu me lembre, não me deram nenhuma orientação, nenhuma...</u>	1.não deram orientação
12.Jane- Cheguei lá no posto entrei lá na fila, fiquei lá esperando, porque tinha muita gente... eu tinha uma irmã que estava grávida e ela mandou perguntar se grávida podia tomar... aí eu cheguei lá e perguntei... aí a moça falou: ah não, não pode não. Porquê, (1) <u>você tá grávida?</u> Eu não, mandaram perguntar! (1) <u>Ela falou: ah, não pode.</u> Aí nem esperava, tomei, né... não sabia, tomei. Falaram só isso...	1.não pode estar grávida
13.Doris- Tinha um prazo pra tomar, né, daí eu não fui e as pessoas que não tomaram, eles foram lá nas firmas dar a injeção. (1) <u>Eu lembro que eles falaram pra mim que não podia estar suspeita de gravidez...</u> mas... não lembro se eles falaram que até 3 meses não podia engravidar...	1.não pode estar grávida
14.Rose- Cheguei lá tinha bastante gente, tomou.... (1) <u>Não falaram nada</u> , (2) <u>só pediram a identidade</u> , só... a moça que estava na sala... (1) <u>as enfermeiras lá do posto não falou nada</u> , tomei a vacina, pediu o nome, (2) <u>RG</u> e pronto, não sabia... (1) <u>porque realmente ela tinha que ter explicado, né, que eu não podia ficar grávida depois, não explicou nada, tomei não sabendo...</u>	1.não falaram nada 2.pediu o RG
15.Agatha- Fui no Posto de Saúde... estava tranquilo e (1) <u>a moça que deu a vacina falou que não podia ficar grávida durante 1 mês</u> , e que(2) <u>mulher grávida não podia tomar a vacina.</u>	1.não engravidar por 1 mês 2. grávidas não podem tomar
16.Virgínia- Vacinei lá no posto, eu tava até com medo da vacina, tudo, (1) <u>a moça da sala de vacina falou que essa vacina aí, que a vacina era pra evitar a rubéola</u> , e (2) <u>perguntou se eu estava grávida, por isso que eu tomei a vacina, só isso.</u>	1.evita a rubéola 2.questiona gravidez
17.Clarice- (1) <u>A enfermeira perguntou se não tinha problema, se eu não tava grávida</u> , (2) <u>falou que não podia ficar grávida em 3 meses.</u>	1.se não estava grávida 2.não engravidar por 3 meses
18.Isabel- Fui direto na sala da Maria, eu conheço a Maria, dei minha carteirinha pra ela, (1) <u>perguntou se eu estava grávida</u> , (2) <u>mandou assinar um caderno</u> , que (3) <u>eu não podia ficar grávida durante 3 meses</u> , (2) <u>assinei e tomei.</u>	1.questiona gravidez 2.assinatura de documento 3.não engravidar por 3 meses

Questão 4 – O que você sentiu quando descobriu que estava grávida e tinha tomado a vacina na campanha?

SUJEITO / ECH	IC
1.Cecília- Eu não sabia. Eu não sabia que eu estava grávida... Realmente não. Os sintomas começaram a aparecer né... aí procurei o médico e descobri que estava grávida... no posto de saúde inclusive fiz o exame de gravidez... foi aprovado, aí comecei a dar início no pré-natal. Me lembrei sim que eu tinha tomado a vacina inclusive eu... já caiu a ficha, né, eu já estava suspeitando, eu... olha nossa já pensou (1) <u>se eu ficar grávida eu não podia ter tomado a vacina. Fiquei preocupada. Fiquei preocupada (risos nervosos), (2) pus na cabeça, como será que pode nascer, fiquei com medo no início, (3)mas depois aí fui me informando, né a vigilância sanitária já começou a conversar comigo, também, né?</u> Eu nem sabia disso... aí eu passei com o Dr. ... (3)Mas aí eu falei nossa... porque a gente sempre tem um porquê, alguma dúvida mas aí depois eu já fui me acalmando mais, já fui analisando que não é bem assim as coisas.	1.preocupação 2.medo da criança nascer com algum problema 3.acalmando
2.Lya- Não. Não sabia. Tomei a vacina o dia 6 estava esperando pro dia 10 a próxima regra. (1) <u>Então esperei pra vir não veio... comentei com as colegas e elas falaram: espera uns 15 dias, talvez a regra atrase e daqui 15 dias vem. Aí esperei, aí vi que não vinha. Aí subi no postinho aqui, passei pra médica e contei... esqueci o nome da médica... (2)Mas quando fiquei sabendo que estava mesmo grávida, fiquei muito preocupada... (3)com medo da criança nascer deficiente, com algum problema, né, e também... minha família é pobre... não tem recurso pro tratamento, né?</u>	1.atraso menstrual 2.preocupação 3.medo da criança nascer com algum problema
3.Cora- Eu não tava grávida.... mas eu queria muito engravidar.... Tinha parado de tomar a pílula... A minha menstruação atrasou, aí, eu procurei o médico, aí ele pediu teste. Quando eu voltei e a médica me deu o resultado, eu lembrei da vacina... A médica acha que tomei a vacina 3 dias antes ou 3 dias depois de engravidar.(1) <u>Fiquei muito preocupada, só pensando no que aconteceria com a criança. (2)Tive sangramento duas vezes, precisei ficar de repouso... e ninguém me tira da cabeça que foi por causa da vacina. Justo agora que eu resolvi engravidar...aconteceu isso.... (3)O marido fica falando na minha cabeça... acha que a culpada sou eu.... (4)Eu só vou ficar tranqüila quando o nenen nascer...</u>	1.preocupação de como a criança nasceria 2.sangramento 3.marido acha que eu sou culpada 4.só vai ficar tranqüila quando o bebê nascer
4.Zélia- Não, não sabia. (1)Minha menstruação atrasou e como é regulada, achei que tava grávida. Então, esperei 20 dias e fiz um teste de farmácia e outro pelo posto de saúde. (2)Já tava preocupada por causa da vacina... (3)Quando descobri que tava grávida fiquei desesperada.... achei que nasceria uma criança com problemas. As pessoas falavam que isso era muito perigoso. (4)O meu marido, coitado, também ficou muito preocupado com essa situação.	1. preocupação com atraso menstrual 2.preocupação porque tomou a vacina 3.desespero porque nasceria uma criança com problema 4.marido ficou preocupado
5.Simone- Nem sabia que pudesse estar grávida. Eu tinha acabado de menstruar... (1)Porque... minha menstruação sempre foi muito reguladinha, aquela coisa né batidinha. Aí chegou em novembro, no dia 28 já não veio. Falei: Epa? O que será que aconteceu? Aí esperei até dia 30. Aí no dia 30 fui na farmácia e falei pra ele, se eu fizesse o exame de farmácia... ele falou que seria melhor eu fazer um exame de sangue. Daí expliquei o caso. Ele falou, olha... se der gravidez você procura um posto médico, ou centro de saúde, porque realmente isto não pode acontecer. Eu não sei como te orientar, mas eles sabem. Mas você tem esperar mais uns 15 dias ainda porque pode ser hormônio... Mas falei, que isso nunca aconteceu comigo... mas ele disse que sempre tem uma primeira vez. Eu acho que você	1.menstruação não veio 2.desespero 3.quase morri 4.choro 5.sem estrutura para enfrentar 6.medo

