



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

FLÁVIA MARIA MARTINS VIEIRA

Trajetórias, cenas e rotinas: profissionais de Enfermagem e o trabalho cotidiano com vacinas e vacinação

Recife

2025

FLÁVIA MARIA MARTINS VIEIRA

Trajetórias, cenas e rotinas: profissionais de Enfermagem e o trabalho cotidiano com vacinas e vacinação

Tese apresentada como requisito para o curso de Doutorado no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marion Teodósio Quadros
Co-Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Ana Cláudia Rodrigues da Silva

Recife
2025

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Vieira, Flávia Maria Martins.

Trajetoórias, cenas e rotinas: profissionais de Enfermagem e o trabalho cotidiano com vacinas e vacinação / Flávia Maria Martins Vieira. - Recife, 2025.

250f.: il.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia, 2025.

Orientação: Marion Teodósio Quadros.

Coorientação: Ana Cláudia Rodrigues da Silva.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Antropologia da Saúde; 2. Etnografia; 3. Enfermagem; 4. Vacinas; 5. Vacinação; 6. Pandemia. I. Quadros, Marion Teodósio. II. Silva, Ana Cláudia Rodrigues da. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

FLÁVIA MARIA MARTINS VIEIRA

Trajetórias, cenas e rotinas: profissionais de Enfermagem e o trabalho cotidiano com vacinas e vacinação

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Doutor(a) em Antropologia.
Área de Concentração: Antropologia

Aprovada em 03/06/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Marion Teodósio Quadros (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr^ª. Ana Cláudia Rodrigues da Silva (Co-orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Russel Parry Scott (Examinador Titular Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Roberto Cordoville Efrem de Lima Filho (Examinador Titular Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr^ª Ednalva Maciel Neves (Examinador Titular Externo)
Universidade Federal da Paraíba

Prof^ª. Dr^ª Rosana Maria Nascimento Castro e Silva (Examinador Titular Externo)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Decidir começar uma tese, levá-la adiante e conseguir concluí-la é tarefa árdua. Em minha experiência, a tese de doutorado não teria se realizado se não fossem o apoio e a participação de um conjunto extenso de pessoas para as quais desejo expressar meus sinceros agradecimentos.

Agradeço à minha família que, para mim, é um lugar. O lugar de onde eu vim e para onde eu sei que sempre posso voltar. Agradeço ao meu pai Joaquim (*in memoriam*) e à minha mãe, Eloisa, o fato de serem “ouro de mina”, de serem minhas raízes e minhas inspirações para o presente-futuro. Agradeço à minha irmã, Eloah, minha companheira na vida e na Antropologia.

Agradeço ainda às pessoas mais que queridas que passaram a fazer parte desta família também: Franzé, Helena e Gustavo. Agradeço a Franzé, meu cunhado, pelo modo gentil e cuidadoso com que sempre nos trata. Agradeço à minha sobrinha, Helena, a fofura e a alegria que sua existência nos proporciona.

Agradeço a Gustavo, namorado e companheiro, a escuta atenta, a paciência, o afeto e as piadas mais sem graça do mundo, mas que me fazem cair na risada. Através de Gustavo, fui presenteada ainda com a família Cabral de Almeida: sr. Givanildo, dona Jacilete, Vanessa e Bob. Todos vocês – e cada um à sua maneira – me apoiaram e me incentivaram ao longo de todo o doutorado e sempre me receberam com muito carinho em sua casa, de modo que eu me sentisse família também.

Agradeço às pessoas amigas que estiveram comigo em diferentes momentos desta tese: Cecília, Silvana, Waltinho, Rayana, Mônica e Raquel. Desde a escrita do projeto para fazer a seleção do doutorado até o momento em que me organizo para defender a tese, a conversa com essas pessoas amigas foi fundamental e orientadora. Digo que foi fundamental e orientadora porque elas me ajudaram a ter mais segurança para mergulhar na Antropologia, a fazer uma escolha teórica ou de campo, a resolver uma burocracia, simplesmente me ouvindo e tentando me ajudar com sugestões. Muito obrigada por tudo!

Agradeço a toda a equipe do NIESP (Núcleo Interdisciplinar sobre Emergências em Saúde Pública): Celita Almeida, Priscila Petra, Ester Paiva, Luana Furtado, Gustavo Matta. Desde que comecei a atuar nas atividades do Núcleo, percebo que amadureci como pesquisadora, ampliando minhas habilidades. Refiro-me aqui ao aprendizado sobre trabalhar em equipe, conseguir fazer reuniões com resolutividade, elaborar projetos, escrever artigos coletivamente, pesquisar com ferramentas quantitativas e qualitativas e pesquisar no âmbito das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Agradeço em especial à Celita que, entre uma reunião e outra, sempre esteve disponível para me ouvir e trocar ideias sobre esta tese. Agradeço também à Luana o excelente trabalho de design que me ajudou a comunicar graficamente dados desta pesquisa.

Agradeço à minha orientadora, Marion, que teve paciência para ouvir minhas ideias para cada capítulo e também ouvir algumas de minhas angústias para conseguir dar a tese por concluída. Obrigada pelas leituras, pelo apoio e pelo incentivo. Agradeço também aos colegas de grupo de orientação coletiva com quem tive oportunidade de compartilhar os encaminhamentos e desafios da tese e de aprender com suas experiências igualmente.

Agradeço à minha coorientadora, Ana Cláudia, com quem pude ter conversas férteis sobre a tese e que confiou em meu trabalho como pesquisadora convidando-me para integrar o projeto “Enegrecendo Currículos: as relações raciais nos cursos de medicina das universidades públicas de Pernambuco”. Agradeço ainda à produção científica de Ana Cláudia, que aguçou e remexeu minhas perspectivas sobre a tese.

Agradeço à FACEPE (Fundação de Amparo à Ciência e à Tecnologia de Pernambuco) o financiamento durante o curso de doutorado.

Concluo fazendo um agradecimento especial a todas e a cada uma das pessoas que estiveram presentes nesta pesquisa. Desde as pessoas que se tornaram interlocutoras no trabalho de campo até as que me ajudaram por simplesmente fornecerem o número certo de um ramal telefônico que faltava para resolver uma burocracia da pesquisa. Pessoas que confiaram na minha escuta, pessoas que compartilharam suas histórias de vida, suas queixas e suas glórias. Pessoas que me questionaram como pesquisadora, que me receberam com boas-vindas e que também foram sinceras ao afirmarem que não queriam gravar uma entrevista. Cada uma delas tornou esta pesquisa factível e me possibilitou pesquisar como Antropóloga, algo que amo fazer.

RESUMO

No final do ano de 2019 passamos a experienciar uma situação de adoecimento coletivo, uma pandemia. Um vírus denominado SARS-CoV-2 passou a infectar seres humanos e a provocar a doença Covid-19. A magnitude e o impacto global da pandemia vieram acompanhados da preocupação de cientistas ao redor do mundo, entre elas/eles, antropólogas/os. Esta tese ganhou seus contornos em meio ao cenário pandêmico. Dentre uma série de questões que poderiam mobilizar uma pesquisa em período de crise sanitária, problematizo e reflito sobre o lugar particular ocupado por profissionais de saúde, mais especificamente profissionais da Enfermagem. Considero aqui as/os enfermeiras/os e técnicas/os de enfermagem que trabalham cotidianamente na organização, planejamento e execução das ações de saúde pública voltados às vacinas e à vacinação do calendário nacional e também contra a Covid-19. De modo a considerar a posição particular e crítica vivenciada pelas profissionais da Enfermagem, esta tese tem como objetivo compreender, antropológicamente, como se conformam os usos e sentidos atribuídos por essas profissionais às vacinas e à vacinação, levando ainda em consideração as novas implicações que o contexto pandêmico trouxe para a rotina dessas/es sujeitas/os. Para subsidiar a argumentação proposta na tese, faço uma recuperação histórica sobre as vacinas e a vacinação no Brasil e sobre a Enfermagem. Faço isso explorando ainda uma discussão sobre o trabalho do cuidado e também sobre a lente descritiva e analítica da interseccionalidade. A pesquisa foi realizada através de trabalho de campo etnográfico tendo como foco as rotinas e experiências de profissionais da Enfermagem que trabalham cotidianamente com vacinas e vacinação na cidade de Recife, Pernambuco. Profissionais com atuação tanto em cargos/funções de assistência e cuidado direto à população como em cargos/funções de gestão. Mulheres negras, enfermeiras e técnicas de enfermagem se tornaram as principais interlocutoras desta pesquisa e é a partir de suas trajetórias e de cenas e rotinas observadas em campo que compreendo os usos e sentidos atribuídos às vacinas e à vacinação.

Palavras-chave: Antropologia da Saúde, Etnografia, Enfermagem, Vacinas, Vacinação, Pandemia.

ABSTRACT

At the end of 2019, the world began to witness a widespread public health crisis—a pandemic. A novel virus, identified as SARS-CoV-2, emerged and began infecting humans, leading to the disease known as Covid-19. The unprecedented magnitude and global repercussions of this pandemic elicited intense concern from the international scientific community, including anthropologists. It was within this pandemic context that the present thesis was conceived and developed. Amid the numerous issues that could be addressed during a health crisis, this research centers on a critical reflection regarding the specific and often underexamined role occupied by healthcare professionals, particularly those in the field of nursing. This study focuses on nurses and nursing technicians engaged in the daily organization, planning, and implementation of public health actions related to vaccination—both within the scope of the national immunization schedule and in response to the Covid-19 pandemic. In light of the unique and complex position occupied by nursing professionals, this thesis seeks to anthropologically investigate how these actors construct and attribute meaning to vaccines and vaccination practices. It also considers the new challenges and implications introduced into their professional routines by the pandemic. To ground the analysis, the study includes a historical review of vaccination and public health campaigns in Brazil, as well as the development and sociopolitical dimensions of the nursing profession. Furthermore, the research engages with theoretical discussions surrounding care work and employs the analytical and descriptive lens of intersectionality. The empirical data were gathered through ethnographic fieldwork conducted in the city of Recife, Pernambuco, with a focus on the everyday practices and experiences of nursing professionals directly involved in immunization activities. These include both frontline care providers and those occupying managerial roles. Black women—nurses and nursing technicians—emerged as the primary interlocutors of this study. It is through their narratives, professional trajectories, and the observed daily practices in the field that this thesis constructs its analysis of the meanings and uses attributed to vaccines and vaccination in the Brazilian public health context.

Keywords: Anthropology, Public Health, Ethnography, Nursing, Vaccines, Vaccination, Pandemic.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA Associação Brasileira de Antropologia

ABCP Associação Brasileira de Ciência Política

ANPOCS Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEP UFPE Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco

CEV Campanha de Erradicação da Varíola

CNS Conselho Nacional de Saúde

COFEN Conselho Federal de Enfermagem

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COREN Conselho Regional de Enfermagem

CPEI Coordenação Estadual do Programa de Imunizações

CRIE Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais

DPNI Departamento do Programa Nacional de Imunizações

DSEI Distrito Sanitário Especial Indígena

EEAN Escola de Enfermagem Anna Nery

EMSI Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena

EPEE Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz

IMIP Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

MS Ministério da Saúde

NIESP Núcleo Interdisciplinar sobre Emergências em Saúde Pública

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PNI Programa Nacional de Imunizações

PPGA UFPE Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco

RSI Comitê de Emergências do Regulamento Sanitário Internacional

SBS Sociedade Brasileira de Sociologia

Sede PMI Sede do Programa Municipal de Imunizações

SESAI Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena

SES PE Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

SUS Sistema Único de Saúde

SVSA Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

UFPE Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – PARA ENTENDER A TESE.....	13
1.1 Notas de campo: a experiência do mestrado.....	13
1.2 A reemergência de casos de sarampo em Pernambuco e no Brasil.....	16
1.3 Recalculando planejamentos e rotas do doutorado: a pesquisa atravessada pela pandemia da Covid-19.....	23
1.4 Um pouco mais sobre a pandemia e os reflexos para esta tese.....	25
1.5 Os novos delineamentos do projeto de tese: a vacinação contra a Covid-19 e os profissionais de saúde no Brasil.....	29
1.6 Objetivos norteadores da pesquisa e daquilo que a tese se tornou.....	32
1.7 (Des)caminhos teóricos e bibliográficos desta pesquisa de tese.....	34
<i>1.7.1 Pontos de partida: Antropologia da Saúde.....</i>	<i>34</i>
<i>1.7.2 Os primeiros passos da pesquisa: antropologia, história, saúde.....</i>	<i>38</i>
<i>pública/coletiva.....</i>	<i>38</i>
<i>1.7.3 O trabalho de campo e a análise dos dados como ponto de inflexão para os caminhos teóricos e bibliográficos desta tese.....</i>	<i>41</i>
<i>1.7.4 Para pensar a Enfermagem: cuidado e interseccionalidade.....</i>	<i>42</i>
CAPÍTULO 2 - OS PERCURSOS DO TRABALHO DE CAMPO E AS ESCOLHAS METODOLÓGICAS.....	48
2.1 Breve cronologia do trabalho de campo.....	48
2.2 “Ninguém pede pra ver frasco da BCG, mas vacina da Covid sim”	49
2.3 As incursões a campo em 2022: as enfermeiras e as técnicas de enfermagem tornando-se as principais interlocutoras da pesquisa.....	51
<i>2.3.1 Conhecendo a Sede do Programa Municipal de Imunizações: “vacina é esperança” </i>	<i>53</i>
<i>2.3.2 “Vacinar o público a céu aberto”.....</i>	<i>60</i>
<i>2.3.3 “Eu não vi ela higienizando as mãos”</i>	<i>64</i>
2.4 Qualificação do projeto de pesquisa de tese.....	66
2.5 Peregrinações éticas e burocráticas da pesquisa.....	67
2.6 Coleta de dados virtual.....	75
2.7 As respostas do campo organizando e direcionando os caminhos da pesquisa....	76

2.7.1 “Então...tchau!”.....	79
2.7.2 Posto de Saúde Água Doce.....	83
2.7.3 Os “bastidores” da vacinação.....	85
2.8 Sobre as escolhas metodológicas e sobre como analisei os dados: “No observacional você vai colocar o quê?”	86
2.8.1 Cadernos e diários de campo.....	86
2.8.2 A escolha pela observação participante.....	88
2.8.3 A escolha por fazer entrevistas.....	90
2.8.4 Como analisei os dados.....	91
CAPÍTULO 3 - VACINAS E VACINAÇÃO NO BRASIL.....	96
3.1 Sentidos e tensionamentos contextuais e históricos.....	96
3.2 A Revolta da Vacina de 1904.....	98
3.3 A legitimação da vacinação pela população brasileira: a Campanha de Erradicação da Varíola e a institucionalização do Programa Nacional de Imunizações (PNI).....	100
3.4 O Programa Nacional de Imunizações (PNI) e seus desafios no tempo recente. .	103
3.5 Como está estruturado o Programa Nacional de Imunizações nas três esferas de governo e sua correspondência com os locais de campo da pesquisa.....	110
CAPÍTULO 4 - SEM ENFERMAGEM NÃO HÁ VACINAÇÃO.....	117
4.1 História da Enfermagem no Brasil e seus simbolismos originais.....	119
4.1.1 <i>Enfermagem e vacinação entrecruzadas.....</i>	<i>125</i>
4.2 Divisão do trabalho na Enfermagem: questões pretéritas e atuais.....	131
4.3 Perfil da Enfermagem no Brasil.....	138
CAPÍTULO 5 - TRAJETÓRIAS, CENAS E ROTINAS.....	143
5.1 Perfil das interlocutoras da pesquisa – algumas inferências panorâmicas.....	143
5.2 Tornar-se técnica de enfermagem.....	164
5.2.1 <i>A enfermagem como continuidade e profissionalização do trabalho do cuidado no âmbito familiar.....</i>	<i>165</i>
5.2.2 <i>Tensões (in)visíveis: “quem está na enfermagem não está porque sonhou”.....</i>	<i>170</i>
5.3 “Quem vacina não é a Xuxa nem o Zé gotinha”	179
5.3.1 <i>Um Posto diferente: “Hoje a porta pode ficar aberta”.....</i>	<i>181</i>
5.3.2 <i>Célia, a fantasia e o protagonismo da Enfermagem na vacinação.....</i>	<i>185</i>

5.3.3 Quem vacina é a Enfermagem.....	190
5.4 Nem tudo está nos manuais.....	193
6 PARA CONCLUIR A TESE.....	197
REFERÊNCIAS.....	204
APÊNDICE A – CARTAS DE APRESENTAÇÃO 2021 E 2022.....	227
APÊNDICE B – DESENHO SEDE PMI.....	229
APÊNDICE C – DESENHO UNIDADE DE SAÚDE.....	230
APÊNDICE D – FOTOS DIÁRIOS E CADERNOS DE CAMPO.....	231
APÊNDICE E – PLANILHA LISTA DE DADOS ADAPTADA PARA A TESE.....	232
APÊNDICE F – PLANILHA PERFIL DAS INTERLOCUTORAS ADAPTADA.....	235
APÊNDICE G – MINDMEISTER MAPAS MENTAIS.....	236
APÊNDICE H – DEDOOSE ANÁLISE DE DIÁRIO.....	239
APÊNDICE I – DEDOOSE EXEMPLO DE FICHA.....	240
APÊNDICE J – TABELA DE CODE APPLICATION.....	241
APÊNDICE K – EXCERTOS ABREVIADOS.....	242
APÊNDICE L – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	243
APÊNDICE M – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	244
ANEXO A – NOTA TÉCNICA SARAMPO SES-PE.....	246
ANEXO B – CARTAZ REUNIÃO CIENTÍFICA SARAMPO.....	249

CAPÍTULO 1 – PARA ENTENDER A TESE

1.1 Notas de campo: a experiência do mestrado

Cronologicamente, considero que os primeiros vestígios desta pesquisa de tese surgiram durante o trabalho de campo para o mestrado em Antropologia. Em 2018, ao longo de três meses, acompanhei a rotina de Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) que atuavam em áreas indígenas do sertão pernambucano (VIEIRA, 2019). No convívio com diversos profissionais de saúde (entre elas e eles: enfermeiras, médicos, odontólogos, farmacêuticos, técnicas de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde - AIS), duas situações despertaram minha atenção enquanto pesquisadora e antropóloga. A seguir, discorrerei sobre ambas.

No decorrer do trabalho de campo, observei que profissionais das EMSI trajavam camisas impressas com a seguinte frase: “vacinar é cuidar”. A frase estava impressa na parte superior das costas das camisas e recordo-me de ver enfermeiras, técnicas de enfermagem e AIS vestindo-as. Além da frase, as camisas faziam alusão a algum evento voltado ao tema da saúde indígena e continham logotipos de instituições que atuavam na área da saúde indígena do nordeste brasileiro¹. As camisas nem sempre eram iguais umas às outras, mas a frase “vacinar é cuidar” se repetia. Eu “estranhava” ao mesmo tempo que buscava tornar de alguma forma “familiar” aquela definição (DA MATTA, 1978). A frase me soava como um aforisma, como uma possível tentativa de definição e condensação do significado de “vacinar”. Mas “vacinar” e “cuidar” pareciam conter muitos sentidos possíveis. Eu também me perguntava: “será que vacinar e cuidar seriam entendidos como sinônimos nesse contexto?”. À época, fiz registros em meu diário de campo, mas não cheguei a aprofundar reflexões sobre o assunto na dissertação de mestrado.

A segunda situação que despertou minha atenção e curiosidade de pesquisadora emergiu em uma das reuniões da etapa local para a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena planejada para acontecer no ano seguinte, em 2019. Eu já estava em minha última

1 Logotipos do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI), do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI) e do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

semana de trabalho de campo acompanhando as EMSI e pude participar na qualidade de ouvinte da etapa local ocorrida em território indígena².

A conferência iniciou-se por volta das 08:30 horas e seguiu até o turno da noite. No período da manhã e da noite as atividades ocorreram em plenária com todos os participantes. No turno da tarde, os participantes foram divididos em sete grupos temáticos para discussão de questões como: infraestrutura e saneamento, controle social, determinantes sociais, entre outros. Cada grupo ocupou uma das salas de aula da escola pública em que ocorria o evento. Pude ficar no grupo intitulado *Modelo de Atenção e Organização dos Serviços de Saúde* e assim observar uma parte do transcorrer dos debates. No grupo que acompanhei estavam reunidos tanto indígenas daquela região como também profissionais das EMSI. O objetivo daquela atividade da conferência era que fossem elaboradas e reunidas propostas sobre o tema do respectivo grupo temático e, ainda no mesmo dia, que as propostas fossem compartilhadas em plenária.

Lembro-me que a reunião do grupo que eu acompanhava já estava se encaminhando para o final quando uma senhora idosa, que eu particularmente não conhecia, levantou-se da cadeira onde estava sentada para compartilhar uma queixa. Falando em um tom de voz que todos da sala poderiam ouvir, a senhora relatou em um tom queixoso que uma das mulheres de sua família não havia recebido vacina. Complementou afirmando que “*as pessoas lá da Amendoeira³ não estavam mais recebendo vacinas e antes recebiam*”. Essa senhora relatou que “*antes, Edvânia⁴ ia lá, mas agora não vai mais*”. Em resposta à senhora, uma das profissionais de saúde da EMSI que atendia os povos daquela região explicou que: “*as vacinas e os recursos só chegam para o número de indígenas que estão aldeados. Como Amendoeira foi considerada pela comunidade parte fora da aldeia, não chega vacina para eles*”. Após a resposta da profissional de saúde, a senhora se mostrou um pouco irritada, parecendo não entender ou não se conformar com aquela explicação. A profissional de saúde ainda complementou dizendo que isso era uma “*questão interna deles*” (referindo-se ao povo indígena) e que, conforme eles resolvessem a questão, a saúde e as vacinas “*poderiam vir*”, se eles forem aldeados. Ao lado da senhora, ainda inconformada, havia uma moça jovem que falou: “*deixa, mãe, depois a gente resolve isso*”.

2 Devido a questões de confidencialidade não identificarei no texto o território indígena em que a conferência local foi realizada.

3 Nome fictício da aldeia indígena a que a senhora se referia em seu discurso.

4 Nome fictício para a Agente Indígena de Saúde referida pela senhora em sua fala.

A reivindicação da senhora “esfriou” naquele momento e o grupo seguiu para outras pautas antes de finalizar a reunião. Como aquele era o meu último dia de trabalho de campo, não acompanhei possíveis desdobramentos dessa situação que havia observado. No entanto, a situação me recordou alguns debates e questionamentos já conhecidos no campo da saúde dos povos indígenas no Brasil. Por exemplo: como se definem e qual o entendimento dos termos “aldeado” e “desaldeado”? Como se dá a conformação de territórios indígenas e como eles são interseccionados com o direito e o acesso a serviços públicos de saúde? Como se dão as relações entre profissionais das EMSI e populações indígenas? No entanto, naqueles dias finais de trabalho de campo, confesso que o que de fato fispou em particular minhas reflexões e registros em diário de campo foi perceber que havia alguma importância dada às vacinas por parte daquela senhora. E a que se devia essa importância? Por que aquela senhora, demonstrando insatisfação, queria e solicitava que vacinas fossem garantidas para uma pessoa de sua família?

Apesar destas duas situações que relatei não terem sido objeto de reflexão aprofundada durante o mestrado, ambas permaneceram latentes em meus diários de campo. Ainda que fossem pequenos vestígios para uma tese de doutorado, a temática sobre vacinas e vacinação parecia-me fértil para um debate com aprofundamento antropológico. A temática parecia entrecruzar debates como: acesso à saúde pública, biotecnologias e relações de poder; conceitualização sobre o cuidado e o trabalho do cuidado, relações entre profissionais de saúde e público atendido (entre eles, povos indígenas), usos e sentidos sobre vacinas e vacinação.

Após um ano de conclusão deste trabalho de campo e já mestra em Antropologia, iniciei em 2019 o processo de escrita de uma proposta de projeto de tese visando pleitear uma vaga no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco. Decidi retomar minhas anotações nos diários de campo do mestrado e explorar aquelas breves observações e reflexões sobre vacinas e vacinação. Na verdade, resolvi seguir a pista de que esta temática seria bem-vinda a uma perspectiva antropológica.

Comecei a pesquisar referências bibliográficas que tratassem do tema. Em paralelo, iniciei uma busca por notícias em veículos de informação, procurei colegas da antropologia e da saúde pública para conversar sobre o assunto e, assim, conseguir começar a delinear um objeto de estudo para a pesquisa de doutorado. Consegui ainda interlocuções informais com três pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que atuavam no desenvolvimento de

vacinas e/ou no campo das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Tive a oportunidade também de visitar o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)⁵ em Pernambuco e conversar informalmente com uma das profissionais de saúde que atuavam no local.

Todos esses contatos, conversas informais e idas a campo foram fundamentais para que eu vislumbrasse um objeto de pesquisa, pensasse em possibilidades de trabalho de campo e refletisse sobre as perspectivas e nuances para tratar da temática sobre vacinas e vacinação. Naquele momento, meu objetivo como pesquisadora estava sendo simplesmente “assuntar”, ou seja, explorar o campo, ter um termômetro sobre o mesmo, ouvir opiniões de diferentes pessoas e profissionais sobre o tema das vacinas e da vacinação e, com isso, formular possíveis problemas de pesquisa para um projeto de tese de doutorado.

1.2 A reemergência de casos de sarampo em Pernambuco e no Brasil

Neste período de exploração do campo, especificamente em julho de 2019, um colega do curso de graduação em Ciências Sociais, hoje médico infectologista, compartilhou comigo, via mensagem de *Whatsapp*, uma nota técnica da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) (PERNAMBUCO, 2019a). Assim como as situações observadas durante o trabalho de campo do mestrado, tomar conhecimento deste documento também guiou os rumos do meu projeto de pesquisa de tese.

A referida nota possuía o título (em letras maiúsculas e na cor vermelha): “**ALERTA: CASOS SUSPEITOS DE SARAMPO IMPORTADOS**”⁶. Os primeiros parágrafos são dedicados a uma recapitulação do histórico de infecções por sarampo entre pessoas provenientes de diferentes cidades e estados do Brasil. O documento informava que a SES-PE havia identificado seis casos suspeitos da doença. As seis pessoas com suspeita de infecção pelo sarampo eram residentes do estado de Pernambuco e possuíam histórico de viagem à cidade de Porto Seguro, Bahia. O estado da Bahia, por sua vez, já havia divulgado um alerta epidemiológico confirmando a detecção de casos de sarampo. A nota informava que a pessoa com caso de sarampo confirmado na Bahia havia entrado em contato com o grupo de

5 Criados em 1993, os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) possuem infraestrutura e logística específicas para atender pessoas em situações clínicas especiais, por exemplo, pessoas com comprometimento no sistema imunológico. Nesses centros as pessoas atendidas podem acessar diferentes imunobiológicos e vacinas em um calendário diferente do comumente acessado nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2023; PERNAMBUCO, [2022?]).

6 A nota técnica está disponível no ANEXO A.

Pernambuco que viajara para Porto Seguro. Por sua vez, a pessoa que estava em Porto Seguro e havia recebido a confirmação de estar infectada por sarampo era residente de outro estado, no caso, o estado de São Paulo que, naquele período, já havia confirmado 484 casos da doença.

Após as informações sobre o histórico de infecções e casos suspeitos, a nota técnica divulgada pela SES-PE trazia a seguinte conclusão:

Diante do exposto, considerando a possibilidade de confirmação desses casos suspeitos e, que em Pernambuco diversas regiões e municípios apresentam **cobertura e homogeneidade abaixo da meta de controle estabelecida pelo Ministério da Saúde**, a SES-PE informa ser **IMINENTE O RISCO DE REEMERGÊNCIA DO SARAMPO EM PERNAMBUCO** (PERNAMBUCO, 2019a, p.1, grifo do autor).

O trecho acima chamou minha atenção em particular. A “cobertura” e a “homogeneidade” citadas referiam-se à vacinação da população em Pernambuco contra o sarampo⁷. Compreendi que a nota, utilizando o jargão epidemiológico, estabelecia e informava uma relação entre a iminência de novas infecções por sarampo e a (não) vacinação da população. Ou seja, entendi que a reemergência da doença se relacionaria com uma ausência e/ou insuficiência da “cobertura” e da “homogeneidade” vacinal da população em Pernambuco.

A nota também enumerava recomendações para as Gerências Regionais de Saúde, para as Secretarias Municipais de Saúde e para a Vigilância em Âmbito Hospitalar, todas ligadas à SES-PE. Entre as sete recomendações listadas no documento, ao menos duas se referiam, de alguma maneira, a vacinas e a vacinação. Eram elas: “Imunização de rotina (população em geral)” e “Busca ativa de casos e bloqueio vacinal de contatos” (PERNAMBUCO, 2019a, p.1).

A leitura da nota suscitou-me algumas indagações. Tendo em vista que a reemergência de doenças é um tema de grande destaque no campo da saúde pública e também da epidemiologia (CARMO, PENNA e OLIVEIRA, 2008; OPAS, 2010), como observar essa

⁷ Segundo o Manual de Normas e Procedimentos de Vacinação do Ministério da Saúde, as “coberturas vacinais” e a “homogeneidade de coberturas vacinais” são indicadores de imunização. Esses indicadores são “instrumentos para a programação das atividades de imunização”, mais especificamente, para conhecer “a situação vacinal de determinada área, em determinado tempo e por determinados imunobiológicos”. A cobertura vacinal é um “indicador que estima a proporção da população-alvo vacinada e supostamente protegida para determinadas doenças”. Para o cálculo é utilizada a seguinte fórmula: Coberturas vacinais = N° de doses aplicadas de determinada vacina X 100 / População-alvo da vacinação. O indicador “homogeneidade das coberturas vacinais” é, de modo geral, “utilizado no âmbito dos estados e do País. Estima a proporção de municípios com coberturas adequadas.” Para o cálculo é utilizada a seguinte fórmula: Homogeneidade = N° de municípios com coberturas adequadas para determinada vacina X 100 / N° total de municípios (BRASIL, 2014, p.59-60).

questão através da antropologia? Como compreender a correlação ou o embricamento estabelecido entre a reemergência de uma doença e a vacinação da população? Como ocorreriam as experiências de vacinação da população em Pernambuco? Estariam as referidas baixa “cobertura” e baixa “homogeneidade” vacinal associadas a diferentes compreensões da população sobre vacinas e vacinação? Deixei que estas perguntas me acompanhassem e continuei explorando esta temática de pesquisa.

Com o intuito de acessar informações sobre o histórico de adoecimentos por sarampo em Pernambuco, consultei a publicação intitulada *Perfil Socioeconômico, Demográfico e Epidemiológico: Pernambuco 2016* (PERNAMBUCO, 2016). Segundo o documento, o último surto⁸ de sarampo no estado havia acontecido nos anos de 2013 e 2014 (PERNAMBUCO, 2016). O surto teve início em municípios da Região Metropolitana do Recife e se expandiu para outros 24 municípios do estado. Nesse período, foram confirmados 226 casos da doença e, a partir de março de 2014, não houve novos registros de casos no estado (PERNAMBUCO, 2016).

Dados mais recentes publicados no site do Ministério da Saúde informam que entre os anos de 2016 e 2017 não houve casos confirmados de sarampo no Brasil (BRASIL, [2023?]). É justamente nesse período, mais especificamente em setembro de 2016, que o Brasil recebeu o certificado de eliminação do sarampo concedido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Naquele momento, a região das Américas foi considerada a primeira “zona livre de sarampo” em todo o mundo (MENDES, 2016 [2022]).

Em 2018 o vírus do sarampo voltou a circular no Brasil e em 2019 novos surtos⁹ da doença começaram a ser registrados, inclusive em Pernambuco (BRASIL, [2023?]). No estado, foram confirmados 4 casos em 2018 e, em 2019, esse número aumentou consideravelmente, elevando-se para 344 casos. No Brasil, o ano de 2019 encerrou com um total de 20.901 casos da doença, a maioria deles concentrada no estado de São Paulo que contabilizou mais de 17 mil casos da doença (BRASIL, [2023?]). Entre os anos 2020 e 2022 foram confirmados, respectivamente, 8.100, 676 e 44 casos. Segundo divulgação do Ministério da Saúde, o último caso de sarampo no país foi registrado no estado do Amapá em

8 Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica (2024), “Um caso confirmado de sarampo é considerado um surto, independentemente da localidade ou do período de sua ocorrência.” (BRASIL, 2024, p.278).

9 Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde utiliza a todo tempo o termo “surto de sarampo” para se referir aos casos de sarampo e as suas respectivas distribuições durante o ano de 2019 (BRASIL, 2020a).

2022 e, até junho de 2023, ainda não havia registros de novas confirmações de casos da doença no Brasil (BRASIL, [2023?]).

Durante o ano de 2019, ano em que eu explorava este tema de pesquisa, o aumento expressivo de casos suspeitos e casos confirmados de sarampo no Brasil fez parte das notícias divulgadas em diferentes veículos de informação, jornais locais e de outros estados e também no próprio site da SES-PE (CAVALCANTE, 2019; PERNAMBUCO, 2019c, 2019d, 2019e, 2019f). Naquele momento, as notícias traziam informações sobre os números de casos e sobre a cobertura vacinal contra a doença em Pernambuco e em outros estados e cidades brasileiras (Casos [...], 2019; FELIX e TOMAZELA, 2019; LEITE, 2019; Ministério [...], 2019; Pernambuco [...], 2019). Algumas notícias inclusive apresentavam preocupações pelo fato de o Brasil perder o “status de país livre do sarampo” concedido ao país em 2016 (Brasil [...], 2019; CANCIAN, 2019; FORMENTI, 2019; São Paulo [...], 2019).

O sarampo também se tornou tema de uma reunião científica organizada pela SES-PE em outubro de 2019: *Reunião Científica Sarampo: um desafio atual*¹⁰ (PERNAMBUCO, 2019b). Parte da programação do evento foi aberta ao público e por isso consegui me inscrever como ouvinte. Decidi ir ao evento com o objetivo de continuar mapeando o campo de estudo e estar mais próxima dos debates correntes sobre o surto de sarampo no estado e sobre suas possíveis correlações com a vacinação da população. A Reunião foi composta por três palestras consecutivas e intituladas: 1) *Epidemiologia no Brasil e em Pernambuco*; 2) *Uma velha doença, mesmas manifestações?*; 3) *Prevenção com vacinas: como garantir a efetividade?* Essas palestras foram proferidas, respectivamente, por Ana Catarina de Melo Araújo (enfermeira que à época ocupava o cargo de coordenadora do Programa Estadual de Imunizações¹¹), Ângela Rocha (infetologista pediátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz) e Eduardo Fonseca (médico pediatra e à época presidente da Sociedade de Pediatria de Pernambuco - SOPEPE).

Todas as falas naquela manhã foram permeadas por um tom de alerta sobre a doença, por uma preocupação com os novos casos de sarampo em Pernambuco e no Brasil e também por um enfoque na vacinação como “melhor medida” de prevenção. Esta ida a campo, ainda

10 O cartaz de divulgação do evento está disponível no ANEXO B.

11 Ana Catarina de Melo Araújo em 2020, após a deflagração da pandemia de Covid-19, passou a ocupar o cargo de Superintendente de Imunizações da Secretaria Estadual de Pernambuco. Em 2022, no novo governo de Luís Inácio Lula da Silva, Ana Catarina passou a trabalhar no Ministério da Saúde, especificamente no cargo de Coordenadora-Geral de Incorporação Científica e Imunização do Departamento do Programa Nacional de Imunização.

que exploratória, corroborou a construção de uma compreensão mais aprofundada e ampliada sobre o surto de sarampo em Pernambuco e no Brasil e o seu entrelaçamento com vacinas e vacinação.

