



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL DE SAÚDE COLETIVA**

JULIANA XAVIER CARNEIRO ALVES

**ANÁLISE SOBRE OS ASPECTOS QUE INTERFEREM NO ACESSO À
VACINAÇÃO EM CAMAÇARI**

FEIRA DE SANTANA - BA

2025

JULIANA XAVIER CARNEIRO ALVES

**ANÁLISE SOBRE ASPECTOS QUE INTERFEREM NO ACESSO À
VACINAÇÃO EM CAMAÇARI**

Dissertação apresentada para o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) do departamento de saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. **Linha de Pesquisa:** Políticas, Planejamento, Organização de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde. **Orientadora:** Profa. Dra. Juliana Alves Leite Leal


FEIRA DE SANTANA - BA

2025

JULIANA XAVIER CARNEIRO ALVES


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **JULIANA ALVES LEITE LEAL**
Data: 24/10/2025 10:36:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Profª. Drª. Juliana Alves Leite Leal

Universidade Estadual de Feira de Santana - Orientadora

Documento assinado digitalmente
 **JOSELE DE FARIAS RODRIGUES SANTA BARBAR**
Data: 24/10/2025 22:26:39-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª. Drª Josele de Farias Rodrigues Santa Bárbara

Universidade do Federal do Recôncavo da Bahia

Documento assinado digitalmente
 **LUCIANE CRISTINA FELTRIN DE OLIVEIRA**
Data: 23/10/2025 10:26:08-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª. Drª. Luciane Cristina Feltrin de Oliveira

Universidade Estadual de Feira de Santana

Feira de Santana, 31 de julho de 2025

RESUMO

CARNEIRO ALVES, Juliana Xavier. Análise sobre os aspectos que interferem no acesso à vacinação em Camaçari. Dissertação (Mestrado Profissional de Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2024.

No Brasil a universalidade do acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, é um dos princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), e a imunização compõem uma destas ações dentro do processo de trabalho da estratégia de saúde da família (ESF). A vacinação é considerada atividade estratégica para prevenção com alcance coletivo que visa evitar doenças imunopreveníveis tanto em crianças quanto em adultos e idosos. Porém, as altas taxas de cobertura, que sempre foram características do programa, estavam caindo nos últimos anos, colocando em alerta especialistas e profissionais da área na redução no número de pessoas vacinadas e, conseqüentemente, o reaparecimento de doenças que eram consideradas erradicadas. O presente estudo teve como objetivo geral analisar o acesso à vacinação no município de Camaçari na Bahia. E como objetivos específicos descrever os principais aspectos que interferem no acesso à vacinação, na ótica dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários, no município de Camaçari - BA e caracterizar o acesso com base nas dimensões econômica, organizacional, técnica e simbólica propostas por Assis e Jesus. Este se trata de um estudo analítico exploratório com abordagem qualitativa, tendo como cenário o município de Camaçari-Bahia. A técnica de coleta de dados proposta foi a entrevista semiestruturada. Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo de Minayo. Encontramos no discurso dos participantes falas que descrevem os principais aspectos que interferem no acesso à vacinação de acordo com as diferentes visões de cada sujeito. E como produto, propomos um curso introdutório em sala de vacina para capacitação e atualização dos profissionais que atuam com a vacinação no município.

Palavras-chave. Acesso, Vacinação, Atenção primária à saúde, Imunização.

ABSTRAT

CARNEIRO ALVES, Juliana Xavier. Análise sobre os aspectos que interferem no acesso à vacinação em Camaçari. Dissertação (Mestrado Profissional de Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2024.

In Brazil, universal access to health services, at all levels of care, is one of the organizational and doctrinal principles of the Unified Health System (SUS), and immunization is one of these actions within the Family Health Strategy (ESF) work process. Vaccination is considered a strategic prevention activity with collective reach, aiming to prevent vaccine-preventable diseases in children, adults, and the elderly. However, the high coverage rates, which have always been a hallmark of the program, have been declining in recent years, alerting experts and professionals in the field to the reduction in the number of people vaccinated and, consequently, the reemergence of diseases that were considered eradicated. The general objective of this study was to analyze access to vaccination in the municipality of Camaçari, Bahia. The specific objectives were to describe the main aspects that influence access to vaccination from the perspective of managers, health workers, and users in the municipality of Camaçari, Bahia, and to characterize access based on the economic, organizational, technical, and symbolic dimensions proposed by Assis and Jesus. This is an exploratory analytical study with a qualitative approach, set in the municipality of Camaçari, Bahia. The proposed data collection technique was a semi-structured interview. Minayo's content analysis was used for data analysis. Participants' statements described the main aspects that influence access to vaccination, based on their differing perspectives. As a result, we propose an introductory course in the vaccination room to train and update vaccination professionals in the municipality.

Keywords: Access, Vaccination, Primary Health Care, Immunization.

Lista de Siglas

ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
AIS	AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
BVS	BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE
CNV	CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO
CRES	CENTRO DE REFERÊNCIA DE ESPECIALIDADES EM SAÚDE
EQSF	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
LILACS	LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MEDLINE	SISTEMA ONLINE DE BUSCA E ANÁLISE DE LITERATURA MÉDICA
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NUPISC	NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA
PNI	PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
RAS	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
SBP	SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA
SCIELO	SISTEMA ONLINE DE BUSCA E ANÁLISE DE LITERATURA MÉDICA
SESAU	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UPAS	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO EM SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: DA TEORIA À PRÁTICA	6
2	EMBASAMENTO TEÓRICO	19
2.1	FALANDO SOBRE ACESSO, CONCEITOS E DIMENSÕES ESPECÍFICAS A VACINAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO	19
2.2	GARANTIA DA UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE	
3	PERCURSO METODOLÓGICO	23
3.1	TIPO DE ESTUDO	23
3.2	CAMPO DO ESTUDO	24
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	25
3.4	COLETA DE DADOS	25
3.5	ANÁLISE DE DADOS	26
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	26
4	RESULTADOS	29
4.1	ARTIGO I - ASPECTOS QUE INTERFEREM NO ACESSO A VACINAÇÃO: UMA REVISÃO DO ESTADO DA ARTE	30
4.2	ARTIGO II - ACESSO A VACINAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI: UMA ANÁLISE DAS DIMENSÕES ECONÔMICA, TÉCNICA, ORGANIZACIONAL E SIMBÓLICA	44
4.3	ARTIGO III - DESAFIOS E BARREIRAS NO ACESSO À VACINAÇÃO EM CAMAÇARI (BA): UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DE USUÁRIOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES	58
4.4	PRODUTO TÉCNICO - CURSO INTRODUTÓRIO PARA QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM SALA DE VACINA.	68
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DE SAÚDE	83
	APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA USUÁRIOS	84
	APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA GESTÃO	85
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
	ANEXO A - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	87
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	88

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Alves, Juliana Xavier Carneiro
A479a Análise sobre os aspectos que interferem no acesso à vacinação em Camaçari. /
Juliana Xavier Carneiro Alves. – 2025.
91 f.: il.

Orientadora: Juliana Alves Leite Leal

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa,
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Feira de Santana, 2025.

1.Vacinação – Acesso. 2.Atenção Primária a Saúde – Camaçari, BA. 3.Saúde
Coletiva. 4.Imunização. I.Leal, Juliana Alves Leite, orient. II.Universidade Estadual
de Feira de Santana. III.Título.

CDU: 614.47

Maria de Fátima de Jesus Moreira - Bibliotecária - CRB-5/1120

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: DA TEORIA À PRÁTICA

A consagração da saúde como um direito de todos e dever do Estado foi realizada com a Constituição de 1988. Esse dever tem sido traduzido pelos organismos governamentais como a necessidade de ampliação do acesso à atenção, promovendo a um maior número de pessoas um leque diversificado de ações e serviços de saúde (Giovanella; Fleury, 1996).

O Sistema Único de Saúde (SUS), política de Estado adotada para promover esse acesso, caracteriza-se como um projeto composto por princípios norteadores como universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. A universalidade é um princípio que prevê um processo de extensão de cobertura dos serviços até que se tornem acessíveis a toda população, a equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades, e a integralidade diz respeito a um elenco de ações possíveis para a promoção da saúde (Brasil, 2000).

Para viabilizar o direito universal à saúde é necessário um conjunto de ações que garantam a execução das diretrizes SUS, enfatizando também a resolubilidade das demandas (Giovanella; Fleury, 1996). Diante disso percebe-se o acesso como fator presente em todas as discussões, sendo o mesmo uma definição importante para a compreensão do estudo que apresentamos.

Sendo assim, com base nos estudos de Giovanella e Fleury (1996), Starfield (2002) e Travassos e Martins (2004), nota-se que existem diversas formas de compreensão do acesso, mas que, para estes, o conceito se traduz como a capacidade de um grupo buscar e obter atenção à saúde.

Destarte, os autores supracitados demonstram o acesso como categoria analítica em pesquisas sobre a organização dos sistemas e serviços de saúde, de modo que possa contribuir para concreta mudança para um modelo de atenção atento às singularidades das pessoas e coletividades e deve ser considerado no momento da construção de políticas públicas, ou seja, porta de entrada, um local de acolhimento ao usuário (Giovanella; Fleury, 1996).

Ainda analisando o acesso, é importante destacar as suas dimensões, que oferecem uma visão aprofundada sobre como os serviços de saúde são estruturados e percebidos. As dimensões do acesso podem ser caracterizadas como econômica, política, organizacional, técnica e simbólica.

Figura 1 - Diagrama com dimensões do acesso à saúde.



Fonte: Elaboração própria autora, 2024, apud Assis; Jesus, 2012.

A diversidade de sentidos e significados teóricos sobre as diferentes abordagens do acesso à saúde está presente no modelo de análise apresentado na figura acima, adaptado pelos achados em estudos de Assis e Jesus (2012).

Diante da construção de políticas públicas, é preciso analisar territórios e da rede que compõem o sistema de saúde na busca de compreender a disposição dos serviços ofertados e suas fragilidades e potencialidades. O entendimento da oferta de serviços, de acordo com as necessidades da população, é condição para se atingir os pré-requisitos para uma atenção à saúde universal, integral e equânime.

Assim, esse estudo, dentro da atenção primária à saúde (APS), através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), dirige-se ao serviço de vacinação, o qual se configura como elemento dentro da organização dos serviços em saúde, sejam eles de promoção ou de prevenção dos agravos e doenças (Brasil, 2021).

A ESF se caracteriza pela atenção à saúde baseada na territorialização e responsabilidade sanitária em espaço adscrito, com número previsto de famílias e cumpre o diagnóstico da situação de saúde do local, configurando assim a porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2017).

A vacinação compõe uma das ações dentro do processo de trabalho da ESF, caracterizando-se por uma atividade rotineira, efetiva e universal para evitar doenças imunopreveníveis, tanto em crianças quanto em adultos e idosos, e por isso se classifica como uma estratégia de prevenção de alcance coletivo, além de ser considerada um procedimento de bom custo-benefício no setor da saúde (Brasil, 2014).

A pesquisa apresentada permite fazer um entrelace entre as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) fortalecidas no acesso e a vacinação dentro das ações que formam o escopo da ESF, estrutura onde Programa Nacional de Imunização (PNI) é ofertado em sua maior robustez a população brasileira.

Neste contexto, o PNI, criado em 1973, sob a coordenação do Ministério da Saúde, tem o objetivo de coordenar as ações de imunização¹ no território brasileiro (Brasil, 2013). Em sua história como uma política pública eficiente impacta cada vez mais no perfil de morbimortalidade da população brasileira, adequando-se às mudanças ocorridas nos campos: político, epidemiológico e social (Domingues *et al.*, 2020).

O sucesso do PNI é atribuído ao fato de seguir os princípios doutrinários do SUS, da universalidade e equidade da atenção, bem como ao princípio organizativo de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, definidos a partir da regulamentação do SUS (Brasil, 2013).

O cenário epidemiológico das doenças imunopreveníveis mudou no país, consolidando a vacinação² como uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública, com destaque para erradicação da poliomielite, eliminação da rubéola, da síndrome da rubéola congênita e do tétano neonatal. Além disso, reduziu a ocorrência de outras doenças transmissíveis como a difteria, o tétano e a coqueluche, que ceifaram vidas ou deixaram sequelas tão graves que podem comprometer a qualidade de vida e a saúde de milhões de brasileiros (Domingues *et al.*, 2020).

Desde a criação do PNI as estratégias de vacinação foram ampliadas e, ao longo de cinco décadas de existência, acumulou-se experiências bem-sucedidas em campanhas de âmbito nacional e com reconhecimento internacional, no entanto, nos últimos anos a confiança neste programa e a cobertura vacinal diminuíram para algumas doenças (Macdonald, 2015).

¹ Imunização é processo imunológico pelo qual se desenvolve a proteção conferida pelas vacinas (Brasil, 2001).

² Vacinação administração de uma vacina visando gerar uma imunidade ativa, específica, contra uma doença. (Vacinação, 2024)

As altas taxas de cobertura que sempre foram característica do programa vêm caindo nos últimos anos, colocando em alerta especialistas e profissionais da área na redução no número de pessoas vacinadas e, conseqüentemente, o reaparecimento de doenças que eram consideradas erradicadas (Brasil, 2023).

Paradoxalmente ao sucesso do PNI, o declínio global de coberturas vacinais foi destacado pela OMS em 2019 como uma das ameaças mundiais à saúde pública. No Brasil essa queda teve início em 2012, tendo seu ponto alto em 2016 e agravada ainda mais durante o período da pandemia de covid-19 (Homma, 2023).

Grandes desafios surgem para o PNI a despeito de todas as conquistas. Muitas doenças tornaram-se desconhecidas, fazendo com que algumas pessoas não tenham noção da gravidade representada por elas, com conseqüente risco de reintrodução ou recrudescimento de doenças controladas ou já erradicadas no país. Começa-se, então, a observar um fenômeno identificado não só no Brasil, mas em diversos países, que é a redução no alcance das metas preconizadas para os índices de coberturas vacinais, principalmente a partir do ano de 2016 (Zorzetto, 2018).

Inúmeros problemas podem estar relacionados com a queda nas coberturas vacinais no país tais como, desabastecimento de imunos, campanhas antivacina, falsa sensação de segurança por doenças já erradicadas, graças a vacinação e muitos outros. Observando os que ainda estão por serem descritos, porém esse problema global já atinge o Brasil e se reverbera em todo o seu território (Fernandes, 2021).

No município de Camaçari, na Bahia, esse cenário se repete. Em acompanhamento dos dados oficiais do DataSus, nota-se que entre 2019 a 2021 não houve alcance da cobertura definida para nenhum dos imunos do calendário vacinal de criança até os dois anos de idade, e no ano de 2022, alcançou-se a cobertura esperada de apenas três imunos, são eles: BCG, Varicela e Tríplice Viral (Brasil, 2023).

No entanto, na contramão das baixas coberturas, que no ano de 2022, mesmo não alcançando a cobertura definida pelo Ministério da Saúde, o município de Camaçari registrou aumentos na cobertura, inclusive a vacina para febre amarela que estava há dois anos consecutivos apresentando números inferiores a 60% de cobertura (Brasil, 2023).

Esses dados sugerem que existem aspectos que interferem tanto positivamente quanto negativamente no estabelecimento das coberturas vacinais, e para tanto, possibilitam novas estratégias de acesso a serem utilizadas para garantir o alcance destes indicadores.

A inquietação para essa problemática surgiu enquanto gerente de vigilância em saúde do Distrito Sanitário da Sede do município de Camaçari na Bahia, na qual vivenciamos de

perto as facilidades e dificuldades encontradas na rotina das salas de vacinas, assim como a queda das coberturas vacinais. Ao acompanhar os dados de vacinação no município e a rotina de trabalho dentro das unidades de saúde refletimos sobre a forma como cada sujeito colabora com o acesso, sejam gestores, trabalhadores da saúde e usuários, cada um sob a sua perspectiva. Assim, no trabalho como gerente de vigilância em saúde surgiram esses questionamentos quanto à complexidade e riqueza do processo de trabalho que envolve a vacinação e o acesso a este serviço.

Na busca de traçar o estado do conhecimento sobre a vacinação, acesso a vacinação e fatores determinantes para sua ocorrência, realizamos inicialmente uma revisão de literatura em busca de prováveis estudos com essa temática.

A revisão traçada nos indicou alguns fatores interessantes, mas também contribuiu para justificar a necessidade de se estudar o acesso na perspectiva dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores.

O resultado desta revisão apresentamos no capítulo inicial dos resultados com o formato de manuscrito.

Este estudo se propõe como uma forma de buscar os aspectos relacionados ao acesso à vacinação, a partir da sustentação pela construção do estado da arte e da escuta dos entendimentos e das demandas de gestores, trabalhadores e usuários para tentar estabelecer possíveis propostas que visem fortalecer a integralidade e equidade na APS, mais especificamente na vacinação.

Diante do exposto perguntamos, quais aspectos relacionados ao acesso e suas dimensões interferem na vacinação do município de Camaçari, na Bahia?

A relevância desta pesquisa consiste na produção acadêmica na área de atenção à saúde e vigilância epidemiológica, particularmente a imunização e poderá servir de parâmetro para propor estratégias que orientem e conduzam a garantia do acesso e ampliação deste fortalecendo a vacinação como instrumento na prevenção e promoção à saúde do indivíduo e de toda a população.

Para tanto, o objetivo geral deste trabalho foi analisar o acesso à vacinação no município de Camaçari-BA e como objetivos específicos definimos:

- Descrever os principais aspectos que interferem no acesso à vacinação, no ano de 2024, na ótica dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários na perspectiva do acesso à saúde, no município de Camaçari - BA.
- Caracterizar o acesso à vacinação com base nas dimensões econômica, organizacional, técnica e simbólica.

2 EMBASAMENTO TEÓRICO

O embasamento teórico foi subdividido em: Conceito e dimensões do acesso à saúde e a vacinação na Estratégia da Saúde da Família como garantia da universalidade de ações de saúde, apresentados a seguir.

2.1 FALANDO SOBRE ACESSO, CONCEITOS E DIMENSÕES ESPECÍFICAS

O acesso é um conceito amplo e complexo que pode variar de autor para autor e que ao longo do tempo foi apresentando novas faces para se adaptar aos mais variados contextos além de se complementar e se reconstruir. Por isso, este conceito é utilizado de distintas maneiras na literatura, com variação no decorrer da história (Giovannella; Fleury, 1995; Travassos; Martins, 2004; Unglert, 1999).

O conceito de acesso como a capacidade de produzir serviços e de responder a necessidade de saúde de uma determinada população, foi empregada por Donabedian (1990), e aponta para o ato de tornar acessível ou acessibilidade, sempre enfatizando o grau de facilidade em que o indivíduo obtém os cuidados de saúde que procura. Sobre o acesso à saúde influenciam atributos sócio-organizacionais como condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo. Além dessas influências, destacam-se também a distância e tempo de deslocamento dos usuários e as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade dos usuários acessarem o serviço (Donabedian, 2003).

O termo “acessibilidade” que acompanha este conceito abrange uma gama maior de significados, pois está mais relacionado à oferta de serviços de um modo que responda às necessidades da população mais do que à simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço, daí sua preferência pelo uso do termo (Donabedian, 2003).

Acessibilidade, para além da disponibilidade de recursos de atenção à saúde em determinado local e tempo, compreende as características dos recursos que facilitam ou dificultam o seu uso por parte dos clientes potenciais (Frenk, 1985).

O acesso é a oportunidade de buscar e obter serviços de saúde apropriados em situações de necessidades de cuidado. Assim, resulta de uma interface entre as características das pessoas, das famílias, dos ambientes físicos e sociais e as características do sistema de atenção à saúde, das organizações que o compõem e dos prestadores de serviços, segundo Mendes (2016).

Considerando a perspectiva apresentada por Mendes (2016), o acesso não pode ser visto de forma unidimensional, limitado à disponibilidade de recursos, mas como um conjunto de dimensões que precisam estar alinhadas de forma a suprir as necessidades da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Em seu estudo o conceito de acesso funcional é caracterizado por deficiências organizacionais do serviço, como a presença de filas, ausência de serviços, tempo de espera prolongado, entre outros.

Travassos e Martins (2004) consideram o emprego do termo acesso de forma imprecisa e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto, cabendo aos estudos analisar de que forma o termo vem sendo empregado na atenção primária à saúde, diante de desafios e conquistas no cenário de saúde do país. Sendo assim, correlaciona-se a assistência à saúde através APS uma utilização do conceito centrado nos sistemas e na oferta de serviços.

A construção de novas características e o seu conhecimento foi elaborado também por Assis e Jesus (2012) que amplia para a necessidade de observar os limites relacionados a acessibilidade, fragmentação, descentralização e regionalização da rede de assistência, com inadequação no processo de acolhimento e da atenção a grupos específicos, além das assimetrias regionais que existem no Brasil. As diferentes nuances do acesso de acordo com cada região o que pode ser compreendido na medida que concede voz aos usuários e trabalhadores para compreender cada cenário. Essa regionalidade fortalece e amplia o escopo do conceito de acesso uma vez que trará equidade a atenção, visto que as necessidades de cada região são peculiares e da mesma forma importantes (Campos, 2007).