está enfiando coisa na cabeça... (1)Espera mais uns 15 dias. Aí comprei o teste e fiz... não me recordo o nome, mas eu fiz. Aí como deu... é assim, nunca nunca falhou... eu falei... não tem margem de erro, mesmo... (2)Aí já estava desesperada, aí já fiz o pré-natal, os exames do pré-natal porque já tinha certeza. (3) Quase morri. (4)Cheguei aqui, mais chorava do que falava com a doutora, né. Porque... eu tenho um filho de 4 anos, então, eu olhava ele falava, aí minha Nossa Senhora, esse menino é perfeito, (5)se acontece alguma coisa... eu não conseguia encontrar estrutura em mim... pra enfrentar tudo isso, (6)eu tinha muito medo... (2)Fiquei desesperada... (7)Eu já achava que a criança ia nascer todo defeituosa, não sei... não conseguia imaginar algo definido. (8)Eu achava que.. às vezes eu não ia levar a gravidez até o final... (7)As vezes eu achava que a nenê ia nascer com má-formação, as vezes eu achava que ela ia nascer com algum problema neurológico. (9)Daí já pensava não... se for, né se for coisa mais leve, né a gente pode trabalhar assim, assim, assim. Aí eu já começava me programar...(10)Nossa, o medo de não ter o conhecimento, porque, quando a gente passa por isso, a gente percebe que... como a gente não tem conhecimento das coisas, como a gente oculta muita coisa que é passada. Quantas palestras eu já ouvi, nossa, quantas reuniões, quanta, né? Quando você estuda.... você nunca dá atenção. De repente você precisa, você começa a analisar o quanto aquilo é importante e você não valorizou. Aí comecei falar, mas eu já estudei a respeito disso, deixa eu lembrar... aí eu não lembrava... nossa... (10) aí eu ia na biblioteca, o que eu li! O que você imaginar. (9)Aí alguém falava que tinha uma criança doente, assim... que tinha síndrome de Down, alguma coisa assim... eu ficava assim prestando atenção, mas não, para saber da vida da pessoas... pra conhecer... pra ver se... deficiente visual... auditivo... Eu queria ver como que se aprendia, olha meu Deus... para eu estar preparada, sabe!	7.a criança nasceria com defeito 8.gravidez não iria até o final 9.preparo para cuidar de uma criança com deficiência 10.medo da falta de conhecimento
6.Maria- Eu não sabia que estava grávida. Eu ficava assim... todo mês mesmo assim eu sempre ficava naquela coisa cê sabe, quando a gente não toma nada, porque a gente... quem não toma remédio sempre fica um pouquinho na dúvida. Assim, todo mês você fica com aquela coisa esperando, enquanto não desce você não fica tranqüila. Mas este mês... assim, eu não tava preocupada, eu não tava com nada, só que eu tinha que esperar até o final do mês, o dia 30, para depois eu me preocupar com isso, porque demorava mesmo para poder vir, então não tinha aquela preocupação... ficava até 45 dias sem vir, era normal... senão fosse... Ai no caso nem agüentei esperar os 45, quando deu 40 dias acho que já fiz o exame. Todo mês eu não ficava, até eu tava querendo, né... (1)dessas vezes eu ficava com aquela coisa assim que, aí meu Deus, acho que não vai vir, acho que não vai vir, acho que não vai vir, aí por fim conversei... vou fazer o exame pelo menos eu fico mais tranqüila... fui fazer no posto, mas daí a mulher falou que demorava 15 dias para ficar pronto, aí saí do posto e fui fazer particular. Já deu positivo. Na hora que eu fiquei sabendo assim, que eu tava grávida, a primeira coisa que eu pensei foi na vacina, já veio direto na minha cabeça já da vacina. Aí fui no postinho... tudo... (2)Fiquei bem preocupada por causa disso.	1.aflição pelo atraso da menstruação 2.preocupação
7.Ana- Não... não suspeitava. Foi que eu comecei sentir uma dor na barriga, aí eu fui no Dr João... tava descendo um sangue escuro, sabe, uma coisa estranha. Aí ele falou... isso aqui não é nada, é o resto da sua cauterização que você fez, então... tá saindo. Falei, mas aí eu falei, mas e a dor na barriga? Ele falou: é normal. Aí peguei, fiquei mais 3 dias com a dor, aí eu peguei fui no hospital, aí eu passei com um clínico lá em baixo. Aí ele falou: ou é gravidez ou é pedra no rim. Aí pegou encaminhou eu pra ginecologista lá de cima, do pré-parto. Daí ela fez o exame, tudo, ela falou assim: você tá grávida. Falei: não pode ser, doutora, fui no médico há 3 dias atrás ele disse que não era gravidez? Que era o resto da cauterização que tinha vindo. Não: você tá grávida! Ela fez um exame de urina, só que eu não acreditei. Falei: doutora, tem que fazer a primeira urina. Não, não tem necessidade, também é confiável. Ela fez outro pedido, fui colher no outro dia, aí à tarde fui saber o resultado no mesmo médico que tinha falado que era o resto da cauterização. Aí ele falou que era gravidez mesmo. Nem lembrei que eu tinha tomado a vacina... Foi minha	1.perdeu o rumo 2.como a criança nasceria 3.depressão 4.medo 5.o que o pai da criança pensa e sente

cunhada que abriu a boca, falou assim: Ana cê tomou a vacina, cê não podia estar grávida. Aí ela comentou com a enfermeira, a enfermeira comentou com a chefe; ela já encaminhou pro Dr. João. (1)<u>Depois que falei com eles, eu sei que eu fui embora até perdida... até o rumo...</u> (2)<u>Passou um monte de coisas, nossa, da criança nascer parálitica... da criança nascer com problema...</u>(3)<u>eu fiquei até em estado de depressão, com isso.</u> (4)<u>Sentia medo, sabe... uma coisa estranha, assim medo de... de ser uma coisa mais séria, né.</u>(4)<u>Medo... até hoje eu tenho esse medo...</u> Ah, eu tenho medo, nossa... um medo, (5)<u>o pai do neném tá com medo, ele fala que devia ter mais orientação no dia da vacina, que devia ter um teste de gravidez pra... fazer, que o que eu fiz, tomar a vacina é loucura...até hoje ele fala pra mim...</u>	
8.Raquel- Não. Fui saber depois de 5 dias de atraso, de 10 dias, 5 dias porque não atrasava pra mim, né, daí falei, passou 5 dias né, é certeza que eu tô grávida. <u>Esperei os 10 dias porque depois dos 10 dias é bom fazer exame, né, aí eu esperei mais 5 dias e fiz o exame.</u> A minha irmã falou pra minha mãe, minha mãe falou, Raquel, tô tão nervosa porque você tomou a vacina, eu falei assim, e daí? Aí ela pegou falou porque não porque a Marta foi informada aqui no posto que durante 30 dias, durante um mês não podia engravidar, corria risco de prejudicar o neném. Aí que eu fiquei né, aí eu fui no pré-natal certinho aí que eles me informaram direito sobre o... problema da virose. (1)<u>Ah, eu... fiquei nervosa, né porque, falei nossa se pelo que eu sei da rubéola, é uma coisa que dá malformação... dá problema na criança... ela pode nascer com problema no cérebro, várias né, dificuldades na criança, né. Eu... tanto que eu queria nenê, eu... né, o meu problema era vir já com problema no nenê, tanto que eu queria ter o nenê e a hora que eu consigo ficar grávida tudo, acabe de eu tendo esse problema,</u>(2) <u>mas aí, como faz... eu já tava grávida não ia fazer um aborto, de jeito nenhum...</u> (3)<u>Eu fiquei nervosa...</u> (4)<u>perguntava...ficava perguntando pras pessoas que tinham tomado, o que médico tinha falado... se as pessoas estão grávidas, também, a primeira coisa que eu pergunto se tomou a virose, se tão tendo acompanhamento, né. Tem várias meninas em outra cidade, também, que eu conheço, tá grávida assim, que eu converso assim, elas falam assim, não.... só perguntou se... se eu tô... se eu tomei vacina, não to tendo acompanhamento nenhum não, aí eu falo que aqui estou tendo este acompanhamento, da vigilância, aí eles até assusta, né, que lá não tem muito essas... essas coisas, né, nem tem todos esses benefícios que a gente tem aqui, né.</u>	1.nervosa por causa das conseqüências da doença 2.não quer abortar 3.nervosa 4.necessidade de conhecer outros casos
9.Lygia- Não achava que estava grávida, por isso que eu fiz a vacina. Eu sempre tive a menstruação regulada e como atrasou, procurou o médico do trabalho, fiz o teste e deu positivo. Aí me lembrei que eu tinha tomado a vacina. (1)<u>Não sei exatamente, só que passou um monte de coisa na cabeça... que a criança vinha vir defeituosa, vinha vir com problema...</u> (2)<u>às vezes até não ia até o final, seria 50% de sim e não, 50% pra cada um.</u>	1.como a criança nasceria 2.a gravidez poderia não ir até o final
10.Leilah- Olha, nem sabia que estava grávida. Depois que eu tomei a vacina... no outro mês a frente... quando eu tava grávida já vinha assim a menstruação pra mim, pouquinho, sabe? Ainda comentei com a minha vizinha: nossa, tá vindo tão pouquinho pra mim, não sei porque, aí mas eu nem liguei, aí quando foi no outro mês a frente não veio mais nada pra mim, aí eu comprei o teste na farmácia, fiz, aí deu gravidez. (1)<u>Aí, nossa, passou um monte de coisa... eu pensei comigo assim, nossa... e agora... porque uns falam assim... que não tem perigo... outros que tem assim um pouco de risco, se meu filho nascer deficiente, se meu filho nascer é... falta um braço, sem uma perna, passou um monte de coisa na minha cabeça.</u> (2)<u>fiquei me sentindo mal um par de tempo... inconformada.</u> (3)<u>Aí ainda pedi pro Dr.: não pode tomar uma... não pode fazer um aborto?</u> Não, ele falou assim: é contra a lei, pra fazer um aborto só se a criança tiver malformação. Eu falei, é? Ele falou: é. (1)<u>Aí mesmo assim eu fiquei com medo né, porque se meu filho nascer deficiente... nascer... né, passou tanta coisa na minha cabeça... parecia um bicho de 7 cabeças. Meu erro foi ter tomado a vacina.</u>	1.como a criança nasceria 2.ficar mal, inconformada 3.queria abortar

