

Análise do programa de vacinação de idosos de Campinas, SP

Analysis of seniors vaccination programme in Campinas,
São Paulo State, Brazil

Priscilleyne Ouverney Reis ¹
Marcia Regina Nozawa ¹

Abstract *This study examines the planning operations and assessment of a Seniors Vaccination Program in Campinas, São Paulo State, from the standpoint of practices adopted by central, district and local authorities and intended to ensure influenza vaccination coverage. The case study method was used, with work-health process benchmarks. The primary data source was semi-structured interviews, with institutional documents and records serving as secondary sources. The field of study was the municipal coordination of this Program in two Health Districts and one Basic Healthcare Unit. The choice of these Districts was based on differing vaccination coverage, while the Unit choice was guided by its outstanding campaign organization. At the district and local levels, the program was coordinated by nurses who assigned high priority to following routines and rules instead of pursuing the purpose of the campaign. Insufficient analysis capacities were identified, with poorly networked actions, incipient communications methods and ineffective use of information for planning purposes. The results underscore the importance of adopting management practices tailored to the purposes of healthcare efforts, ushering in responsible autonomy among workers and fostering ongoing reflection on these practices.*

Key words *Program assessment, Management, Immunization program, Seniors*

Resumo *O estudo visou compreender o planejamento, operacionalização e avaliação do Programa de Vacinação de Idosos em Campinas-SP sob o foco das práticas adotadas pelas instâncias central, distrital e local na conformação das coberturas vacinais contra influenza. Adotamos o método de estudo de caso e o referencial do processo de trabalho em saúde, tendo como fonte primária de dados entrevistas semi-estruturadas e, como fonte secundária, registros e documentos institucionais. O campo de estudo compreendeu a coordenação municipal do programa, dois Distritos de Saúde e uma Unidade Básica. A escolha dos Distritos baseou-se em desempenho diferenciado nas coberturas vacinais e a da Unidade em seu destaque na organização de uma campanha. Nos níveis distritais e local, a coordenação do programa foi realizada por enfermeiras, com priorização no cumprimento de normas e rotinas em detrimento da finalidade da campanha. Identificou-se insuficiente capacidade de análise e articulação de ações bem como incipientes mecanismos de comunicação e utilização das informações para planejamento. Os resultados apontam importância na adoção de práticas gerenciais articuladas à finalidade do trabalho em saúde, à promoção de autonomia responsável dos trabalhadores e à reflexão contínua das práticas instituídas.*

Palavras-chave *Avaliação de programas, Gerência, Programas de imunização, Idosos*

¹ Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Cidade Universitária Zeferino Vaz, Barão Geraldo. 13083-970 Campinas SP. Ouverneyreis@yahoo.com.br

Introdução

A população de idosos possui maior risco de adoecer e falecer em decorrência de algumas patologias imunopreveníveis, tais como a gripe e a pneumonia¹. No Estado de São Paulo, em 2001, cerca de 14% dos óbitos das pessoas maiores de 65 anos decorreram de doenças do aparelho respiratório².

Com o intuito de modificar este perfil epidemiológico, a OMS adotou um programa específico de imunização para os idosos¹. No Brasil, este programa teve início em 1999 e abrangeu a proteção específica a três agravos: *influenza*, pneumonia pneumocócica e tétano. A vacina contra *influenza* destina-se a todos os idosos acima de 60 anos; a vacina de pneumococo tem indicações específicas e o componente antitetânico, cuja imunidade é conferida pela vacina dupla adulto que também abrange a anatoxina diftérica e é rotineiramente disponível na rede básica de saúde³.

A *influenza* apresenta grande importância epidemiológica devido à rapidez com que se propaga e à magnitude e gravidade das complicações, representadas principalmente pelas pneumonias. Os idosos e as pessoas debilitadas ou imunossuprimidas manifestam os casos mais graves e concentram a maior parte das mortes. Um estudo do tipo ecológico de séries temporais analisou as tendências das taxas padronizadas de mortalidade por doenças respiratórias infecciosas e sugeriu que a proteção contra *influenza* tem se refletido positivamente na prevenção da mortalidade por essas doenças⁴.