O acesso é apresentado de maneira particular, algumas vezes observado à luz da oferta de serviços outras da necessidade dos indivíduos ou ainda sobre os regionalismos de cada território. Sempre destacando a característica geral de ajuste entre oferta de serviços e acessibilidade geográfica, ressaltando a idéia de que acesso fala de serviços e sua oferta às necessidades de uma determinada população.

É na unidade de relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas (Giovanella; Fleury, 1996). Sendo esse o conceito adotado pela autora ao longo deste estudo.

Observa-se uma atenção a resolubilidade que o acesso aos serviços visa oferecer, dessa forma o conceito pode ser mais abrangente, ficando robusto quando indica acesso aos serviços de saúde para resolução de demandas dos usuários. Indicando o início com uma necessidade do usuário, um meio que seria a busca pelo serviço de saúde e a sua resolução do problema que seria o fim.

Emergindo do conjunto de estudos que procuram caracterizar a categoria acesso e analisar condições de acessibilidade, estes modelos teóricos, informam e articulam as variáveis envolvidas no conceito do acesso, na tentativa de buscar coerência entre a teoria e a definição utilizada e para isso, nomeiam quatro modelos teóricos evidenciados a partir de outros estudos e da legislação brasileira: o economicista, o sanitarista-planificador, o sanitarista-politista e o da representação social (Giovanella; Fleury, 1996).

O modelo economicista estuda a relação entre oferta e demanda, este busca mapear os padrões de consumo dos usuários e tem seu limite na redução do reconhecimento do papel atuante do usuário em seu processo de escolha. “A intervenção estatal seria capaz de moldar a forma de organização da produção da assistência médica e conformação da demanda, a partir de diferentes grupos populacionais para alcançar os bens e serviços de saúde” (Giovanella; Fleury, 1996).

No modelo sanitarista-planificador temos a distribuição dos serviços em rede de atenção com a devida orientação para o usuário, caracterizado pela concepção de acesso enquanto possibilidade de consumo, garantida pela distribuição planejada de recursos na rede de serviços hierarquizada, através de um sistema de organização baseado nos princípios da referência e contrarreferência. Os processos administrativos seriam ágeis com garantia de informação adequada ao usuário sobre os procedimentos e serviços existentes para a sua utilização (Giovanella; Fleury, 1996).

Já o modelo policístico defende a visão de que o acesso é uma construção política elaborada pela participação popular, exaltando o controle social. Surge como um outro olhar sobre a discussão do acesso e sua relação com o planejamento no campo da saúde coletiva. Onde a população adquire a capacidade cognitiva de compreender as determinações sociais do processo saúde/doença e os fatores que determinam a organização social da prática médica, num processo de (des)alienação, ou seja, rompimento com as deformações impostas pela sociedade à consciência sanitária, entre as quais a medicalização dos desgastes impostos pelo processo de trabalho (Assis; Jesus, 2010).

Por fim, o modelo das representações sociais que tem um cunho simbólico onde desloca a problemática da saúde para o reconhecimento do poder da vida social. Partem do princípio que a realidade é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica do processo saúde-doença, em que os sujeitos coletivos e históricos são seus artífices, suportes e mediadores. Significa dizer que a base das representações sociais é o substrato social. Os sujeitos são coletivos e históricos, pois estão imersos na história, dela fazem parte e nela se

sustentam nos momentos em que a consciência coletiva, instituída a partir das relações de dominação, conflita com a realidade subjetiva (Giovanella; Fleury, 1996; Assis; Jesus, 2003).

Para além dos modelos teóricos apontados anteriormente, estuda-se o acesso em suas dimensões explicativas correlacionadas com os modelos, são elas: a dimensão política, a econômica, técnica e simbólica segundo estudo de Assis e Jesus, em 2012. Essas dimensões congregam para o atendimento das necessidades de saúde, tendo como imagem objetivo uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade.

A dimensão política presente no modelo sanitarista politicista avalia as relações estabelecidas entre políticas de saúde e história e modelo de atenção à saúde, com possibilidade de desenvolver a consciência sanitária e promover organização e participação social. Essa dimensão busca evidenciar o comprometimento dos formuladores de políticas com o acesso universal aos serviços de saúde, a pactuação entre as instâncias de poder, envolvendo governo, sociedade civil, prestadores de serviços públicos e/ou privados e instituições formadoras de recursos humanos em saúde, através do acompanhamento do processo e da tomada de decisão partilhada entre os diferentes sujeitos com representação política com transparência no processo decisório (Assis; Jesus, 2012).

A dimensão econômica, modelo economicista, retrata a relação entre oferta e demanda, esta pode ser analisada levando em consideração os investimentos na rede pública por nível de complexidade, com definição das responsabilidades de financiamento por esfera de poder. Não obstante, possibilitar interações objetivas, traduzidas na referência interestadual e intermunicipal da oferta e da demanda concretas aos serviços de saúde. Nesse sentido, é preciso a identificação das barreiras econômicas, para proporcionar equidade na dinâmica da organização dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade do sistema. Necessitando da participação ativa e democrática dos sujeitos que produzem e consomem os serviços de saúde (Assis; Jesus, 2012).

A dimensão técnica, modelo sanitarista-planificador, é caracterizada pela planificação, organização dos serviços em rede e seu planejamento, fluxo e capacidade de resolubilidade e qualidade. Essa dimensão objetiva responsabilizar os trabalhadores de saúde, os gestores de saúde, os prestadores públicos e/ou privados, situando o usuário do SUS no centro do processo da atenção à saúde. Para sua completude é necessário identificar dispositivos da integralidade da atenção como: acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e usuário, indicando um projeto terapêutico compartilhado (Assis; Jesus, 2012).

Temos ainda a dimensão organizacional referente à infraestrutura de Saúde que versa sobre a presença e a distribuição de hospitais, clínicas e postos de saúde, além da quantidade e

a qualidade dos profissionais de saúde disponíveis e gestão dos serviços de saúde e como são organizados e administrados para maximizar a eficiência e a eficácia. A organização dos horários de funcionamento e a distribuição geográfica das instalações de saúde para garantir que os serviços estejam disponíveis quando e onde os pacientes precisam, os processos internos e dos fluxos de trabalho dentro das instalações de saúde, garantindo que os pacientes possam acessar os serviços de maneira rápida e eficaz (Assis; Jesus, 2012; Giovanella *et al*, 2013).

E por fim a dimensão simbólica modelo que é relativo às representações sociais acerca do processo saúde e doença e como o sistema se organiza para acolher e atender ao usuário em sua necessidade. Adentra no campo da subjetividade em sua dinâmica relacional, envolvendo a compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes territórios nas áreas onde os serviços se organizam para ofertar a atenção loco-regionais (Assis; Jesus, 2012).

Cada uma destas dimensões interage com as outras se interconectando para oferecer uma visão abrangente das complexidades envolvidas no acesso à saúde. Essas abordagens ajudam a entender os múltiplos aspectos que influenciam o acesso à saúde e fornecem uma base para o desenvolvimento de intervenções que possam melhorar o acesso para todas as populações. Para esse estudo iremos nos deter as dimensões econômicas, técnica, organizacional e simbólica, por escolha intencional da autora.

Dessarte o acesso não é visto apenas como a entrada do usuário no sistema ofertado, mas sim uma construção, pela sua participação cidadã, do próprio sistema, de suas práticas e que necessita dessa continuidade de participação no controle social (Giovanella; Fleury, 1996).

Todos esses modelos, dimensões e condições descritos acima podem ser analisados e reunidos numa perspectiva contemporizadora, unido-as em torno do desenvolvimento de uma organização popular e de uma consciência sanitária para fortalecer o sistema de saúde ao qual estamos inseridos. Além dos usuários, profissionais de saúde têm papel fundamental na construção desse sistema, interagindo com o público, criando vínculo e responsabilidade sanitária pelo seu território adscrito, tudo isso feito através das relações interpessoais e desse gerenciamento de estratégias para alcançar a promoção da saúde de maneira universal e integral (Backes *et al*, 2012).

Para descrever a importância dessa relação na construção do acesso, qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz um trabalho vivo em ato, um processo de relações, isto é, há um encontro entre “pessoas”, que

atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (Merhy, 2004).

Valorizando os diferentes saberes já estruturados, estes embasam o conhecimento da equipe e fomentam as práticas necessárias para o devido acolhimento, resolutividade e longitudinalidade do cuidado. Trazendo qualidade ao atendimento e segurança ao usuário. Toda essa trajetória fideliza as relações e fortalece o cuidado (Merhy, 2019).

O acolhimento deve funcionar como um diálogo, como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, isto é, em qualquer dos encontros, que são, enfim, os “nós” dessa imensa rede de conversações que são os serviços (Teixeira, 2005).

Para além do conhecimento teórico e técnico disponível, dimensão técnica, e para os recursos possíveis de aplicação para o alcance de alguma estratégia em saúde coletiva, dimensão econômica, o vínculo, dimensão simbólica, ainda é um dos mais necessários elementos na saúde da família e a APS, através da estratégia de saúde da família que preconiza esse perfil de atendimento.

O acesso pode estar relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicados com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento não programados e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso (Assis; Jesus, 2012).

Sendo assim, no sentido organizacional, dois mecanismos previstos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tornam-se relevantes na discussão de acesso: o acolhimento e a coordenação do cuidado, o acolhimento, como dispositivo para garantir acessibilidade universal com potencial para reorganizar o processo de trabalho e a coordenação do cuidado como norteador para resolubilidade, eficácia e eficiência na prestação de serviço (Brasil, 2017).

Ao apresentar um acesso universal e equânime em todos os níveis de assistência levando em consideração que a saúde apresenta forte gradiente social, que tende a ser desfavorável aos indivíduos pertencentes aos grupos menos favorecidos, aceita-se a idéia de que o acesso deve ser base do sistema de saúde brasileiro e se apresentar como importante

condição para redução das desigualdades sociais na saúde, fortalecemos a diretriz do SUS a ser assegurada no cotidiano das práticas de saúde das equipes de saúde da família (Travassos, 1997).

2.2 A VACINAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO GARANTIA DA UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE

Historicamente, a idéia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson de 1920, que organizava o modelo de atenção. Esta concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS, a regionalização e a integralidade (Matta; Morosini, 2009).

Foi em 1978 com a Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, que defendia a APS, aqui denominada cuidados primários de saúde como potencial estratégia para alcançar a equidade e ganhos equitativos em saúde e no desenvolvimento humano. Nela afirma-se a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, que reafirmam a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (Giovanella; Mendonça, 2012).

Apesar das metas de Alma-Ata jamais terem sido alcançadas plenamente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90, com propostas de organização da APS com a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar (Matta; Morosine, 2008).

A APS tem uma história singular no Brasil que pode ser registrada por alguns ciclos de desenvolvimento desde 1924, quando surgiu com a criação de Centros de Saúde, passando pela criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde.

Outro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 60, o desenvolvimento das Secretarias Estaduais de Saúde, focalizando suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, chegando a Conferência de Alma Ata em 1978 passando pela grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) no início dos anos 80 e a instituição do SUS que se concretizou por meio da

municipalização das unidades de APS, o que gerou uma enorme expansão dos cuidados primários e a implantação do programa de saúde da família (PSF) na saúde pública brasileira que se denomina ciclo da atenção básica à saúde e que vige atualmente (Mendes, 2022).

Na atualidade, o principal método de configuração da APS no Brasil é a Estratégia da Saúde da Família (ESF), que para ser eficiente necessita de incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. A ESF aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidas por equipe (Matta; Morosine, 2008).

Implantado em 1994 como política de saúde no Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) possibilitou uma mudança de configuração na organização do modelo de atenção praticado. Entretanto, ao longo do tempo ainda busca-se organizar a base do sistema de saúde para que o PSF funcione como estruturante e estratégico. Sendo assim, em 28 de março de 2006, através da Portaria nº GM/648 (Brasil, 2006), o Ministério da Saúde publicou bases legais para a consolidação nacional e a expansão da Estratégia de Saúde da Família, visando a reorganização da atenção básica no Brasil: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Pinto; Giovanella, 2018).

Com a implantação da PNAB, a ESF assumiu o lugar de estratégia prioritária para a organização da APS no Brasil. Atualizada primeiramente pela Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011 e mais recentemente em 2017, a PNAB traz que a APS se norteia pelo conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, do vínculo, da equidade e da participação social (Brasil, 2017).

Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajustes nas ações e serviços locais de saúde, visando a apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e a superação das iniquidades entre as regiões do país. Além disso, ainda se observam mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, que incidem sobre a composição das equipes e financiamento que sugerem inflexões e retrocessos com relação aos avanços obtidos com a estratégia (Mendes; Melo, 2022).

Mesmo diante de dificuldades e desafios é importante destacar que a ESF cumpre com os requisitos de um bom sistema de APS e atualmente está presente em 94,4% dos municípios brasileiros com uma marca histórica de 50.804 equipes de Saúde da Família, distribuídas em aproximadamente 36.590 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nestas equipes estão vinculados 278.209 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), alcançando em torno de 145 milhões de brasileiros, perfazendo uma cobertura média de 68% da população brasileira com cuidados permanentes de uma ESF. Na Bahia a APS tem cobertura de 78,47% da população e em Camaçari 73,51% sendo que a ESF cobre 65,74% no município (Brasil, 2023).

Mesmo com a expansão da Estratégia existem entraves no processo que ainda necessitam de atenção e estudo e em relação ao serviço de imunização, objeto de estudo deste projeto, existem lacunas que ainda demandam pesquisa para o seu conhecimento.

A vacinação está intrinsecamente vinculada a APS, contemplando a ESF como ponto de atenção principal para sua operacionalização. Classificada como uma das principais ações de promoção e prevenção a imunização é também uma das ações essenciais oferecidas pela ESF dado a relevância indiscutível no processo de saúde das populações (Ferreira *et al*, 2017).

As campanhas sistemáticas de vacinação infantil no Brasil se iniciaram na década de 60, quando foi colocado em prática o programa de vacinação para combater a varíola (Aith *et al*, 2017). Foi com essa experiência de sucesso que, em décadas seguintes, o Brasil caminhou para a perspectiva de vacinação em massa para outros agravos e em 1973 foi criado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), porém somente na década 80 se consolidou com programa de saúde pública, de maneira bem-sucedida (Brasil, 2013).

O PNI é responsável por definir a política de vacinação do país, desde a definição do Calendário Nacional de Vacinação (CNV) até a aquisição dos imunobiológicos e sua disponibilização nas salas de vacinação da rede pública. Em meio século de existência, o PNI passou de quatro para 48 diferentes imunobiológicos (entre vacinas, soros e imunoglobulinas) ofertados a toda a população. Atualmente, são mais de 20 vacinas, capazes de prevenir com segurança diversas doenças, disponibilizadas para cada fase de vida conforme o CNV (Temporão, 2003).

A vacinação infantil se configura como importante para auxiliar a formação adequada do sistema imunológico das crianças, por isso, as vacinas do calendário básico nacional são obrigatórias. A vacinação é o procedimento de menor custo em relação à efetividade e garante a promoção e a proteção da saúde individual e da comunidade (Martins *et al*, 2019).

Um conjunto de fatores contribuiu significativamente para o progresso e a relevância do PNI, ao longo desses 50 anos: as campanhas de vacinação, um forte plano de comunicação protagonizado pelo personagem Zé Gotinha, o fortalecimento das ações de vigilância e diagnóstico das doenças imunopreveníveis; a implantação da farmacovigilância, para monitorar a segurança das vacinas; a valorização e ampliação da APS, enquanto estratégia fundamental do SUS alcançando auge de coberturas vacinais na década de 90. Contudo, o sucesso do PNI foi ameaçado pelo recente declínio nas coberturas vacinais aumentando o risco de reintrodução e disseminação aumentando o risco de reintrodução de doenças imunopreveníveis já eliminadas no Brasil (Percio, 2023).

Um paradoxo onde de um lado vemos a importância incontestável das vacinas para a melhoria da saúde da população mundial com campanhas vitoriosas para a erradicação de doenças como varíola, poliomielite e sarampo e do outro lado, as baixas coberturas vacinais na rotina das salas de vacinação em várias regiões do país (Zorzetto, 2018).

Sendo assim, as equipes de saúde da família representam um papel de responsabilidade pela oferta da imunização, conscientização e monitoramento de coberturas vacinais em seus territórios. A análise de como acontece o acesso às salas de vacinas dentro da ESF apresenta grande relevância para o entendimento de fatores facilitadores e ou barreiras existentes no processo e podem contribuir para o planejamento e implementação de ações que fortaleçam o serviço ofertado.

A ESF se relaciona com as ações de vacinação e atividades educativas, fortalecedoras de iniciativas de proteção vacinal para população, porém atualmente temos evidenciado uma fragilidade nas ações relacionadas ao tema. A ESF deve ser uma grande aliada do Programa de Imunização, uma vez que atua com área geográfica adstrita, tendo a possibilidade de um contato mais próximo com a comunidade residente, podendo desta forma acompanhar a situação vacinal de seus usuários e se sensibilizar com as dificuldades inerentes ao processo (Duarte *et al*, 2021).

Garantir o acesso a APS em tempo oportuno e o desafio de muitos sistemas de saúde, por isso a regra de ouro do acesso avançado, “faça o trabalho de hoje, hoje”, permite a abordagem de condições e eventos além de medidas preventivas a todos da mesma forma, sem fragmentações (Pires Filho *et al*, 2019).

Silva (2010) sugere que além das atribuições inerentes aos profissionais dentro da sala de vacinação destaca-se também a importância de fornecer conhecimentos aos usuários sobre a importância da imunização, com destaque a informações adequadas sobre os benefícios e riscos das vacinas, bem como sobre o calendário vacinal da criança, buscando responder a

possíveis dúvidas e mitos sobre a imunização, oferecendo maior divulgação de informes, visando motivar a população para imunização.

De acordo com Ferreira e outros autores (2020) esse processo de esclarecer e motivar as pessoas a se vacinar faz parte do trabalho dos profissionais da saúde, onde em sua rotina diária na UBS e nas campanhas de vacinação por meio da troca de informação e aconselhamento entre a equipe de enfermagem e a população em situação de risco de doença.

A educação em saúde na comunidade deve ser conduzida para que as pessoas conheçam o PNI e confiem no mesmo, visando evitar possíveis distorções que diminuam a cobertura vacinal. Reforçando a importância dos profissionais de saúde como formadores de opinião sobre a vacinação (Azambuja *et al*, 2021).

Deve-se ressaltar, porém, que atualmente a sociedade vem se comportando com uma falsa sensação de segurança e acomodando-se no que tange a vacinação, devido ao desaparecimento de muitas doenças, já erradicadas graças ao êxito da Imunização coletiva. É possível que tal percepção, enganosa, por parte de alguns esteja afetando as coberturas vacinais que outrora eram motivo de comemoração, mas que hoje, são fatores de aflição e constante preocupação (Zorzetto, 2018).

Baseado nas preocupações com o tema imunização a Organização Mundial de Saúde, em 2019, apresentou a hesitação vacinal como uma das prioridades do ano, onde aborda a relutância ou a recusa, apesar da disponibilidade da vacina que as pessoas tem apresentado e caracteriza esse comportamento como uma ameaça capaz de reverter o progresso feito no combate a doenças que podem ser prevenidas por meio da imunização. Como consequência desse movimento, muitas das doenças que poderiam ter sido erradicadas ou, pelo menos, controladas, ainda dão origem a surtos e até mesmo epidemias (OMS, 2019).

Essa redução nas coberturas vacinais nos últimos anos traz um alerta para as autoridades brasileiras, e estratégias para sua recuperação devem ser desenvolvidas a fim de aumentar a confiança na vacinação e reduzir a hesitação vacinal, principalmente na população pediátrica (SBP, 2021).

As vacinas são, certamente, vítimas de seu próprio sucesso uma vez que não convivemos mais com casos, mortes e sequelas causadas por várias doenças imunopreveníveis, a população e até mesmo os profissionais da saúde, tendem a relaxar os cuidados preventivos. Essa percepção equivocada contribui para a queda nas coberturas vacinais some-se a isso uma crise de confiança que contamina e fornece descrédito a ação, ganhando força não só contra a eficácia e a segurança das vacinas, mas contra serviços e profissionais de saúde e contra os formuladores de políticas que decidem quais imunizantes

são necessários. Esse cenário de crise de confiança é propício para que se espalhem notícias falsas sobre a vacinação (SBP, 2021).

Sendo assim, apesar dos esforços empregados pelo PNI, existem fatores associados à adesão vacinal que precisam ser estudados de maneira prospectiva a fim de se propor estratégias exitosas para sua resolução. Apesar de ser um tema de relevância nacional, e até mundial, estudos são escassos e até preliminares, necessitando reunirmos esforços para estudar e propor um movimento de resgate das coberturas preconizadas e seguras. Pesquisar fatores que corroboram para as baixas coberturas vacinais associados a qualificação, e organização de processo de trabalho na Atenção primária à saúde pode ser relevante para que possamos traçar estratégias de resgate.