11.Dinah- Eu não sabia que estava grávida. Nem desconfiava... Então eu tomei a vacina, no dia 14, né no dia 14 de novembro que eu tomei a vacina, daí, até então eu não sabia, né, de nada, daí no sábado, que tinha que vir pra mim no dia 17, e pra mim como não atrasa, eu esperei 4 dias, daí eu fui fiz o teste, dia 21, já peguei o resultado no mesmo dia, deu positivo... Até no dia, porque eu tinha sido internada, né, na 3ª feira... eu tinha sido internada, dia 20, porque de vez em quando eu tenho uma aceleração no coração, fui internada no ano passado 2 vezes por causa disso, daí eu expliquei pro cardiologista que eu suspeitava que estava grávida, daí... mas ele... daí como eu fiz o eletro, eu tava com duas manchas vermelhas, eu peguei, eu mostrei pra minha mãe, né, minha mãe falou assim, deve ser um micose, alguma coisa, daí eu falei, tudo bem, né. Mostrei pra minha sogra, minha sogra pega e ela fala que já era rubéola. (1)<u>fiquei desesperada, falei pronto, né, agora se for mesmo, quero ver como que vai ser,</u> daí foi aonde eu liguei pra ele de novo e expliquei tudo, ele falou que não, que era do eletro, não era nada, não... Depois que eu tinha tomado a vacina e que eu descobri que eu tava grávida, (2)<u>eu fiquei preocupada</u>, né, tanto é, que no mesmo dia já procurei o médico. (3)<u>Mas até hoje eu tenho um pouco de medo... não sei porque.</u>	1.desespero 2.preocupação 3.medo
12.Jane- Nem pensava que eu tava grávida, né... Porque se já tivesse atrasada, aí eu...é claro que a gente ia pensar, né, porque eu usava camisinha... um dia só que eu não usei... por isso que eu não esperava, acha? Aí, dia 7 que eu tomei a vacina, dia 10 que era pra descer a menstruação, né, e aí... não desceu. (1) <u>Quando eu fique sabendo, quando eu vi, eu fiquei assustada, porque eu sabia que não podia tomar a vacina, só não sabia que tava grávida,</u> daí foi aonde que eu fui procurar o médico... (2)<u>Eu fiquei preocupada, muito nervosa, né... porque disse que não podia tomar a vacina,</u> (3)<u>não sabia se eu ia perder a criança,</u> (4) <u>se era perigoso nascer com algum problema, né? Muito, muito problema.</u>	1.assustada 2.preocupação e nervosismo 3.possibilidade de abortar 4.possibilidade da criança nascer com problema
13.Doris- Eu não tava grávida na época que eu tomei. Tomei em novembro, engravidei em dezembro. Vi que atrasou. Estava esperando minha menstruação pro dia 1º de dezembro, vi que atrasou, daí... fiz o exame lá no postinho, e deu positivo. Eu lembrei que tinha tomado a vacina porque todo mundo... as menina lá da fábrica... começou a falar, que não podia engravidar... (1)<u>que podia dar algum problema. Fiquei nervosa, preocupada.</u> (2)<u>O pai do nenê também fica muito nervoso, ele também não entende muito.</u>	1.nervosismo e preocupação pelas consequências para a criança 2.pai do nenê fica nervoso
14.Rose- Não, não estava grávida. No dia 5 eu tinha menstruado, no dia 21 foi o último dia. Meu estômago tava sentindo, né, começou a doer, com cólica, enjôo bastante, aí eu já sabia, nunca tinha atrasado para mim, foi um mês de atraso... Nunca tinha atrasado nem uma semana... e atrasou já... esperei até 1 mês... Aí fiz o teste aqui, no postinho. Aí a moça perguntou se eu tinha tomado a vacina... eu falei que tinha tomado, aí ela me encaminhou para cá (VE). (1)<u>Fiquei muito nervosa, né... comecei a passar mal... da criança nascer com algum defeito...</u> (2)<u>não conseguia nem dormir,</u> (1)<u>achava que a criança... até hoje eu fico pensando, será que vai nascer com algum problema, algum defeito, se vai ser normal, fico pensando... penso o tempo todo...</u>	1.nervosismo da criança nascer com defeito 2.não conseguia dormir
15.Agatha- Não sabia que eu estava grávida. Depois que eu tive minha filha, porque eu tenho uma de 2 anos, né, eu comecei a ter muito problema assim, mesmo tomando remédio ficava quase um mês inteiro vindo, aí a Dra. fez tratamento de hormônio, tudo, comigo, parou... aí eu comecei a tomar o remédio, começou tudo de novo, só que eu não posso tomar qualquer remédio, assim, me dá... tenho alergia... tenho um monte de coisa. Aí em outubro ela me deu um remédio que tudo o que eu comia, por causa do remédio, eu vomitava, aí eu falei... vou parar de tomar o remédio porque já tá no dia de vir e depois eu vou lá, peço pra ela colocar o DIU, alguma coisa, porque não está adiantando, né, só que aí já não veio mais... mas aí eu fiquei esperando porque eu falei... vai ver porque tava vindo	1.choro 2.não tem informação 3.insônia 4.marido ficou nervoso

bastante e agora eu parei... acho que vai acertar, né, só que aí não vinha... eu falei... bom, eu comecei a passar mal, num dia eu falei, acho que vou fazer o exame só pra... porque se não... eu vou lá na Dra. ela vai perguntar, né, então foi por isso que eu fui lá fazer o exame, porque eu achei que eu nem tivesse grávida. Fiquei sabendo depois de quase 2 meses de atraso... Nossa, (1)<u>na hora que eu fui lá eu até chorei no consultório dela, da Dra., (2)porque você não tem informação nenhuma assim, você acha que é... né, (1)nossa, eu fui chorando... (3)Mas até o exame ficar pronto... eu nem dormia... (4)Meu marido também ficou nervoso, que nem eu, mas depois do exame ele também ficou tranquilo...</u>	
16.Virgínia- Não, não estava grávida. Estava atrasando pra mim. Pra mim, todo mês adianta, nunca passa daquele dia, do dia que eu estou esperando. Aí atrasou, eu fiz o exame no Posto, eu voltei pra saber a resultado, aí a moça disse que tinha dado positivo, né, aí ela já fez aqueles papéis que tem que fazer... da gestante, aí ela perguntou se eu tinha tomado a vacina, daí eu falei que tinha.(1)<u>Eu fiquei preocupado, né, fiquei com medo, eles falam que é perigoso, né, da criança nascer com algum problema, aí fiquei com medo, nascer com defeito, que é o que eles falam que essa doença faz, que é que quando a mulher tá grávida, que ela tem a rubéola, é perigoso, da criança nascer com problema, nascer cega.</u>	1.preocupação e nervosismo da criança nascer com defeito
17.Clarice- (1)<u>Fiquei com medo, né. De dar alguma deficiência. Porque elas falaram que não podia, né, que é perigoso dar problema no nenem, meu medo era esse.</u> Não sei porque a minha carteirinha sumiu, eu perdi, né, porque falou se tivesse tomado antes não tinha problema, ms eu não sabia se tinha tomado ou não, a gente procurou não achou, a gente sempre estudou na roça, deve ter perdido, nas estradas, pra ir pra escola. (2)<u>Eu tinha esperança que eu tinha tomado, e não ia dar nada...</u>	1.medo da criança nascer deficiente 2.esperança de ter tomado a vacina anteriormente
18.Isabel- Eu não sabia que estava grávida. (1)<u>Depois de 1 a 2 semanas não desceu pra mim, fui fazer o teste, fiz o teste particular mesmo, tirei sangue no mesmo dia, porque o posto não faz com menos de 15 dias de atraso, entendeu? e como (2)eu estava preocupada e (1)a moça lá do laboratório falou que esse exame de sangue dava, mesmo com um dia de atraso, então eu peguei e fiz.(2)Fiquei preocupada. (3)O que eu perguntava pro médico era o seguinte: se ele achava que o nenem ia nascer com problema que ia constatar naquele US ou não, eu queria saber antes do feto ficar grandão, se tivesse que abortar, não ia abortar com ele grande, entendeu? Pequenininho eu até deixava, se garantisse prá mim que ia sair, porque já é difícil criar uma criança normal...</u>	1.preocupada com o atraso menstrual 2.preocupação 3.queria abortar se a US constasse problema na criança

Questão 5 – Quais foram as orientações que você recebeu do pessoal da saúde quando você procurou o serviço para contar que estava grávida e durante todo o seu pré-natal?

SUJEITO / ECH	IC
1.Cecília- Aí eu já corri lá no posto deu positivo eu já me esclareci com a moça e ela já marcou na minha carteirinha que eu tinha tomado a vacina contra a rubéola... tudo certinho. (1) <u>Ela falou que tinha mais casos também que tinha tomado a vacina, mais moças... tinha acontecido também.</u> O (2) <u>Dr. também me explicou muito bem, sabe, então falou que os casos... são poucos então, aí já fiquei mais tranquila!</u> Se for deixar levar você fica preocupada. A Mara, lá de baixo... do pronto socorro... me ligou (3) <u>falou que eu tinha que fazer uns exames.</u> Bom... (4) <u>Em primeiro lugar, fui encaminhada para fazer o pré-natal lá no Centro de Saúde, no centro mesmo. Só que aí eles falou que não era necessário, que eu poderia fazer o pré-natal no meu posto, no bairro meu mesmo.</u> Aí até eu falei nossa, fiquei chateada, pó... já tomei essa vacina, né... tô preocupada. Me encaminhou para lá, até a moça no dia falou: Ah! mas mandaram para cá? Mas não é aqui... a Maria e a outra. Nossa! Eu fiquei chateada. Mas aí eu falei que eu vou fazer... ter paciência né? Aí me encaminharam de volta. Melhor ainda, vou tratar perto da onde que eu moro. Aí ficou quietinho. Aí eu voltei para cá. (5) <u>Depois mandou procurar a Joana que é de lá da vigilância e ela foi super atenciosa também.</u> Aí me senti bem melhor... Aí já normalizou. Comecei o tratamento aqui, o pré-natal aqui, fiquei acompanhando com a Joana, na vigilância mesmo, (3) <u>ela me ligou, tudo certinho... que eu tinha que fazer alguns exames, né. Inclusive para fazer aquela... US.</u> (5) <u>Aí ela foi me informando... Mas no começo, eu falei para o meu esposo: nossa, tô ficando preocupada.</u> (6) <u>Ah!... e o médico queria ver o exame da rubéola... mas até hoje, não veio pra minha pasta, aqui no posto... Não tinha que vir?</u>	1.existiam outros casos 2.vacina tinha pouco risco 3.solicitação de exames, inclusive US 4.encaminhamento para o CS 5.encaminhamentoVE 6.resultado da sorologia não vem para prontuário
2.Lya- Aí eu peguei e fiz o exame. Aí deu positivo. Aí eu tinha escrito pruma colega minha, ela falou pra mim assim; Ô Lya você tomou aquela vacina? Não podia! Chega em quem deu a vacina em você e fala. Aí eu cheguei na Maria que é a encarregada da vacina, (1) <u>expliquei pra ela, foi da onde que dali ela partiu para outros exames.</u> (2) <u>Mas a médica, falou que a criança poderia nascer com problemas... retardada, cega, surda... Me deixou muito nervosa!</u> Disse que não podia ficar fazendo essa campanhas com a mulheres, não! Aí ela falou assim: (1) <u>vou te dar o exame, se der positivo, nós vamos correr, pra ver o que nós faz.</u> Eu falei, (3) <u>no caso se eu tiver... tem que tirar essa criança?</u> Ela não soube responder. A médica do postinho me deixou muito preocupada. (4) <u>Aí, ela me mandou pra Unicamp. Os médicos da Unicmp me atenderam... me falaram que não tinha perigo do nenê ter aquelas coisas que ela falou, não. Que eu podia fazer o pré-natal aqui mesmo... A Unicamp mandou uma carta pra ela e só assim ela começou a me tratar melhor! Mesmo assim, quando chega a consulta... a médica fala assim: "Ah! É a da rubéola". Isso me deixa muito revoltada!</u>	1.solicitação de exames 2.criança teria problemas 3.não soube orientar 4.encaminhamento para Unicamp
3. Cora- (1) <u>Falei pra médica da Unimed que tinha tomado a vacina na campanha, mas ela não soube me falar nada...</u> (2) <u>A médica me mandou procurar o Centro de Saúde.</u> (3) <u>No Centro de Saúde, me encaminharam pra vigilância (epidemiológica) pra falar com a Joana, que é (4)a enfermeira, aí ela me falou que não tinha muitos riscos não... pra eu ficar tranquila...</u> (5) <u>Olha, eu procurei informações até na internet... Também liguei pra aquele programa de televisão... o Note e Anote, e fiz perguntas pro Dr. José Bento. Não... Não fiquei totalmente tranquila.</u>	1.não soube orientar 2.encaminhamento para CS 3. encaminhamento para VE 4.poucos riscos 5.procura informação
4.Zélia- Quem conversou primeiro comigo foi (1) <u>o médico e ele me disse que a chance era mínima da criança nascer com problemas.</u> Depois, (2) <u>fui encaminhada aqui pra vigilância pra conversar com a Joana.</u> (1) <u>Me deixaram</u>	1.poucos riscos 2.encaminhamento para