Outros estudos revelam que nos idosos a vacinação reduz em 50 a 60% a gravidade da doença e a incidência das complicações e em 80% a

taxa de mortalidade⁵. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, houve redução de 10% nas taxas de internações por causas atribuíveis à *influenza* durante o período de 1998 e 2000, para a faixa etária de maiores de 60 anos³, além da redução no uso de medicamentos⁶. Todos estes fatores contribuem, portanto, para uma melhor qualidade de vida desta população⁶.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que a meta de vacinação alcance 70% da população alvo³. Em 1999, primeiro ano de campanha, buscou-se vacinar a população maior de 65 anos e, a partir de 2000, incluíram-se os idosos da faixa de 60 a 64 anos⁷. As coberturas vacinais para o país, Estado de São Paulo e município de Campinas, para o período de 1999 a 2003, estão expressas na Tabela 1. Neste município, obtiveram-se quatro taxas de cobertura vacinal em decorrência da possibilidade de adoção de duas bases populacionais distintas^{8, 9, 10} e de duas modalidades de registro de doses aplicadas^{11, 12, 13, 14, 15, 16}. Esta particularidade será discutida à frente.

Segundo a base SI-API, Campinas não atingiu as metas esperadas no período abrangido pelo estudo, excetuando-se o ano de 2001. Este fato, considerando-se a história do sistema de saúde do município, reveste-se de significados singulares.

Ressalta-se que a instalação da rede básica de atenção à saúde em Campinas teve início há mais de três décadas, com programas voltados à atenção à saúde da comunidade, desenvolvidos por uma rede de Postos Comunitários de Saúde. As ações de vacinação iniciaram-se em 1978 sob coordenação das enfermeiras e ao final de 1989 instalou-se no município o serviço de Vigilância Epidemiológica. O município é gestor pleno do

Tabela 1. Coberturas da vacina contra *influenza* para os idosos no Brasil, Estado de São Paulo e município de Campinas, SP, no período de 1999 a 2003. Campinas, 2004.

| ANO | BRASIL | ESTADO DE SÃO PAULO | CAMPINAS | | | |
|------|--------|------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| | | | <i>Estimativa e SI-API</i> | <i>Estimativa e Relatório</i> | <i>Censo e SI-API</i> | <i>Censo e Relatório</i> |
| 1999 | 87% | 84% | 63,2% | 58,6% | - | - |
| 2000 | 75% | 64% | 64% | 64% | 57,6% | 57,6% |
| 2001 | 74% | 67% | 105,4% | 69,6% | 95,8% | 61,2% |
| 2002 | 74% | 66% | 62,7% | 62,7% | 62,4% | 49,2% |
| 2003 | 82,2% | 75% | - | - | - | 69,2% |

Fonte: Dados demográficos^{8,9,10}; dados referentes a número de doses aplicadas segundo as bases SI-API e "Relatórios"^{3, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16,32}.

sistema de saúde, foi pioneiro nas Ações Integradas de Saúde (AIS), convencionou-se ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e iniciou seu processo de distritalização da saúde em 1997²³. Cada Distrito de Saúde (DS) possui um serviço de Vigilância à Saúde (VISA) que responde tecnicamente à instância central do município – a Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental (CoVISA).

No ano em que a pesquisa foi realizada, o município possuía uma rede de 46 unidades básicas de saúde (UBSs), subdivididas em cinco DSs; cada qual respondia por uma população média de 200.000 habitantes. Integravam também a rede municipal de saúde três policlínicas (unidades de saúde de nível secundário que respondem, em conjunto, por 28 especialidades médicas), catorze centros de referência, dois pronto-atendimentos, dois pronto-socorros e um serviço de atendimento médico de urgência, além de outros serviços de apoio¹⁸. No âmbito da vigilância epidemiológica, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas estabelece ações específicas a cada nível de organização do sistema: 1) no nível local, as UBSs devem conhecer e intervir no risco de doenças e agravos; realizar atividades de vacinação, de orientação e educação sanitária ambiental, bem como atuar na prevenção e controle de doenças; 2) no nível distrital, as VISAs devem coordenar e integrar as ações locais e regionais de prevenção e controle de doenças e agravos; oferecer retaguarda técnica e disponibilizar informações às equipes locais; 3) e no nível central, a CoVISA deve integrar os níveis do sistema de vigilância em saúde no âmbito municipal; sistematizar e disponibilizar os bancos de dados e de informações estratégicos; oferecer retaguarda técnica e executar ações complementares de controle; promover o desenvolvimento tecnológico da vigilância em saúde pública a partir da esfera municipal do SUS¹⁹.