Embora alguns fatores possam ser conhecidos em relação à adesão ou não à vacinação, existem ainda muitas facetas sobre o tema, tanto relacionadas ao usuário, quanto ao serviço ou, ainda, aos trabalhadores de saúde, podendo destacar; ideologia, informação, crenças, disponibilidade de imunos, organização de processo de trabalho, acesso geográfico, entre outros. Destes, muitos são inacessíveis à interferência das equipes de saúde, mas motivos relacionados à estrutura e organização dos serviços de vacinação e de saúde podem ser elencados e ajustados diante da necessidade e vontade, desde que haja um movimento em busca de conhecer, descrever e propor intervenções para direcionamento de tomada de decisão e de qualificação de ações nesse sentido.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

De acordo com Strauss e Corbin (1998), o método de pesquisa é um conjunto de procedimentos e técnicas utilizados para coletar e analisar os dados. O método fornece os meios para se alcançar o objetivo proposto, ou seja, são as “ferramentas” das quais fazemos uso na pesquisa, a fim de responder nossa questão. Já Minayo (2010) descreve como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade.

A pesquisa segundo Gil (2002) é necessária quando se pretende responder algum problema, ou seja, quando não há informações suficientes sobre algum assunto ou quando existe uma desordem nas informações encontradas o que dificulta a relação com a questão norteadora da pesquisa. Sendo assim, a pesquisa é um procedimento racional e sistemático que tem por objetivo a formulação de respostas aos problemas propostos.

Assim sendo, descreveremos abaixo o conjunto de procedimentos utilizados na construção desse estudo.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esse foi um estudo de caráter analítico exploratório com abordagem qualitativa. Numa pesquisa exploratória permite-se que os pesquisadores testem diferentes métodos e encontrem a melhor maneira de abordar suas questões de estudo. Já os estudos analíticos são aqueles delineados para examinar a existência de associação entre uma exposição e a condição. E a pesquisa qualitativa se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, de motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo, 2001).

A pesquisa qualitativa tem sua origem nas Ciências Sociais e constitui uma abordagem interpretativa que se preocupa em entender os significados que as pessoas dão a certos fenômenos que ocorrem dentro de seus contextos sociais (Snape; Spencer, 2003).

Sendo assim, esse formato de pesquisa se enquadra no objeto de estudo quando pretende analisar atitudes e comportamentos presentes em um contexto a fim de sinalizar padrões nos comportamentos ou organização de trabalho de uma população.

3.2 CAMPO DO ESTUDO

O campo de estudo foi o município de Camaçari, na Bahia especificamente nas unidades de saúde da família, pois estas são consideradas centro de referência em serviços de vacinação (Brasil, 2013).

O município de Camaçari está localizado na Bahia, região metropolitana, a 50 km da capital Salvador. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), tem uma população estimada em 300.372 mil habitantes, uma área territorial de 785,421 km², e densidade demográfica de 382,43 hab./km². Camaçari possui o segundo maior produto interno bruto municipal do estado, depois de Salvador, sendo também o 6º maior da Região Nordeste.

O município era dividido em dois Distritos Sanitários, Sede e Costa e oito regiões de saúde distribuídas entre estes. Em 2025 Camaçari apresentava uma cobertura de Atenção Primária de 82,12%, com 73,57% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família e 72,2% de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Sua Rede de Atenção à Saúde (RAS) é composta por 40 Unidades Saúde da Família (USF), 02 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 02 academias da saúde, 67 Equipes de Saúde da Família (EqSF), 39 Equipes de saúde Bucal.

Com relação às unidades com vacinação o município possui um total de 42 unidades de saúde sendo distribuídas 16 unidades no Distrito da Costa e 26 unidades no Distrito da Sede, além das salas de vacina dentro de unidades da APS contamos ainda com uma sala de vacina na Maternidade Regional de Camaçari, uma no Hospital Geral e outra no Centro de Referência de Especialidades em Saúde CRES. A rede de saúde ainda é composta por cinco unidades de pronto atendimento (UPAS) distribuídas entre Sede e Costa (Camaçari, 2023).

O campo de investigação deste estudo foi composto pelas Unidades de Saúde da Família (USF), localizadas em ambos os distritos. A escolha foi feita de forma intencional, o qual considerou contemplar os dois Distritos de maneira igual.

Foram entrevistados sete trabalhadores das unidades de saúde no Distrito da Costa e Sede, quatro representantes da gestão e cinco usuários, todos concordaram em participar voluntariamente e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram divididos em três grupos: gestores, trabalhadores da saúde da família e usuários destas unidades de saúde do município. O grupo dos gestores

foram aqueles sujeitos que atuam na gestão municipal da saúde sendo eles, o secretário e ou subsecretário da pasta, diretora de vigilância em saúde e diretora e ou coordenadora da atenção à saúde da SESA, atuando no município a mais de um ano e como critério de exclusão foram aqueles que tenham vínculo de parentesco com a autora, que estejam de licença de qualquer natureza, férias, restrição de atividade em que o mesmo não exerça tarefas ligadas a vacinação.

O grupo dos trabalhadores das unidades de saúde da família, sendo eles enfermeiras(os), médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que estejam atuando no município a mais de um ano na unidade de saúde e como critério de exclusão destacamos que tenham vínculo de parentesco com a autora e que estejam de licença, férias, ou em restrição.

E grupo dos usuários maiores de 18 anos e que utilizam a sala de vacina da unidade de saúde, sendo fator de exclusão ter vínculo de parentesco com a autora.

3.4 COLETA DE DADOS

Para coleta de dados, o instrumento utilizado nesta pesquisa foi a entrevista semiestruturada, que corresponde a um tipo de abordagem em que duas pessoas discutem acerca de uma determinada situação tendo, portanto, a presença de perguntas e respostas em um roteiro pré-estabelecido, porém com possibilidade de flexibilidade. Sendo assim, é um instrumento capaz de promover um maior diálogo e interação entre o pesquisador/entrevistado da pesquisa (Gil, 2002).

As entrevistas foram realizadas com usuários e trabalhadores de saúde em espaço reservado garantindo privacidade e sigilo para eles, foi agendado um horário para contemplar as possibilidades de cada um numa duração média de 30 a 40 minutos não interferindo no serviço. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e posteriormente foram analisadas, estas seguiram a proposta de roteiro que está descrito nos apêndices A, B e C.

As perguntas foram elaboradas com base em atividades de vacinação e acesso ou relacionadas com o tema como: acolhimento, barreiras de acesso, oferta e demanda, processo de trabalho, capacitação de trabalhadores de saúde, além de participação popular e direito.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados pelas respostas obtidas na transcrição das entrevistas foram compilados em um banco para armazenamento no Excel e posteriormente foi realizada a análise do conteúdo, destacando pontos de concordâncias e divergências para que fossem interpretados de forma aprofundada para alcançar os objetivos da pesquisa.

A análise de dados segue a proposta de Minayo (2010) na análise de conteúdo, que, comumente, tem sido utilizada nas pesquisas qualitativas e tem como objetivo compreender o que foi coletado, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ampliar a compreensão de contextos para além do que se pode verificar nas aparências do fenômeno. Atualmente destacam-se duas funções na aplicação da técnica: tentativa de confirmação das afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação e tentativa de descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. As duas funções podem, na prática, se complementam e podem ser aplicadas a partir de princípios da pesquisa quantitativa ou da qualitativa.

Ainda sobre Análise de Conteúdo, tendo como base os estudos de Silva e outros autores (2015), que descrevem-na como uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador, nota-se que a mesma se refere a uma decomposição do discurso e identificação de unidades de análise ou grupos de representações para uma categorização dos fenômenos, a partir da qual se torna possível uma reconstrução de significados que apresentem uma compreensão mais aprofundada da interpretação de realidade do grupo estudado (Silva, 2005).

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi submetido para apreciação da gestão da Secretaria Municipal de Saúde do município de Camaçari na pessoa do secretário municipal da pasta por meio de uma carta de apresentação ao Gabinete do Secretário, para autorização da realização da pesquisa (ANEXO A).

Dando sequência, o projeto foi encaminhado ao CEP da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) para apreciação por meio da Plataforma Brasil ressaltamos que as atividades de coleta de dados só serão iniciadas após a aprovação do projeto pelo referido CEP. Serão cumpridas as Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, onde se destaca e incorpora referenciais da bioética e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos

participantes de pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes, a Resolução 510 de 07 de abril de 2016 que dispõe normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes, de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana e a Resolução 580 de 22 de março de 2018 que dispõe sobre o direito à assistência e à indenização nos casos de danos decorrentes de sua participação na pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, em todas as etapas da pesquisa (Brasil, 2016; Brasil, 2012).

O projeto foi aprovado sob o CEE: 79648624.6.0000.0053 (ANEXO B) e após esse consentimento iniciamos o contato com os participantes da pesquisa para a realização da coleta de dados onde utilizamos os instrumentos previamente confeccionados (APÊNDICES A, B e C). Todos os participantes foram contactados pessoalmente pela entrevistadora e todos preencheram o TCLE.

O TCLE (APÊNDICE D) foi preenchido fisicamente no momento da entrevista, o qual assegura a confidencialidade no uso das informações, com a imediata exclusão de quaisquer informações pessoais eventualmente presentes, tanto nas bases de dados assim como nos relatórios além das demais publicações que venham a ser geradas, conforme determina as referidas Resoluções.

Ao concordar em participar respondendo a entrevista, foi garantido aos participantes lugar reservado, livre da escuta e observação de outras pessoas, no dia e horário acordado. A identificação das transcrições das falas não será relacionada aos participantes, pois usaremos numeração aleatória.

As informações foram utilizadas somente para fins científicos, como publicações em revistas e apresentações em congressos. Esta entrevista foi gravada com o uso de gravador digital, sendo garantido o direito do participante escutar sua entrevista após o término e, retirar ou acrescentar informações a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou desaprovção.

Os dados coletados ficarão guardados por um período de cinco anos no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) e, após este prazo, serão apagados. Assim, todas as informações fornecidas são secretas e os participantes terão asseguradas a confidencialidade dos seus dados e sua privacidade.

Os riscos para a realização desta pesquisa podem estar relacionados a recordações de momentos em que o direito aos serviços do SUS não tenha ocorrido de forma efetiva devido a

quaisquer dificuldades, sensação de impotência e fragilidade, desconforto ou ansiedade vivenciadas. Estes podem e devem ser mitigados reafirmando a discrição e sigilo da identificação dos participantes.

A participação voluntária na pesquisa não gerará custo financeiro, em havendo algum gasto que possa ser causado pela pesquisa, será garantido o ressarcimento das despesas, além de garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

4 RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados em forma de manuscrito e acrescentamos, ao final, o produto construído a partir dessa dissertação.

O primeiro artigo traduz a revisão do estado da arte e demonstra quais aspectos interferem na vacinação e como são apresentados na literatura.

No segundo, discutimos o acesso à vacinação no município de Camaçari e subsidiamos a análise a partir das dimensões do acesso e valorizamos as falas trazidas pelos usuários, trabalhadores da saúde e gestores.

No terceiro manuscrito analisamos os aspectos que interferem no acesso à vacinação no município de Camaçari demonstrando principalmente os desafios e barreiras.

No quarto capítulo apresentamos o produto técnico produzido a partir desse estudo, que se trata de um curso introdutório para profissionais de enfermagem em sala de vacina, a ser implementado no município.

4.1 ARTIGO I - ASPECTOS QUE INTERFEREM NO ACESSO A VACINAÇÃO: UMA REVISÃO DO ESTADO DA ARTE

Resumo

Introdução: O delineamento do objeto de investigação do presente estudo buscou traçar um perfil de quais aspectos interferem na vacinação de acordo com produções nos meios de divulgação científica.

Objetivo: Apontar como o acesso à vacinação vem sendo discutido no meio científico nacional nos últimos anos realizando uma pesquisa bibliográfica sobre o tema. Identificar artigos científicos que abordem o tema acesso em serviços de saúde e a vacinação de modo a auxiliar na compreensão do tema.

Métodos: O presente trabalho foi realizado através de pesquisa bibliográfica em artigos científicos nas bases Medline, Scielo, Lilacs, e BVS, para tanto os descritores utilizados foram: "Immunization Program" AND "Access to Health Services", "Vaccination" AND "Access to Health Services" e "Vaccine Refusal" AND "Access to Health Services" A busca totalizou 1098 artigos. Após inclusão do filtro de texto completo e idioma inglês ou português, resultou-se em 283 títulos, destes excluímos artigos duplicados, que não versavam com o tema proposto ou tinham mais de 5 anos de publicação, assim chegou-se a um quantitativo final de 25 artigos.

Resultados: Nessa busca documental encontramos publicações com reflexões sobre acessibilidade no Brasil, aspectos organizacionais e de planejamento no processo de trabalho da atenção à saúde. As barreiras de acesso, tanto geográficas quanto de estrutura física das unidades também estavam relacionadas nos artigos pesquisados. As percepções sob a ótica de usuários sobre a equidade e vulnerabilidades da rede apareceram em poucas publicações demonstrando sua escassez no meio.

Conclusão: Estudar o cotidiano da sala de vacina nas unidades de saúde da família e analisar as percepções dos sujeitos envolvidos nos serviços de vacinação pode demonstrar formas de produção de trabalho que confluem para a manutenção da garantia do acesso equânime à saúde.

Palavras-chave: Vacinação. Acesso, Políticas de Saúde Pública.

Abstract

Introduction: The research objective of this study was to outline the factors that influence vaccination, based on scientific publications.

Objective: To identify how access to vaccination has been discussed in the national scientific community in recent years by conducting a bibliographical search on the topic. To identify scientific articles that address access to healthcare services and vaccination to aid in understanding the topic.

Methods: This study was conducted through a bibliographic search of scientific articles in the Medline, Scielo, Lilacs, and BVS databases. The descriptors used were: "Immunization Program" AND "Access to Health Services," "Vaccination" AND "Access to Health Services," and "Vaccine Refusal" AND "Access to Health Services." The search yielded 1,098 articles. After filtering for full text and English or Portuguese, we obtained 283 titles. From these, we excluded duplicate articles, articles that were not related to the proposed topic, or were published more than five years ago, resulting in a final total of 25 articles.

Results: This documentary search found publications that reflected on accessibility in Brazil, and organizational and planning aspects of the healthcare workflow. Access barriers, both geographical and related to the physical structure of the facilities, were also mentioned in the articles searched. Perceptions from a user perspective about network equity and vulnerabilities appeared in few publications, demonstrating their scarcity in the field.

Conclusions: Studying the daily routine of vaccination rooms in family health units and analyzing the perceptions of those involved in vaccination services can demonstrate ways of producing work that contribute to ensuring equal access to health care.

Keywords: Vaccination, Access, Public Health Policies.

Introdução

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 1973, com a finalidade de planejar e coordenar, de forma compartilhada com as secretarias estaduais e municipais de saúde, as ações voltadas para a imunização da população, para erradicar doenças imunopreveníveis¹.

O Programa atua na articulação da rede, garantindo a hierarquização e integração quando demanda de vacinação e estabelece a discussão permanente sobre normas, metas e resultados na operação conjunta das três esferas de gestão¹.

Junto com outras ações de vigilância em saúde que resultaram no controle ou até mesmo na erradicação de doenças, construindo ao longo dos anos uma ação eficiente de saúde pública. Contraditoriamente a isso, existem muitos desafios a serem superados na busca por uma cobertura vacinal satisfatória, como a percepção enganosa da população de que não é preciso vacinar devido a esse desaparecimento de algumas doenças².

Sendo assim, com o objetivo de apontar como o acesso a vacinação vem sendo discutido no meio científico nacional nos últimos anos foi realizada uma pesquisa bibliográfica identificando artigos científicos que abordem o tema acesso em serviços de saúde e a Atenção Primária à Saúde junto às coberturas vacinais para indicar o que já tem sido publicado sobre o tema.

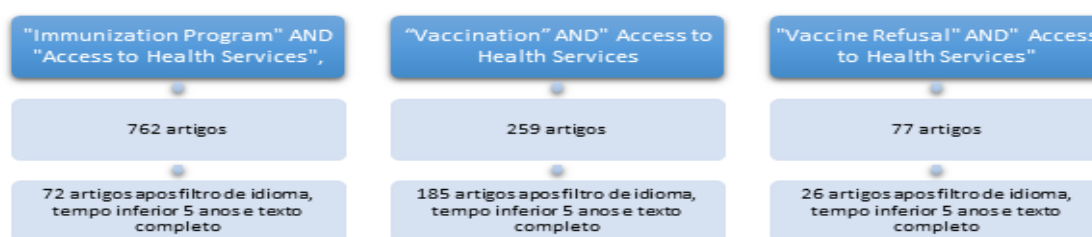
Método

Para contribuir com dados relevantes, a busca foi realizada através de uma revisão de literatura nas bases *Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica* (Medline), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs), e *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), incluindo artigos

preferencialmente dos últimos cinco anos, para tanto os descritores utilizados foram: "Immunization Program" AND "Access to Health Services", "Vaccination" AND "Access to Health Services" e "Vaccine Refusal" AND "Access to Health Services".

A busca totalizou 1098 artigos. Após inclusão do filtro de texto completo e idioma inglês ou português, resultou-se em 283 títulos, destes excluimos artigos duplicados, que não versavam com o tema proposto ou tinham mais de 5 anos de publicação, assim chegou-se a um quantitativo final de 25 artigos. Dessas pesquisas seguem os achados no diagrama a seguir:

Figura 1 - Diagrama de Pesquisa de Descritores na BVS, Pubmed, Medline, Lilacs e SciELO.



Fonte: elaboração da própria autora.

Destarte, após as pesquisas selecionamos os 283 artigos encontrados e os organizamos em um roteiro de estudo para levantamento das produções que se relacionavam com a proposta dos estudos. Destes foram ainda excluídos os artigos duplicados, os que tratavam especificamente da pandemia covid 19 sem abordar coberturas vacinais e acesso e os que não tinham texto completo, sendo selecionados um total de 25 artigos listados no quadro a seguir.

Quadro 1 - Quadro com descrição dos artigos pesquisados.

Nº	TÍTULO ARTIGO	AUTOR	ANO	RESUMO/CONCLUSÃO
1	Vaccination services and incomplete vaccine coverage for children: a comparative spatial analysis of the BRISA cohorts, São Luís (Maranhão State) and Ribeirão Preto (São Paulo State), Brazil	QUEIROZ, R. C. C. S. <i>et al</i>	2021	Nas duas cidades, com condições socioeconômicas diferentes, a cobertura vacinal completa parecia não depender da localização ou da qualidade do serviço de vacinação. Embora São Luís tenha demonstrado melhor estrutura dos serviços, a cobertura vacinal incompleta foi mais alta em São Luís quando comparada à de Ribeirão Preto.
2	Estrutura E Localização Dos Serviços De Vacinação Influenciam A Disponibilidade Da Tríplex Viral No Brasil	VIEIRA, E. W. <i>et al</i>	2020	A localização e a estrutura dos serviços de atenção básica influenciaram na disponibilidade da vacina tríplice viral no Brasil. Serviços da região Norte e com estrutura deficiente para as ações de imunização apresentaram menor frequência da disponibilidade da vacina.
3	Aspectos diferenciais do acesso e qualidade da atenção primária à saúde no alcance da cobertura vacinal de influenza	HOLAND A, W. T. G. <i>et al</i>	2022	Para todos os grupos, o conjunto de municípios que atingiu a cobertura preconizada tinha maiores coberturas de APS e de Estratégia de Saúde da Família e maior número de Agentes Comunitários de Saúde por mil habitantes. Também realizavam mais busca ativa de crianças com calendário vacinal atrasado, registravam a vacinação em dia das gestantes, o horário de funcionamento da unidade atendia às expectativas do usuário, havia maior satisfação do usuário com o cuidado recebido e maior percentual da população com acesso à coleta de lixo. As variáveis podem servir de apoio para a tomada de decisão quanto à organização dos serviços de APS na busca de ampliar as coberturas vacinais para influenza.
4	Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos	NOBRE, R. <i>et al</i>	2022	Verificaram-se sete categorias de abordagem do tema: 1) políticas públicas para imunização da população; 2) fatores da hesitação da vacinação contra gripe; 3) hesitação entre profissionais de saúde; 4) fatores importantes para a decisão dos pais de vacinarem; 5) segurança das vacinas; 6) determinantes sociais, demográficos e econômicos para hesitação/recusa; e 7) projeção de cobertura vacinal para o futuro e política de vacinação. Os artigos científicos estudados permitiram entender como se dá a recusa e a hesitação vacinal em diferentes cenários, os seus efeitos e como esses motivos estão interligados entre si.