bem mais tranqüila.... falaram que tinha risco mas era muito pequeno. Perguntei sobre os riscos, as porcentagens, e eles me e mostraram os resultados, em um papel...	VE
5.Simone- Aí eu fui no posto do bairro, aí (1)<u>conversei com a enfermeira chefe, ela foi super atenciosa comigo... me explicou todos, como que funcionava... mas que eram riscos pequenos... que não era para enfiar na cabeça... que... orienta-se que... não se tome realmente... toma-se cuidados... mas que não era assim... o fim do mundo. E era assim 1%... 0,01%... Era um índice muito baixo. Você fica calma, (2)me encaminhou pra cá. Aí falei com a Dra., ela (3)já colheu sangue... daí fez todos os exames necessários, daí já comecei o pré-natal, também. Aí depois teve que esperar porque era férias. Aí... nam.... sabe, essa enrolação. Aí meu posto estava sem ginecologista a gente passava só por orientação, com um médico lá até ela voltar de férias. Aí comecei a fazer com ela em março, acho... foi em março que eu comecei lá... tô com ela até agora.(4)Mas de princípio eu achei que estavam me enrolando. Em princípio eu falei, ah! essa mulherada tá me enrolaaaando ...eu acho ... que elas falaram, não, não é assim, também, mas vamos colher um examezinho prá ver se tá tudo certo. Então eu falei, mas então é sério... Depois eu comecei a ver... a Dra. sempre foi muito atenciosa, a Joana também sempre foi muito atenciosa Aí comecei a perceber que não era assim também um bicho de 7 cabeças. (5)Aí quando fiz o US me acalmei mais. O médico (US) foi muito atencioso... aí ele me mostrou todos os dados prá mim... me mostrou o nenen, falou olha seu nenen tá formado tá tudo bem, você pode ficar mais tranqüila, né. É um índice muito pequeno, aí eu fiquei mais calma (depois do US). Ele falou se tiver um probleminha agora, vai ser uma coisa muito leve e vai ser mais na parte neurológica. Ele falou olha, eu não acredito não. Acredito que esteja tudo bem mesmo pelo menos aqui a gente tá tendo uma porcentagem muito grande. Mas graças a Deus eles foram super atenciosos. Ainda bem... senão eu já tinha me suicidado. Hoje eu já tô bem mais tranqüila, hoje eu já tô bem mais... (6)Também o que eu perguntei. A última vez que eu vim aqui preencher mesmo a entrevista ela começava... Escuta me responde isso. Porque essa entrevista? porque eu achei que tinha algum problema quando eu respondia a pergunta da entrevista, mas por quê? Porque a minha prima tava grávida e não chamaram ela para fazer nada... então ela me explicou porque era por causa daquele tempo que não sei que. Ah... tá! Aí ela me explicou, depois ela já teve duas menstruações... (6)Achei que só eu... mas tem mais alguém?... quem é? Mais assim, quem que é: quantas pessoas são... quero saber tudo que acontece.</u>	1.poucos riscos 2.encaminhamento VE 3.coleta da sorologia 4.enrolando 5. orientações do ultra-sonografista 6.pediu orientação
6.Maria- Daí fui direto no postinho para poder avisar que eu tinha tomado a vacina, daí ... (1) <u>no postinho elas falaram pra mim que não devia ter tomado a vacina... que não sei que tem... elas explicaram pra mim... e elas falaram pra mim... e já deram um monte de papel pra poder já começar a fazer o pré-natal. E (2)a enfermeira chefe já me indicou para falar com a dra (da VE), na quinta feira da outra semana, que (2)ela ia explicar para mim o que era para eu ter que fazer...</u> Aí (1)<u>a enfermeira também... acho que ela não soube assim... ela falou pra mim... mas assim... eu fiquei com um pouco assustada, daí porque ela falou pra mim por causa dos riscos que tem a vacina, explicou... mas (3)ela falou assim que não ia ser nada, pra eu ficar tranqüila, pra não ficar preocupada que a dra. (2) ia explicar tudo certinho.</u>Depois que eu conversei com a dra., eu fiquei mais tranqüila... (4)<u>já colhi na hora, no mesmo dia que eu fui, uma amostra de sangue.</u> Ela falou que assim que ficasse pronto ela me ligava, daí ficou pronto ela me ligou... voltei lá de novo... ela colheu outra amostra de sangue e (4)<u>depois já marcou pra fazer o ultra-som,</u> daí fiquei mais tranqüila tirei tudo da cabeça de ruim, fiquei mais tranqüila... Daí ela falou, você vai voltar aqui só quando o bebê nascer... Tirou todas as minha dúvidas. (5)<u>Depois eu fiz ultra-som, depois que o médico falou pra mim também, que os riscos eram muito pequenos, que seria mais arriscado que se eu tivesse a doença ou contato com alguém que tivesse a doença.</u>	1.não podia ter tomado a vacina 2.encaminhamento para VE 3.não ia acontecer nada 4.colheu sangue e marcou o US 5.orientação do ultra-sonografista

7.Ana- (1)<u>Ele (o médico) comentou assim... que podia ser uma gravidez assim... que podia dar algum problema na... criança, e podia nascer com seqüelas da rubéola.</u> (2)<u>Depois falou assim pra mim, do primeiro US falou que, ah, a criança estava perfeita que deu pra gente ver a movimentação, é esperar nascer pra gente ver o resultado.</u> (3)<u>A dra. (VE) uma vez que eu passei com ela, ela diz que estava em estudos ainda... o que iria acontecer com a criança...</u> Só o que ela comentou... Foi o Dr. que (4)<u>encaminhou pra passar com ela,</u> e ela (5)<u>pediu a sorologia.</u> (6)<u>Pra começar, a sorologia demorou e... aí... ela... ligou pra mim falou que era para eu vir passar por uma consulta que tinha chegado, aí,</u> (7)<u>ela comentou que deu positivo, a sorologia deu positivo... e a vacina realmente, pegou, né, o que eu entendi foi isso... e aí ...ela explicou como poderia ser né, uma reação, tudo, aí...</u> (8)<u>A gente fica preocupa, né. Só a hora que nascer, mesmo pra gente poder mesmo... Não chegou àquela tranquilização. Que nem</u> (9)<u>o meu médico fala que quando eu for assim, no Hospital, fazer uma consulta fora de ser o pré-natal pra mim chegar pra médica falar que eu sou sorologia positiva da rubéola pra ela ficar mais... assim atenta...</u> (10)<u>Isso foi no comecinho agora ele nem comenta mais... Ele só fala assim põe um sorriso no rosto, vamos ver, daqui uns dias você é mãe. Só isso que ele fala para mim.</u>	1.criança podia ter problema 2.US normal 3.estavam em estudos as conseqüências para a criança 4.encaminhamento para a VE 5.solicitou sorologia 6.demora do resultado da sorologia 7.sorologia deu positivo 8.orientações não tranquilizaram 9.comunicar sempre que é sorologia positiva 10.orientações só no início
8.Raquel- Quando eu fui marcar o pré-natal, no PPA do meu bairro, né, com a dra (enfermeira), inclusive ela comentou que também tava grávida, ah, eu não tomei mas você vai ter que ter um acompanhamento, no primeiro dia do pré-natal você volta a falar isso com a médica, mas ela já tinha falado da vigilância pra mim, ela falou, ah, (1)<u>acho que você vai ter que ter acompanhamento da vigilância,</u> mas vamos conversar com a dra. Marta aí. No primeiro dia de pré-natal, a primeira coisa que eu perguntei, foi da vacina, que a minha mãe já tinha falado que podia correr risco, ter algum problema né, aí a dra. Marta daqui, não, agora você vai ter uma... um acompanhamento durante seu pré-natal com a vigilância do posto e ela perguntou se... (1)<u>você concorda em ter o acompanhamento tudo... pra ficar, pra facilitar pra você, pra você ficar mais tranqüila, também, ela falou...</u> (2)<u>pode ocorrer e não pode ocorrer problema, entendeu, então é bom você ter um acompanhamento, ah... comigo, com a... o clínico, que seria com ela, e com a dra Maria que é a minha médica do pré-natal, aí, eu concordei, vim todas as vezes que eles precisaram de eu vir aqui.</u> (3)<u>A dra Maria disse pra eu ficar tranqüila que até hoje não houve nenhum caso da vacina ter algum problema na criança, né, mais é bom você continuar tendo o acompanhamento... tudo,</u> (4)<u>ela viu o US, falou, não, pode ficar tranqüila, né, da... se desse alguma coisa eu ia falar pra você, né, que eu sou médica tudo, eu entendo dessas coisas também, mais, até agora ninguém falou nada, mas eu tinha que passar com a dra. Vera, né, aqui. A primeira vez que eu vim aqui, era com a dra Marta, agora é a dra Vera que tá me atendendo. Deixaram.... só a dra. Vera aí, quando</u> (5)<u>ela pediu o US porque o exame deu positivo (sorologia), tal que eu ia precisar fazer o US que deixou eu meia nervosa, né,</u> (6)<u>mas aí ela já me tranqüilizou na hora também, não! fica calma, todas as mulheres não é só você, todas as mulheres vão fazer este US, então, isso aí é um pedido, pra todas elas, não é só pra você, que eu tô pedindo pra esquentar tua cabeça, não, é todas as mulheres.</u>	1.acompanhamento da VE 2.pode ser que a criança tenha problemas 3.a vacina não causa problemas na criança 4.US está normal 5.solicitou US 6.US é para todas as mulheres
9.Lygia- Eu falei pra médica (1)<u>ela me encaminhou no caso, pro pessoal da VE, lá</u> (2)<u>conversei com a dra. ela me explicou passo a passo, ela explicou pra mim a respeito, o que seria com a criança, tudo, teria como falei pra senhora 50 sim 50 não, talvez alguns nasceria bem, outros não, né, viria com alguma coisa, mais ou menos isso...</u>	1.encaminhamento VE 2.um pouco de risco 3.talvez vacina não

