

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO ACADÊMICO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Sara Fernandes Correia

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, ATITUDES E CRENÇAS DE PAIS ACERCA DA
VACINAÇÃO CONTRA VARICELA**

Goiânia – GO

2015

Sara Fernandes Correia

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, ATITUDES E CRENÇAS DE PAIS ACERCA DA
VACINAÇÃO CONTRA VARICELA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Eliane Liégio Matão

Linha de Pesquisa: Teorias, métodos e processos de cuidar em saúde.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Goiânia – GO

2015

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

C824r Correia, Sara Fernandes.
 Representações sociais, atitudes e crenças de pais acerca da
 vacinação contra varicela [manuscrito]/Sara Fernandes
 Correia– Goiânia, 2015.
 73 f. : il. ; 30cm.

 Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica
 de Goiás, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em
 Atenção à Saúde.

 “Orientadora: Profa. Dra. Maria Eliane Liégio Matão”.
 Bibliografia.

 1. Vacinação. 2. Representações sociais. I. Título.

 CDU 614-47(043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Sara Fernandes Correia

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, ATITUDES E CRENÇAS DE PAIS ACERCA DA VACINAÇÃO CONTRA VARICELA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 14 de agosto de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Maria Eliane Liégio Matão
Presidente da banca - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Nilza Alves Marques Almeida
Membro Efetivo, Externo ao Programa FEN/UFG

Prof.^a Dr.^a Maysa Ferreira Martins Ribeiro
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Adenícia Custódia Silva e Souza
Membro Suplente, Interno ao Programa - PUC Goiás

DEDICATÓRIA

À minha mãe Tânia, a qual tenho muito amor e devo parte de tudo, meu porto seguro !!!

Às minhas princesas Ana e Helena, florzinhas mais lindas do mundo, as quais dedico todos os meus dias com um amor imensurável...

AGRADECIMENTOS

O que darei eu, ao Senhor, por todos os benefícios que me tem feito? A Ele toda honra, glória e louvor. Tem me sustentado, provido todas as minhas necessidades e esteve comigo todo tempo. Ele é, o meu pastor!

Ao meu marido Edson, por estar sempre ao meu lado.

As minhas queridas, avó Eunice e tia Rosania, que tenho certeza, me cobriram com orações.

À Prof^a Dra Maria Eliane Liégio Matão, a quem conheço há pouco tempo, pegou na minha mão, e me ajudou a concluir esta grande vitória.

Aos participantes da pesquisa, pela aceitação, confiança e participação.

Aos professores do curso de Mestrado em Atenção a Saúde, PUC-Goiás, suas participações com conhecimento e paciência, fortaleceram o caminho a percorrer.

Aos colegas de turma, pelos laços de carinho e amizade. Somos vitoriosos!

RESUMO

CORREIA, S. F. **Representações sociais, atitudes e crenças de pais acerca da vacinação contra varicela.** 2015. 73p. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

A vacinação é um dos meios mais eficazes para cessar a cadeia de transmissão de algumas doenças imunopreveníveis, e com isso reduzir os índices de morbimortalidade infantil. Apesar disso, em muitos casos, há controvérsia e resistência por parte da população à adesão ao procedimento. No caso da vacina contra varicela, a Organização Mundial de Saúde recomenda sua inclusão no calendário de vacinação infantil, principalmente nos países em que o agravo é um importante problema de saúde pública, e que podem sustentar um programa com alta cobertura vacinal. No Brasil, é recente a inclusão desse imunobiológico no calendário do Programa Nacional de Imunização, ocasião propícia para se investigar as representações, atitudes e crenças dos pais acerca da aplicação da vacina contra varicela nos filhos. Com o objetivo de investigar as representações sociais, atitudes e crenças dos pais ou responsáveis por crianças de 12 a 24 meses, acerca da vacina contra varicela. Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado a partir de pesquisa de campo, com utilização do referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais, viabilizada pela abordagem estrutural com base na Teoria do Núcleo Central. Os dados foram coletados em dois momentos, o primeiro pela técnica de associação livre de palavras a partir de tema indutor apresentado. O banco de dados foi processado no *software* EVOC. No segundo momento, foi realizada entrevista semiestruturada com parte dos integrantes da primeira fase, cujo conteúdo obtido permitiu estabelecer categorias de análise. No conjunto, os elementos que aparecem como representações sociais sobre vacinação contra varicela no filho, apontam sua constituição em dois eixos, o positivo pelos signos importante e imunidade, e o outro relativamente negativo, com a palavra dor. As categorias evidenciadas foram: O cuidado revelado sob diferentes perspectivas e os múltiplos motivos para vacinar ou não a criança. Quanto aos cuidados mencionados para se evitar doenças infectocontagiosas, apontam a vacina como importante ato de cuidado para com a criança, assim como as práticas de higiene de modo ampliado. Verificam-se alguns sinais da presença de atitudes e crenças populares, que até certo ponto contribuem para justificar determinados comportamentos considerados pela ciência como inadequados ou infundados. Há boa aceitação dos pais ou responsável em aderir à vacina contra varicela. Apesar da referência quanto à falta de informação, conseguem entender que os benefícios oferecidos pela imunização superam algum incômodo que possa causar nas crianças.

Palavras-chave: Vacinação; Crianças; Representação social

ABSTRACT

CORREIA, S. F. **Social representations, attitudes and beliefs of parents about the varicella vaccination.** 2015. 73p. Dissertation (Master of Health Care) – Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia.

Vaccination is one of the most effective ways to stop the chain of transmission of some vaccine-preventable diseases, and thus reduce infant mortality rates. Nevertheless, in many cases, there is controversy and resistance from the population to join the procedure. In the case of varicella vaccine, the World Health Organization recommends its inclusion in the childhood vaccination schedule, especially in countries where the injury is a major public health problem, and that can sustain a program with high vaccination coverage. In Brazil, only recently the inclusion of immunobiological in the calendar of the National Immunization Program, propitious occasion to investigate the representations, attitudes and parental beliefs about the implementation of the varicella vaccine in filhos.Com to investigate the social representations, attitudes and beliefs of the parents or guardians of children 12 to 24 months, about the varicella vaccine. Descriptive study with a qualitative approach, conducted from field research, using the theoretical framework of the Theory of Social Representations, made possible by the structural approach based on the Central Nucleus Theory. Data were collected in two stages, the first by the technique of free association of words from inducing presented theme. The database was processed in EVOC software. The second time was carried out semi-structured interviews with part of the first phase members, whose content obtained allowed to establish categories of análise. No together the elements that appear as social representations of the child varicella vaccination, point out its constitution in two axles, positive by important signs and immunity, and the relatively negative other, with the word pain. The highlighted categories were: Care revealed from different perspectives and multiple reasons to vaccinate or not the child. As mentioned care to prevent infectious diseases, suggest the vaccine as an important act of care for the child, as well as full screen hygiene practices. Check out some signs of popular attitudes and beliefs that contribute to some degree to justify certain behaviors considered as inadequate for science or unfounded. There is good acceptance parent or guardian to join the varicella vaccine. Despite the reference about the lack of information, they can understand that the benefits offered by immunization outweigh any inconvenience that may cause in children.

Key words: Vaccination; Children; Social Representation

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Evocações emitidas pelos pais ou responsáveis por crianças de 12 a 24 meses a respeito da aplicação de vacina contra varicela no seu filho	38
Quadro 2 –	Justificativas para as evocações importante, imunidade e dor presentes no quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas	39
Quadro 3 –	Evocações emitidas pelos pais ou responsáveis por crianças de 12 a 24 meses sobre o que outras mães pensam sobre a expressão, aplicação de vacina contra varicela no seu filho	40
Quadro 4 –	Justificativas para as evocações importante, cuidado, prevenção, dor, falta informação e evita morte, presentes no quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas	41
Quadro 5 –	Cuidados e justificativas relacionadas pelos participantes que considerou importantes para evitar doença infectocontagiosa	41
Quadro 6 –	Quantitativo de participantes quanto à vacinação ou não da criança contra varicela e a influência para adoção dessa prática	42
Quadro 7 –	Aspectos facilitadores e dificultadores para a vacinação da criança contra varicela	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Categorias de análise I: O cuidado revelado sob diferentes perspectivas e II: vacinação sob múltiplas percepções: favoráveis à aplicação da vacina / determinantes para a não vacinação	44
------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das variáveis sociodemográficas de pais ou responsáveis por crianças de 12 a 24 meses. Goiânia, 2014	36
Tabela 2 –	Distribuição dos pais ou responsáveis segundo a escala de concordância ou discordância com a vacinação contra varicela para crianças de 12 a 24 meses. Goiânia, 2014	37
Tabela 3 –	Distribuição do perfil de crianças de 12 a 24 meses, apresentado pelos pais ou responsáveis participantes do estudo sobre vacinação contra a varicela. Goiânia, 2014	37

LISTA DE SIGLAS

CAIS	Centros de Assistência Integral à Saúde
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i> (em português, Centro de Controle e Prevenção de Doenças)
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CIAMS	Centro Integrado de Assistência Médico Sanitária
CRIES	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
ESF	Estratégia Saúde da Família
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
NC	Núcleo Central
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SINAN	Sistema de Informação de Notificação de Agravos Notificáveis
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TRS	Teoria das Representações Sociais
TNC	Teoria do Núcleo Central
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
VZV	Vírus da Varicela Zóster

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo geral	16
2.2	Objetivos específicos	16
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1	Aspectos históricos da introdução da vacina no Brasil	17
3.2	A doença da varicela	21
3.3	Vacina contra a varicela	26
4	REFERENCIAL TEORICO METODOLÓGICO	28
5	ASPECTOS METODOLÓGICOS	31
6	RESULTADOS	36
7	DISCUSSÃO	47
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	69
	APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	73

1 INTRODUÇÃO

A varicela é uma doença infecciosa aguda, altamente transmissível conhecida como catapora, causada pelo vírus varicela-zoster (VZV), é mais comum na infância, mas pode ocorrer em qualquer idade. Apresenta distribuição mundial, sendo mais frequente no final do inverno e início da primavera, apesar dos casos ocorrerem durante todo o ano (GARRIDO; FERREIRA, 2013; REIS; PANNUTI; SOUZA, 2003).

É considerada uma doença benigna, quando ocorre em crianças saudáveis. Quando acomete pessoas imunocomprometidas, pode evoluir com complicações graves e potencialmente fatais, como complicações respiratórias e neurológicas, principalmente quando afeta recém-nascidos e mulheres grávidas (DINLEYICI; KURUGOL; TUREL et al., 2012; BONANNI; BREUER; GERSHON et al., 2009).

Há possibilidade de o agravo acometer crianças e adultos em qualquer faixa etária, suas complicações, além das questões físicas e psicoemocionais individuais implicadas, envolvem custo social e econômico, para as famílias e governos. A imunização passiva certamente é uma solução para minimizar esses problemas e ainda contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2013). Os países que tiveram a vacina contra a varicela introduzida no calendário nacional de imunização apresentaram quedas significativas na infecção pelo vírus. Nos Estados Unidos, ocorreu diminuição das taxas de hospitalização devido à contaminação da doença após vacinação na população infantil (MARIN; MEISSNER; SEWARD, 2008).

A vacina é uma forma efetiva de proteger de algumas doenças imunopreveníveis. No caso da varicela, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a inclusão da vacina no calendário de vacinação infantil, principalmente nos países, em que o agravo é um importante problema de saúde pública, e que podem sustentar um programa com alta cobertura vacinal. No Brasil, o Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado em 1973, com o objetivo de promover o controle de algumas doenças, confere em suas ações confiabilidade e consolidação. Mas, apesar disso, verifica-se que a vacinação na prática cotidiana ainda aparece

como questão que envolve certa complexidade. Existem conceitos pré-estabelecidos quanto a não adesão à prática de vacinar, influenciados, por exemplo, por crenças e tabus (BRASIL, 2013; BRITO, 2011; BRASIL, 2010).

Desde o ano de 2000, a vacina contra a varicela é recomendada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBI). Durante mais de uma década o serviço público disponibilizava a vacina em Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES), exclusivamente para indivíduos suscetíveis. Há quase dois anos, foi introduzida vacina no PNI, para a população infantil de 15 a 24 meses. Pessoas de qualquer faixa etária podem ser vacinadas, mas é oferecida, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para crianças nesta idade, devido ao seu alto custo (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012; VALENTIN; SATORI; SOÁREZ et al., 2008).

No início da década de 80, era maior o receio dos pais para vacinar os filhos, se comparado a períodos mais recentes. Hoje os pais são mais convictos quanto à importância da vacinação, o que facilita a maior adesão dos mesmos à ideia e prática de imunização dos filhos (PALMEIRA, 2012; PUGLIESI; TURA; ANREAZZI, 2010). Entretanto, o somatório gerado por tabus e medo, ainda por alguma falta de informação sobre a vacina, podem interferir no processo de decisão, até impedir essa prática.

Também, considerando-se que a introdução da vacina no país foi conturbada, existem muitas crenças e mitos que cercam essa importante medida preventiva. Estes, possivelmente, possam explicar os temores da população, principalmente verificados quando há introdução de vacina nova no calendário básico de imunização (PUGLIESI; TURA; ANDREAZZI, 2010).

No sentido de aprofundar acerca do assunto, interessou-me investigar as representações, atitudes e crenças dos pais acerca da vacina contra a varicela. Trata-se de um novo imunobiológico acrescentado ao PNI, e verifica-se resistência da população quanto à prática, principalmente por ser considerado por muitos, uma doença benigna. No intuito de viabilizar o estudo, foi estabelecido o seguinte problema de pesquisa: Quais são as representações sociais, atitudes e crenças que estão envolvidas na decisão por vacinar ou não o filho contra a varicela?

A minha experiência em saúde pública permite dizer que se verifica na prática cotidiana do serviço de imunização, inúmeros aspectos questionáveis pela população. Dentre alguns, pode-se apontar a possibilidade de ocorrência de efeitos adversos, complicações e sequelas advindas da aplicação da vacina, seja por desconhecimento sobre o assunto, e/ou por associação a tabus, mitos e crenças populares.

Potencialmente, os resultados do presente estudo poderão gerar importantes subsídios aos profissionais da saúde, em especial aqueles que atuam na imunização. Destaca-se que os resultados poderão contribuir para ações de educação em saúde, bem como de educação permanente, pela aproximação com os aspectos biopsicossociais e culturais de usuários.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Investigar as representações sociais, atitudes e crenças dos pais ou responsáveis por crianças de 12 a 24 meses, acerca da vacina contra varicela.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as representações sociais de pais ou responsáveis acerca da aplicação de vacina contra varicela na criança;
- Identificar as dificuldades e facilidades dos pais ou responsáveis para vacinar a criança contra varicela;
- Verificar as práticas preventivas contra doenças imunopreveníveis na infância, adotadas por pais ou responsáveis.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos históricos da introdução da vacina no Brasil

No Brasil, fatos históricos referentes à introdução da vacina possibilitam a compreensão da rede de interações que envolvem a sociedade com o conhecimento popular e científico, relacionados aos processos saúde, doença e morte. A primeira doença associada com a existência de vacina foi a varíola, a enfermidade mais temida na história da humanidade. Somente no século XIX, matou quase quinhentos milhões de pessoas no mundo, incluindo diversas tribos indígenas no Brasil. A sobrevivência dependia do tipo de varíola, se a varíola *major* (forma mais agressiva, com 30% de letalidade) ou a varíola *minor* (mais comum, com menos de 1% de letalidade (PORTO; PONTES, 2003)).