O conjunto de informações que eu passava a acessar através de notas técnicas, boletins epidemiológicos, documentos oficiais, palestras e notícias em veículos de informação iam formando, neste processo de pesquisa, um conjunto ou, talvez, um cenário de pesquisa. A meu ver, esse conjunto foi-me fornecendo, aos poucos, algum entendimento sobre a dimensão do surto da doença naquele momento e as preocupações que o cercavam no campo da saúde pública, da gestão pública em saúde e dos meios de comunicação.

No processo de pesquisa também senti necessidade de acessar e entender o que seria o sarampo e como ele seria descrito em documentos oficiais e na literatura científica. Pensei que compreender essas descrições poderia colaborar com um entendimento sobre a importância dada à vacina neste contexto.

No decorrer das leituras, observei que o sarampo é descrito como uma doença “extremamente contagiosa” (BRASIL, 2024, p.261)

e potencialmente fatal que permanece como um problema de saúde pública, especialmente em crianças menores de cinco anos, assim como adultos jovens desnutridos e imunodeprimidos residentes em países em que a transmissão não foi interrompida (MAKARENKO et al. , 2022, p.2).

Em outro documento, o Boletim Epidemiológico nº 19 divulgado pelo Ministério da Saúde em agosto de 2019, o sarampo é descrito como:

uma doença viral aguda similar a uma infecção do trato respiratório superior. É uma doença grave, principalmente em crianças menores de cinco anos, desnutridos e imunodeprimidos. A transmissão do vírus ocorre a partir de gotículas de pessoas doentes ao espirrar, tossir, falar ou respirar próximo de pessoas sem imunidade contra o vírus sarampo (BRASIL, 2019, p.1).

Segundo uma matéria divulgada no portal da Fiocruz (PIMENTEL, 2014), o adoecimento por sarampo “aumenta o risco de desnutrição” e, durante décadas, foi “uma das principais causas da mortalidade infantil” no Brasil (PIMENTEL, 2014). “Representando um desafio para a saúde pública, a doença passou a ser considerada de notificação compulsória¹²

12 Segundo informações divulgadas no site do Ministério da Saúde, “A notificação compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal. (...) Para incorporar um agravo ou doença à lista de notificação compulsória é necessário considerar alguns aspectos, a exemplo de características que possam apresentar riscos à saúde pública: potencial para surto ou epidemia; doença ou agravo de causa desconhecida; alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas; considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade na população.” (BRASIL, [2022?]).

em todo o território nacional em 1968, quando foram registrados 129.942 casos” (PIMENTEL, 2014; PERNAMBUCO, 2016). Neste mesmo texto são atribuídos à vacina alguns predicados. A vacina teria “mudado a história” e seria “fundamental”, pois sem ela existiriam apenas medicações paliativas contra o sarampo, não havendo tratamento (PIMENTEL, 2014).

Antes de começar a vacinação maciça em 1980, o sarampo causou cerca de 2,6 milhões de mortes por ano no mundo e cerca de 101,8 mil óbitos somente nas Américas entre 1971 e 1979. Um estudo sobre a efetividade da eliminação do sarampo na América Latina e no Caribe estima que, com a vacinação, os países da região preveniram 3,2 milhões de casos de sarampo e 16 mil mortes entre 2000 e 2020 (MENDES, 2016 [2022]).

Com “a introdução da vacinação em massa no Brasil e no mundo nas décadas de 1970 e 1980, os casos de sarampo diminuíram substancialmente.” (MAKARENKO et al, 2022, p.2). A meu ver, é nesse aspecto que seria atribuído então à vacina a capacidade de “mudar a história” e alterar, portanto, a situação do sarampo no Brasil a partir dos anos 1970.

As correlações entre sarampo, epidemias, surtos e vacinação se repetem em outros textos e documentos públicos e/ou oficiais. Repetem-se a afirmação e a compreensão de que vacina e vacinação são “a melhor medida” contra o sarampo. No Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2024) é afirmado que: “A vacinação é a medida mais eficaz de prevenção, de controle e de eliminação do sarampo (p.280).

Durante a epidemia de sarampo em 2019 no Brasil, as *Recomendações do Ministério da Saúde* divulgadas também em Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2019) endossavam a importância da vacinação para o enfrentamento ao sarampo:

Para a interrupção da transmissão do vírus do sarampo no país, as seguintes medidas de controle e vigilância devem ser imediatamente adotadas:

1. Intensificação da vacinação de rotina, conforme Calendário Nacional de Vacinação, sendo duas doses a partir de 12 meses a 29 anos de idade e uma dose para a população de 30 a 49 anos de idade.
2. Instituir dose zero para crianças de seis meses a 11 meses e 29 dias.
3. Bloqueio vacinal seletivo em até 72 horas em todos os contatos do caso suspeito. (BRASIL, 2019, p.11).

Ainda no referido tópico sobre “recomendações” do Boletim Epidemiológico é dito que: “A vacina é a única medida preventiva eficaz contra o sarampo” (BRASIL, 2019, p.11). Assim como a nota técnica divulgada pela SES-PE (PERNAMBUCO, 2019a), documentos do Ministério da Saúde, a exemplo desse Boletim Epidemiológico, reiteravam a relação entre os

casos de sarampo e a imprescindibilidade da vacinação como forma de mitigar a transmissão do vírus pelo território nacional e, conseqüentemente, a ocorrência de surtos e epidemias de sarampo.

Além de documentos oficiais divulgados pelo Ministério da Saúde, despertou minha atenção um texto publicado no dia 09 de agosto de 2019 no Jornal Diário de Pernambuco. O texto foi publicado no site do referido jornal, especificamente na sessão *Opinião* e assinado por André Longo, médico cardiologista e então secretário de saúde de Pernambuco à época. O texto trazia o seguinte título: *A arma contra o sarampo é a vacina*. Nas linhas do texto, Longo (2019) afirma:

(...) é necessário frisar que o poder público sozinho não vai conseguir vencer a batalha contra a doença. É preciso união de todos os pernambucanos. E a nossa arma contra a doença está à disposição de todos no posto de saúde mais próximo de sua casa: a vacina tríplice viral! Na dúvida, vacine. Esse é o recado e a forma mais rápida e segura de proteger nossa sociedade (LONGO, 2019).

Assim como na nota técnica da SES-PE (PERNAMBUCO, 2019a) e no Boletim Epidemiológico do Ministério da saúde (BRASIL, 2019), o texto de Longo (2019) faz uma correlação entre os casos de sarampo e a vacinação. No entanto, diferentemente dos documentos oficiais que utilizavam o jargão epidemiológico, o texto assinado pelo então secretário de saúde adiciona uma relação metafórica entre “vacina” e “arma” e refere-se a uma “batalha” a ser travada pela sociedade e pelo poder público “contra a doença”, no caso, o sarampo. Este discurso metafórico despertava minha atenção justamente por abrir caminho para explorar a multiplicidade de sentidos construídos e atribuídos às vacinas e à vacinação em um contexto denominado como surto e/ou epidemia de sarampo em Pernambuco e no Brasil.

A partir de todo esse repertório de documentos, notícias, discursos, observações e inferências preliminares sobre o campo, construí então um projeto de pesquisa de doutorado dedicado a compreender como usos e sentidos da vacinação se conformavam no contexto de reemergência de casos de sarampo em Pernambuco. Escolhi como local de campo unidades de saúde da atenção básica da Região Metropolitana de Recife e intencionava conhecer e aprofundar uma compreensão sobre os usos e sentidos da vacinação contra o sarampo especificamente a partir da experiência de profissionais de saúde e também do público atendido nas respectivas unidades. Foi com este projeto que ingressei no doutorado em Antropologia em março de 2020. No entanto, um projeto que até então parecia bem “redondo” em seu problema e em seus objetivos de pesquisa, demandou novos rumos.

1.3 Recalculando planejamentos e rotas do doutorado: a pesquisa atravessada pela pandemia da Covid-19

Lembro-me como se fosse hoje. Início de março de 2020, estávamos na primeira semana de aula do doutorado, no 13º andar do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, mais especificamente no Programa de Pós-graduação em Antropologia da UFPE (PPGA-UFPE). No intervalo de uma das disciplinas nós, alunos e professores, estávamos conversando no corredor sobre os casos e mortes por Covid-19 que assolavam a Itália e predominavam nos noticiários. Desde o final do mês de janeiro países como Estados Unidos, França e Itália já haviam confirmado casos de Covid-19 em suas populações (BUENO, SOUTO, MATTA, 2021). Durante aquela conversa informal de corredor, nossa consternação se direcionava a um OUTRO — aparentemente distante. Não comentamos sobre a possibilidade de o novo coronavírus estar circulando também pelo Brasil, entre nós e, conseqüentemente, atravessarmos situação ao menos parecida com a que a Itália vivia tragicamente naquele momento¹³. O intervalo de aula terminou e retornamos para a sala.

Menos de uma semana após essa conversa de corredor, no dia 17 de março de 2020, antes mesmo que a segunda semana de aulas do doutorado fosse iniciada, tomei conhecimento, através de um e-mail enviado pela coordenação do PPGA-UFPE, que a UFPE havia suspenso as aulas presenciais “para colaborar com as medidas de combate a propagação do Covid-19” (Garrabé, 2020). Nossas aulas presenciais foram suspensas e depois de alguns ajustes do PPGA-UFPE, passamos a ter aulas de forma remota. O cronograma de disciplinas do doutorado foi alterado de modo que as disciplinas obrigatórias que eu havia planejado cursar, não seriam mais ofertadas. Meu plano era poder cursar todas as disciplinas obrigatórias no primeiro ano do curso e, a partir do segundo ano, conseguir ter mais tempo para me dedicar exclusivamente para a tese. Mas isso não foi possível. Assim como o cronograma de disciplinas, meu projeto de pesquisa de tese foi afetado, e não havia como ser diferente diante de uma situação sem precedentes em nosso cotidiano.

Naquela altura, o primeiro caso de Covid-19 no Brasil já havia sido confirmado. O caso foi registrado no estado de São Paulo e tratava-se de um homem de 61 anos com histórico de viagem à Itália (BRASIL, 2020b). A confirmação havia-se dado no dia 26 de

13 “Entre o dia 13 e 20 de março, o país europeu teve 2,7 mil mortes, enquanto no mundo inteiro foram somadas 10,4 mil.” (Itália [...], 2020). À época este número de mortes representava 25% do total de vítimas no mundo.

fevereiro em meio às festividades de carnaval que ocorriam sem qualquer restrição (BUENO, SOUTO e MATTA, 2021).

Em dezembro do ano anterior, a OMS já havia sido alertada sobre casos de pneumonia constatados na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China (OPAS, [2020?]). Apenas um mês depois deste alerta, 25 países já haviam sido atingidos com a presença do vírus e o número de casos ultrapassava os 9 mil (ROSSI, 2020). Durante o mês de janeiro de 2020 a OMS já havia organizado reuniões com o Comitê de Emergências do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) para avaliar se os surtos de casos da doença se enquadrariam na definição de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)¹⁴.

Foi no dia 30 de janeiro de 2020 que a OMS declarou a situação tratar-se de uma ESPII e, mais de um mês depois, no dia 11 de março, nomeou a doença causada pelo novo coronavírus como a primeira pandemia do século XXI (OPAS, 2020a).

Desde o final de 2019 o vírus denominado SARS-CoV-2¹⁵ havia passado a infectar seres humanos e começado a provocar a doença Covid-19 (SÃO PAULO, [2021?]). A partir de então, acompanhando os noticiários nacionais e internacionais, podíamos saber que, a cada dia, cresciam os números de pessoas infectadas. Os números de pessoas adoecidas ou que haviam falecido por conta da Covid-19 cresciam vertiginosamente em diferentes cidades, países e depois, continentes.

14 Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) “é o mais alto nível de alerta” da OMS (OPAS, [2020?]). Segundo o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) uma ESPII é “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata” (OPAS, [2020?]). A definição de uma ESPII segue um rito da própria OMS. No caso, a determinação de um evento como ESPII é responsabilidade do diretor-geral de OMS e também do Comitê de Emergências do RSI. Cabe a este Comitê elaborar um parecer a ser entregue ao diretor-geral. Este parecer é composto por “medidas recomendadas a serem promulgadas em caráter emergencial”. O Comitê de Emergências elabora então Recomendações Temporárias que são, por sua vez, “medidas de saúde a serem implementadas pelo Estado Parte onde ocorre a ESPII – ou por outros Estados Partes conforme a situação – para prevenir ou reduzir a propagação mundial de doenças e evitar interferências desnecessárias no comércio e no tráfego internacional” (OPAS, [2020?]). Com a declaração de ESPII pela OMS, elevou-se o nível de “alerta mundial para a possibilidade de disseminação da doença por mais países e territórios” (BUENO, SOUTO, MATTA, 2021, p.28). Naquele momento, as recomendações compartilhadas pela OMS giravam em torno de orientar e estimular a cooperação entre os países afetados (OPAS, 2020b).

15 SARS-CoV-2 é a maneira como foi nomeado o vírus que causa a doença Covid-19. Segundo o portal do Instituto Butantan, SARS-CoV-2 é um vírus da família do coronavírus, uma extensa família de vírus que se assemelham. Alguns dos coronavírus podem causar a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS na sigla em língua inglesa) e esse é o caso do SARS-CoV-2, que também ficou conhecido como “novo coronavírus” no início da pandemia por ser um microrganismo que até há pouco tempo não infectava seres humanos e passou a infectar (SÃO PAULO, [2021?]).

Hoje, cinco anos após a OMS ter categorizado este adoecimento global como uma pandemia (OPAS, 2020a), já passamos, apenas no Brasil, dos mais de 715 mil mortos e 39 milhões de casos conhecidos do novo coronavírus (BRASIL, 2025).

Para além de uma experiência desigualmente coletiva, a pandemia nos afetou pessoalmente, na dinâmica familiar, na organização da casa, nas relações com amigos e familiares. Em meio a isso, como dar conta de um curso de doutorado e de uma pesquisa de tese? Preservar a saúde e sobreviver em meio ao caos e à tragédia continuavam sendo mais urgentes. De modo que, entre altos e baixos pessoais, adoecimentos, mortes e nascimentos de meus familiares, fui persistindo em dar continuidade ao projeto de tese.

Enquanto pesquisadora, confesso que se tornou tarefa árdua acompanhar o compasso trágico e acelerado da pandemia. As notícias, os pronunciamentos, as medidas de isolamento e as *fake news* se sobrepunham umas às outras. Além disso, a vida pessoal e familiar se reorganizava. Elaborávamos em casa novas rotinas de cuidado, de limpeza, de afeto e de comunicação. Precisei assumir que, enquanto pesquisadora, não daria conta, instantânea e totalmente, da complexidade de questões e desafios vivenciados naquele momento pelo Brasil, pelo mundo, por mim e por todas pessoas e gerações afetadas pela pandemia.

Para compor esta tese, optei por lançar um olhar retrospectivo à experiência pandêmica. Hoje, enquanto escrevo, eu (pessoa e pesquisadora) já não estou imersa ou tentando sobreviver à própria pandemia, de modo que esse distanciamento temporal em relação à experiência me permite ter um melhor discernimento sobre o que trazer de conteúdo acerca do evento pandêmico para esta tese. Escolho destacar e costurar aspectos que, analisando retrospectivamente, contribuíram direta ou indiretamente para as readaptações do projeto de pesquisa e que se interligam aos resultados e às análises que apresentarei ao longo dos capítulos.

1.4 Um pouco mais sobre a pandemia e os reflexos para esta tese

A magnitude e o impacto global da pandemia de Covid-19 vieram acompanhados da preocupação de cientistas ao redor do mundo, entre eles, cientistas sociais, filósofos, epidemiologistas, biólogos, historiadores. De modo que, ao longo do ano de 2020 e até os dias de hoje, já fomos beneficiados com inúmeras publicações sobre a experiência pandêmica (GROSSI e TONIOL, 2020; PORTELA, REIS e LIMA, 2022; ALMICO, GOODWIN e

SARAIVA, 2020; MATTA et al., 2021; ALMEIDA, MARIN e MELO, 2020; N-1 EDIÇÕES, 2020).

Algumas das referências que passaram a me acompanhar no primeiro ano de pandemia foram os boletins publicados diariamente (entre os meses de março a julho de 2020) e através de uma parceria entre a Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), a Sociedade Brasileira de Sociologia (SBS), a Associação Brasileira de Antropologia (ABA), e a Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP) (GROSSI e TONIOL, 2020). Cada boletim reunia textos breves escritos por cientistas sociais que versavam acerca de suas impressões, reações, análises e desdobramentos da pandemia. Ainda em 2020, os boletins foram compilados no formato de livro, intitulando-se *Cientistas Sociais e o coronavírus* (GROSSI e TONIOL, 2020).

Através deste e de outros escritos, pude acessar análises instantâneas, ricas e inquietantes de diferentes estudiosos sobre as reverberações da pandemia na vida de grupos mais vulneráveis, na organização dos serviços de saúde, na (des)confiança sobre o fazer científico, nas desigualdades sociais agudizadas, no acesso a tratamentos e vacinação contra a doença, só para citar alguns temas (AGUIAR, 2020; CASTRO, 2020 e 2021b; FREIRE, 2020; MATOS, 2020; PIMENTA, 2020; PINTO, 2020; SALDIVA, 2021). Se, por um lado, identifico que meu projeto de pesquisa de tese foi ganhando novos delineamentos neste mesmo fluxo de cientistas sociais preocupados em compreender a pandemia de Covid-19, por outro, vi-me diante de um verdadeiro oceano de textos, vídeos, webnários, comentários, artigos científicos e matérias de jornal.

Em 2019, quando eu ainda escrevia a proposta de projeto de tese voltada à epidemia de sarampo em Pernambuco e suas relações com a vacinação, confesso que foi desafiador encontrar um número expressivo de referências da Antropologia e das Ciências Sociais abordando diretamente a temática de vacinas e vacinação. O tema ainda me parecia ser objeto extensamente discutido no campo da saúde pública, da saúde coletiva e da história, abordagens igualmente relevantes, mas que diferem de uma perspectiva antropológica e etnográfica (SEVCENKO, 2010; HOCHMAN, 2011; SOUZA, 2007; CHALHOUB, 2017; LOPES, 1996).

Passados alguns meses, a partir da deflagração da pandemia de Covid-19, o desafio já não estava mais em acessar referências e elaborar uma perspectiva antropológica sobre vacinas e vacinação, mas sim compreender e lidar com um arsenal de textos, análises,

comentários e prospecções sobre a pandemia, sobre vacinas e vacinação. Além disso, assim como no contexto de epidemia de sarampo, as correlações entre adoecimento/epidemia e vacinas/vacinação se repetiam e se reconfiguravam também.

Quando, em 2020, o mundo foi incitado a pensar em “soluções”, “saídas” para o contexto pandêmico, passei a observar que uma série de debates sobre vacinas e vacinação foram recuperados e (re)elaborados nas conversas domiciliares, nos noticiários, nas *fake news*, nos pronunciamentos de autoridades nacionais e internacionais, nos artigos científicos das ciências da saúde e das ciências humanas. Se, em 2019 eu me senti, por vezes, solitária percorrendo uma bibliografia sobre vacinas, vacinação e epidemias, esse já não era mais o caso a partir de 2020. A meu ver, uma gramática talvez até então restrita a diálogos entre epidemiologistas, laboratórios, profissionais de saúde e indústrias farmacêuticas, parecia agora circular com facilidade em grupos de *Whatsapp*, em programas de podcast, nas conversas de elevador, na fila da padaria, entre vizinhos, amigos e desconhecidos. Cheguei a me questionar: como estudar e fazer uma tese sobre um tema que “todo mundo” já “sabe”? Como e o quê eu teria a acrescentar enquanto pesquisadora e antropóloga? Parecia que, agora, “todo mundo” entendia alguma coisa ou já tinha alguma opinião formada sobre: vírus, variantes, tipos de máscaras, tipos de testes de diagnósticos, estratégias de isolamento, ingredientes farmacêuticos, ensaios clínicos, desenvolvimento e tecnologias de vacinas, etc. Cotidianamente, por diferentes fontes e para diferentes direções, o evento pandêmico me impelia a refletir sobre o tema da pesquisa da tese e, de alguma forma, atualizá-lo perante o inédito contexto histórico e sanitário.

Havia ainda mais uma questão que adicionava complexidade à pesquisa e ao fazer científico durante o transcorrer da pandemia no Brasil. Foi sob o governo de Jair Bolsonaro que vivemos os momentos mais críticos e aterrorizantes da Covid-19 no Brasil. Apenas entre os anos de 2020 e 2021 morreram mais 600 mil pessoas (BRASIL, 2024a). Aqui no país, a ausência de políticas públicas para o enfrentamento à pandemia, o negacionismo científico e também as teses conspiratórias marcaram os contornos da pandemia (CASTRO, 2021b, p.2).

Na prática, isso significou uma gestão pública federal de descaso e negligência para com os adoecidos e mortos pela Covid-19 (FREIRE, 2020). Bolsonaro “distribuiu remédios ineficazes contra a doença, incentivou aglomerações, atuou contra a compra de vacinas, espalhou informações falsas sobre a Covid-19 e fez campanhas de desobediência a medidas de proteção, como o uso de máscaras (BRASIL, 2021; Em 15 frases [...], 2023). A

descontinuidade e/ou ausência de alinhamento entre os níveis de gestão federal, estadual e municipal também prejudicaram a eficiência das medidas de mitigação à pandemia, a exemplo das ações de vacinação (PETRA et al., 2024; FERNANDEZ e PINTO, 2020).

Compreendo que esse cenário tornou-se um terreno fértil para que se instaurasse no Brasil um clima de desconfiança e descrédito nas instituições, nas autoridades, na ciência, nos profissionais de saúde e nas vacinas. Entre tantas e repetidas declarações problemáticas, o então presidente Jair Bolsonaro chegou a afirmar, por exemplo, que pessoas que tomassem a vacina contra Covid-19 poderiam se transformar em jacarés ou correriam o risco de desenvolver AIDS (De 'liberdade' [...], 2023; FALCÃO e VIVAS, 2022). Reiteradamente, Bolsonaro negava a existência de uma pandemia e sua respectiva gravidade (LERNER, CARDOSO e CLÉBICAR, 2021, p. 227). Tornou-se evidente a presença de propostas diferentes (e muitas vezes divergentes) “de enfrentamento da pandemia entre o governo federal e os governos locais, estados e municípios, e entre a Presidência da República e o próprio Ministério da Saúde” (FERNANDEZ e PINTO, 2020, p.8).

Ainda no primeiro semestre de 2020, o governo federal passou a restringir o acesso a dados sobre a pandemia (Veículos [...], 2020). Por exemplo, na primeira semana de junho, o portal do Ministério da Saúde que divulgava números de mortos e contaminados foi tirado do ar por pelo menos 19 horas. Ao retornar, já não era mais possível acessar dados sobre o número acumulado de mortos e contaminados, estavam apenas disponíveis o número de pessoas adoecidas naquele próprio dia (Veículos [...], 2020). Entre as diversas consequências desta ausência de transparência de dados oficiais sobre a pandemia, uma delas foi o nosso pouco acesso enquanto cientistas no que se refere aos impactos das mortes e adoecimentos pela Covid-19 nas diversas populações e territórios brasileiros. Como poderíamos saber quais grupos estariam sendo mais vitimados pela doença ? No âmbito da gestão pública, por exemplo, como seria possível planejar ações de políticas públicas de saúde?

Neste contexto de restrição e ausência de dados qualificados sobre a pandemia foi criado, em junho de 2020, um consórcio de mídias. Alguns veículos de comunicação como O Estado de São Paulo, Folha de São Paulo, UOL, Extra, O Globo e G1 passaram a trabalhar de forma cooperativa e a coletar números e dados sobre a pandemia diretamente com as secretarias estaduais de saúde (Veículos [...], 2020). Nesse caminho, os sentidos da Covid-19 também passaram a ser construídos pelas mídias tradicionais e o jornalismo passou a assumir um “papel de grande enunciador da pandemia como catástrofe” (MATTA et al., 2021, p.23).

Esse entrave com relação ao acesso a dados oficiais e confiáveis sobre o curso da pandemia no Brasil também trouxe reverberações para o projeto de tese. Ainda que não estivesse no escopo e na proposta imediata desta pesquisa, as notícias e dados divulgados pelo consórcio de mídias também passou a ser fonte de informação para mim, também se tornaram dados e parte da pesquisa etnográfica. Discorrerei a respeito disso com mais atenção no capítulo dedicado à metodologia mas, por enquanto, o que desejo pontuar é que a forma como a pandemia foi se desenrolando no Brasil e a respectiva (in)gestão federal implicaram também readequações necessárias (e bem-vindas) ao desenvolvimento do projeto e da pesquisa de tese.

1.5 Os novos delineamentos do projeto de tese: a vacinação contra a Covid-19 e os profissionais de saúde no Brasil

Em meio a uma série de disputas políticas, teorias da conspiração, teses negacionistas, descaso da gestão do então governo federal em gerir a pandemia e todos os seus reveses, em janeiro de 2021¹⁶, após quase um ano do primeiro caso de Covid-19 identificado no Brasil, foi aprovada pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) o uso emergencial da vacina Coronavac (Butantan) (ANVISA, 2021)¹⁷.

Com a aprovação do uso emergencial dessa e de outras vacinas pela ANVISA no Brasil¹⁸ (VACINAS, 2022), os governos estaduais e municipais lançaram mão de *Planos de Operacionalização Para Vacinação Contra Covid-19*. O estado de Pernambuco foi um entre aqueles que lançaram esses planos. No site da Secretaria Estadual de Saúde podemos acessar com certa facilidade todos os planos de operacionalização elaborados e reeditados durante os anos 2020, 2021 e 2022 (IMUNIZAÇÃO, 2022; PERNAMBUCO, 2021; PERNAMBUCO; 2022).

16 Países como Canadá e Reino Unido iniciaram a vacinação contra Covid-19 ainda em dezembro de 2020 (Vacina [...], 2020). Lembrando ainda que o tardiamiento da disponibilidade de vacinas no Brasil não se deveu apenas à ausência de vontade política do governo federal. No contexto mais amplo e mundial da pandemia também nos deparamos com uma série de questões e disputas geopolíticas entre países envolvendo o desenvolvimento, produção, distribuição e acesso à vacinas contra Covid-19 (CASTRO, 2021A; FIDLER, 2020).

17 A vacina Coronavac foi aprovada no dia 17 de janeiro de 2021. Neste mesmo dia, o governo de São Paulo sob o comando de João Dória realizou um evento transmitido ao vivo a título de vacinar a primeira pessoa brasileira contra Covid-19. A pessoa escolhida foi Mônica Calazans: mulher, negra, enfermeira e que há época atuava como profissional de saúde em um hospital e um pronto socorro (SÃO PAULO, 2021).

18 No site da ANVISA é possível encontrar todas as informações e os status das análises das vacinas contra Covid-19. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/vacinas>.

Em 2021 portanto, iniciaram-se ainda que heterogeneamente as operacionalizações da vacinação nos estados e cidades brasileiras e os profissionais de saúde passaram a ser incluídos nos grupos prioritários para receberem a vacina contra o novo coronavírus. No primeiro *Plano de Operacionalização Para Vacinação Contra Covid-19* do governo pernambucano, divulgado em janeiro de 2021 (PERNAMBUCO, 2021), lê-se que os trabalhadores da saúde foram definidos como grupo prioritário a ser vacinado. Dentro desse grupo prioritário, foram estabelecidos subgrupos, ou seja, os “prioritários” dentro dos prioritários. No topo da lista encontramos “profissionais de saúde vacinadores” (aqueles responsáveis por administrar e vacinar o público-alvo contra a Covid-19). Essa informação me chamou a atenção. Em que estaria pautada esta prioridade? Como definir prioridade para vacinação em um contexto de pandemia? Os diversos profissionais de saúde estavam cotidianamente expostos ao novo coronavírus e os números de adoecidos e mortos nesse setor se tornavam cada vez mais expressivos. Eu compreendia que os mais “expostos” ao vírus e os mais “suscetíveis” ao adoecimento e à morte passaram a ter prioridade em receber a vacina contra o Sars-Cov-2.

O lugar de “prioridade” estabelecido para os profissionais de saúde vacinadores me fez observar com maior atenção o feixe de relações e representações que estes sujeitos congregariam no contexto pandêmico no Brasil. Acompanhando os desdobramentos da pandemia, eu ainda mantinha o interesse de pautar o projeto de tese em uma compreensão sobre usos e sentidos atribuídos às vacinas e à vacinação. Na verdade, desde o percurso de investigação sobre a epidemia de sarampo em Pernambuco eu me interessava pelo tema das vacinas e da vacinação e o estudava. No entanto, o lugar e as experiências de profissionais de saúde na pandemia passaram também a despertar minha atenção e minha curiosidade antropológica.

Ainda em 2020, no momento em que tiveram início as restrições sanitárias nos municípios e nos estados devido à propagação do vírus, profissionais de saúde foram incluídos no grupo de trabalhadores de serviços essenciais. Se, de um lado, era necessária toda uma infraestrutura material e humana para atender o número vertiginoso de adoecidos, esses profissionais passaram a ser vistos, em termos metaforicamente bélicos, como os da “linha de frente”. Enquanto “linha de frente” a grande massa de profissionais de saúde tornou-se um grupo altamente e cotidianamente exposto ao novo coronavírus.

Paradoxalmente, esse “lugar” ocupado pelos profissionais de saúde exercendo um certo trabalho de cuidado na atenção aos adoecidos por Covid-19, foi encarado como “oportuno” (CASTRO, 2018) para o desenvolvimento de ensaios clínicos com vacinas anti-covid-19. Em meio à administração desastrosa da pandemia no Brasil orquestrada principalmente pelo governo federal, profissionais de saúde da chamada “linha de frente” participaram voluntariamente de ensaios clínicos com vacinas. Entre elas a CoronaVac (CORONAVAC, 2022). De julho de 2020 a janeiro de 2021 mais de doze mil profissionais de saúde voluntários participaram dos ensaios clínicos no Brasil para desenvolvimento da vacina CoronaVac. Estes profissionais estiveram distribuídos em “16 centros clínicos de oito estados brasileiros que receberam duas doses do imunizante” (GIELOW, 2021).

Os profissionais de saúde, além de já estarem atuando na “linha de frente” da pandemia, expondo-se ao vírus (e ao mesmo tempo cuidando de pessoas adoecidas) e participando de ensaios clínicos, agora, com a aprovação de uma vacina, também passaram a se tornar um grupo prioritário a receber a vacina. E não apenas isso, ao se tornarem também “vacinadores” eles passaram a estar na “linha de frente” da própria vacinação da população contra a Covid-19, proporcionando e mediando, a meu ver, os encontros (e também desencontros) entre vacinas e público-alvo.

Diante de todos esses aspectos sobre os profissionais de saúde na pandemia, decidi reformular o projeto de tese. Escolhi problematizar e refletir portanto sobre o lugar particular ocupado por profissionais de saúde que, durante a pandemia e no “pós-pandemia”, trabalharam/trabalham cotidianamente na organização, planejamento e execução das ações de saúde pública voltadas às vacinas e à vacinação.

Defini que o trabalho de campo presencial continuaria sendo na cidade de Recife e teria como locais de pesquisa: unidades de saúde, um centro de vacinação voltado para vacinação contra Covid-19 e setores municipais e estaduais dedicados ao armazenamento e distribuição de vacinas. Diante do novo contexto sanitário, o foco da pesquisa não seria acerca de compreensões sobre uma vacina ou uma doença específica. Escolhi ir a campo, acompanhada de objetivos, mas também com o espectro aberto acerca de experiências e compreensões sobre vacinas e vacinação a partir de relatos de profissionais de saúde. Também foi uma escolha consciente desta pesquisa manter, de partida, como sujeitos da pesquisa, “profissionais de saúde”. A priori, antes de saber exatamente em quais locais da pesquisa eu

teria autorização ética e burocrática para permanecer como pesquisadora, optei por ir a campo e, no percurso, entender que grupo de profissionais se tornaria interlocutor e/ou interlocutora.

1.6 Objetivos norteadores da pesquisa e daquilo que a tese se tornou

Ao longo de seu desenvolvimento, a pesquisa foi apontando que usos e sentidos sobre vacinas e vacinação apresentavam diferentes camadas ou, talvez, fontes. Deparei-me com os discursos oficiais e públicos dando sentido às vacinas, as falas e experiências das próprias interlocutoras se referindo às vacinas, os sentidos históricos vistos no percurso da saúde pública no Brasil, o contexto pandêmico tensionando compreensões sobre vacinas e vacinação, e ainda o sentido da vacinação como função/responsabilidade da Enfermagem.

As reformulações no projeto de tese e o amadurecimento do processo de pesquisa me conduziram a explorar a posição particular e crítica vivenciada por profissionais de saúde durante a pandemia, em especial aqueles envolvidos diretamente e cotidianamente com a vacinação da população. O mergulho no trabalho de campo presencial, no segundo semestre de 2023, foi decisivo para compreender e definir que as profissionais da Enfermagem se tornariam as principais interlocutoras da pesquisa, mais especificamente, enfermeiras e técnicas de enfermagem¹⁹

O trabalho de campo presencial foi decisivo, mas esse entendimento e essa escolha foram também norteados pelo fato de que no cotidiano regular dos serviços públicos de saúde é a equipe de enfermagem que é a responsável por vacinar a população. Na literatura sobre normas e procedimentos de vacinação no Brasil, são as/os enfermeiras/os e técnicas/os de enfermagem as/os responsáveis por administrar e aplicar as vacinas nas pessoas que procuram o serviço de saúde. A presença de profissionais da Enfermagem nos setores de armazenamento e distribuição de vacinas também é conhecido e foi observado através desta pesquisa. Neste caminho, a construção e desenrolar da tese passaram a se debruçar sobre as profissionais da Enfermagem, aqui tomadas como ocupantes de um lugar chave e potencial para se descortinarem compreensões sobre os usos e os sentidos das vacinas e da vacinação.

19 Aqui e ao longo da tese, escolho falar no gênero feminino (interlocutoras, enfermeiras e técnicas), pois foram as mulheres que ocuparam a maioria dos espaços de interlocução desta pesquisa. Em alguns momentos utilizarei também o gênero masculino para sinalizar que naquele conjunto de pessoas citadas havia alguma identificada com o gênero masculino.

Dessa forma, entre idas e vindas do projeto, entre o trabalho de campo e a escrita da tese, entendo que o objetivo principal desta pesquisa se tornou: compreender usos e sentidos atribuídos às vacinas e à vacinação a partir de experiências cotidianas de profissionais de Enfermagem envolvidas na organização, armazenamento, distribuição e administração de vacinas e ações de vacinação na cidade de Recife, Pernambuco.

Na construção deste objetivo, tomei como necessário percorrer um caminho de pesquisa e escrita de tese que desbravasse a história das vacinas e da vacinação no Brasil, assim como a história da Enfermagem e como ela está entrecruzada à própria história da vacinação enquanto medida de saúde pública no país. A escolha por este percurso histórico associado a um olhar antropológico tornou-se base para desenvolver a análise dos registros de campo acerca das rotinas e cotidianos das profissionais de Enfermagem no trabalho com vacinas e vacinação.