A despeito de Campinas possuir uma considerável rede básica de saúde e um significativo acúmulo de experiência em atividades voltadas à saúde coletiva, não vem obtendo resultados apropriados nas campanhas de vacinação de idosos.

Em relação à introdução de novas vacinas, alguns estudos indicam a importância da geração de informações acerca da prioridade epidemiológica, do custo-efetividade, da participação e aceitação da população e da decisão política de garantir a sustentabilidade com produção de vacinas em quantidades suficientes e com um custo acessível²⁰. Na mesma direção, a compreensão acerca do planejamento e organização das cam-

panhas vacinais no âmbito municipal pode agregar conhecimentos relevantes na explicação dos resultados alcançados.

Diante deste quadro, o presente trabalho teve como objetivo compreender o desenvolvimento do Programa de Vacinação de Idosos no município de Campinas, SP através do estudo do processo de trabalho instituído nas instâncias central, distrital e local e sua relação com a cobertura vacinal alcançada.

Percurso metodológico

Partindo de uma perspectiva qualitativa em pesquisa, adotou-se o método de estudo de caso e o referencial teórico do processo de trabalho em saúde na perspectiva dos estudos de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves^{21, 22}.

Os dados primários da pesquisa, coletados no período de outubro de 2003 a maio de 2004, foram registrados em diário de campo e obtidos mediante entrevistas semi-estruturadas com sete profissionais de saúde diretamente responsáveis pelo desenvolvimento da campanha vacinal em nível central, distrital e local, bem como a partir de observações da pesquisadora originadas de sua participação em reunião da equipe local de saúde, visando o planejamento da campanha do ano de 2004, e colaboração no registro e administração de vacinas em um posto de vacinação no primeiro dia da campanha do mesmo ano.

Os dados secundários da pesquisa, relativos ao período compreendido entre 1999 e 2004, corresponderam aos registros de produção e coberturas vacinais obtidos na CoVISA, nas VISAs distritais e na UBS.

Os campos de pesquisa foram dois DSs, escolhidos após análise de seu desempenho vacinal em relação aos demais, e uma UBS, vinculada a um destes dois DSs, selecionada mediante análise dos dados primários e secundários obtidos. Discutem-se as particularidades destes campos na seção a seguir.

A pesquisa teve como sujeitos um profissional de nível central, com formação médica, que respondia pela coordenação geral da campanha no município, cinco profissionais de dois DSs, seus respectivos coordenadores, ambos os médicos sanitários e três enfermeiras das respectivas VISAs, responsáveis pela coordenação regional da campanha, sendo apenas uma destas sanitária. Incluiu-se também uma enfermeira de nível local, especialista em administração de serviços de saúde pública e hospitalar e que na ocasião cur-

sava especializações em cardiologia e em saúde da família. Esta enfermeira vem respondendo, frequentemente, pela operacionalização da campanha nesse âmbito de atuação. Além de responderem a perguntas que caracterizaram seu perfil profissional, os entrevistados foram convidados a descrever o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação da campanha de vacinação nos seus respectivos níveis de atuação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, mediante parecer nº 009/2004. Visando dar cumprimento aos requisitos de anonimato dos entrevistados, foram adotadas as suas respectivas funções para designá-los e uma identificação aleatória dos DSs e da UBS.

Resultados

Em Campinas, as coberturas vacinais são obtidas através de um sistema de informação que é alimentado mediante registro manual em planilhas de produção vacinal, as quais não permitem discriminar os usuários que as recebem de acordo com o local de residência.

Uma análise preliminar dos registros de produção de vacina do município, originários do subsistema de doses aplicadas (SI-API) do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), permitiu identificar algumas inconsistências quantitativas frente às quais se buscou a manifestação crítica de técnicos da CoVISA.

Esta iniciativa resultou no acesso a outros registros, oriundos de planilhas internas ao serviço, denominadas, para efeito desta apresentação, de Relatórios, as quais permitiram a identificação de disparidades entre os dados. Com as informações obtidas, junto à CoVISA, não foi possível esclarecer as divergências entre os dados contidos no SI-API, bem como naqueles contidos nos Relatórios. A coordenadora da campanha no nível central afirmou que a taxa de cobertura vacinal do município é obtida a partir dos dados contidos nos Relatórios. A mesma disponibilizou as fontes de dados para o cálculo das coberturas vacinais devidamente identificadas e datadas.