A vacina contra a varíola surgiu a partir das observações do médico inglês Edward Jenner, em maio 1796. Verificou que pessoas antes infectadas com o vírus da varíola bovina nunca manifestavam a varíola humana. Então, retirou pequena quantidade de sangue das mãos de uma camponesa e inoculou em um garoto de oito anos, com o tempo, constatou-se que a criança havia se tornado imune à varíola. Pode-se dizer que de maneira rudimentar, estava descoberta a vacina contra a varíola e modificada a história da imunologia. Mas, a varíola continuava a devastar multidões no mundo inteiro. Em 1804, na tentativa de proteção contra a varíola, narra-se que o Marquês de Barbacena, durante uma travessia do Atlântico, forçou seus escravos a se cortarem no braço e encostar o ferimento no corpo do outro para assim, transmitir o vírus, e adquirir a proteção contra o agravo (PORTO; PONTES, 2003).

Em 1887, no Brasil, inicia-se a produção da vacina contra varíola, graças ao Barão Pedro Afonso, diretor da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (PORTO; PONTES, 2003). Em 1900, foi criado o Instituto Soroterápico Federal em Manguinhos, no Rio de Janeiro, com o objetivo de desenvolver soros e vacinas, e apoiar as campanhas de saneamento levadas por Oswaldo Cruz (PORTO; PONTES, 2003). Quatro anos mais tarde, quando o mundo ainda vivencia a epidemia de varíola, a vacina já estava sendo produzida no país.

No mesmo ano houve a aprovação da lei para tornar obrigatória a vacinação contra a varíola naquele estado. Com isso, a campanha de vacinação para todos é idealizada e as autoridades passaram a adentrar nas residências juntamente com policiais, para administrarem a vacina, ainda que forçadamente. A população indignou-se e com isso, teve início o movimento conhecido como a revolta da vacina. Esta foi uma das mais marcantes manifestações populares, com depredação de bens e órgãos públicos, muitos mortos e feridos. Após a contenção dos manifestantes, retornou-se à prática da vacinação sem intercorrências (PORTO; PONTES, 2003). A revolta da vacina é considerada marco na história da vacinação brasileira.

Em 1945 foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU). Na conferência convocada para definir sua constituição, Brasil e China lançaram proposta de criação de um órgão para tratar a saúde em âmbito mundial, uma organização nova e autônoma, o que foi aprovado por unanimidade. No ano posterior, foi criado o Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento Infantil (UNICEF) e, em 1948, no dia 7 de abril, a fundação da Organização Mundial de Saúde (OMS). No ano seguinte, foi assinado um acordo entre a Organização Sanitária Pan-Americana (que posteriormente passou a ser denominada Organização Pan-Americana da Saúde) e a OMS, de modo que a Organização Sanitária Pan-Americana da Saúde passasse a ser considerada oficina regional da OMS para o desenvolvimento de ações no âmbito das Américas (PORTO; PONTES, 2003; TEMPORÃO, 2003).

Em 1965, a OMS iniciou campanha para erradicação da varíola. Em 1977, na Somália, ocorreu o último caso da doença, e em 1980, a varíola foi considerada erradicada no mundo (PORTO; PONTES, 2003; TEMPORÃO, 2003). A OMS criou em 1973, o Programa Nacional de imunização (PNI) com o objetivo de realizar ações no controle de algumas doenças e a manutenção da erradicação da varíola, e em 1974 o Programa Ampliado de Imunizações (PAI) para desenvolver projetos de imunizações (TEMPORÃO, 2003).

Depois da varíola, o agravo a ser enfrentado era a poliomielite. A primeira descrição clínica foi em 1789. Ocorreram surtos da doença na Europa no início do século XIX e, nos Estados Unidos, a partir de 1843. No Brasil, há referência a casos

esporádicos também no final do século XIX. O primeiro surto da doença foi descrito em 1911, quando surgiram diversos casos em várias regiões do país. Diante disso, em 16 de julho de 1961, o MS adotou oficialmente a vacina Sabin (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

O MS criou o Plano Nacional de Controle da Poliomielite em 1971, a ser desenvolvido em parceria com os governos estaduais. Ficou estabelecido para o governo federal fornecer as doses da vacina e oferecer supervisão técnica especializada, e para os estados traçar as estratégias necessárias para a vacinação da população infantil (conforme critérios criados) em um só dia (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

Em 1971, ocorreu a vacinação contra a poliomielite somente no Estado do Espírito Santo. Em 1972 e 1973, 14 estados conseguiram realizar a vacinação das crianças. Porém, não foi suficiente para promover o controle da poliomielite, tendo ocorrido várias epidemias neste período em vários estados. Frente ao cenário nacional, o sanitarista do MS Waldir Arcoverde, decidiu enfrentar o tema da pólio no Brasil. Então, foi criada uma equipe com qualificação técnica para combater os problemas da área (PORTO; PONTES, 2003). A estratégia básica, já em janeiro de 1980, era a vacinação em massa das crianças, em período curto de tempo, em todo o território nacional (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

Albert Sabin foi convidado pelo MS para dar assessoria à equipe sobre a estratégia a ser utilizada. Sabin, logo na sua chegada, em fevereiro daquele ano, discordou das informações do MS sobre a Poliomielite e propôs uma pesquisa nacional sobre a quantidade das sequelas em crianças com idade escolar, abrangendo todo o país para, levantar a relevância do problema e assim criar planos de controle. Esta proposta demandava tempo e recursos e para aquele momento não era viável (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

Iniciou-se uma estratégia para criar a infraestrutura de armazenagem, controle de qualidade e distribuição das vacinas e demais insumos, foi realizada negociação entre o MS e estados. Técnicos do órgão viajaram por todos os estados para conseguir que os governadores priorizassem a campanha contra a poliomielite. Mesmo com oposições, todos os recursos e apoio foram mobilizados para que nos dias 14 de junho e 16 de agosto de 1980, fosse realizada em todo o território

nacional a primeira e segunda etapa de vacinação em crianças de zero a cinco anos, independente se já tinham vacinado ou não (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003). Tais ações passaram a ser desenvolvidas rotineiramente e, com isso, ocorreu uma redução dos casos da doença. Em 1989, houve o último caso de poliomielite no país e em 1994 a OMS considerou a doença erradicada no Brasil (PORTO; PONTES, 2003).

Apesar de erradicada a poliomielite no país, as campanhas anuais continuam a ser realizadas até os dias atuais. Cada vez mais a população tem se conscientizado acerca da importância da vacinação em geral, o que tem favorecido a verificação de maior confiabilidade nas ações de imunização. Há repercussão mundial das ações de prevenção e de controle, uma vez que são tidas como modelo e exemplo de atenção à saúde (PORTO; PONTES, 2003; TEMPORÃO, 2003; CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003).

A imunização na infância, uma importante forma para prevenir doenças infectocontagiosas, é considerada como uma das maiores realizações de saúde pública no século XX (*CENTER FOR DISEASE CONTROL*, 2011). Esta forma de prevenção, principalmente para crianças na primeira infância é de alta relevância. Apesar disso, cerca de dois milhões de crianças morrem por ano com doenças infectocontagiosas (PUGLIESI; TURA; ANDREAZZI, 2010).

A cada ano, milhões de crianças menores de cinco anos de idade morrem por doenças que poderiam ter sido evitadas por ações de imunização (YOKOKURA, 2013). A vacinação é uma das intervenções mais favoráveis em termos de custo-efetividade, também confiáveis e seguras. Sua efetividade está relacionada às altas coberturas e ao acesso às vacinas, estes fatores que propiciam tanto a proteção individual quanto a imunidade coletiva (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011). É indiscutível a importância que as vacinas têm na proteção à saúde e na prevenção de doenças imunopreveníveis, principalmente na infância (QUEIROZ; MONTEIRO; MOCHEL et al., 2013).

O calendário vacinal é estabelecido considerando-se fatores individuais e epidemiológicos, de forma que todos possuem acesso. No Brasil, além das vacinas implantadas inicialmente pelo PNI, outras foram progressivamente sendo introduzidas de acordo com as possibilidades e necessidades. Assim, ações de

imunização têm sido constantemente inseridas aos cuidados com a saúde das crianças, e que tem tido repercussão positiva junto à população, conseqüentemente internalizadas, o que favorece mudança na cultura nacional acerca do tema (PUGLIESI; TURA; ANDREAZZI, 2010). Com isso, há significativa queda das doenças imunopreveníveis devido ao aumento na imunização.

Entretanto, existe número expressivo de crianças não vacinadas menores de um ano. Diversos fatores podem ser atribuídos a essa prática negativa, em especial estão relacionados com nível social, cultural e econômico das famílias. Também, estão associadas crenças, mitos, tabus e credos religiosos, além de questões referentes à logística de distribuição das doses, localização e horários de funcionamento dos postos, que contribuem negativamente para que todas as crianças possam se beneficiar das vacinas. No conjunto, representam risco para a introdução e circulação de agentes infecciosos no país (YOKOKURA; SILVA; BERNARDES et al., 2013; QUEIROZ; MONTEIRO; MOCHEL et al., 2013).

A probabilidade de que nem todas as crianças sejam imunizadas, leva continuamente o PNI a criar formas de cobertura vacinal. Entre as ações desenvolvidas, tem destaque à formação de grupos para educação em saúde e ampla divulgação com uso de diferentes mídias. Na busca por estratégias de promoção à saúde das crianças é de fundamental importância que seus pais tenham ampla compreensão sobre os benefícios das vacinas (FRANÇA; SIMPLÍCIO; ALVES et al., 2009).

3.2 A doença da varicela

As doenças exantemáticas são tidas como agravos que causam infecções de forma sistêmica. Manifestam-se com reações cutâneas ocasionadas pela ação de microrganismos ou mesmo por alguns produtos tóxicos que trazem este quadro típico (BRASIL, 2013).

Das várias doenças exantemáticas destaca-se a varicela, também conhecida popularmente como catapora. É uma doença viral primária, contagiosa,

causada pelo vírus varicela-zóster (VZV) e manifesta-se por exantema pápulo vesicular pruriginoso, que após algumas horas torna-se vesicular, com evolução rápida para pústulas e, posteriormente, forma crostas, em três a quatro dias. Atingem com maior frequência, mucosas e pele. As vesículas são oriundas de degeneração da célula e do edema interno celular que podem ocorrer tanto na varicela quanto no herpes-zoster (BRASIL, 2013; GARRIDO; FERREIRA, 2012; COSTA; RAMOS; MONTEIRO et al., 2006; VALENTIN; SATORI; SOÁREZ et al., 2008).

O vírus da varicela penetra no organismo por via respiratória superior, tornando a pessoa disseminadora para susceptíveis antes mesmo do surgimento das erupções. Os vírus oriundos das lesões cutâneas durante a fase aguda são transportados via hematogênia para glânglios nervosos e outros órgãos (FELDMAN; BEREZIN, 2005).

Inicialmente, o exantema se apresenta com erupções na pele e em mucosas, definindo-se como máculas eritematosas. No processo de evolução para a forma de pápula com presença de vesículas irregulares em relação à dimensão, contornos e formas, tem parede fina e com líquido claro que leva o nome de “gota de orvalho em pétala de rosa”. Em 24 a 48 horas após o aparecimento das vesículas, tem início a involução eruptiva da doença, que se caracteriza pela opacidade e a umbilicação da mesma (BONANNI; BREUER; GERSHON et al., 2009).

O processo inflamatório mononuclear, mesmo com necrose, ocorre nos gânglios espinais e nos nervos periféricos. Nos pulmões as alterações são intersticiais, com presença de infiltrado mononuclear nas vias do trato respiratório. No sistema nervoso pode apresentar quadro histopatológico como encefalite, processo inflamatório das leptomeninges devido a infiltrado perivascular, podendo-se encontrar o vírus nos pulmões e sangue. Pacientes com a imunidade diminuída apresentam alterações como necrose hemorrágica, processo infamatório e além de corpúsculos de inclusão distribuídos na maioria dos órgãos, dentre eles gânglios autonômicos e na região dorsal (ANJOS; FERREIRA; ARRUDA et al., 2009).

A doença pode acometer pessoas o ano todo, com pico de casos novos de agosto a novembro, sendo mais frequente na primavera (CENOZ; CASTILHA; MONTES et al., 2008). Nos Estados Unidos, aconteciam epidemias anuais de

varicela no inverno e primavera. Num dos anos estudados foram quatro milhões de casos, dos quais verificados, onze mil hospitalizações e vários óbitos, o que teve declínio após a introdução da vacina. No Brasil, observa-se que a maioria dos casos (69%) e das hospitalizações (62%), ocorrerem em crianças na faixa etária de 1 a 4 anos de idade. Acredita-se que a introdução da vacina no calendário básico de vacinação, haverá menos casos da doença e conseqüentemente diminuição do número de hospitalização, devido a complicações da doença (BRASIL, 2013; KUPEK; TRITANY, 2009; FELDMAN; BEREZI, 2005).

A contaminação do indivíduo depende da idade, condição de vacinação, condição imunológica e exposição. O agravo apresenta característica de polimorfismo das lesões cutâneas, com variadas formas evolutivas, na maioria das vezes acompanhadas de prurido. Quando acometem adolescentes e adultos, o quadro é mais grave, e especialmente quando associado com imunossupressão (BRASIL, 2013; REIS; PANNUTI; SOUZA et al., 2003).

Em caso de contato do indivíduo com o vírus da VZV pela segunda vez, ou seja, uma reativação leva a um quadro de herpes-zóster, com erupções vesiculares, muito semelhantes às da varicela no que se refere à histopatologia. O VZV estimula a imunidade humoral e celular o que fortalece o sistema imunológico contra uma reinfecção sintomática. Quando acontece a reativação juntamente com a replicação viral dos glânglios dos nervos cranianos ou espinhais, acontece o seu transporte de retorno para o tecido cutâneo, o que dá origem ao quadro de herpes-zóster (BONANI; BREUER; GERSON et al., 2009; CENOZ; CASTILHA; MONTES et al., 2008; COSTA; RAMOS; MONTEIRO et al., 2006).

O diagnóstico da varicela pode ser clínico ou epidemiológico. O diagnóstico diferencial deve sempre ser realizado com patologias semelhantes, como impetigo, eczema herpético, varíola, rickettsiose, infecções por coxsackievírus, variceliforme e *eczema vaccinatum*. A pesquisa direta com técnica de raspagem da lesão vesicular pode encontrar células multinucleadas, porém não é um teste de especificidade para o VZV (FELDMAN; BEREZIN, 2005). O exame mais sensível que define e diferencia este vírus do herpes simples é o direto de anticorpo fluorescente. Outro método eficaz, mas limitado por seu custo elevado é da inoculação do líquido da vesícula em culturas de tecido para visualização do efeito

citopático. O padrão ouro, considerado o teste mais sensível do que o isolamento viral é o da reação em cadeia da polimerase (PCR) que é utilizado tanto para diagnóstico diferencial do vírus vacinal como do selvagem (SZPEITER, 2009; FELDMAN; BEREZIN, 2005).

Existem vários testes de fixação das sorologias, mas um dos mais utilizados é a imunofluorescência, em que se visualiza a presença de VZV em células retiradas da lesão cutânea do paciente utilizando um microscópio especial e anticorpos marcados, é um teste rápido, porém menos sensível que a cultura e o teste de DNA para VZV (FELDMAN; BEREZIN, 2005). Os que apresentam resultado satisfatório são o de aglutinação pelo látex ou Elisa para detecção de anticorpos do VZV (LAFER; PINTO; WECKX, 2005; REIS; PANNUTI; SOUZA, 2003).