Também se tornou parte importante da pesquisa descrever os diferentes locais de campo de modo a entender como as esferas de saúde pública municipal, estadual e federal se relacionam e também compõem as diversas ações de vacinação em que as profissionais de Enfermagem atuam. Foi através do trabalho de campo etnográfico que se tornou possível ainda analisar as rotinas das interlocutoras e compreender seus percursos pessoais e profissionais relacionados tanto à formação em Enfermagem como ao trabalho com vacinas e vacinação. Nesse caminho, encaro que a tese aqui apresentada pode ser entendida a partir de um conjunto de objetivos citados a seguir e desenvolvidos ao longo dos capítulos.

Objetivo geral:

Compreender usos e sentidos atribuídos às vacinas e à vacinação a partir de experiências cotidianas de profissionais de Enfermagem envolvidas na organização, armazenamento, distribuição e administração de vacinas e ações de vacinação na cidade de Recife, Pernambuco.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a atuação das profissionais de Enfermagem através de uma contextualização histórica sobre a Enfermagem e a vacinação no Brasil, em Pernambuco e em Recife;

- Descrever os locais de campo da pesquisa e suas relações com as esferas de saúde pública municipal, estadual e federal voltadas às ações de vacinação;
- Analisar a rotina de profissionais de Enfermagem da cidade do Recife que atuam na organização, armazenamento, distribuição e administração de vacinas e ações de vacinação;
- Compreender o percurso pessoal e profissional das interlocutoras relacionado à formação em Enfermagem e ao trabalho com vacinas e vacinação.

1.7 (Des)caminhos teóricos e bibliográficos desta pesquisa de tese

O refinamento da disciplina, então, não acontece em um espaço virtual, abstrato e fechado. Ao contrário, a própria teoria se aprimora pelo constante confronto com dados novos, com as novas experiências de campo, resultando em uma invariável bricolagem intelectual.
(PEIRANO, 2014, p.381).

1.7.1 Pontos de partida: Antropologia da Saúde

Escolho falar em caminhos e descaminhos teóricos da tese por considerar que toda a trajetória da pesquisa e da escrita foram permeadas por aproximações, afastamentos e mergulhos (mais e menos profundos) em um conjunto de referências. Este processo não ocorreu de maneira linear. Na construção da tese, linha por linha, surgiram novas referências ao mesmo tempo em que outras, que eu considerava a priori imprescindíveis, foram se distanciando do sentido que a pesquisa passou a tomar.

Noto ser importante pontuar que há uma certa heterogeneidade de abordagens, conceitos e referências que acompanharam e seguem acompanhando as reflexões desta tese. Reúno autoras/es, conceitos e perspectivas que consegui acumular através de leituras e que ganharam sentido em diferentes momentos do percurso da pesquisa, desde o momento inicial em que o projeto de pesquisa era transportado do plano das ideias para o papel, até o momento em que finalizo a escrita da tese. Ao longo de toda essa jornada, identifico que as referências se acumularam, se reformularam e ganharam sentido a partir de cada etapa da pesquisa.

Nesse percurso, ao mesmo tempo em que o quadro teórico foi pensado como um guia para acurar o olhar ao ir a campo, ele também manteve-se poroso e maleável para cada nova leitura, abordagem e para cada novo dado ou análise com que me deparei durante a tese. De forma que percebo que o esforço em fazer desta pesquisa de tese uma pesquisa etnográfica não se traduziu em uma questão meramente metodológica, mas também envolveu um exercício teórico e prático (PEIRANO, 2014). Este tornou-se para mim um dos pontos de partida para o desenvolvimento desta tese.

Considero que o outro ponto de partida e base para esta tese reside no extenso campo da Antropologia da Saúde (ou também da Antropologia da Doença como referenciado por alguns) (MINAYO, 1998; SARTI, 2010, LAPLANTINE, 2004). Sabemos ainda que, no Brasil, não se trata de um novo campo de estudos (ALVES e RABELO, 1998 ; CANESQUI, 2003). Podemos afirmar que os seus primórdios estariam nos anos 1970 (LANGDON, FÓLLER e MALUF, 2011) e que, no decorrer das décadas, vemos que os estudos voltados para a Antropologia da Saúde no Brasil ganharam fôlego, de forma que, atualmente, pode-se afirmar que se trata de um campo consolidado de estudos no Brasil (MALUF, SILVA e SILVA, 2020; AURELIANO e SILVA, 2024). Isso tem se traduzido na sua presença em Grupos de Trabalho em congressos como a Reunião Brasileira de Antropologia, assim como o lançamento e a continuidade da Reunião de Antropologia da Saúde que acontece desde 2015 (MALUF, SILVA e SILVA, 2020; AURELIANO e SILVA, 2024).

Comungo aqui da perspectiva de Cynthia Sarti (2010) ao afirmar que a Antropologia da Saúde seria fiel à tradição relativista da disciplina, considerando assim que todos os sistemas médicos e discursos sobre corpo, saúde e doença são categorias culturais e, independentemente de suas procedências, poderemos dedicar-lhes nosso interesse científico. Nesse caminho, podemos nos dedicar a compreender como “os sujeitos, em cultura, pensam e vivem as noções sobre saúde, corpo e doença” (SARTI, 2010). Não se tornaria nossa tarefa, enquanto antropólogas/os, definir estas noções como categorias essencializadas, mas sim, entendê-las a partir da maneira como os sujeitos, em relação, seguem construindo e vivenciando estas noções (SARTI, 2010).

Um dos desafios colocados para esta tese, mas que também é próprio da fundação e do amadurecimento da Antropologia da Saúde no Brasil, diz respeito ao fato de seus objetos e temas de estudo serem caros a outros campos disciplinares, como as ciências da saúde e a biomedicina. Devido a isso, como bem alertam as antropólogas Cynthia Sarti (2010) e Rosana

Castro (2022), torna-se um desafio constante, no campo da Antropologia da Saúde, não nos deixarmos “encapsular” pela perspectiva da biomedicina.

Em trabalho mais recente de revisão sobre a produção brasileira no campo da Antropologia da Saúde, Sônia Maluf, Érica Quinaglia Silva e Marcos Aurélio Silva (2020) afirmam que “não necessariamente a percepção mais atenta às questões e aos problemas mais evidentes de saúde da população significa uma submissão à agenda da pesquisa epidemiológica, das políticas públicas ou da biomedicina.” (MALUF, SILVA e SILVA, 2020, p.24). Se num momento fundacional do campo da Antropologia da Saúde no Brasil uma forte distinção epistemológica entre a biomedicina e a Antropologia foi pautada (MINAYO, 1998), desde os anos 2000, segundo as autoras e o autor, o quadro passou a ser outro.

(...) as fronteiras disciplinares deslocam-se para outro patamar, no qual a disputa de regimes de verdade entre biomedicina e antropologia dá lugar a pesquisas cooperativas, em rede, e de potencialização mútua – mesmo que crítica. Trata-se de um projeto em movimento, em construção, mas cujos efeitos científicos, éticos e políticos são inegáveis. (MALUF, SILVA e SILVA, 2020, p.25).

No caso desta tese, considero que as fronteiras disciplinares e suas cooperações apresentam-se inclusive em minha própria trajetória acadêmica e como pesquisadora. Faço essa afirmação não apenas pensando na biomedicina, mas também na Saúde Coletiva e na Saúde Pública. Além da graduação em Ciências Sociais e do mestrado em Antropologia acumulei em meu percurso formativo uma especialização em Saúde Coletiva. Fora isso, as duas experiências de trabalho mais significativas de minha trajetória profissional deram-se em instituição e núcleo de pesquisa inseridos fortemente no campo da saúde pública no Brasil²⁰, espaços esses que produzi cientificamente e coletivamente. Isso tem alguma relevância aqui, pois compreendo que a minha trajetória fronteira contribuiu significativamente para direcionar as leituras e os referenciais citados nesta tese (que transitam pela Antropologia e pela Saúde coletiva), assim como minha presença em campo e as escolhas teórico-metodológicas feitas antes, durante e após o trabalho de campo.

Dois aspectos que estão, a meu ver, nas bases da Antropologia da Saúde no Brasil e nas etnografias realizadas neste campo de estudo, ganharam centralidade na presente pesquisa: encarar as/os interlocutoras/es como “sujeitos de carne e osso” (MALUF, SILVA e SILVA, 2020) e compreender as “políticas de saúde em ato” (SARTI, 2014).

²⁰ Refiro-me aqui ao trabalho como Consultora em Ciências Sociais para o Núcleo de Telessaúde do Instituto de Medicina Integral Fernandes Figueira (2015-2017); e ao trabalho como pesquisadora associada no Núcleo Interdisciplinar sobre Emergências em Saúde Pública vinculado ao Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (2022-2025). Em ambas as experiências pude aprender, trabalhar e pesquisar junto a pesquisadoras/es e profissionais de saúde.

Fazendo coro às considerações de Maluf, Silva e Silva (2020) sobre a Antropologia da Saúde no Brasil nas últimas duas décadas, percebo que esta pesquisa ganhou contornos mais definidos a partir do trabalho de campo presencial, passando a encarar com maior vigor as interlocutoras como sujeitos de “carne e osso”, evidenciando suas experiências e relatos cotidianos no trabalho com vacinas e com vacinação. A esse respeito, Maluf, Silva e Silva (2020) referem-se a uma abordagem que encare “os sujeitos pesquisados” como:

sujeitos políticos, não apenas produzidos e afetados pelas experiências vividas, mas produtores de experiências, relações, saberes e práticas, protagonistas na e da pesquisa, produzindo suas versões (e mundos) na relação etnográfica. Existe um tom predominante nos estudos de evidenciar esses sujeitos de “carne e osso” e, a partir deles, construir os caminhos da pesquisa. É com base neles que a antropologia tem confrontado o discurso e as práticas hegemônicas da biomedicina e favorecido uma compreensão crítica e reflexiva das relações de poder estabelecidas no campo da saúde e da doença. (MALUF, SILVA e SILVA, 2020, p.24-25).

Inspirada nesse repertório referido pelas autoras e pelo autor, as interlocutoras desta pesquisa foram encaradas como “sujeitos políticos” e de “carne e osso” na construção de suas experiências cotidianas referentes às vacinas e às ações de vacinação. Para além de estatísticas e dados numéricos que nos ajudam a entender o perfil de profissionais que atuam com vacinação no Brasil hoje, a pesquisa de campo etnográfica traduziu-se em observar e compreender as experiências cotidianas de profissionais que atuam cotidianamente com vacinas e vacinação. O trabalho aqui desenvolvido e seu cunho antropológico e etnográfico permitiu justamente acessar as interlocutoras de “carne e osso”, no sentido de observar e compreender sua humanidade e sua vulnerabilidade, assim como também compreender as camadas, nuances e complexidades dos sentidos construídos e vividos por essas interlocutoras no que se refere às vacinas e à vacinação.

Seguindo por esse caminho de observar as experiências cotidianas de profissionais de Enfermagem e os usos e sentidos que estes atribuem às vacinas e à vacinação, tornou-se também intenção e exercício desta pesquisa de tese compreender as “políticas de saúde em ato” (SARTI, 2014). Partilho aqui da ideia de que por mais que ações de saúde pública sejam normatizadas em nível nacional, estadual e municipal, o trabalho de campo etnográfico contribui potencialmente para observarmos e, de certa maneira, revelarmos tensões, ambiguidades, heterogeneidades do campo estudado (SARTI, 2014). Fazer trabalho de campo em setores diversos da assistência à saúde pública no Brasil, especificamente em Recife, demandou para esta pesquisa um acúmulo direcionado às políticas de saúde no Brasil. De forma mais específica ainda, demandou uma aproximação com o Programa Nacional de

Imunizações (PNI). No entanto, ao estar em campo, observando e compreendendo as “políticas de saúde em ato”, foi possível compreendê-las de maneira localizada, identificando protagonistas (mulheres pardas e pretas) e compreendendo desigualdades, ambiguidades e tensionamentos que rondam o trabalho de cuidado da Enfermagem no Brasil (LOMBARDI e CAMPOS, 2018; ARAÚJO, 2018).

1.7.2 Os primeiros passos da pesquisa: antropologia, história, saúde pública/coletiva

Fazendo um movimento retrospectivo, percebo que os primeiros passos desta pesquisa de tese, em termos de buscas por referenciais teóricos e bibliográficos, deram-se em direção a uma literatura histórica sobre as vacinas e a vacinação no Brasil. Aqui refiro-me especialmente aos escritos de Nicolau Sevcenko em seu livro sobre a Revolta da Vacina em 1904 no Rio de Janeiro (SEVCENKO, 2010); Sidney Chalhoub na obra *Cidade Febril*, que trata das epidemias de febre amarela, da vacinação antivariólica e das experiências de resistência da população durante a segunda metade do século XIX (CHALHOUB, 2017); Gilberto Hochman sobre as primeiras Campanhas de Erradicação da Varíola e a conformação de uma “cultura de imunização” no Brasil (HOCHMAN, 2011); e José Gomes Temporão ao se dedicar a um histórico pormenorizado do Programa Nacional de Imunizações (PNI) (TEMPORÃO, 2001).

A deflagração da pandemia de Covid-19 adicionou ao repertório inicial da pesquisa leituras voltadas às reflexões sincrônicas e instantâneas sobre a crise sanitária no Brasil e no mundo, a exemplo do rico material compilado no Boletim Cientistas Sociais e Coronavírus (GROSSI e TONIOL, 2020). Sejam os eventos históricos e pretéritos sobre epidemias no Brasil ou leituras mais recentes sobre a pandemia, ambos os exercícios de leitura contribuíram para uma compreensão contextual e histórica que busquei percorrer ao longo da escrita da tese.

Seguindo adiante, na escrita do projeto de tese submetido à primeira qualificação do doutorado, aproximei-me de leituras do campo da Ciência e da Tecnologia (LATOURE, 1983; FONSECA E SÁ, 2011) buscando explorá-las para uma reflexão sobre vacinas e vacinação e seus diálogos com o campo da Antropologia da Saúde. A esse respeito, Fabíola Rohden e Marko Monteiro (2019) reportam que o campo de estudos da Antropologia da Ciência e

Tecnologia teria suas raízes marcadas de forma profunda pelo campo da Saúde e da Doença, de modo que o primeiro poderia ser encarado como um campo de estudos “fronteiriço” (ROHDEN e MONTEIRO, 2019).

No esforço teórico que passei a empreender nos primeiros passos da pesquisa de tese busquei explorar um diálogo franco e também fronteiriço entre os campos da Antropologia da Saúde e da Antropologia da Ciência e da Tecnologia. Com isso, passei a entender vacinas e vacinação como parte do grupo de tecnologias e intervenções em saúde que estão historicamente ancoradas no sistema biomédico (relativizado pela própria Antropologia da Saúde) e parte constituinte de políticas públicas de saúde nacionais e internacionais (LOPES, 1996; MOULIN, 2003).

Nesse caminho, a partir de uma leitura antropológica, poderíamos assim entender as vacinas como uma forma muito específica de medicamento (CASTRO, 2012; CUNHA e DURAND, 2008). Diferentemente de um analgésico comum vendido em caixas de farmácias sem a necessidade de uma prescrição médica específica, ou vendidos em prateleiras à disposição do público, as vacinas seguem um roteiro rígido e específico²¹, desde o momento em que são desenvolvidas até o ponto em que passam a fazer parte, por exemplo, de um calendário nacional de vacinação e são aplicadas nos braços de adultos, crianças e idosos. As vacinas não são armazenadas em casa e apenas alguns profissionais de saúde têm o saber-poder de vacinar (Darmon (1986) apud LOPES, 1996, p. 69). Além disso, as vacinas são destinadas principalmente a intervenções coletivas de saúde pública a fim de prevenir determinadas doenças e suas “regras de observância são decididas pelo Estado” (CUNHA e DURAND, 2008, p. 373).

21 Por exemplo, o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos, o Bio Manguinhos, “é o principal fornecedor de vacinas do Ministério da Saúde e sua produção é feita a partir da previsão anual do Programa Nacional de Imunizações (PNI). A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) coordena o PNI e define como serão as estratégias de utilização de imunobiológicos segundo a previsão da taxa de natalidade brasileira do respectivo ano e a situação epidemiológica do país. As vacinas demandadas pelo PNI são produzidas em Bio-Manguinhos e transportadas em caminhões frigoríficos para o Centro Nacional de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (Cenadi), permanecendo em câmaras frias até a aprovação dos lotes de vacinas e diluentes pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS). Uma vez liberados, o Cenadi envia lotes em caixas térmicas para as coordenações estaduais de saúde, onde também são conservados em câmaras frias. Desta mesma forma, é feito o transporte para as centrais regionais, onde as vacinas também ficam armazenadas. Lá, os representantes dos postos de vacinação retiram a quantidade necessária para um determinado período na região em que atuam. Só em 2018, mais de 118 milhões de doses foram fornecidas ao PNI, sendo que nos últimos cinco anos (2014 - 2018) mais de 503 milhões de doses foram entregues.” Informação disponível em: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/produtos/fornecimento>>. Acesso em 23 ago. 2019.

Enquanto a “doença” seria engendrada pelo saber biomédico como uma “inimiga” a ser “combatida”, a história da vacina e das vacinações ganhou status de “evento científico” (LOPES, 1996). De forma associada a esta centralidade que a “doença” recebe na biomedicina, a vacinação enquanto uma prática de prevenção a doenças passou a ser vista neste mesmo campo como o “ pilar de um modelo imunológico” (LOPES, 1996).

Retomando uma leitura de François Laplantine em *Antropologia da Doença* (2004), a biomedicina faria parte do que o autor chama de ‘modelo ontológico’ onde as doenças ganham centralidade. Aqui estaria pressuposta uma ideia de “ser” da doença. No que se refere aos tratamentos e terapêuticas, a biomedicina seria entendida pelo autor a partir do ‘modelo alopatóico’ (LAPLANTINE, 2004). Neste modelo, as doenças seriam representadas como uma “entidade patogênica, específica e inimiga, que penetra o corpo do doente (...), o terapeuta a ataca ministrando um remédio” (LAPLANTINE, 2004, p. 161) visando a erradicação ou a expulsão da doença do corpo do doente.

Laplantine (2004) destaca que muitas vezes o linguajar para se referir às doenças e seus tratamentos se assemelha a um vocabulário da estratégia militar: “atacar a doença”, “a doença como inimigo a ser exterminado”, “destruir o agente patogênico sem destruir o doente” (LAPLANTINE, 2004, p. 162). E podemos lembrar que no contexto pandêmico recente foram diversas as referências em termos bélicos ao se falar sobre possíveis “soluções” à crise instalada pelo adoecimento e pela morte de pessoas por Covid-19.

Entre as “soluções” cotadas estiveram as vacinas e sua respectiva adesão pela população, aspecto que chama atenção, pois as vacinas contra Covid-19 parecem ter sido engendradas como uma “bala mágica” (BIEHL, 2011) a ser utilizada em nível global. Uma “bala mágica”, nas palavras do autor, “isto é, a entrega de tecnologias de saúde (geralmente novas drogas ou aparelhos) dirigidas a uma doença específica apesar da miríade de fatores societários, políticos e econômicos que influenciam a saúde” (BIEHL, 2011, p.267).

As “soluções”, metáforas e metonímias presentes em diversos discursos sobre a pandemia e as vacinas contra Covid-19 me aproximaram da leitura de Van Der Geest e Whyte (2011) “o encanto dos medicamentos”. Na perspectiva dos autores, as metáforas possuiriam “impacto na forma como as pessoas organizam suas vidas, ordenam e distinguem entre o que é significativo e insignificante, valioso e desvalorizado, saudável e doentio” (VAN DER GEEST e WHYTE, 2011, p.467). As associações metonímicas se dariam, por exemplo, entre os medicamentos e os médicos que os prescrevem, entre os medicamentos e os laboratórios

onde são produzidos e, não menos importante, “com a ciência médica que forma sua base essencial.” (VAN DER GEEST e WHYTE, 2011, p.468). Ainda em 2020, podemos ver pesquisas que apontavam uma forte associação feita pela população brasileira entre vacinas, fabricantes e determinados países²².

Ainda segundo a análise de Van Der Geest e Whyte (2011), a cura para determinada enfermidade seria objetificada na concretude do medicamento e estaria justamente relacionada com as tentativas dos interlocutores de lidarem com e de entenderem essas enfermidades. Os medicamentos intensificariam a percepção da enfermidade como algo tangível e facilitariam a comunicação sobre experiências difíceis de serem expressadas (VAN DER GEEST e WHYTE, 2011, p.457).

Fui acompanhada da leitura desses autores na elaboração dos primeiros roteiros de entrevistas e também nas primeiras incursões a campo. Essa escolha trouxe alguns ecos para os dados reunidos em trabalho de campo, pois pude identificar em certas falas de interlocutoras seus entendimentos sobre a pandemia ao associarem, metaforicamente, as vacinas e a vacinação a um possível “fim da pandemia” ou “a solução” e “única” saída para a crise sanitária.

Nesse percurso, apesar de as respostas das interlocutoras terem se transformado em dados da pesquisa (que inclusive serão trazidos nesta tese), eu também identificava como imprescindível o exercício antropológico e etnográfico de entender os usos e sentidos atribuídos a vacinas e vacinação na rotina, no cotidiano das interlocutoras. Isso implicava avançar com o trabalho de campo, sair das entrevistas preliminares e conseguir “estar lá”, efetuar as observações participantes.

1.7.3 O trabalho de campo e a análise dos dados como ponto de inflexão para os caminhos teóricos e bibliográficos desta tese

O trabalho de campo presencial trouxe para o centro de minha interlocução profissionais de saúde majoritariamente mulheres pretas e pardas, técnicas de enfermagem e

22 Em pesquisa Datafolha realizada em dezembro de 2020, 50% dos brasileiros afirmaram que não tomariam uma vacina produzida pela China, enquanto o percentual de rejeição a vacinas produzidas pelos Estados Unidos, Inglaterra e Rússia ficou mais baixo, entre 23% e 36%. Já em pesquisa realizada em maio de 2021, verificou-se que o percentual de rejeição à vacina chinesa caiu para 36%. No entanto, esta última permanece sendo a vacina com o percentual mais elevado de rejeição pela população brasileira (DATAFOLHA, 2021b).

enfermeiras. Foi a partir dos relatos e interlocuções com essas mulheres que acessei os locais de campo e neles permaneci.

A sistematização do trabalho de campo e a posterior análise dos dados aguçaram-me um novo olhar, talvez, uma nova “entrada” para esta pesquisa de tese. A partir do momento em que as interlocutoras da pesquisa se tornaram predominantemente técnicas de enfermagem, enfermeiras, mulheres pretas e pardas, tornou-se inescapável refletir sobre a história da enfermagem no Brasil, sobre a enfermagem enquanto um trabalho de cuidado e, tão importante quanto, refletir sobre as relações de gênero, raça e classe implicadas na história desta profissão e nos relatos e experiências das interlocutoras da pesquisa (CARDOSO e MIRANDA, 1999; PIRES, 2009; LOMBARDI e CAMPOS, 2018; MENEZES, BAPTISTA e BARREIRA, 1998; SOUZA CAMPOS, 2015; PORTO e OGUISSO, 2011).

Ressalto este percurso da pesquisa e seus desdobramentos para os referenciais desta tese porque identifico que o trabalho de campo presencial e a análise dos dados reunidos foram decisivos para que eu me debruçasse sobre uma literatura antropológica e das ciências sociais dedicada às temáticas do cuidado e da interseccionalidade. Percebo que o acúmulo reunido até então acerca de questões contextuais e históricas sobre vacinas e vacinação no Brasil ganhava “interlocutoras-chave” e, com isso, adicionava-se um repertório teórico e bibliográfico que ainda não havia sido explorado para a tese (PEIRANO, 2014).

1.7.4 Para pensar a Enfermagem: cuidado e interseccionalidade

Seja na Antropologia ou nas Ciências Sociais, acredito haver certo consenso acerca da tamanha amplitude que ganharam os debates em torno da noção de cuidado e do trabalho de cuidado²³ agregando-se contribuições e abordagens interdisciplinares (HIRATA e GUIMARÃES, 2012; HIRATA, 2016; DROTBOHM, 2022; MOL, MOSER e POLS, 2024; CARRASCO, BORDERÍAS e TORNS, 2011). É possível identificar estudos que transitam por abordagens na sociologia, na economia e na história (CARRASCO, BORDERÍAS e TORNS, 2011) e estudos que complexificam as compreensões sobre a internacionalização do trabalho do cuidado (HIRATA e GUIMARÃES, 2012; HIRATA, 2016). Também encontramos estudos que apontam algumas das especificidades que o debate ganhou na Antropologia

23 Aqui na tese opto por utilizar o termo em português, “cuidado”, que, segundo Hirata e Guimarães (2012) consegue reter a polissemia do termo “care”, em inglês (p.2). Utilizarei o termo “care” apenas quando for uma preferência explicitada da autora/autor a que me referir no texto.

(DROTBOHM, 2022; MOL, MOSER e POLS, 2024; ENGEL e FIETZ, 2023); e estudos que nos brindam com pesquisas etnográficas que trazem à superfície múltiplas camadas e nuances sobre arranjos de cuidado no cotidiano de unidades básicas de saúde (FAZZIONI, 2018); no cuidado de pessoas com demência, com deficiência, no cuidado com idosos (ENGEL, 2020; FIETZ, 2016) e o cuidado exercido por mulheres mães de crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Zika Vírus (MATOS e SILVA, 2020; SCOTT, et al., 2018).

A amplitude do debate torna desafiadora a tarefa de escolhê-lo como um conceito sobre o qual refletir nesta pesquisa de tese. De modo que não trarei nesta oportunidade uma sistematização de todos os caminhos possíveis para debater o conceito e a atividade de cuidado. Diferentes textos reportam essa extensão dos estudos sobre cuidado e, ao mesmo tempo (e por isso), afirmam fazer escolhas por enfoques específicos e mais direcionados ao que desejam discutir nas pesquisas. Também afirmam não objetivarem querer dar conta de tudo o que já se escreveu sobre o tema, tarefa que parece ser, talvez, infundável (ENGEL, 2020; DROTBOHM, 2022; HIRATA e GUIMARÃES, 2012; MOL, MOSER e POLS, 2024; ENGEL e FIETZ, 2023).

Escolho perseguir os caminhos das pesquisas e discussões que se ativeram a compreender e a problematizar o trabalho de cuidado observando principalmente suas marcas e intersecções em termos de gênero, raça e classe social (HIRATA, 2016; HIRATA e GUIMARÃES, 2012; LOMBARDI e CAMPOS, 2018; NOGUEIRA e PASSOS, 2020; SILVA, 2022; SILVA e LEMOS, 2024; ARAÚJO, 2018). Essa escolha se dá pelo fato de identificar na história da Enfermagem no Brasil um conjunto de relações e desigualdades (de gênero, raça e classe social) que estiveram e ainda permanecem oferecendo os contornos desta categoria profissional.

Como afirmam as sociólogas Helena Hirata e Nádía Guimarães (2012), o trabalho de cuidado está inserido nas mais diversas relações sociais. Também referido como trabalho de “care”²⁴, em inglês, Pascale Molinier (2012) pontua que este ensejará tanto atividades mais profissionalizadas como atividades menos profissionalizadas. A Enfermagem, mais especificamente o trabalho de enfermeiras e auxiliares de enfermagem, seria uma das formas possíveis do trabalho de “care” enquanto uma atividade mais especializada e profissionalizada (MOLINIER, 2012, p.29). Curiosamente, foi a literatura da Enfermagem que se tornou pioneira nas pesquisas sobre cuidado juntamente a geriatria, gerontologia e saúde pública

24 Aqui utilizo o termo “care” em inglês, pois esta é uma escolha e uma preferência da própria Pascale Molinier (2012).

(HIRATA e GUIMARÃES, 2012). E ainda, segundo as autoras Mol, Moser e Pols (2024), a literatura da Enfermagem trouxe contribuições referentes ao detalhamento sobre as práticas de cuidado, tudo isso com o intuito de fortalecer a própria categoria profissional em busca de expansão e legitimação.

O que não se deve perder de vista é que, como bem destaca Hirata (2016), “o trabalho de cuidado é exemplar das desigualdades imbricadas de gênero, de classe e de raça, pois os cuidadores são majoritariamente mulheres, pobres, negras, muitas vezes migrantes” (HIRATA, 2016, p.54). Helena Hirata possui um conjunto de publicações que se dedicam a descrever e a problematizar o trabalho de cuidado no Brasil, França e Japão. Nessas publicações, Hirata aponta que, apesar das diferenças societais entre os países estudados e de o trabalho de cuidado ser uma necessidade de toda a sociedade (HIRATA e GUIMARÃES, 2012), persiste a semelhança de este ser exercido predominantemente por mulheres, assim como persiste a semelhança nas próprias condições profissionais em que este trabalho é executado. Nos três países estudados o trabalho de cuidado segue sendo “uma profissão pouco valorizada, com salários relativamente baixos e pouco reconhecimento social” (HIRATA, 2016, p.57).

A falta de reconhecimento, tanto simbólico como monetário, para o trabalho de cuidado ainda desvalorizado na sociedade (HIRATA e GUIMARÃES, 2012) é questão facilmente observada na Enfermagem. As autoras Gandra et al. (2021) destacam que outras categorias profissionais como médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais possuem conquistas significativas no que se refere à redução da jornada de trabalho (carga de trabalho de 20 a 30 horas semanais). No entanto, há cerca de 20 anos a Enfermagem luta para conseguir a aprovação da redução de sua jornada de trabalho tendo em vista que períodos extensos de trabalho favorecem o adoecimento dessas profissionais, assim como se perde em qualidade e em segurança no trabalho de cuidado prestado (GANDRA et al., 2021, p. 4).

Ao nos remontarmos para os primórdios da formação e da profissionalização da Enfermagem no Brasil, finais do século XIX e início do século XX, é possível identificar uma busca por se sedimentar nesta profissão a ideia de um trabalho “genuinamente feminino”, uma oportunidade para a entrada das mulheres no mercado de trabalho (MOREIRA, PORTO e OGUISSO, 2002). Isso nos lembra uma das considerações de Hirata e Guimarães (2012). As autoras afirmam que a profissionalização do trabalho de cuidado carregará justamente o

potencial de nos ajudar a questionar e a refletir sobre uma ideia de que esse tipo de trabalho seria condizente com qualidades “inatas” e “naturais” de mulheres (HIRATA e GUIMARÃES, 2012). Nesse caminho, para Araújo (2018), os marcadores sociais da diferença desestabilizariam “a narrativa sobre a sacralidade do cuidar”, de modo a expor “desigualdades que estruturam a oferta e a demanda de cuidado” (ARAÚJO, 2018, p. 62-63).

A Enfermagem encarada como uma “profissão do cuidado” (PIRES, 2009) se apresenta até os dias de hoje travestida dos marcadores sociais de gênero, raça e classe social (LOMBARDI e CAMPOS, 2018; GANDRA et al., 2021). Atualmente, a Enfermagem no Brasil (que engloba os níveis superior, técnico e médio, respectivamente enfermagem, técnica de enfermagem e auxiliar de enfermagem) continua sendo majoritariamente exercida por mulheres (WERMELINGER, VIEIRA e MACHADO, 2016; BRASIL, 2014; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO, 2013). Mas não apenas isso, são as mulheres pretas e pardas que compõem a sua maioria (MACHADO, 2017; SILVA, 2022; SILVA e LEMOS, 2024).

A conformação da Enfermagem enquanto categoria profissional no Brasil deu-se de forma entrecruzada com: a construção de uma ideia de identidade nacional (MOREIRA, 1999); a inserção das mulheres no mercado de trabalho (MOREIRA, PORTO e OGUISSO, 2002); as desigualdades de raça e classe social no acesso à formação educacional (MENEZES, BAPTISTA e BARREIRA, 1998; SOUZA CAMPOS, 2015; MOREIRA, 1999; SOUZA CAMPOS, OGUISSO e FREITAS, 2007; SANTOS, et al., 2020); e também foi marcada pelas divisões técnicas do trabalho dentro da própria carreira (WERMELINGER, VIEIRA e MACHADO, 2016).

A antropóloga Ana Cláudia Rodrigues da Silva (2022) ressalta a imprescindibilidade de refletirmos sobre a divisão racial do trabalho de cuidado. É possível identificar que as mulheres negras estão na base da hierarquia das profissões (SILVA, 2022; GONZALEZ, 2020) e isso não é diferente quando olhamos para a categoria profissional Enfermagem e atestamos que mulheres pretas e pardas têm menor participação em cargos de chefia, gestão e decisão política (SILVA, 2022; MACHADO, 2017).

A partir de entrevistas com mulheres negras profissionais da/na saúde que atuaram durante a pandemia de Covid-19, Silva (2022) propõe a noção de “cuidado negro”. A autora compreende que haveria no Brasil uma frente negra de cuidado, uma frente ocupada majoritariamente por pessoas negras, por mulheres negras. Silva (2022) nos recorda as

contribuições de grande relevância de profissionais como Inaldete Pinheiro (fundamental na criação e na consolidação de políticas de saúde para a população negra em Pernambuco) e Ivone Lara (atuando no campo da Saúde Mental junto a Nise da Silveira).

A proposta da antropóloga conjuga uma compreensão de cuidado e interseccionalidade que encaro como extremamente fértil para esta pesquisa de tese (COLLINS e BILGE, 2021; CURIEL, 2020; HIRATA, 2016; ARAÚJO, 2018). Este caminho abre espaço para se observar e refletir sobre como o trabalho em saúde é experienciado por pessoas negras e sobre como, nas palavras da autora, “suas experiências de criar e imaginar podem contribuir para o campo da saúde pública no Brasil” (p.10). A perspectiva antropológica, aqui, chega enquanto ancoragem teórica e metodológica e permite acessar um entendimento sobre o cuidado para além de uma questão universal. A partir do interesse da Antropologia é possível acessar uma compreensão localizada sobre o cuidado protagonizado por pessoas negras (SILVA, 2022).

A contribuição e o debate propostos por Silva (2022) nos direcionam a retomar escritos de Lélia Gonzalez (2020), a quem podemos ler como uma intérprete do Brasil. Em “Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira” (GONZALES, 2020), ao mesmo tempo em que Gonzalez (2020) nos fala sobre o lugar e a presença da mulher negra na formação cultural do Brasil e da sociedade brasileira (a partir das noções de “mulata”, “mãe preta” e “doméstica”), a autora também nos provoca acerca de como as mulheres negras foram (e ainda são) invisibilizadas. Entendo que, quando Silva (2022) nos propõe a noção de “cuidado negro”, a autora faz isso justamente com o intuito de trazer à superfície o lugar e as contribuições de mulheres negras que são reiteradamente invisibilizadas, apesar do caráter “essencial” de seus trabalhos, a exemplo de suas atuações nas “linhas de frente” de combate aos adoecimentos e mortes por Covid-19 no Brasil.

Nesta pesquisa de tese, opto por seguir o convite de Ana Cláudia Rodrigues da Silva (SILVA, 2022) ao refletir sobre o “cuidado negro” e pensar o trabalho de cuidado a partir de uma lente analítica da interseccionalidade (COLLINS e BILGE, 2021; CURIEL, 2020; HIRATA, 2016; ARAÚJO, 2018). Entendo aqui que quando mulheres pretas e pardas, enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem tornam-se as principais interlocutoras desta pesquisa, abre-se caminho para se refletir sobre como os embricamentos de gênero, raça e classe social trazem implicações para a atuação dessas pessoas enquanto profissionais de saúde. A meu ver, torna-se inescapável observar e compreender as diversas contribuições que essas mulheres vêm oferecendo para a saúde pública brasileira. E, mais especificamente para

esta tese, pensar em como essas mulheres, nos lugares profissionais e sociais que ocupam, contribuem para as políticas e as ações de vacinação, como produzem e criam usos e sentidos para as vacinas e para a vacinação, o que por sua vez é foco de estudo desta pesquisa.