5	Tendência da disponibilidade de vacinas no Brasil: PMAQ-AB 2012, 2014 e 2018 Facebook Twitter	NEVES, R. G. <i>et al</i>	2022	Destaque-se a tendência decrescente na disponibilidade (-3,3p.p.) e, também, nas diferenças absoluta e relativa negativas (-20p.p.; 0,68) verificadas no Rio de Janeiro. Identificou-se prevalência de disponibilidade de vacina baixa no Brasil, com disparidades entre as regiões, que ficam mais marcantes na avaliação das UFs.
6	Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina	HOUGHTON, N. <i>et al</i>	2022	Os relatos das mulheres sobre as barreiras de acesso reduziram de forma estatisticamente significativa a possibilidade de utilização de serviços de saúde essenciais para elas próprias e para os seus filhos e filhas. As estratégias destinadas a eliminar barreiras não devem centrar-se apenas na melhoria da oferta de serviços, mas também abordar aspectos relacionados com normas, papéis de género e empoderamento das mulheres, se se espera um progresso sustentável rumo ao acesso universal.
7	Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19	CASTRO-NUNES, PAULA DE <i>et al</i>	2022	são apresentados possíveis caminhos que podem ser explorados e transformados em ações a serem realizadas por diversos setores da sociedade — por exemplo, a priorização de regiões e grupos sociais vulneráveis para distribuição de vacinas — e que permitam alcançar a equidade no acesso aos serviços de saúde em relação à cobertura vacinal da COVID-19.
8	Organizational aspects and a schedule For access ao vaccination from users' Perspective	DUARTE, D. C. <i>et al</i>	2021	ressalta-se a importância de os serviços identificarem suas fragilidades e adotarem estratégias que viabilizem uma atenção centrada no usuário, promovendo o acesso aos serviços de saúde e, consequentemente, à imunização.
9	Vaccination as a scheduled demand: a day in the life of users	DUARTE, D. C. <i>et al</i>	2020	ressalta-se a necessidade de mais esforços serem dispensados para a efetiva utilização dos sistemas informatizados e a Educação Permanente dos profissionais, para que haja aproveitamento de todas as oportunidades de orientações e encaminhamentos dos usuários à sala de vacinação.
10	Vaccination access in Primary Care from the user's perspective: senses and feelings about healthcare services	DUARTE, D. C. <i>et al</i>	2019	Ressalta-se a necessidade de reforçar políticas mais equitativas e a comunicação efetiva como meio de promover a credibilidade dos serviços junto aos usuários.

11	Children with type 1 Diabetes Mellitus: access to special immunobiological and child care	WOLKERS, P. C. B. <i>et al</i>	2017	As fragilidades nos cuidados infantis e nas ações de imunização exigem uma aumento da atenção primária à saúde e da rede de atenção, com base no conhecimento e no direito à saúde, a fim de ampliar a prática baseada em evidências, o acesso e a integralidade.
12	Vacinação no Brasil: reflexão bioética sobre acessibilidade	MOURA, Elisa Coutinho; <i>et al.</i>	2020	O sistema vacinal brasileiro foi entendido pelos entrevistados como bom de maneira geral, sendo as principais críticas voltadas à falta de informações e insumos. Quanto ao acesso, os dados sugerem correlação com fatores econômicos, abrindo espaço para discussões bioéticas sobre a vulnerabilidade social da maior parte da população, que não tem condições de pagar por essas imunizações.
13	Proximidade geográfica com os fornecedores de imunização e conclusão da série vacinal entre crianças de 0 a 24 meses	FREEMAN, Rain E; <i>et al</i>	2023	Nos EUA, a cobertura vacinal é menor em áreas rurais versus urbanas. A acessibilidade espacial aos serviços de imunização tem sido um fator de risco suspeito para a subvacinação em crianças rurais. Nosso objetivo foi identificar se fatores geográficos, incluindo a distância de condução até os fornecedores de imunização, estavam associados com a conclusão da vacinação infantil recomendada.
14	Developing a Community-Oriented and Place-Based Strategy to Improve COVID-19 Vaccine Accessibility.	SWOPE, Matthew; <i>et al</i>	2023	A abordagem de pontos críticos produziu um painel mensal atualizado de pontos críticos em 7 condados, abrangendo mais de 670 CEPs, para ajudar os tomadores de decisão a compreender melhor e melhorar a vacinação nas comunidades-alvo. A metodologia hot-spot produziu listas mensais de códigos postais que requerem recursos adicionais de cuidados de saúde e estratégias de vacinação. Esta foi uma abordagem local viável para mitigar as disparidades na aceitação da vacina em comunidades historicamente desinvestidas, que pode ser facilmente aplicada a outras áreas de cuidados.
15	Associations Between General Vaccine Hesitancy and Healthcare Access Among Arkansans.	MCELFIS H, Pearl A; <i>et al</i>	2022	Os resultados sugerem que a melhoria do acesso ao seguro de saúde, aos PCP e aos serviços de cuidados preventivos de rotina pode ser fundamental para reduzir a hesitação relativamente à vacinação.

16	Catch-up immunisation for migrant children in Melbourne: A qualitative study with providers to determine key challenges.	OVERMA RS, Isabella <i>et al</i>	2022	As principais barreiras para os prestadores prestarem um serviço abrangente de recuperação da vacinação estavam relacionadas com as oportunidades. O desenvolvimento de uma ferramenta online para apoiar o desenvolvimento e a elaboração de relatórios do calendário de atualização e o financiamento do tempo do fornecedor para calcular o calendário são ações primárias que podem superar as barreiras de oportunidade. As barreiras de capacidade e motivação para os médicos de clínica geral incluíram tempo, competências e motivação limitados em comparação com os enfermeiros. Estas barreiras podem ser ultrapassadas com melhorias na formação que se concentrem na qualificação dos enfermeiros para prestarem o serviço de recuperação. Os desafios na prestação de serviços são multifactoriais, exigindo uma série de estratégias para otimizar este serviço e aumentar a cobertura vacinal das crianças migrantes.
17	Pentavalent vaccination in Kenya: coverage and geographical accessibility to health facilities using data from a community demographic and health surveillance system in Kilifi County.	OGERO, M. <i>et al</i>	2022	O aumento do tempo de viagem afecta significativamente a imunização nesta comunidade rural. A melhoria das redes rodoviárias, a criação de novos centros de saúde e/ou a intensificação das atividades de sensibilização para a saúde que incluem a vacinação em áreas de difícil acesso no condado poderiam melhorar a cobertura vacinal. Estes dados podem ser úteis para orientar o departamento de saúde local sobre a localização apropriada dos centros de imunização planeados.
18	Socioeconomic inequalities in the access to health services: a population-based study in Southern Brazil.	WENDT, A. <i>et al</i>	2022	Cobertura de ESF e visita do agente comunitário de saúde apresentaram maior proporção entre os mais pobres, enquanto desfechos de contato com profissionais de saúde, exames de rastreamento e vacina da gripe foram mais prevalentes entre os mais ricos. Foram observadas baixas coberturas de acesso aos serviços e contato com profissionais, bem como desigualdades sociodemográficas importantes.
19	Access, demand, and utilization of childhood immunization services: A cross-sectional household survey in Western Area Urban district, Sierra Leone, 2019	FELDSTEIN, L. R. <i>et al</i>	2019	As conclusões deste inquérito destacam as barreiras enfrentadas pelos cuidadores no acesso e utilização dos serviços de vacinação infantil em bairros degradados e não-favelas na WAU, Serra Leoa. Como próximo passo, o MoHS da Serra Leoa e os parceiros globais de saúde colaboraram na implementação de intervenções-chave para enfrentar os desafios identificados à vacinação infantil na WAU.

20	Factors associated with the access and continuum of vaccination services among children aged 12-23 months in the emerging regions of Ethiopia: evidence from the 2016 Ethiopian demography and health survey.	DEBIE, A.; LAKEW, A. M	2020	O estado de vacinação infantil era baixo nas regiões emergentes da Etiópia. Variáveis como a escolaridade materna, o peso das crianças à nascença, os cuidados pré-natais, a prestação de serviços de saúde e a riqueza foram associadas ao acesso e à continuidade da vacinação. Portanto, capacitar as mulheres com educação e reforçar os serviços de saúde materna pode melhorar a vacinação infantil. Além disso, o governo precisa de conceber um mecanismo de compensação para os custos relacionados com a vacinação infantil para melhorar o acesso e a continuidade do serviço.
21	Fatores que interferem na cobertura vacinal no SUS: uma revisão integrativa	BORBURE MA, Myllena M, <i>et al</i>		Identificar na literatura científica os fatores que interferem na cobertura vacinal no Sistema Único de Saúde. Foi possível identificar uma totalidade de 21 fatores com predominância de hesitação vacinal, baixa escolaridade, Fake News, déficit de insumos, dificuldade com o sistema de informação, dentre outros. Considerações finais: Conclui-se que esses obstáculos podem desencadear desfechos desfavoráveis quanto à eficácia do Programa Nacional de Imunizações e exige análises constantes de como esses fatores interferem na eficácia da cobertura vacinal conforme a peculiaridade situacional do campo envolvido e seus possíveis condicionantes.
22	COBERTURA VACINAL: FATORES IMPORTANTES PARA ADESAO NO PROCESSO DE IMUNIZAÇÃO	ARAÚJO, D. M. DE Sousa, <i>et al</i>	2024	A imunização no território brasileiro teve início com a chegada do marquês de Barbacena com a experiência da vacinação para combater a varíola por meio do sistema de braço a braço. Aos anos de 1970, foi legitimado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), objetivando combater doenças imunopreveníveis. O programa é importante e essencial para a saúde pública, o calendário segue as orientações para garantir a proteção contra doenças evitáveis por meio da imunização, este trabalho tem como objetivo, avaliar o contexto enfrentado pela equipe de vacinadores no processo de imunização.
23	Cobertura vacinal e fatores associados à vacinação contra influenza em pessoas idosas do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE 2015.	SATO, A.P.S. <i>et al</i>	2020	O presente estudo avaliou a cobertura da vacina contra influenza entre pessoas idosas (idade de 60 anos ou mais) residentes no Município de São Paulo, Brasil, em 2015, bem como verificou os fatores associados. Trata-se de um estudo transversal de base populacional com dados do <i>Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento</i>

24	Estratégias para a continuidade das imunizações durante a pandemia de COVID-19 em Tucuruí, PA	PEREIRA, G. F. <i>et al</i>	2021	As estratégias criadas para a continuidade do processo de imunização para a influenza e o sarampo, durante a pandemia de Covid-19, em uma cidade do interior do Pará. A organização das UBS para a vacinação, aconteceram momentos de vacinação em domicílio, foram realizados dias de vacinação massiva. Ainda, por meio de programas de rádio e de TV, foi feita educação em saúde acerca da importância da imunização.
25	The Brazilian National Immunization Program: 46 years of achievements and challenges	DOMINGUES, C.M.A.S <i>et al</i>	2020	Analisar os fatores de hesitação vacinal e Observou-se que o medo de eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização aumenta em duas vezes a chance de hesitação vacinal; que ter acontecido algo que fizesse desacreditar na eficácia das vacinas eleva em quase três vezes; e que a disponibilidade do imunobiológico na unidade de saúde no momento da atualização do cartão diminui a ocorrência desse fenômeno.

Resultados e Discussão

Nessa revisão de literatura foram encontradas publicações que abordam temas como hesitação vacinal, reflexões sobre acessibilidade no Brasil, aspectos organizacionais no processo de trabalho da atenção à saúde, equidade e acesso para vacinas especiais e para grupos específicos. Houve também destaque para barreiras geográficas e estrutura física das unidades, relacionando-os com a dificuldade do acesso, além de situações onde o desabastecimento na oferta de imunobiológicos demonstra vulnerabilidades da rede.

Duarte e outros autores³ destacaram que o modelo organizacional da APS configura obstáculos à integralidade da assistência, citando problemas na organização de processo de trabalho que restringem o acesso à vacinação como, limitação do horário de atendimento ou restrição na oferta de imunos. Unidades de saúde que estabelecem normas para atender a vacinação, conforme necessidade dos serviços e não dos usuários.^{12, 14}

Essa prática pode demonstrar que a organização do processo de trabalho nas unidades de saúde indica um fator que interfere no acesso, na medida em que o horário de vacinação das unidades não é compatível com a jornada de trabalho de usuários que trabalham no mercado de trabalho formal e a ausência de opções fora dos dias úteis pode influenciar no alcance de coberturas vacinais adequadas.^{4, 14}

A disponibilidade de vacinas, a organização da sala de vacinação, a capacitação dos profissionais, a busca ativa de pessoas não vacinadas e o registro adequado das informações de vacinação também influenciam na eficiência do serviço de vacinação uma vez que esse

elenco de atividades converge para o que se espera de um atendimento completo e eficiente na imunização dentro das unidades de saúde da família.¹²

A redução das perdas de oportunidade de vacinação e de ações frágeis no cuidado integral são lacunas encontradas em outro estudo. Os autores apontam para a necessidade de rediscutir o processo de trabalho e ações de cuidado em rede com vistas no impacto na qualidade de vida e redução de doenças imunopreveníveis (Wolkers *et al*, 2017)⁵. Essa perspectiva indica a importância dos trabalhadores da saúde no acesso aos serviços de atenção à saúde, especialmente na vacinação.^{12, 14}

Enquanto outros trabalhos propõem como destaque a importância do fortalecimento da estratégia da saúde da família como instrumento facilitador do acesso aos serviços de saúde na medida em que estabelecem fortalecimento das redes de atenção. Essa organização busca garantir equidade e estimular comportamentos que promovam segurança, responsabilidade e solidariedade e que sejam capazes de mudar o cenário de saúde e promover articulação da sociedade e estimulando a participação social.^{6, 17}

Outra reflexão proposta por muitos trabalhos foi a participação popular e do controle social no elenco de principais ações para mudança de cenário das iniquidades enfrentadas pela população, com destaque ao mapeamento de situações que indiquem vulnerabilidade da população, correlacionando aspectos econômicos importantes no acesso.^{7, 17}

A indisponibilidade ou a irregularidade no abastecimento de alguns imunos também foi destacada em alguns estudos pesquisados como fator relevante de barreira de acesso e que gerou insatisfação entre os usuários. A disponibilidade do imunobiológico na unidade de saúde no momento da atualização do cartão também se mostrou associada ao fenômeno da hesitação vacinal. Essas barreiras de acesso podem corresponder à irregularidade no fornecimento dos imunobiológicos em virtude de problemas de produção e de logística na distribuição e armazenamento dos insumos. Em 2021, por exemplo, observou-se iniquidade na distribuição e aplicação de vacinas contra COVID-19 nas regiões Norte e Nordeste, as quais apresentaram menores coberturas vacinais.^{8, 18, 19, 24, 27}

Em outro artigo, Sato⁷ aborda a recusa ou hesitação vacinal, provocados pelo crescimento do movimento anti vacina, como uma ameaça a ser superada. Segundo o autor, essa situação se configura como uma ameaça a ser superada para a manutenção de um programa de imunização nacional eficiente.^{32, 33}

Complementando o encontrado acima, algumas publicações chamam atenção para a importância de fortalecer o papel do agente comunitário em saúde nas comunidades, ressaltando a educação em saúde e o monitoramento das coberturas vacinais na população

através de busca ativa realizadas no território por meio das visitas domiciliares.⁹ A proximidade com os usuários pode apontar para um maior vínculo e refletir na redução da hesitação vacinal por parte de alguns, além de ressaltar a opção de vacinação domiciliar para aqueles que estão domiciliados e ou acamados, o que pode influenciar na maior adesão vacinal.^{16, 26}

Concorrente às dificuldades trazidas nos estudos, nota-se que a reorganização da APS por meio da Estratégia de Saúde da Família diminui a barreira geográfica do acesso ao promover vínculo e co-responsabilização entre profissionais e trabalhadores de saúde e populações de seus territórios delimitados. Essa perspectiva gera ampliação dos serviços da rede.^{10, 14, 24, 27}

Um outro tema apontado nessa revisão é a grande gama de imunobiológicos do PNI e a falta de adequadas orientações acerca deste, o desconhecimento sobre calendário vacinal e a falsa percepção sobre a possibilidade de erradicação de doenças, e por conseguinte a não necessidade de continuar se vacinando, estão entre as prováveis razões para queda nos alcances de imunização no Brasil.^{10, 13, 32}

De certo, as publicações revisadas trazem em seu escopo o reflexo de diversos aspectos que interferem no acesso à vacina. Novas pesquisas são necessárias para substanciar ações que visem a manutenção das coberturas vacinais e ampliem o acesso como forma de garantir a equidade no processo de oferta de serviço de vacinação à população.

Conclusão

Muitos desafios foram apontados ao revisar a literatura sobre o tema, de certo a vacinação é um assunto complexo e multifatorial que demanda atenção do poder público para a implementação de estratégias planejadas com vistas a fortalecer o PNI e o acesso à vacinação.

Diante de tudo que foi apresentado ressalta-se a importância de que os municípios promovam ações voltadas a reconhecer os principais entraves locais e combater a desinformação, aumentar o financiamento, dar relevância às políticas públicas de imunização, valorizar o papel dos trabalhadores de saúde para construção do vínculo e oferta do serviço.

De modo geral, notamos um número crescente de estudos sobre a temática proposta, porém poucos analisam a percepção sob a ótica de usuários, trabalhadores e gestores. Torna-se evidente a necessidade de ampliar a discussão sobre o tema para compreensão mais ampla dos aspectos que interferem nas coberturas vacinais.

Uma comunicação baseada em evidências que enfatize a segurança e os benefícios das vacinas pode auxiliar no combate ao movimento antivacina e reduzir a hesitação vacinal. apresenta um desafio significativo que afeta a confiança pública nas vacinas. Estratégias bem planejadas e inovadoras de comunicação podem melhorar significativamente a adesão às campanhas de vacinação.

Porém também existem aspectos econômicos que desempenham um papel determinante nas decisões de vacinação. O investimento em aquisição e manutenção do fornecimento de imunos e a qualificação profissional constante são pilares para a construção de uma rede de oferta com boas práticas.

Estudar o cotidiano da sala de vacina nas unidades de saúde da família e vislumbrar as percepções dos sujeitos envolvidos na pesquisa diante do serviço de vacinação pode demonstrar formas de produção de trabalho que confluem para a manutenção da garantia do acesso.

Com essa revisão do estado da arte, esperamos trazer contribuições para os gestores, trabalhadores e usuários do SUS, além da comunidade acadêmica a fim de apontar os aspectos que interferem no acesso a vacina para que seja possível a mudança do cenário promovendo cada vez mais um sistema de vacinação eficiente e equânime.

Referências

1. Domingues CMAS, et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. Cad Saúde Pública. 2020 Oct;36(Suppl 2).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coberturas vacinais no Brasil período 2010-2014. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2015.
3. Duarte DC, et al. Aspectos organizacionais e uma agenda para o acesso à vacinação sob a ótica do usuário. Texto Contexto Enferm. 2021;30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0101>
4. Nunes PC, Ribeiro GR. Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. Rev Panam Salud Publica. 2022;46.
5. Wolkers PCB, et al. Children with type 1 diabetes mellitus: access to special immunobiological and child care. Rev Esc Enferm USP. 2017;(51).
6. Sato APS, et al. Cobertura vacinal e fatores associados à vacinação contra influenza em pessoas idosas do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. Cad Saúde Pública. 2020;36(14).

7. Moura EC, et al. Vacinação no Brasil: reflexão bioética sobre acessibilidade. *Rev Bioét.* 2020;28(4):752-9. Disponível em:
https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2320/2494
8. Duarte DC, et al. Acesso à vacinação na Atenção Primária na voz do usuário: sentidos e sentimentos frente ao atendimento. *Rev Esc Anna Nery.* 2019;23(1). Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/sxh8xrqtMrYMsJYhz5mJcdc/?lang=pt>
9. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66:158-64.
10. Zorzetto R. As razões da queda na vacinação. Pesquisa FAPESP. 2018. Disponível em:
<https://revistapesquisa.fapesp.br/as-razoes-da-queda-na-vacinacao>
11. Sato APS. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? *Rev Saúde Pública.* 2018;52.
12. Debie A, Lakew AM. Factors associated with the access and continuum of vaccination services among children aged 12–23 months in the emerging regions of Ethiopia: evidence from the 2016 Ethiopian demography and health survey. *Ital J Pediatr.* 2020;46(1).
13. Borburema MM, Silva LS, Oliveira RCC, Ramos IFF, Freire WT, Silva IBN, et al. Fatores que interferem na cobertura vacinal no SUS: uma revisão integrativa. *Saúde Coletiva.* 2023;13(88).
14. Queiroz RCCS, Queiroz RC, Rocha TAH. Vaccination services and incomplete vaccine coverage for children: a comparative spatial analysis of the BRISA cohorts, São Luís (Maranhão State) and Ribeirão Preto (São Paulo State), Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2021;37(6).
15. Vieira EW, et al. Estrutura e localização dos serviços de vacinação influenciam a disponibilidade da tríplice viral no Brasil. *REME Rev Min Enferm.* 2020;24.
16. Holanda WTG, Oliveira SB, Sanchez MN. Aspectos diferenciais do acesso e qualidade da atenção primária à saúde no alcance da cobertura vacinal de influenza. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2022;27(4).
17. Nobre R, Guerra LDS, Carnut L. Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos. *Saúde Debate.* 2022;46.
18. Neves RG, et al. Tendência da disponibilidade de vacinas no Brasil: PMAQ-AB 2012, 2014 e 2018. *Cad Saúde Pública.* 2022;38(4).
19. Houghton N, et al. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica.* 2023 Apr;46.
20. Castro-Nunes P, Ribeiro GR. Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46. doi:10.26633/RPSP.2022.31

21. Duarte DC, et al. Acesso à vacinação na Atenção Primária na voz do usuário: sentidos e sentimentos frente ao atendimento. *Rev Esc Anna Nery*. 2019;23(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/sxh8xrqtMrYMsJYhz5mJcdc/?lang=pt>
22. Duarte DC, et al. Vacinação como demanda programada: vivências cotidianas de usuários. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4).
23. Duarte DC, et al. Aspectos organizacionais e uma agenda para o acesso à vacinação sob a ótica do usuário. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0101>
24. Freeman RE, et al. Geographic proximity to immunization providers and vaccine series completion among children ages 0–24 months. *Vaccine*. 2023 Apr;41(17):2773–80.
25. Ogero M, et al. Pentavalent vaccination in Kenya: coverage and geographical accessibility to health facilities using data from a community demographic and health surveillance system in Kilifi County. *BMC Public Health*. 2022 Apr;22(1).
26. Wendt A, et al. Socioeconomic inequalities in the access to health services: a population-based study in Southern Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;27(2).
27. Feldstein LR, et al. Access, demand, and utilization of childhood immunization services: A cross-sectional household survey in Western Area Urban district, Sierra Leone, 2019. *J Glob Health*. 2020 Jun;10(1).
28. Araujo DM, Frota BBB, Muniz LML, Lucas MFR, Oliveira JP, Nascimento MA, et al. Cobertura vacinal: Fatores importantes para adesão no processo de imunização. *Rev Foco*. 2023;17(10):e6585. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n10-114>
29. Sato APS, Andrade FBA, Antunes JLF. Cobertura vacinal e fatores associados à vacinação contra influenza em pessoas idosas do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE 2015. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(Suppl 2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237419>
30. Pereira GF, Cantão BCG, Batista Neto JBS, Santos Silva HR, Gouveia AO, Medeiros TSP. Estratégias para a continuidade das imunizações durante a pandemia de COVID-19 em Tucuruí, PA. *Rev Nursing*. 2021;24(272):5162–6.
31. Domingues CMAS, Maranhão AGK, Teixeira AM, Fantinato FFS, Domingues RAS. The Brazilian National Immunization Program: 46 years of achievements and challenges. *Cad Saúde Pública*. 2020 Oct;36(Suppl 2):e00222919. doi:10.1590/0102-311X00222919
32. Swope M, Alem AC, Russo SC, Gin NE, Chevez SG, Haque R. Developing a Community-Oriented and Place-Based Strategy to Improve COVID-19 Vaccine Accessibility. *Perm J*. 2023 Mar;27(1):103–12. doi:10.7812/TPP/22.097
33. Overmars I, Kaufman J, Holland P, Danchin M, Tucherman J. Catch-up immunisation for migrant children in Melbourne: A qualitative study with providers to determine key challenges. *Vaccine*. 2022 Nov;40(47):6776–84.