Quanto ao tratamento, inicialmente se limita aos sintomáticos, ou seja, utilização de medicamentos para amenizar os sintomas. Os antitérmicos e analgésicos, são recomendados para minimizar, respectivamente febre e dor. A antibióticoterapia é indicada com muita cautela, preferencialmente β -lactâmico com clindamicina, usada com o objetivo da neutralização de toxinas em casos de infecção secundária e complicações como pneumonia e em pele, administrar 10-15 mg/kg/dia até 25-40 mg/kg/dia em 3 ou 4 doses iguais.

O tratamento específico com aciclovir é utilizado como escolha principal para infecção pelo VZV em crianças saudáveis com idade entre dois a doze anos, na dose oral de 80mg/Kg/dia até 24 horas do *rash* cutâneo. Em geral, apresentam minimização na duração da varicela e do surgimento de novas lesões, além de, influenciar na diminuição da disseminação do vírus para células mais aprofundadas da derme, ameniza consideravelmente o risco de disseminação visceral e o risco de pneumonia (FELDMAN; BEREZIN, 2005).

A terapia endovenosa com aciclovir é recomendada para casos mais graves uma vez que a oral tem absorção gástrica de 20% apenas. Apresentam efeitos colaterais leves de erupção cutânea, distúrbios gástricos, enquanto a insuficiência renal exige mais atenção, podendo ser resolvida com hidratação. Tem ação redutora da severidade e viremia em casos recorrentes pelo VZV para pacientes saudáveis. Nos indivíduos imunodeprimidos, deve-se aplicar o medicamento nas primeiras 24 a 72 horas do início das lesões (FELDMAN;

BEREZIN, 2005). Em adultos podem ser utilizados ainda famciclovir e valaciclovir por via oral, que atingem níveis sanguíneos altos. Em crianças esta terapia não é recomendada e nem licenciada (SZPEITER, 2009).

Internacionalmente, a incidência anual é de 80 a 90 milhões de casos no mundo. Em crianças de um a quatorze anos de idade e saudáveis a letalidade apresentada é de duas mortes por 100.000 casos. A incidência de varicela apresentou uma queda considerável em áreas com coberturas vacinais de média a alta (BONANNI; BREUER; GERSHON et al., 2009). De acordo com o CDC a mortalidade é de 1/100.000 casos em crianças sadias enquanto em adolescentes e adultos jovens este valor apresenta um aumento de trinta vezes mais (GENTILE; TREGNAGHI; MANTEROLA et al., 2000).

No Brasil, bem como em alguns outros países, a varicela não é uma doença de notificação compulsória. No entanto, em alguns estados ela é como, por exemplo, no município de Goiânia (BRASIL, 2005). De acordo com os dados do MS, de 2008 até 2011, foram notificados em Goiás 22.671 casos de varicela, desses 17 foram a óbito. Em 2010 apresentou um acúmulo nas notificações, totalizando 8.403 casos suspeitos e confirmação de sete óbitos. No ano seguinte apresentou uma queda pequena chegando a 6.371 casos notificados, porém os óbitos relacionados à varicela permaneceram elevados tendo como contribuição para este indicador o aumento dos casos graves (BRASIL, 2013).

Frente ao que foi exposto, apesar de benigna, a doença apresenta complicações graves. Estas se verificam, principalmente quando se associa comorbidades ou extremos de idade. Destaca-se casos graves como infecções por *Streptococcus* do grupo A e *Staphylococcus aureus*, pneumonia, transtornos hemorrágicos, infecção grave congênita, perinatal e encefalite, contribuindo consideravelmente na hospitalização e morbi-mortalidade. O reflexo desta gravidade apresenta-se no aumento das hospitalizações, o que gera custo desnecessário e elevado para o país, comunidade, família e à própria criança (ANJOS; FERREIRA; ARRUDA et al., 2009; BONANNI; BREUER; GERSHON et al., 2009; CENOZ; CASTILHA; MONTES et al., 2008; QUIAN; RUTTIMANN; MATRAI, 2004).

As complicações da doença ocorrem, porque o vírus continua se replicando, principalmente quando a resposta imune celular não acontece. Esta

probabilidade aumenta em pacientes imunocompetentes, e pode trazer como consequências lesões no cérebro, pulmão, fígado, além de outras viscerais e órgãos (QUIAN; RUTTIMANN; MATRAL, 2004).

3.3 Vacina contra varicela

A vacina contra varicela é constituída por vírus vivo atenuado (estirpe *Oka*), foi desenvolvida no Japão no ano de 1970. Os Estados Unidos da América (EUA) 1985 aprovaram a vacina, e 1995 implantaram com recomendação universal com o intuito de prevenção, diminuição nos casos, no número de consultas médicas, internações, além de evitar o óbito. Implantaram uma única dose de forma universal, mas seguidamente adotou a segunda dose com a finalidade de alcançar as crianças maiores. O risco de desenvolver herpes-zoster diminui mais com a vacina do que com a forma natural da doença (KUPEK; TRITANY, 2009).

A economia com impacto da vacina é indiscutível. Trata-se de prevenção primária, com a diminuição da incidência, da doença, suas complicações que levam à hospitalização e em alguns casos a morte (ANJOS; FERREIRA; ARRUDA et al., 2009; CENOZ; CASTILHA; NMONTES et al., 2008). De acordo com dados norte-americanos anteriores à introdução da vacina, mais de 90% dos casos ocorriam antes dos 15 anos de idade, com maior incidência entre os 5 e os 9 anos (GARRIDO; FERREIRA, 2012).

Os países da Europa, dentre eles Suíça, Holanda, Alemanha, Itália e Espanha também adotaram a vacina. Portugal implantou em 2003, de maneira cautelosa, isto é, só com prescrição (GARRIDO; FERREIRA, 2012). Na Austrália foi oferecida no ano de 2005 para faixa etária de 18 meses até 13 anos. Na América Latina, em especial no Uruguai em 1999 o único a implantar universalmente a vacina, reduzindo consideravelmente as internações entre os menores de 15 anos (KUPEK; TRITANY, 2009; QUIAN; RUTTIMANN; MATRAI, 2004).

No Brasil a introdução da vacina foi em 2000, disponibilizada pelo PNI somente para casos especiais. Na rede privada está disponível em duas doses,

desde esta época até os dias atuais para pessoas de 12 meses e de 4 a 6 anos de idade. No ano de 2013, houve introdução da vacina contra a varicela no calendário de vacinação infantil. No momento é oferecida em dose única, como tetraviral para as crianças que já tenham recebido uma dose da vacina tríplice viral (BRASIL, 2012; KUPEK; TRITANY, 2009; VALENTIN; SATORI; SOÁREZ et al., 2008).

A cobertura vacinal é um importante indicador de qualidade da atenção a saúde (QUEIROZ; MONTEIRO; MOCHEL et al., 2013). Sobretudo da qualidade da atenção dispensada pelos serviços de saúde às crianças (ARAUJO; SILVA; COSTA, 2010). A vacinação infantil no primeiro ano de vida é de suma importância para a prevenção de várias doenças transmissíveis e é um dos fatores determinantes da redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil (FRANÇA; SIMPLÍCIO; ALVES et al., 2009).

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

O estudo das representações sociais foi inicialmente descrito por Moscovici (1976) em seu livro *La psychanalyse, son image et son public*. Seu objetivo foi estudar como uma teoria científica era transformada em conhecimento de senso comum. Os saberes, as crenças e a língua, assim como todas as demais instituições, são instituições da sociedade. Tudo o que é social consiste de representações e, conseqüentemente, é produto de representações (MOSCOVICI, 2005).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) nos permite compreender a dimensão normativa e os processos de transformação dos conhecimentos partilhados por um dado grupo, acerca de uma realidade social. A representação social é uma forma de conhecimento particular de um grupo acerca de um objeto social. Assim, elaboramos conhecimentos e os comunicamos entre e com os indivíduos. Logo, se há interação, há representação social (MOSCOVICI 2005; OLIVEIRA; CAMPOS, 2005).

Há dois processos que se movimentam na determinação de uma representação. Trata-se dos processos denominados, ancoragem e objetivação. O primeiro deles transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e os compara com um paradigma de uma categoria que, ou seja, pensamos ser apropriado. Ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa, busca dar sentido ao figurado. É a familiarização do estranho, ligado a valores, crenças, saberes pré-existentes e dominantes da sociedade, proporcionando o enraizamento social da representação (MOSCOVICI, 2003). A objetivação une a ideia de não-familiaridade com a realidade. Em outras palavras, torna concreto o que era abstrato. Forma o núcleo figurativo da representação, e confere materialidade às ideias, palavras e esquemas conceituais (MOSCOVICI, 2003).

No processo de evolução da TRS, Jean-Claude Abric, em 1976, propõe a Teoria do Núcleo Central (TNC), como organizador das representações (SANTOS; SHIMIZU; HAMANN, 2014). Conforme Abric (1994), a organização de uma

representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central (NC), e de elementos periféricos que dão significado à representação. O NC tem relação com as representações construídas a partir de situações históricas particulares de um grupo social, ou seja, representações construídas com base no sistema de normas ao qual o grupo está sujeito e que, por sua vez, está relacionado a condições históricas, sociológicas e ideológicas desse grupo. É o que caracteriza uma representação em si, organiza todos os elementos e lhe confere significado. Os elementos periféricos permitem certa flexibilidade à representação, e se constitui complemento indispensável ao NC, do qual ele depende. Responde por uma extensa variabilidade de relacionamentos com o objeto de representação em função principalmente das práticas concretas que envolvem um determinado sujeito e um objeto (SÁ, 2002).

Na abordagem estrutural das representações sociais, os elementos são distribuídos hierarquicamente, conforme a ordem de emissão e frequência. No Núcleo Central (NC), aparecem as palavras que são primeiramente evocadas e possuem alta frequência de evocação. No sistema periférico, são identificadas as demais palavras evocadas, em geral, aquelas emitidas tardiamente e com menor frequência, motivo pelo qual há variedade maior (BRUM; FERREIRA, 2000).

Na teoria do núcleo central ou abordagem estrutural das representações há existência de uma região de difícil explicitação das representações sociais, que denominou “zona muda”. O sujeito fica sem receio de expressar algo em determinadas situações, nas quais possa parecer fora do conceito da população, ele geralmente fala aquilo que não teve coragem de dizer em seu nome. Esse fenômeno aconteceria, sobretudo, para determinados tipos de objetos mais sensíveis, marcados por valores e normas sociais. A zona muda é um subconjunto específico de cognições e de crenças que, mesmo disponíveis, não são expressas pelos sujeitos nas condições normais de produção e, se assim o fossem, poderiam pôr em questão os valores morais ou as normas valorizadas pelo grupo. Assim, a zona muda existe porque em todas situações há normas sociais, tendo aquela, portanto, caráter contra normativo (ABRIC, 2005).

A zona muda das representações sociais, busca conhecer o que as pessoas pensam, ela não é a face inconsciente de uma representação, ela é a sua

face escondida (OLIVEIRA; CAMPOS, 2005). Os sujeitos selecionam os aspectos expressáveis da representação de determinados objetos e apresentam aquilo que imaginam ser a uma boa resposta. Exatamente, nessas situações existem duas facetas da representação: uma verbalizada e uma parte não verbalizada pelos sujeitos, a qual consistiria em uma zona muda das representações sociais. É importante ressaltar que ela não consiste na parte inconsciente das representações. Ela integra a consciência dos indivíduos, entretanto não pode ser expressa por eles (ABRIC, 2005).

As representações dão significado à vida e se manifestam na forma e jeito de ser do indivíduo, nos gestos, nas comunicações, nas formas de pensar, nas relações entre pessoas em que um exerce influência sobre o outro. Conforme Moscovici, as representações sociais circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente, por meio duma palavra, dum gesto, ou duma reunião em nosso mundo cotidiano (MOSCOVICI, 2005).

A saúde é um enorme campo para o estudo das RS. Ao considerar que as RS não se formam como conceitos isolados, mas articulados em rede e interdependentes. Presume-se que as representações em saúde e doença interagem para determinar concepções específicas de necessidades humanas e de saúde (OLIVEIRA; CAMPOS, 2005).

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo integra o Projeto de Pesquisa “Tecnologias para avaliação do impacto de novas vacinas do Programa Nacional de Imunizações”. Foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo n.162.532 de 05/11/2012).

O estudo caracteriza-se como descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado a partir de pesquisa de campo, com utilização do referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais, viabilizada pela abordagem estrutural, teoria do núcleo central.

A escolha dos participantes, qual seja, pais ou responsáveis por crianças com idade entre 12 a 24 meses, foi devido ao fato dos mesmos serem os agentes sociais envolvidos com as ações de vacinação das crianças. Esta faixa etária foi determinada por ser a indicada para aplicação da vacina contra varicela.

Os critérios de inclusão foram: pais ou responsáveis residentes no município de Goiânia-GO; por crianças nesta faixa etária; que vacinaram contra varicela e tenham apresentado ou não efeitos adversos da vacina; manifestação de voluntariedade e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). Foram excluídos os que vivem fora do município de Goiânia; os acompanhantes da criança diferentes dos genitores ou responsáveis legais da mesma; dificuldade na comunicação verbal, mas não houve casos. Registra-se que ao longo do período não houve casos de desistência em participar do estudo.

A pesquisa aconteceu em duas fases, uma primeira com aplicação de questionário de evocação (APÊNDICE B) para os 111 participantes, e a outra, com aplicação da entrevista semiestruturada (APÊNDICE C) para 10 participantes escolhidos por meio de sorteio, onde separamos em dois grupos, aqueles que vacinaram e os que não vacinaram a criança e de forma aleatória escolhemos cinco de cada. Os participantes foram localizados a partir de informações geradas pelas Estratégias Saúde da Família (ESF) do município de Goiânia, onde os mesmos levaram a criança para atendimento com suspeita de alguma doença, os que estavam com suspeita de varicela, foram os escolhidos para participarem do estudo.

A equipe de saúde destas unidades nos contatou e apresentou a relação dessas crianças.

Na primeira visita na residência do participante, foi colhido material para confirmação da doença da varicela, e obtivemos casos de crianças com a doença, com suspeita e sadia. No segundo momento, antes da coleta de dados propriamente dita buscou-se agendamento (data, local e horário) para aplicação do questionário, as entrevistas ocorreram em suas residências, nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2014, sempre no agendamento possível para ambos os casos.

O instrumento para coleta de dados foi preparado com 17 questões, permitiu-me coletar evocações livres sobre um tema indutor, no caso, aplicação de vacina contra varicela no seu filho, e também o que outras mães pensam acerca da aplicação de vacina contra varicela no seu filho, questionamentos referentes às justificativas para a emissão das duas primeiras evocações e também quanto aos aspectos facilitadores e dificultadores para a vacinação contra varicela no seu filho, influência recebida para a decisão de vacinar ou não a criança, além de conhecimento sobre medidas preventivas para as doenças contagiosas. As palavras e justificativas foram apresentadas nos seus respectivos quadros e tabelas com ordem decrescente, do número de citações e explicações.