CAPÍTULO 2 - OS PERCURSOS DO TRABALHO DE CAMPO E AS ESCOLHAS METODOLÓGICAS

2.1 Breve cronologia do trabalho de campo

O trabalho de campo para esta pesquisa de tese ocorreu, ainda que de forma intermitente, ao longo dos anos de 2021, 2022 e 2023. Durante estes três anos, consegui realizar um conjunto de atividades que se tornaram fundamentais tanto para as readaptações necessárias ao projeto de tese, como também para o próprio amadurecimento da pesquisa até alcançar o seu formato final.

As atividades ocorridas nestes três anos envolveram: a) entrevistas preliminares e primeiras incursões a campo, ambas com o intuito de readequar o projeto de tese ao contexto pandêmico (e pós-pandêmico) e amadurecê-lo para a primeira qualificação (período de 2021 a 2022); b) dedicação a todos os trâmites éticos e burocráticos necessários para efetivar o trabalho de campo presencial (primeiro semestre de 2023); c) trabalho de campo em salas de vacinação e centros de distribuição e armazenamento de vacinas (segundo semestre de 2023).

Além destas atividades de campo identificadas mais facilmente em períodos de tempo, também adiciono outras que desenvolvi de maneira transversal, ou seja, ao longo de todo o percurso do doutorado. Refiro-me aqui a: procura e sistematização de dados encontrados em notícias divulgadas por mídias tradicionais, redes sociais e páginas oficiais das diferentes esferas de governo (em certo período denominei esta atividade de coleta de dados virtual); consulta e análise de Planos de Operacionalização da Vacinação Contra Covid-19 e também de diferentes Manuais do Ministério da Saúde que orientam as atividades das Redes de Frio, das Normas e Procedimentos de Vacinação e também orientam as estratégias de vacinação no território nacional; e por fim, ainda de maneira transversal ao percurso do doutorado, realizei dois cursos de formação. Um primeiro Curso de Especialização em Saúde Coletiva e um Curso de Livre Formação intitulado *Vacinação para Covid-19: protocolos e procedimentos técnicos*. Ambos contribuíram para que eu conhecesse um vocabulário êmico sobre vacinação e trabalho das profissionais de enfermagem. Eles também foram meio para eu conseguir alguns contatos de pessoas entrevistadas.

O esforço de enumerar cada uma das atividades que desenvolvi, ainda que sinteticamente, dá-se com a intenção de apresentar um rápido panorama do trabalho de campo

e apresentar a diversidade de “entradas” que tive em campo. A seguir, apresentarei maiores detalhes de cada uma destas atividades, buscando evidenciar suas contribuições para a conformação do caminho seguido pela tese, assim como suas contribuições para possíveis “respostas” às questões e aos objetivos da pesquisa.

2.2 “Ninguém pede pra ver frasco da BCG, mas vacina da Covid sim”

Entre março e abril de 2021, realizei um conjunto de entrevistas com profissionais de saúde e pessoas idosas que haviam recebido a primeira dose da vacina contra o coronavírus no Brasil. Para essa inserção a campo, decidi usufruir do círculo de pessoas conhecidas, amigas e parentes que já haviam sido vacinadas contra a Covid-19. Naquele período, a vacinação contra a Covid-19 já havia sido iniciada em diversos estados do Brasil, mas ainda vivíamos uma série de restrições de acesso a certos espaços e regras de distanciamento social, todos a fim de evitar novas infecções pelo coronavírus. Neste mesmo período, eu ainda não havia definido por completo os novos objetivos da pesquisa de tese. No entanto, sentia a necessidade de “ir a campo”, ter mais informações, dados e relatos que me ajudassem a readequar os objetivos da pesquisa.

Compreendi que uma possibilidade de “ir a campo”, naquele contexto, seria realizar entrevistas de forma remota e com pessoas voluntárias. O único critério para incluir as pessoas a serem entrevistadas foi o fato de terem sido vacinadas com a primeira dose de uma alguma vacina contra Covid-19 disponibilizada no Brasil. Apesar de eu não poder me deslocar para os locais onde estavam ocorrendo as ações de vacinação, através da escolha pelas entrevistas em formato remoto eu poderia acessar e escutar relatos de experiências pessoais referentes à vacinação ainda em curso. A ideia era que um conjunto de entrevistas preliminares me ajudasse a sentir a “temperatura” do campo, reunir mais pistas que contribuíssem para entender o que seria viável realizar no projeto de tese. E assim o fiz. Nesse início de 2021, consegui contactar e entrevistar um total de 9 pessoas.

As pessoas entrevistadas foram profissionais de saúde e pessoas idosas que, por exemplo, nos Planos de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19 (PERNAMBUCO, 2021), foram enquadradas como “grupos prioritários”. Todas as entrevistas foram realizadas remotamente, através de aplicativo de videochamada (*Google Meet* ou *Whatsapp*). Nenhuma entrevista foi gravada. Durante cada entrevista, optei por fazer anotações no caderno de

campo após informar aos entrevistados que faria esse tipo de registro. A possibilidade de fazer entrevistas remotamente permitiu-me dialogar com pessoas de diferentes municípios do Brasil: Recife, Poção, Rio de Janeiro, Santo André e Natal.

O grupo de pessoas entrevistadas mostrou-se diverso e composto por homens, mulheres, pessoas brancas e negras (pretas e pardas)²⁵, com faixa etária entre 32 e 82 anos. Em termos de formação, o grupo foi composto por: médicas e médico, fisioterapeuta, assistente social, psicóloga e enfermeiras. Excetuando a assistente social (que no momento da entrevista já se encontrava aposentada), os demais profissionais estavam atuando profissionalmente durante a pandemia, fosse no atendimento direto ao público (em unidades básicas de saúde, consultórios particulares ou em hospitais públicos) ou em setores administrativos da gestão em saúde pública.

De fato estas entrevistas preliminares ajudaram no desenvolvimento do projeto de tese desde a elaboração do roteiro de perguntas até os relatos compartilhados e as reflexões registradas em caderno de campo. Refletindo retrospectivamente, vejo que parte dos relatos das pessoas entrevistadas serviram como pistas do que eu encontraria mais adiante nas futuras incursões a campo.

Por exemplo, lembro-me muito bem do relato de uma das entrevistadas, Clara²⁶, uma médica de família e comunidade. Clara, mulher branca e por volta dos 30 anos de idade atuava à época em uma Clínica da Família²⁷ na cidade do Rio de Janeiro. No momento da entrevista havia apenas dois meses que a vacinação contra o novo coronavírus havia-se iniciado na cidade. Devido à alta procura da população pela vacina Clara, apesar de médica, havia passado a aplicar a vacina contra Covid-19 na clínica de saúde onde trabalhava²⁸, o que fez com que ela, para além das consultas médicas, também interagisse com o público atendido durante a vacinação.

Enquanto profissional de saúde e médica, Clara contou que antes de ser deflagrada a pandemia ela se limitava apenas a saber quais vacinas tinham “*metodologias contraindicadas para gestantes*”. No entanto, neste novo cenário de pandemia e início da vacinação, nas

25 Considero importante explicar que nesta primeira versão do roteiro de entrevista não incluí uma pergunta sobre identificação racial. De modo que, para este conjunto preliminar de entrevistas, a leitura racial deu-se por heteroidentificação.

26 Todos os nomes de interlocutoras(es) citados na tese são nomes fictícios utilizados para resguardar a confidencialidade dos dados apresentados.

27 Na cidade do Rio de Janeiro, as Clínicas da Família são Unidades de Atenção Primária à Saúde.

28 Normalmente, a atividade de administrar vacinas é atribuída aos profissionais da equipe de enfermagem, ou seja, enfermeiras/os e técnicas/os de enfermagem.

palavras de Clara, *“todo mundo quer saber como é feita”*, referindo-se ao fato de o público passar a querer saber como é feita a vacina. No caso, as vacinas contra Covid-19. Segundo Clara, tanto ela como seus colegas de trabalho e profissão passaram a buscar informações adicionais sobre as vacinas que estavam sendo produzidas e aprovadas para uso emergencial contra Covid-19.

Ainda durante a entrevista, Clara relatou que vinha observando surgirem novos questionamentos da população referentes às vacinas contra Covid-19. Confesso que esta observação de Clara despertou minha curiosidade como antropóloga. Segundo Clara, perguntas que até então não eram frequentes (ou sequer presentes) na rotina de vacinação da população passaram a emergir. Clara ainda acrescentou que na nova rotina de vacinação *“ninguém pede para ver frasco de BCG²⁹, mas vacina Covid-19 sim”*. Naquele novo contexto de vacinação contra Covid-19, a entrevistada contou que passou a ser comum as pessoas perguntarem a ela qual era o lote da vacina, pedirem para ver se os frascos com as doses das vacinas haviam ficado realmente vazios após a aplicação e também pedirem para serem filmadas ou fotografadas enquanto estivessem sendo vacinadas.

De imediato, a constatação de Clara sobre a mudança em sua rotina mobilizou alguns questionamentos meus sobre o campo em que eu passava a adentrar. A que se deveriam essas novas interpelações do público atendido acerca das vacinas? De que forma essas novas indagações afetariam ou modificariam a relação entre profissionais de saúde vacinadores e público atendido? O que essas novas situações poderiam me informar sobre usos e sentidos atribuídos às vacinas e à vacinação? Encarei aquela constatação de Clara como uma pista para que eu debruçasse uma atenção em campo às interpelações do público atendido durante as ações de vacinação. E, no transcorrer do trabalho de campo, observei que relatos semelhantes ao de Clara passaram a se repetir nos discursos e experiências de profissionais de saúde que se tornaram interlocutoras da pesquisa.

2.3 As incursões a campo em 2022: as enfermeiras e as técnicas de enfermagem tornando-se as principais interlocutoras da pesquisa

29 A vacina BCG (Bacilo de Calmette-Guérin – vacina utilizada para prevenção da tuberculose) é aplicada na população brasileira desde 1976, ano em que o Ministério da Saúde tornou obrigatória a sua administração em crianças brasileiras (ESPECIAL..., 2021). Ou seja, é uma vacina que está há décadas no calendário de imunização para a população brasileira e que, no relato da entrevistada Clara, não demanda questionamentos, ao contrário do que ela vinha observando em relação às vacinas contra Covid-19.

Afirmo, sem sombra de dúvidas, que cada etapa de campo, sejam nos momentos preliminares ou nos momentos regulares, adicionou elementos importantes para a conformação do escopo e do conteúdo desta pesquisa. Assim o foi na etapa de incursões a campo e entrevistas realizadas presencialmente durante o ano de 2022. Neste ano visitei unidades básicas de saúde e um dos setores administrativos responsáveis pela organização e o armazenamento de vacinas em Recife. Nas visitas realizadas pude tanto conhecer os espaços e estruturas voltados à vacinação, como também entrevistar um total de seis enfermeiras com diferentes experiências e trajetórias interligadas às ações de vacinação.

Por mais que ainda em 2021 as entrevistas realizadas de forma remota tivessem despertado *insights* e questões de pesquisa importantes, eu particularmente não queria desistir da oportunidade de efetuar uma etapa de campo presencial durante os anos de doutorado. Em 2021 o contexto pandêmico permanecia adverso para o trabalho de campo presencial. O futuro quanto a isso era incerto, mas de algum modo eu me “apegava” à ideia do campo presencial justamente pela centralidade que ele possui na história do fazer antropológico e pela potencial profundidade que a pesquisa qualitativa e antropológica pode ganhar quando interagimos sincronicamente com as/os interlocutoras/es e os diversos locais de campo (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

Uma sequência de mudanças contextuais nas autorizações de acesso a lugares públicos, junto com população já parcialmente vacinada e o uso de máscaras, permitiram que durante o ano de 2022, finalmente, eu pudesse visitar e acessar espaços de saúde voltados a vacinação em Recife, atividade de campo que até então não tinha se configurado como possível para mim.

Mais uma vez usufruí de minha rede de contatos pessoais e profissionais em busca de encontrar profissionais de saúde que atuassem em unidades básicas de saúde, em setores administrativos ou de gestão e que tivessem as ações de vacinação como parte de suas rotinas. Nessa etapa, a ideia era poder me apresentar como pesquisadora para as potenciais interlocutoras. No momento do contato³⁰, geralmente por *Whatsapp* ou por ligação telefônica, eu explicava que estava em fase de reelaboração do projeto de pesquisa de tese e intencionava conversar com profissionais de saúde que atuavam com a vacinação, fosse na parte da gestão

30 Ao estabelecer contato com pessoas potenciais interlocutoras da pesquisa eu disponibilizava uma carta de apresentação assinada por minha orientadora. Tanto para as entrevistas realizadas em 2021 como para as realizadas em 2022, a carta de apresentação foi disponibilizada e nela havia informações sobre a pesquisa em andamento e também meu telefone para contato. As duas versões da carta estão disponíveis no APÊNDICE A.

ou na parte de contato diretamente com o público e a aplicação de vacinas. Explicava ainda que aquele contato e aquela primeira conversa tinham o intuito de poder melhor definir os objetivos e locais de campo da pesquisa.

Nos meses de janeiro, fevereiro, outubro e dezembro de 2022 consegui contatar cinco enfermeiras indicadas pela minha rede de contatos e/ou através da técnica de “bola de neve” em que as próprias interlocutoras me indicaram novos contatos. Uma das enfermeiras que contatei atuava à época na Sede do Programa Municipal de Imunizações da cidade de Recife. As demais enfermeiras atuavam em quatro diferentes unidades básicas de saúde também na cidade de Recife. Com os contatos devidamente estabelecidos, consegui efetivar quatro idas a campo: uma visita à Sede do Programa Municipal de Imunizações da cidade de Recife e três visitas em unidades básicas de saúde também localizadas em Recife. Esta etapa da pesquisa tornou-se fundamental, pois através dela defini quais profissionais de saúde seriam o público-alvo da pesquisa. Para além disso, os próprios contatos que fui conseguindo efetivar em campo foram me conduzindo para identificar que, mais especificamente, as profissionais da Enfermagem é que se tornariam as principais interlocutoras da pesquisa. A seguir, compartilharei experiências de campo que ocorreram durante o ano de 2022 e que tornaram-se chave para que eu finalizasse a nova versão do projeto de tese e o qualificasse em dezembro do mesmo ano. Além disso, estas experiências me ajudaram a traçar com maior concretude os caminhos para o trabalho de campo de mais longa duração que ocorreria cerca de um ano depois.

2.3.1 Conhecendo a Sede do Programa Municipal de Imunizações: “vacina é esperança”

Em janeiro de 2022, pude realizar a primeira visita à Sede do Programa Municipal de Imunizações da cidade de Recife (Sede PMI). Essa ida a campo permitiu que eu tivesse um primeiro contato com os “bastidores” da vacinação. Quero dizer com isso que tive contato e pude conhecer as estruturas físicas, técnicas e de pessoal que conformavam parte das condições para que as vacinas destinadas ao município de Recife fossem devidamente armazenadas e distribuídas para os Distritos Sanitários e suas unidades de saúde correspondentes.

Em Recife, a Sede do Programa Municipal de Imunizações cumpre a função de central de recebimento e armazenamento das doses de vacinas³¹ (aquelas inclusas no calendário nacional do Programa Nacional de Vacinação) que serão distribuídas para as 150 salas de vacinação do município de Recife (RECIFE, 2021).

Nesta primeira ida a campo pude conhecer a robusta estrutura deste local que conta com: sala de armazenamento, câmara fria, espaço destinado a vinte câmaras de conservação de vacinas, sala de distribuição e inspeção, área administrativa, sala de reunião, sala de apoio, sala técnica e, ainda, copa, recepção, banheiros e estacionamento (RECIFE, 2021). No momento deste trabalho de campo, fazia apenas um ano que o local havia sido inaugurado.

A escolha, a priori, da Sede como um dos locais de campo da pesquisa baseou-se na possibilidade de poder conhecer um dos espaços estruturantes e que compõem o percurso das vacinas até elas chegarem ao público-alvo. Além disso, também são enfermeiras e técnicas de enfermagem que atuam majoritariamente nesta repartição. Acompanhar e observar o trabalho dos profissionais de saúde que atuavam na Sede PMI interessava particularmente à pesquisa porque, apesar dessas profissionais não lidarem diretamente com o público-alvo a ser vacinado, elas atuavam cotidianamente em recebimento, organização, armazenamento e distribuição de vacinas para os Distritos Sanitários do município. A Sede PMI faz parte do roteiro obrigatório e cotidiano das vacinas que serão aplicadas nas diversas salas de vacinação (locais também de interesse e foco da pesquisa). Essa intenção de fazer parte do trabalho de campo na Sede PMI de fato confirmou-se como pertinente logo na primeira visita ao local.

De início, para a primeira visita à Sede PMI, eu havia contactado apenas uma enfermeira e agendado uma entrevista com ela na própria Sede - além de carregar comigo a intenção de conhecer a infraestrutura do local. Preparei um roteiro de perguntas mais individualizado para poder conhecer a trajetória daquela profissional, assim como sua experiência relacionada ao trabalho com vacinas e vacinação. Também levei impressa minha carta de apresentação como pesquisadora e um termo de consentimento, caso a profissional aceitasse que a entrevista fosse gravada. Ao chegar ao local, confesso que já com um pouco

31 Até o momento desta primeira visita (janeiro de 2022), na Sede do Programa Municipal de Imunizações, as vacinas contra Covid-19 não eram de responsabilidade da rede municipal de saúde. Uma das profissionais entrevistadas por mim e que atuava nesta repartição informou que naquele período as vacinas contra Covid-19 eram de responsabilidade (armazenamento e distribuição) da Secretaria Estadual de Saúde. Passado o tempo, no final de 2023, quando retornei à Sede para fazer o trabalho de campo de maior imersão, as vacinas contra Covid-19 já tinham passado a ser também de responsabilidade (armazenamento e distribuição) da Sede do Programa Municipal de Imunizações.

de “frio na barriga” e também alimentada de um desejo que aquele fosse um dia frutífero em campo, fui surpreendida duplamente.

Primeiramente, ao chegar à Sede PMI e me apresentar para a enfermeira com a qual eu havia contactado, a mesma informou que outras duas profissionais estariam conosco para a entrevista/conversa. Fui direcionada então para a sala de reuniões e lá aguardei que todas as profissionais chegassem. Fui pega de surpresa com isso, pois havia preparado apenas um roteiro de perguntas, um roteiro mais focado na trajetória pessoal da interlocutora contatada previamente. Eu não havia me dedicado a elaborar perguntas que fossem voltadas para uma conversa em grupo com três profissionais que eu acabara de conhecer. Bom, enquanto aguardava as profissionais chegarem à sala, folheei rapidamente o roteiro de perguntas em busca de questões que seriam mais apropriadas para aquela nova configuração de campo.

Passados alguns minutos, as três profissionais chegaram à sala de reuniões. Aqui escolherei chamá-las de Juliana, Sarah e Lúcia³². Apresentei-me como antropóloga e estudante de doutorado e todas se apresentaram como enfermeiras. Expliquei quais eram os objetivos de eu estar ali e que havia elaborado um roteiro de perguntas para conversarmos. Por fim, perguntei se elas aceitariam que eu gravasse aquele diálogo, apresentei o termo de consentimento e disse que elas ficassem à vontade para aceitar ou declinar do meu pedido.

Fui pega de surpresa pela segunda vez naquela manhã. O silêncio se fez presente na sala e nesse momento achei que tivesse colocado tudo a perder. As profissionais olhavam para os papéis que eu havia entregue (tanto a carta como o termo de consentimento) e que estavam apoiados sobre a mesa. Elas passeavam os olhos pelos papéis parecendo tentar entender do que se tratavam. Interrompendo o silêncio, Juliana respondeu prontamente que não havia problema em gravar. No entanto, isso não se tornou consenso entre as demais. Lúcia apontava que uma outra profissional (pelo que entendi, alguém superior a elas na escala de hierarquia do local) deveria ler aquele documento antes de ser assinado. No entanto, essa profissional não se encontrava na Sede naquele momento. Enquanto isso, Juliana dizia que não tinha problema em assinar, afinal de contas Lúcia possuía a autoridade necessária para assinar e permitir aquela gravação.

Eu, temerosa de ter prejudicado de imediato qualquer possibilidade de construção de vínculo e confiança com aquelas interlocutoras, reafirmei que não haveria problema algum se elas não aceitassem que a conversa fosse gravada. Reafirmei que eu poderia apenas tomar

32 Nomes fictícios atribuídos às interlocutoras. Nesse momento não as identificarei em termos de raça/cor e idade, pois isso pode comprometer a confidencialidade dos dados apresentados.

notas em meu caderno de campo enquanto conversávamos. E assim o foi. Lúcia guardou os papéis que eu havia entregado em uma pasta que estava em suas mãos, afirmando que os mostraria para sua superiora e que, futuramente, poderíamos avaliar a possibilidade de uma entrevista gravada. Mostrei a elas que estava guardando o gravador em minha bolsa e, com o roteiro de perguntas e meu caderno de campo sobre a mesa, dei início às perguntas.

A conversa com as três profissionais durou por volta de 1 hora e 30 minutos. No decorrer da conversa pude escutar relatos sobre suas trajetórias de formação, sobre suas próprias experiências em serem vacinadas, assim como suas impressões em relação à vacinação contra Covid-19 que ocorria ainda naquele período. Diferentemente do que eu imaginava, as três profissionais já haviam trabalhado como enfermeiras ou técnicas de enfermagem em hospitais (públicos e privados) e em unidades básicas de saúde. Duas delas já haviam atuado especificamente em ações de vacinação, na chamada “ponta do serviço” em unidades básicas de saúde e salas de vacinação. Ou seja, eram profissionais que já haviam lidado cotidianamente com a administração e a aplicação de vacinas no público e que agora, por diferentes motivos, estavam atuando na gestão.

Durante a interlocução, entre as várias perguntas que escolhi fazer (consultando meu roteiro de perguntas improvisadamente), questionei de forma mais direta os sentidos que, por ventura, as entrevistadas atribuíam às vacinas e à vacinação: Qual é o significado que a vacinação e as vacinas possuem para você? Se você pudesse definir o que significa vacina e vacinação em uma palavra e/ou frase, o que você diria?

Mesmo que minha principal expectativa ao ir a campo naquele dia estivesse voltada à possibilidade de conhecer os “bastidores” da vacinação, eu almejava, em uma primeira visita a campo, poder reunir pistas sobre os sentidos atribuídos às vacinas e à vacinação por parte daquelas profissionais. Apesar de serem perguntas “direto ao ponto”, eu considerava que as respostas poderiam ter algum eco com o trabalho de campo que se avizinhava e, ao mesmo tempo, poderiam me ajudar a amadurecer o entendimento sobre o mesmo e sobre os conteúdos que o perpassavam.

Na resposta das interlocutoras surgiram palavras de extensos significados, seja no senso comum ou no dicionário. Citaram palavras como “esperança” e “amor”. Juliana respondeu de imediato: “vacina é esperança”. Sarah, na sequência afirmou: “vacina é um ato de amor e quem ama protege”.

Juliana referia-se em especial às vacinas contra Covid-19 e ao contexto pandêmico. Compreendi que a associação metafórica que Juliana elaborava entre “vacina” e “esperança” estaria enredada em sua fala a um entendimento e também a uma expectativa de que a vacina significasse o “fim da pandemia”. E, de alguma forma, a esperança para o fim da pandemia estaria objetificada na concretude da vacina. Já a resposta de Sarah me soou de alguma forma próxima ao “vacinar é cuidar” que eu havia lido nas camisas de profissionais de saúde em anos anteriores durante o trabalho de campo de mestrado. A frase de Sarah também me fez recordar o debate sobre vacinas, seu sentido de certa forma polivalente, podendo significar tanto a presença como a ausência de cuidado no que concerne a algumas decisões em saúde (BARBIERI, 2017).

As respostas das interlocutoras de fato serviram-me como pistas para o campo. Ao mesmo tempo em que as respostas diretas à minha pergunta sobre sentidos das vacinas e da vacinação sintetizavam os termos em outras palavras e/ou com outras frases de múltiplos significados, eu percebia que ainda seria importante costurar aquelas respostas com o trabalho de campo de mais longo prazo, em que as “respostas” para os sentidos viriam também a partir da observação participante, dos diálogos despretensiosos, das ações e das cenas que eu ainda iria observar em campo. As falas das profissionais me ajudavam a endossar mais uma vez que haveria sim uma possibilidade ampla e potencialmente profunda, cheia de nuances e contextos para se entenderem os sentidos e usos das vacinas na perspectiva das profissionais de saúde. A partir dessa interlocução eu me sentia motivada a compreender quais respostas diretas ou indiretas a observação participante ainda poderia proporcionar. Voltemos à cronologia do trabalho de campo.

Concluída a entrevista com as três profissionais, Lúcia se ofereceu para me apresentar a estrutura da Sede. Andando alguns passos à minha frente, Lúcia me direcionou para conhecer o espaço que mais inspirava minha curiosidade: a sala de armazenamento, local onde ficavam a “câmara fria” e as demais “câmaras conservadoras”³³.

Sáímos da sala de reunião, caminhamos para a direita pelo curto corredor. Logo à nossa esquerda havia uma porta do tipo “vai e vem”. Essas portas são muito comuns em hospitais e são utilizadas para facilitar a entrada e a saída de setores como a emergência ou os blocos cirúrgicos. Essas portas se movem para frente e para trás com facilidade, apenas com o sutil encostar de nosso corpo, não possuindo maçanetas nem fechaduras. Na porta que estava

33 No APÊNDICE B é possível visualizar o desenho que elaborei em diário de campo para descrever a estrutura da Sede do Programa Municipal de Imunizações. Fiz o desenho após esta primeira visita ao local.

diante de mim havia ainda, na altura de meus olhos, duas partes quadradas, simétricas uma à outra e de material transparente que me permitia ver o ambiente seguinte, sem que fosse necessário adentrar ao ambiente.

Ao seguir Lúcia, entrei nessa primeira sala e já pude sentir o frio do ar-condicionado que esfriava o local. Essa era a “sala de distribuição e inspeção”. Na parede à direita pude ver pendurados alguns volumosos casacos de frio. Apesar de termos passado rapidamente por esta sala, pude observar que nela havia alguns “freezers” horizontais e também ao menos duas caixas térmicas grandes, com alças e tampa removível utilizadas, segundo Lúcia, para o transporte de vacinas.

Atravessamos esta primeira sala e passamos por uma segunda porta “vai e vem”. Senti a temperatura esfriar ainda mais. Eu não tinha casaco e já me arrepiava com o frio. Lúcia me explicou que passaríamos pouco tempo ali justamente por conta da temperatura baixa. Esta segunda sala era a “sala de armazenamento”. Fiquei impressionada. Sim, fazia muito frio. Alguns termômetros marcavam 13°C.

Durante o curto período em que permaneci com Lúcia na “sala de armazenamento” ela me explicou um conjunto de aspectos que compunham aquele espaço, lugar totalmente novo para mim. Eu estava acompanhada de meu caderno de campo e busquei fazer o máximo possível de anotações, mas senti dificuldade de manter a atenção no que Lúcia falava e ao mesmo tempo escrever. Enquanto eu tentava entender os termos específicos que Lúcia utilizava para descrever o local, eu fazia anotações curtas no caderno de campo, por vezes apenas uma palavra solta e que poderia funcionar como um gatilho para eu escrever o diário de campo com mais calma ao chegar em casa. Confesso que consegui entender muito melhor esse espaço quando, em 2023, pude retornar ao local duas vezes e fazer novas observações.

Naquela primeira visita parecia que todas as informações visíveis e também ditas por Lúcia ganhavam destaque em minha mente além de despertar minha curiosidade antropológica. Naqueles poucos minutos em que permaneci na “sala de armazenamento”, vi-me pela primeira vez em um lugar de temperatura muito fria, com um pé direito super alto, cheio de “geladeiras”³⁴, ampolas, caixas de papelão de diferentes tamanhos, prateleiras de inox, barulhos de aparelhos que desconhecia, bipes, termômetros, planilhas com informações sobre horários e marcações sobre temperaturas das diferentes câmaras.

34 Eu, ainda neófito em campo, usava o termo “geladeira” para me referir às máquinas que acondicionavam vacinas. Mas, a partir das primeiras inserções a campo e conversa com interlocutoras, entendi que aquelas máquinas a que eu me referia eram as “câmaras conservadoras”.

Diante de “tanto” consegui registrar alguns aspectos. Pude observar que havia ao menos dez câmaras conservadoras na sala, algumas delas com portas de vidro que nos permitiam observar o que havia em cada uma de suas prateleiras. Lúcia me explicou que em cada uma das câmaras havia um marcador digital que sinalizava qual era a temperatura atual daquela câmara e também quais as temperaturas máximas e mínimas que aquela câmara havia atingido em um período de tempo. Uma das funções da equipe deste setor era justamente averiguar, regularmente, a temperatura de todas as câmaras com o objetivo de assegurar a conservação das vacinas ali armazenadas.

Em uma das câmaras de porta transparente pude ver escrito em papéis e/ou etiquetas os nomes “varicela” e em outra “HPV”. Nestas câmaras havia pequenas caixas e em cada uma delas havia o nome do “insumo, lote e data de validade”. Perguntei a Lúcia se em cada uma daquelas “geladeiras” estavam guardados certos “tipos” ou “grupos” de vacinas. Lúcia então me explicou que a equipe procurava sim distribuir dessa forma, mas que nem sempre havia espaço disponível para tal, de modo que algumas câmaras conservadoras armazenavam mais de um tipo de vacina e/ou insumo.

Lúcia reiterou em seus comentários a importância da conservação das vacinas e o “perigo do frio” além do necessário. Segundo a profissional, por vezes, o excesso de frio poderia ser mais prejudicial às vacinas em comparação ao calor. Isso ocorreria devido ao fato de, com o excesso de frio (temperatura mais baixa do que a necessária para aquele tipo de vacina) poderiam formar-se “cristais” dentro do frasco ou ampola da vacina provocando o seu estrago.

No centro da “sala de armazenamento” havia ainda a “câmara fria”, uma sala menor e mais fria do que a própria “sala de armazenamento”. Lúcia apresentou-a brevemente. Para adentrar, precisamos passar por duas portas de correr aparentemente pesadas. Na frente da primeira porta havia novamente termômetros digitais informando a temperatura do ambiente e a temperatura de dentro da “câmara fria”. Lúcia abriu a primeira porta. Passamos a ficar entre duas portas maciças e isoladas. Para adentrar ao segundo espaço, foi necessário que Lúcia fechasse essa primeira porta. Isso feito, Lúcia abriu a segunda porta do ambiente. Não adentramos, mas dali onde estávamos em pé paradas (no “entre portas”) eu podia sentir um vento congelante em minha direção. Dali onde estávamos Lúcia compartilhou alguns comentários. Compreendi que este sistema de isolamento de portas permitia a conservação da temperatura de cada um dos ambientes da “sala de armazenamento”. Na “câmara fria” (a sala

mais fria de todas em que eu havia adentrado) havia algumas caixas de papelão amontoadas e algumas prateleiras ladeando seu espaço interno. Pude observar que havia um conjunto de caixas de papelão com a inscrição “Instituto Butantan”.

Lúcia contou então que nessa sala mais fria a equipe ainda aguardava chegarem prateleiras adequadas para aquela temperatura. Lúcia explicou que as prateleiras apropriadas e feitas por encomenda deveriam ser de inox e também vazadas para que o calor pudesse circular sem obstáculos. Após essas explicações, saímos da “câmara fria” e começamos a fazer um percurso de volta.

Direcionamo-nos para aquela primeira sala em que eu havia observado as caixas térmicas grandes, com alças e tampas removíveis. Nesse momento pude observar que um senhor abastecia aquelas caixas térmicas com vacinas “BCG”. Lúcia me apresentou então a uma outra senhora que estava na sala e aguardava o abastecimento da caixa térmica, provavelmente para serem levadas para algum Distrito Sanitário. Retornamos pela primeira porta “vai e vem” e Lúcia seguiu andando pelo corredor, apresentou o almoxarifado, as diferentes salas da Sede PMI e também algumas profissionais que trabalhavam no local.

Finalizada a visita, Lúcia me acompanhou até a porta de saída e nos despedimos. Naquele momento eu não tinha dúvidas de que havia sido um dia produtivo em campo. Apesar das surpresas, a conversa com as profissionais havia transcorrido com tranquilidade. Ao final da entrevista e da visita à Sede PMI as profissionais reiteraram a disponibilidade de receber minha pesquisa e, a partir das autorizações éticas e burocráticas necessárias, eu poderia fazer uma etapa de trabalho de campo no local com observação participante, bem como novas entrevistas.

Se para Sarah, “vacina era esperança”, aquele dia particular em campo havia, por outro lado, alimentado a minha esperança e expectativa de “ter campo”, ter conseguido encontrar um espaço com profissionais que se demonstraram abertas à pesquisa antropológica. O trabalho de campo da pesquisa ganhava assim uma real chance de poder ser realizado presencialmente, algo que eu almejava desde o início do doutorado.

2.3.2 “Vacinar o público a céu aberto”

Com a intenção de alcançar outras interlocutoras para o trabalho de campo, já nos minutos finais da entrevista com Lúcia, Juliana e Sarah, perguntei se elas teriam contatos de

profissionais que trabalhassem em unidades de saúde e que elas acreditavam que poderiam se disponibilizar a me receber para uma entrevista e possivelmente aceitar participar da etapa de trabalho de campo de pesquisa. Foi assim que cheguei até Nydia. Mulher, branca, por volta dos 60 anos de idade e com trinta anos de experiência e atuação como enfermeira.

À época em que contatei e pude entrevistar Nydia, fazia alguns meses que ela havia mudado o local de trabalho e estava atuando como enfermeira e coordenadora de equipe em uma unidade de saúde na região central da cidade de Recife. Após contato por *Whatsapp*, agendamos um dia para que eu fosse até a unidade conversar com ela e entrevistá-la pessoalmente. Esse encontro ocorreu em fevereiro de 2022. Na tarde de nosso encontro, além da entrevista, Nydia também me apresentou a todos os espaços que compunham a estrutura da unidade saúde³⁵.

No desenrolar da entrevista, um dos temas abordados por Nydia girou em torno do grande desafio que foi para ela pensar e executar a operacionalização da vacinação contra Covid-19 na cidade de Recife. Isso deu-se em parte porque, antes de atuar naquela unidade de saúde em que estávamos, Nydia já havia atuado também em cargos de gestão que envolviam o planejamento e a execução de ações de vacinação.

O desafio referido por Nydia residia no fato de ela ter que sair do que chamou de “*sala higienizada*” (nesse caso, as salas de vacinas em unidades de saúde, por exemplo), com câmaras e temperaturas controladas para conservação das vacinas. Em 2021, quando se iniciou a vacinação da população brasileira contra Covid-19, as secretarias estaduais e municipais de saúde adotaram diferentes estratégias para conseguir vacinar a população, por um lado, e por outro, evitar grandes aglomerações (questão que poderia facilitar novas contaminações e transmissões do novo coronavírus). Uma das estratégias adotadas pela Prefeitura do Recife foi a criação de postos de vacinação contra Covid-19 em locais abertos como ginásios, estacionamentos de supermercados e estacionamentos de campus de universidades.