4.2 ARTIGO II - ACESSO A VACINAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI: UMA ANÁLISE DAS DIMENSÕES ECONÔMICA, TÉCNICA, ORGANIZACIONAL E SIMBÓLICA

Resumo

Introdução: Este estudo analisou os aspectos que interferem no acesso à vacinação em Camaçari (BA), sob a ótica de usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS. Com base nas dimensões econômica, organizacional, técnica e simbólica do acesso.

Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 16 participantes.

Resultados: Os resultados apontaram obstáculos como desabastecimento de imunobiológicos, falhas na organização dos serviços, desinformação e dificuldades logísticas.

Considerações Finais: Conclui-se que é urgente o fortalecimento das políticas públicas, da educação permanente e da gestão territorial para ampliar o acesso equitativo à imunização.

Palavras-chave: Vacinação. Acesso à saúde. Imunização. Sistema de Saúde.

Abstrat

Introduction: This study analyzed the factors that interfere with access to vaccination in Camaçari, Bahia, from the perspective of users, healthcare professionals, and SUS administrators. The study analyzed the economic, organizational, technical, and symbolic dimensions of access.

Methodology: This was a qualitative, descriptive study in which semi-structured interviews were conducted with 16 participants.

Results: The results highlighted obstacles such as shortages of immunobiologicals, service organization gaps, misinformation, and logistical difficulties.

Final Considerations: It is concluded that strengthening public policies, continuing education, and territorial management is urgently needed to expand equitable access to immunization.

Keywords: Vaccination. Access to healthcare. Immunization. Healthcare system

Introdução

Aspectos como a falta de informação, pobreza e movimentos antivacina e impactam no acesso à vacinação de populações, a afirmação consta no relatório *Situação Mundial da Infância 2023: para cada criança, vacinação*.¹ Este pode ser apenas um dentre tantos outros motivos que impactam no acesso e nas coberturas vacinais no território nacional. No município de Camaçari a situação não é diferente, aspectos como barreiras geográficas, déficit de profissionais qualificados e falta de informações de qualidade refletem a dificuldade em acessar o serviço de vacinação do município e dificultam o acesso como consolidação de direito universal.

Neste cenário, as constantes transformações também interferem na oferta e demanda da vacinação nos territórios. Nessa perspectiva, destaca-se a vacinação como estratégia efetiva na prevenção de doenças infecciosas, sendo ofertada amplamente na APS e que deve se pautar no acesso igualitário e fortalecido, no entanto, apesar de todo conhecimento acerca dos direitos garantidos pelo SUS nesse campo, as estratégias de vacinação atuais ainda se revelam frágeis e incapazes de enfrentar os desafios apontados na atualidade.

Os últimos anos têm sido marcados por avanços importantes na área da imunização, porém a adesão à vacinação, em geral, sofreu oscilações devido a diversos aspectos. Após enfrentar quedas consecutivas nas coberturas vacinais desde 2016, sendo uma das razões a propagação de desinformação sobre a segurança e eficácia das vacinas, o Brasil registrou a perda de conquistas importantes do programa de vacinação.²

Nesse contexto, para estabelecer quais aspectos interferem nas coberturas vacinais no município de Camaçari, traçamos este diálogo com gestores, usuários e trabalhadores da saúde para entender o acesso à vacinação sob a luz das dimensões do acesso.

Método

Esse estudo foi realizado com usuários, trabalhadores das unidades de saúde e gestores do município de Camaçari, no período de setembro a novembro de 2024, conduzido em conformidade com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com número de parecer 6.962.978, CEE: 79648624.6.0000.0053.

Para coleta de dados, o instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, com abordagem sobre temas norteadores divididos em quatro dimensões econômicas, organizacional, técnica e simbólica do acesso segundo Assis e Jesus.³ As perguntas foram elaboradas com base em atividades de vacinação e acesso ou relacionadas com o tema como: conhecimento sobre vacinas e vacinação, barreiras no acesso, processo de trabalho, capacitação de trabalhadores de saúde, investimento em logística, crenças e medos, além de ações educativas.

Foram entrevistados dezesseis indivíduos, divididos em cinco usuários, sete trabalhadores de saúde e quatro gestores. Para fins de manter a privacidade dos participantes na pesquisa, utilizaremos os seguintes códigos acompanhados de numerais por ordem de entrevista: para os entrevistados usuários EU, para os entrevistados profissionais da saúde de EP e para os gestores de EG.

A análise de dados seguiu a proposta de análise de conteúdo⁴, e os dados foram organizados de acordo com os eixos sugeridos como: Oferta, regularidade no abastecimento e falta de imunobiológicos, organização do trabalho, estrutura das salas de vacina, qualidade do atendimento, capacidade técnica do serviço, investimento na vacinação, logística e educação permanente e crenças.

Resultados

A dimensão econômica desempenha um papel importante no acesso à saúde e impacta na capacidade da oferta dos serviços de saúde tanto em qualidade quanto em quantidade. A desigualdade econômica pode criar barreiras significativas ao acesso, enquanto o investimento em saúde pode ter impactos positivos para a saúde e até mesmo na economia.

Ao falarmos sobre barreiras de acesso o transporte público foi um dos itens mais citados nas entrevistas, configurando-se como importante marcador desta dimensão e impactando diretamente na vacinação no município, como podemos ver a seguir:

“A questão econômica de ter que pegar transporte dificulta essa vinda à unidade para atualizar o cartão. É uma justificativa que eles dão” (EP7);

“Temos o problema do transporte público inexistente, que dificulta ainda mais o acesso” (EG3);

“Antigamente o Estado fornecia carro para as equipes fazerem visitas domiciliares. Agora estamos sozinhos” (EG4);

“O posto fica longe e tem que pegar transporte e não tenho dinheiro” (EU1).

Assis e Jesus³ destacam que a dimensão econômica considera investimentos necessários para garantir acesso equitativo. A dificuldade de transporte público aparece entre os principais obstáculos, enquanto Moura e outros autores⁵ também apontaram aspectos econômicos, sugerindo vulnerabilidade social relacionada à impossibilidade de arcar com transporte.

De fato, a não existência de transporte público no município onera os deslocamentos dos usuários e impacta negativamente no acesso, em algumas falas os usuários trouxeram que necessitam procurar vacinas em postos diferentes.

Outro achado nos registros foi sobre a necessidade de investimento também em recursos humanos, pois as entrevistas apontam para sobrecarga dos trabalhadores na sala de vacina:

“O dimensionamento de RH precisa melhorar assim como investimento em carro e câmaras” (EP1);

"seria essencial ter dois técnicos na sala de vacina, pois é muito puxado ficar sozinha para fazer tudo" (EP3);

“precisamos de investimentos por parte da gestão tanto em capacitações quanto em Rh qualificado e quantidade” (EG2);

“Acredito que a vacinação precisa também ser importante para a gestão, para haver investimento é preciso ser prioridade e isso nos não vemos mais, não existe investimento em sala de vacina, equipamentos, manutenção e equipe treinada” (EG1);

“A gestão investe em treinamentos, mas ainda são poucos. o Ministério da Saúde e o estado também não investe mais, deixou apenas a cargo das prefeituras. o investimento tem que ser ampliar a oferta em outros espaços públicos com envolvimento das equipes do território” (EG4).

O investimento em recursos humanos na imunização é necessário para garantir a eficácia e segurança das campanhas de vacinação. Uma equipe qualificada, e em quantitativo adequado é essencial para as boas práticas nas salas de vacina, protegendo a saúde individual e coletiva.

Por outro lado, ao serem questionados sobre a percepção da oferta de imunos nos pontos de vacinação do município, usuários, gestores e trabalhadores apontaram facilidade de encontrar vacinas nos postos de saúde do município e com regularidade do abastecimento. Relataram também a existência de vacinação domiciliar e até de áreas não adscritas. O que fica notório nas falas a seguir:

“Existem bastantes pontos de vacinação” (EU4);

“Além de encontrarem as vacinas, existe vacinação em domicílio” (EU5);

“Eu acho bom. Todo lugar que eu vou vacinar meus filhos sempre tem vacina. Aqui nunca falta” (EU4);

“A oferta é integral, em todo funcionamento e de todas as vacinas. Atende tanto a população da área quanto a de outras localidades” (EP4);

“A oferta atende à demanda. Só temos problema de abastecimento se for nacional” (EG1);

Essa realidade encontrada facilita o acesso e fortalece as ações de prevenção e promoção visto que a vacina é um serviço disponível a toda população e funciona como porta aberta nos territórios.

Porém, quando o assunto é disponibilidade, os entrevistados citam que existem problemas na regularidade do abastecimento o que pode ocasionar redução da oferta de algum imunobiológico:

“Algumas vacinas deveriam ter em maior quantidade para a população, porque às vezes as pessoas vêm procurar e a disponibilidade não é grande” (EP1);
 “algumas vacinas faltam” (EU1);

“precisamos até ficar procurando em outros postos” (EU2);

“no posto perto de casa a vacina sempre falta, eu não acho que tem muita vacina disponível não” (EU3);

“A oferta atende à demanda. Só temos problema de abastecimento se for nacional” (EG1);

“Camaçari não tem dificuldade de acessar nem de receber esses imunobiológicos” (EG4);

Essas respostas indicam que a Atenção Primária possui oferta vacinal ampla, eventualmente afetada, principalmente, por desabastecimentos nacionais. Esse problema global impacta o Brasil e reverbera em todo seu território, o que pode explicar parte da queda na cobertura vacinal.^{1, 6}

Duarte já destacava que a indisponibilidade ou irregularidade no fornecimento de alguns imunobiológicos é um fator relevante de insatisfação e uma importante barreira de acesso.⁷

Na dimensão organizacional do acesso aos serviços de saúde podemos analisar a maneira como esses serviços são planejados, organizados e gerenciados, daí a importância de atentar para as percepções desses grupos que estão diretamente envolvidos no cuidado oferecido ou recebido. Essa dimensão envolve aspectos como a gestão da equipe de trabalho, a forma como as atividades são distribuídas, a comunicação entre os profissionais e os diferentes setores, a coordenação de protocolos e fluxos de atendimento, bem como a articulação entre os diversos níveis de atenção à saúde.⁸

Dessa forma, uma vez que os imunos estão disponíveis e presentes em todos os postos da cidade, perguntamos aos entrevistados sobre suas experiências no serviço de vacinação, com questionamento acerca do acolhimento e a organização nas unidades:

“Acho bom o acolhimento, inclusive eles dão orientações” (EU3);

“Nem todos os profissionais são acolhedores no atendimento” (EU2);

“Capacitamos até os recepcionistas, todos acolhem os usuários desde a entrada” (EP6);

“A equipe sempre atende bem e vai às casas vacinar nossos idosos” (EU2).

De fato, um bom acolhimento facilita a comunicação entre profissionais e usuários e promove adesão à proposta uma vez que pode solucionar dúvidas e responder a questionamentos, assim como garante a prática da humanização em saúde.

Mesmo diante destes relatos, também encontramos falas com apontamentos de ações que necessitavam de maior atenção na promoção do cuidado. Duarte *et al.*⁹ já ressaltava a importância de identificar fragilidades nos serviços e adotar estratégias centradas no usuário. Já em outro estudo no ano de 2021, o mesmo autor fala também da importância de os serviços adotarem estratégias que viabilizem uma atenção centrada no usuário, promovendo o acesso aos serviços de saúde e, consequentemente, à imunização.

Para encontrar falas nesse sentido, conduzimos as perguntas para tópicos que abordassem a organização do serviço. Encontramos nas narrações relatos de falta de planejamento e dificuldades com horário de funcionamento e o que vemos está a seguir:

"Eu acho que falta essa questão de planejamento, porque só tem um técnico para tudo, então a gente fica muito focado no vacinar, e a gente fica sobrecarregado" (EP4);

“O horário da vacina também encerra cedo e ninguém dá muita informação” (EU5);

“As equipes definem o processo de trabalho baseado em suas necessidades e não nas da população” (EG1);

“Não há muito planejamento de ações de vacinação nos postos” (EU1, EU3);

“Eu passei por três unidades e sinceramente não consigo entender por que uma ou outra unidade não consegue gerenciar os pedidos de vacina para não faltar nestas outras unidades, se algumas conseguem” (EP4).

O destaque nesses relatos vai para a organização do processo de trabalho nas salas de vacina, priorizando o planejamento de ações, gerenciamento de pedidos, e enfatizam a importância da participação da equipe dos trabalhadores de saúde para que estes assumam seus papéis na organização das salas de vacina.

“as equipes são apenas executoras e se colocam nessa posição por não considerarem a vacinação como uma tarefa própria da atenção básica, mas sim da vigilância epidemiológica” (EG1);

“As equipes não se mobilizam para organizar ações de vacinação não, ainda enxergam como uma ação da Vigilância e não da Atenção Primária” (EG2).

Algumas destas falas corroboram com o encontrado no estudo de Duarte *et al*⁹ onde cita problemas na organização de processo de trabalho que restringem o acesso limitando o horário e ou de oferta de imunobiológicos, onde algumas equipes podem basear as normas de organização dos serviços modelando-os a sua vontade e não a do usuário.

Em outro estudo, Borburema¹⁰ já trazia que o horário de funcionamento dos serviços é um aspecto importante que pode influenciar nas coberturas, visto que os horários disponíveis não são compatíveis com a jornada de usuários inseridos no mercado de trabalho formal, principalmente com o das mães além da demora no atendimento.

Na percepção dos gestores, principalmente, vemos falas que demonstram a fragilidade na vivência do dia a dia na sala de vacina por falta de protagonismo das equipes diante da oferta deste serviço de vacinação:

“as equipes agem individualmente cada um fazendo do seu jeito, e não se atém mais aos protocolos e ou diretrizes”, (EG3);

“A passividade das equipes frente à atividade de vacinação está refletida nos profissionais que se comportam como tarefeiros” e destaca também a ausência de qualificação dos profissionais que chegam às unidades existe também”. (EG4).

Ao analisar a oferta sob a ótica da dimensão técnica podemos nos atentar aos aspectos práticos e operacionais que tornam o acesso aos serviços de saúde possível e efetivo. Isso inclui a organização dos serviços, a disponibilidade de profissionais qualificados, a infraestrutura adequada, a qualidade dos procedimentos e a tecnologia empregada. Em outras palavras, é a garantia de que os serviços de saúde não apenas existem, mas também são acessíveis e adequados para atender às necessidades da população^{11,19}. Nas entrevistas esses fatores apareceram nas seguintes falas:

“As equipes definem o processo de trabalho baseado em suas necessidades e não nas da população” (EG1);

Falta qualificação técnica e além da escassez de formação na área de imunização (EG3);

“Muitos profissionais contratados via REDA chegam sem conhecimento sobre vacinação” (EG4);

“Muitos profissionais são de contrato REDA e chegam sem saber nada de vacina e isso prejudica o acolhimento” (EG2);

“Os profissionais da sala de vacina, além de serem sem qualificação adequada, ainda estão envelhecendo e adoecendo e se esquivando da tarefa de vacinar” (EP2);

“Os pais ainda se assustam com as fake news. Mas tem também o cansaço de alguns profissionais de saúde, a sobrecarga existe mesmo” (EP5).

Notamos um destaque para a fragilidade de vínculos precários, onde a precariedade dos vínculos de trabalho na área da saúde tem impactos negativos tanto para os profissionais quanto para a qualidade dos serviços oferecidos à população. A falta de estabilidade, segurança e direitos trabalhistas pode levar à desmotivação, sobrecarga e baixa produtividade dos profissionais, além de comprometer a qualidade da atenção prestada, como longas filas de espera, dificuldades no tratamento e falta de ações preventivas¹². Por outro lado, o envolvimento da equipe de saúde da família nas ações de vacinação pode ser verificado nas falas a seguir. Além de destacar a importância da educação permanente como fator de constante atualização e preocupação com as boas práticas em sala de vacina.

“A prefeitura sempre oferta atualização, e também temos o pessoal do distrito que atende” (EP1);

"A supervisão da enfermeira é diária e temos uma boa relação, à enfermeira sempre pergunta se precisa de algo e eu tb trago informações a ela. me sinto confortável em buscar ajuda dela" (EP2);

“ eu trago mais uma vez a inexistência na academia do ensino mais adequado sobre vacinação e por isso os profissionais chegam tão inexperientes nas equipes e também não encontram locais para se qualificarem” (EG3);

“as mudanças nos sistemas de informação e registro são um dificultador no processo de trabalho” (EG4).

Duarte¹³ e colaboradores já ressaltavam a necessidade de mais esforços serem dispensados para a efetiva utilização dos sistemas informatizados e dar maior atenção aos trabalhadores com incremento da educação permanente dos profissionais, para que haja aproveitamento de todas as oportunidades de orientações e encaminhamentos dos usuários à sala de vacinação.

Por ser o enfermeiro o responsável técnico gerencial, o mesmo exerce a supervisão como um relevante recurso de melhoria da qualidade das atividades prestadas, com o papel de organizar, monitorar e promover a evolução da equipe. A supervisão abrange todo o processo de acompanhamento do trabalho realizado na sala de vacina, indo além do trabalho com registros e metas, como no trabalho técnico dos trabalhadores da sala.¹⁴

Abordando, então, o tema supracitado, os entrevistados oscilam nas respostas entre a existência de supervisão da sala de vacina pela enfermeira da unidade, e que isso ajuda no processo de trabalho, e a ausência da mesma deixando a cargo da gestão esse papel.

"A supervisão da enfermeira é diária e temos uma boa relação, à enfermeira sempre pergunta se precisa de algo e eu também trago informações a ela. me sinto confortável em buscar ajuda dela" (EP2);

“Temos supervisão sim, a enfermeira vem e pergunta se já fizemos pedido se temos alguma dificuldade, quando ela recebe notas ou informações ela traz pra gente” (EP1);

“Temos supervisão, mas a enfermeira também não tem tempo para tudo.” (EP7);

“mesmo com a existência de uma enfermeira em cada equipe para realizar a supervisão com horário definido em agenda, isso não acontece e acaba sendo realizado pela gestão” (EG3);

“o que vemos é a gente fazendo esse trabalho a distância enquanto a equipe se esquia na lógica de que já estão sobrecarregados e não se veem nesse papel. mas não se trata de falta de tempo, pois no município temos parametrização, acho que o que falta é organização do processo de trabalho” e completa “aqui as equipes de AB acham que a vacinação é uma atividade externa, da Vigilância Epidemiológica” (EG1);

“existe um déficit na graduação que não prepara os profissionais de enfermagem para abordarem a supervisão de sala de vacina com profundidade” (EG4).

Essas reflexões versam sobre a característica presente em algumas equipes de saúde onde estes se vêem como executores de demandas e muitas vezes ficam a espera de que outros executem ações cotidianas, por não se enxergarem no processo, segundo impressões da gestão municipal.

Nunes e Ribeiro¹⁵ já traziam em seu estudo destaque a importância do fortalecimento da estratégia da saúde da família como instrumento facilitador do acesso aos serviços de saúde e estimulando comportamentos que promovam segurança e responsabilidade. Enquanto Overmars e outros autores¹⁶ falam que estas barreiras podem ser ultrapassadas com melhorias na formação que se concentre na qualificação dos enfermeiros para prestarem o serviço de recuperação.