Uma parcela dos participantes da primeira fase, no caso 10 pessoas participaram da entrevista semiestruturada. Esta segunda etapa foi programada com a finalidade de apresentar informações já obtidas, para a confirmação das mesmas, o questionário foi elaborado a partir das informações obtidas no questionário. Houve contato prévio com o participante sorteado, alguns negaram participar desta etapa, neste caso, foi realizado outro sorteio, até confirmação, ocorrendo o agendamento (data, local e hora). As entrevistas aconteceram no mês de dezembro de 2014, foram gravadas com o conhecimento e anuência do participante, a transcrição das informações fornecidas foi feita na íntegra, e todo o material lido repetidas vezes para se obter a apreensão da essência contida nas falas, o que possibilitou o processo de análise dos dados. Foi preservada a identificação dos participantes, pela substituição de seus nomes por flores escolhidas devido à admiração da pesquisadora pela beleza e perfume das mesmas. A seguir ao registro da espécie

da flor, aparecem às letras V ou NV, respectivamente se vacinou ou não vacinou sua criança.

Quanto a análise das duas questões de evocação estas foram processadas no *software* EVOC após preparação dos bancos de dados. Antes as respostas às distintas questões de evocação foram agrupadas conforme a similaridade semântica das palavras ou expressões obtidas. Assim, cada termo indutor semelhante foi agrupado, o que resultou num dicionário próprio. Isso propiciou à identificação dos elementos da representação social, com a distribuição dos mesmos em quadros de quatro casas e, com isso, a determinação daqueles que se constituem no conjunto como centrais ou periféricos para cada um dos temas indutores (SÁ, 2002; CAMPOS, 2003; SÁ, 2003).

Para cada palavra do banco, o *software* calcula e informa a frequência simples da ocorrência de cada palavra com base na ordem de evocação e a média das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados. A partir desse valor de corte se constrói o chamado quadro de quatro casas ou distribuição em quatro quadrantes (Figura 1), por meio do qual se discriminam os que possivelmente constituem o núcleo central e os elementos periféricos (OLIVEIRA; MARQUES; GOMES et al., 2005).

Figura 1 – Modelo de Análise das Evocações por meio do Quadro de Quatro Casas.



O programa organiza as palavras produzidas, mediante a verificação de frequência e a ordem de evocação (OLIVEIRA; COSTA, 2007). Este programa permite quantificar as palavras evocadas, com informação das frequências simples, intermediária e o *rang* (ordem média de evocação), dados necessários para a construção do quadro de quatro casas. É importante ressaltar que quanto menor o *rang* obtido pela palavra, mais prontamente foi evocada, o que quer dizer, conforme a localização da palavra ou expressão evocada se revela a importância atribuída pelos sujeitos.

No quadrante superior esquerdo (QSE), ficam situados os elementos mais significativos para os integrantes do grupo e que constituem, provavelmente, o núcleo central da representação estudada. Neste, encontram-se as evocações mais frequentes e que aparecem, em média, nas primeiras posições (menor *rang*). As palavras aí localizadas são conhecidas como palavras salientes. Esse quadrante corresponde ao local onde aparecem os supostos elementos centrais da representação, considerados os mais importantes, estáveis e resistentes a mudanças. É pertinente ressaltar que nem todos os elementos presentes no quadrante superior esquerdo sejam necessariamente centrais.

Na primeira periferia, quadrante superior direito (QSD) se localiza os elementos mais importantes da periferia (aqueles com maior frequência e *rang*). No quadrante inferior esquerdo (QIE) encontram-se os elementos que foram citados com uma frequência baixa, porém evocados primeiramente (considerados elementos de contraste). Nos quadrantes, superior direito e inferior esquerdo, os elementos se apresentam com alta frequência, associados a uma ordem média de aparecimento nas últimas posições ou baixa frequência associada a uma ordem média de aparecimento nas primeiras posições. Por fim, no quadrante inferior direito (QID) aparecem elementos localizados na segunda periferia, ou quarto quadrante, aparecem os elementos típicos de periferia, ou de baixa frequência (menor frequência) e sempre evocados nas últimas posições, assim possuem maior *rang* (SÁ, 2002).

As respostas obtidas aos demais questionamentos foram transcritas na íntegra. Inicialmente foram criados dois bancos de dados, um com as respostas de pais e responsáveis por crianças que foram vacinadas e o outro integrado por

aqueles que não vacinaram suas crianças. O conteúdo das entrevistas passou por leituras sucessivas e exaustivas, até a decomposição de cada fala, com vistas à identificação e agrupamento das ideias semelhantes e recorrentes. No decorrer das leituras, foi possível verificar que no conjunto, independente do grupo, se criança vacinada ou não, as informações obtidas variavam em dois únicos contextos. Com isso emergiram duas categorias de análise, a saber, o cuidado revelado sob diferentes perspectivas e múltiplos motivos para vacinar ou não a criança.

6 RESULTADOS

Integraram o estudo um total de 111 participantes, dos quais, pais e responsáveis por crianças de 12 a 24 meses, cujas características socioculturais encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas de pais e responsáveis por crianças de 12 a 24 meses. Goiânia, 2014

Características	freq (N)	fr %
Sexo		
Feminino	95	85,59
Masculino	16	14,41
Total	111	100,00
Idade		
≥ 15 ≤ 25	69	62,16
≥ 26 ≤ 35	13	11,71
≥ 36 ≤ 45	11	9,91
≥ 46 ≤ 55	18	16,22
Total	111	100,00
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	3	2,70
Ensino Fundamental completo	7	6,31
Ensino Médio incompleto	66	59,46
Ensino Médio completo	23	20,72
Ensino Superior Incompleto	5	4,50
Ensino Superior Completo	7	6,31
Total	111	100,00
Grau de parentesco		
Mãe	77	69,37
Avó	18	16,22
Pai	16	14,41
Total	111	100,00

Legenda: freq: frequência; fr %: frequência relativa.

A maioria dos participantes é do sexo feminino, com idade entre 15 a 25 anos e escolaridade até o ensino médio incompleto, e grau de parentesco indicado como mãe da criança.

A tabela 2 apresenta a distribuição dos participantes quanto a concordância ou não em vacinar o filho contra varicela.

Tabela 2 – Distribuição dos pais ou responsáveis segundo a escala de concordância ou discordância com a vacinação contra varicela para crianças de 12 a 24 meses. Goiânia, 2014

Características	freq (N)	fr %
Sobre vacinação contra varicela		
Totalmente de acordo	45	40,54
Concordo	54	48,65
Neutro	10	9,01
Desacordo	2	1,80
Totalmente desacordo	0	0
Total	111	100,00

Legenda: freq: frequência; fr %: frequência relativa

Dentre os 111 participantes, a maioria concorda em vacinar a criança contra varicela, com uma parcela mínima em desacordo com a vacinação. O perfil das crianças de 12 a 24 meses, apresentado pelos pais e responsáveis, participantes do estudo está na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição do perfil de crianças de 12 a 24 meses, apresentado pelos pais e responsáveis participantes do estudo sobre vacinação contra a varicela. Goiânia, 2014

Perfil de crianças	freq (N)	fr %
Idade da criança		
≥12 ≤ 15 meses	4	3,61
≥15 ≤ 18 meses	30	27,02
≥18 ≤ 24 meses	77	69,37
Total	111	100,0
Sexo da criança		
Feminino	58	52,25
Masculino	53	47,75
Total	111	100,00
Criança em relação a doença		
Com suspeita de varicela	60	54,05
Com varicela	30	27,03
Sadio	21	18,92
Total	111	100,00
Estado vacinal da criança		
Vacinados	76	68,47
Não vacinados	35	31,53
Total	111	100,00

Legenda:freq: frequência; fr %: frequência relativa

Conforme se verifica na tabela 3, a maioria das crianças tem idade entre 18 e 24 meses, com predomínio do sexo feminino, com suspeita de varicela, e vacinadas.

As palavras ou expressões emitidas à expressão aplicação de vacina contra varicela no seu filho estão apresentadas no quadro de quatro casas (Quadro1).

Quadro1 – Evocações emitidas por pais ou responsáveis por crianças de 12 a 24 meses a respeito da “aplicação de vacina contra varicela no seu filho”

Elementos Centrais <i>f</i> ≥ 10 <i>rang</i> < 1,8			Elementos 1ª Periferia <i>f</i> ≥ 10 <i>rang</i> < 1,8		
Importante	29	1,793	Proteção	35	1,914
Imunidade	25	1,400	Necessário	19	2,000
Dor	12	1,583	Segurança	19	1,842
			Cuidado	15	1,800
			Febre	14	1,857
			Sofrimento	13	2,077
			Medo	12	1,833
			Bom	11	1,909
Elementos de Contraste <i>f</i> ≥ 10 <i>rang</i> < 1,8			Elementos 2ª Periferia <i>f</i> ≥ 10 <i>rang</i> < 1,8		
Evitar-doença	9	1,556	Bem	6	2,000
Preocupação	8	1,625	Melhorar	6	2,000
Eficácia	5	1,200	Saúde	6	2,167
			Salvar	5	2,000

Número total de palavras diferentes: 117

Número total de evocações: 385

Média Geral dos *rangs*: 1,8

Média de resposta por sujeito: 3,4

Número total de sujeitos: 111

O quadro 1 mostra a distribuição das evocações conforme foram citadas pelos participantes. Tem destaque os signos importante, imunidade e dor, uma vez que integram o núcleo central, as que foram ditas como primeira resposta a questão.

As palavras proteção, necessário, segurança, cuidado, febre, sofrimento, medo e bom, presentes no QSD são os elementos de primeira periferia, os elementos de contraste evitar-doença, preocupação e eficácia, são as palavras ditas poucas vezes, mas evocadas primeiramente, presentes no QIE. Os signos bem,

melhorar, saúde e salvar, presentes no QID, são os elementos de segunda periferia, ditas com menor frequência.

Os participantes foram solicitados a apresentar justificativas para as duas primeiras evocações emitidas, cujas principais para os 3 integrantes do QSE estão apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 – Justificativas para as evocações importante, imunidade e dor, presentes no quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas

Evocação	Justificativa
Importante	<p>É importante para evitar algumas doenças. Para não ficar doente e melhorar a saúde, acho importante vacinar Porque é muito importante ter a vacina em dia, eu sei o quanto tomar a vacina é importante. A vacina é um meio de prevenir, importantíssimo.</p>
Imunidade	<p>Fica mais difícil de pegar o vírus, ele vacinado fica imune à catapora. Para criar anticorpos e combater a doença. Vacino sempre meus filhos e eles não ficam doentes. Se vacinar pode dar a doença, mas em proporção menor, por causa da imunidade. Vacinando evita dar outra vez a catapora. Se não vacinar causa morte, porque conheço muitas crianças que morreram com esta doença por falta de imunidade.</p>
Dor	<p>Fica enjoadinho, porque é no corinho da pele, então dói muito. As crianças choram muito, porque dói mesmo. Tinha que ser gotinha, porque a picada dói. Não gosto de vacina, não gosto de ver ele com dor, chorando.</p>

Nas justificativas para as evocações, os participantes apresentam explicações às primeiras palavras emitidas, as quais reforçam a ideia primeira de que a vacina é importante, em razão da imunidade que confere, apesar da dor.

Na questão de zona muda, a qual responde em nome de terceiro, sobre a aplicação de vacina contra varicela no seu filho, as palavras estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3: Evocações emitidas pelos pais ou responsáveis por crianças de 12 a 24 meses sobre o que outras mães pensam sobre a expressão “aplicação de vacina contra varicela no seu filho”

Elementos Centrais <i>f</i> ≥ 12 <i>rang</i> < 2,0			Elementos 1ª Periferia <i>f</i> ≥ 12 <i>rang</i> < 2,0		
Importante	43	1,930	Salvar	31	2,097
Cuidado	32	1,750	Proteção	22	2,045
Prevenção	23	1,870	Imunidade	21	2,333
Dor	19	1,789	Bom	16	2,188
Falta-informação	17	1,647	Medo-reação-vacina	13	2,000
Evita-morte	13	1,923	Disponibilidade	12	2,167
			Preocupação	12	2,083
Elementos de Contraste <i>f</i> ≥ 12 <i>rang</i> < 2,0			Elementos 2ª Periferia <i>f</i> ≥ 12 <i>rang</i> < 2,0		
Falta-tempo	9	1,778	Bem	8	2,000

Número total de palavras diferentes: 83
 Número total de evocações: 427
 Média Geral dos *rangs*: 2,0
 Média de resposta por sujeito: 3,8
 Número total de sujeitos: 111

O quadro 3 mostra que as palavras emitidas têm distribuição relativamente semelhante ao do quadro 1, ditas em nome próprio. A diferença básica é a inclusão da evocação falta-informação, que foi dita, quando se referiam a terceira pessoa.

As palavras salvar, proteção, imunidade, bom, medo-reação-vacina, disponibilidade e preocupação presentes no QSD, formam os elementos da primeira periferia. A palavra do QIE falta-tempo, é considerada elemento de contraste. A palavra bem, presente no QID constitui o elemento da segunda periferia.

Para a questão de zona muda, os participantes também foram solicitados a apresentar as justificativas para as evocações. No quadro 4 encontram-se os 6 prováveis elementos do núcleo central.

Quadro 4 - Justificativas para as evocações importante, cuidado, prevenção, dor, falta-informação e evita-morte, presentes no quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas

Evocação	Justificativa
Importante	É importante vacinar para proteger as crianças. Pensamno bem estar do filho, ele fica saudável. Elas acham importante vacinar, porque não fica doente. Porque nenhuma mãe quer que o filho vá para o hospital. Toda mãe quer ver seu filho preservado, sem consequência na vida.
Cuidado	Tem que vacinar, porque precisa cuidar dos filhos. Elas querem o melhor para seus filhos, toda mãe tem possibilidade de levar seu filho para vacinar.
Prevenção	Prevenir é melhor que remediar, toda mãe quer livrar o filho da doença. Pensam na prevenção e zelam pelo filho. Vacinar para proteger as crianças, para não morrer, ou ficar com problemas por causa da doença, não ficar doente e ir pro hospital. Nenhuma mãe quer ver o filho mal
Dor	Tem gente que não gosta de vacinar, não gostam de ver o filho sofrer, para não fica chorando. Porque a criança chora demais, não gostam da furada, da febre. Causa uma febre horrorosa e dor, mas vacinam. Não gostam da reação da vacina.
Falta-informação	Os pais são despreocupados, não gostam de vacinar, porque é melhor dar catapora quando criança, porque em adulto é pior. Não vacinam porque essa doença não mata ninguém. Está faltando informação, muitas mães não sabem nada da vacina, nem que ela existe.
Evita morte	A vacina evita de dar a doença e assim a criança não corre risco de morrer. Evita as complicações da doença. Tem mãe que tem medo do filho morrer até com a vacina, mas se vacinar é que não morre.

Como justificativa para as evocações importante, cuidado, prevenção, dor, falta-informação e evita-morte, aparecem referência à eficácia da vacina. Em geral, associam o fato da vacina, levar a imunidade.

As respostas apresentadas pelos pais e responsáveis por crianças de 12 a 24 meses, a respeito dos cuidados necessários para evitar doença infectocontagiosa, estão no quadro 5.

Quadro 5 – Cuidados e justificativas relacionadas pelos participantes que considerou importantes para evitar doenças infectocontagiosas

Cuidado	Justificativa
Higiene	A Melhor forma de prevenir mesmo é a higiene. Cuido mesmo, por causa dos micróbios, por causa das coisas contagiosas, temos sempre que ter higiene com o corpo e a casa, a sujeira dá até nojo. Cuidado com os alimentos, da casa e do corpo.
Não ficar próximo de doentes	Criança não pode ficar perto de doentes, ninguém pode, faz muito mal. Devemos evitar contato com pessoas doentes, para não adoecer.