O desconforto relatado por Nydia referia-se a ter que vacinar o público a “*céu aberto*” (em suas palavras) nos *drive-thru*, sem água para lavar as mãos, apenas álcool. Relatos como o de Nydia me estimularam a refletir sobre como o contexto da pandemia, somado aos Planos de Operacionalização (tanto contra a Covid-19 como também em relação à vacinação da

35 No APÊNDICE C é possível visualizar o desenho que elaborei em diário de campo para descrever a unidade de saúde.

população), havia trazido alterações nas rotinas e condições de trabalho dos profissionais de saúde, a exemplo do que aquela enfermeira veterana compartilhava.

A escuta do relato de Nydia traduziu-se como um convite para que eu dedicasse atenção a dois aspectos que emergiam no campo estudado. Primeiro: as transformações ocorridas a partir da pandemia nas rotinas e condições de trabalho dos profissionais de saúde que atuavam com vacinação. Segundo: o lugar dos manuais e protocolos que orientam e, de alguma forma, regulam o trabalho cotidiano de profissionais de saúde envolvidos nas atividades de vacinação (desde as atividades de gestão até a rotina nas salas de vacina “higienizadas”). A partir disso, considerei pertinente consultar e incorporar os manuais de vacinação como fonte e dado para a pesquisa de tese. Decidi pesquisar a respeito.

Entendi que aqui no Brasil a estrutura, a organização e o fluxo de uma sala de vacina (ou sala de imunização, ou sala de vacinação) são orientados por um conjunto de manuais e guias. Entre eles estão: Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações (BRASIL, 2017); Manual de Normas de Procedimentos para Vacinação (BRASIL, 2014); Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação (BRASIL, 2020c). E mais recentemente, foi publicado o Manual de microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade (BRASIL, 2023b). Ao consultar estes materiais pude ter acesso ao quão técnico e específico pode se configurar o ambiente das salas de vacina.

Por exemplo, a sala de vacinação deve possuir uma área mínima de 6 m². Segundo os manuais, é nesta sala que devem estar os “equipamentos de refrigeração utilizados exclusivamente para conservação de vacinas, soros e imunoglobulinas, conforme as normas do PNI³⁶” (BRASIL, 2014). Através da leitura, entendi que estes equipamentos de refrigeração devem estar protegidos da incidência de luz solar direta e a sala deve ser constantemente mantida em condições de higiene e limpeza (BRASIL, 2014).

Com a intenção de me aproximar do vocabulário êmico que passaria a conhecer e com o qual passaria a conviver em campo, fiz minha inscrição no Curso *Vacinação para COVID-19: protocolos e procedimentos Técnicos*. Ao longo das aulas, pude entender que a sala de vacinação seria classificada como uma “área semicrítica”. Isso significaria dizer que ela é uma “área de risco moderado a baixo para o desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência a saúde” (CAMPUS VIRTUAL DA FIOCRUZ, 2021). Dessa forma, a sala de vacinação se constitui como “um espaço de uso restrito e exclusivo para a conservação e a

36 Programa Nacional de Imunizações (PNI).

aplicação de imunobiológicos, não sendo permitida a realização de quaisquer outros procedimentos” (CAMPUS VIRTUAL DA FIOCRUZ, 2021).

Ao consultar os manuais de vacinação pude entender que a chamada “vacinação extramuros” estaria prevista nas orientações assim como haveria normas específicas para “manuseio, conservação, preparo, aplicação, registro e descarte dos resíduos resultantes da ação de vacinação” (CAMPUS VIRTUAL DA FIOCRUZ, 2021). Ainda assim, refletindo sobre o relato de Nydia, para ela era um desafio ter que planejar a vacinação contra Covid-19 e também ter que vacinar o público em novas condições e espaços, no caso dela, em *drive-thrus* e “*a céu aberto*”.

Seja na vacinação dentro das salas de vacina, seja nas ações extramuros, observei que as orientações dos manuais determinam que os profissionais higienizem suas mãos antes e depois de administrarem as vacinas em cada pessoa (CAMPUS VIRTUAL DA FIOCRUZ, 2021; BRASIL, 2014). Na vacinação extramuros, devido à ausência de água, a higiene das mãos deve ser realizada com álcool 70%. Já nas condições rotineiras das salas de imunização a higiene das mãos deve ser feita com água e sabão.

No Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação (BRASIL, 2014) é possível encontrar um tópico específico dedicado apenas a higiene das mãos. No texto, lê-se que higiene das mãos:

É um dos procedimentos mais importantes que antecedem a atividade de vacinação. Quando tal procedimento é rigorosamente obedecido, previne-se a contaminação no manuseio, no preparo e na administração dos imunobiológicos. (BRASIL, 2014, p.42).

Ainda segundo este manual, a higiene das mãos deve ser realizada antes e depois de: “manusear os materiais, as vacinas, os soros e as imunoglobulinas; administrar cada vacina, soro e imunoglobulina; e executar qualquer atividade na sala de vacinação” (BRASIL, 2014, p.42). Passei a compreender que a higiene das mãos é tratada como processo fundamental das ações de vacinação.

Esse conjunto de informações sobre como se estrutura uma sala de vacina e também sobre higiene das mãos me ajudaram a melhor compreender e a contextualizar uma dimensão do estranhamento e do desconforto de Nydia ao estar em um ambiente “*a céu aberto*” vacinando a população.

No contexto pandêmico, era perceptível que uma nova organização e uma nova estrutura para vacinação passaram a ser gerenciadas e operacionalizadas pelos diferentes

órgãos de saúde. Por mais que essas mudanças pudessem ser acessadas por nós em noticiários ou em redes sociais, o depoimento de Nydia adicionava a singularidade dessas mudanças em sua rotina de trabalho. Se na rotina comum da unidade de saúde, Nydia higienizava repetidamente e tecnicamente suas mãos a fim de evitar contaminações, na estrutura de uma ação de vacinação realizada “*a céu aberto*” e nos *drive-thrus* as condições oferecidas eram outras. As mãos poderiam ser higienizadas com álcool e isso mostrou-se desafiador para a enfermeira experiente.

Nesse caminho, o relato de Nydia direcionou-me a refletir que não apenas na vivência da interlocutora, mas possivelmente na experiência de outras/os profissionais de saúde, poderiam emergir situações desafiadoras. Digo, situações desafiadoras tanto para a subjetividade e a experiência pessoal das interlocutoras como também situações que desafiavam as próprias normas e diretrizes dos manuais sobre vacinas e vacinação.

Nessa etapa da pesquisa, o relato compartilhado por Nydia foi fundamental para que eu identificasse que havia um lugar em campo ocupado pelos documentos como manuais, regras e protocolos de vacinação. Segui esta pista e, quando pude fazer o trabalho de campo de maior profundidade em 2023, pude identificar diversificadas maneiras com que as profissionais de saúde interlocutoras da pesquisa lidavam cotidianamente com as regras, os procedimentos e as orientações para a vacinação da população. Abordarei este tema com maior atenção nos próximos capítulos.

2.3.3 “Eu não vi ela higienizando as mãos”

Ainda na entrevista, Nydia compartilhou uma outra situação vivida por ela em um dia de trabalho. No referido dia, Nydia estava responsável por supervisionar uma equipe que trabalhava em posto do tipo *drive-thru* para vacinação da população contra Covid-19.

Segundo Nydia, a profissional responsável por aplicar as vacinas no público já havia higienizado as mãos com álcool quando um carro estacionou. Neste carro havia uma senhora e um senhor, segundo Nydia, filha e pai, respectivamente. Na situação, a senhora que dirigia o carro estava em busca de vacinar seu pai. Segundo o relato de Nydia, no momento em que a profissional vacinadora foi aplicar a vacina no senhor, o mesmo reagiu e falou: “eu não vi ela higienizando as mãos”.

Na percepção de Nydia, naquele momento a pergunta provocou toda uma situação de constrangimento e tensão entre a profissional de saúde vacinadora, o senhor e a senhora ali atendidos. O senhor e a senhora solicitavam que a profissional higienizasse as mãos, já que eles não tinham visto a mesma fazê-lo. Nydia contou-me que, ao perceber a situação, decidiu intervir enquanto supervisora da equipe, falando: “Minha senhora, eu vi que ela higienizou as mãos, ela não precisa higienizar de novo”. Segundo Nydia, a senhora então respondeu: “Ah, eu não vi ela limpando a mão por que eu estava abrindo a câmera do celular”.

Nydia contou-me que sua atitude de intervenção na situação de-se no sentido de não permitir que a profissional de saúde fosse “desautorizada” pelas pessoas ali atendidas. A própria Nydia afirmou ter visto a profissional vacinadora higienizar as mãos devidamente antes de atender o senhor. Nydia era a supervisora da equipe naquele dia e, no seu entendimento, não caberia a uma pessoa externa e que não é profissional de saúde mandar ou desmandar num profissional de saúde em serviço.

Ainda durante entrevista, Nydia contou-me que o fato de as pessoas tirarem foto no momento em que estavam sendo vacinadas tornou-se um empecilho para a rotina de vacinação no *drive-thru*. Segundo Nydia, a intenção das pessoas ao tirarem a foto era poder verificar se vacina estava sendo aplicada “corretamente” e, na prática, isso fazia com que o processo de vacinação demorasse mais do que o planejado e desejado pelos profissionais de saúde que ali trabalhavam.

Ao menos nas primeiras etapas de vacinação contra Covid-19 durante o ano de 2021, as fotos e as *selfs* passaram a compor a rotina de vacinação. Nas redes sociais e em grupos de *Whatsapp* passou a ser muito comum pessoas compartilharem com amigos, familiares e conhecidos a sua foto com o cartão de vacina contra Covid-19 preenchido sinalizando que haviam recebido uma dose da vacina.

Para além da realização das fotos tornar-se um aspecto sintomático da vacinação contra Covid-19 no Brasil, seja para fiscalização da aplicação da vacina e do profissional de saúde, seja para registrar na memória o recebimento de uma das doses, algo que não deve passar despercebido é que esta nova dinâmica passou a ser vista por alguns profissionais de saúde, a exemplo de Nydia, como um empecilho na rotina e no ritmo da vacinação. Um empecilho tanto por gerar equívocos e constrangimentos entre profissionais de saúde e pessoas atendidas, como também por provocar um aumento no tempo despendido para a vacinação de cada pessoa.

O relato de Nydia a mim sinalizava que os novos cenários para executar as ações de vacinação (carro da vacina, *drive-thru*, mercados públicos, shoppings, etc.) durante a conjuntura de crise sanitária adicionavam novas rotinas e condições de trabalho, assim como novas interpelações, interlocuções e tensionamentos entre profissionais de saúde e o público atendido (a exemplo da solicitação da senhora para que a profissional vacinadora higienizasse as mãos). Deixei que aquelas inferências de Nydia me acompanhassem no percurso de olhar, ouvir e escrever (OLIVEIRA, 1996) das novas situações de trabalho de campo. Aos poucos fui constatando que relatos semelhantes ao de Nydia surgiam nas falas de outras profissionais de saúde entrevistadas e/ou com quem interagi durante as observações participantes em 2023.

2.4 Qualificação do projeto de pesquisa de tese

As incursões a campo em 2022 foram cruciais para concluir o projeto de pesquisa de tese, principalmente no que se referia aos objetivos da pesquisa e à definição dos locais para execução do trabalho de campo.

Ao longo do ano, havia sido possível apresentar a proposta de pesquisa e entrevistar cinco enfermeiras que trabalhavam com atividades voltadas a vacinas e vacinação em Recife. Além disso, pude visitar e conhecer locais para execução do trabalho de campo, no caso, três unidades básicas de saúde e a Sede do Programa Municipal de Imunizações. Ao todo, eu havia conseguido reunir cinco aceites verbais de interlocutoras e/ou locais de campo para desenvolver a pesquisa. Esses primeiros aceites foram condição para que o trabalho de campo pudesse ganhar uma materialidade, ainda que fossem pontos de partida para iniciar os trâmites éticos e burocráticos da pesquisa.

As diversas interações em campo ao longo do ano de 2022 proporcionaram-me uma segurança para “bater o martelo” e escolher fazer o trabalho de campo em unidades de saúde, salas de vacinas e também setores administrativos voltados à vacinação. A escolha por estes locais de fato mostrava-se pertinente e frutífera para o projeto de pesquisa.

O campo de 2022 também já apontava que, muito provavelmente, enfermeiras e técnicas de enfermagem tornar-se-iam as principais interlocutoras da pesquisa. Por mais que a pesquisa de tese tivesse sido iniciada com “profissionais de saúde” como grupo “sujeitos da pesquisa”, nas incursões a campo em 2022, as enfermeiras e técnicas de enfermagem é que haviam ocupado o espaço de interlocutoras. A partir daquele momento, a cada passo avançado

da pesquisa, fui compreendendo que ao tratar do tema vacinas e vacinação, a equipe de enfermagem ganharia centralidade (tanto nos serviços de saúde como na própria pesquisa de tese). As idas a campo e as conversas com as interlocutoras só endossavam a minha percepção de que era com elas, as profissionais da Enfermagem, que eu deveria buscar e aprofundar contato.

Com a versão final do projeto de tese concluída e a primeira qualificação realizada em dezembro de 2022, pude dar início a todos os trâmites burocráticos e éticos que seriam necessários para o trabalho de imersão nos locais de campo escolhidos.

2.5 Peregrinações éticas e burocráticas da pesquisa

Através do contato com as potenciais interlocutoras e com os locais de campo ao longo do ano de 2022 eu visava suprir duas necessidades da pesquisa. Uma delas, de cunho antropológico e que já comentei extensamente no tópico anterior, era conseguir construir com maior solidez os delineamentos do trabalho de campo. Eu percebia que tinha muitas ideias em mente sobre caminhos possíveis. No entanto, eu precisava, minimamente, conhecer o campo, sentir e identificar a sua viabilidade. Não bastava ter a intenção de fazer trabalho de campo em salas de vacina de unidades de saúde, eu necessitava que profissionais de saúde, unidades de saúde e setores administrativos relacionados à vacinação de fato aceitassem me receber e aceitassem participar da pesquisa. Eu percebia como necessárias tanto a abertura como a possibilidade de construção de vínculo com interlocutoras para que o trabalho de campo pudesse se efetivar com algum sucesso.

O segundo aspecto que eu visava suprir e tomava como necessário à pesquisa era de cunho ético e burocrático. Ainda em 2022, em paralelo às incursões de sondagem e aproximação ao campo e às interlocutoras, optei por dedicar tempo a pesquisar e entender quais anuências e autorizações éticas e burocráticas eu necessitaria reunir para seguir adiante.

Para entender cada um dos passos que eu deveria dar para conseguir as anuências e autorizações éticas, fiz diversas ligações, contatos por telefone e buscas na internet (em sites oficiais e Diários Oficiais). Entendi, por fim, que três caminhos ético burocráticos deveriam ser percorridos por mim: a) conseguir a anuência ética para a pesquisa através do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco; b) conseguir a anuência da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco para executar pesquisa de campo na

Superintendência de Imunizações do Estado de Pernambuco e na Central onde são armazenadas as vacinas destinadas a todo o estado de Pernambuco (essa anuência deveria servir para eu poder realizar entrevistas com profissionais que trabalhassem nessas repartições); e c) conseguir anuência para executar a pesquisa de campo em setores do nível municipal de saúde, especificamente, na Sede do Programa Municipal de Imunizações da cidade de Recife e nas salas de vacina (tanto em unidade de saúde como em centro de vacinação para Covid-19). Junto a isso, também era necessário conseguir anuência para entrevistar as profissionais que atuassem nesses serviços. Entre janeiro e julho de 2023 percorri esses três caminhos e isso demandou planejamento, alguns retrabalhos, algumas idas e vindas entre os setores envolvidos ou responsáveis por emitir esses documentos.

Os três caminhos que citei não eram independentes ou isolados um do outro. De modo que, para conseguir avançar com a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da UFPE, eu precisava de uma primeira anuência das repartições municipais e estaduais. No caminho inverso, para que eu conseguisse a anuência final de cada um dos locais de pesquisa, eu necessitava de uma anuência ética para pesquisa que seria referendada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE. Esse entrecruzado ético e burocrático entre todas as autorizações e anuências demandaram pensar em estratégias. Refiro-me a estratégias de como planejar a pesquisa, como lidar com imprevistos, como cobrar pessoas (de quem só conheço a voz por telefone) sobre assinaturas que eram essenciais para o prosseguimento da pesquisa, e assim por diante.

Algo que adicionava mais desafio ao percurso era que cada um três dos caminhos ético burocráticos me requisitava um conjunto diversificado de documentos. Por vezes, os documentos solicitados eram similares (por exemplo, quando me solicitavam o projeto de tese, ainda que com diferentes tópicos a serem contemplados ou preenchidos, era um documento único a ser enviado). Por vezes, havia diferenças nas requisições solicitadas por cada um dos documentos de cada repartição. Por exemplo, diferentes formulários a serem preenchidos (digitalmente ou à mão), cada um solicitando um conjunto de informações ou assinaturas de pessoas diversas (de orientadora, de coordenador do curso, de gerente de distrito sanitário, etc), pessoas essas a serem contatadas de maneiras também diversas (por e-mail, telefone da repartição, número de *Whatsapp* pessoal, contato através de alguma pessoa conhecida, etc).

A experiência para conseguir fazer o trabalho de campo do mestrado já tinha me ensinado e alertado que fazer pesquisa (e pesquisa antropológica) em serviços de saúde adicionaria alguma aridez ao percurso. Afirmando isso por dois motivos e acredito que não seja nenhuma novidade para quem faz pesquisa antropológica no campo da saúde. Os serviços de saúde a que eu me dirigia faziam e fazem parte de instâncias públicas municipais, estaduais e federais. Entrar nesses espaços institucionais como pesquisadora e antropóloga exige que passemos pelos ritos burocráticos e éticos específicos dessas instituições.

O segundo motivo é que fazer pesquisa no campo da “saúde” nos exige um outro conjunto de ritos ético burocráticos³⁷: há que se cadastrar e preencher formulários na Plataforma Brasil, adequar o projeto aos requisitos solicitados por esta Plataforma e pelos Comitês de Ética em Pesquisa, ter o projeto analisado, corrigido, e avaliado por esses Comitês. A meu ver, o desafio coloca-se principalmente na, ainda, escassez de Comitês de Ética em Pesquisa no Brasil que sejam compostos por profissionais das Ciências Humanas e Sociais e Comitês que de fato sejam pensados para receber e avaliar pesquisas do campo das Ciências Humanas e Sociais³⁸.

O fato é que fazer etnografia em serviços de saúde nos exige alguma peregrinação. Peregrinei entre documentos, ramais telefônicos, ligações, idas e vindas a Distritos Sanitários e unidades de saúde (com direito a algumas “viagens perdidas”). Há que se reservar e dedicar tempo de pesquisa para isso. No meu caso, foram 6 meses de peregrinação para conseguir todas as autorizações necessárias. Há também que se reunir uma expertise burocrática e institucional que não está presente na carga horária obrigatória de nossas aulas de graduação e pós-graduação.

37 Confesso que minha certa angústia, enquanto antropóloga, no processo de tentar/fazer a pesquisa, dava-se pelo exercício espinhoso de tentar adequá-la a formatos em que ela, a rigor, não se adequa. A meu ver, esta questão não é sobre querer prescindir de avaliações sobre a qualidade ética de nossas pesquisas. Vejo como necessária a avaliação ética de nossas pesquisas, no entanto, isso parece ainda não ter fôlego em nossa prática discente. Acredito que com uma efetiva ampliação de Comitês de Ética em Pesquisa adequados a receberem pesquisas de cunho antropológico, teremos um caminho fértil para que nós discentes busquemos e também nos comprometamos a ter nossas pesquisas avaliadas em sua qualidade ética.

38 A Associação Brasileira de Antropologia (ABA) possui em sua estrutura o Comitê de Ética em Pesquisa nas Ciências Humanas. Este Comitê segue acompanhando progressos e desafios para se fazer pesquisa antropológica no Brasil. No site: <https://portal.abant.org.br/comite-de-etica-em-pesquisa-nas-ciencias-humanas/> é possível acessar com facilidade os diversos relatórios e notas elaborados e divulgados por este comitê ao longo dos últimos anos. Em 2024 foi realizada por este mesmo Comitê uma pesquisa de mapeamento sobre a relação dos associados a ABA com o Sistema CEP-CONEP. Os primeiros resultados da pesquisa podem ser acessados através do relatório bianual de atividades do Comitê: https://www.abant.org.br/files/20250122_679130e964017.pdf. Vale lembrar aqui que a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade de Brasília (UnB) possuem Comitês de Ética em Pesquisa voltados para as Ciências Humanas. Mais informações podem ser acessadas nos sites: <http://cephumanas.sites.uff.br/> e <https://www.cepch.unb.br/historico>.

As experiências pretéritas com trabalho de campo antropológico e o próprio contexto da pandemia faziam-me acreditar que, dificilmente, as investidas a campo e a sua execução seriam lineares ou fluiriam sem qualquer adversidade. Como já disse, criei estratégias. Uma delas foi optar por contatar um número extenso de profissionais de saúde e locais de pesquisa para o campo. Por mais que eu soubesse que não executaria um trabalho de campo em profundidade em absolutamente todos os locais contatados, considerei que ter diferentes possibilidades de entrada e permanência em campo seria uma alternativa para poder lidar com e me adaptar aos futuros imponderáveis. Resolvi me precaver, pois imaginava que provavelmente eu encontraria entraves para entrar em campo, fossem papéis ou assinaturas, ou simplesmente por depender da receptividade ou da “boa vontade” de alguém para assinar um simples papel, ou ainda para conseguir construir algum vínculo com interlocutoras para efetivar um trabalho de campo com maior profundidade. Confesso que foram páginas e mais páginas de caderno e diário de campo dedicados ao tema.

Era necessário ainda concatenar custo e distância para me deslocar até os locais de campo. Alguns dos locais e das interlocutoras que haviam sido receptivos à pesquisa estavam situados em locais muito distantes de minha casa, por exemplo. Como já disse, havia ainda a incerteza sobre novas “ondas” de Covid-19 e a possível impermanência do trabalho de campo, já que os locais escolhidos eram repartições de assistência à saúde e eu ainda poderia estar me colocando em risco ao me expor a possível contaminação por Covid-19.

Ao menos nos trâmites junto à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, foi possível me surpreender positivamente:

“O processo com a SES PE me surpreendeu positivamente. Haviam me informado que a análise do projeto ocorreria em 20 dias úteis, um prazo, a meu ver, longo para a pressa que eu tinha/tenho de entrar em campo efetivamente. No entanto, após eu enviar o projeto e todos os documentos que a SES exigia, eles me retornaram aproximadamente duas semanas depois já com a carta de anuência. Não pediram sequer alguma correção ou complementação de documento. Fiquei super feliz com isso e me senti motivada para avançar com os trâmites burocráticos do campo.” (Diário de campo, 18/04/2023).

Dentre os três caminhos ético burocráticos que escolhi percorrer para poder executar o trabalho de campo da pesquisa, o que demandou mais tempo e, eu diria, persistência antropológica, foi o referente às anuências das instâncias municipais de saúde.

Especificamente para fazer trabalho de campo nos serviços e setores da Prefeitura do Recife era necessário o preenchimento de um formulário. Este formulário deveria ser preenchido com informações sobre a pesquisa, como: título do projeto, orientação, locais escolhidos para a pesquisa, população de estudo, área de pesquisa, propósito da pesquisa, tipo de estudo. Além das informações sobre a pesquisa, era exigido que eu informasse o endereço de cada um dos locais em que a pesquisa seria executada e informasse nome e telefone de uma pessoa de contato para cada local. O que eu não sabia (descobri apenas no momento de preencher o formulário no início de 2023) era que as autorizações para fazer pesquisa nas salas de vacina seriam concedidas pelos Distritos Sanitários a que correspondiam. Ou seja, por mais que eu tivesse dedicado tempo a contatar interlocutoras e locais de campo em 2022, quem de fato me concederia (ou não) anuência para a pesquisa seria uma gerência do Distrito Sanitário a que aquela unidade de saúde fizesse parte. E eu não tinha sequer um contato ou interlocução iniciada com profissionais dos Distritos Sanitários.

Outra questão complexificava um pouco mais o percurso. Se, por acaso, as profissionais e locais de campo que eu tivesse contatado fossem todas de um mesmo Distrito Sanitário, seria necessária apenas uma autorização do Distrito Sanitário correspondente. Mas não era esse o cenário que estava diante de mim. A busca que realizei por interlocutoras e locais de campo através da técnica de “bola de neve” possibilitou que eu contatasse seis diferentes profissionais que, por sua vez, correspondiam a cinco Distritos Sanitários diferentes além de um setor administrativo, cada um em um bairro da cidade de Recife, com equipes, pessoas e telefones diferentes. Sobre isso, para efetivar a pesquisa de campo, não havia possibilidade de escolha a não ser seguir os ritos ético burocráticos prescritos.

Consegui retomar contato com as interlocutoras (com algumas eu já não me comunicava há alguns meses), expliquei a situação burocrática com que me defrontava e, felizmente, todas aceitaram que eu preenchesse o tal formulário com seus nomes, telefones para contato e endereços dos locais para fazer o trabalho de campo.

Preenchido o formulário, enviei-o junto com o projeto de pesquisa da tese para o e-mail do setor responsável por avaliar e conceder anuências à pesquisa. Tinham me informado que o setor avaliaria o projeto no prazo de “20 dias corridos”, isso tudo incluindo retorno com possíveis dúvidas e indicações de correções para o projeto. Na conclusão do prazo, liguei para o setor responsável e soube que apenas um Distrito Sanitário havia autorizado a pesquisa. Os demais Distritos Sanitários e a Sede do Programa Municipal de Imunizações não haviam

sequer retornado. O prazo, que era de “20 dias corridos”, transformou-se em dois meses e treze dias. Eu havia submetido o formulário no dia 07 de março de 2023 e apenas no dia 19 de maio de 2023 recebi a carta de anuência da Prefeitura do Recife.

Ao saber que apenas um local da pesquisa havia concedido o aceite, comecei uma peregrinação entre telefonemas, idas a Distritos Sanitários e demais repartições para conseguir a anuência dos faltantes.

“É nesse ponto que começou uma das partes da minha saga. Eu soube dessa informação com (nome da pessoa) numa sexta feira à tarde. Ainda tentei ligar para cada um dos distritos, falar com as pessoas responsáveis, mas tive um sucesso parcial. Consegui falar com o Distrito (número do distrito) que no mesmo dia mandou a anuência pra (nome da pessoa). Depois não tive sucesso com os demais distritos e os problemas foram diversos: telefones que não pegam e pessoa ausente devido a morte de familiar. Na segunda feira eu perseverarei nessa missão, tentando contato telefônico com os distritos. Não me lembro de ter tido sucesso, inclusive o telefone do distrito (número do distrito) que havia pegado na sexta feira, parou de pegar. Na segunda feira, como eu estava no estágio docência, eu não consegui ir até os locais de campo. Mas na terça e na quarta fui atrás disso pessoalmente. Consegui ficar com o carro da minha mãe e ir pessoalmente até os Distritos (número do distrito) e (número do distrito).” (Diário 18/04/2023)

(...)

“Faltavam então os distritos (número do distrito) e (número do distrito). Na terça, dia 04/04, fui na parte da tarde ao Distrito (número do distrito) para falar com (nome da pessoa).(…) Cheguei lá, me informei na recepção e me direcionaram para a sala (...). Expliquei para as mulheres da sala o motivo de eu estar ali. Fui informada que (nome da pessoa) não se encontrava, havia saído para visitar irmão na UTI e não teria como contatá-la por telefone, pois estaria dirigindo. Uma senhora foi então procurar em algumas pilhas de papéis a minha carta de anuência. Olhou papel por papel e a carta não estava lá. Foi então que outra senhora ali da sala sugeriu me passar o contato de (nome da pessoa) para eu falar diretamente. Era bem isso que eu queria, o contato direto com a pessoa. Saí de lá e já mandei whatsapp para (nome da pessoa). Fui conseguir a anuência no outro dia de manhã, pois resolvi passar no distrito novamente, consegui falar pessoalmente com (nome da pessoa) que, naquele momento, estava lendo meu projeto. Naquela mesma manhã tive a confirmação com (nome da pessoa) que (nome da pessoa) do distrito (número do distrito) havia enviado a anuência.” (Diário 18/04/2023).

(...)

“Pronto. Agora faltava o Distrito (número do distrito). Fui lá pessoalmente na quarta, dia 05/04, pela manhã. Consegui falar com

(nome da pessoa). Ela disse que estava esperando o retorno do (setor) para emitir a autorização. Perguntei se a pessoa do (setor) estava presente para eu falar pessoalmente com ela. Foi então que (nome da pessoa) foi ligar para o (setor) e descobriu que estavam em atividade externa. Ela então pegou meu telefone para me manter informada. Na minha frente ela mandou áudio para a responsável do (setor) pedindo para dar uma posição sobre meu projeto. Pronto, fui embora de lá com a sensação de que tinha avançado. Dali a meia hora eu já tinha recebido a mensagem de (nome da pessoa) no whatsapp dizendo que havia autorizado a pesquisa. Achei então que tivesse conseguido finalmente concluir o processo. De fato liguei para (nome da pessoa) e ela me informou que até a terça feira seguinte a carta de anuência já estaria assinada por sua chefia e estaria à minha disposição. Na terça seguinte, dia 11/04, liguei esperançosa para o ramal de (nome da pessoa). Quem atendeu foi uma moça que explicou que ela estava com Covid e só retornaria na outra segunda. Um balde de água fria para mim. Como então prosseguir com o meu processo? (nome da pessoa) estava sempre sendo gentil e me auxiliando em tudo. Me passaram então para falar com (nome da pessoa). (Nome da pessoa) disse que ia procurar, ver se já estava assinada a minha carta. Liguei algumas vezes para (nome da pessoa), e acho que só no dia seguinte (nome da pessoa) me enviou a carta por e-mail. Eu abri o e-mail contente e fui conferir se estavam listados todos os locais de campo que citei no projeto. Para minha infelicidade, não. Faltou mencionar o Distrito (número do distrito) (apesar de estarem citadas as unidades de saúde onde farei a pesquisa) e faltou citar a Sede do Programa de Imunizações. Foi então que expliquei isso para (nome da pessoa) e então (quando finalmente me entendeu) disse que a autorização da Sede do PNI estava realmente faltando. (Diário 18/04/2023).

O desafio dava-se em conseguir aceite formal (assinatura de um documento) de cada um dos Distritos Sanitários e um dos setores administrativos. Como registrei em diário de campo, os percalços foram os mais diversos possíveis: um setor que não prosseguia com a documentação na velocidade prometida, ramais que paravam de funcionar, pessoas responsáveis pela assinatura que adoeceram ou estavam com problemas familiares, documentos que iam e vinham com assinaturas faltando ou sem dados sobre os locais de campo.

A Prefeitura do Recife poderia até me conceder uma anuência apenas dos Distritos em que eu havia conseguido anuência até aquela data, mas isso não fazia sentido para mim nem para a pesquisa. Como estratégia de planejamento de campo, eu persistia em conseguir as autorizações de cada um dos locais. Assim, eu teria uma margem de segurança para poder, no

momento do “efetivo” trabalho de campo, definir, a partir das interlocuções construídas no próprio campo, aqueles locais que permaneceriam ou em que eu faria uma incursão reduzida.

Essa primeira anuência que eu buscava junto à Prefeitura (abarcando todos os locais de campo escolhidos) deveria ser anexada junto aos documentos solicitados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE. Esse entrecruzamento de etapas burocráticas também entrava em meu cronograma e em meu planejamento de pesquisa. A avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE tinha previsão de durar cerca de, no mínimo, um mês e meio entre submissão, avaliação e resultado final. Mas cada dia que passava sem que eu conseguisse as autorizações dos locais de pesquisa faltantes e, de quebra, a autorização da Prefeitura, eu via o tempo para conseguir a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa ir se alargando. E quanto mais tempo fosse gasto com esses trâmites éticos e burocráticos, menos tempo eu teria de trabalho de campo em salas de vacinas e nos demais locais escolhidos.

Em meio a essa peregrinação, uma nova informação trouxe alívio para mim. Com a ajuda e a instrução de uma pessoa que trabalhava no Comitê de Ética em Pesquisa, soube que os documentos que eu já tinha em mãos (projeto de tese, termos de consentimento, termo de confidencialidade, roteiros das entrevistas e anuência da Secretaria Estadual de Saúde) poderiam ser submetidos junto com o projeto e eu só deveria informar em um outro documento anexado que as demais anuências estariam em andamento. Com isso, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE já poderia avaliar meu projeto na reunião subsequente (que ocorreria no mês de junho/2023). Essa informação foi crucial para eu conseguir avançar com os trâmites junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE e, em paralelo, continuar buscando as autorizações que faltavam em nível municipal.

“Hoje pela manhã finalmente consegui concluir a submissão de meu projeto na Plataforma Brasil e garantir uma vaga para a reunião de junho do CEP UFPE. Essa é uma vitória para o meu trabalho de campo para conseguir avançar com a tese de doutorado.” (Diário de campo, 18/04/2023)

Submeti o projeto de pesquisa para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE no mês de abril. Enquanto isso, segui com as peregrinações para conseguir as anuências de nível municipal. No dia 19 de maio eu já estava com as anuências da Prefeitura do Recife, mas deveria aguardar o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. Na primeira semana de junho, tive retorno da avaliação do Comitê e, como esperado, solicitaram as anuências faltantes. Curiosamente, solicitaram-me ainda que eu anexasse um Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido específico para realização das observações participantes. Assim o fiz. Submeti os documentos solicitados, ocorreu uma nova avaliação do Comitê e, em 27 de junho de 2023, fui informada de que o Comitê havia aprovado meu projeto³⁹. Em seguida, por e-mail, notifiquei os setores municipais e estaduais contatados anteriormente informando a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPE. Com isso, recebi o aval e a anuência final (municipal e estadual) para executar a pesquisa.

Em julho de 2023 eu estava, finalmente, com todas as anuências e autorizações necessárias em mãos. O próximo passo era contatar novamente as interlocutoras, planejar e agendar as novas idas a campo.

2.6 Coleta de dados virtual

Durante o primeiro semestre de 2023, em paralelo a toda dedicação para conseguir sanar as pendências éticas e burocráticas da pesquisa, dediquei-me também ao que chamarei de coleta de dados virtual. Desde 2019, quando eu havia começado a refletir sobre vacinas e vacinação como objetos de estudo da antropologia, passei a reunir notícias de meios tradicionais de informação que tratassem sobre o tema. A partir de 2020, com a deflagração da pandemia, não foi diferente. As notícias sobre o tema se multiplicavam com grande facilidade.

A esse respeito, acredito que seja consenso entre pesquisadores e cientistas que o contexto de crise sanitária e pandemia mundial remodelou nossas maneiras, métodos e técnicas de fazer pesquisa científica. A cada nova “onda” de infecções da Covid-19, seja por escolha voluntária ou *lockdown*, a necessidade de isolamento se configurava. Impossibilitados do “ir a campo” e do “estar lá”, lançamos mão de novas e velhas técnicas e reflexões (SLATER e MILLER, 2004; GONÇALVES et al., 2020; MATOS, 2020; SÁ e ALMEIDA, 2020) para nos aproximarmos do campo, de nossos objetos de estudo e assim, de alguma forma, conseguirmos “olhar, ouvir, escrever” (OLIVEIRA, 1996). Notícias, publicações em redes sociais, eventos, congressos, reuniões e entrevistas no formato “online” e “remoto” ganharam espaço em nosso cotidiano e também nesta pesquisa. A impossibilidade ou o tardamento para fazer o campo presencial me conduziram a buscar novas fontes de informação e de dados, direta ou indiretamente.