Agora, voltando às questões a dimensão simbólica do acesso relacionada ao campo subjetivo das relações, englobando a maneira como indivíduos e grupos sociais compreendem o processo saúde-doença, suas crenças, valores e contextos culturais e direitos. As falas dos entrevistados revelam opiniões divergentes: enquanto alguns apontam que a população procura os serviços de vacinação apenas quando há cobrança, outros profissionais ressaltam a relevância do direito à vacinação e à proteção coletiva como um princípio fundamental da saúde pública.

Quando abordamos as crenças e medos envolvidos na vacinação encontramos muitas respostas vinda dos usuários, porém tanto gestores quanto profissionais demonstraram dar pouca atenção ao tema, relativizando sua importância na manutenção das coberturas vacinais,

“antes uma sensação de obrigação em se vacinar e isso era importante, mas que agora a vacina não é tão valorizada” (EU1);

“Tenho medo de reações ou de ver meus filhos sofrendo” (EU2);

“às vezes o povo só vacina por imposição do trabalho ou escola. o povo só vai se tiver doença ou surto, porque se tiver tudo bem a população nem procura ou minha mãe sempre vacinou a gente tb, mas eu penso que a vacina doi e da febre e tenho medo de meu filho ficar sofrendo” (EU3);

“Eu procuro ser a mais amigável possível, eu sou cordial, chamo todos pelo nome pois já vejo no sistema, não vejo porque ter medo” (EP6);

“Eu acho que é muito associado ao medo e dor, por conta da vacina. Hoje tb tem muitos usuários querem decidir o que fazer....e não é bem assim” (EP4);

“A população não compreende a grande importância que têm o avanço das vacinas para a melhora coletiva de saúde” (EG2).

Uma população que cultua o medo das vacinas de certo implicará nas coberturas vacinais, para além de melhoria nas informações de qualidade sobre os imunobiológicos e combate às *fake news* é importante falar sobre o direito ao serviço em questão.

A vacinação ocupa um lugar de destaque no Brasil, sendo reconhecida como um direito do cidadão e uma responsabilidade do Estado. O acesso às vacinas é assegurado de forma universal pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) determina que a vacinação infantil é obrigatória nos casos indicados pelas autoridades de saúde¹⁷.

Diante disso perguntamos como os participantes entendiam o direito à vacinação, e os achados foram diversos, desde o reconhecimento do direito universal à saúde, mas carregados por uma crítica sobre a falta do exercício da cidadania por parte da própria população que têm assentado na Constituição Federal o direito à saúde, além da influência das informações contrárias à vacinação que circulam pela sociedade, formando a representação social sobre o assunto, como vemos a seguir:

“[os usuários] acreditam ser importante, como o acesso aos demais serviços públicos de saúde” (EU4);

“a população não sabe lutar pelos direitos” (EU2);

“acho que é importante, mas o povo não sabe pedir melhorias” (EU5);

“O povo procura por conta da Bolsa Família ou do emprego mesmo. em dia de peso da bolsa isso aqui lota” (EP1);

"A vacinação é o melhor serviço do SUS, é um serviço eficiente do governo, pode faltar tudo no posto, mas não falta na vacina" (EP2);

"Existe diferença entre o que a equipe e o que os usuários enxergam, destacando a importância da equipe dar visibilidade ao direito dos usuários" (EG1);

"a população não compreende a grande importância que têm o avanço das vacinas para a melhora coletiva de saúde"(EG2);

"Existe uma grande influência negativa das fake news no processo de tomada de decisão dos usuários quando falamos em direito" (EG3);

"Temos direito à saúde e mas o movimento anti vacina colaborou para o esquecimento por parte da população desses direitos" (EG4).

Ainda se percebe uma fragilidade no entendimento do direito ao acesso, tanto para usuários como para os profissionais da saúde. Além de não terem mencionado os elementos do controle social que podem ser utilizados para a organização civil. Estas questões podem ser fortalecidas com o estímulo à participação de todos na construção de políticas públicas. Moura e colaboradores¹⁸ nos chamam a uma reflexão acerca da importância da participação e controle social no elenco de principais ações para mudança de cenário das iniquidades enfrentadas pela população estão a importância de mapear situações que indiquem vulnerabilidade de uma determinada população correlacionando aspectos econômicos que impactam no acesso.

Sato¹⁹ já ressalta o crescimento do movimento anti vacina como uma ameaça a ser superada é necessária para a manutenção de um programa de imunização nacional exitosa como aparece na fala dos gestores quando se fala de entendimento de direitos por parte da população.

Por fim, acrescentamos aos entrevistados questões sobre a participação popular, e foi unânime as respostas dos usuários ao revelarem que a única participação que enxergam é a de ir ao posto vacinar, os profissionais de saúde relatam que esta participação é inexistente, exceto em casos específicos de grupos, e os gestores julgam não haver interesse dos usuários em participar.

"eu vou sempre me vacinar, participo" (EU1);

"Eu levo meus filhos nas campanhas, gosto de participar" (EU2);

"na época da covid a população lutou para ter acesso à vacina" (EP1);

"também não há grandes investimentos por parte da gestão" (EG1);

"A gestão nem investe muito na participação popular, digo na informação e no estímulo mesmo" (EG2);

“nenhuma participação, sou membro do conselho municipal de saúde e a única vez que discutimos vacina foi na covid” (EG4).

O entendimento sobre o acesso à vacinação sob a luz das dimensões apresentadas indica algumas barreiras que foram comprovadas e indicaram para outras perspectivas mais complexas que envolvem a frágil formação política e social principalmente dos usuários do SUS e das possibilidades que os meios de comunicação ainda podem ser mais explorados pelos profissionais e gestores no sentido de fortalecer a representação social com relação a eficácia dos imunobiológicos.

Conclusões

É nítido o quanto podemos perceber sobre as dimensões do acesso nas falas desses entrevistados. Tanto os usuários, como trabalhadores e gestores fazem referência aos principais pontos nos quais precisa haver melhorias para fortalecer e estruturar o acesso equânime à vacinação. Estudar as dimensões do acesso favorece a organização do processo de oferta com base nas diretrizes do SUS e ajuda a construção de um sistema de saúde cada vez mais coletivo.

Nesse panorama podemos inferir que a questão do acesso à vacina é multifatorial, pois vemos destaque para questões ligadas a dificuldades de acesso geográficos, com déficit de investimento em transporte público no município, necessidade de investimento em informação de qualidade e segura acerca da vacinação, de investimento em capacitação e recursos humanos, assim como maior qualificação dos trabalhadores no quesito planejamento e processo de trabalho.

Necessário destacar que a irregularidade no abastecimento nacional de alguns imunobiológicos é referido em todos os momentos das entrevistas, o que reflete uma fragilidade na oferta de todos os tipos de vacina no mesmo momento. Mas para além dos aspectos que interferem negativamente, se faz necessário também destacar a grande capilarização de serviços de oferta de vacinação no município que garante salas de vacinas em todas as unidades de saúde da família.

Referências

1. UNICEF. Situação mundial da infância 2023: para cada criança, vacinação. Nova Iorque: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2023 [citado 2025 jul 17]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/situacao-mundial-da-infancia-2023>
2. Sato APS. Programa Nacional de Imunizações: a política de vacinação no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(5):1511–21. doi:10.1590/1413-81232018235.03982018
3. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2865–75.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2010.
5. Moura EC, et al. Vacinação no Brasil: reflexão bioética sobre acessibilidade. *Rev Bioét*. 2020;28(4):752–9. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2320/2494
6. Domingues CMAS, Teixeira AM. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no contexto da pandemia de COVID19. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e144.
7. Duarte DC, et al. Acesso à vacinação na Atenção Primária na voz do usuário: sentidos e sentimentos frente ao atendimento. *Rev Esc Anna Nery*. 2019;23(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/sxh8xrqtMrYMsJYhz5mJcdc/?lang=pt>
8. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/MS/SAE-PR; 2013. v.3. p.143–82.
9. Duarte DC, et al. Aspectos organizacionais e uma agenda para o acesso à vacinação sob a ótica do usuário. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30. doi:10.1590/1980-265X-TCE-2019-0101
10. Borburema MM, Silva LS, Oliveira RCC, Ramos IFF, Freire WT, Silva IBN, et al. Fatores que interferem na cobertura vacinal no SUS: uma revisão integrativa. *Saúde Coletiva*. 2023;13(88).
11. Assis SM, Jesus EM. Políticas públicas e o acesso à vacinação no Brasil. *Rev Bras Saúde Pública*. 2012;46(3):524–32.
12. Pereira AAC, et al. Precarização do trabalho de enfermeiras: uma análise na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Trab Educ Saúde*. 2023;21:e02311227. doi:10.1590/1981-7746-ojs2311
13. Duarte DC, et al. Vacinação como demanda programada: vivências cotidianas de usuários. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4).
14. Trindade TM. Supervisão de enfermagem na sala de vacina: desafios e perspectivas. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Supl 1):605–10. doi:10.1590/0034-7167-2017-0147

15. Nunes PC, Ribeiro GR. Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46.

16. Overmars I, Kaufman J, Holland P, Danchin M, Tucherman J. Catch-up immunisation for migrant children in Melbourne: A qualitative study with providers to determine key challenges. *Vaccine*. 2022 Nov;40(47):6776–84.

17. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*. 1990 jul 16;Seção 1.

18. Moura EC, et al. Vacinação no Brasil: reflexão bioética sobre acessibilidade. *Rev Bioét*. 2020;28(4):752–9. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2320/2494

19. Sato APS. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? *Rev Saúde Pública*. 2018;52.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [citado 2023 nov 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

21. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996. p. 177–98.

4.3 ARTIGO III - DESAFIOS E BARREIRAS NO ACESSO À VACINAÇÃO EM CAMAÇARI (BA): UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DE USUÁRIOS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES

Resumo

Objetivos: Este estudo analisa os desafios e barreiras que interferem no acesso à vacinação no município de Camaçari, Bahia, a partir da perspectiva de usuários, profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Metodologia: A pesquisa, de natureza qualitativa, identificou entraves como o desabastecimento de imunobiológicos, dificuldades de transporte, desinformação, acolhimento insatisfatório e deficiências na organização dos serviços.

Resultados: Os resultados indicam a necessidade de planejamento mais efetivo, qualificação de profissionais e fortalecimento das políticas públicas para garantir o acesso equitativo à vacinação.

Conclusão: superar as barreiras ao acesso à vacinação em Camaçari exige ações integradas e intersetoriais que envolvam investimento em infraestrutura, educação permanente dos profissionais, escuta qualificada dos usuários e fortalecimento da atenção básica. políticas públicas bem estruturadas e sensíveis às especificidades territoriais será possível ampliar a cobertura vacinal e garantir o direito universal à imunização.

Palavras-chave: Acesso à saúde; vacinação; Sistema de Saúde; barreiras.

Abstrat

Objective: This study analyzes the challenges and barriers affecting access to vaccination in the municipality of Camaçari, Bahia, from the perspective of users, health professionals, and managers within the Brazilian Unified Health System (SUS).

Methodology: This qualitative research identified key barriers such as shortages of immunobiologicals, transportation difficulties, misinformation, inadequate patient reception, and organizational deficiencies within services.

Results: The findings highlight the need for more effective planning, professional training, and the strengthening of public policies to ensure equitable access to vaccination.

Conclusion: Overcoming these barriers requires integrated, intersectoral actions including investments in infrastructure, continuing education, active listening to users, and the reinforcement of primary health care. Public policies that consider the local territorial specificities are essential to improve vaccine coverage and uphold the universal right to immunization.

Keywords: Access to health; vaccination; Healthcare system; barriers.

Introdução

O acesso à vacinação constitui um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde pública e a prevenção de doenças imunopreveníveis. No entanto, embora o Programa Nacional de Imunizações (PNI) brasileiro tenha historicamente alcançado elevadas coberturas vacinais, nos últimos anos tem-se observado uma preocupante tendência de queda, sobretudo entre crianças e populações mais vulneráveis^{1,2}. Essa redução na cobertura compromete os avanços obtidos nas últimas décadas e reacende o risco de reemergência de doenças anteriormente controladas ou eliminadas, como o sarampo e a poliomielite³.

O acesso à vacinação é um fenômeno multifatorial, influenciado por determinantes sociais, econômicos, geográficos e culturais. Barreiras como a localização inadequada dos serviços, escassez de recursos humanos, horários inflexíveis e desinformação populacional têm sido amplamente reconhecidas como obstáculos para o alcance equitativo da imunização^{4,5}. Além disso, fatores estruturais relacionados à organização do sistema de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária, interferem diretamente na disponibilidade e continuidade dos serviços de vacinação⁶.

A literatura aponta ainda que o acesso à vacinação deve ser analisado sob uma perspectiva ampliada, que considere os determinantes sociais da saúde, como renda, escolaridade e condições de moradia, os quais impactam diretamente na capacidade das famílias de buscar os serviços de saúde^{7, 8}. Esses aspectos reforçam a necessidade de estratégias intersetoriais e territorializadas para garantir a equidade no acesso e a sustentabilidade das ações de imunização.

Diante desse contexto, compreender os múltiplos aspectos que influenciam o acesso à vacinação é essencial para o planejamento de políticas públicas efetivas. Este estudo tem como objetivo analisar os desafios e barreiras que interferem no acesso à vacinação no município de Camaçari, Bahia, a partir da perspectiva de usuários, profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com enfoque exploratório-descritivo, cuja estratégia metodológica fundamenta-se na realização de entrevistas semiestruturadas. Os participantes foram organizados em três grupos distintos: usuários do Sistema Único de Saúde (identificados como EU), profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária (EP) e

gestores municipais de saúde (EG) acrescidos dos numerais referentes à ordem da realização das entrevistas. A coleta de dados foi realizada em unidades básicas de saúde do município de Camaçari, Bahia, selecionadas de forma intencional, com base em critérios de acessibilidade, cobertura populacional e diversidade territorial.

As entrevistas seguiram um roteiro previamente elaborado, com perguntas abertas que permitiram captar discursos e experiências dos sujeitos em relação ao tema. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e posteriormente submetidas à análise de conteúdo, conforme proposto por Minayo⁹, visando à identificação de padrões e categorias emergentes nos relatos.

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com número de parecer 6.962.978, CEE: 79648624.6.0000.0053.

Irregularidade na Oferta de Imunobiológicos - Os usuários “rodam muito” para encontrar...

Os relatos dos usuários revelaram experiências divergentes quanto à disponibilidade de imunobiológicos nas unidades de saúde. Enquanto alguns informaram dificuldades recorrentes, como o desabastecimento de vacinas específicas, o que os obrigava a buscar atendimento em outros bairros ou até mesmo em municípios vizinhos, outros afirmaram não ter enfrentado restrições no acesso. Tais relatos foram corroborados pelos profissionais de saúde, que reconhecem uma cobertura vacinal relativamente ampla, porém com episódios pontuais de escassez.

“A oferta da vacina já foi melhor, porque antes não faltava e agora está faltando” (EU1)

“A vacina logo acaba, agora a procura é muito grande aí acaba”
“Temos sofrido com a falta de imunos na rede” (EG3).

“Temos também o desabastecimento de alguns imunos, que tem gerado nos usuários uma procura desigual” (EG4).

“Só falta quando tem desabastecimento, mas eu sinto falta do investimento em divulgação, tem campanhas, mas não tem carros de som” (EP5).

Os gestores atribuíram essas interrupções à instabilidade na distribuição nacional de vacinas, sinalizando fragilidades na cadeia logística de fornecimento. Esses achados dialogam com o estudo de Fernandes¹, que ressalta a importância da regularidade na oferta de imunobiológicos para garantir a confiança da população no sistema de vacinação. A literatura

também destaca que falhas na cadeia de suprimentos podem afetar diretamente a continuidade da imunização e provocar a queda na cobertura vacinal.^{3,6}

Um levantamento da Confederação Nacional de Municípios (CNM) identificou que 33,7% das cidades brasileiras relataram uma situação de falta de vacinas, especialmente infantis. Na última edição da pesquisa, o percentual de localidades em situação de desabastecimento era quase o dobro, com 65,8%. Apesar da melhora no cenário, a CNM avalia os dados como "bastante preocupantes" e os apresentou ao Ministério da Saúde.¹⁰

Esse cenário de instabilidade perdura pelo menos desde 2024. Os estoques irregulares dão a falsa sensação de desabastecimento e assustam os usuários que buscam o serviço de vacinação podendo causar perdas de oportunidades, pois quando uma família se dirige ao posto de saúde mais que uma vez, e não encontra a vacina, a chance dela voltar e a criança ser imunizada vai diminuindo.

Barreiras Geográficas e Econômicas: o transporte interferindo no acesso à sala de vacinação

A dificuldade de locomoção até os serviços de saúde foi apontada como um dos principais obstáculos ao acesso à vacinação. Muitos usuários relataram limitações financeiras que impedem o uso de transporte privado e destacaram a ausência ou precariedade do transporte público em determinadas localidades, especialmente na zona rural ou em áreas periféricas.

No município de Camaçari, na Bahia, esse direito enfrenta desafios específicos relacionados às características territoriais do município. Com uma extensão geográfica significativa e marcada por um território dividido entre a sede urbana e a região da Costa que compreende localidades litorâneas, e até mesmo rurais, o acesso aos serviços de saúde pode ser desigual. As longas distâncias entre essas áreas, associadas a dificuldades de transporte, infraestrutura e disponibilidade de profissionais, impactam diretamente a efetividade das ações de vacinação, exigindo estratégias diferenciadas para garantir a cobertura vacinal em todo o território. O que notamos nas seguintes falas:

“Temos uma área coberta onde os usuários têm facilidade de chegar até a USF, mas temos uma outra um pouco mais distante e aí sim, eles dizem que a questão econômica de ter que pegar transporte dificulta essa vinda a unidade para atualizar cartão. É uma justificativa que eles dão” (EP7)

“Devido a extensão territorial do município, sim, temos barreiras geográficas” (EG2)

A maior barreira que encontramos aqui realmente é o deslocamento, a logística de distribuição dos imunos tb é uma dificuldade, antes o Ministério da Saúde ofertava um carro a cada equipe de saúde, mas agora não tem mais ajuda. (EG4)

“As vezes vem e não tem a vacina, nem dá previsão de horário da vacina também encerra cedo e ninguém dá muita informação.” (EU3)

Os gestores confirmaram que a descontinuidade de parcerias intergovernamentais, anteriormente responsáveis por prover apoio logístico, agravou a situação. Queiroz *et al.*⁵ já haviam identificado a localização geográfica dos serviços como um fator determinante para a adesão da população às campanhas de imunização. Moura *et al.*⁷ também ressaltam que fatores socioeconômicos, como renda e mobilidade, influenciam significativamente o acesso aos serviços de saúde preventiva.

Outra barreira relevante é o transporte público. Este exerce uma função essencial na garantia do acesso à vacinação, sobretudo para as populações de baixa renda ou residentes em regiões com infraestrutura viária limitada ou de zonas rurais. A disponibilidade e eficiência do transporte coletivo são fatores que influenciam diretamente a capacidade das pessoas de se deslocarem até os pontos de vacinação.

“O posto é distante, tem que pegar transporte (EU1)

“O posto fica longe e tem que pegar transporte e nao tenho dinheiro (EU4)

“Uma questão é que ter que pegar transporte dificulta essa vinda a unidade para atualizar cartão. é uma justificativa que eles dão (EP7)

Sathler e Leiva avaliam como os usuários de transporte coletivo são vulneráveis e relevantes em campanhas de imunização. Esse estudo reforça a ideia de que facilitar o acesso ao transporte público para a vacinação é uma estratégia eficaz para ampliar a cobertura vacinal e reduzir desigualdades.¹¹

Ao tornar esse acesso mais fácil, amplia-se a possibilidade de adesão às campanhas de imunização, promovendo não apenas a proteção individual, mas também a segurança sanitária coletiva.

A maior parte dos usuários de transporte público no Brasil apresenta vulnerabilidades associadas à pobreza, à desigualdade e à exclusão territorial, dependendo quase que exclusivamente do sistema público de saúde para acessar serviços básicos, como a vacinação¹². Essa população frequentemente reside em áreas periféricas ou rurais, o que pode ampliar os desafios relacionados ao deslocamento até os serviços de saúde.

No município de Camaçari a ausência de políticas públicas integradas de mobilidade e saúde pode intensificar essas barreiras, comprometendo a equidade no acesso e contribuindo para a baixa cobertura vacinal em determinados territórios. Assim, promover o transporte público acessível, seguro e eficiente se torna uma estratégia importante para ampliar o alcance das ações de imunização, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade social.

Acolhimento e Qualificação Profissional: o peso do preparo e das condições de trabalho na fidelização do usuário

Apesar de a maioria dos entrevistados considerar o acolhimento como satisfatório, foram mencionadas situações de atendimento pouco humanizado e diferenciado, especialmente em relação a pessoas em condição de maior vulnerabilidade social. Profissionais de saúde, por sua vez, relataram sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções, fatores que, segundo eles, comprometem a qualidade da escuta e o vínculo com o usuário.