Alimentação saudável	Devemos comer bem, comer comida saudável importante. A alimentação saudável é fundamental, comer frutas e verduras, dá imunidade.
Evitar ar contaminado	O ar é muito contaminado e isso adocece a gente. Devemos respirar ar puro, a poluição está cada vez pior e isso adocece criança demais.
Vacina	Vacinação tem que ser em dia, evita muita doença. A vacina ajuda muito, para evitar doença na criança da gente.
Não deixar a criança onde tem muita gente	Ficar muito próximo dos outros é perigoso, porque não tem imunidade. Lugar onde tem muita gente é perigoso demais, se sair muito a noite com criança ela adocece mesmo.
Evitar molhar a cabeça no frio	Não podemos lavar a cabeça na água fria, toda vez que minha filha faz isso ela tem dor de ouvido. Temos que evitar, porque fica gripado, faz muito mal.
Evitar gelado	Bebida gelada faz mal, não faz bem nem no frio, nem no calor. Devemos evitar beber qualquer tipo de bebida gelada, ainda mais criança.
Consulta médica	Temos que sempre ir ao médico. Ir no médico é bom para prevenir doenças.

Nas respostas apresentadas para os cuidados que evitam doenças infectocontagiosas, temos com maior frequência a palavra higiene, logo em seguida a expressão não ficar próximo de doentes, e em seguida, a alimentação saudável, assim de forma decrescente, as palavras ou expressões: evitar ar contaminado, vacina, não deixar a criança onde tem muita gente, evitar molhara a cabeça no frio, evitar gelado e a consulta médica.

Respostas apresentadas pelos participantes, sobre se a criança vacinou ou não contra a varicela e também a influência recebida para a decisão, encontram-se no quadro 6.

Quadro 6 – Quantitativo de participantes quanto à vacinação ou não da criança contra varicela e a influência para adoção dessa prática

Resposta	Participantes	Influência
Sim	76	Ninguém me influenciou é porque acho certo. Sempre levo para vacinar, porque preocupo com a saúde do meu filho, porque não gosto de ver meu filho doente, tenho medo dele morrer. A vacina é sempre em dias, todas que precisa tomar eu dou, ele toma todas. Tenho esse cuidado, levo mesmo, mesmo sendo difícil porque trabalho, mas vacino sempre que precisa. Acho importantíssimo, porque sei da importância, da imunidade.
Não	35	Porque já teve catapora, então não precisa? Nunca precisou, porque isso agora. Porque tava doente, com febre. Não tinha vacina, estava em falta. Não recebi nenhuma influência eu mesmo que não levei para vacinar, não tive tempo.

Dentre os 111 participantes do estudo, 76 vacinaram suas crianças contra a varicela. Por vários motivos como, preocupação com a saúde do filho, não gostam de vê-los doentes, medo de contraírem a doença e morrerem, mesmo com algumas dificuldades, dão um jeito e levam as crianças, são conscientes da importância da vacina, da imunidade adquirida através da prática.

Dos participantes, 35 não vacinaram e citam como influência a esta decisão algumas afirmativas como: a criança estava doente, porque já tiveram catapora aí não precisa, não existia esta vacina, e questionam o porquê desta vacina, não sabiam da existência da vacina na rede pública de saúde, estavam sem cartões de vacinas das crianças, distância da unidade de saúde e a falta de tempo.

As respostas relatadas pelos participantes, sobre as facilidades e dificuldades sobre vacinação da sua criança, encontram-se no quadro 7.

Quadro 7 – Aspectos facilitadores e dificultares para a vacinação da criança contra varicela

Aspectos	Justificativa
Facilitadores	Acesso fácil a vacina. É de graça, não paga nada para vacinar. Tem na rede pública, pelo SUS
Dificultares	Choram muito, tenho muita dó. Medo de pegar a doença com a vacina. O posto é longe. Falta vacina no posto.

Dentre as facilidades, aparece o fato da vacina ser acessível à população e sua gratuidade. Relatam a dificuldade para a prática, o choro da criança e a dó, devido a isso bem como o medo de contraírem a doença com a vacina. Também há referência quanto à distância do posto a sua residência, a falta de tempo. Devido ao trabalho, falta de transporte e ausência de vacina.

Na segunda fase da pesquisa, as informações possibilitaram estabelecer duas categorias de análise, a saber, I - O cuidado revelado sob diferentes perspectivas e II – Vacinação sob múltiplas percepções: favoráveis à aplicação da vacina / determinantes para a não vacinação.

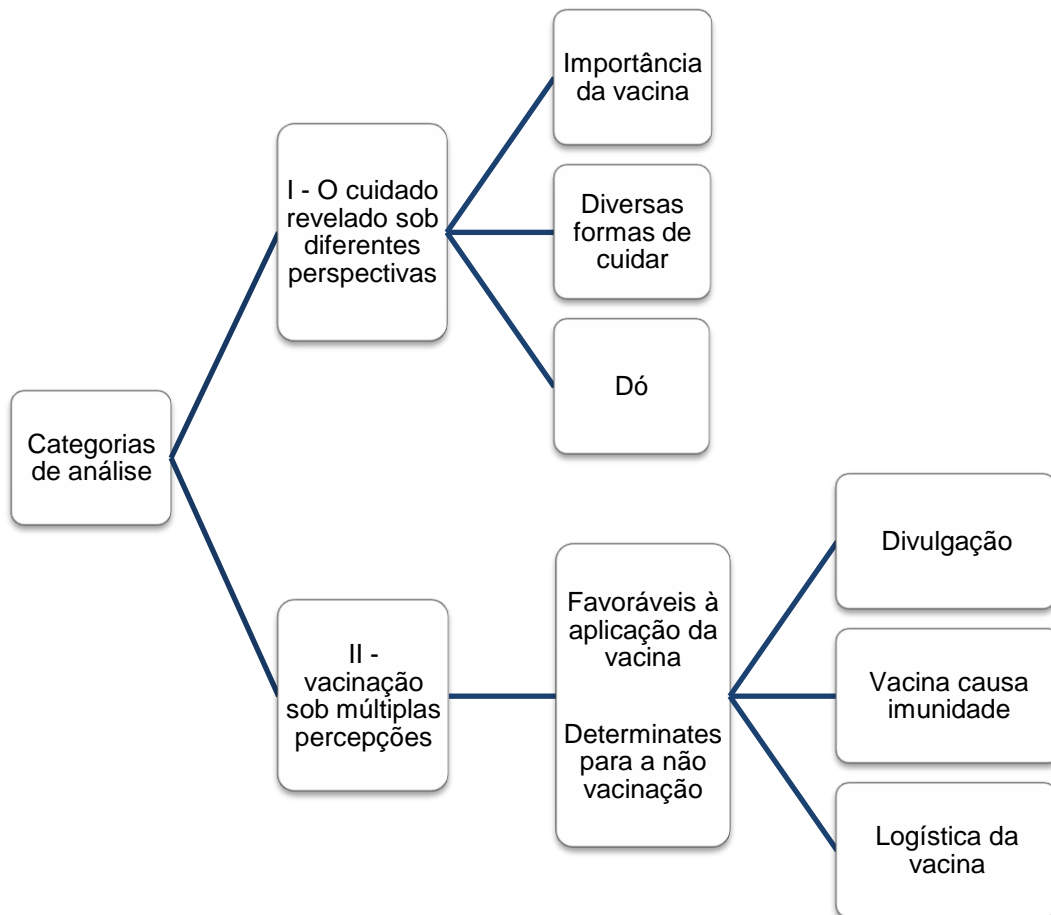


Figura 1 – Categoria de análise I: O cuidado revelado sob diferentes perspectivas e categoria de análise II: Vacinação sob múltiplas percepções: favoráveis à aplicação da vacina / determinantes para a não vacinação

A primeira categoria trata das diversas formas de se pensar o cuidado. No grupo variam as considerações que aparecem sobre a importância da vacina:

Conheço pessoas que ficaram doentes por não terem tomado a vacina, por causa disso, sei da importância! (Girassol-V)

Não acho a vacina tão importante, tem gente que nunca tomou e não teve nada. (Iris-NV)

É importantíssimo, fui vacinada e agora vacino meus filhos... (Rosa-V).

Concordo que é importante,..., mas prefiro evitar dar algumas vacinas, essa é uma delas. (Hortência-NV)

Reconheço a importância, deixa a criança imune a várias doenças. (Orquídea-V)

Essa vacina é muito nova, então é porque não é tão importante assim! (Lírio-NV)

... mas a vacina é importante...! (RosaV).

A vacina aparece incluída como uma dos muitos cuidados para com as crianças:

A vacina é um bem que faço para o meu filho... (Gérbera-V)

... eu vacino, dou banho, comida porque isso é amor... (Gérbera-V)

Eu concordo em vacinar, porque prevenir é um jeito de cuidar... (Orquídea-V).

A vacina é só mais uma forma de cuidar, dentre muitas outras ... (Jamim-NV)

Eu cuido dos meus filhos da melhor maneira que eu posso, tento fazer o melhor, mas considero a vacina, como a melhor forma... (Margarida-V)

Há diversas formas de cuidar do filho, acho todos importantes, mas a vacina é uma ótima maneira (Rosa-V)

Há diversas formas de cuidar do filho, acho todas necessárias. (Rosa-V)

Existem muitas formas de cuidar, realmente a vacina é uma delas,..., mas não considero a vacina a melhor forma de cuidar da criança. (Iris-NV)

Não tomar nada gelado, não molhar a cabeça no frio, evitar sair com a criança à noite, esse é um cuidado que considero mais importante que vacinar. (Lírio-NV)

Vacinar não é a melhor forma de cuidar, há muitas outras essenciais. (Cravo-NV)

O fato do imunobiológico causar dor no ato da aplicação, é focado com diferentes argumentações.

Tenho muita dó de dar vacina nos meus filhos, eles choram muito, mas não deixo de vacinar. (Orquídea-V)

... dói mesmo, tenho muita dó, mas vacino. (Rosa-V)

... mesmo ele chorando porque dói, não deixo de vacinar, tenho dó, mas vacino. (Gérbera-V)

Tenho muita dó por causa da dor. (Margarida V)

... tenho muita dó dos meus filhos, prefiro evitar de dar algumas vacinas ... (Hotência-NV)

Não gosto de levar meu filho para vacinar, ele chora muito, tenho muita dó. (Jasmim-NV)

Sei que a vacina é muito boa, previne doenças, mas como tenho muita dó da minha filha, achei melhor não dar essa. (Iris-NV)

... não gosto de ver ele chorando, e vacina dói mesmo. (Cravo-NV)

Na segunda categoria são apresentadas diferentes motivações para vacinar ou não sua criança. Referente às fontes de informação são mencionadas conforme a seguir:

A vacina é sempre divulgada, fico sabendo pela televisão e pelo pessoal do posto, isso nos dá mais confiança em vacinar o filho. (Rosa-V)

Sempre to informada, tenho uma vizinha que sempre me avisa, vejo televisão e fico atenta. (Margarida-V)

Não esqueço nunca, ... quando passa na televisão ou a enfermeira do postinho avisa, vou lá. (Girassol-V)

Vejo na televisão, e no cartão mesmo, porque ta marcada as vacinas que tem que tomar, mas não dei esta... (Iris-NV)

O pessoal do posto avisa muito lá no meu bairro, é que às vezes não dá pra levar mesmo, essa foi uma. (Jamim-NV)

Minha vizinha sempre ta no posto e me avisa... mas não acho tão necessário. (Cravo-NV)

Minha mãe é sempre preocupada, ta sempre me lembrando das vacinas, quando não posso ir, ela leva meus filhos. (Gérbera-V)

... são divulgadas pelo pessoal do postinho, mas não levei para vacinar ... (Lírio-NV)

A especificidade do agravo é apontada como determinante para a decisão de vacinar ou não a criança:

Já ouvi falar que a varicela não é perigosa, mas sou preocupada, tenho medo de complicar a saúde dos meus filhos, então vacino. (Girassol-V)

Muitos me falaram que esta doença não mata, dá só febre... aí não vacinei. (Jasmim-NV)

... a varicela não é perigosa e nem mata ninguém, mas vacino pra não pegar, complicar a saúde dele e ficar doente é muito ruim. (Orquídea-V)

... esta doença não é perigosa mesmo, então não vacino. (Lírio-NV)

Conheço gente que fala que a doença não é perigosa, mas vacino... depois pega a doença e complica a saúde dos meus filhos. (Rosa-V)

Já vi muitas crianças com varicela e nenhuma morreu, nem ficou muito doente, se tiver consequência perigosa o povo nem sabe..., então não levei pra vacinar. (Cravo-NV)

A gestão de meios e materiais da vacina contra varicela foi apontada:

Ter a vacina pelo SUS é ótimo, a gente não paga nada, todos tem acesso. (Rosa-V)

Fui no posto muitas vezes e tava faltando, até que desisti, é muito bom não pagar pela vacina, mas ta sempre em falta, o que adianta. (Jasmim-NV)

Não dá pra perder, porque a vacina é muito cara, não tenho condições de pagar, agora sendo pelo SUS ficou bom. (Margarida-V)

... é muito bom essa vacina ser de graça, porque ela é cara demais, mas não deu para levar. (Cravo-NV)

Antes esta vacina era paga, tenho outro filho que não vacinou, mas esse agora eu vacinei, porque é de graça, fui no posto e tava faltando, aí fiquei indo até encontrar. (Girassol-V)

A falta da vacina acontece demais, mas sempre chega, o problema é que a gente não tem tempo de ficar indo lá, sempre que saio do trabalho o posto ta fechado. (Lírio-NV)

... as vezes falta vacina, isso atrapalha muito, principalmente para quem trabalha fora, mas dou sempre um jeitinho, não deixo de vacinar minha filha. (Orquídea-V)

O bom é que todos tem acesso, tem pelo SUS, mas falta muita vacina, nem sempre tem... (Hortência-NV)

Por fim, uma participante sugere alternativa para diminuir o número de crianças não vacinadas:

Acho que o pessoal do posto deveria ir na creche vacinar os filhos das mães que trabalham fora, porque aí não teria criança sem vacina. (Orquídea-V)

7 DISCUSSÃO

Integram a maioria dos participantes, pessoas do sexo feminino, destacados em dois grupos principais, um de mães e outro de avós. Quanto à faixa, também se destacam dois, o primeiro de quinze a vinte e cinco e o outro de quarenta e seis a cinquenta e cinco anos de idade, respectivamente mães e avós. Referente ao grau de escolaridade destaca-se aquelas que apresentam ensino médio incompleto. Tradicionalmente, em geral, os cuidados relacionados à criança ficam sob a responsabilidade das mulheres, mesmo com a evolução, que as levou a trabalhar fora de casa, ainda há este paradigma, conforme evidenciado neste e em outros estudos(MONTRONI; RONI, KAZUMI et al., 2013; SANTOS; DINIZ, 2011; GUEDES, 2010).

O cuidado representa uma atitude de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Nessa compreensão, era evidenciado como uma atitude materna, ou seja, elas como principais cuidadoras dos filhos. Há sempre uma maior disposição feminina ao ato de cuidar, principalmente relacionada aos filhos (SANTOS, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que os cuidados, em seus aspectos biológicos, sociais e emocionais, dispensados as crianças, por mães ou cuidadoras, se constituem em elementos que compõem o modelo conceitual utilizado na determinação de melhoria da qualidade de vida deste público (SOARES; COELHO, 2008). Cairo e Sant'Anna (2014), afirmam que as mães e/ou cuidadoras ocupam lugar de destaque em relação à assistência oferecida as crianças. Em geral, na família é a mãe quem mais precisa fazer adaptações em sua rotina, além de assumir maior responsabilidade pelos cuidados aos filhos.