39 CAAE:68841123.6.0000.5208 / Número do parecer: 6.144.732.

Um conjunto extenso de notícias, textos, imagens divulgadas em páginas oficiais e redes sociais foi então se tornando uma maneira de eu me “aproximar” do campo, apesar do isolamento social imposto pela crise sanitária. Esse exercício e essa busca por informações em meios de comunicação e redes sociais continuaram me acompanhando até o momento de finalização desta tese.

Especificamente no primeiro semestre de 2023 eu passei a fazer uma busca mais sistemática por notícias e declarações oficiais que tratavam sobre profissionais da enfermagem, vacinas e vacinação no Brasil. Semanalmente reunia imagens e/ou *printscreens* de notícias em mídias tradicionais, redes sociais de trabalhadores/as da enfermagem, declarações oficiais do Ministério da Saúde, do governo estadual e prefeitura municipal. Essa busca sistemática rendeu um total de 302 páginas de um arquivo *Word* (com textos, imagens, *printscreens* das notícias e demais materiais coletados em sites e redes sociais).

As notícias que reuni sobre vacinas, vacinação, profissionais de saúde e profissionais da Enfermagem contribuíram para situar a pesquisa de campo em um contexto histórico e político mais amplo. As notícias e imagens foram me ajudando a dar um contorno cronológico a essa tese. De forma que as fui relacionando aos dados coletados por mim diretamente em campo, podendo conectá-las ou contextualizá-las ao que acontecia na cidade, no estado e no país. Assim também ocorreu com os diversos documentos reunidos, a exemplo dos Planos de Operacionalização da Vacinação e os manuais voltados à vacinação. Esse conjunto múltiplo de materiais foi essencial para que eu conseguisse acessar e compreender informações sobre o campo (em nível municipal, estadual e federal) e pudesse estabelecer associações com o que encontrava ali, lado a lado com profissionais de saúde. Diante da extensão de todos esses materiais reunidos, optei por utilizá-los ao longo dos capítulos desta tese. Não dedicarei um capítulo específico a esta fase de coleta de dados virtual da pesquisa. No entanto, esse conjunto de materiais reunidos aparecerá de maneira transversal, costurando algumas das observações de campo e servindo de contexto para as compreensões elaboradas.

2.7 As respostas do campo organizando e direcionando os caminhos da pesquisa

Com as anuências e autorizações éticas em mãos, entre agosto e dezembro de 2023 pude frequentar cinco locais de campo distintos. A frequência com que fui a cada um desses locais e o tempo que permaneci em cada um deles teve uma grande variação. Por mais que ter

conseguido executar o trabalho de campo presencial fosse motivo de grande comemoração de minha parte como pesquisadora, eu já estava no último ano do doutorado. Isso trazia implicações inevitáveis sobre o meu tempo de permanência nos locais. Precisei concatenar aspectos que eu considerava importantes para fundamentar a pesquisa de tese e ao mesmo conseguir aproveitar os poucos meses que eu tinha reservado para o trabalho de campo presencial.

Ainda na primeira semana de julho de 2023 voltei a contatar as interlocutoras e os locais de campo no intuito de iniciar a pesquisa de campo planejada. Consultei as interlocutoras sobre a possibilidade de iniciarmos o trabalho de campo no mês de agosto⁴⁰. Eis que me deparei com mais um conjunto de imponderáveis do campo. Ao perguntá-las sobre suas disponibilidades de agenda, descobri que algumas delas, por motivos diversos, não poderiam me receber de imediato. Dentre as cinco interlocutoras contatadas, duas estariam de férias no mês de agosto, uma outra estaria afastada também durante o mês de agosto e outra havia acabado de entrar em licença maternidade e só voltaria para a trabalhar na unidade de saúde em dezembro (mês em que eu planejava concluir o campo). Por último, o Centro de Saúde Moinho⁴¹, que possuía sala de vacina e que eu havia escolhido para também fazer uma etapa do trabalho de campo, havia fechado para reforma sem nenhuma previsão de retorno das atividades.

Antes de “tomar pé” de todas essas mudanças contextuais do campo eu tinha elaborado um plano “A”. Esse plano “A” era poder iniciar as observações participantes e entrevistas em uma unidade de saúde “típica”, situada em um bairro periférico da cidade. A ideia era poder frequentar diariamente o local, especificamente a sala de vacina, e conhecer a rotina de trabalho das profissionais (enfermeiras e técnicas de enfermagem). Depois de uma etapa em alguma sala de vacina de unidade de saúde eu planejava então seguir para um posto de vacinação que fosse dedicado a vacinação contra Covid-19, pois este tipo de posto tinha um formato/estrutura totalmente diferente daqueles encontrados em unidade de saúde comum de bairro. Após uma etapa de campo em posto de vacinação contra Covid-19, meu plano era então seguir para os “bastidores” da vacinação, ou seja, fazer trabalho de campo

40 Apesar de estar no início do mês de julho/2023 sugeri às interlocutoras o mês de agosto para iniciar o campo, pois eu tinha dois importantes compromissos acadêmicos ao longo do mês corrente. Por duas semanas participei da Escola São Paulo de Preparação para Epidemias que ocorreu na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (*São Paulo School of Advanced Science on Epidemic Preparedness*). No final do mês de julho e início de agosto também participei da XIV Reunião de Antropologia do Mercosul que aconteceu na cidade de Niterói, Rio de Janeiro.

41 Nome fictício dado a um dos locais em que realizei trabalho de campo.

especificamente nos setores administrativos e de gestão da vacinação no município de Recife e no estado de Pernambuco.

Apesar de possuir esse plano “A” em mente, na prática, não foi exatamente ele que se configurou como possível de ser realizado. Os caminhos éticos e burocráticos já trilhados pela pesquisa somados às disponibilidades das interlocutoras e dos locais de campo foram organizando e direcionando o próprio encaminhamento da pesquisa e os seus rumos. De modo que o que se apresentou como possível para que eu iniciasse o trabalho de campo no mês de agosto foi iniciar as idas a um Centro de vacinação voltado a vacinação contra Covid-19 e localizado em um shopping da cidade. Aqui adotarei o nome fictício para esse local, chamando-o de Posto Shopping.

Entre os meses de agosto e setembro de 2023 realizei um total de doze idas ao Posto Shopping. Dentre todos os locais em que pude fazer trabalho de campo etnográfico com observações participantes e entrevistas, este foi o local onde consegui realizar o maior número de visitas e permanecer por mais horas.

A rotina de trabalho do Posto Shopping dava-se de uma maneira um tanto quanto singular se comparada com a rotina das salas de vacina em unidades básicas de saúde. No Posto Shopping as equipes de vacinação trabalhavam por regime de plantão (cumpriam doze horas de trabalho e “folgavam”⁴², em tese, 36 horas) e, em sua maioria, por regime de contrato. Mesmo frequentando o Posto Shopping diariamente, não acompanhei apenas uma equipe. Devido ao regime de plantão, havia uma grande rotatividade de profissionais com quem eu estabelecia e mantinha contato ao longo dos dias de campo.

A própria localização do Posto Shopping também era singular: ficava em uma das “lojas” do shopping, ou seja, sua estrutura e distribuição de espaço eram totalmente diferentes de uma unidade básica de saúde. Além disso, a própria localização do Shopping em si trazia implicações para o tipo de público que frequentava o Posto e como eram construídas (ou não) as relações entre as profissionais de saúde e o público atendido.

De partida, o que considero importante destacar para este capítulo metodológico é que o trabalho de campo no Posto Shopping me surpreendeu em diversos sentidos: desde o conteúdo que emergiu das observações e conversas com as interlocutoras, até a relação afetiva que acabei por construir com algumas delas. Foi neste campo que cenas sobre

42 Aqui escolho colocar a palavra “folgavam” entre aspas, pois parte das profissionais que entrevistei possuíam outros vínculos de trabalho. Dessa forma, no período de horas que seriam, em tese, para elas descansarem, elas seguiam para trabalhar em outros locais, por vezes também em regime de plantão.

vacinas, cuidado e profissionais de saúde enquanto educadoras saltaram aos meus olhos e passaram a conformar um dos achados principais da pesquisa. Dados estes que me guiaram para as observações nos locais de campo que frequentei posteriormente. Nos próximos capítulos retomarei uma descrição e uma análise sobre o trabalho de campo no Posto Shopping.

Por ter conseguido uma boa interação em campo com as interlocutoras do Posto Shopping, tive grandes dúvidas sobre prosseguir neste local e fazer um trabalho de campo ainda mais imersivo ou seguir para os próximos locais que havia contatado. Ponderei que, mesmo havendo uma boa interlocução entre mim e as profissionais do Posto Shopping, seria ainda muito importante para o amadurecimento da pesquisa que eu pudesse fazer trabalho de campo em salas de vacinas localizadas em unidades básicas de saúde “comuns” e não tão atípicas ou contingenciais como uma sala de vacina em um shopping da cidade. Decidi encaminhar-me para os outros locais de campo. Tinha ainda como plano poder voltar ao Posto Shopping após já ter circulado por outros locais. No entanto, não houve tempo hábil para realizar esse retorno no final do semestre.

Ao decidir prosseguir para os outros locais de campo consegui agendar visita em dois deles. Aqui os chamarei de: Centro de Saúde Jacarandá e Posto de Saúde Água Doce. A ideia era retomar o contato com as interlocutoras dos locais e agendar as possíveis idas a campo. Eu havia decidido também que escolheria apenas um dos dois locais para permanecer por semanas seguidas realizando a pesquisa. Essa decisão dependeria de como transcorressem as primeiras idas aos locais e de como dar-se-ia (ou não) a receptividade das profissionais à pesquisa e se haveria abertura para que eu permanecesse por uma sequência de dias/semanas acompanhando suas rotinas de trabalho.

2.7.1 “Então...tchau!”

Ainda em setembro, pude ir duas vezes ao Centro de Saúde Jacarandá, mas, por um conjunto de motivos, decidi não dar continuidade ao campo neste local. Tentarei explicar brevemente.

O Centro de Saúde Jacarandá tinha entrado para o conjunto de possíveis locais de campo devido a uma reconfiguração particular da organização dos serviços de saúde. Como eu disse anteriormente, outro Centro de Saúde que eu havia escolhido para fazer o trabalho de

campo da pesquisa, o Centro de Saúde Moinho, havia entrado em reforma. Ao conversar com a equipe do Distrito Sanitário correspondente, explicaram-me que, apesar de o Centro de Saúde Moinho estar fechado, a equipe de enfermagem estava trabalhando provisoriamente nas dependências do Centro de Saúde Jacarandá. Com isso, eu poderia ir até o Centro de Saúde Jacarandá e dar prosseguimento às atividades de pesquisa. No entanto, eu teria autorização para estabelecer interlocuções estritamente com as profissionais da equipe do Centro de Saúde Moinho.

Após agendar dia e horário com a enfermeira responsável pela equipe de enfermagem do Centro de Saúde Moinho, fui para uma reunião com ela e mais quatro técnicas de enfermagem que trabalhavam no local (tanto na sala de vacina como na sala de curativos). Reunimo-nos em uma das salas de consultório que estava disponível naquela manhã. Apresentei-me a todas, apresentei o projeto de pesquisa e também falei sobre a ideia de poder acompanhar as suas rotinas de trabalho com a vacinação. Cheguei a perguntar seus nomes e me responderam com brevidade. Perguntei também se tinham dúvidas ou questões sobre a pesquisa. Mas o silêncio predominava na sala. Isso me sinalizava de algum modo uma não receptividade para a pesquisa.

Ainda, para dificultar o meu entendimento sobre a evolução (ou não) da interação com aquelas profissionais, todas trajavam máscaras cirúrgicas em seus rostos, fazendo com que fosse difícil identificar e interpretar qualquer tipo de expressão facial delas. Em um certo momento, uma delas começou a falar e me explicou então como estava a atual situação de trabalho da equipe ali no Centro de Saúde Jacarandá.

As técnicas de enfermagem me explicaram que elas integravam duas equipes de enfermagem diferentes, uma equipe do Centro de Saúde Jacarandá e outra equipe do Centro de Saúde Moinho. Acrescentaram que, por mais que o Centro de Saúde Moinho estivesse temporariamente em reforma, sua sala de vacina “permanecia aberta no sistema”, ou seja, as técnicas de enfermagem deveriam continuar com a atividade de vacinação e isso ocorria ali no Centro de Saúde Jacarandá. O efeito disso era que as duas equipes de enfermagem, especificamente as técnicas de enfermagem, estavam precisando trabalhar de forma a se adaptar à estrutura disponível ali no Centro de Saúde Jacarandá. As equipes tinham então que dividir as salas de trabalho e também as próprias atividades de rotina de vacinação e de coleta.

Segundo as interlocutoras, por orientação do Distrito Sanitário correspondente, a equipe do Centro de Saúde Jacarandá havia ficado responsável pela “vacinação de rotina”⁴³ e a equipe do Centro de Saúde Moinho havia ficado responsável pela vacinação contra Covid-19 e pelo “trabalho de coleta”⁴⁴. Além desta divisão do trabalho entre as equipes, as técnicas responsáveis pelo trabalho de coleta também me explicaram que a sala em que deveriam trabalhar (a sala de coleta) estava sem ar-condicionado, fazendo com que ficassem todas juntas na “sala da vacina”. Foi possível perceber a insatisfação das profissionais ao relatarem a rotina de trabalho nessas condições.

Apesar desse contexto de trabalho, vamos dizer, “truncado”, considerei que esta primeira reunião tinha sido importante para eu entender, ainda que rapidamente, como estava se dando a rotina de trabalho das técnicas de enfermagem ali no Centro de Saúde Jacarandá. Ainda durante a reunião consegui perguntar sobre a disponibilidade de horários das profissionais e agendamos um próximo dia para eu poder acompanhá-las na sala de vacina. Saí de lá não muito animada ou esperançosa com o campo, pois eu não tinha conseguido perceber algum interesse ou boa receptividade das profissionais perante a pesquisa.

Duas semanas depois, como agendado, retornei ao Centro de Saúde Jacarandá. Como combinado, fui para acompanhar uma manhã de trabalho da equipe de técnicas de enfermagem vinculadas ao Centro de Saúde Moinho na sala de vacina. Confesso que foi uma manhã caótica na sala de vacina.

Naquele dia, quando cheguei por volta das 9 horas da manhã, a sala de espera do Centro de Saúde já estava bem movimentada de pessoas aguardando atendimento. Durante o período em que fiquei dentro da sala de vacina era possível escutar o barulho de pessoas falando ou conversando nessa sala de espera. E quando alguém abria a porta da sala de vacina (para entrar ou sair) a percepção do barulho de pessoas falando era tão alta que fazia com que nós, que estávamos dentro da sala de vacina, não conseguíssemos nos escutar. Constantemente a porta da sala de vacina era aberta por alguém pedindo alguma informação, perguntando se poderia entrar ou ainda por algum/a outro/a profissional que desejava entrar na sala.

A sala era bem pequena, havendo quase nenhum espaço para a circulação de pessoas e também para que todas as técnicas de enfermagem permanecessem ali com algum conforto e

43 Ao falar em “vacinação de rotina” as interlocutoras se referiam a aplicação de vacinas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação definido pelo Ministério da Saúde.

44 O trabalho de “coleta” realizado pelas técnicas de enfermagem diz respeito a coleta de material dos pacientes para realização de exames laboratoriais.

sentadas. Naquela manhã, além de mim, estavam presentes três técnicas de enfermagem (duas técnicas de enfermagem do Centro de Saúde Moinho e uma técnica do Centro de Saúde Jacarandá). Na pequena sala havia uma câmara conservadora, uma mesa em que estava um computador tipo *desktop*, uma pia, uma bancada (em que estavam apoiadas várias caixas), e duas cadeiras. A cadeira que estava em frente à mesa do computador era ocupada pela técnica que acessava o sistema de registros de vacinação. A segunda cadeira era utilizada pela pessoa a ser vacinada ou pela/o responsável que seguraria uma criança a ser vacinada.

O pouco espaço que havia na sala era utilizado para abrir e fechar a porta da própria sala e também abrir e fechar a porta da câmara conservadora. A configuração da sala não permitia que eu pudesse interagir frente a frente com todas as profissionais ali presentes o que, a meu ver, não favorecia o início de uma interação com cada uma delas.

Logo que cheguei e perguntei às técnicas onde eu poderia ficar na sala, apontaram-me o lugar entre a pia e a cadeira que ficava em frente à mesa. Fiquei ali, em pé, naquela manhã, apoiada com as costas na pia, segurando meu caderno de campo e caneta nas mãos, tentando entender a dinâmica daquele lugar e progredir com alguma interlocução com as profissionais. Permaneci em pé no local que me indicaram, atrás da técnica que ficava sentada preenchendo as informações no sistema sobre registro de vacinação. Ali, em pé, mesmo de costas para uma das profissionais, fui tentando aos poucos fazer perguntas, tentando algum tipo de interação ou conversa com as profissionais, mas foi difícil obter algum sucesso. As respostas permaneciam lacônicas. Ainda assim, por estar ali na sala, pude testemunhar suas conversas e escutar parte de suas queixas sobre o trabalho. As horas foram se passando. E eu ia pensando também sobre a viabilidade e o sentido de permanecer ali.

No final da manhã, já era quase meio dia, percebi as duas técnicas do Centro de Saúde Moinho pegarem suas bolsas e irem se dirigindo para a porta de saída da sala de vacina. Apesar de não terem feito nenhum comentário, subentendi que elas estariam indo embora, pois eu sabia que elas só ficariam no turno da manhã. Resolvi perguntar se elas já estavam indo embora e recebi uma resposta afirmativa. Nesse caso eu precisava ir embora também, pois eu só tinha anuência para fazer pesquisa junto à equipe do Centro de Saúde Moinho e as duas profissionais que permaneceriam na sala eram do Centro de Saúde Jacarandá. Guardei caderno e caneta na bolsa e dirigi-me à saída da sala. Nesse momento eu já havia decidido que não daria continuidade ao trabalho de campo naquele local. Ainda consegui me aproximar das profissionais que estavam indo embora. Resolvi me despedir e também agradei a elas por

terem me recebido. Expliquei ainda que precisaria seguir para outras unidades de saúde e que o campo lá seria apenas naquele dia.

Devido à dificuldade que tive de interagir com as profissionais tanto durante a reunião de apresentação da pesquisa como também durante o turno da manhã na sala de vacina, preferi não insistir em fazer campo naquele local e seguir para os próximos locais com a expectativa de encontrar alguma outra unidade em que pudesse aflorar uma interlocução mais fluida. De toda forma, o pouco que pude ficar no Centro de Saúde Jacarandá foi suficiente para chamar minha atenção sobre as condições de trabalho das profissionais de enfermagem. Nesse dia pude ter uma maior noção da complexidade e da precariedade com que se dava o trabalho das técnicas de enfermagem. Ali, naquela configuração de trabalho foi possível perceber algumas de suas insatisfações e queixas (desde as horas gastas com o deslocamento até problemas de saúde mental devido a sobrecarga de trabalho). Pensar sobre as condições de trabalho das profissionais de enfermagem não era um objetivo central estabelecido para esta pesquisa. No entanto, essa experiência em campo me fez incorporar esse tema em meu olhar e em minha compreensão antropológica sobre a totalidade do campo estudado.

Encerrado o campo no Centro de Saúde Jacarandá prossegui com o encaminhamento para fazer trabalho de campo no Posto de Saúde Água Doce.

2.7.2 Posto de Saúde Água Doce

Ainda no mês de setembro, retomei contato com Clarissa (mulher parda, 30-40 anos) enfermeira do Posto de Saúde Água Doce. Conversamos por *Whatsapp* e agendamos um dia para eu ir novamente à unidade falar sobre a proposta da pesquisa e combinar os dias e semanas em que faria o trabalho de campo. Já fazia 11 meses que eu tinha me comunicado com Clarissa e ido pela primeira vez para esse Posto me apresentar e apresentar a proposta da pesquisa para toda a equipe que lá trabalhava.

Como a pesquisa se voltava exclusivamente para o ambiente das salas de vacina, era para esse ambiente que eu tinha anuência para atuar como pesquisadora e também era com as profissionais destas salas que eu tinha autorização para poder entrevistar e estabelecer interlocuções. Dessa forma, quando retomei o contato com Clarissa ela consultou as três técnicas de enfermagem que trabalhavam na sala de vacina do Posto de Saúde Água Doce

para saber em que dia e horário seria conveniente eu ir até o local conversar com elas de forma mais detida sobre a pesquisa.

Ainda no mês de setembro conseguimos agendar minha ida até o Posto para conversar sobre a pesquisa com as técnicas e também para marcarmos o início do trabalho de campo na última semana do mês. O trabalho de campo no Posto de Saúde Água Doce não transcorreu sem desafios. Tive algumas “idas perdidas” a campo, assim como foi desafiador conseguir estabelecer interlocuções com as profissionais que eu acompanhava. Ao todo consegui fazer trabalho de campo por 9 dias, contando tanto os momentos em que fui para me reunir com as profissionais como também os dias em que fui para acompanhar suas rotinas na sala de vacinação.

Diferentemente do Posto Shopping, o Posto de Saúde Água Doce estava localizado em um bairro periférico da cidade. Já estava em atividade há 30 anos, desde o início da ocupação daquele território que, anos depois, deu origem ao bairro de Água Doce. Uma das técnicas de enfermagem que pude entrevistar ao longo dos dias foi Auxiliadora (mulher parda, 60-70 anos) uma senhora que já atuava no Posto desde sua fundação.

O que escolho destacar para introduzir esse local de campo aqui neste capítulo dedicado a metodologia é que o trabalho de campo no Posto de Saúde Água Doce trouxe a possibilidade de eu observar a relação de vínculo das profissionais de saúde com a população atendida. Além disso, pude observar como as relações de vínculo estariam relacionadas com a atividade da vacinação e com a aceitação da população em se vacinar ou não. A possibilidade de frequentar a sala de vacina contribuiu para que eu pudesse entender as diversas atividades que compunham a rotina das profissionais de enfermagem, nesse caso, técnicas de enfermagem.

No decorrer dos dias em campo foi muito proveitoso poder acompanhar as interlocuções entre as técnicas de enfermagem e o público atendido. Também pude acompanhar e testemunhar alguns de seus desafios diários quando havia falta de abastecimento de alguma vacina, assim como conversas sobre suas condições de trabalho. Por fim, no último dia de campo, pude ainda estar em um “Dia D de vacinação” realizado no próprio Posto de Saúde Água Doce e com uma equipe ampliada para atender a demanda de vacinação. Foi um dia de grande valia também para aprofundar uma compreensão sobre o campo de pesquisa. Nos capítulos subsequentes retomarei com maiores detalhes esta fase de trabalho de campo no Posto de Saúde Água Doce.

2.7.3 Os “bastidores” da vacinação

Concluí o trabalho de campo no Posto de Saúde Água Doce no mês de outubro e comecei outra etapa significativa para esta pesquisa. Entre os meses de novembro e dezembro de 2023 pude realizar observações participantes e entrevistas com profissionais (em sua maioria enfermeiras e técnicas de enfermagem) que atuavam na Superintendência de Imunizações do Estado de Pernambuco e na Sede Municipal de Programa de Imunização da cidade de Recife (Sede PMI).

Como já citado, eu já tinha tido a oportunidade de conhecer a Sede PMI em janeiro de 2022 ainda nos momentos de sondagem do campo. Neste segundo momento de ir à Sede PMI pude frequentá-la por quatro dias e acompanhar a rotina das profissionais que tinham como atribuição garantir o armazenamento e a distribuição das vacinas em nível municipal. Pude conhecer com mais calma a “sala de armazenamento” e acompanhar o trabalho das profissionais da organização de remessas de vacinas a serem entregues para os Distritos Sanitários do município de Recife. Em meio a observação participante no local, pude fazer entrevistas com profissionais tanto do nível de gestão como também da área técnica da Rede de Frio envolvida diretamente no manuseio e acondicionamento de frascos e caixas com doses de vacinas.

Na Superintendência de Imunizações do Estado de Pernambuco foi possível realizar um dia de trabalho de campo. Nesse dia consegui tanto entrevistar duas profissionais da gestão, bem como fazer uma visita guiada à central estadual de armazenamento de vacinas. A entrevista com as profissionais teve seu lugar de importância na pesquisa por permitir que eu conhecesse mais uma perspectiva sobre o trabalho com vacinação. Pude ouvir um discurso e experiências de profissionais em posição de gestão. Além disso, por mais que as profissionais entrevistadas estivessem na gestão no momento da entrevista, elas também já tinham trabalhado na “ponta”, vacinando a população. Elas também haviam experienciado momentos decisivos sobre o planejamento da vacinação contra a Covid-19 no estado de Pernambuco, assim como permaneciam em contato diário com profissionais do nível municipal a fim de coordenar ações de vacinação em todos os municípios do estado.

Fazer trabalho de campo nesses dois locais me permitiu conhecer e observar o que chamarei de “bastidores” da vacinação. Após três meses frequentando salas de vacina eu passava agora a ampliar a abrangência do campo, conhecendo outros locais, elementos,

atividades e pessoas que estavam envolvidas no armazenamento e na distribuição de vacinas para a cidade de Recife e para o estado de Pernambuco. Assim como nos relatos das profissionais que atuavam em salas de vacina, agora, conversando com profissionais dos “bastidores”, eu também escutava relatos sobre as implicações do contexto pandêmico para os seus trabalhos.

Considero que esta fase do trabalho de campo proporcionou um “novo” encontro com os manuais sobre técnicas e procedimentos de vacinação. Por mais que eu estivesse em ambientes considerados mais “técnicos” (com diversas regras sobre horários de monitoramento de temperatura, acondicionamento de vacinas, números de lote, datas de validade, estantes de inox, planilhas e notas fiscais a serem preenchidas, etc), foi possível observar e compreender um pouco da humanidade e da singularidade implicadas na rotina de trabalho das profissionais que atuavam nesses locais. Isso gerou bons frutos para as reflexões desta pesquisa de tese.

Encerrei o trabalho de campo em dezembro de 2023. A partir de então dei início a um trabalho intensivo de construção da análise de todos os materiais, entrevistas, anotações em caderno e diário de campo que havia reunido desde 2019.

2.8 Sobre as escolhas metodológicas e sobre como analisei os dados: “No observacional você vai colocar o quê?”

2.8.1 Cadernos e diários de campo

O ano de 2024 foi o ano dedicado a organizar e sistematizar todos os dados que eu havia reunido ao longo dos três anos de trabalho de pesquisa. No decorrer e após as incursões a campo utilizei extensivamente o caderno e o diário de campo, instrumentos que sabemos serem fundamentais para os registros de dados e impressões da pesquisa (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000). Todas as possíveis constatações, inferências, mudanças nas técnicas de coleta de dados, *insights* e imponderáveis do campo (MALINOWSKI, 1978 [1922]) foram registrados nos diários, pois eles se tornaram o suporte fundamental para as elaborações teóricas e analíticas da pesquisa (SAEZ, 2013).

Os diários e cadernos de campo já haviam sido fundamentais para os registros sincrônicos e diacrônicos da pesquisa⁴⁵. Para as idas a campo, eu optava por levar comigo o que denominei como caderno de campo. Neste caderno (que foi se multiplicando ao longo dos meses) eu anotava o que planejava realizar em campo naquele dia, por exemplo, um pequeno roteiro do que pretendia perguntar para interlocutoras. Eu utilizava esses cadernos para fazer os registros no momento em que estava nos locais da pesquisa, fazendo as observações participantes e as entrevistas.

Como rotina de pesquisa para registro dos dados e das observações, após as idas a campo, ao chegar em casa, criei o hábito de registrar no chamado diário de campo o que havia acontecido naquela determinada investida. Dito de outra forma, eu consultava as anotações feitas nos cadernos de campo (por vezes apenas palavras ou frases soltas) e buscava concatená-las no diário de campo. Tentava transformá-las em um único texto sobre o dia ou a atividade de trabalho de campo. De toda forma, devo também compartilhar que nem sempre foi possível cumprir com essa rotina. Por vezes, os dias em campo tornavam-se tão cansativos que era tarefa árdua sistematizar tudo o que havia visto, ouvido e observado. Após um mês de trabalho de campo, decidi espaçar os dias em que ia a campo para assim ter tempo hábil para fazer os registros nos diários. E isso funcionou muito bem. Passei a ir a campo no máximo três vezes na semana e com isso consegui dar conta de sistematizar nos diários o que havia experienciado em cada ida a campo.

Especificamente para os diários de campo escolhi fazer anotações tanto em folhas de algum livreto como também escrever digitalmente em um arquivo no *Word*. Essa forma de sistematização me rendeu um total de 249 páginas escritas em arquivo *Word* e um total de sete cadernos e diários escritos à mão (cada um com aproximadamente 80 folhas, perfazendo 560 páginas).

Também fiz uso dos diários para simplesmente refletir sobre a pesquisa. Fiz anotações sobre autores e textos importantes de serem lidos, citações, ideias para o campo, números de telefone e e-mails importantes, bem como desenhos dos locais frequentados. Também elaborei esquemas de palavras que me ajudaram a definir os objetivos da pesquisa e a pensar sobre quais locais eu escolheria, que fariam sentido para a pesquisa. Considero que os esquemas e desenhos me ajudaram a entender e a refletir sobre o campo para além de letras⁴⁶.

45 Imagens dos cadernos e diários de campo podem ser visualizadas no APÊNDICE D.

46 Imagens dos esquemas e desenhos elaborados nos diários de campo podem ser visualizados nos APÊNDICES B, C e D.

Agora, no momento em que escrevo esta tese e paro para compreender retrospectivamente o que produzi até aqui, os cadernos e diário de campo ganham uma nova centralidade. Eles se tornam a fonte de dados principal da pesquisa. Eles me permitem recuperar uma linha do tempo do trabalho de campo e os detalhes das experiências vividas e observadas. Consulto-os recorrentemente para citar um trecho de diário, para lembrar a data/mês em que fui a tal local, para lembrar com maiores detalhes de uma das tantas situações vivenciadas e que deram os contornos desta pesquisa. Voltarei a falar sobre os cadernos e diários de campo e seu lugar no momento da análise dos dados.

2.8.2 A escolha pela observação participante

A escolha pela observação participante teve seus momentos de glória assim como seus momentos de desafio. Ao me apresentar aos locais de campo busquei oferecer a maior transparência possível sobre como eu pretendia estar no local. Optei por sempre perguntar por onde eu poderia entrar, onde eu poderia me sentar, ou ainda se preferiam que eu me retirasse. Eu explicava para as interlocutoras que estaria geralmente portando o meu caderno de campo e uma pasta com documentos (roteiros de entrevistas, carta de apresentação e anuências). O caderno de campo eu utilizaria justamente para fazer anotações sobre o que estava observando e sobre as entrevistas de forma sincrônica. Explicava ainda que era necessário para mim fazer aquelas anotações para que pudesse sistematizar o trabalho de campo quando retornasse para casa.

A tal pasta com documentos continha os roteiros de entrevistas e da observação participante impressos em folha de ofício branca. De início, eu utilizava esses roteiros para poder me guiar nas conversas com as interlocutoras. Depois de tanto repeti-los, passei a incorporar algumas de suas perguntas espontaneamente no decorrer das interações com as interlocutoras.

Ao adicionar essa transparência intencional em minha presença e atitude em campo percebi que fui me sentindo mais confortável para estar presente assumidamente como antropóloga. Identifico que isso agregou ao meu próprio exercício enquanto pesquisadora. Adicionalmente, acredito que algumas interlocutoras sentiram-se também à vontade para perguntar sobre minha vida, sobre meu trabalho, sobre a pesquisa.

Em alguns momentos de campo fui surpreendida com frases direcionadas a mim, por exemplo: “*não escreve isso no teu caderno aí não, visse?*”; ou “*bota aí no teu caderno!*”; “*aqui a gente tem o livro preto⁴⁷ e o livro marrom de Flávia*”. Lembro bem quando algo desse tipo aconteceu durante um dia de trabalho de campo no Posto Shopping. Eu estava sentada à mesa na qual ficavam apoiados todos os materiais para vacinação do público. Fui surpreendida quando a enfermeira (responsável pela equipe naquele dia), que estava em pé do outro lado da mesa, lançou a pergunta para mim: “*E no observacional, você vai colocar o quê?*”.

Digo que fui surpreendida pela pergunta porque foi a primeira vez que eu era diretamente interpelada sobre a pesquisa por uma das interlocutoras. Interpelada no sentido de quererem saber o que eu faço, o que eu escrevo, o que de fato vai ficar nas minhas “observações”, o que ela chamou de “observacional”, o que eu anoto naquele caderno.

Além de surpresa, fiquei feliz com a pergunta. Após a pergunta, o silêncio se fez na sala de vacina e tive a chance de explicar mais uma vez e de outra forma o que “danado” eu estava fazendo ali, o que eu anotaria ou deixaria de anotar. Essa interação em campo me fez refletir sobre o óbvio, do qual por vezes nos esquecemos no decorrer do trabalho de campo. Somos visíveis em campo, somos observadas e analisadas pelas pessoas que julgamos observar. Naquele contexto a pergunta foi muito bem-vinda e fiquei com a impressão de que a interpelação havia me aproximado um pouquinho mais das interlocutoras. Ao transitar por diferentes salas de vacina e setores administrativos, também tive a oportunidade de conhecer profissionais que tinham a iniciativa de me explicar e mostrar detalhes sobre as ampolas de vacinação ou contar suas histórias de vida. Nesses momentos, confesso, o trabalho de campo se tornava mais prazeroso.

A escolha pela observação participante possibilitou que eu pudesse testemunhar cenas e cenários do cotidiano de técnicas de enfermagem e enfermeiras no trabalho com vacinas e vacinação. Elaborei perguntas-guia para me acompanhar durante as observações: Como está disposto e qual é a infraestrutura do local observado? ; Que pessoas circulam e trabalham nesse local? ; Quais as interações sociais que ocorrem nesse espaço? ; De que forma o tema sobre vacina e vacinação está presente nas falas e nas rotinas dos profissionais de saúde? ; Quais as linguagens verbais e não verbais são utilizadas pelos participantes para se referirem

47 “Livro preto” era o livro utilizado no Posto Shopping para fazer registros de ocorrência na sala de vacina ou também para as equipes de um turno de se comunicarem com a equipe que chegaria no turno seguinte (por exemplo quando encontravam algum objeto esquecido de pessoa que foi atendida, isso era notificado no “Livro preto”).

às vacinas e à vacinação? ; Como os profissionais de saúde interagem com o público atendido quando o tema é vacinas e vacinação?; Quais desafios os profissionais de saúde comentam que existem no atendimento e na vacinação do público? Todas essas perguntas foram dando direcionamento às minhas anotações nos cadernos e diários de campo.

A observação participante traduzida no acompanhamento direto junto às interlocutoras nas salas de vacinas e setores administrativos permitiu que eu traçasse alguma compreensão, ainda que parcial, sobre como se conformavam as suas experiências cotidianas com vacinas e vacinação. Por fim, a observação participante foi possibilitando um entendimento sobre a diversidade e sobre as nuances dos sentidos atribuídos às vacinas e à vacinação.