Verificou-se que o plano operativo – uma planilha destinada ao registro da previsão de recursos humanos e insumos necessários ao desenvolvimento da campanha – é o instrumento de trabalho utilizado por todos os profissionais em sua organização, independentemente do nível em que atuam.

Na CoVISA, a coordenação municipal da

campanha recebia os planos operativos dos DSs, os quais contemplam as previsões originárias das respectivas UBSs e, após consolidá-los, transmitia à Diretoria Regional de Saúde XII (DIR XII) as necessidades do município. Em contrapartida, a DIR XII devolvia à CoVISA, e esta aos DSs, e estes às UBSs, os dados de cobertura vacinal municipal. A avaliação das campanhas restringia-se à consolidação da cobertura geral atingida pelo município. Assim, as coberturas vacinais desagregadas por DSs e UBSs não têm sido objeto de análise e avaliação da campanha em nível central.

Visando delimitar o campo de estudo, caracterizaram-se os cinco DSs (aqui referidos como Rosa, Marrom, Verde, Azul e Lilás), segundo perfil demográfico, coberturas vacinais alcançadas no período de 1999 a 2003 e análise de indicador de condição de vida. Para tanto, adotou-se o Índice de Condição de Vida (ICV)²³, desenvolvido pela SMS, que classifica os territórios em três níveis: I, II e III. O primeiro nível representa o de pior condição de vida, o segundo corresponde ao nível intermediário e o terceiro expressa a melhor condição de vida²³. A caracterização dos DSs permitiu identificar que o Distrito Rosa apresentava a maior população de idosos, a melhor condição de vida e as piores coberturas vacinais do município. Os Distritos Marrom e Lilás apresentavam os menores percentuais de população idosa, possuíam os piores ICV e coberturas vacinais mais instáveis. Os Distritos Azul e Verde apresentavam comportamentos mais estáveis em relação à cobertura vacinal, abrangiam a segunda e terceira população mais numerosa de idosos, respectivamente, e se assemelhavam na distribuição uniforme de suas unidades básicas entre os três níveis de ICV. Essas características sustentaram a escolha desses DSs como campos de pesquisa.

Segundo os integrantes dessas duas equipes distritais, o desenvolvimento da campanha era realizado sem dificuldades em virtude do acúmulo de experiência da SMS na organização desse tipo de intervenção. A despeito disso, as coberturas vacinais por elas alcançadas, bem como da maior parte de suas respectivas UBSs, não atingiam a meta preconizada.

Em relação ao modelo de gerência, o Distrito Verde trabalhava em um modelo mais centralizado e normativo, enquanto o Azul adotava uma modalidade de gestão mais flexível, mais participativa e estimuladora da criatividade dos trabalhadores das UBSs, razão pela qual, posteriormente, priorizou-se a análise do planejamento da campanha vacinal neste DS.

Entretanto, a priorização no cumprimento de

normas e rotinas em detrimento da finalidade da campanha foi evidenciada nos dois DSs. Ambos os coordenadores indicaram adotar as reuniões de equipe como instrumento de trabalho, com o objetivo de apreciar e avaliar os planos operativos de suas UBSs. A coordenação do DS Azul, ao contrário da situação identificada no DS Verde, demonstrou envolvimento com a vacinação de *influenza* e disponibilizou documentos que indicavam as coberturas vacinais obtidas em campanhas anteriores. No entanto, em ambos os DSs as questões relativas ao programa e às campanhas vacinais eram automaticamente remetidas às enfermeiras que também revezavam-se na coordenação distrital das diversas campanhas vacinais anualmente desenvolvidas.

No plano organizativo, os DSs assumiam a função de intermediar a relação das UBSs com a CoVISA, uma vez que eles respondiam pela consolidação das demandas dos planos operativos locais e pela transmissão à coordenação municipal, além de efetuarem a distribuição dos recursos e insumos para a campanha entre suas UBSs.