O aumento da mão de obra feminina no mercado de trabalho levou as mulheres a se ausentarem de casa. Com isso, os cuidados domésticos, inclusive dos filhos, foram designados a outros, mas ainda sob assistência de pessoas do sexo feminino. Em muitos casos, devido aos novos modelos de estrutura familiar, muitas deixam seus filhos sob os cuidados das avós, outros membros da família e até mesmo em creches (BILAC, 2014; RAMOS; AGUAS; FURTADO, 2011).Entretanto, essa tarefa não fica abandonada por elas, uma vez que acontece em horários alternativos, fora da jornada de trabalho.

Dentre os cuidados dispensados a criança, é de suma importância a prática de vacinar, pois confere imunidade, conseqüentemente diminui o risco de adoecer. Segundo Queiroz, Monteiro e Mochel et al. (2013), a cobertura vacinal na primeira infância é um importante indicador de qualidade da atenção à saúde da criança, dando a ela possibilidades de não adoecer, ou não apresentar um quadro grave da doença. Neste estudo, a quase totalidade dos participantes concorda com a vacinação contra a varicela, e efetivamente vacinou sua criança.

Daqueles cujos filhos não estavam vacinados à época da pesquisa, muitos deles referem concordância com a vacina, e justificam a não adesão por outras razões. Verifica-se que, conforme a idade, todas as crianças poderiam ter sido vacinadas, isso considerando a recomendação da OMS e da SBI, em que a vacina está disponível desde o ano de 2000. No âmbito do SUS, uma minoria ainda não apresentava condições de ser vacinadas, pois o imunobiológico está disponível para crianças de quinze a vinte quatro meses de idade (BRASIL, 2012; VALENTIN; SATORI; SOÁREZ et al., 2008).

Referente às evocações acerca de vacinar o filho contra a varicela, no núcleo central, quadrante superior esquerdo (Quadro 1) aparecem três elementos, os quais podem ser divididos em dois eixos. Dois se referem a aspectos positivos decorrentes da adoção dessa prática e o terceiro faz alusão à implicação física imediata resultante da aplicação da vacina.

As palavras que organizaram o primeiro são importantes e imunidade. O significado das mesmas pode ser considerado como elemento favorável à prática da vacinação. A prática de vacinar auxilia na obtenção de melhores condições de saúde, o que reduz a possibilidade de agravos imunopreveníveis (BRASIL, 2013). A cobertura vacinal da população infantil é um dos indicadores de qualidade da atenção dispensada à saúde das mesmas (QUEIROZ; MONTEIRO; MOCHEL et al., 2013; BRITO, 2011; BRASIL, 2010; FRANÇA; SIMPLÍCIO; ALVES et al., 2009). Acredita-se que tal fato, aplicação da vacina, proporciona tranquilidade aos pais e ou responsáveis pelas crianças. As evocações importante e imunidade são fortemente sustentadas por signos presentes nos demais quadrantes, o que reforça no grupo estudado que há conhecimento sobre a proteção que a vacina confere à criança.

As demais palavras evocadas positivas à vacinação, e que reforçam as presentes no núcleo central, estão ancoradas nos signos evitar-doença, eficácia, bem, melhorar, saúde e salvar. Isso equivale dizer que a vacina para a criança é necessária para seu bem-estar e isso é bom para ela, pois a impede de adoecer e conseqüentemente a livra das sequelas advindas da doença (GARRIDO; FERREIRA, 2012; ANJOS; FERREIRA; ARRUDA et al., 2009).

O outro eixo da representação é sustentado pela palavra dor, uma vez que, neste caso, a vacina é administrada por via injetável, o que agrega um possível valor negativo. A dor é um fato que pode dificultar adesão à vacinação pelos pais e responsáveis, visto que pode gerar algum desconforto à criança. Todo procedimento que envolve a administração de imunobiológico, independente da via de aplicação, pode desencadear eventos adversos, a depender de diversos fatores (BRASIL, 2012; BRASIL, 2001). Segundo o PNI, dor é um evento temporal associado à administração das vacinas injetáveis e se classifica entre os eventos adversos leves, para os quais há orientação na sala de vacinação, sobre os cuidados essenciais para diminuir este desconforto (BRASIL, 2012; BRASIL, 2001). Outras evocações no quadro I que sustentam o eixo são febre, sofrimento e medo, todas decorrentes da aplicação da vacina (BRASIL, 2012). Segundo Santos, Creutzberg, Cardoso et al., (2009) estudos sobre a percepção e representação dos sintomas após a vacinação podem esclarecer parte dos motivos de baixas coberturas vacinais e contribuir para intervenções educativas mais específicas.

As evocações potencialmente negativas podem ser compreendidas, pois representam temor dos eventos adversos causados pela vacina, os quais são informados aos pais no momento da sua aplicação (KAWATA; MISHIMA; CHIRELLI et al., 2013; BRASIL, 2012). Deve-se ter atenção voltada para a possível ocorrência de evento adverso, pois esse é o maior temor dos pais, querem evitar este sofrimento para os filhos. É preconizado pelo programa de imunizações, através da vigilância epidemiológica dos eventos adversos pós vacinação, que antes de administrar a vacina, a enfermagem, o profissional que realiza este procedimento nas unidades de saúde, deve colher dados referentes ao estado geral da pessoa que irá vacinar, como também, informar sobre a vacina que será administrada, assim como, orientar o procedimento a ser adotado diante da ocorrência de eventos adversos (BRASIL, 2010). Vale destacar a preocupação referente “as reações da

vacina” principalmente com a febre que os pais relatam, quando levam o filho para vacinar, pois esta ocorrência em muitos casos os impede de cumprir o calendário vacinal do filho, deixando a caderneta incompleta. Segundo Santos, Creutzberg, Cardoso et al. (2009) estudos sobre percepção e representação dos sintomas após a vacinação podem esclarecer parte dos motivos de baixas coberturas vacinais e contribuir para intervenções educativas mais específicas. Há décadas são realizadas atividades educativas para a população, e inclusive sobre comunicação assertiva para profissionais que atuam nas salas de vacina, para que possam esclarecer dúvidas e informar melhor sobre o imunobiológico e, conseqüentemente, futuros eventos adversos (BRASIL, 2010).

É necessário que os relatos sejam apreciados numa perspectiva adequada, como instrumento de busca de qualidade dos serviços de imunização. Nenhuma vacina está livre totalmente de provocar eventos adversos, porém os riscos de complicações graves causados pelas vacinas do calendário de imunizações são muito menores do que os das doenças contra as quais elas protegem (BRASIL, 2010). Observa-se que os pais são mais convictos quanto à prática de vacinação, o que tem aumentado sua adesão, mas apesar disso ainda existem barreiras. Dentre as dificuldades mais relatadas que evitam levar as crianças para receberem a vacina, aparecem com destaque questões como medo e insegurança, além de mitos e tabus (PALMEIRA, 2012; PUGLIESI; TURA; ANDREASSI, 2010). Nesse sentido, mesmo que a ciência explique praticamente todo o processo saúde e doença, a experiência social sobre o fenômeno da doença, pode ser considerada como fator determinante nos mecanismos humanos para tomada de decisão, no caso, vacinação ou não do filho (PEREIRA; MARTINS; BARBOSA et al., 2013; MAGNANI; OLIVEIRA; GONTIJO, 2007).

As evocações acerca do mesmo objeto, mas ditas em nome de terceiro, reafirmam aquelas declaradas em seu nome e acrescentam a expressão falta informação. Uma possível explicação é o fato dos integrantes do estudo não se sentirem à vontade para declarar em seu nome tal assertiva, uma vez que se constitui como contraditória aos outros elementos mencionados. Também, admitir a falta de informação acerca de prática considerada essencial no cuidado da criança, pode se revelar como negligência por parte dos mesmos. Mas esta é uma realidade da população em estudo e é importante ressaltar que estes fazem parte das

interpretações que cada um tem sobre sua realidade. Referente à comunicação social, no âmbito da saúde pública merece destaque as campanhas de vacinação. Elas foram instituídas para contribuir no alcance das metas traçadas pelo (OMS), contribui para a formação de conceitos e atitudes que podem favorecer um clima de aceitação, ou rejeição, de questões críticas. Além disso, a mídia é um amplo meio de divulgação (televisão, rádio e internet), tornando-se assim, um veículo de comunicação de fácil acesso para a população (PEREIRA; MARTINS; BARBOSA et al., 2013; LACERDA; MASTROIANNI; NOTO, 2010; CUNHA; CAMACHO; SANTOS et al., 2005). Também tem destaque o papel que os profissionais que atuam na saúde pública desempenham junto à população para a qual prestam atendimento, uma vez que participam diretamente na orientação dos cuidados em geral do indivíduo, inclusive das vacinas. Manter uma comunicação efetiva entre profissionais e usuários é de relevância, pois além de melhorar a interação entre ambos, repercute na confiabilidade, conseqüentemente na maior adesão aos serviços disponibilizados (CASTRO; PAIVA; CÉSAR, 2012).

Dentre as justificativas para a afirmação falta-informação, destaca-se o desconhecimento sobre a existência da vacina. No caso, a vacina contra a varicela por ser nova no Calendário Básico de Imunização, pode ser a causa para a emissão signo (BRASIL, 2012; PUGLIESI; TURA; ANDREASSI, 2010). A presença deste elemento reafirma a necessidade de ações educativas destinadas à população para sanar essa lacuna. Outra explicação mencionada foi o fato da varicela ser considerada pela população como doença benigna e sem maiores complicações para saúde da criança. Está é uma informação equivocada, pois a varicela tem diferentes manifestações complicações a depender da condição de saúde da criança. Na maioria dos casos, pode se manifestar como doença benigna, com leves sinais e sintomas, os quais regredem em cinco a sete dias (BRASIL, 2013; GARRIDO; FERREIRA, 2012). Em alguns casos, conforme as literaturas podem ocorrer inúmeras complicações graves em diversos sistemas do corpo, principalmente no respiratório e neurológico, dentre outros, as quais podem ser potencialmente fatais (DINLEYICI; KURUGOL; TUREL et al., 2012; BONNANI; BREUER; GERSON et al., 2009). A vacina para doenças consideradas benignas, como é o caso da varicela, se justifica pela incidência de casos, e possibilidade na instalação de complicações. Como já referido, a vacina é uma forma efetiva para

proteção de doenças imunopreveníveis, considerada como fator determinante na redução do coeficiente de mortalidade infantil (BRITO, 2011; BRASIL, 2010; FRANÇA; SIMPLÍCIO; ALVES et al., 2009).

Acerca dos cuidados que consideram importantes para a prevenção de doenças, os participantes afirmaram diversas maneiras de se evitar doenças infectoconagiosas. Dentre elas destacam o cuidado com a higiene, tanto pessoal, quanto com o consumo de alimentos a serem consumidos, até a possibilidade de evitar ar contaminado, manter assim a melhor qualidade de saúde. Para o grupo a melhor maneira e o cuidado mais eficaz é a higiene em geral, principalmente relacionada às práticas de limpeza dos alimentos, casa e do corpo. As práticas higiênicas refletem hábitos que se instituem como códigos socioculturais e as mudanças podem significar mais que a alteração de práticas comportamentais. Concepções sobre limpo e sujo, em geral, estão cercadas por símbolos que refletem saberes de uma cultura própria (MONTRONE; RONI; TAKAESU et al., 2013; MINNAERT; FREITAS, 2010). Os participantes citam a higiene como uma maneira simples e eficaz, na verdade uma das melhores formas para se evitar doenças infectocontagiosas, pois gera saúde e, conseqüentemente, evita doenças. Segundo Oliveira, Garcia e Sá (2003) higiene do corpo e do ambiente, incluindo os objetos, alimentos e práticas alimentares, promovem a saúde e previnem doenças.

No mesmo sentido, apresentam outras ações importantes para evitar doenças. Consideram que evitar a presença de crianças em aglomerado de pessoas seja uma alternativa para proteção, uma vez que pode diminuir o contato com doentes. Acredita-se que o afastamento de pessoas doentes ou locais com possibilidade da presença das mesmas, previne a contaminação por agentes causadores de doenças. O doente ou portador, quando fala, tosse ou espirra, dispersa agentes etiológicos de doenças de transmissão aérea, facilitando assim, o contágio (FELDMAN; BEREZI, 2005).

Outros cuidados apresentados para se evitar doenças nas crianças são referentes alternativas do senso comum. Não existe comprovação científica para justificar a adequação de que o fato de não molhar a cabeça no frio e evitar bebida gelada sejam medidas de prevenção contra doenças infectocontagiosas (SIQUEIRA; BARBOSA; BRASIL, 2006).

Outro cuidado relatado pelos participantes foi periodicidade a consultas médicas. Há confiança por parte dos pais que se levarem os filhos sempre ao médico não ficarão doentes, portanto, que seja uma forma de prevenção de doenças no segmento infantil. Considera-se, também, que as consultas pediátricas seja momento privilegiado para fortalecer pais e cuidadores, e assim contribuir para redução de insegurança que possam existir quanto à capacidade de cuidar da criança. Pode ser determinada como um processo social e político, não somente realizado por ações direcionadas ao fortalecimento de habilidades e capacidades individuais, mas como canal de comunicação que pode facilitar o resultado desejado (BALLESTER; ZUCCOLOTTO; GANNAM et al., 2010). Segundo Monteiro; Araújo; Ximenes et al., (2014) acompanhar a saúde da criança, é uma oportunidade do profissional de saúde analisar de forma integral seu desenvolvimento, com vista à ação de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A Prática da vacinação também foi citada como uma importante medida preventiva à instalação de doenças infectocontagiosas. Trata-se de cuidado fundamental a ser adotado para diminuir o risco de a criança adoecer. A vacinação é a medida preventiva de maior impacto na diminuição da ocorrência de infecção em qualquer faixa etária, principalmente na infância, porque propicia imunidade a inúmeras doenças (BRENOL; MOTA; CRUZ, 2013). No Brasil, por meio do PNI, a vacina contra diversas doenças infectocontagiosas é disponibilizada para a população (BRASIL, 2012; BRASIL, 2010; ANJOS; FERREIRA; ARRUDA et al., 2009).

Observa-se que a maioria dos participantes vacinou sua criança contra a varicela. Informam quanto à ausência de influência nessa tomada de decisão, mas sim o conhecimento quanto à importância de adesão à prática de imunização. Todo imunobiológico quando disponibilizado é cientificamente validado quanto a sua eficácia, segurança e relação custo-benefício, bem como dos aspectos éticos, sociais e psicológicos envolvidos neste contexto (LARANJEIRA; EIRIZ; SANTOS, 2014). No caso a vacina contra varicela, concluiu que a vacina tem um excelente perfil de segurança, com raros efeitos adversos, e que os benefícios conferidos compensam os potenciais riscos (GARRIDO; FERREIRA, 2012).

Dentre os participantes são poucos os que não aderiram à prática de aplicação de vacina contra varicela no filho. As justificativas apresentadas podem ser divididas em dois aspectos, um que aponta para a não gravidade da doença, e outro que apresenta alguma impossibilidade pontual. Reaparece a doença como sendo benigna, levando-os a não preocuparem tanto em imunizar o filho, a impossibilidade por estarem doentes e não poderem, e também muitos apresentam para justificar esta decisão, a falta de tempo, como um empecilho, mas acreditam na necessidade e na importância da mesma. Palmeira (2012) e Pugliesi, Tura e Andreassi (2010), há diversas alegações referidas pelos pais, para não vacinar sua criança, o fator da doença ser benigna e não gerar graves consequências para a criança, e inclusive a falta de tempo. Há também a impossibilidade caso a criança esteja doente, principalmente quando a mesma está em quadro febril (BRASIL, 2012).