ela falou: (3)<u>não precisa ficar tão preocupada que... talvez a vacina não vai atingir a criança.</u> Fiz exames tudo, graças a Deus o exame que eu fiz não deu nada, o exame de sangue. (4)<u>Disse, agora não lembro, a vacina que eu tomei, podia até ter cortado essa vacina da rubéola, né, quando criança... não lembro se eu tomei... não levei a carteira nada pra ela... mas parece que eu já tomei sim... que eu vi lá... já tinha tomado.</u> (5)<u>A dra. a pediu aquela, como se diz, aquela US bem modernizada, tudo para verificar realmente a criança,</u> mas tudo bem. Em seguida, (6)<u>a outra dra minha viu disse que tava jóia também, nem pediu outra US. Fiquei mais aliviada.</u> (7)<u>O médico da US, que foi feita lá na outra cidade, me deixou mais aliviada.</u>	atinja a criança 4.poderia ter tomado a vacina quando criança 5.solicitou US 6.US normal 7.orientação do ultrassonografista
10.Leilah- Aí fui no posto de saúde, né, conversei com as moças lá na frente, perguntou se eu tinha tomado a vacina, falei assim: tomei, aí (1)<u>elas marcaram urgente um exame de urina, porque elas falaram que tinha que acompanhar logo desde o comecinho, aí eu fiz, já levei pro Dr. ver, tudo deu, ele falou assim, (1)você tá grávida mesmo.</u> Aí depois ele pediu uns exame pra mim, tudo, fiz todos os exame que ele pediu, disse tá tudo normal, tá tudo bem, (2)<u>aí pediu o US, né. Mas (3)ele fala assim: risco tem, um pouquinho, sim. O Dr. falava que tinha um pouco de risco, aí você fica com medo, né. Mas, a hora que ele falava que tinha um pouquinho de risco, aí que eu ponhava coisa na minha cabeça, aí ficava com medo... É... (4)agora da US, deu tudo normal, o dr. falou que tá tudo normal... mas aí, a moça lá em cima falou pra mim assim, que o exame, se a US tivesse tudo normal, eu já poderia ficar sossegada, né... que não tinha mais risco de nada, mas (5)mesmo assim, que eu fiz tudo, ainda fico preocupada, enquanto eu não ganhar, não fizer tudo, eu vê que não tem nada, a gente fica preocupada.</u>	1.diagnosticar a gravidez 2.solicitou US 3.vacina tem um pouco de risco 4.US normal 5.ainda fica preocupada
11.Dinah- Procurei o ginecologista no mesmo dia, expliquei pra ele, (1)<u>daí ele pegou me fez um papel, né que era pra mim procurar o posto de saúde, a vigilância sanitária (epidemiológica), tudo, daí eu já fui, né... conversei com a Joana, tudo... daí, que eu falei com ele por telefone, no dia, daí (2)ele pegou e falou que não tinha problema nenhum, que eu podia ficar sossegada, tal, tal, depois eu fui conversei com a Joana também, (2)a Joana explicou tudo direitinho como que era, daí eu peguei e (3)fiz o exame de sangue que tinha que ser feito, eu fiz, depois a Joana na primeira consulta, (2)a Joana foi comigo, com o meu médico. Ela foi junto prá explicar pro médico, pro médico me explicar, que não tinha problema nenhum. (4)<u>Ele falou que não sei quantos por cento lá que teria, quantos não teria, né... tal.</u> Depois fiz exame de sangue, né... não deu nada, tudo normal, (5)<u>depois eu fiz a US,(6) com 5 meses eu fiz a US vi que tava tudo bem.</u> Como eu fiz a US deu que tá tudo bem, (7)<u>mas como esse negócio, a audição, a visão, não dá pra ver como que tá. Então a gente, eu fico um pouco preocupada.</u> Enquanto eu não souber que está tudo bem depois que fizer exame, que vê o resultado, vê que tá tudo certinho, né, eu fico preocupada.</u>	1.encaminhamento VE 2.não tinha riscos 3.colheu sorologia 4.tinha um pouco de risco 5.fez US 6.US normal 7.audição, visão, não dá para ver no US
12.Jane- Marquei aí (1)<u>o médico aqui neste postinho aqui, né, vim aí mas ele não era o médico daí, ginecologista, né, porque ele era médico de estômago, aí (1)ele falou, nossa! Você não deveria ter tomado vacina... falou um monte de coisa... que foi a maior besteira que eu fiz... aí, eu fiquei muito nervosa, falei, nossa! Não deveria ter tomado.</u> (2)<u>E era o meio do mês, e eles só dão papel pra gente fazer exame no começo do mês, aí eu peguei marquei, fui na PPA, aí ele deu o papel pra mim fazer, mas eles só carimbavam no começo do mês. (2)Esperei no começo do mês, carimbei, depois eu fiz o exame... peguei o resurtado, deu que eu tava grávida, aí eu levei no posto, lá em baixo, aí (3)o médico olhou e falou que não era tão... assim não... que ele ia ver... (4)precisava pedir o exame, fez o exame tudo, aí que veio resurtado, (5)demorou prá chegar o resurtado... (4)e quando chegou, deu positivo, né, aí eu fiquei preocupada de novo... daí (6)ele falou que eu ia ter que fazer a US, prá ver direitinho, porque (4)quando dava positivo era meio perigoso o nenem não desenvolver direito, aí (7)eu fiz o US, o médico disse que estava desenvolvendo bem, então ele falou, então que não tinha perigo, né. Ah, me tranqüilizou, porque</u>	1.não deveria ter tomado a vacina 2.diagnóstico da gravidez 3.não era muito grave 4.sorologia 5.demora do resultado da sorologia 6.solicitação US 7.US normal