Contudo, o DS Azul não promoveu qualquer reunião de equipe para planejar a campanha vacinal. Houve apenas contatos via telefone, fax e correio eletrônico para viabilizar a operacionalização da campanha. Destacamos também o fato de um integrante, recém inserido na equipe da VISA, ter recebido a responsabilidade de coordenar a campanha no ano de 2004.

Para a pesquisa no nível local, foi eleita uma UBS do Distrito Azul com base nas seguintes constatações: alta proporção de idosos em relação à população do território (13%) em comparação à média do município (9%); desempenhos vacinais mais estáveis no período de 1999 a 2003; adoção de uma estratégia inovadora na divulgação da campanha do ano de 2003, que resultou em acréscimo de cobertura vacinal significativo; indicação de uma das enfermeiras entrevistadas da VISA do mesmo Distrito.

A cobertura vacinal da UBS escolhida atingiu, no período de 1999 a 2002, valores próximos a 50%. No ano de 2003, a enfermeira referiu ter organizado uma atividade recreativa para os idosos e ter realizado algumas orientações sobre doenças respiratórias e vacinação contra *influenza*, obtendo assim um acréscimo de 8.4% (213 doses) na cobertura vacinal, que atingiu 55%.

Em 2004, a equipe de saúde dessa UBS priorizou a ampliação do número de postos de vacinação. A cobertura vacinal desse ano, em relação ao ano de 2003, apresentou um acréscimo de 570 doses e elevou-se de 55% para 86%. No entanto,

há que se considerar a possibilidade de a vacina ter sido administrada em população não adscrita ao território da UBS, uma vez que um dos postos de vacinação foi instalado em um estabelecimento comercial localizado em espaço físico de grande fluxo populacional, originário de outros territórios e, possivelmente, de municípios vizinhos.

No tocante ao treinamento e a atualização técnica das equipes locais por parte dos distritos, não houve qualquer iniciativa. A justificativa de tal fato baseava-se, de acordo com enfermeira do DS Verde, na consideração de que o domínio da técnica de administração da vacina (via intramuscular em população adulta) tornava tais iniciativas prescindíveis. Ao participarmos do primeiro dia de campanha, identificamos um certo automatismo dos trabalhadores envolvidos. Houve falhas nos registros vacinais por parte dos chamados “anotadores”, revelando desconhecimento das implicações delas decorrentes e pouca atenção com a privacidade e segurança dos idosos que, em ambiente público e aberto, recebiam as vacinas em pé.

Foi evidente o grau de autonomia da enfermeira da UBS no planejamento da campanha. Entendemos que a descentralização de ações e programas requer a promoção da autonomia dos sujeitos, os agentes do trabalho. No entanto, uma combinação de liberdade e definição de responsabilidades é fundamental para que o processo de trabalho em saúde se realize de forma não alienada. Nesse sentido, é desejável que e adequada combinação de autonomia e responsabilização profissional assente-se no vínculo profissional-usuário²⁴.

Análise e discussão

Identificamos diferenças significativas de doses aplicadas entre os dados do Relatório e os do SI-API. Para os anos de 1999 e 2001, o SI-API acusa um excedente de quatro mil e 32 mil doses, respectivamente, em comparação aos registros do Relatório. Inversamente, em 2002, encontramos diferença de 12 mil doses a mais para os dados do Relatório. Esta diferença de valores afeta a credibilidade dos dados obtidos e sua conseqüente utilização para fins de planejamento e de avaliação.

A coordenadora da campanha em nível central referiu não ter ciência prévia das disparidades entre os dados contidos no Relatório e no SI-API, bem como das razões que as provocava. Havia desconhecimento das taxas de cobertura vacinal desagregadas por DSs e UBSs, sob a alegação de que a CoVISA analisava e considerava apenas as coberturas globais do município. Depre-

ende-se desse comportamento que a insuficiente leitura crítica do desempenho da rede municipal na campanha vacinal poderia, em alguma medida, comprometer a responsabilização dos agentes alocados na instância central para com esse desempenho.

O armazenamento exclusivamente eletrônico de dados, sem a necessária efetivação de cópias de segurança, configurou-se como obstáculo ao acesso às informações e, por vezes, a perda de registro de dados foi atribuída às falhas no funcionamento dos equipamentos.