Há diversos fatores que promove adesão à prática de vacinar. Dentre eles são citadas o acesso facilitado à vacina, a disponibilidade pela rede pública de saúde e a gratuidade da mesma. As três referências citadas favorecem a adoção da prática de vacinar contra varicela como medida factível à população, uma vez que desde 2013 faz parte do calendário de vacinação infantil e está presente nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012; BRITO, 2011).

As três questões, que aparecem como aspectos dificultadores para vacinação das crianças reveladas pelos pais e/ou cuidadores se configuram como tal em outros estudos. O primeiro deles está relacionado ao choro das crianças decorrente da aplicação da vacina. É comum na administração da vacina injetável, entretanto mobiliza nos pais e/ou cuidadores o sentimento de dó. Em muitos casos, isso incomoda os pais quando pensam em vacinar seus filhos (BRASIL, 2012; SANTOS; CREUTZBERG; CARDOSO et al., 2009; BRASIL, 2001).

Referente ao segundo fator aparece o medo quanto à possibilidade da aplicação do imunobiológico desencadear a doença na criança. Possivelmente sua existência se justifique em razão da cultura popular ou falta de informação sobre o assunto. Para Garrido e Ferreira (2012) a vacina da varicela é uma intervenção efetiva e segura, não só pela diminuição da incidência, mas também da morbimortalidade associada. O imunobiológico confere imunidade, e não traz

consequências maléficas à vida da criança. É possível que mesmo com a administração da vacina, a doença possa se manifestar, mas nesse caso raramente apresentam vesículas, conseqüentemente, com circulação reduzida do VVZ em comunidades com alta cobertura vacinal, dificulta a contaminação, visto que a transmissão do agravo está diretamente relacionada com o número de vesículas (BRASIL, 2013; GARRIDO; FERREIRA, 2012; BRICKS; SATO; OSELKA, 2006).

Quanto ao terceiro fator, este decorre da localização geográfica das unidades de saúde e, com isso, o acesso dificultado devido à distância. Nessa compreensão, a vacinação da criança fica prejudicada por um fator individual relativo à percepção de distância, que pode ser considerada, até certo ponto, aspecto subjetivo dos pais e/ou cuidadores, uma vez que segundo o modelo que adota a ESF, a distribuição geográfica de cada UBS é feita considerando-se a população adstrita, com o número máximo de quatro mil habitantes, sendo o ideal uma média de três mil por unidade (BRASIL, 2011). O acesso aos serviços de saúde pode ser determinado por diversas situações da população, que depende do estado físico, financeiro e social. A acessibilidade geográfica é vista como um fator dificultador considerando-se a distância da residência do usuário à unidade (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015). Segundo Corrêa, Ferreira e Cruz et al. (2011) toda instituição de saúde tem o compromisso de atender com qualidade e de forma resolutiva às necessidades de saúde do usuário, reconhecendo o acesso facilitado como um fator importante na adesão da população aos serviços que são oferecidos.

No segundo momento da pesquisa, em que foram deliberadas duas categorias de análise, estas reforçam o que foi obtido na primeira fase do estudo. Todos os itens enfocados na primeira e em parte da segunda categoria reafirmam aspectos anteriormente apresentados pelos participantes. O imunobiológico é visto pela maioria com um bem fundamental para a vida da criança, dando a ela melhor qualidade de vida, pelo menor risco de adoecer. A vacinação é um recurso preventivo de extrema importância e cuidado dispensado à criança, o que confere a ela, proteção a doenças imunopreveníveis. A redução dos agravos e conseqüentemente a redução da mortalidade infantil, é possibilitada por meio da vacina, é inquestionável a importância que a mesma tem na proteção à saúde e na prevenção de doenças imunopreveníveis, principalmente durante a infância

(OLIVEIRA; PEDROSA; MONTEIRO et al., 2010; SILVEIRA; SILVA; PERES et al., 2007).

A maioria considera como ação positiva essencial no cuidado dispensado ao infante, diversas outras formas, com destaque a higiene, estas já apresentadas anteriormente e embasadas em literaturas disponíveis. A higiene é fundamental para a vida saudável das crianças, quanto mais cedo elas se apropriarem dessas ações, terão menos chances de adoecer, é indispensável para a saúde. É preciso manter bons hábitos de higiene, principalmente com o próprio corpo, dentre outros (RENNOR; OJEDA; PEDRO, 2009). A aplicação da vacina ainda gera medo e insegurança, além do sentimento de dó devido ao choro das crianças. O imunobiológico pode desencadear leves eventos adversos. A dor é considerada um episódio temporal, associado à administração de vacina injetável, como é o caso da varicela, o que propicia este sentimento nos pais, pois as crianças apresentam choro ao recebê-la (BRASIL, 2011; BISETTO; CUBAS; MALUCELLI, 2011). Nas duas oportunidades, a logística relacionada à vacina também é tratada segundo os mesmos aspectos. O imunobiológico ao ser administrado na criança gera imunidade, o que a deixa com menor risco de adoecer, portanto, é essencial sua prática. No caso da vacina contra varicela, encontra-se disponível para todas as crianças, de quinze a vinte e quatro meses, gratuitamente nas unidades básicas de saúde (QUEIROZ; MONTEIRO; MOCHEL et al., 2013; GARRIDO; FERREIRA, 2012; BRASIL, 2013).

Na segunda categoria aparece como novo enfoque, aspectos relacionados às diversas formas de conhecimento acerca da vacina. Revelam que é obtido por meio de divulgação feita na televisão, rádio e *internet*. A imprensa contribui para a formação de conceitos, atitudes e expectativas sociais que podem favorecer um clima de aceitação ou rejeição por parte da população, sobre determinado assunto. No caso da vacina, as pessoas ficam sabendo principalmente sobre as campanhas. Quanto à inclusão de novo imunobiológico no calendário vacinal, é essencial que seja transmitida por profissionais de saúde durante consultas de rotina, bem como nas ações de educação em saúde (LACERDA; MASTROIANNI; NOTO, 2010; CUNHA; CAMACHO; SANTOS et al., 2005).

Os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde, também são referenciados como fonte de informação, presentes no acompanhamento à saúde da família. Atuam como importante meio de disseminação do conhecimento científico, além se constituírem em elo de ligação ente unidade e população. Segundo Roecker, Budó e Marcon (2012) é fundamental que os profissionais conheçam a realidade da população da sua área de abrangência, para que diante disso, desempenhem sua função de forma eficaz, e assim, não só informar, mas também os ajudar a ser inseridos nos programas oferecidos, além de compartilhar conhecimento. É necessário que tenha um relacionamento harmônico na região de atendimento, com flexibilização nos diálogos com vistas à transformação de relações e atitudes cotidianas dos sujeitos envolvidos (MAYER; HUPPES; SILVA et al., 2015; MARQUES; APRÍGIO; MELLO et al., 2009).

A enfermagem por ser o segmento profissional que atua diretamente junto ao usuário na ESF, inclusive na sala de vacina, tem como papel relevante na aproximação dos usuários, o desenvolvimento de ações com o intuito de buscar intervenções que considerem os saberes científicos, contudo, sem haver desrespeito ou desprezo com o conhecimento da comunidade (BACKES; BACKES; ERDMANN, 2012). Também participam como agentes de informação, familiares e vizinhos, dos quais interage um com o outro, e assim, tornam-se geradores de opiniões, como vínculo de conhecimento a respeito de determinado assunto (MARZARI; JUNGES; SELI, 2011).

Quanto à sugestão para se vacinar crianças nas creches, é pertinente esclarecer que no Brasil, como em outros países, são desenvolvidos programas e campanhas de imunização com a intenção de controlar e erradicar doenças a partir da vacinação de crianças. Para reduzir o número de crianças desprotegidas pela falta de imunização, as autoridades decidiram condicionar a matrícula nas escolas infantis, à apresentação da carteira de vacinação da criança atualizada. Outra estratégia para promover o estado vacinal da criança atualizado é o pagamento do benefício da bolsa família somente para mães que levam os filhos para consulta mensal em UBS ou ESF para avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, ocasião em que o cartão de vacina é verificado. (BRASIL, 2011; SILVEIRA; SILVA; PERES et al., 2007)

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na verificação das características dos participantes do estudo, destaca-se que a imensa maioria é formada por pessoas do sexo feminino, principalmente as mães, predominantemente jovens com idade entre quinze e vinte e cinco anos, com destaque para escolaridade a primeira fase do ensino médio, e de acordo com a vacinação contra varicela. As crianças de que são pais ou responsável têm entre dezoito e vinte e quatro meses de idade com predomínio do sexo feminino, a maioria imunizada contra o vírus da varicela. Percebe-se que a temática abordada junto ao grupo faz parte da sua vivência, visto que as respostas obtidas aos questionamentos foram adequadas, ou seja, não houve desvio do enfoque.

Conforme abordagem estrutural das representações sociais na concepção de pai, mãe ou responsável por criança de doze a vinte e quatro meses, participantes do estudo, a vacinação contra varicela é vista como necessária. O grupo acredita na vacina como fator de prevenção para evitar o adoecimento dos infantes, e com isso reduzir, ou mesmo, capaz de evitar a morte. Como elementos centrais que integram a RS do grupo, dois eixos se evidenciam, um deles considerado positivo e outro relativamente negativo. Os signos importante e imunidade dão o contorno favorável para a aplicação da vacina contra varicela, e a palavra dor expressa o que percebem como o lado restritivo que cerca o procedimento.

A utilização da zona muda como estratégia para a identificação de algum elemento não verbalizado em nome próprio pode ser considerada pertinente no presente estudo. Uma das evocações dita em nome de terceiros revela a existência de aspecto não considerado no primeiro enfoque, o qual aponta para a falta de informação sobre a vacina contra varicela como existente no grupo e este como mais um possível fator negativo da representação social desse grupo acerca do objeto em estudo. A programação de ações de educação em saúde sobre o tema poderá interferir favoravelmente, a partir do conhecimento compartilhado entre ambos. No geral, considerando-se o conjunto das evocações obtidas, estas reafirmam a boa aceitação dos pais ou

responsável em aderir à vacina contra varicela. Apesar da referência quanto a falta de informação, conseguem entender que os benefícios oferecidos pela imunização superam algum incômodo que possa causar nas crianças.

Para essa população específica, os cuidados para se evitar doenças infectocontagiosas podem ser considerados aceitáveis. Dentre outros, apontam a vacina como importante ato de cuidado para com a criança, assim a higiene de modo ampliado. No entanto, verificam-se alguns sinais da presença de atitudes e crenças populares, que até certo ponto contribuem para justificar determinados comportamentos considerados pela ciência como inadequados ou infundados. No sentido de melhoria neste aspecto, ações voltadas para a educação em saúde realizadas nas comunidades aparecem como necessárias para o controle de doenças infectocontagiosas.

Referente a influência predominante relatada por pais ou responsáveis para a promoção desta imunização, tem destaque o conhecimento prévio adquirido. Para a maioria, a importância que a vacinação assume para a saúde da criança, por si só, é determinante na ação de levá-los a aderir a esta prática. Dentre os pais cujas crianças estavam na condição de não vacinadas, a explicação é atribuída a questões que envolvem aspectos pessoais, relacionados à doença propriamente dita, ou pertinente ao serviço.

Na identificação das facilidades e dificuldades que os participantes percebem para vacinar a criança contra varicela, os itens apresentados podem ser considerados controversos em alguns casos. Enquanto a maioria faz referência favorável a perspectiva secundária decorrente de princípio do SUS, em especial quanto ao acesso à vacina, alguns apontam como desfavorável, uma vez que a experiência negativa é recorrente quanto a isso. Outras referenciadas dizem a respeito à natureza subjetiva dessa percepção. Numa análise geral, pode-se dizer que a decisão em vacinar ou não a criança vai muito além da existência de questões objetivas. Nesse sentido, ressalta-se como relevante a participação dos profissionais que atuam na área de saúde, em especial devido ao papel que desempenham na formação de opinião junto à população. Participam efetivamente inúmeros outros fatores, como aspectos culturais, tabus e crenças existentes, os quais contribuem igualmente num processo decisório.

Sugere-se como estratégia para a superação das dificuldades relatadas, a ampliação de práticas que possam melhorar a interação entre profissionais e usuários. A visita domiciliar é uma potente ação desenvolvida no âmbito da atenção primária, uma vez que é plenamente possível a identificação das necessidades e carências apresentadas pelo indivíduo e/ou família, bem como atenção e direcionamento individualizado conforme as mesmas.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 23-34. (Coleção Memória Social).

ANJOS, K. S. D.; FERREIRA, M. M. E.; ARRUDA, M. D. C.; RAMOS, K. D. S. et al. Caracterização epidemiológica dos casos de varicela em pacientes internados em um hospital universitário da cidade do Recife. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 4, p. 523-532, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000400002>>. Acesso em 23 set. 2013.

ARAÚJO, T. M. E.; Sá, L. C.; SILVA, A. A. S.; COSTA, J. P.; Cobertura vacinal e fatores relacionados à vacinação dos adolescentes residentes na área norte de Teresina/PI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, p. 502-10, 2010. Disponível em:<<http://dx.doi:10.5216/ v. 12i3.9634>>. Acesso em: 10/09/2013.

BALLESTER, D.; ZUCCOLOTTO, S.M.C.; GANNAM, S.S.A.; ESCOBAR, A.M.A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n.4, Rio de Janeiro, out./dez., 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000400016>>. Acesso em: 10/09/2013.

BISETO, L.H.L; CUBAS, M.R.; MARLUCELLI,A. A prática da enfermagem frente aos eventos adversos pós-vacinação. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v. 45, n. 5, p. 1128-34, 2011.

BONANNI, P.; BREUER, J.; GERSHON, A.; GERSHON, M. *et al.* Varicella vaccination in Europe - taking the practical approach. **BMC Medicine**,v. 7, n. 26, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/7/26>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; EROLMANN, A.L.; BUSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**,v.17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BRASIL, Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. **Objetivos de desenvolvimento do milênio. Relatório Nacional de acompanhamento**, p.12, 2005. Disponível em:<http://www.pnud.org.br/Docs/3_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 24set. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.Vacina Tetraviral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela).**Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 21**, Brasília, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio_VacinadeVaricela_CP.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Epidemiológica.**Informe técnico de introdução da Vacina Tetraviral** (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela atenuada). Brasília, 2013. Disponível em:<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Ago/19/informe_tecnico_introducao_vacina_tetraviral.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2014.

BRENOL, C.V.; MOTA, L.M.H.M.; CRUZ,B.A.; PILEGGI, G.S. et al.Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia sobre vacinação em pacientes com artrite reumatóide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.53, p. 13-23, Jan./fev.,2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042013000100002>>.Acesso em: 20 abr. 2014.

BRICKS, L. F.; SATO, H. K.; OSELKA,G.W. Vacinas contra varicela e vacina quádrupla viral. **Jornal de Pediatria**, (Rio J.), v. 82, n. 3, Porto Alegre, jul., 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572006000400012>>. Acesso em: 22 set. 2013.

CAIRO, S.; SANTAANNA, C.C. Estresse em mães e cuidadoras de crianças e adolescentes com asma: um estudo sobre a frequência do estresse e fatores estressores. **Caderno de Saúde Coletiva**,v.22, n.4,Rio de Janeiro,out./dez., 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201400040013>>. Acesso em: 22 set. 2013.

CAMPOS, A.L.V.; NASCIMENTO, D.R.; MARANHÃO, E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, Suppl2, p. 573-00, Rio de Janeiro, 2003.