eu estava preocupada antes de ter... <u>ai eu fiquei tranqüila de saber... que não tinha tanto perigo.</u>	
13.Doris- Falei pra Maria (posto), (1)<u>ela já me deu os exames pra mim fazer... da rubéola, exame de sangue e (2)exame de urina, antes de fazer o pré-natal, com o Dr. João. (3)Daí com 3 meis já fiz a US e quase com 4 eu fiz de novo, no hospital que ele me deu a guia pra mim fazer, Dr. Pedro, a primeira eu paguei... a segunda ele me deu.(4)A Maria ficou brava... ela falou que se quando eu fui tomar... se alguém não tinha falado que não podia tomar. Ela queria saber quem que deu, a injeção...só que daí eu não achava o cartão e agora tá lá em casa... mas não tem nome... não tem nada... (5)O Dr. Pedro só pediu a US, ele não é de conversar muito... (6)Ele falou pra mim se tinha feito o exame da rubéola, mas... o resultado não tava lá... não tinha que estar na pasta, na minha pasta? Então, ele não falou nada do resultado do exame, só do de anemia que eu fiz agora, que ele falou que não deu nada, mas o resto... ele não falou nada... (7)Ah, não tive muita orientação, não... Daí com 4 meses, tinha que tomar aquela do umbigo, injeção (tétano), eu não tomei... eu já estava quase com 5, aí a mulher disse, deixa na consulta, dia 20, você toma... acabei não tomando nada... fiquei com medo... larga mão de tomar.</u>	1.solicitação de sorologia 2.diagnóstico de gravidez 3.feiz US 4.não podia tomar a vacina 5.solicitação US 6.resultado da sorologia não vem para o prontuário 7.pouca orientação
14.Rose- (1)<u>A mulher lá do postinho falou um monte de coisa, que não era pra ter tomado, que podia a criança nascer com algum problema... O médico também disse que tinha um risco. (2)O médico do pré-natal perguntou prá mim, eu disse que tava resolvendo aqui (VE), então ele falou: tudo bem... (3)Fiz um exame de sangue, e (4)demorou até agora prá chegar o resultado, 4 meses! (1)Agora, a moça do posto sempre que falava coisa que me deixava nervosa, acho que ela não podia ter falado tanta coisa como ela falou, que a criança ia nascer com defeito, não sei que, não sei que...</u>	1.não podia ter tomado a vacina 2.acompanhamento na VE 3.coleta de sorologia 4.demora do resultado da sorologia
15.Ágatha- Na hora que eu fiquei sabendo que eu estava grávida, aí na mesma hora eu liguei pra dra Maria, que é a minha médica, aí eu liguei, falei que tinha tomado a vacina, (1)<u>aí ela falou que era pra levar minha carteirinha de vacinação, porque as vezes eu podia ter tomado quando eu era criança, e se eu tivesse tomado não tinha problema, de ter tomado essa, né, aí eu peguei minha carteirinha de vacinação, levei pra ela, aí tinha uma vacina lá que ela não sabia o que significava aqueles símbolos que tava lá, daí ela ligou no posto de saúde, ninguém sabia o que era aquela vacina. Aí ela falou assim, você vai no posto lá da tua cidade, pergunta o que é essa vacina que você tomou quando você era bebê, né, mas ela falou, mas eu acho que não é a da rubéola.... Aí eu vim aqui e elas falaram que era só a de sarampo, aí foi quando o posto daqui ficou sabendo que eu estava grávida e tinha tomado a vacina. Mas eu nem ia procurar eles... Daí (2)a dra. Maria, ela me explicou... falou do risco, falou que mesmo quem não toma a vacina, tem risco de dar algum problema, me explicou, me falou tudo, daí já fiquei mais tranqüila. (3)Ela já me pediu pra fazer o exame de sangue da rubéola, já (4)pediu o US morfológico... pra ver o nenê, tudo, aí (5)ela falou que não tinha problema nenhum, tava tudo certinho. Me deixaram tranqüila, depois eu não tive mais problema nenhum. (2)A médica do posto também conversou comigo, falou dos riscos, me explicou tudo.</u>	1.podia ter tomado a vacina na infância 2.orientação sobre os riscos 3.solicitação da sorologia 4.solicitação US 5.US normal
16.Virgínia- Aí (1)a moça disse que ia pedir um tipo de exame de sangue, pra mim fazer pra ver, tudo, aí (2)depois pediu um tipo de US pra mim, é...US morfológico, pra ver como o nenê está, né, só que (3)pra mim não ficar preocupada, é uma coisa que pode acontecer, mas eles não estavam falando que poderia né, que ia acontecer comigo, que era pra eu ficar assim, tranqüila, tudo, né, aí eu fiz esse exame de sangue e o US vou fazer agora... Ah, eu fiquei mais tranqüila, apesar que (4)<u>aquele o exame de sangue que eu fiz demorou tanto, que quando eu fiz eu tava grávida bem de pouquinho, hoje que eu fiquei sabendo o resultado... eu já estou com 8 meses. Toda vez que eu vou no médico lá no postinho eu pergunto alguma coisa, né tá demorando. Meu marido também falava que o</u>	1.solicitação sorologia 2.solicitação US 3.ficar tranquila 4.demora do resultado da sorologia 5.tem dúvidas

exame tava demorando e que era bom eu perguntar pras moças: e aquele tipo de exame de sangue? Elas falavam: não tá pronto ainda. Aí eu ficava, aí meu Deus, será que aconteceu... o que tava acontecendo... (5)<u>Olha, ainda eu tenho dúvida, ainda fico preocupada... Ainda não sei como está o nenê...</u>	
17.Clárice- Fazia 3 anos que eu não tomava o remédio e o meu marido morou 17 anos com uma mulher também, ele separou e nós fomos morar junto, ela não teve filho e eu achei que ele tinha problema, né. A minha última menstruação foi dia 29 de janeiro e eu tomei a vacina no dia 19 de fevereiro, achei que tava normal. Não sei se neste período eu fiquei grávida ou foi depois, mas eu nem imaginava... não tava esperando também... Da outra vez que eu fiquei grávida da menina me deu dor de cabeça forte, também, e dessa deu de novo, daí já imaginei que tava grávida, atrasou, né, nunca atrasou... Logo que eu fiz exame, deu positivo, já comentei com a Geni e com a dra mesmo que eu tava passando,(1) <u>aí já mandou colher o sangue.</u>(2)<u>Só fiquei mais tranquila mesmo hora que fiz o US, pra ver o nenen, né. Até o médico já mostrou, virou a televisãozinha, aí mostrou coluna...</u> (3)<u>Mas no começo a Gisele falou: eu te avisei que não podia engravidar! Disse que não podia ter tomado, porque podia dar problema no nenen.</u> Eu falei, mas eu não sabia! Não esperava que eu ia engravidar. Aí a dra perguntou se a Geni já tinha conversado comigo, eu falei que sim, né, (4)<u>ela falou: isso acontece.</u> A dra disse que ia colher o sangue e esperar, né, mais nada... (5)<u>A moça do laboratório que colhe o meu sangue, falou que não era pra eu ficar preocupada, não que outras já tinham tomado, vacina e, não tinha acontecido nada com o nenen, também, né. Acho que foi, o erro foi eu acreditar que eu não ia ficar grávida, né.</u>	1.solicitação sorologia 2.orientação do ultra-sonografista 3.não podia engravidar 4.isso acontece 5.não tinha riscos para a criança
18.Isabel- Conversei com o chefe dos enfermeiros do posto, o Carlos, e (1)<u>ele marcou consulta com o ginecologista e já começou,</u> (2)<u>eu fiz, lá, o teste da rubéola,</u> já marcou todos os testes. Perguntei se a criança ia nascer deficiente. (3)<u>O médico falou pra mim que não tem problema nenhum, que de 1 em 1 milhão que sai só, é difícil sair, ele falou.</u> (4)<u>Daí foi feito US outras coisa tudo,</u> (4)<u>pra ver se tava bem.</u> (5)<u>aí eu vi que tava tudo certo... mas como garantiu pra mim que não, não tinha nada a ver, que o nenê era perfeito, eu fiquei sossegada.</u> (6)<u>O médico lá do hospital que fez o US também disse que tava bem.</u>	1.encaminhamento para médico 2.coleta sorologia 3.poucos riscos 4.fez US 5.US normal 6.orientação do ultra-sonografista

Questão 6 – As pessoas da equipe de saúde estão te ajudando a enfrentar a situação?... Como?

SUJEITO / ECH	IC
1.Cecília- Olha, do meu posto, eu não tenho muita relação assim com as pessoas, funcionários que trabalham lá, né, Assim que eu tive a notícia que a Laura falou, aí eu fiquei mais abalada, mas... (1) <u>ela foi super-tranquila para falar...</u> mas quanto a (2) <u>informação</u> foi com o médico mesmo, Dr. João. Ele (3) <u>foi bastante atencioso</u> , ele é atencioso, foi ele, depois, a vigilância, (4) <u>conversando bastante</u> , a Joana...	1.tranquilizando 2.informando 3. com atenção 4.conversando
2.Lya- Olha, foi tudo muito difícil. Lá no posto foi a Maria e a enfermeira (1) <u>me deram atenção</u> , mas a médica...(2) <u>me deixou muito nervosa com as coisas que falou</u> .	1.com atenção 2.me deixou nervosa
3. Cora- Olha... a médica que faz o meu pré-natal, lá na Unimed e a enfermeira, lá da Vigilância. (1) <u>Elas conversaram comigo</u> .	1.conversando
4.Zélia- Ah, o médico, ele (1) <u>me deu informação</u>	1.informando
5.Simone- Nossa! Olha! Eu, graças a Deus como disse pra você desde o primeiro momento que eu procurei... que eu fui no Posto, falei com a atendente, ela me passou para a enfermeira, a enfermeira me passou para a enfermeira chefe, ela me encaminhou pra cá, para Dra., que depois tinha a Maria ... (1) <u>todos eles foram super atenciosos</u> . (2) <u>O tempo todo eles tentaram me acalmar, falaram que eu tinha que pensar no bebê e que ia dar tudo certo. Que tinha que ver sim, mas que não era um bicho de 7 cabeças, não</u> .	1.com atenção 2.acalmando
6.Maria- Quem mais (1) <u>me explicou</u> quem mais (2) <u>me orientou</u> foi a dra. e vocês que estão vindo aqui e só.	1.explicando 2.orientando
7.Ana- Ah... acho que foi daquela primeira vez, que foi (1) <u>a entrevista (a pesquisa da Secretaria da Saúde) que deu prá ficar um pouquinho aliviada, na cabeça... mas... ainda não foi assim aquela coisa, sabe... e também o US que eu fiz... (2)me aliviou. (3)Foi uma vez comentado... foi no posto, mesmo...seria um pré-natal mais assim, atencioso do médico, mas em não vi atenciosidade do médico, nada disso... Sabe que o médico nem comenta mais sobre isso...</u>	1.só um pouco aliviada 2.US aliviou 3.pré-natal sem atenção
8.Raquel- A dra. Vera, e a dra. Marta também, (1) <u>sempre pergunta pra mim: já passou por lá, como que foi, se eu passo aqui ela quer saber se eu vim aqui pra mim contar o que ela falou para ela também ter um acompanhamento lá</u> .	1.demonstrando interesse
9.Lygia- Foi mais o pessoal da Vigilância. (1) <u>Foram bastante atenciosos</u> . O pessoal às vezes reclama deles... mas não é só porque eu sou funcionária, também, mas são bem... eles sabem que eu sou funcionária também, não vai atender... mas são ótimos o pessoal de lá... A minha <u>médica</u> (2) <u>não me explicou muito a respeito desta situação, não...</u>	1.com atenção 2.pouca explicação
10.Leilah- Ah!... ninguém. (1) <u>Eu achei que eles punham muito medo em mim, né, das coisas que eles falaram, porque, um falava que não tinha problema. Quem (2)me deixou mais preocupada foi o Dr., (2)porque quando eu perguntava pra ele, ele falava: risco tem um pouco, ele nunca falava que não... que... né, ele me deixava sempre preocupada</u> .	1.amedrontavam 2.preocupavam
11.Dinah- (1) <u>Ah!... foi só naquele momento mesmo, que a gente... que eu conversei... foi só naquele momento, depois não foi falado mais sobre isso...</u>	1.pouca conversa
12.Jane- O médico ginecologista, o do US e a Marta (DIR XX), que foi a que (1) <u>conversou mais comigo</u> .	1.conversando
13.Doris- Só fiquei mais tranquila depois que eu fiz a US, a primeira ... com o médico da outra cidade, (1) <u>ele conversou comigo, falou que tava formando normal, tudo normal. Lá no posto tem (2)algumas funcionárias que são meio desligada... sabe, dá um tipo de distância. Elas não fazem vários tipos de pergunta dentro do caso... pra gente</u>	1.conversando 2.desligados