De acordo com a SMS, aos Distritos cabe a coordenação e integração das ações locais, além de retaguarda técnica e disponibilização de informações às equipes locais¹⁹. Entretanto, identificou-se insuficiente capacidade de análise e de articulação de ações, carência de mecanismos eficazes de comunicação e pouca utilização das informações para fins de planejamento.

No movimento de revisão da gerência do processo de trabalho, a identificação de problemas é componente imprescindível e requer uma rede de informações que possibilite a tomada de decisão e o desenvolvimento de estratégias de ação que levem em consideração as diversidades, além de uma rede efetiva de comunicação entre os diferentes níveis do sistema²⁵. A prática de avaliação subsidia a construção de indicadores que permitem verificar o impacto das intervenções sobre a realidade sanitária local e o nível de saúde da população²⁶.

O plano operativo deixou de cumprir a função de instrumento de planejamento na condição de “orientação para a ação, uma proposição de otimização dos trabalhos de outros, que não o do planejador”²⁷.

Verificou-se, nos diversos níveis de organização dos serviços da SMS, o exercício de controle no suprimento de recursos humanos e materiais, viabilizados pelo uso exclusivo do plano operativo como instrumento de trabalho no planejamento e organização da campanha de vacinação dos idosos. Tais atividades de controle são apontadas por certas autoras²⁸ como algumas das atribuições e das responsabilidades dos gerentes de unidades operativas.

Entretanto, outras atribuições e responsabilidades de grande relevância, citadas pelas mesmas autoras, não foram identificadas neste estudo. Estas compreenderiam a análise da situação de saúde na área de abrangência (necessidades e problemas); seleção das prioridades e tecnologias de intervenção; coordenação do processo de reorganização do trabalho na UBS; programação

da execução das ações requeridas para o enfrentamento dos problemas de saúde da população da área; articulação com as organizações governamentais e não governamentais que atuam na área de abrangência das UBSs²⁸. Esta baixa capacidade gerencial provoca graus de desperdício que são inadmissíveis para o setor saúde²⁶.

A finalidade de promover e proteger a saúde do idoso se dissolve no movimento de organização da campanha em todos os níveis da SMS. A finalidade do processo de trabalho operado acaba por reduzir-se ao procedimento de administração da vacina. Na UBS, a finalidade da descentralização dos postos da campanha era alcançar aumento da taxa de cobertura vacinal. Não se identificou, em qualquer dos níveis estudados, a valorização da aplicação da vacina como estratégia de promoção da saúde do idoso, muito embora em alguns relatos tenha sido possível perceber alguma reflexão sobre a importância de se diferenciar a campanha dos idosos da campanha de vacinação infantil. Não houve, também, alguma avaliação com vistas a identificar os idosos que não haviam recebido a vacina ou o impacto na saúde daqueles que receberam o imunobiológico ao longo dos anos. Este fato é característico de processos de trabalho que se realizam de modo alienado das necessidades humanas²¹.

No nível local, o instrumento de trabalho utilizado, além do plano operativo, consistiu em uma reunião de equipe multiprofissional, único momento coletivo de planejamento, e no preenchimento de planilhas do Centro de Vigilância Epidemiológica ao final da campanha. No decorrer de tal reunião, identificou-se que a equipe manifestava, em relação à divulgação da campanha, preocupação exclusiva com a questão informativa, a qual se restringiu à proposição de cartazes e folhetos explicativos, sem considerar a capacidade ou possibilidade de apreensão do conteúdo educativo, dadas as especificidades da população idosa.

Vale ressaltar que, desde a década de 1980, os fóruns e documentos institucionais em nível internacional estimulam a incorporação da visão de promoção da saúde, supondo uma abordagem crítica da prevenção e da educação em saúde²⁹.

A despeito da existência de duas pesquisas, uma referente aos motivos de não adesão – que apontou o receio das reações vacinais e a crença de que há possibilidade de contraírem a gripe através da vacina³ – e outra referente ao tipo de efeito adverso pós vacinal, cujos achados indicam o predomínio absoluto de reações vacinais de intensidade leve³⁰, não se verificou qualquer iniciativa que

considerasse a relevância dessas conclusões na proposição de atividades de educação em saúde.