“Acho que depende do profissional, alguns não interagem não sabem acolher, acho que falta mais treinamento” (EU2)

“As barreiras tem haver com a falta de acolhimento dos usuários pelas equipes, atendimento diferenciado para quem tem informação e para aqueles que não tem”. (EG1)

“Nossa unidade é muito grande e a gente não consegue ter muita aproximação, acolhemos como da.” (EP2)

“Eu acho que a questão do acolher, empatia traz segurança, mas muitas vezes a pessoa vai tomar vacina e não recebe o tratamento de acolher, e pode perder aquele paciente. Tem unidades que eu já fui e não gostei do atendimento, aí nem volto” (EP3)

Os gestores reconheceram a existência de lacunas tanto nos investimentos em recursos humanos quanto na formação continuada dos trabalhadores e apontaram a ausência de ações sistemáticas de planejamento e educação permanente das equipes. De acordo com Assis e Jesus¹³, a qualificação profissional e o acolhimento humanizado são dimensões essenciais para garantir o acesso efetivo aos serviços de saúde e fortalecer a confiança dos usuários no SUS.

“Aqui na costa temos muitos profissionais que ainda precisam de atualização. Muitos profissionais REDA e chegam sem saber nada de vacina e isso prejudica o acolhimento”. (EG3)

“Existe uma carência muito grande no campo da vacinação. não temos capacitações, nem formação em faculdades. tem também a dificuldade de compartilhamento do conhecimento, muitos não querem capacitar os demais e isso interfere na forma como acolhe o usuário, às vezes

as equipes ficam felizes em não ofertar vacina ou fecham a sala por qualquer dificuldade”. (EG4)

“Estamos deficientes nessa parte de acolhimento, a equipe nem sempre abraça essa idéia e se perde na rotina corrida”. (EG3)

“O limite que eu digo é a parte de eu trabalhar sozinho porque me sobrecarrega e já até adoeci pelos movimentos repetitivos, manusear caixas térmicas e atender muitos pacientes, em campanha. Acho que isso é de se chatear”. (EP6)

Linhart¹⁴ já apontava que, para conseguir realizar o trabalho solicitado nas condições instáveis que caracterizam o trabalho contemporâneo, deve encontrar as soluções que lhe permitam conciliar os objetivos de produtividade e de qualidade que lhe são impostos e que nem sempre são compatíveis. Isso pode ser reflexo da precarização dos vínculos empregatícios muitas vezes praticados na saúde.

A sobrecarga de trabalho também já foi apontada por Laurell e Noriega,¹⁵ que descrevem como um problema as cargas de trabalho vivenciadas pelo profissional de saúde responsável pelo acolhimento, que deve ter uma grande flexibilidade para lidar com suas tarefas cotidianas.

As profissionais entrevistadas demonstram intenção em praticar a humanização do em suas práticas de oferta da saúde. No entanto, apontam diferentes obstáculos que comprometem a efetivação de um acolhimento qualificado às necessidades da população. Entre os desafios relatados estão a precarização das condições de trabalho, o desgaste de alguns profissionais e a sobrecarga de tarefas.

Organização do Serviço e Supervisão: desafios para a qualidade da vacinação

Foram observadas críticas à organização dos serviços de vacinação, especialmente no que diz respeito à ausência de fluxos bem definidos, à falta de integração entre equipes e à baixa frequência de supervisões técnicas. Alguns profissionais apontaram a carência de protocolos atualizados e a descontinuidade de reuniões de equipe como fatores que comprometem a qualidade da atenção prestada.

“Eu acho que falta essa questão de planejamento, porque só tem um técnico para tudo, então a gente fica muito focado no vacinar, e a gente fica sobrecarregado”. (EP3)

“Um técnico apenas para organizar e gerenciar a sala, fazer a vacina e registrar. Temos planejamento, mas não temos profissionais, porque se formos para extramuro em creches ou escola vai fechar a sala de vacina” (EP4)

A supervisão das ações de vacinação dentro das unidades de saúde teve muita relevância ao citarem as barreiras, como podemos ver nas falas a seguir,

“De um modo geral, não existe. mesmo com nosso estímulo (gestão) o que vemos é a gente fazendo esse trabalho a distância enquanto a equipe se esquia na lógica de que já estão sobrecarregados e não se veem nesse papel”. (EG2)

“Tem enfermeiro em cada unidade e que fica responsável pela supervisão, mas até nas visitas da gente a gente percebe que não há muito tempo desse profissional para fazer isso, então a gestão faz isso” (EG3)

Os gestores reconheceram essas fragilidades e atribuíram-nas à rotatividade de profissionais, à ausência de instrumentos de gestão eficientes e à escassez de recursos humanos. Borburema⁶ destaca que a organização interna dos serviços, somada a processos regulares de supervisão e planejamento, é fundamental para assegurar a efetividade das ações de imunização no contexto da atenção primária.

A presença do enfermeiro na sala de vacinação foi um aspecto ressaltado pelos participantes, uma vez que, frequentemente, esse profissional não se encontra disponível no local. Sua atuação, no entanto, é essencial, considerando que este desempenha funções de supervisão da equipe de enfermagem. Esse papel é ainda mais relevante no contexto das salas de vacinação, que são ambientes complexos e exigem atualização constante dos profissionais de saúde para garantir a segurança e a qualidade da assistência prestada.¹⁶

Conclusões

O acesso à vacinação em Camaçari é influenciado por fatores estruturais, logísticos, técnicos, simbólicos e organizacionais, que afetam diretamente a cobertura vacinal e a equidade no atendimento. A percepção dos diferentes atores envolvidos na rede de atenção à saúde evidencia a urgência de políticas mais integradas, que articulem os diversos níveis de gestão e atenção, associadas ao investimento contínuo em infraestrutura, à qualificação profissional e ao fortalecimento das práticas de acolhimento. Essas ações são fundamentais para garantir que a população, especialmente aquela que vive em áreas mais afastadas ou vulneráveis, como a região da Costa do município, tenha acesso oportuno e seguro às vacinas.

Entre os principais obstáculos identificados estão a carência de transporte público adequado, a escassez de profissionais capacitados nas salas de vacina, além da precariedade dos vínculos e da organização do trabalho deficitário em algumas unidades. Esses aspectos

comprometem não apenas o acesso físico aos serviços, mas também a confiança da população nas ações de imunização.

Resolver essas barreiras é essencial não apenas para ampliar a cobertura vacinal, mas também para proteger a coletividade contra doenças imunopreveníveis, reforçar o papel estratégico da atenção primária à saúde e garantir o cumprimento do direito constitucional à saúde. A adoção de estratégias intersetoriais, o uso de tecnologias de informação para monitoramento e agendamento, a descentralização dos serviços e a escuta qualificada da comunidade são caminhos importantes para tornar o acesso à vacinação mais justo, eficiente e sensível às particularidades do território de Camaçari.

Referências

1. Fernandes R. Queda na cobertura vacinal e seus impactos. *Cad Saúde Colet.* 2021;29(3):456–64.
2. UNICEF. Situação Mundial da Infância: Para Cada Criança, Vacinação. Nova Iorque: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2024 [citado 2025 maio 3]. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/situacao-mundial-da-infancia-2024>
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório sobre cobertura vacinal global. Genebra: OMS; 2024 [citado 2025 maio 3]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/vaccination-coverage-2024>
4. Duarte C, et al. Barreiras de acesso à vacinação: uma revisão sistemática. *Rev Saúde Pública.* 2019;53(12):1–10.
5. Queiroz T, et al. Localização dos serviços e acesso à vacinação. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e95:1–7.
6. Borburema R. Planejamento e organização da atenção primária no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
7. Moura L, et al. Determinantes sociais e acesso à vacinação. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(8):3117–26.
8. Assis M, Jesus W. Acesso aos serviços de saúde: abordagem econômica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2010.

- 10.** Confederação Nacional de Municípios (CNM). Falta de vacinas ainda é realidade em 33,7% dos municípios, aponta pesquisa da CNM. Brasília; 2024 [citado 2025 jul 17]. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/noticias/falta-de-vacinas-ainda-e-realidade>
- 11.** Sathler D, Leiva R. Mobilidade urbana e saúde: contribuições do acesso ao transporte para a cobertura vacinal. Rev Bras Geogr Saúde. 2021;7(1):45–59.
- 12.** Pereira RHM, et al. Desigualdades socioespaciais de acesso a oportunidades nas cidades brasileiras. Nota Técnica Ipea. 2020;(73) [citado 2025 jul 17]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3656
- 13.** Assis MMA, Jesus WLS. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc Saúde Colet. 2012;17(11):2865–75. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zXLbdHsf3QX8C67D88LnXKH/?lang=pt>
- 14.** Linhart D. Perdas de sentido do trabalho: novas formas de controle gerencial? In: Antunes R, org. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. São Paulo: Boitempo; 2009. p. 157–68.
- 15.** Laurell AC, Noriega M. Diagnóstico da saúde: a força de trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 1989.
- 16.** Oliveira EF, Martins W. Salas de Vacinação: desafios e dificuldades enfrentados pelos profissionais da enfermagem no processo de educação permanente. Rev JRG Estud Acadêmicos. 2024;7(15):e151244. doi:10.55892/jrg.v7i15.1244

4.4 PRODUTO TÉCNICO: CURSO INTRODUTÓRIO PARA QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM SALA DE VACINA

INTRODUÇÃO

As salas de vacinação constituem um dos pilares fundamentais do Programa Nacional de Imunizações (PNI), sendo responsáveis pela operacionalização das estratégias de imunização em nível local. As atividades nesse espaço são desempenhadas, predominantemente, por equipes de enfermagem devidamente treinadas e capacitadas para o manejo, conservação, preparo, administração dos imunobiológicos, registro das ações e descarte adequado dos resíduos produzidos durante o processo vacinal (BRASIL, 2014).

Para assegurar a qualidade das ações, recomenda-se que cada sala de vacina conte com, no mínimo, dois vacinadores por turno. O dimensionamento da equipe deve considerar o porte da unidade de saúde e o tamanho da população adstrita. Em termos operacionais, um vacinador é capaz de administrar, com segurança, cerca de 30 doses injetáveis ou 90 doses orais por hora (BRASIL, 2014).

Além das competências técnicas, a equipe deve conhecer a realidade epidemiológica do território, a fim de planejar ações com base nas necessidades locais. Nesse contexto, o enfermeiro tem papel central, tanto na supervisão das atividades quanto na promoção de processos de educação permanente (FIGUEIREDO *et al.*, 2022).

O presente produto técnico propõe a estruturação de um curso introdutório para qualificação de profissionais de enfermagem atuantes em salas de vacina na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Camaçari (BA), com vistas à qualificação das práticas e ampliação do acesso à vacinação.

EMENTA DO CURSO

Conteúdos abordados:

- Organização e estrutura da sala de vacina;
- Rede de frio e conservação de imunobiológicos;
- Imunobiológicos e calendário nacional de vacinação;
- Vias de administração das vacinas;
- Gestão da sala de vacina;

- Sistemas de informação em imunização;
- Supervisão e papel do enfermeiro;
- Campanhas de vacinação.

OBJETIVOS

Geral:

Qualificar e capacitar profissionais de enfermagem recém-inseridos na Atenção Primária à Saúde (APS) assim como a atualização para todos os técnicos de enfermagem que necessitem e desejem para atuarem com segurança, qualidade e ética na sala de vacina, garantindo o cumprimento das normativas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e promovendo o acesso universal à vacinação, adequando o processo a rotina das salas de vacina no município de Camaçari-Bahia

Específicos:

- Capacitar sobre normas e rotinas e estrutura da sala de vacina;
- Desenvolver o pensamento crítico frente aos desafios da cobertura vacinal e avaliação da situação vacinal.
- Atualizar os conhecimentos sobre imunobiológicos e esquemas vacinais vigentes.
- Aplicar boas práticas de conservação, preparo, administração e registro das vacinas.
- Desenvolver habilidades de acolhimento e comunicação com o usuário como instrumento de ampliação do acesso.
- Conhecer e utilizar os sistemas de informação em imunização.
- Refletir sobre a importância da supervisão, organização do serviço e ações em campanhas.

JUSTIFICATIVA

A elaboração deste curso resulta da identificação, no estudo desenvolvido para a dissertação de mestrado, de lacunas na formação continuada dos profissionais de enfermagem, frequentemente apontadas como um dos entraves à ampliação da cobertura vacinal. A ausência de educação permanente impacta diretamente na qualidade da oferta e na equidade do acesso aos serviços de imunização (MIZUTA et al., 2018; MILANI & BUSATO, 2021).

Com base nesses achados, o curso visa oferecer uma devolutiva concreta à gestão municipal, contribuindo para o fortalecimento do SUS e promovendo maior efetividade das ações vacinais no território.

MÉTODO

A proposta metodológica adota princípios da educação permanente e das metodologias ativas, com valorização da troca de saberes e da experiência profissional. As atividades serão realizadas em um período de uma semana, com carga horária total de 20 horas, distribuídas em 5 turnos (4 módulos teórico-práticos).

Módulos do curso:

Módulo 1 – Fundamentos do Programa Nacional de Imunizações (PNI)

Carga horária: 4 horas (1º dia)

Conteúdos:

- Histórico e estrutura do PNI no Brasil.
- Importância da vacinação como política pública.
- Calendário vacinal: infantil, do adolescente, do adulto, do idoso e populações especiais.
- Imunobiológicos ofertados no SUS.
- Atualizações com base nos Informes Técnicos do Ministério da Saúde.

Módulo 2 – Organização da Sala de Vacina e Rede de Frio

Carga horária: 4 horas (2º dia)

Conteúdos:

- Estrutura física ideal e real da sala de vacinação.
- Equipamentos essenciais: câmara refrigerada ou geladeira doméstica, termômetros, caixas térmicas, entre outros.
- Rede de frio: conservação, monitoramento de temperatura e controle de qualidade.
- Manipulação e transporte de vacinas.

Módulo 3 – Administração de Vacinas e Segurança do Paciente

Carga horária: 4 horas (3º dia)

Conteúdos:

- Técnicas de administração por via oral, intramuscular, subcutânea e intradérmica.
- Análise de contra indicações, efeitos adversos e condutas frente a eventos adversos pós-vacinação (EAPV).
- Organização dos insumos e descarte adequado de resíduos.
- Registro correto nos sistemas e cartões de vacina.

Módulo 4 – Sistemas de Informação em Imunização e Acolhimento

Carga horária: 4 horas (4º dia)

Conteúdos:

- Uso do SIPNI e e-SUS APS.
- Lançamento, validação e correção de dados.
- Importância do acolhimento e escuta qualificada na sala de vacina.
- Humanização no atendimento, abordagem a populações vulneráveis.

Módulo 5 – Situações Práticas e Supervisão de Enfermagem

Carga horária: 4 horas (5º dia)

Conteúdos:

- Estudo de casos reais: esquemas vacinais em atraso, reações adversas, orientações pós-vacinais.
- Simulação de atendimento e tomada de decisão.
- Atribuições da enfermagem na sala de vacina: liderança, supervisão e capacitação da equipe.
- Planejamento e execução de campanhas de vacinação.

ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS

As atividades envolverão rodas de conversa, estudos de caso, produção coletiva de materiais aplicáveis à rotina dos serviços, oficinas práticas em sala de vacina, leitura de materiais técnicos e o uso do *Manual de Procedimentos para Vacinação* como referencial teórico central (BRASIL, 2014).

RECURSOS NECESSÁRIOS

- Projetor multimídia e computador;
- Cartazes, canetas, flipcharts;

- Vídeos educativos (TERÇOU na GEVISA);
- Sala de vacina de unidade de saúde para atividades práticas.

CARGA HORÁRIA TOTAL: 20 HORAS

Duração Sugerida: 5 dias (1 turno de 4 horas por dia)

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que os participantes:

- Desenvolvam maior compreensão sobre os determinantes sociais da saúde e seus impactos sobre a vacinação (SEIXAS et al., 2019);
- Reflitam sobre os processos de trabalho e fortaleçam competências colaborativas e a corresponsabilização coletiva pela oferta vacinal;
- Aprimorem seu desempenho técnico e ético no cuidado prestado à comunidade.
- A promoção e manutenção de educação permanente na APS em sala de vacina.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de procedimentos para vacinação. Brasília: MS, 2014.

FIGUEIREDO, E. B. L. de et al. Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 135, p. 1164–1173, 2022.

LIMA, D. P. Os sentidos da integralidade do cuidado em saúde: um olhar sobre as ações do PNI. Recife: UFRPE, 2019.

MILANI, L. R. N.; BUSATO, I. M. S. Causas e consequências da redução da cobertura vacinal no Brasil. **Rev. Saúde Pública Paraná**, 2021.

MIZUTA, A. H. et al. Percepções acerca da importância das vacinas e da recusa vacinal numa escola de medicina. **Rev. Paul. Pediatr.**, p.1–7, 2018.

SEIXAS, C. T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface**, v. 23, p. e170627, 2019.

UNICEF. Pandemia de covid-19 alimenta o maior retrocesso contínuo nas vacinações em três décadas. 2022. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam a importância de fomentar um diálogo constante sobre as condições de acesso à vacinação, criando espaços onde usuários e profissionais de saúde possam compartilhar suas percepções sobre as transformações necessárias para ampliar o alcance das imunizações. A participação ativa dos usuários, ao manifestarem suas necessidades e barreiras enfrentadas, contribui para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e contextualizadas, enquanto os trabalhadores da saúde, ao reconhecerem esses desafios, podem implementar estratégias que melhorem a qualidade e a eficiência dos serviços prestados.

Analisar os múltiplos aspectos que dificultam o acesso, como desigualdades socioeconômicas, barreiras geográficas, falta de informação adequada e fragilidades organizacionais, fragilidades na educação permanente, permite a elaboração de propostas de intervenção que considerem as realidades locais e os saberes dos envolvidos. A adoção de práticas participativas, por meio de fóruns comunitários, rodas de conversa e comitês gestores locais, pode fortalecer o protagonismo da população, incentivando o engajamento social e o controle coletivo dos serviços de saúde.

De acordo com o estudo, o acesso à vacinação no município de Camaçari apresenta desafios complexos que incluem desigualdades estruturais, falhas na gestão do trabalho, desinformação e barreiras simbólicas, como a falta de confiança nos serviços de saúde. É essencial fortalecer a atenção básica com ações integradas que envolvam planejamento estratégico, educação permanente para os profissionais, qualificação técnica continuada, e ampliação da participação social para garantir a universalidade, equidade e continuidade do direito à imunização.

Entre as estratégias recomendadas para superar esses obstáculos destacam-se: a realização de campanhas educativas e comunicativas voltadas para esclarecer dúvidas e combater a desinformação, incremento no investimento em infraestrutura adequada e recursos humanos suficientes para garantir o acolhimento e a segurança nos serviços, o enfoque para a organização do processo de trabalho nas salas de vacinas fortalecendo o protagonismo da equipe de enfermagem nas boas práticas e como imprescindível o emprego de esforços para solucionar a questão do transporte público no município.

Diversos estudos sustentam a necessidade de políticas integradas que abordem as múltiplas dimensões do acesso à saúde e imunização para alcançar a efetividade dos programas vacinais. Duarte *et al.* (2020), Moura *et al.* (2020), Assis e Jesus (2012), e Sato

(2018) enfatizam que a articulação entre gestão pública, trabalhadores e comunidade é crucial para a consolidação da imunização como direito fundamental. Além disso, é fundamental investir em pesquisas locais que identifiquem as especificidades de cada território para que as intervenções sejam adaptadas às demandas reais.

Portanto, novos estudos e avaliações contínuas são indispensáveis para validar os achados atuais e orientar políticas públicas efetivas que fortaleçam o PNI, promovam a equidade no acesso e garantam a proteção da população contra doenças preveníveis por vacina. A articulação intersetorial, incluindo saúde, educação, transporte e comunicação, bem como a ampliação da participação social, são pilares essenciais para enfrentar os desafios e consolidar avanços no cenário da imunização em Camaçari e em outras regiões similares.

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE (MÉDICOS, ACS, ENFERMEIROS, TÉCNICO ENFERMAGEM)

1. Data:

2. Local:

I IDENTIFICAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Cargo e/ou função no serviço: _____

Categoria Profissional: _____

Tempo de trabalho no serviço de saúde: _____

Tipo de vínculo no serviço de saúde: _____

II ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dimensões de acesso

1. Econômica

Disponibilidade de oferta – demanda de acesso a vacinação pelos usuários (quantidade de salas de vacina)

Investimentos/ recursos destinados ao PNI (vacinas, infraestrutura, logística)

2. Organizacional

Organização da rede de atenção ao PNI (processo de trabalho nas salas de vacina)

Barreiras geográficas de acesso à vacinação

3. Técnica

Planejamento das ações de vacinação nas USF

Acolhimento e vínculo com usuários no processo de vacinação

Supervisão em sala de vacina,

Habilidade técnica dos profissionais em sala de vacina

Autonomia e compromisso dos profissionais no serviço de imunização (qualidade de atenção)

Dificuldades/ limites/ avanços e possibilidades no acesso à vacinação

Estratégias de ação para ampliação das coberturas vacinais

4. Simbólica

Significado de acesso às vacinas e vacinação

5. Política

Participação popular/ profissionais

Tomada de decisão – sobre o direito e ações de vacinação.

APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA USUÁRIOS

1. Data:

2. Local:

I IDENTIFICAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Endereço: _____

II ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dimensões do acesso:

1 Econômico

Relação oferta – demanda de acesso à vacina (disponibilidade de vacinas)

Investimentos/destinados às vacinas

2 Organizacional

Experiências de vacinação nos serviços da USF (acesso geográfico, organizacional, resolubilidade)

3 Técnica

Qualidade de vacinação nos serviços da USF (Planejamento e programação das ações, acolhimento, vínculo, habilidade, competência)

4 Simbólica

Significado de direito ao acesso às vacinas: entendimento sobre direito às vacinas/ motivação para vacinação

Conhecimento e preconceitos quanto aos efeitos vacinais

Crenças e cultura

5 Política

Participação/ Tomada de decisão – sobre o direito e ações de vacinação

Entraves/ limites, avanços/ facilidades, e perspectivas de acesso dos usuários à vacinação

APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA GESTORES DA SAÚDE

1. Data:

2. Local:

I IDENTIFICAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Cargo e/ou função no serviço: _____

Categoria Profissional: _____

Tempo de trabalho no serviço de saúde: _____

Tipo de vínculo no serviço de saúde: _____

II ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dimensões do acesso

1 Dimensão Econômico – Social

- Relação oferta – demanda de acesso às vacinas pelos usuários (cobertura)
- Investimentos/ recursos destinados ao PNI (vacinas)
- Barreiras sociais, econômicas e físicas no acesso às vacinas (desigualdades)

2 Organizacional

- Organização da rede de atenção ao PNI (Porta de Entrada/ Fluxo de atendimento, processo de trabalho nas salas de vacina)
- Barreiras geográficas de acesso à vacinação

3 Técnica

- Planejamento e Programação das ações de vacinação nas USF
- Acolhimento e vínculo com público alvo à vacinação
- Competência e habilidade técnica dos profissionais em sala de vacina
- Autonomia e compromisso dos profissionais no serviço de imunização (qualidade de atenção)

Supervisão da sala de vacina

- Dificuldades/ limites/ avanços e possibilidades no acesso à vacinação
- Estratégias de ação para ampliação da cobertura vacinal

4 Simbólico

- Significado de direito ao acesso às vacinas (cultural/crenças)
- Preconceitos da população quanto aos efeitos vacinais

5 Política

- Participação popular/ Tomada de decisão – sobre o direito e ações de vacinação

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Juliana Xavier Carneiro Alves e estou realizando a pesquisa acadêmica aplicada sobre o tema "Acesso à Vacinação: aspectos que interferem nas coberturas vacinais no município de Camaçari, Bahia. Essa pesquisa compõe a minha dissertação de mestrado realizada no MPSC/UEFS, sob orientação do Prof.^a(a). Dra. Juliana Leite. Neste momento estamos convidando você a participar voluntariamente fornecendo as informações para a pesquisa que tem como **objetivo principal** descrever os principais aspectos que interferem na cobertura vacinal, no ano de 2024, na ótica dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários na perspectiva do acesso à saúde, no município de Camaçari-BA. Entendemos que o resultado pode servir de parâmetro para propor estratégias que orientem e conduzam a garantia do acesso e sua ampliação fortalecendo a vacinação como um parâmetro de prevenção e promoção à saúde do indivíduo e de toda a população. Caso concorde em participar respondendo a entrevista, garantimos que ela será realizada em lugar reservado, livre da escuta e observação de outras pessoas, no dia e horário em que você desejar. Assim, garantimos o sigilo da conversa e que seu nome, em momento algum, será citado. As informações serão utilizadas somente para fins científicos, como publicações em revistas e apresentações em congressos. Esta entrevista será gravada com o uso de gravador digital, sendo garantido direito de você escutar sua entrevista após o término e, retirar ou acrescentar alguma informação que achar mais interessante a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou desaprovação, caso não autorize a gravação, registramos sua entrevista em folha de papel. Os dados coletados serão guardados por um período de cinco anos no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) e, após este prazo, serão apagados. Assim, todas as informações fornecidas por você são secretas e, dessa forma, serão mantidas em sigilo, garantindo a privacidade e respeito a você e seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Os riscos para a realização desta pesquisa podem estar relacionados a recordações de momentos em que o direito aos serviços do SUS não tenha ocorrido de forma efetiva devido a dificuldades para acessar o sistema de saúde; enquanto trabalhadores de saúde/gestores, sensação de impotência diante de situações em que os serviços oferecidos não sejam suficientes para garantir o pleno acesso dos usuários aos exames de média e alta complexidade; sensação de desconforto e ansiedade devido ao tempo de duração da entrevista; sensação de vergonha/desconfiança /medo ao conversar com a pesquisadora no momento da entrevista. Você poderá receber assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa. Garantimos a você que não haverá custo financeiro da sua parte, e diante de algum gasto que possa ser causado pela pesquisa, garantimos o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação nesta, além de garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Esclarecemos também que não haverá nenhum ganho em dinheiro como participante do estudo. Você poderá a qualquer momento desistir de participar ou anular este consentimento em qualquer fase. Caso haja necessidade de maiores informações poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável na Universidade Estadual de Feira de Santana localizada na BR, Km 03, Feira de Santana-BA, especificamente no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), localizado no campus da UEFS, 6º módulo, telefone (75) 3161- 8162. Caso queira tirar dúvidas sobre questões éticas relativas ao estudo, você pode ligar para o comitê de Ética da UEFS no telefone (75) 3161-8067. Sendo assim, caso concorde em participar, você precisará autorizar por meio de assinatura nas duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A primeira via ficará sob sua guarda e a outra com as pesquisadoras do estudo. Desde já, agradecemos sua colaboração.

Camaçari, ____ de _____ de 2024.

Pesquisador Responsável

Participante da pesquisa

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA DE SAÚDE - SESAU

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu LUIZ EVANDRO VARGAS DUPLAT, Secretário de Saúde do município de Camaçari – Bahia, abaixo assinado, autorizo a realização do estudo **ACESSO A VACINAÇÃO: ASPECTOS QUE INTERFEREM NAS COBERTURAS VACINAIS NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI NA BAHIA**, a ser conduzido pela pesquisadora Juliana Xavier Carneiro Alves.

Fui informado, pela responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades de entrevista a usuários, trabalhadores das unidades de saúde da família e gestores da Secretaria Municipal de Saúde, que serão realizadas na instituição e município a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.



Documento assinado digitalmente
LUIZ EVANDRO VARGAS DUPLAT
Data: 02/05/2024 21:12:26-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Camaçari, 02 de maio de 2024

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO À VACINAÇÃO ASPECTOS QUE INTERFEREM NAS COBERTURAS VACINAIS NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI BA

Pesquisador: JULIANA XAVIER CARNEIRO ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79648624.6.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.962.978

Apresentação do Projeto:

parecer de retorno de relatoria

As informações contidas neste parecer, em sua maioria, foram copiados do "Pb Informações Básicas do Projeto" e do "PROJETOJUMESTRADOqualificacao.pdf" sendo de autoria dos pesquisadores no momento da submissão.

Este parecer avaliou o protocolo de pesquisa "ANÁLISE SOBRE OS ASPECTOS QUE INTERFEREM NO ACESSO À VACINAÇÃO EM CAMAÇARI" da pesquisadora principal Profa. Dra. Juliana Alves Leite Leal e de sua orientanda de mestrado profissional, Juliana Xavier Carneiro Alves, como equipe da pesquisa, ambas vinculadas ao Programa de Pós-graduação do mestrado profissional em Saúde Coletiva (MPSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Objetivo Geral: "analisar o acesso à vacinação no município de Camaçari-BA"

Quanto à METODOLOGIA: TIPO DE ESTUDO: "estudo de caráter analítico exploratório com abordagem qualitativa"

CAMPO DE ESTUDO: "O campo de investigação deste estudo será composto por duas das 42 Unidades de Saúde da Família (USF) [...] do município de Camaçari, na Bahia"

PARTICIPANTES DO ESTUDO: "gestores, trabalhadores da saúde da família e usuários destas unidades de saúde do município"

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: "trabalhadores das unidades de saúde da família, sendo eles enfermeiras(os), médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e

gestores que estejam atuando no município a mais de um ano na unidade de saúde, além de usuários que sejam maiores de 18 anos e que utilizam a sala de vacina da unidade de saúde"

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: "aqueles que tenham vínculo de parentesco com a autora, que não estejam de licença de qualquer natureza, férias, restrição de atividade onde o mesmo não exerça tarefas ligadas a vacinação e/ou que não concordem em participar da pesquisa"

COLETA DE DADOS: "entrevista semiestruturada [...] O outro instrumento de coleta de dados proposto será a observação [...]"

ANÁLISE DOS DADOS: "A análise de dados segue a proposta de Minayo (2010) na análise de conteúdo" A pesquisa terá início em 01/10/2024, possui financiamento próprio e orçamento de R\$ 11.300,00

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

"O objetivo geral é analisar o acesso à vacinação no município de Camaçari-BA"

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

"Descrever os principais aspectos que interferem na cobertura vacinal, no ano de 2024, na ótica dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários na perspectiva do acesso à saúde, no município de Camaçari - BA. Caracterizar o acesso com base nas suas dimensões explicativas política, econômica, técnica e simbólica"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

"Os riscos para a realização desta pesquisa podem estar relacionados a recordações de momentos em que o direito aos serviços do SUS não tenha ocorrido de forma efetiva devido a quaisquer dificuldades, sensação de impotência e fragilidade, desconforto ou

ansiedade vivenciadas. Estes podem e devem ser mitigados reafirmando a discrição e sigilo da identificação dos participantes"

BENEFÍCIOS:

"Entendemos que o resultado pode servir de parâmetro para propor estratégias que orientem e conduzam a garantia do acesso e sua ampliação fortalecendo a vacinação como um parâmetro de prevenção e promoção à saúde do indivíduo e de toda a população"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

vide conclusão

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Quanto aos termos de apresentação obrigatória, verificou-se que todos foram anexados, porém alguns necessitam de retificações:

- a) folha de rosto, devidamente assinado pela pesquisadora principal e pela responsável da instituição proponente;
- b) TCLE;
- c) instrumento de coleta de dados, devidamente adicionado;
- d) carta de anuência;
- e) declaração dos pesquisadores;
- f) orçamento;
- g) cronograma;
- h) projeto completo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

situação do protocolo: aprovado

Análise das pendências solicitadas no documento OFICIO CEP JUCARNEIRO assinado.pdf feitas adequadamente.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informo-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap.

X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 23
de Julho de 2024

Assinado por:
LIZ SANDRA SOUZA E
SOUZA
(Coordenador(a))

REFERÊNCIAS

AITH, F. M. A.; BARBIERE, C. L. A.; COUTO, M. T. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 2017.

ASSIS, M. M. A. *et al.* Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Cien Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

AZAMBUJA, H. C. S. Fatores determinantes na adesão à vacina contra influenza em pessoas idosas de um município do interior de Mato Grosso do Sul. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210205>. Acesso em: 3 fev. 2024.

BORBUREMA, M. *et al.* Fatores que interferem na cobertura vacinal no SUS: uma revisão integrativa 2023; (13) N.88. saúde coletiva

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 10 nov 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 2012

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n° 510/2016*. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução n° 510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização

da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 21 set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 1, de 2 de junho de 2021**. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, p. 105, 08 jun 2021, ed. 105, seção 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-2-de-junho-de-2021-324136445>. Acesso em: 10 nov 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Tabnet**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. 6 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun 2013.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 mai 2016.

BRASIL. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília: seção 1, Brasília, DF, n. 135, p. 55, 16 jul 2018.

BOURDIEU, Pierre. O campo político. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n.5, p.193-216, 2011. https://www.researchgate.net/publication/262594166_O_campo_politicoCAMAÇARI. **Relatório Anual de Gestão 2023**. Camaçari, 2023.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Abr. 2007. Disponível em: <http://pt.shvoong.com/exact-sciences/biology/1739624-reforma-pol%C3%ADtica-sanit%C3%A1ria-sustentabilidade-sus/>. Acesso em 15 jan 2024.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. Falta vacina para proteger as crianças brasileiras. Estudo técnico, Brasília, 2024. Disponível em: https://cnm.org.br/storage/biblioteca/2024/Estudos_tecnicos/202412_SAU_ET_%20Estudo_d_e_Falta_de_Vacinas_.pdf

COSTANTINO, C. *et al.* Public health strategies adopted to manage the increase of accesses to vaccination services, as a result of the application of the law 119/2017. **Acta Biomed**, Parma, v. 91, n. 3, p. 35-40, abr. 2020.

DEBIE, A.; LAKEW, A. M. Factors associated with the access and continuum of vaccination services among children aged 12-23 months in the emerging regions of Ethiopia: evidence from the 2016 Ethiopian demography and health survey. **Ital J Pediatr**, Londres, v. 46, n. 1, mar. 2020.

DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 2, 2020

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, Bethesda, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DUARTE, D. C. *et al.* Acesso à vacinação na Atenção Primária na voz do usuário: sentidos e sentimentos frente ao atendimento. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/sxh8xrqtMrYMsJYhz5mJcdc/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan 2024.

DUARTE, D. C. *et al.* Vacinação como demanda programada: vivências cotidianas de usuários. **Rev Bras Enferm**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 4, 2020.

DUARTE, D. C. *et al.* Aspectos organizacionais e uma agenda para o acesso à vacinação sob a ótica do usuário. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0101>. Acesso em: 01 jan 2024.

FELDSTEIN, L. R. *et al.* Access, demand, and utilization of childhood immunization services: A cross-sectional household survey in Western Area Urban district, Sierra Leone, 2019. **J Glob Health**, Edinburgh, v. 10, n. 1, jun. 2020.

FERNANDES, J. *et al.* **Vacinas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, A.V. *et al.* Acesso à sala de vacinas da Estratégia Saúde da Família: aspectos organizacionais. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3869-3877, out 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/wandenf,+Art+22,+69709-53283-1-SM+OPT+ok%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/wandenf,+Art+22,+69709-53283-1-SM+OPT+ok%20(1).pdf). Acesso em: 14 jan 2024.

FERREIRA, M. V. *et al.* Movimento antivacinação no Facebook: uma análise crítica da disseminação de notícias falsas. **Braz. J. of develop**, Curitiba, v. 6, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/16365>. Acesso em: 29 abr 2024.

FREEMAN, R.E. *et al.* Geographic proximity to immunization providers and vaccine series completion among children ages 0-24 months. **Vaccine**, v. 41, n. 17, p. 2773-2780, abr. 2023.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Publica Mex**, México, v. 27, p. 438-453, 1985.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. p. 177-198.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 493-545. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0019>. Acesso em: 14 jan 2024.

GIOVANELLA, L., et al. "Acesso e utilização de serviços de saúde pelos usuários do SUS em capitais do Nordeste brasileiro: resultados do ISA Capital." **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1), 2013, 271-282.

GUGEL, Sandrieli et al. Percepções acerca da importância da vacinação e da recusa vacinal: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Development, Curitiba**, v. 7, n. 3, p. 22710 - 22722, mar. 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n3-135.

GRANADE, C. J. *et al.* State Policies on Access to Vaccination Services for Low-Income Adults. **JAMA Netw Open**, Chicago, v. 3, n. 4, abr. 2020.

HOMMA, A. *et al.* Pela reconquista das altas coberturas vacinais. *Cad. Saúde Pública* 2023; <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT240022>

HOLANDA, W. T. G.; OLIVEIRA, S. B.; SANCHEZ, M. N. Aspectos diferenciais do acesso e qualidade da atenção primária à saúde no alcance da cobertura vacinal de influenza. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 27, n. 4, abr 2022.

HOUAISS, A. **Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2001.

HOUGHTON, N. *et al.* Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 46, abr 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

MACDONALD, N. E. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. **Vaccine**, v. 33, 34, p. 4161-4464, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25896383/>. Acesso em: 25 jan 2024.

MARTINS, K. M.; SANTOS, W. L.; ÁLVARES, A. C. M. A importância da imunização: revisão integrativa. REIcEn, 2019.

MATTA, G. C.; MOROSINE, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MCELFISH, P. A. *et al.* Associations Between General Vaccine Hesitancy and Healthcare

Access Among Arkansans. **J Gen Intern Med.**, v, 38, n. 4, p. 841-847, 2023.

MENDES, E. V. **O acesso à atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2016.

MENDES, A; MELO, A. M.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, 2022.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 70-83, dez. 2019.

MILANI, Lucia Regina Nogas; BUSATO, Ivana Maria Saes. Causas e consequências da redução da cobertura vacinal no Brasil. **R. Saúde Públ.** Paraná, v. 4, n. 2, p. 157, jun. 2021. DOI: 10.32811/25954482 -2021v4n2p157

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p. 9-29.

MOURA, E. C. *et al.* Vacinação no Brasil: reflexão bioética sobre acessibilidade. **Rev. bioét**, Brasília, n. 28, v. 4, p. 752-759, dez. 2020. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2320/2494. Acesso em: 10 abr 2024.

NEVES, R. G. *et al.* Tendência da disponibilidade de vacinas no Brasil: PMAQ-AB 2012, 2014 e 2018. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, 2022.

NOBRE, R.; GUERRA, L. D. S.; CARNUT, L. Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 46, 2022.

NUNES, P. C.; RIBEIRO, G. R. Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 46, 2022.

OGERO, M. *et al.* Pentavalent vaccination in Kenya: coverage and geographical accessibility to health facilities using data from a community demographic and health surveillance system in Kilifi County. **BMC Public Health**, Londres, v. 22, n. 1, abr. 2022.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família, **Rev Bras Enferm**, Rio de Janeiro, v. 66, p. 158-164, 2013. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: [https:// www.paho.org/bra/](https://www.paho.org/bra/)

index.php?option=com_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-om-scombatera-em-2019&Itemid=875. Acesso em: 15 dezembro. 2022.

OVERMARS, I. *et al.* Catch-up immunisation for migrant children in Melbourne: A qualitative study with providers to determine key challenges. **Vaccine**, v. 40, n. 47, p. 6776-6784, nov. 2022.

PERCIO, J. 50 anos do Programa Nacional de Imunizações e a Agenda de Imunização 2030. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 32, n.3, 2023.

PEREIRA, Gabriel Henrique et al. Contribuições da enfermagem no processo de imunização da população: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, e6512340443, 2023.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun 2018.

PIRES FILHO, L. A. S. *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, 2019.

QUEIROZ, R. C. C. S.; QUEIROZ, R. C.; ROCHA, T. A. H. Vaccination services and incomplete vaccine coverage for children: a comparative spatial analysis of the BRISA cohorts, São Luís (Maranhão State) and Ribeirão Preto (São Paulo State), Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 6, 2021.

RAMOS, Ana Carolina Lima da Conceição. PACHECO, Beatriz de Almeida Barreto. SOUSA, Jennifer Emily Anunciação. PETRILLI, Jessica Dias. COSTA, Gustavo Nunes de Oliveira. Cobertura vacinal e o movimento antivacina: O impacto na saúde pública no Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 10.22278/2318 - 2660. 2023.v47.n1.a3831

RICHARDSON, R.J. *et al.* **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 2012.

RITCHIE, J. The Applications of Qualitative Methods to Social Research. *In*: RITCHIE, J.; LEWIS, J. (eds.). **Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers**. London: Sage publications, 2003, p.24-46.

SATO, A. P. S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 2018.

SBP (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA). **Desafios da Cobertura Vacinal em Pediatria**. Departamento Científico de Imunizações, Rio de Janeiro, n. 17, 31 de agosto de 2021.

SILVA, C. R. *et al.* O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. rurais agroind**, Lavras, v. 7, n. 1, 2005.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, [S.l.], v. 16, n. 1, mai 2015.

SNAPE, D.; SPENCER, L. The foundations in qualitative research. In: Ritchie J, Lewis J. (eds.) **Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers**. London, Sage Publications, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques**. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1998.

SWOPE, M. *et al.* Developing a Community-Oriented and Place-Based Strategy to Improve COVID-19 Vaccine Accessibility. **The Permanente Journal**, Oakland, v. 27, n. 1, p. 103-112, mar. 2023. Disponível em: <https://www.thepermanentejournal.org/doi/10.7812/TPP/22.097>. Acesso em 12 jan 2024.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set 2005.

TEMPORÃO, J. G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, suppl 2, p. 601–617, 2003.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, 1997.

UNICEF, **Avanço na vacinação: Brasil sai da lista dos 20 países com mais crianças não vacinadas**. Relatório da OMS e do UNICEF mostra situação da vacinação infantil em todo o mundo. Publicado em 15/07/2024 15h19 Atualizado em 15/07/2024 15h37 disponível em <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/brasil-avanca-na-imunizacao-infantil-e-sai-da-lista-dos-paises-com-mais>

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 221-235.

UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND, THE STATE OF THE WORLD’S CHILDREN 2023: For every child, vaccination, UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight, Florence, April 2023.

VACINAÇÃO. In: DICIO, **Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2024. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/vacinacao/>. Acesso em: 16 abr 2024.

VIEIRA, E. W. *et al.* Estrutura e localização dos serviços de vacinação influenciam a disponibilidade da tríplice viral no Brasil. **REME Rev. min. enferm**, Belo Horizonte, v. 24, fev. 2020.

VIELOT, N. A. *et al.* Overcoming barriers to adolescent vaccination: perspectives from vaccine providers in North Carolina. **Women Health**, Philadelphia, v. 60, n. 10, p. 1129-1140, nov-dez 2020.

WENDT, A. *et al.* Socioeconomic inequalities in the access to health services: a population-based study in Southern Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, fev. 2005.

WOLKERS, P. C. B. *et al.* Children with type 1 diabetes mellitus: access to special immunobiological and child care. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, n 51,. 2017.

ZORZETTO, R. **As razões da queda na vacinação**. Pesquisa FAPESP. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/as-razoes-da-queda-na-vacinacao>. Acesso em: 31 jan 2024.