<u>responder, pra elas saber dar uma orientação, pra cada coisa, porque cada caso é um caso, né... muitas delas orientam tudo igual, entendeu... a mesma coisa que fala pra uma, fala pra outra, entendeu?</u>	
14.Rose- Foi o pessoal daqui (VE). (1) <u>Elas me deixaram mais calma.</u> (2) <u>As orientações que eles (postinho) me deram me deixaram muito preocupada sem saber o que fazer...</u>	1.acalmaram 2.preocupando
15.Érica- A Dra.(1) <u>Ela me ajudou muito</u>	1.ajudando
16.Patrícia- Ah, acho que as moças do posto...(1) <u>conversando comigo</u>	1.conversando
17.Cristina- Ah, a Maria, (1) <u>a outra enfermeirinha, né, porque ela (1)disse que teve uma sobrinha que tomou e não teve problema nenhum, ela falou. Sempre ela conversa comigo.</u>	1.conversando
18.Mariana- O médico. Depois vocês vieram atrás de mim, né. Eu achei que (1) <u>eu fui bem orientada.</u>	1.orientando

Questão 7 – Alguém mais, além do pessoal da saúde, tem ajudado você a enfrentar esta situação enquanto você aguarda o nascimento do bebê?... Como?

SUJEITO / ECH	IC
1.Cecília- (1) <u>O meu esposo...</u> eu sou bastante carismática, católica (2) <u>e Deus. Deus, ele tá me dando a maior força mesmo, se não estaria lá em baixo. Nem estava aceitando a gravidez, mas ele...</u> Tô fazendo esse acompanhamento porque a gente tem que colaborar né? Um dia até posso dar um testemunho disso, se não eu não faria não... porque Deus está em primeiro lugar e depois vocês. (3) <u>Pensar bastante positivo, né, entregando bastante... então... é o que tá acontecendo agora.</u>	1.esposo 2.Deus 3.pensamento positivo
2.Lya- Sabe, é a (1) <u>minha família</u> e o (2) <u>meu marido</u> . Sou evangélica e vou na Assembléia de Deus e (3) <u>é Deus que me dá forças para suportar os problemas</u> . (4) <u>Os irmãos da igreja oram por mim</u> e (5) <u>o pastor também...</u> ele veio até conversar comigo, pede para os irmãos orar por mim...	1.família 2.marido 3.Deus 4.irmãos da igreja 5.pastor
3.Cora- Olha! (1) <u>Minha mãe!</u> Nós somos muito ligadas. Ela está me acompanhando desde o dia que eu tomei a vacina...	1.minha mãe
4.Zélia- (1) <u>Minha mãe</u> e (2) <u>minha sogra que estão sempre conversando comigo, me tranquilizando, né...</u> e também, (3) <u>as minhas colegas lá do Mac Donalds, onde eu trabalho, principalmente as que já tem filhos...</u> me dão a maior força.	1.minha mãe 2.sogra 3.colegas
5.Simone- (1) <u>Minha terapeuta, tadinha (risos), a psicóloga</u> , Cláudia, lá no médico do trabalho. É assim, eu tava muito desesperada, porque além desse, eu tenho outros problemas junto com isso... pelo fato de ser solteira... o pai da nenen queria que eu tirasse... sabe... e assim, tudo isso, foi muito traumatizante pra mim. Eu tive que largar, tive que abandonar muita coisa, pra mim falar isso... sabe, eu tive, de sair... fazer o que eu mais gostava que era o meu trabalho... trabalhava no Departamento de Cultura, né, trabalhava com eventos, teatro, sabe...era minha vida... tiver que mudar de trabalho, porque o pai da nenen também trabalhava lá... e eu não achei justo... foi uma pressão muito grande, muito grade mesmo, eu sofri muito, (1) <u>e ela foi muito ... abençoada. Porque às vezes ela ri de mim então ela faz umas piadinhas, ela fala assim: Simone, vamos andar pra frente, sabe?</u> então sou muito insegura, muito, muito, muito. Então o eu sempre vivi em função do meu filho e agora de repente eu tenho que viver em função dos dois. Tenho medo de fazer uma coisa pra um e magoar o outro, por outro lado, eu tenho que segurar o Vitor que ele já tá numa idade que... né... então, eu tenho que dar uma seguradinha... às vezes machuca, porque eu não sei como ele vai entender... (1) <u>Ela me ajuda muito... muito mesmo, nossa!</u>	1.terapeuta
6.Maria. Aqui assim (1) <u>acho que todo mundo, né...</u> (1) <u>sempre fala, mas sempre fala assim pra não ficar colocando as coisas na cabeça...</u> Sempre tem alguém que gosta de colocar um pouquinho de medo... Nossa você tomou a vacina, né? (2) <u>Minha mãe</u> , (3) <u>meu pai</u> , (4) <u>a família do Márcio tudo, me ajudam.</u>	1.todo mundo 2.mãe 3.pai 4.família do marido
7.Ana- Com mais ninguém, ninguém, ninguém....(1) <u>Eu converso com a minha mãe... ela fala que tem que entregar na mão Deus... e...</u>	1.mãe
8.Raquel- (1) <u>A minha cunhada, a Elza</u> . (1) <u>Qualquer coisinha eu corro perguntar pra ela, ela foi enfermeira da maternidade, então, ela sabe algumas coisinha e passa prá mim</u> , e (2) <u>as minhas irmãs que já teve filho</u> , e (3) <u>o meu marido, quando eu chego, a primeira pessoa a perguntar é ele, como é que foi</u> . Outro dia ele foi na casa da tia dele,	1.cunhada 2.irmãs 3.marido

já aproveitou e falou lá pra mim que a vigilância tinha ligado, que era pra mim... porque se a vigilância tá me procurando é por causa da vacina, aí... fica calma, não é nada, é só pra você passar lá... pra equipe que vai vir de São João.	
9.Lyagia- Mais (1) <u>minha mãe</u> e (2) <u>meu marido</u> no caso. <u>Eles falam, não precisa não ficar preocupada, quando você já vê, tá mais aliviada.</u>	1.mãe 2.marido
10.Leilah- Tem, (1) <u>falei com as pessoas que tomou vacina</u> , tudo, aí até (2) <u>tinha uma vizinha aqui perto de mim, até ela mudou, ela falava, não, não fica preocupada não, com o negócio da vacina, não tem nada a ver.</u> Falava: será que não? No posto eles falam uma coisa, depois eles falam outra, não sei. Ela falava: (2) <u>não, não tem nada não, não fica preocupada, não.</u> (3) <u>Meu marido achava que não tinha problema, também. Ele falava: você não confia em Deus? Ele falou desse jeito!</u>	1.pessoas que tomaram a vacina 2.vizinha 3.marido
11.Dinah- (1) <u>Não, com ninguém.</u>	1.ninguém
12.Jane- (1) <u>Meu esposo, né...</u> Ele ficava preocupado também... daí nós dois conversava, né...	1.marido
13.Doris- (1) <u>Ninguém.</u> O pai do nenê também fica muito nervoso, ele também não entende muito.	1.ninguém
14.Rose- Só (1) <u>o meu marido...</u> eu não tenho ninguém aqui... é tudo de São Paulo.	1.marido
15.Agatha- (1) <u>Não conversei com ninguém.</u> Meu marido também ficou nervoso, que nem eu, mas depois do exame ele também ficou tranqüilo...	1.ninguém
16.Virgínia- (1) <u>A minha mãe está me ajudando muito.</u> Um pouco antes de engravidar, descobri que meu marido, tinha uma outra mulher, e eu sofri muito com isso... mais tarde ele me garantiu que tinha acabado tudo com a outra, mas mesmo assim eu não me sinto segura. Hoje, (2) <u>ele tenta me tranquilizar, me acalmar, fala que não vai acontecer nada com o nenê.</u>	1.mãe
17.Clarice- (1) <u>Meu marido. Ele fala que ninguém estava esperando isso, ninguém teve culpa, que ele tem fé que não vai acontecer nada.</u>	1.marido
18.Isabel- (1) <u>Às vezes eu converso com o pessoal,</u> tem até uma mocinha lá perto da minha mãe que tá grávida, sabe, e ela tomou e não tá tendo este acompanhamento que eu estou tendo, eu não sei por qual motivo, eu não sei, se eu fui escolhida e ela não foi... mas às vezes eu pergunto pra ela: eles não vieram atrás de você? Às vezes eu comento com ela.	1.pessoal

Questão 8 – Quais orientações que você recebeu do pessoal de saúde em relação ao que deve ser feito quando for à maternidade dar à luz e após o nascimento do bebê?