CENOZ, M.G.; CASTILHA, J.; MONTES,Y.; MORÁN, J. *et al.* Incidência de la varicela y el herpes zóster antes e la introducción de la vacunación sistemática infantil en Navarra, 2005-2006. **Anales del Sistema Sanitário de Navarra**, v.31,n.1, p.71-80, jan-abr., 2008.Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 20 abr. 2014.

CENTER FOR DESEASE CONTROL. Ten Great Public Health Achievements – United States, 2001-10.**Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 60, n. 19, p. 619-623, may, 2011. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6019.pdf>>.Acesso em: 20 abr. 2014.

CORREA, A.C.P.; FERREIRA, F.;CRUZ, G.S.P.C.; PEDROSA, I.C.F.Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v.32, n. 3, Porto Alegre, set., 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300003>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

COSTA, M.R.M.; RAMOS, C.S.; MONTEIRO, T.A.F. Prevalência de IgG do vírus da varicela-zoster (VVZ) em indígena da tribo Araweté, em Altamira, Pará. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n.4, p. 23-28, out/dez., 2006. Disponível em:<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 ago. 2013.

CUNHA, S.S; CAMACHO, L.A.B; SANTOS, A.C; DOURADO, I. imunização contra influenza no Brasil: racionalidade e desafios. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p.129-36, 2005.

DINLEYICI, E.; KURUGOL, Z.; TUREL, O.; HATIPOGLU, N. et al. *The epidemiology and economic impact of varicella-related hospitalizations in Turkey from 2008 to 2010: a nationwide survey during the pre-vaccine era (VARICOMP study)*. **European Journal of Pediatrics**, v. 171, n. 5, p. 817-25, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s00431-011-1650-z>>. Acesso em: 20 set. 2013.

FELDMAN,C.; BEREZIN,E.N. Varicela Zóster. In: VERONESI; FOCCACIA, R. **Tratado de Infectologia**. 3. ed.São Paulo: Atheneu, 2005, p.683-692.

FRANÇA, I. S. X.; SIMPLÍCIO, D. N.; ALVES, F. P.; BRITO, V. R. S. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n. 2, Brasília, mar./abr., 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034.7167200900200014>>. Acesso em: 18 out. 2013.

GARRIDO, A.; FERREIRA, C. P. Vacina da varicela na infância. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 28, n. 2, mar., 2012. Disponível em: <<http://www.apmgf.pt/ficheiros/rpmgf/v28n2a01>>. Acesso em: 21 set. 2013.

GENTILE, D.A; TREGNAGHI, M.; MANTEROLA, A. et al. Prevalencia de varicela em uma población de Buenos Aires y Córdoba. **Arch pediatria Uruguay**. Buenos Aires, v.98, n.2, p. 82-86. 2000. Disponível em: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2000/00_82_86.pdf>. Acesso em: 10ago. 2013.

KAWATA, L.S.; MISHIMA, S.M.; CHIRELLI, M.Q.; PEREIRA, M.J.B. et al. The performances of the nurse in family health - building competence for care. **Texto Contexto Enfermagem**,v.22, n. 4, Florianópolis, out./dez., 2013.Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400012>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

KUPEK,E.; TRITANY,E.F. Impact of vaccination against varicella on the reduction of the disease incidence in children and adolescents from Florianópolis, Brasil.**Jornal de Pediatria**, v.85, n.4, p. 365-68, Porto Alegre,ago., 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572009000400016&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 15abr. 2014.

LACERDA, A.E.; MASTROIANNI, F.C.; NOTO, A.R. Tabaco na mídia: análise de materiais jornalísticos no ano de 2006. **Ciência Saúde Coletiva**,v. 15, n. 3, p. 725-31, 2010.

LARANJEIRA, C.; ERIZ, R.; SANTOS, P. Vacinação Contra o Rotavírus nos Cuidados de Saúde Primários. **Revista Portuguesa Medicina Geral**, v. 30, p. 78-82,2014.

LAFER, M. M.; PINTO, M.I.M.; WECKX, L.Y. Prevalence of IgG varicella zoster virus antibodies in the Kuikuro and Kaiabi indigenous communities in Xingu National Park, Brazil, before varicella vaccination. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**, São

Paulo, v. 47, n. 3, p. 139-142, mai./jun., 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16021286>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

LUHM, K.R.; CARDOSO, M. R. A.; WALDMAN, E. A. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. **Revista Saúde Pública**, v. 45, p. 90-8, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000054>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

MONTEIRO, F.P.M.; ARAUJO, T.L.; XIMENES, L.B. Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. **Ciencia Y Enfermería**. v. 20, n. 1, p. 97-110, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532014000100009>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

MAYER, B.L.D.; HUPPES, R.E.; SILVA, F.S.; WEILLER, T.H et al. Profissionais de Saúde da Atenção Básica e a Avaliação: Produção do Conhecimento de Artigos Científicos. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 1, jan./jul., 2015.

MARIN, M.; MEISSNER, H.C.; SEWARD, J.F. Varicella prevention in the United States: a review of successes and challenge. **Revista de Pediatria**, sep., v. 122, n. 3, p. 744-51, 2008.

MARQUES, J.B.; APRÍGIO, D.P.; MELLO, H.L.S.; SILVA, J.D. et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, jul./dez., v.31, n. 2, p. 246-55, 2007.

MAGNANI, C.; OLIVEIRA, B.G.; GONTIJO, E.D.G. Representações, mitos e comportamentos do paciente submetido ao implante de marcapasso na doença de chagas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1624-32, 2007.

MARZARI, C.K.M.; JUNGES, J.R.J.; SELLI, L.S. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, (supl.1), p. 873-80, 2011.

MINNART, A.C.S.T.; FREITAS, M.C.S.F. Práticas de higiene em uma feira livre de Salvador-BA. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, supl.1, Rio de Janeiro, jun., 2010.

MONTRONI, A.V.G.; RONI, R.; KAZUMI, R.K.T.; ARANTES, C.I.S.B. Percepções e práticas de cuidadoras comunitárias no cuidado de crianças menores de três anos. **Trabalho educação e saúde**. v.11, n. 3, Rio de Janeiro, set./dez., 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462013000300011>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro-RJ: Vozes; 2003.

YOKOKURA, A. V. C. P.; SILVA, A. A. M.; BERNARDES, A. C. F.; FILHO, F.L. et al. Cobertura Vacinal e fatores associados aos 12 meses de idade. **Caderno de Saúde**

Pública, v.29, n. 3, mar., 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/50102-311x2013000300010>>. Acesso em: 23 set. 2013.

OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. **Representações sociais, uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro-RJ: Col. Memória; 2005.

OLIVEIRA, E.A.; GARCIA, T.R.; SÁ, L.D. Aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.56, n. 5, Brasília, set./out., 2003 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000500002&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 set. 2013.

PEREIRA, B.F.B.; MARTINS, M.A.S.; BARBOSA, T.L.A.; SILVA, C.S.O. et al. Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n. 6, Rio de Janeiro, jun., 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001400025>>. Acesso em: 23 set. 2013.

PORTO, A.; PONTES, C.F. Vacinas e Campanhas: as imagens de uma história a ser contada. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.10, Suppl2, p.725-42, Rio de Janeiro, 2003.

PUGLIESI, M. V.; TURA, L. F. R.; ANREAZZI, F. S. Mães e vacinação das crianças: estudo de representações sociais em serviço público de saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v.10, n.1. Recife, jan./mar., 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000100008>>. Acesso em: 23 set. 2013.

QUEIROZ, L. L. C.; MONTEIRO, S. G.; MOCHEL, E. G.; VERAS, M. A. D. S. M. et al. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 294-302, fev., 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200016>>. Acesso em: 23 set. 2013.

QUIAN, J.D.; RUTTIMANN, R.; MATRAI, L. Prevalencia de anticuerpos contra varicela em una población de Montevideo, Uruguay. **Arch pediatria Uruguay**, v.75, n. 2, p. 133-38, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842004000200005>. Acesso em: 10 abr. 2014.

RAMOS, L.; AGUAS, M.F.F.; FURTADO, L.M.S. Participação feminina na força de trabalho metropolitano: o papel do status socioeconômico das famílias. **Economia Aplicada**. v.15, n. 4, p. 595-11, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-80502011000400004>>. Acesso em: 23 set. 2013.

REIS, A. D.; PANNUTI, C. S.; SOUZA, V. A. U. F. D. Prevalência de anticorpos para o vírus da varicella-zoster em adultos jovens de diferentes regiões climáticas brasileiras. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.36, n.3, p.317-20, maio./jun., 2003. Disponível em: <<http://dx.di.org/10.1590/S0037-86822003000300001>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

ROECKER, R. BUDÓ, M.L.D.; MARCON, S.S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista Escola de Enfermagem – USP**, v. 46, n. 3, p. 641-9, 2012.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. D. Impacto do programa de Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 713-24, jul./set., 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300018>>. Acesso em: 15 out. 2013.

SANTOS, B.L.R; CREUTZBERG, M.; CARDOSO, R.F.M.L; LIMA, S.F. *et al.* Situação vacinal e associação com a qualidade de vida, a funcionalidade e a motivação para o autocuidado em idosos. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v.12, n. 4, p.533-40, 2009.

SILVEIRA, A.S.A.; SILVA, B.M.F.; PERES, E.C.P.; MENEGHIN, P. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v.41, n. 2, São Paulo, jun., 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200018>>. Acesso em: 23 set. 2013.

SIQUEIRA, K.M; BARBOSA, M.A; BRASIL, V.V; OLIVEIRA, L.M.C. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes socioculturais. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2006.

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. 2. ed. revista. Petrópolis-RJ: Vozes; 2002.

SOUSA, C. J.; VIGO, Z. L.; PALMEIRA, C. S. Compreensão dos pais acerca da importância da vacinação infantil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 1, n. 1, p. 44-58, Salvador-BA, dez., 2012. Disponível em: <<http://www.bahiana.edu.br/revistas>>. Acesso em: 23 set. 2013.

TEMPORÃO, J.G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **História, ciência, saúde-Manguinhos**, v. 10, n. 2, p. 601-17, 2003.

VALENTIM, J.; SARTORI, A.M.C.; SOÁREZ, P.C. *et al.* *Cost-effective nessanalysis of universal child hood vaccination against varicella in Brazil*. **Vaccine**, São Paulo, v. 26, p. 6281-91. 2008. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X08009523>>. Acesso em: 10mar. 2011.

VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F.; LUZ, Z.M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.24, n.1, p. 100-12, 2015.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO ACADÊMICO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

Avenida Universitária, 1069 – Bloco B – Sala 303 – Setor Universitário
Goiânia – GO CEP: 74605-010 Caixa Postal: 86 Telefone: (62) 3946-1261
e-mail: mas.enf@pucgoias.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, nesta pesquisa. Depois de esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não participará da pesquisa e não será penalizado de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Atitudes e Crenças dos pais de criança com varicela sobre vacinação no município de Goiânia – Goiás.

Objetivo da Pesquisa: conhecer as representações sociais, atitudes e crenças dos pais acerca da vacina contra varicela no município de Goiânia – Goiás.

Pesquisador Responsável: Sara Fernandes Correia, fone 62 8411 4535

Pesquisadora Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Eliane Liégio Matão, fone 3946 1095

Telefones para Contato: Você poderá entrar em contato a qualquer momento – antes, durante e após o estudo e tirar todas as suas dúvidas com os pesquisadores, pelos números acima indicados, ou ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Os resultados obtidos serão utilizados para a elaboração da dissertação de Mestrado, e poderão ser publicados em revistas ou eventos científicos, porém será resguardado o anonimato de todos os sujeitos envolvidos e o sigilo dos dados. Apenas as pesquisadoras terão acesso aos dados colhidos, que serão arquivados

em ambiente seguro sob responsabilidade da pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e posteriormente, destruídos por incineração.

Você receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias idênticas, sendo uma do participante e outra da pesquisadora. Após aceitar participar da pesquisa, como voluntário, você assinará o Termo junto ao pesquisador.

Você poderá desistir de sua participação no estudo a qualquer momento, conforme lhe for conveniente. Sua recusa de participação não implicará em qualquer tipo de punição.

Seu nome e informações pessoais não serão revelados em nenhum momento desta pesquisa e, como garantia de seu anonimato, seu nome será substituído por números.

Sara Fernandes Correia
Pesquisadora

Goiânia, ____ / ____ / ____

Presenciamos a solicitação de consentimento após os esclarecimentos sobre a pesquisa e leitura do TCLE, bem como aceitação em participar.

Testemunhas (não ligada à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

1. Idade: _____
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Escolaridade:
 - () 1ª fase do ensino fundamental
 - () 2ª fase do ensino fundamental
 - () 1ª fase do ensino médio
 - () 2ª fase do ensino médio
 - () Ensino superior incompleto
 - () Ensino superior completo
4. Idade da criança: _____
5. Grau de parentesco com a criança: () Mãe () Pai () Representante Legal
6. Vacinação do filho contra varicela: () Não () Sim
Data da vacinação ____/____/20____
7. Sua criança teve varicela? () Não () Sim
Data da doença ____/____/20____
8. Sobre a vacinação contra varicela da sua criança, você está:
 - () Totalmente de acordo
 - () Concordo
 - () Neutro
 - () Desacordo
 - () Totalmente desacordo

Muito Obrigada por sua participação!

QUESTIONÁRIO

1) Quais são as palavras ou expressões que vêm à sua cabeça **QUANDO VOCÊ** escuta a expressão **APLICAÇÃO DE VACINA CONTRA VARICELA NO SEU FILHO?** (MÍNIMO DE 4 RESPOSTAS)

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

2) Justificar as 2 primeiras repostas dadas por você.

- 1 _____

- 2 _____

3) Como acredita que **OUTRAS MÃES** responderiam quando pensam ou escutam a expressão **APLICAÇÃO DE VACINA CONTRA VARICELA NO SEU FILHO?** (MÍNIMO DE 4 RESPOSTAS)

- 1 _____

- 2 _____

- 3 _____

- 4 _____

- 5 _____

4) Justificar as 2 primeiras repostas dadas por você.

- 1 _____

2 _____

5) Responda objetivamente que cuidados **você acredita** que evitam doença infectocontagiosa? (MÍNIMO DE 4 RESPOSTAS)

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6) Justificar as 2 primeiras repostas dadas por você.

1 _____

2 _____

7) Sua criança vacinou contra varicela? () Sim () Não

Por favor, fale sobre a influência recebida para a decisão acima?

8)Relatar aspectos facilitadores e dificultadores para vacinação da sua criança (mínimo de 2 itens para cada um):

Facilitadores:

Dificultadores:

Obrigada por sua participação!

APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

- 1- A vacina é importante porque protege a criança contra a doença, mas causa dor.
- 2- A vacina é uma forma de cuidar, por isso muitos pais concordam em vacinar seus filhos.
- 3- Muitos pais são despreocupados a respeito da vacinação do seu filho, porque acreditam em outras formas de se evitar doença infecciosa, como por exemplo, a higiene, alimentação saudável e evitar ficar próximo de pessoas doentes.
- 4- Os pais vacinam seus filhos sempre por influência de alguém ou por campanhas divulgadas nas mídias.
- 5- Tem pais que acham que não precisa vacinar contra a varicela, porque essa doença não é perigosa.
- 6- Hoje em dia é muito fácil conseguir vacinar o filho, principalmente porque tem vacina pelo SUS.
- 7- Muitos pais preferem não vacinar seus filhos, por terem dó da criança e devido a falta de tempo.