Identificou-se também alguns elementos estruturais do que se convencionou denominar de crise do planejamento de saúde³¹. Percebeu-se que o planejamento foi externo ao nível que o realiza, ou seja, negligenciando a finalidade da ação programada para atender às exigências das instâncias superiores, tal como o cumprimento das normas e rotinas. O plano desviou o objeto da saúde para o formalismo das planilhas, houve um processo reiterado de ação sem reflexão observado até mesmo entre os gerentes. O plano (dito operativo) não promoveu articulação entre a situação programada com o cotidiano da gerência, tornando-se, assim, um mero instrumento de captação ou previsão de recursos. Deste modo, tal plano possibilitou a alocação de recursos mas desconsiderou por completo os processos tecnológicos do trabalho. Por fim, a avaliação praticada por parte de todas as instâncias estudadas limitou-se ao cálculo da cobertura vacinal.

Considerações finais

A aproximação ao campo do trabalho, necessária ao cumprimento dos objetivos e da metodologia desta pesquisa, permitiu verificar no nível local e no distrital, bem como no central, que as coberturas vacinais não foram utilizadas como instrumento de avaliação de planejamento em saúde. Tanto no nível central como nos distritais, o instrumento utilizado na preparação da campanha foi o plano operativo, que assumiu a função de veículo de transmissão de dados entre os diferentes níveis do sistema.

Identificou-se que, em todos os níveis de organização de serviços da SMS, as finalidades do trabalho estavam deslocadas da promoção de saúde do idoso para a aplicação de vacina.

Verificou-se a substituição do todo pela parte, numa redução metonímica, tanto das práticas

de educação em saúde, restritas aos papéis, quanto do planejamento, focalizado no plano operativo.

A atividade de vacinação, apesar de ser uma ação municipalizada, não parece estar efetivamente descentralizada na realidade estudada. A esse respeito, verificamos que houve manutenção do fluxo unidirecional de informações e, principalmente, que a campanha pareceu ser planejada e operada para atender, prioritariamente, a necessidade do Estado e não dos idosos da área de abrangência daquele território específico.

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

A opção por trabalhar apenas com os dados de cobertura globais do município é coerente com a não adoção de mecanismos que discriminem entre os usuários vacinados, os residentes nos territórios de cada UBS. Deste modo, a cobertura obtida pode estar abrangendo idosos de outros municípios.

Compreendendo a gerência como um dos instrumentos do trabalho, com caráter articulador e integrativo, determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamental na efetivação de políticas sociais²⁵, constatou-se carência de práticas gerenciais no desenvolvimento da campanha de vacinação dos idosos em todas as instâncias da rede municipal de saúde de Campinas.

É notória a importância das ações gerenciais articuladas à finalidade última do trabalho em saúde, ou seja, à defesa da vida, à concessão de autonomia responsável com ações calcadas na ótica do vínculo, à necessidade de uma reflexão contínua acerca das práticas instituídas e à persistência na realização de um trabalho em equipe que potencialize, em última instância, a construção do SUS.

Colaboradores

PO Reis e MR Nozawa participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Agradecimentos

À Prof^a. Dr^a. Silvana Martins Mishima, à Prof^a. Dr^a. Maria Amélia Campos e à Prof^a. Dr^a. Eliete Maria Silva pelo grande auxílio nas fases de qualificação e defesa da dissertação de mestrado. A todos os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste estudo.