SUJEITO / ECH	IC
1.Cecília- Olha, bem informada, (1) <u>eu tenho que levar o material para colher o sangue do nenem, que vai ser colhido pelo cordão umbilical ou através do sangue mesmo do nenê.</u> Então... eu fui muito bem informada, inclusive eu não ia falar com o meu médico agora, porque eu tava indecisa qual médico ia fazer meu parto, né... mas... até eu entrei no assunto, e ele falou: não muito bom você falar sim, porque vai ser eu provavelmente que vai fazer teu parto. Então ele até marcou lá na caderneta, que é para falar sim agora e depois na hora muito mais ainda. Vai fazer os exames aí o que for, (2) <u>se der positivo ou negativo, aí eles vão... me informando né.</u>	1.colher sangue do nenê 2.resultado do exame
2.Lya- (1) <u>Não.... não recebi... orientação.</u>	1.não recebeu
3.Cora- A enfermeira (1) <u>me falou que vai precisar colher o sangue do nenen... quando ele nascer... e que (2)depois ele tem que ser acompanhado.</u> Por isso vou escolher pra pediatra, o marido da minha médica que é pediatra... Ela já ta sabendo de tudo... e... fica mis fácil, né?	1. colher sangue do nenê 2.acompanhamento do nenê quando nascer
4.Zélia- (1) <u>Falaram sobre a coleta de sangue que tem que fazer no nenê e por este exame dá para saber o que a criança tem.</u>	1.coleta de sangue do nenê
5.Simone - Ela falou que assim que ela me chamar, (1) <u>os exames... vai fazer lá no hospital... vai me dar um coletor, que vai ter que fazer o exame do nenen já e enviar pra ela, que depois vão me chamar novamente, mas que daí eles ligam pra mim. (2)Que daí vai ter o acompanhamento do bebê, acho que durante um ano? Vai acompanhar pra ver se caminha tudo bem. Ela disse: quando chegar mais perto eu te oriento tudo direitinho... Ah, do jeito que eu estava também, não sei se ia adiantar muito, né?...</u>	1.fazer o exame do nenê 2.acompanhamento do nenê
6.Maria- No posto tem sempre reuniões, sabe, assim, que eu achei super interessante, que eu perguntei lá, daí que eu podia levar tipo assim uma mala para mim, uma roupinha pro nenen, um pacote de fralda. Foi isso, só. A gente recebeu uma agenda da gestante, que explica bastante coisa assim, fala que a gente tem que prestar atenção nas contrações... tem que prestar atenção na hora que estoura a bolsa na cor da líquido no cheiro, como a gente deve dar de mamá... Mas eu não falava lá as coisas da vacina, não... Eu também assim, também não perguntava muito assim... porque eu sempre leio bastante... sabe assim, tenho também um livrinho que explica... o que deve ser feito... das doenças do nenezinho, alguma coisas que você deve fazer em casa mesmo... depois, procurar o médico... em questão das vacinas, pra que elas vão servir... o que vai causar depois no neném... já tava tão assim meia por dentro que não cheguei a perguntar muito sobre essas coisas...A dra (1) <u>falou que quando o bebê nascer eu vou voltar na vigilância para fazer o exame do pezinho e (1)colher a amostra de sangue dele, só isso...</u> Geralmente as minhas dúvidas mesmo... quando eu tinha... em relação do nenen... e da vacina... eu já ligava e já perguntava... já procurava direto a vigilância, mesmo... já sabia que lá era que tomava conta...	1.colher a amostra de sangue do bebê
7.Ana- (1) <u>Não, ninguém aqui falou.</u>	1.ninguém falou
8.Raquel- (1) <u>Aqui não,</u> mas eu já tive uma palestra com a dra Joana que é a enfermeira padrão, não sei, ela orientou assim, chegar lá... ela falou assim... tem muita gente que quer ir no dia do nascimento, levar a família inteira, né, como o espaço é pequeno tem um monte de equipamento pra socorrer a criança, chega um monte de gente acaba sufocando, acaba não tendo espaço, e sobre o parto normal, pode ficar tranquila eles sabem na hora o momento certinho, um monte de pergunta, só que no dia mesmo que a criança nasce, daí ela ficou de	1.ninguém falou

voltar a falar da amamentação, tudo, mais até agora... Só isso...	
9.Lygia- Quando a dra viu o US ela não garantiu a., quer dizer fisicamente, no caso a criança tá bem, mas depois não sabe dizer o procedimento... (1) <u>parece que vai ter que tirar o exame de sangue dele... tirar do pezinho... quando ele nascer, aí... pra ver se tem alguma coisa, né?</u> (2) <u>Não sei exatamente o que vai entrar nele, no bebê, não sei exatamente qual doença vai pegar, se der alguma coisa vai continuar a ser acompanhado.</u>	1.tirar exame de sangue do nenê 2.acompanhamento do bebê
10.Leilah- Eles falô...(1) <u>quando eu tiver o neném vou ter que fazer o exame de sangue, né, não sei mais o que... um monte de coisa....</u> (1) <u>Eles falaram que vai pra Campinas fazer exame, tudo, (1)a moça disse que pode ser no hospital mesmo, hora que foi ganhar, parece que já pode até tirar do cordão umbilical ela falou, pode ser que a hora que você for ganhar eles já dão um vidrinho, você já manda colher o sangue, ela falou.....</u> (2) <u>Ah, parece que vai fazer exame de coração também, de vista... aí, acho que só... Oh... é capaz de dar alguma coisa, né? Porque não vai pra criança a vacina que a gente toma?</u>	1.exame de sangue do nenê 2.fazer exame do coração, da vista do nenê
11.Dinah- Só a Vera (DIR XX) que veio aqui e (1) <u>disse que assim que ela nascer vai ter fazer um exame de sangue prá ver como que tá tal, então a gente fica meio assim... na dúvida, né.</u> (2) <u>Caso o exame de sangue der alguma coisa, tem que ver tudo isso, a visão, audição, coração, né, tem que ver tudo essas coisas...tomara que não dê nada né, porque ela falou que tem que fazer, né, só a Regina, porque até então eu não sabia nada disso, exame de sangue, essas coisas, eu não sabia de nada, um kit tinha que levar... (3)<u>Ela falou sobre um kit que tinha que pegar no Centro de Saúde, né, já fui lá duas vezes só que eu não achei ninguém, pra... A Joana tava de férias, e depois a outra que tava no lugar dela, não tava, depois eu voltei... a Joana tava em horário de almoço, daí eu não sei se eles mandam, se eu que tenho que levar... Eu também não sei o que é que vem neste kit...</u></u>	1. exame de sangue do nenê 2. ver visão, audição, coração 3.tinha que pegar um kit
12.Jane- (1) <u>Ninguém falou nada... só a Vera... aí... ela precisou falar pra moça do posto me deixar o kit. (2)<u>Aí a moça do posto passou aqui para me deixar o kit. Ela só chegou, colocou o papel no meu cartãozinho, e falou que quando eu for no hospital, eu entrego lá... eles já lê... e já sabe o que é pra fazer, só isso.</u></u>	1.ninguém falou nada 2.deixou um kit
13.Doris- (1) <u>Até hoje... ninguém me orientou nada, não...</u>	1.ninguém orientou
14.Rose- (1) <u>Ah, eu não entendi muito bem, não...</u>	1.não entendi
15.Ágatha- A Vera (DIR XX), (1) <u>veio me trazer os tubinhos pra colher o sangue do bebê. Já levei. A Dra. já viu, só que (2)ela pediu prá deixar na minha mala, junto comigo, prá hora que eu for pro hospital. Ela falou pra eu levar pra ela que eles já fazem o exame. O pediatra daqui que vai junto comigo. Daí ela falou... o dia que você for lá você explica pra ele, pega mostra pra ele, porque é bom, né... Só isso...</u>	1.colher de sangue do nenê 2.deixar kit na mala
16.Virgínia- Como eu te disse, agora que eu fiquei sabendo o resultado daquele tipo de exame de sangue e que me mandaram fazer o US. (1) <u>Aí falaram de um exame que o nenê vai ter que colher lá na maternidade, não ainda não sei muito sobre isso, não...</u>	1. colher de sangue do nenê
17.Clarice- (1) <u>Orientaram que assim que o bebê nascer que é pra mim colher o sangue, no hospital ou aqui. Se eu tiver em outra cidade o mais importante é eu trazer o neném pra colher o sangue. Só falaram isso.</u>	1. colher de sangue do nenê
18.Isabel- (1) <u>Não. Uma moça veio me trazer uns vidrinhos, mas não falou nada não. O João nem tava a par da pesquisa. As moças do SUS (PSF) que vem na casa de vez em quando, e eu comentei com elas. Mas, elas falaram, acho que lá do posto ninguém está sabendo. Esses dias ela mandou chamar eu lá... pra ler aquele papel (pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde). Ele disse que ia ligar lá no Centro de Saúde para saber, ele não estava nem sabendo.</u>	1.não falou nada