Referências

1. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". *Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação para o Idoso - 1999 - documento preliminar*. São Paulo; 1999. [Mimeo].
2. Fundação SEADE. *Óbitos Gerais, por Grupos de Idade, segundo Causas de Morte Condensadas e Sexo*. São Paulo 2001. [acessado 2003 Out 14]. [cerca de 12 p.]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Informe Técnico - Campanha Nacional de Vacinação do Idoso - 2002*. Brasília: MS; 2002. [acessado 2002 Set 23]. [cerca de 32p.]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br>
4. Francisco PMSB, Donalísio MRC, Latorre MRDO. Impacto da vacinação contra *influenza* na mortalidade por doenças respiratórias em idosos. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(1):75-81.
5. Benenson AS. *Manual para el control de las enfermedades transmisibles* 16^a ed. Washington, D.C: OPS; 1997.
6. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". *Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação para o Idoso - 2000*. São Paulo; 2000. [Mimeo].
7. Divisão de Imunização do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Balanço da Campanha do Idoso de 2004. *Bol Epi Paul* [periódico na Internet] 2004; 1(8):15-6. [acessado 2003 Out 07]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>
8. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. *Censo 2000 - Resultados do Universo. Dados Selecionados segundo áreas de abrangência dos Distritos de Saúde*. [acessado 2003 Out 15]. [cerca de 3p.]. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/populac/censo_2000_distritos_02.pdf
9. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. *População por idade e sexo segundo residência nos Distritos de Saúde: 2000 - 2003*. [acessado 2003 Out 15]. [cerca de 3p.]. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/populac/censo2000_distritos_02.pdf
10. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. *Estimativas Populacionais 1996-2002: área de abrangência dos Distritos de Saúde de Campinas*. [acessado 2003 Out 15]. [cerca de 54p.]. Disponível em: <http://www.pmc.sp.gov.br/saude>
11. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. *Boletim de consolidação de dados - 07/04/99 a 14/05/99 - distribuição segundo unidades de saúde*. Campinas; 1999. [Mimeo].
12. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. *Relatório da Campanha do idoso do ano 2001 - 23/04 a 18/05/01, incluindo o sábado dia 28/04/01, distribuição segundo distritos de saúde e segundo o município*. Campinas; 2001. [Mimeo].
13. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. *Avaliação do Programa de Imunizações - PNI / API. Campinas, 1999 - 2002*. Campinas; 2002. [Mimeo].
14. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. *Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. Boletim de consolidação de dados - 13/04/02 a 10/05/02-Visa Norte - distribuído segundo unidades de saúde*. Campinas; 2002. [Mimeo].

15. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Campanha Nacional de Vacinação do Idoso em Campinas em 2002 – distribuído segundo desempenho semanal de vacinação por Distrito de Saúde.** Campinas; 2002. [Mimeo].
16. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. **Cobertura Vacinal da Influenza semana a semana.** Campinas; 2003. [Mimeo].
17. Nascimento EPL, Nozawa MR. O trabalho das enfermeiras no SUS Campinas: anos 70 e 80. *Rev Bras Enf* 2004; 57(2): 212-6.
18. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. **Estrutura do SUS – Campinas** [acessado 2003 Set 03]. [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.pmc.sp.gov.br/saude>
19. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. **Estrutura da Vigilância em Saúde** [acessado 2003 Set 03]. [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude>
20. Solórzano CC, Andrus J, Periago MR. El desarrollo de nuevas vacunas: generación de información para la tomada de decisiones. *Rev Pan Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2004; 15(1):1-3.
21. Mendes-Gonçalves RB. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades** São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, (Cadernos CEFOR,1 – Série textos); 1992.
22. Mendes-Gonçalves RB. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994. p.11-54.
23. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde e Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental. **Índice de Condição de Vida.** [acessado 2003 Set 04]. [cerca de 18 p.]. Disponível em: <http://www.pmc.sp.gov.br/saude>
24. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Mehry EE, Onocko R, organizadores. **Agir em Saúde - um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 229-66.
25. Mishima SM *et al.* Organização do Processo Gerencial no Trabalho em Saúde Pública. In: Almeida MCP, Rocha SMM. **O Trabalho de Enfermagem.** São Paulo: Cortez; 1997. p. 251-96.
26. Ferreira AS. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Rev C S Col* 2004; 9(1):69-76.
27. Schraiber LB *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Rev C S Col* 1999; 4 (2):221-42.
28. Teixeira CF, Molesini JA. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. *Rev B Enf* 2002; 16:29-40.
29. Assis M, Hartz ZMA, Valla VV. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Rev C S Col* 2004; 9 (3):557-81.
30. Donalísio MR, Ramalheira RM, Cordeiro R. Eventos adversos após vacinação contra **influenza** em idosos, Distrito de Campinas, SP, 2000. *Rev Soc Bras Med Trop* 2003; 36 (4):467-71.
31. Mendes EV. O processo social de distritalização da saúde. In: Mendes EV. **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999. p. 93-158.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Notícias: Vitória da Saúde: mais de 12 milhões de idosos vacinados contra a gripe.** Brasília, DF, 30 junho 2003. [acessado 2003 Set 17]. [cerca de 1 p.]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/not/not439.htm>

Artigo apresentado em 18/10/2005

Aprovado em 24/10/2006

Versão final apresentada em 11/12/2006