2.8.3 A escolha por fazer entrevistas

Como forma de complementar, comparar e aprofundar os dados reunidos através da observação participante, também considerei importante realizar entrevistas com as pessoas interlocutoras da pesquisa. Como já compartilhei no início deste capítulo, fazer entrevistas de forma remota tornou-se uma das possibilidades de inserir-me no campo, apesar das restrições do contexto de crise sanitária.

Em 2023, quando de fato já estavam reunidas todas as autorizações éticas e burocráticas da pesquisa, além da observação participante, as entrevistas passaram a fazer parte das incursões a campo. Elaborei um roteiro de entrevista qualitativa e semiestruturada e levava-o sempre comigo. As entrevistas mostraram-se como uma das “técnicas de coleta de dados” mais compreendidas pelas interlocutoras. Lembro-me que quando eu comentava que faria observação participante, expressões de estranhamento e dúvida tomavam os rostos das interlocutoras. As entrevistas foram então também uma estratégia para “entrar” em campo. De modo que, algumas vezes, para poder ser compreendida como pesquisadora e antropóloga, optei por iniciar alguns dos dias de trabalho de campo através das entrevistas.

Passei a considerar que a entrevista seria uma forma de dar início a uma interlocução com as pessoas de cada local, assim como uma oportunidade para elas poderem saber em que temas e assuntos eu estava interessada ali como pesquisadora, e talvez sentirem-se mais confortáveis com a pesquisa, quem sabe ?. Também sempre levava comigo o gravador e perguntava às pessoas se poderia gravar aquela entrevista. Entre todas as interlocutoras da pesquisa (31 pessoas) apenas três pessoas aceitaram explicitamente que eu fizesse a gravação.

As demais pessoas que pude entrevistar dividiram-se entre dois grupos: 1) um primeiro grupo composto por pessoas que, apesar de negarem o pedido para gravação, aceitaram que eu fizesse a entrevista e fizesse também anotações em meu caderno; e 2) um segundo grupo de pessoas que aceitaram me conceder entrevista, mas eu mesma, por motivos contextuais, optava por não gravar e apenas fazer registros no caderno de campo. Explico a seguir.

A maioria das entrevistas que realizei em 2023 deram-se nos ambientes das salas de vacinas durante o trabalho das profissionais. Por vezes, algumas delas podiam parar o trabalho por um momento e conversar comigo mas, na maioria das vezes, isso não foi possível. Dávamos início a uma entrevista e então chegava alguém para ser atendido ou alguma demanda da sala de vacina para ser sanada. Além disso, estávamos em um ambiente público e/ou coletivo, havia sempre mais profissionais na sala e o “entre e sai” de pessoas atendidas. Consultando o roteiro de perguntas, conforme eu encontrava brechas e disponibilidade das profissionais, eu ia fazendo as perguntas planejadas, apesar das interrupções. Tendo isso em vista, minha escolha como antropóloga foi potencializar ao máximo as anotações durante e após o campo, buscando registrar o máximo de detalhes e informações que eu conseguisse.

Por fim, identifico que as entrevistas tiveram o seu lugar de importância nesta pesquisa pelo fato de me aproximarem do cotidiano de relações e sentidos sobre a vacinação. Além disso, certos momentos exclusivos com as interlocutoras adicionaram novos dados e percepções sobre o tema desta pesquisa. Afirmo isso porque as entrevistas permitiram que eu conhecesse com mais atenção as trajetórias pessoais das profissionais e suas relações com o atual contexto de trabalho e com o pretérito contexto de pandemia.

2.8.4 Como analisei os dados

No que se refere propriamente à análise dos dados, entendo que as compreensões sobre o campo e seus resultados dão-se de forma vagarosa e a partir de um acúmulo de esforço engajado em entender todos os dados registrados no diário de campo e também o contexto em que a pesquisa foi realizada. Com esta pesquisa não foi diferente.

Seguindo as orientações de Angrosino (2009) e Minayo (2014), fiz uma leitura panorâmica ou a chamada “leitura flutuante” do material reunido ao longo dos anos: diários de campo e entrevistas transcritas. A leitura panorâmica foi útil para o exercício de “refrescar

a memória” e relembrar detalhes esquecidos desde a primeira coleta das informações (ANGROSINO, 2009). Foi também a partir desta leitura que consegui estabelecer um primeiro conjunto de categorias e temas que apareciam de forma recorrente ou significativa ao longo das anotações nos cadernos, diários de campo e transcrições de entrevistas.

Tanto para a análise das anotações em diário de campo como para a análise das entrevistas, inspirada em Saez (2013), busquei entender o que aconteceu durante cada evento registrado: em que contexto ocorreu, qual a relação com o/a entrevistado/da, qual o local da pesquisa ou entrevista, o tempo de duração, presença ou não de pessoas ao redor. Todos esses fatores tornaram-se de alguma forma variáveis para a compreensão sobre as perspectivasêmicas e éticas, e para o entendimento e a relativização dos dados obtidos.

Diante do volume de registros em caderno e diário de campo, e também de atividades que executei ao longo dos anos, decidi utilizar diferentes ferramentas para me auxiliarem na sistematização e na organização das informações. Essas ferramentas serviram de apoio para organizar os dados e torná-los mais compreensíveis para mim mesma, para conseguir estabelecer relações entre as informações e os dados coletados.

Elaborei uma planilha⁴⁸ (utilizando o *Google Planilhas*) para poder organizar cronologicamente e visualmente todas as etapas de campo que desenvolvi. Incluí nessa planilha informações sobre: tipo de dado (entrevista, notícia, trabalho de campo, curso, reuniões de orientação, congresso, documentos); subtipo (para informar como esse dado está registrado e salvo, se digital ou em manuscrito); descrição sobre o dado (breve resumo em que consistiu); período de realização (datas em que a etapa ou atividade ocorreu); contribuição para a tese (resumo em poucas palavras sobre como aquele dado/conteúdo pôde me ajudar para a escrita da tese); número de visitas (campo válido apenas para o trabalho de campo).

Também elaborei uma segunda planilha⁴⁹ com as informações sobre o “Perfil das interlocutoras”. Ao longo de todos os cadernos e diários de campo fui registrando de forma dispersa informações sobre as 31 pessoas que se tornaram interlocutoras da pesquisa na etapa de trabalho de campo presencial. Reuni dados sobre: as trajetórias pessoais das interlocutoras, locais de trabalho, datas de nascimento; escolhas pela carreira na Enfermagem, experiências de trabalho durante a pandemia e também sobre suas identificações em termos de gênero e raça. Devido à dispersão dessas informações entre os diários e cadernos tornou-se

48 Esta planilha em uma versão adaptada para expor na tese está disponível no APÊNDICE E.

49 Uma versão do “esqueleto” dessa planilha pode ser vista no APÊNDICE F. Não disponibilizo uma versão da planilha preenchida, pois isso comprometeria a confidencialidade dos dados obtidos.

imprescindível fazer uma planilha em que eu pudesse inserir esses dados elementares de cada interlocutora, podendo assim acessá-los com rapidez e fazer correlações e inferências sobre o seu conjunto.

Além das referidas planilhas utilizei o aplicativo *Mindmeister*⁵⁰ para fazer mapas mentais que me ajudassem a visualizar os objetivos da pesquisa, assim como as categorias de análise escolhidas. Utilizei esse aplicativo para organizar raciocínios e ideias, assim como para organizar categorias e temas para a análise de dados. Foi através desse aplicativo que fiz um mapa extenso e com diversas ramificações, para organizar as categorias de análise da pesquisa.

Para além de fazer um mapa com as categorias de análise através do aplicativo, também foi possível adicionar descrições para cada uma das categorias escolhidas. Essa construção foi fundamental para o momento em que passei a reler os diários de campo e entrevistas e selecionar quais categorias marcar em um determinado trecho do texto. As descrições ajudaram a me orientar e a lembrar o que eu havia definido para ser utilizado com aquela determinada categoria para assim poder analisar o material escrito com uma maior coerência.

Outra ferramenta que foi essencial para sistematização, organização e análise de dados da pesquisa foi o software *Dedoose*. *Dedoose* é um programa de análise de dados qualitativos, mas também com ferramentas para elaborarmos análises quantitativas (por exemplo, saber a frequência com que uma determinada categoria aparece nos textos). Neste programa foi possível fazer o *upload* dos diários de campo digitais e analisá-los através das ferramentas disponíveis⁵¹. Antes de iniciar a análise propriamente dos arquivos de textos, foi necessário “alimentar” o programa com as categorias de análise que eu havia escolhido para fazer as marcações no texto. Adicionalmente, também inseri as descrições que eu havia elaborado (através do aplicativo *Mindmeister*) para cada uma das categorias.

No *Dedoose* também tornou-se possível criar “fichas”⁵² com informações básicas sobre cada um dos diários de campo. A cada diário inserido no programa eram preenchidas as informações sobre: local do campo, data, período de duração do campo, se fiz entrevistas e/ou

50 No APÊNDICE G é possível visualizar mapa mental que construí a partir do aplicativo e também um exemplo de como adicionei descrições a cada uma das categorias de análise.

51 No APÊNDICE H é possível ver um exemplo de como categorizei excertos dos diários de campo através no software *Dedoose*.

52 Um exemplo destas “fichas” que criei para organizar os diários de campo podem ser visualizadas no APÊNDICE I.

observação participante, se foi um campo apenas para resolver questões éticas e burocráticas. Havendo registro de entrevista naquele diário de campo eu também inseria na “ficha” o nome das pessoas interlocutoras da pesquisa. Essas “fichas” sobre cada diário de campo me ajudaram a acessar rapidamente os materiais e a conseguir encontrar informações que eu precisava sobre alguma interlocutora, ou sobre a data em que algum fato importante aconteceu, ou ainda a ordem cronológica em que os eventos foram acontecendo.

Conforme pude ir marcando os textos com as categorias de análise, o programa *Dedoose* permitia que fossem geradas tabelas⁵³ em que eu podia ver a ocorrência de cada uma das categorias e em que local de campo elas se sobressaíam. Essa ferramenta foi útil para me ajudar a observar e a refletir sobre que temas eu poderia tratar na tese e em que temas eu tinha um conjunto relevante e significativo de dados. Isso ocorreu, por exemplo, com o tema sobre os trâmites éticos e burocráticos da pesquisa. Ao reler os diários de campo fui-me dando conta de quanto tempo, quantos dias, semanas e meses foram dispendidos para que fosse possível reunir todas as autorizações éticas e burocráticas da pesquisa. A tamanha recorrência de relatos sobre esse tema fizeram com que eu priorizasse dedicar uma parte deste capítulo metodológico a ele⁵⁴.

Os dados analisados através do *Dedoose* permitiram ainda reunir excertos de textos que haviam sido marcados com a mesma categoria de análise. Por exemplo, uma das categorias criadas foi “profissionais e trabalho do cuidado”. Com as ferramentas do *Dedoose* pude reunir em um só documento de texto todos os excertos grifados com esta categoria de análise. Isso ofereceu uma fluidez à análise e também uma compreensão facilitada sobre um conjunto extenso de informações⁵⁵.

Foi durante os meses de janeiro e junho de 2024 que pude analisar os dados com uma maior profundidade. Utilizei intensivamente o aplicativo *Mindmeister* e o software *Dedoose* e dediquei-me a ler cuidadosamente o material escrito e a categorizá-lo. Nesse período, consegui me debruçar sobre metade de todo o material produzido. Com isso, em abril de 2024 elaborei uma primeira versão do sumário expandido⁵⁶ desta tese. A leitura ativa e a análise dos

53 Um exemplo de tabela com análise de dados por categoria é possível de ser visualizado no APÊNDICE J.

54 E confesso que mesmo já tendo dedicado espaço para este tema aqui na tese, ainda há um conjunto significativo de reflexões e inquietações que me acompanharam nesse período da pesquisa e que pretendo discutir mais detidamente em uma oportunidade futura.

55 No APÊNDICE K é possível ver um exemplo de extração (abreviada) de alguns excertos da categoria “profissionais e trabalho do cuidado”.

56 Quando me refiro a sumário expandido digo que elaborei uma primeira sugestão de índice/sumário para a tese. Em cada item e subitem escolhidos adicionei descrições sobre o que eu pretendia desenvolver, que dados eu pretendia utilizar e costurar naquele tópico.

dados foram-me proporcionando um novo entendimento sobre a pesquisa e ganharam sua materialidade através do sumário expandido.

Diante do avançar do tempo (devido aos prazos para defesa) e a necessidade de progredir com a escrita da tese, em julho de 2024, optei por parar com a análise mais minuciosa dos dados e direcionei o foco para a escrita dos capítulos da tese até conseguir finalizá-la. Algo que considero importante destacar é que, mesmo partindo para uma etapa de maior dedicação à escrita da tese, a análise dos dados permaneceu me acompanhando. Desde quando finalizei o trabalho de campo até o momento da escrita de cada linha da tese, percebi que o exercício analítico tornou-se uma constante.

Já no início da análise de dados no começo de 2024 até o momento em que escrevo este capítulo (novembro de 2024) identifiquei que fui utilizando tanto uma estratégia dedutiva como indutiva para compreensão e análise dos dados. Fiz uma primeira leitura do material escrito, o que chamei de “leitura flutuante”. A partir desta primeira leitura foi possível pensar e elaborar algumas das categorias de análise dos dados da pesquisa. Em seguida, no momento de nova leitura e categorização dos textos, surgiram, inevitavelmente, novas ideias de categorias para dar conta do que estava sendo lido e acessado por mim. E, no período em que decidi interromper a análise mais minuciosa dos dados, por diversas vezes, durante os meses de escrita, retornei aos diários de campo em busca de trechos, falas, cenas que eu desejava utilizar aqui na tese. O que desejo explicar é que o exercício da análise foi composto por idas e vindas, estratégias de análise que se retroalimentaram e que foram de igual modo essenciais para que eu conseguisse elaborar esta tese.

CAPÍTULO 3 - VACINAS E VACINAÇÃO NO BRASIL

3.1 Sentidos e tensionamentos contextuais e históricos

A história das práticas de vacinação no Brasil é indissociável da própria história da formação do país: as doenças e, conseqüentemente, as vacinas, ocuparam diversos e importantes lugares desde a constituição da população brasileira até a reorganização das relações de trabalho no período pós-abolição (MATOS, TAVARES e COUTO, 2024, p.2)

Partimos aqui de uma compreensão da vacinação como um construto humano, social e relacional (BARBIERI, COUTO e AITH, 2017). Sua legitimidade perante a população, as escolhas por (não) se vacinar e os sentidos atribuídos à vacinação não são meramente uma questão de informação científica ou cálculo científico. Essas questões estarão mediadas sobretudo por “perspectivas culturais e experiências individuais” (CUNHA e DURAND, 2008, p. 371). Seja da perspectiva dos profissionais de saúde vacinadores ou dos cientistas desenvolvedores, seja da perspectiva das pessoas ou grupos vacinados, passa-se por distintas noções sobre doença, infecção, saúde, “imunidade, percepções pessoais e culturais de responsabilidade, (...) relações específicas e contextuais com os serviços de saúde” (CUNHA e DURAND, 2008, p. 371).

Segundo a antropóloga e o antropólogo Cunha e Durand (2008), mesmo com variações geográficas e sociais, “a vacinação é claramente uma das políticas e uma das técnicas de segurança médica mais globalizadas.” (CUNHA e DURAND, 2008, p. 369). Fazendo parte das políticas de Estado em âmbito nacional e internacional, a vacinação universal passou a ser amplamente encarada como parte de uma solução global para se lidar com um vasto conjunto de problemas de saúde pública, como epidemias e/ou doenças infecciosas (MOULIN, 2003; CUNHA e DURAND, 2008; DOMINGUES, 2021; NUNES, 2021).

As vacinas, especificamente, podem ser definidas como uma substância, uma tecnologia (BEZERRA, 2017) e também como uma técnica de imunização (CUNHA e DURAND, 2008). Para alguns autores/as estas irão se constituir como um elemento de extrema importância na história da ciência e da medicina (LOPES, 1996; MOULIN, 2003;

DOMINGUES, 2021; NUNES, 2021). A vacina seria uma forma de “imunização ativa”, sendo

considerada, segundo referencial biomédico e da saúde pública/coletiva, a segunda intervenção de maior impacto na diminuição de morbimortalidade da população (superior à descoberta de antibióticos), perdendo somente para o saneamento básico e a água potável (Plotkin et al., (2008) apud BARBIERI, 2014, p.2-3).

Para além do lugar que as vacinas e a vacinação ocupam no campo da saúde pública e para além de uma compreensão biomédica sobre saúde/doença, seguimos aqui o entendimento de Bezerra (2017) ao afirmar que devemos ter em vista que as vacinas e as políticas que as envolvem “não são entidades neutras, mas sim locais de posicionamento cultural, social e político.” (BEZERRA, 2017, p.201). Segundo Barbieri (2014), a vacina enquanto uma técnica e a vacinação em massa adotada amplamente como prática de saúde pública no mundo, tornam-se “um campo fértil e complexo, considerando seus benefícios e propriedades à coletividade e seus possíveis conflitos, oriundos de sistemas normativos, sejam eles de ordem moral, cultural ou legal.” (BARBIERI, 2014, p. 9).

Ao olharmos retrospectivamente para a história do Brasil sobre vacinas e vacinação, sabemos que a segunda metade do século XX foi marcada pela “estruturação de um aparato público voltado para a implementação de políticas de imunização que dessem conta de todo o território nacional” (PONTE, 2003, p.622). Com o fortalecimento das campanhas de vacinação a partir da década de 1960, sabemos que em 1971 foi notificado o último caso de varíola no Brasil; em 1973 foi institucionalizado o Programa Nacional de Imunizações (PNI); a partir dos anos 1980 foram implantados os dias nacionais de vacinação; e em 1992 houve a erradicação da poliomelite (PONTE, 2003). Segundo Chammé (2000), diante de marcos como os citados, a descoberta de novas vacinas e o aprimoramento de vacinas já existentes foram e ainda são considerados um dos maiores e principais avanços científicos na área da saúde pública.

Por exemplo, a vacinação antivariólica usada extensivamente em diferentes lugares do mundo fez com que a varíola tivesse seu último caso registrado no mundo em 1977 (LOPES, 1996). O sucesso científico da vacinação antivariólica foi a tal ponto que fez com que esta doença fosse decretada como extinta do planeta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1980 (HOCHMAN, 2011; VARELLA, 2019). Este sucesso da vacinação antivariólica visto de um modo triunfalista teria se estendido às demais vacinas. No entanto, Anne Marie Moulin (2003) afirma que uma:

análise realizada em conjunto pelas ciências biológicas e sociais revela uma realidade infinitamente mais complexa, mais interessante e, também, mais movediça. (...) Sem querer negar a força ideológica do princípio universal da vacinação, transcendendo os contextos particulares, é forçoso reconhecer que não existe ‘uma’ vacinação, mas sim vacinas que apareceram em diferentes períodos e em diferentes países, com objetivos diferentes (...). (MOULIN, 2003, p. 500).

Nesse caminho, eventos históricos como a Revolta da Vacina em 1904 e a Campanha de Erradicação da Varíola na década (CEV) de 1970 ajudam a compreender como as concepções e ações em torno das vacinas e da vacinação podem ser heterogêneas e, ao mesmo tempo, importantes na elaboração de um entendimento diacrônico acerca do tema desta pesquisa de tese.

3.2 A Revolta da Vacina de 1904

A Revolta da Vacina ocorreu em 1904 na cidade do Rio de Janeiro, então capital federal. Como o próprio nome já nos sugere, ela foi deflagrada pela instituição da vacinação compulsória contra a varíola. No entanto, esta Revolta não pode ser resumida a uma simples recusa à vacina ou à vacinação (SEVCENKO, 2010). Este fato histórico merece ser compreendido com um olhar atento e aprofundado.

A Revolta da Vacina não se dirigia, unicamente, a uma simples contraposição da população em relação à vacina especificamente, mas também a uma insatisfação da população com o processo de reurbanização e higienização da cidade do Rio de Janeiro. O presidente da República, à época Rodrigues Alves, prometia “saneamento e modernização” para a capital federal. Inspirado no modelo de reforma urbana da cidade de Paris, Rodrigues Alves contratou o engenheiro Pereira Passos para realizar a tão almejada reforma urbana na cidade do Rio de Janeiro. Pereira Passos foi então nomeado prefeito da cidade, recebendo do presidente “poder discricionário” para conduzir a reforma (BIBLIOTECA VIRTUAL OSWALDO CRUZ, 2021).

Segundo Sevcenko (2010), nesse período a sociedade brasileira encontrava-se num momento decisivo de transformação e havia uma insatisfação da população com o processo de transição do Brasil para sua fase republicana. Diversos setores da sociedade (não necessariamente articulados e alinhados entre si) opunham-se à vacinação compulsória. No entanto, seus incômodos eram compostos pelas mais diversas questões. Compunham a

oposição: monarquistas depostos pelo novo regime, jovens oficiais ancorados nas novas teorias científicas e no positivismo, trabalhadores do serviço público, profissionais autônomos, bacharéis desempregados, multidão de locatários de imóveis arruinados e desesperados com a reforma urbana, apenas para citar alguns exemplos (SEVCENKO, 2010). Os setores de oposição eram compostos por “grupos subalternos que de diferentes formas queriam se posicionar contra a exploração, a discriminação e o tratamento espúrio a que eram submetidos pela administração pública” (SEVCENKO, 2010, p. 14).

Um aspecto interessante sobre a Revolta da Vacina, e não comumente citado, é que algumas compreensões etiológicas sobrenaturais sobre a doença variola configuraram-se como um dos motivos em torno da resistência à vacinação por parte de alguns grupos (CHALHOUB, 2017).

Alguns autores sugerem que parte da resistência à vacinação derivava de ela ser compreendida como uma intervenção sobre práticas de variolização associadas a divindades cultuadas por grupos afrodescendentes, que correspondiam a um percentual expressivo da população pobre da cidade do Rio de Janeiro (CHALHOUB, 2017 apud HOCHMAN, 2011, p.378).

Segundo Chalhoub (2017), havia diferentes compreensões socioculturais sobre a variola. Havia uma etiologia sobrenatural da doença, havia os curandeiros e uma compreensão de que o curso da doença não deveria ser interrompido. E havia alguns grupos (principalmente negros e afrodescendentes) que recorriam inclusive a técnicas de variolização (CHALHOUB, 2017, p. 169).

Neste “caldo” de insatisfações por parte da população, a vacinação compulsória tornou-se um pretexto para a Revolta acontecer em novembro de 1904. Durante duas semanas de conflitos, 945 pessoas foram presas, 461 deportadas, 110 feridas e 30 foram mortas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005).

Paradoxalmente, é interessante destacarmos que, apesar da grande mobilização da população contra a vacinação obrigatória, foi nesse mesmo ano de 1904 que se conseguiu vacinar a população como nunca antes visto. Para termos um parâmetro, no ano da Revolta atingiu-se a superação dos números até então alcançados pelo serviço de vacinação. Alcançou-se o número de 108 pessoas vacinadas por mil habitantes. Em anos anteriores (entre 1898 e 1901) chegaram a ser vacinadas apenas entre 12 e 41 pessoas por mil habitantes (CHALHOUB, 2017).

Naquele ano o total de pessoas vacinadas foi de: 87.711 e a população da cidade do Rio de Janeiro (em 1906) era calculada em mais de 810 mil habitantes (CHALHOUB, 2017,

p.188-189). Cerca de 68% dessas vacinações compulsórias ocorridas no ano 1904 eram a domicílio, no interior das comunidades e residências (vacinophobos acossados) (CHALHOUB, 2017) o que tensionava ainda mais a relação com a população. Isso tudo para dizer que, segundo Chalhoub (2017), o “sucesso” dos médicos e do serviço de vacinação naquele ano provavelmente tornou-se um importante fator para o próprio desencadeamento da Revolta.

Por fim, o que consideramos pertinente destacar sobre a Revolta e o contexto em que ela se deu, diz respeito ao fato de que o evento tornar-se-ia uma “explícita demonstração de que a biomedicina e a ciência não convencem a todos automaticamente” (BEZERRA, 2017, p. 42; SEVCENKO, 2010). Podemos compreender que os sentidos das vacinas e da vacinação estavam sob disputa. Havia outras formas de se lidar com a doença varíola. Através da Revolta, a legitimidade da vacinação como um método de uso amplo pela saúde pública estava sendo questionada com grande fervor pela população. Sua imprescindibilidade era questionada pela população, ao mesmo tempo em que a insatisfação do público com a reforma urbana e com a recente república catalisou e engrossou as manifestações.

3.3 A legitimação da vacinação pela população brasileira: a Campanha de Erradicação da Varíola e a institucionalização do Programa Nacional de Imunizações (PNI)

Mais de 60 anos após a Revolta da Vacina:

a população, em vez de fazer barricadas, não só saiu de suas casas como formou filas e aglomerou-se em praças públicas para ser vacinada entre 1967 e 1973, no período mais duro de um regime autoritário avesso a concentrações populares (HOCHMAN, 2011, p.376).

Em plena ditadura militar e com um conjunto de pressões internacionais de países como Estados Unidos e Canadá e de organizações como a OMS (Organização Mundial da Saúde), a erradicação da varíola foi incorporada na agenda de governo. No ano de 1968 o Brasil ainda permanecia como o único país das Américas com casos autóctones de varíola (HOCHMAN, 2011). Da parte do governo ditatorial havia uma preocupação em relação a sua legitimidade perante a comunidade internacional. Era evidente o esforço em se autopromover e utilizar o sucesso da vacinação como propaganda política.

Em 1966, em nível nacional, é estruturada a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV). Uma estrutura como essa não havia sido implementada até então por nenhum dos

governos anteriores, apesar dos surtos de varíola persistirem ao longo das décadas em diversas cidades do Brasil (HOCHMAN, 2011). Apesar de estarmos em um governo de ditadura militar, durante a CEV foi utilizado “o máximo dos recursos e da infraestrutura existentes nos estados e municípios sob coordenação e planejamento federal (HOCHMAN, 2011, p.382).

Ainda assim, entre os anos 1966 e 1971, mesmo com o conjunto de recursos federal, estadual e municipal, o programa de erradicação funcionou com um número escasso de profissionais, com um total de 3.563 funcionários e, entre eles, 654 vacinadores (HOCHMAN, 2011). De todo modo, conseguiu-se vacinar 84% da população brasileira neste período. No ano de 1971 foram notificados apenas 19 casos de varíola e em 1973 o Brasil, através da avaliação de uma comissão internacional, recebeu a certificação de erradicação da varíola. Em 1980 a Assembleia Mundial da Saúde anunciaria que a “varíola estava morta” (HOCHMAN, 2011).

Hochman (2011) elenca um conjunto de incentivos à vacinação antivariólica que foram utilizados durante a CEV para estimular a população a se vacinar: 1) as divulgações e chamadas para a população se vacinar eram feitas por rádios, jornais, alto-falantes e filmes nas escolas; 2) algumas autoridades, artistas e esportistas eram vacinados como forma de propaganda; 3) momentos de festas populares e espaços públicos eram aproveitados para a realização das campanhas de vacinação e chegada das equipes vacinadoras. Além disso, os dias nacionais de vacinação também podem ser considerados uma inovação no conjunto de práticas sanitárias estabelecidas nos anos 1970 e 1980 que favoreceram a aceitabilidade da população às vacinações (TEMPORÃO, 2001). Interessante observar que a obrigatoriedade da vacinação nessa época era, segundo Hochman (2011), coadjuvante. As consequências ou punições para quem não se vacinava atingiam ou preocupavam uma parcela muito pequena da população. Quem não se vacinasse não poderia fazer matrículas em escolas, nem viajar para o exterior. No entanto, o acesso ao ensino público não era universal e a maioria da população não viajava para o exterior (HOCHMAN, 2011).

Para Hochman (2011), entre idas e vindas e contextos históricos complexos e multifacetados havia assim se configurado no Brasil uma “cultura da imunização”:

Essa cultura está associada a um processo de introdução de vacinas, de campanhas de vacinação e de vacinação em massa empreendidas pelo Estado brasileiro desde o final do século XIX. Particular importância é atribuída à campanha de erradicação da varíola no Brasil que vacinou e revacinou mais de 80 milhões de pessoas (1966-1973) (HOCHMAN, 2011, p.376).

Eis então que podemos falar que havia sido incorporada pela população uma “cidadania biomédica” (HOCHMAN, 2011), uma percepção da vacina e da vacinação como um “direito”, como um “bem público”, “universal” e gratuito, ainda que esta percepção fosse alheia à privação de outros direitos políticos da população em plena ditadura militar (HOCHMAN, 2011; TEMPORÃO, 2001). A vacinação havia ganhado grande legitimidade pela população e, segundo Hochman (2011), passou a ser incorporada como parte de uma “rotina social”, configurando-se então uma “cultura da imunização” no Brasil.

Ainda no bojo e no fortalecimento das experiências com as campanhas de vacinação antivariola, em 1973 é institucionalizado o PNI - Programa Nacional de Imunizações (TEMPORÃO, 2001). Sabemos que em sua origem e desenvolvimento algumas disputas político-ideológicas não estiveram ausentes. No entanto, este programa consolidou-se ao longo das décadas e grande importância lhe foi sendo atribuída e reconhecida no combate às doenças preveníveis por imunização (TEMPORÃO, 2001).

Em artigo escrito em 2001, o ex-ministro da saúde, José Gomes Temporão afirma que:

Nos seus 27 anos de existência, o PNI ampliou a cobertura vacinal média da população em menores de um ano para 90% (Brasil, 1998). Além disso, em 1994 o Brasil obteve o certificado internacional de erradicação da poliomielite. A estratégia do estabelecimento dos dias nacionais de vacinação, iniciada em 1980 e mantida até hoje, permitiu ampliar significativamente a cobertura vacinal da população. Ficam evidentes os significativos resultados alcançados pelo esforço do país em ampliar o nível de proteção da população contra as doenças preveníveis por imunização. (TEMPORÃO, 2001, p.615).

O PNI tornou-se um programa reconhecido mundialmente, sendo o Brasil um pioneiro no que se refere à incorporação de vacinas no calendário do Sistema Único de Saúde (SUS) (CRUZ, 2017). Com o PNI, o Brasil tornou-se “um dos poucos países no mundo que ofertam de maneira universal um rol extenso e abrangente de imunobiológicos” (CRUZ, 2017, p.20).

O SUS, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), oferece todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Calendário Nacional. Atualmente, são disponibilizadas pela rede pública de saúde, de todo o país, cerca de 300 milhões de doses de imunobiológicos ao ano, para combater mais de 19 doenças, em diversas faixas etárias. Ao longo do tempo, a atuação do PNI, ao consolidar uma estratégia de âmbito nacional, apresentou consideráveis avanços. As metas mais recentes contemplam a eliminação do sarampo e do tétano neonatal, além do controle de outras doenças imunopreveníveis como difteria, coqueluche e tétano acidental, hepatite B, meningites, formas graves da tuberculose e rubéola, assim como a manutenção da erradicação da poliomielite (CRUZ, 2017, p.29).

Acreditamos não existirem dúvidas acerca da importância do PNI para a história da saúde pública no Brasil e também para o processo de legitimação da vacinação perante a população brasileira. Por outro lado, Hochman (2011) nos alerta que o “civismo imunológico” e a grande aceitabilidade da população às campanhas de vacinação também darão os seus sinais de abalo. Para o autor, este “civismo imunológico” estará suscetível:

à agenda global de imunização, à complexidade do cenário atual da saúde internacional, à capacidade e aos limites do Estado brasileiro em responder às demandas por mais e melhores vacinas. O lugar da imunização no Sistema Único de Saúde indicará as possibilidades e os caminhos dessa “cultura da imunização” (HOCHMAN, 2011, p.384).

Todos esses fatores elencados por Hochman (2011) e que de alguma forma balizaram os caminhos de uma “cultura da imunização” no Brasil, podem ser trazidos para uma reflexão atualizada sobre o Programa Nacional de Imunizações (PNI), sobre as implicações trazidas pela pandemia de Covid-19 e, ainda, sobre a construção de usos e sentidos sobre vacinas e vacinação, questões todas de interesse desta pesquisa.

3.4 O Programa Nacional de Imunizações (PNI) e seus desafios no tempo recente

Na última década, estudos do campo da saúde pública e das ciências biomédicas apontam uma queda progressiva na cobertura vacinal da população brasileira e os motivos são os mais diversos possíveis (ZORZETTO, 2018). Pensando no contexto de vacinação no Brasil ainda antes da pandemia, pesquisadores já vinham alertando para alguns “abalos” na cobertura vacinal da população e dificuldades de o PNI, em seu conjunto de ações, conseguir garantir as taxas de vacinação adequadas (CRUZ, 2017; SATO, 2018; ZORZETTO, 2018). Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, no ano de 2017, ao menos seis vacinas (entre elas, Poliomelite e Hepatite B) do calendário nacional de imunização não atingiram a cobertura de vacinação necessária (ZORZETTO, 2018, p.21).

Em paralelo a esta defasagem na cobertura vacinal da população brasileira, a partir de 2018 vimos surtos epidêmicos de doenças como o sarampo (BRASIL, 2020; BRASIL, 2021; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019; SCHUELER, 2020) voltarem a alarmar pesquisadores e gestores da saúde pública no Brasil. Lembramos aqui que, em 2016, o sarampo havia sido considerado erradicado das Américas (RADIS, 2019) pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto, em 2018, tivemos mais de 10 mil casos confirmados, e em 2019 mais de

20 mil casos registrados em diferentes regiões do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019; RADIS, 2019; NUNES, 2021). Por conta desse novo surto epidêmico, o país perdeu em 2019 o certificado de erradicação do sarampo (NUNES, 2021).

Diferentes especialistas concordam que “são vários os fatores que justificam a diminuição da cobertura vacinal no país” (CRUZ, 2017) e todos eles implicam desafios para a atualidade do PNI. Segundo Zorzetto (2018), um conjunto de razões pode ser elencado ao se refletir sobre o tema no Brasil: a) a percepção enganosa dos pais de que não é preciso mais vacinar porque certas doenças desapareceram; b) o desconhecimento de quais são os imunizantes que integram o calendário nacional de vacinação, todos de aplicação obrigatória; c) o medo de que as vacinas causem reações prejudiciais ao organismo; d) o receio de que o número elevado de imunizantes sobrecarregue o sistema imunológico; e) a falta de tempo das pessoas para irem aos postos de saúde, que funcionam das 8h às 17h só nos dias úteis; f) a disseminação de notícias falsas sobre vacinas e vacinação; g) a “mudança no sistema de registro de imunização, iniciada em 2012 e ampliada nos dois últimos anos.”; h) “Também identificamos relatos de médicos e outros profissionais da saúde que aconselham as pessoas a não se vacinarem contra as doenças que não existem mais no país.” (ZORZETTO, 2018, p. 22-24).

Trazendo nossa discussão para o contexto brasileiro recente da experiência pandêmica, sabemos que a circulação de um novo vírus no Brasil e no mundo alimentou questionamentos e dúvidas sobre a eficácia e a confiabilidade do público em relação às vacinas; assim como questionamentos sobre a legitimidade do método da vacinação e sobre esta ser uma “verdade científica” no campo das ciências da saúde e no campo das políticas públicas de saúde (LOPES, 1996; MOULIN, 2003). Percebemos ainda terem surgido tensionamentos entre a população que buscava vacinação contra Covid-19 e os profissionais de saúde que trabalhavam nos locais reservados para tal atividade (Trabalhadora [...], 2021; Três [...], 2021).

No contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil, foi possível identificar que alguns dos fatores elencados como razões para a queda na cobertura vacinal em anos anteriores ganharam novo fôlego como: a disseminação de *fake news* sobre vacinas e vacinação; as desconfianças em torno do tempo de desenvolvimento e fabricação das vacinas; os discursos negacionistas; a maior hesitação da população em se vacinar por medo de reações e/ou efeitos

adversos das vacinas e também por razões xenofóbicas (DATAFOLHA mar. 2021; DATAFOLHA, mai. 2021).

No decorrer da pandemia o PNI passou por desafios na estruturação e na gestão da vacinação por parte do governo brasileiro, dos estados e municípios. A falta de vacinas, que no contexto pré pandemia não era um problema em destaque para o cumprimento do calendário nacional de vacinação, tornou-se um dos problemas centrais na gestão da pandemia aqui no Brasil (BERIFOUSE, 2021; BIERNARTH, 2021).

Carla Domingues (2021), ex-coordenadora do PNI, aponta a existência de alguns desafios para realização da vacinação contra Covid-19 no Brasil. Um dos desafios residiria na própria organização logística entre as campanhas de vacinação já existentes no calendário nacional e a campanha da vacinação contra Covid-19. Desafios que iriam desde questões de armazenamento do grande quantitativo de vacinas, como também de organização das equipes para a realização de diferentes campanhas ao mesmo tempo e que tinham, por vezes, público-alvo distinto (DOMINGUES, 2021).

Domingues (2021) também destaca que outro desafio estaria no preço das novas vacinas, sua aquisição pelo governo federal e também no impacto que isso poderia causar no orçamento do PNI. Além disso, apesar de termos assistido a uma corrida mundial para o desenvolvimento de vacinas, existiria a dificuldade de organizar-se um plano de vacinação e também estabelecer-se quais seriam os grupos prioritários (DOMINGUES, 2021).

Na avaliação de Maciel et al. (2022) não há dúvidas de que o PNI teria passado por um processo de fragilização durante a pandemia de Covid-19. As autoras apontam que, embora o PNI fosse composto por um corpo técnico ancorado em evidências científicas para planejar suas ações, o mesmo ancoramento não pôde ser visto nas ações e discursos de alguns atores políticos. O descaso e inércia da gestão federal sob o comando do então presidente Jair Bolsonaro trouxeram implicações que sabemos terem sido gravíssimas para a saúde e para os números de pessoas adoecidas e mortas pela Covid-19. Podemos afirmar que o então presidente atuou de modo a favorecer grupos negacionistas (COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO, 2021).

Para Maciel et al. (2022), durante a pandemia o PNI não operou de acordo com as suas próprias potencialidades. É possível afirmar que se a devida prioridade tivesse sido “dada à vacinação, poderíamos ter iniciado o enfrentamento desta pandemia em 2021 com 316

milhões de doses, suficientes para vacinar 78% da população, e 75% de vidas brasileiras perdidas pela COVID-19 poderiam ter sido salvas (MACIEL et al., 2022, p.953).

Como bem lembra Domingues (2021), até o início de dezembro de 2020 o governo brasileiro não havia firmado nenhum contrato de fornecimento de vacinas pelo Ministério da Saúde. Infelizmente não faltaram tropeços e embates nas (in)ações do governo federal sobre as vacinas e também sobre os processos de vacinação da população (MACIEL et al., 2022). O governo se envolveu em crises diplomáticas com a China e com a Índia, o que trouxe implicações diretas e negativas para o Instituto Butantan e para a Fundação Oswaldo Cruz no Brasil. O governo também recusou-se a integrar a coalizão internacional COVAX Facility⁵⁷ e, quando decidiu aderir à iniciativa, encomendou um número de doses de vacinas que não eram suficientes para vacinar ao menos os grupos prioritários (MACIEL et al., 2022). Tornou-se conhecida ainda a situação em que a fabricante Pfizer ofereceu a venda de milhões de doses para o Brasil, no entanto, os e-mails de consulta da empresa nunca foram respondidos (MACIEL et al., 2021).

A ingerência e a inércia do governo federal perante a crise sanitária, abriram caminho para que estados e municípios estabelecessem seus próprios grupos prioritários, assim como estabelecessem o ordenamento para vacinar cada um dos grupos. Na perspectiva das autoras Maciel et al. (2022), isso teria criado um “desalinhamento e uma descoordenação entre União, estados e municípios na estratégia de vacinação estabelecida” (p.954). As mesmas autoras constatam que houve uma ausência de orientação e de formação para os profissionais de saúde que eram destinados a atuar na vacinação da população:

problemas de organização do processo de trabalho e de logística da campanha de vacinação, como falta de treinamento das equipes e de uma comunicação coordenada e transparente, são notórios e impactaram negativamente o processo de vacinação da população e a qualidade do trabalho dos profissionais da saúde responsáveis. Temos vacinas com intervalos diferentes, com possíveis eventos adversos diferentes, e não houve um processo de formação e orientação claro para os profissionais de saúde de forma centralizada e coordenada, o que contribuiu para a ocorrência de erros de administração dos imunizantes, fazendo com que a população ficasse em alguns momentos, insegura ao se vacinar. (MACIEL et al., 2022, p. 954).

Nesse ponto devemos lembrar que o PNI consolidou-se ao longo das décadas através de uma estratégia de gestão compartilhada entre União, estados e municípios (MANUAL,

57 COVAX Facility foi um mecanismo multilateral de acesso global às vacinas contra Covid-19. Composto por uma coalizão de 165 países e liderado pela Coalizão para Inovações em Preparação para Epidemias (CEPI), Gavi, a Vaccine Alliance (Gavi), UNICEF e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Encerrou suas atividades em 31 de dezembro de 2023 (MACIEL et al., 2022; UNICEF, 2023).

2014), de modo que os municípios possuíssem autonomia para desempenhar as ações estabelecidas em consonância com as coordenações regionais e estaduais do programa (PERNAMBUCO, 2021, p.17). No entanto, a partir da pandemia e da gestão federal sob o governo de Jair Bolsonaro, a articulação entre as esferas de governo passou a ganhar novos contornos, com as mesmas nem sempre alinhadas entre si no que se refere a vacinação contra Covid-19.

As ações implementadas em Pernambuco e em Recife, locais focos desta pesquisa, estiveram entre as diversas iniciativas de estados e municípios. Ambos criaram estratégias próprias de operacionalização da vacinação contra Covid-19, através das coordenações estadual e municipal do PNI. Em Pernambuco a organização da vacinação contra a Covid-19 esteve liderada pela Secretaria Estadual de Saúde e pela Superintendência de Imunizações e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis. É nesta Superintendência que está alocada a Coordenação Estadual do Programa de Imunizações (CPEI).

Ao longo de todo o período de vacinação contra Covid-19 foram divulgadas ao menos sete edições do Plano de Operacionalização para Vacinação pela Secretaria Estadual de Saúde (PERNAMBUCO, 2021; PERNAMBUCO, 2022). Logo em sua primeira edição foi divulgado um conjunto extenso de informações e orientações sobre a atuação do estado, desde o planejamento até a efetiva execução da vacinação da população nas salas de vacina (PERNAMBUCO, 2021). A cada edição divulgada era possível acessarmos informações sobre: os objetivos do plano de operacionalização; definição dos grupos prioritários a receberem a vacina; situação das vacinas em desenvolvimento; plano preliminar do Ministério da Saúde para a vacinação; recursos financeiros; organização de toda a cadeia de frio e logística para o armazenamento e distribuição das vacinas; recursos humanos; orientações gerais para os serviços de saúde; comunicação e cronograma de execução das ações.

No que se refere às estratégias adotadas na cidade de Recife, foram criados postos específicos para a vacinação contra a Covid-19. A vacinação foi iniciada em 2021 e realizada em postos do tipo *drive-thru*. E, através de agendamento prévio, pelo aplicativo “Conecta Recife”, os munícipes podiam escolher data, horário e local para serem vacinados (Recife [...], 2022).

Ao longo dos anos 2021 e 2022 foram adotadas outras estratégias para alcançar com maior eficiência a população-alvo da vacinação. Foram criadas iniciativas como o “Carro da

Vacina”⁵⁸ (RECIFE, 2021) para vacinação itinerante na cidade e também a “Ação de Verão” (RECIFE, 2022) para vacinar banhistas que frequentassem a orla da capital. Em alguns shoppings da cidade foram criados “Centros de Vacinação” (Recife [...], 2021) aos quais a população poderia dirigir-se sem agendamento prévio. Interessante observar que esses “Centros de Vacinação” situados nos shoppings ganharam longevidade. Passado o período de maior intensidade da vacinação contra Covid-19, a partir do segundo semestre de 2023, esses locais passaram a oferecer também algumas “vacinas de rotina”, ou seja, vacinas que estão correntemente disponibilizadas nas unidades de saúde, seguindo o calendário nacional de vacinação.

“Carro da Vacina” no mercado de Afogados, Recife



Fonte: Daniel Tavares/Prefeitura do Recife

Voltando para a esfera federal do PNI, a partir do ano de 2023, temos uma mudança significativa em sua gestão e em sua atuação a partir do novo governo de Luís Inácio Lula da Silva e do Ministério da Saúde tendo à frente a socióloga Nísia Trindade⁵⁹. No novo

⁵⁸ Fazendo alusão ao “carro do ovo” que circula com frequência pelos bairros do Recife, foi criado o “Carro da Vacina. Ele “passa a circular por diversas localidades com vacinação itinerante sem agendamento. A estratégia vai durar dez dias e tem o objetivo de fisgar os atrasados numa pegada irreverente, sem perder o foco na importância de assegurar o esquema vacinal completo. O público-alvo são munícipes que estão dentro do perfil para receberem a primeira dose da vacina ou ainda aqueles que estão no prazo para segunda dose, em atraso ou que já podem receber a dose de reforço. Além de levar os profissionais de saúde responsáveis pela imunização, o carro também conta com um locutor que faz a performance da ‘convocação’ in loco no megafone, além de arte-educador para fazer o corpo a corpo com os transeuntes.” (RECIFE, 2021).

⁵⁹ Nísia Trindade esteve à frente do Ministério da Saúde por pouco mais de dois anos, entre janeiro de 2023 e março de 2025. Atualmente (abril de 2025) quem está assumindo o Ministério da Saúde é Alexandre Padilha.

organograma do Ministério da Saúde o PNI foi ampliado e reformulado para “Departamento do Programa Nacional de Imunizações” (DPNI) (PÉRCIO et al., 2023). O Zé Gotinha, personagem simbólico da “cultura de imunização” no Brasil, foi novamente utilizado nas divulgações sobre as vacinas contra Covid-19 e também sobre as vacinas do calendário nacional. Observamos que o novo governo federal passou a investir e a lançar estratégias de divulgação de informações sobre vacinas e vacinação tanto através das páginas oficiais como também nas redes sociais oficiais e também passou a investir em estratégias atualizadas de articulação entre as esferas federal, estadual e municipal de governo.

Em 2023, o PNI completou 50 anos de fundação e passou a ganhar notoriedade na agenda de governo (PÉRCIO et al., 2023). Entre as diversas prioridades das atuais ações do PNI está, por exemplo, a “promoção da estratégia de microplanejamento”, uma estratégia adaptada do modelo internacional preconizado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OPAS). Esta estratégia tem como objetivo assegurar a “alta qualidade às ações de vacinação, seja no programa de rotina, seja em estratégias especiais como campanhas, intensificações, varreduras, vacinação casa a casa, partindo da realidade local, com o objetivo de reaver as elevadas coberturas vacinais da história do PNI” (PÉRCIO et al., 2023, p.2). Ainda em 2023 foram oferecidas oficinas para estados e municípios com o objetivo de implementar o microplanejamento tanto nos planos estaduais como nos planos municipais de imunização (PÉRCIO et al., 2023; BRASIL, 2023b). Em dezembro do mesmo ano o Ministério da Saúde divulgou dados apontando a reversão da queda nas coberturas vacinais que já se estendiam por sete anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023a). E essa reversão foi colocada como consequência da nova estratégia de microplanejamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023b).

No bojo dessas e de outras iniciativas do governo federal objetivando a recuperação das coberturas vacinais no Brasil, percebemos que o PNI ganhou novo fôlego e destaque na política nacional. Nesse caminho foi criado ainda o Movimento Nacional pela Vacinação (BRASIL, 2023c; BRASIL, [2023?b]) por iniciativa da esfera federal. Este Movimento teria como objetivo “fortalecer o SUS e a cultura de imunização no país” (PÉRCIO et al., 2023, p.2; BRASIL, [2023?b]). Segundo a Ministra da Saúde à época, a escolha pelo título “movimento” em vez de “campanha” dar-se-ia pelo fato de aquele termo abarcar diversos atores da sociedade e não apenas profissionais de saúde na promoção da vacinação no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023a).

Na construção desta pesquisa de tese e nesta recuperação histórica sobre contextos e sentidos da vacinação no Brasil e sobre o PNI, entendemos que os bastidores e significados de experiências pretéritas sobre vacinas e vacinação nos dão algumas pistas do que olhar e como compreender o presente. Todo o trabalho de campo presencial da pesquisa foi realizado em 2023, de modo que as situações e contextos com que nos deparamos nas salas de vacina e junto às profissionais da Enfermagem estavam sob o “caldo” de um passado recente da experiência pandêmica bem como todos os desafios para a efetivação das ações de vacinação da população.

3.5 Como está estruturado o Programa Nacional de Imunizações nas três esferas de governo e sua correspondência com os locais de campo da pesquisa

Entendemos ser importante para o argumento desta pesquisa poder explicar, ainda que brevemente, como está estruturado atualmente o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e que tipos de atividades são de sua competência. Isso se torna relevante porque os diferentes lugares acessados durante o trabalho de campo, assim como as diferentes pessoas que se tornaram interlocutoras da pesquisa, integram o PNI. Conhecer esse programa nos ajuda a entender, portanto, os locais de pesquisa e suas relações com as esferas municipal, estadual e federal voltadas às ações de vacinação. Esse entendimento também nos auxilia na compreensão do trabalho e da rotina cotidiana das profissionais de Enfermagem que acompanhamos e entrevistamos ao longo do trabalho de campo.

O PNI tem como objetivo e responsabilidade a organização de toda a política de vacinação da população brasileira. Apesar de “nacional” estar em seu título, a gestão de suas ações é compartilhada entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios (BRASIL, 2014, p. 13). A cada um desses entes são reservadas atividades que envolvem desde o provimento de imunobiológicos (o que inclui as vacinas) até a aplicação de vacinas na população. De modo que cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) terá responsabilidades específicas e complementares para a efetivação das ações de vacinação.

Entre as competências da esfera federal estarão:

- a coordenação do PNI (incluindo a definição das vacinas nos calendários e das campanhas nacionais de vacinação), as estratégias e as normatizações técnicas sobre sua utilização;
- o provimento dos imunobiológicos definidos pelo PNI, considerados insumos estratégicos; e
- a gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a consolidação e a análise dos dados nacionais e a retroalimentação das informações à esfera estadual (BRASIL, 2014, p. 14-15).

Entre as competências da esfera estadual estarão:

- a coordenação do componente estadual do PNI;
- o provimento de seringas e agulhas, itens que também são considerados insumos estratégicos;
- a gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a consolidação e a análise dos dados municipais, o envio dos dados ao nível federal dentro dos prazos estabelecidos e a retroalimentação das informações à esfera municipal (BRASIL, 2014, p. 14-15).

Por último, na esfera municipal estarão as seguintes competências:

- a coordenação e a execução das ações de vacinação integrantes do PNI, incluindo a vacinação de rotina, as estratégias especiais (como campanhas e vacinações de bloqueio) bem como a notificação e a investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
- a gerência do estoque municipal de vacinas e outros insumos, incluindo o armazenamento e o transporte para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes; o descarte e a destinação final de frascos, seringas e agulhas utilizados, conforme as normas técnicas vigentes;
- a gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a coleta, o processamento, a consolidação e a avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes, bem como a transferência dos dados em conformidade com os prazos e fluxos estabelecidos nos âmbitos nacional e estadual e a retroalimentação das informações às unidades notificadoras (BRASIL, 2014, p. 14-15).

Como já dito anteriormente, desde 2023 o PNI se configura como Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI) e integra a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2024c).

Seguindo para os níveis estadual e municipal teremos instâncias específicas para toda a coordenação do PNI. Em Pernambuco, no organograma da Secretaria Estadual de Saúde, teremos a Secretaria de Vigilância da Saúde. É nesta secretaria que está inserida a Superintendência de Imunizações e a Vigilância das Doenças Imunopreveníveis. Na referida Superintendência está alocada a Coordenação Estadual do Programa de Imunizações (CPEI) (PERNAMBUCO, [2022?]).

Na esfera municipal em Recife, teremos a Secretaria de Saúde e, abaixo na hierarquia, a Secretaria Executiva de Atenção Básica. É nesta última que está alocada a Gerência do Programa Municipal de Imunizações (RECIFE, 2024).

Todo o trabalho de campo presencial desta pesquisa efetivou-se nas esferas municipal e estadual do PNI, respectivamente no município de Recife e no estado de Pernambuco. Nossa atenção voltou-se estritamente para as atividades de coordenação, gerência e execução das ações de vacinação. Portanto, não nos debruçamos sobre as atividades voltadas para os sistemas de informação do PNI.

No âmbito estadual, o trabalho de campo presencial aconteceu na Coordenação Estadual do Programa de Imunizações (CPEI) e na Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos. Já no município de Recife, o trabalho de campo foi realizado na Sede do Programa Municipal de Imunizações, onde está alocada a Gerência deste mesmo programa e também parte da estrutura física necessária para armazenamento e distribuição de vacinas. Ainda na esfera municipal também realizamos trabalho de campo de maior permanência em duas salas de vacina. Uma sala de vacina em unidade de saúde na zona oeste da cidade e também uma sala de vacina de um Centro de Vacinação localizado em um shopping.

Todos estes locais de campo citados compõem, em alguma medida e com diferentes responsabilidades, a chamada Rede de Frio do PNI. A Rede de Frio é definida pelo Ministério da Saúde como um amplo sistema em que está incluída uma estrutura técnica e administrativa orientada pelo PNI. A Rede de Frio, como parte integrante do PNI, atua portanto nas atividades de normatização, planejamento, avaliação e financiamento, visando a manutenção adequada da cadeia de frio. A chamada cadeia de frio será definida como

o processo logístico da Rede de Frio para conservação dos imunobiológicos, desde o laboratório produtor até o usuário, incluindo as etapas de recebimento, armazenamento, distribuição e transporte, de forma oportuna e eficiente, assegurando a preservação de suas características originais (BRASIL, 2017, p.17).

A estrutura da Rede de Frio do PNI está permeada pela gestão das três esferas de governo e se organiza em cinco instâncias que guiarão o fluxo de armazenamento e distribuição de imunobiológicos: Instância Nacional, Instância Estadual, Instância Regional (conforme estrutura de cada estado); Instância Municipal; e Instância Local (BRASIL, 2017).

Distribuição de imunobiológicos pelas instâncias da Rede de Frio do PNI



Fonte: (BRASIL, 2017).

No funcionamento do PNI e de sua Rede de Frio, para que uma dose de vacina chegue até uma sala de vacina do município e seja aplicada em uma pessoa, existe um percurso logístico extenso (a cadeia de frio) que envolverá as três esferas de governo. É importante aqui conhecermos minimamente este processo para conseguirmos melhor situar os locais de campo e assim entender quais atividades de coordenação, gerência e execução de vacinação pudemos acessar para fazer o trabalho de campo de observação. Na Figura abaixo, especificamos os diferentes setores que, em Pernambuco e em Recife, corresponderão às instâncias da Rede de Frio. Optamos por deixar na cor de letra verde aqueles locais em que de fato realizamos trabalho de campo presencial.

Fluxo de Distribuição de Imunobiológicos e Locais em que a pesquisa de campo foi realizada



Fonte: Autora

Na Instância Nacional da Rede de Frio teremos novamente o Departamento do Programa de Imunizações (DPNI) como unidade gestora e também como detentora de estrutura técnica e administrativa. Na Instância Estadual, existem 27 Centrais de Armazenamento e Distribuição de imunobiológicos (geralmente nas capitais federais). No caso desta pesquisa, realizamos trabalho de campo na Central de Armazenamento e Distribuição do Estado de Pernambuco.

Nesta Central pudemos entrevistar duas pessoas em cargos de gestão e também fazer uma visita guiada pela estrutura física do local. Pudemos conhecer tanto a estrutura de apoio técnico e administrativo como também a estrutura física de armazenamento e distribuição em câmaras frias positivas (aquelas que permanecem entre $+2^{\circ}\text{C}$ e $+8^{\circ}\text{C}$) e as câmaras negativas (que permanecem entre -25°C e -15°C). Assim como as demais centrais situadas em outros estados do país, esta central tem como responsabilidade estabelecer o planejamento

da necessidade de imunobiológicos compartilhados com a Instância Nacional, de forma a atender às atividades de vacinação, em função dos Calendários de Vacinação Nacional e da situação epidemiológica. Este planejamento visa o abastecimento otimizado, considera a demanda específica da unidade federada, a capacidade de

armazenamento da Central Estadual (...) e a distribuição na logística da cadeia de frio às centrais vinculadas (BRASIL, 2017, p. 18).

No caso de Pernambuco o fluxo de distribuição dos imunobiológicos seguirá a seguinte sequência:

após o recebimento da carga mensal oriunda do nível central do Ministério da Saúde, o roteiro de abastecimento segue por via terrestre para atender oportunamente as instâncias das regionais de saúde (11), municipais (184), Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIE (1) e salas de imunização (2.472) (PERNAMBUCO, 2021, p.14).

Na Instância Regional da Rede de Frio teremos, em Pernambuco, as Gerências Regionais de Saúde que estarão subordinadas às Secretarias Estaduais de Saúde e serão fundamentais para a distribuição dos imunobiológicos nos municípios de sua abrangência. É a partir daqui que a Instância Estadual encontra-se com a Instância Municipal.

Na Instância Municipal, teremos as centrais municipais da Rede de Frio que, no caso de Recife, estarão localizadas na própria Sede do Programa Municipal de Imunizações, local onde realizamos trabalho de campo e podemos conhecer, tanto a sua estrutura física e administrativa de armazenamento de imunobiológicos, como também acompanhar o trabalho, bem como entrevistar, profissionais de saúde (em sua maioria profissionais da Enfermagem) que atuavam nessas atividades.

No município de Recife, a Instância Municipal irá distribuir os imunobiológicos para os seus oito Distritos Sanitários. Cada Distrito Sanitário será responsável por gerenciar unidades de saúde e distribuir os imunobiológicos para suas respectivas salas de vacina. É nesse ponto que chegamos então à Instância Local. Segundo o Manual da Rede de Frio (BRASIL, 2017), é nessa instância que se “concretiza a Política Nacional de Imunizações, por meio da administração de imunobiológicos de forma segura, na atenção básica ou assistência, estando em contato direto com o usuário final da cadeia de frio” (BRASIL, 2017, p.19).

A Instância Local será constituída pelos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e pela Sala de Imunização ou também salas de vacina. Segundo o mesmo Manual, a Sala de Imunização:

representa a instância final da Rede de Frio, sendo responsável exclusivamente pelos procedimentos de vacinação de rotina, campanhas, bloqueios e intensificações. Consideradas suas atribuições, as salas localizam-se em unidades/serviços da Rede de Atenção Básica de Saúde e, em menor proporção, na assistência (BRASIL, 2017, p.19).

Ao chegar às salas de vacina, chegamos ao “ponto final” da Rede de Frio. E para esta pesquisa, as salas de vacina tornaram-se locais de campo preciosos para o conjunto de dados reunidos. Foi a partir de observações e entrevistas realizadas com profissionais da enfermagem nestas salas que conseguimos acessar suas rotinas e cotidianos para além do que está preconizado pelos diversos manuais.

CAPÍTULO 4 - SEM ENFERMAGEM NÃO HÁ VACINAÇÃO

Em dezembro de 2023, o Ministério da Saúde realizou uma *live* transmitida publicamente em seu canal do *YouTube* intitulada: *Apresentação dos dados de vacinação e das ações para ampliar a cobertura vacinal no Brasil*. O evento, com transmissão ao vivo durou aproximadamente duas horas, tendo como objetivo divulgar os dados atualizados sobre a vacinação no Brasil e seus respectivos avanços e conquistas naquele primeiro ano do governo de Luís Inácio Lula da Silva. Dias antes deste evento eu havia encerrado o trabalho de campo nos serviços de saúde e iniciava a sistematização e a reflexão retrospectiva sobre o que eu havia observado em campo. Fazia isso com intenção de dar os primeiros passos para a escrita da tese. Escolhi assistir àquela transmissão com o intuito de escutar discursos institucionais e oficiais sobre vacinas e vacinação e captar possíveis sentidos atribuídos a elas. Acabei por me deparar também com um discurso voltado às enfermeiras e aos enfermeiros brasileiros.

O evento citado ocorria em Brasília nas dependências da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e contava com a presença de uma série de autoridades públicas. Estavam presentes deputados (federais e estaduais), autoridades institucionais (como a própria Ministra da Saúde, Nísia Trindade), diretoras e diretores técnicos das secretarias vinculadas ao Ministério da Saúde; representantes da OPAS, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). O evento contou ainda com a presença simbólica da figura/boneco Zé Gotinha, nas palavras da própria ministra, “a estrela da nossa festa” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023a).

Após a composição dos convidados à mesa, Nísia Trindade iniciou sua fala de abertura. O tom de seu discurso era de celebração. Celebração de uma conquista do Movimento Nacional pela Vacinação. Nas palavras da ministra: “o Movimento Nacional pela Vacinação venceu, ou seja, todos nós alcançamos juntos o objetivo de reverter a tendência de perda das coberturas vacinais no Brasil” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023a). Sua afirmação foi seguida de forte aplauso da plateia. Parte de seu discurso foi dedicado ao reconhecimento às diversas pessoas, profissionais e instituições que fizeram parte da referida conquista. A ministra proferiu ainda um agradecimento específico para a “enfermagem brasileira” que foi seguido de aplausos. Em suas palavras: “Deixo, por fim, para fazer essa ênfase: vacinação não

se faz sem os vacinadores e sem a grande importância da enfermagem brasileira. Então eu peço uma salva de palmas” (a plateia aplaudiu). Após os aplausos, a ministra prosseguiu sua fala:

A todos (referindo-se aos profissionais da enfermagem brasileira) que, em cada região brasileira, em cada recanto do Brasil, levaram essa mensagem de saúde, essa mensagem de vida, que é também a mensagem da saúde, que é uma mensagem de amor. Porque quando a gente diz que a vacina é vida, também a própria canção diz: quem ama, protege. Então não há ato maior de amor em relação às nossas crianças e adolescentes do que cuidar da sua saúde e, portanto, vaciná-las (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023a).

O discurso de Nísia Trindade soou-me como um “prato cheio” de sentidos, simbolismos e relações configuradas entre a Enfermagem e a vacinação no Brasil. A fala da ministra continha uma série de camadas, uma série de “fios” que poderiam ser puxados e que, a meu ver, conectam-se com esta pesquisa de doutorado. Em sua fala, a Enfermagem brasileira é colocada como lugar de importância (e talvez condição) para a vacinação no país: “a vacinação não se faz sem a importância da enfermagem brasileira”. É atribuído ainda à Enfermagem um lugar de “mensageira” (mensageira da saúde, da vida, do amor e do cuidado). No entanto, há que se observar que uma relação entre Enfermagem e vacinação não nascia originalmente ali, no discurso de Nísia Trindade.

As diversas relações entre Enfermagem e vacinação e os diversos simbolismos que carregam, reportam-nos necessariamente para a própria história da Enfermagem. Dessa forma, entendo que retomar uma linha cronológica sobre a Enfermagem no Brasil permite-nos compreender como uma série de questões em torno dos sentidos e afazeres atribuídos a essa profissão são permeadas, desde sua origem, às noções sobre cuidado, abnegação, trabalho assistencial e gerencial, assim como sobre divisão - sexual racial e social - do trabalho. Estas são questões que acompanham e ainda acompanham o exercício da Enfermagem no Brasil, carregando implicações ao cotidiano dos serviços de saúde, a exemplo das atividades de vacinação. Para isso, neste capítulo, teremos como objetivo aproximarmo-nos de um conhecimento sobre a história da enfermagem. Faremos isso com o intuito de observar e compreender uma linha de conexão entre as origens da profissão e sua atualidade estudada a partir desta pesquisa de tese.

4.1 História da Enfermagem no Brasil e seus simbolismos originais

No Brasil, a enfermagem como profissão começa a se delinear entre o final do século XIX e o começo do século XX. É nesse período que são criadas as primeiras instituições voltadas ao ensino da enfermagem no país. Refletir sobre o ensino e a formação em enfermagem torna-se pertinente aqui porque, como bem dizem Galleguilos e Oliveira (2001), “a produção dos serviços de saúde é também determinada pela formação em saúde” (p.86). Nesse sentido, para a argumentação que pretendemos construir, observar a trajetória do ensino e da formação em Enfermagem no Brasil auxilia-nos a compreender (no passado e no presente) como vem se dando a atuação dos profissionais de Enfermagem e suas implicações para o cotidiano dos serviços de saúde. Os marcos históricos e simbólicos da Enfermagem no Brasil e afora passam também pela trajetória de figuras proeminentes que nos ajudam a identificar continuidades e descontinuidades dessa profissão, por vezes também chamada de “profissão do cuidado” (PIRES, 2009, p.742).

Um dos marcos apontados pela historiografia sobre as origens institucionais da Enfermagem no Brasil é a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados (EPEE) no Rio de Janeiro em 1890, posteriormente também chamada de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (PAVA e NEVES, 2011; MOREIRA, PORTO e OGUISSO, 2002). Na época de sua inauguração, o recente Governo Republicano havia passado a ter o controle direto sobre o Hospital Nacional de Alienados sediado na cidade e a EPEE havia sido criada justamente com o intuito de preparar e formar profissionais capacitados (enfermeiras e enfermeiros) para executar os cuidados da Enfermagem em hospícios assim como hospitais civis e militares (GALLEGUILOS e OLIVEIRA, 2001).

A EPEE criada foi anexada ao Hospital Pedro II, que até então era dirigido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia (PAVA e NEVES, 2011), um exemplo sobre como, antes da institucionalização e profissionalização da Enfermagem no Brasil, a atividade de cuidado de pessoas enfermas estava, em parte, atrelada a uma influência religiosa e a um trabalho de caridade (OGUISSO, CAMPOS, MOREIRA, 2011). Segundo Oguisso, Campos e Moreira (2011), o primeiro hospital brasileiro foi a Santa Casa de Misericórdia de Santos, criada em 1543” (p.70) e, ao longo do século XVI, foram criadas Santas Casas em Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo e Vitória. No decorrer dos séculos chegou-se ao número de 400 Santas Casas no Brasil que funcionavam como verdadeiros hospitais (OGUISSO, CAMPOS, MOREIRA, 2011).

Importante pontuar que em pesquisa realizada sobre notícias divulgadas na época da inauguração da EPPE no Rio de Janeiro, Moreira, Porto e Oguisso (2002) identificam uma ideia de enfermagem atrelada ao trabalho “dito feminino” e “humanitário”. Segundo as autoras, uma notícia publicada em 08 outubro de 1890 na Revista “O Brazil-Médico”⁶⁰ comemora que a criação da EPPE ampliaria “o horizonte da atividade feminina, proporcionando à mulher um meio honesto e altamente humanitário de conseguir os meios de subsistência e que preparará indivíduos que serão verdadeiros auxiliares dos médicos.” (MOREIRA, PORTO e OGUISSO, 2002, p.404).

Ao longo da trajetória da enfermagem vamos perceber o quanto esta profissão foi (e ainda é) associada a uma ideia de trabalho dito como genuinamente “feminino”, um trabalho realizado por “vocação” e “amor”, atributos estes relacionados a uma ideia de trabalho “maternal”, ou seja, atributos de um papel do gênero feminino. Essas questões ficam muito evidentes quando observamos a trajetória e os simbolismos que rondam a história de uma brasileira, Anna Nery. Foi ela quem deu nome a um segundo marco histórico da enfermagem no Brasil, a Escola de Enfermagem Anna Nery, no ano de 1926 (CARDOSO e MIRANDA, 1999).

Anna Justina Ferreira Nery (1814-1880) nasceu em Cachoeira, cidade do interior da Bahia. De mulher anônima a heroína da guerra (CARDOSO e MIRANDA, 1999), Anna Nery passou a ser conhecida depois de ter se voluntariado a participar da Guerra do Paraguai (1865-1870). Ao longo de sua história, foi referenciada como “a mãe dos brasileiros” e consagrada como a primeira enfermeira brasileira (PORTO e OGUISSO, 2011; CARDOSO e MIRANDA, 1999).

Anna Nery, mulher branca, pertenceu a uma família de médicos e militares, pessoas da classe média alta da sociedade. Foi casada com um capitão-tenente da Marinha com quem teve três filhos. Já viúva, mudou-se para a cidade de Salvador e foi lá que seus três filhos seguiram para o serviço militar (CARDOSO e MIRANDA, 1999). Aos 51 anos de idade, Anna Nery viu um de seus irmãos e seus três filhos partirem para a Guerra do Paraguai.

Os registros históricos apontam que após a partida de seus filhos e irmão, Anna Nery escreveu uma carta endereçada ao Presidente da Província da Bahia, Manuel Pinto de Souza Dantas, oferecendo seus serviços como “brasileira” e como “mãe”. Anna Nery oferecia seus

60 A Revista Brazil-Médico teve sua publicação iniciada em 1887 e, segundo Moreira, Porto e Oguisso (2002), à época era provavelmente o único periódico específico da área da saúde que circulava no Brasil (MOREIRA, PORTO e OGUISSO, 2002).

serviços pois, “como brasileira”, não poderia ser indiferente “aos sofrimentos de meus compatriotas”. E, “como mãe”, não poderia “resistir à separação dos objetos” que lhe seriam caros (referindo-se aos filhos e irmão), “por tão longa distância”. Desejava e pedia autorização para “acompanhá-los por toda parte, mesmo no teatro da guerra”, se isso lhe fosse permitido (CARDOSO e MIRANDA, 1999, p.342).

Na resposta a Anna Nery, o Presidente da Província adjetivou sua atitude como um “rasgo de patriotismo” e “abnegação”, expedindo as ordens para que ela fosse contratada como “primeira enfermeira” (CARDOSO e MIRANDA, 1999, p.343). Dias depois, Anna Nery já seguia para os campos de batalha no Rio Grande do Sul. Lá recebeu lições de enfermagem com as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo e fez um breve estágio em Salto, Argentina (CARDOSO e MIRANDA, 1999).

Ainda no campo de batalha, Anna Nery enfrentou a morte de seu filho mais velho e de um de seus sobrinhos que também havia participado da guerra. Apesar disso, ainda no período de guerra, transformou sua casa em mais um espaço para acolhida e cuidado de enfermos. Ao final da guerra, em 1870, retornou para o Brasil, adotando 6 órfãs da guerra, pessoas a quem continuaria prestando cuidados. Compreendemos aqui que o conjunto de atitudes e escolhas de Anna Nery foi compondo sua imagem e representação associadas a um ideal de mãe, a um papel de quem cuida e a uma ideia do que seria um exemplo de enfermeira a ser seguido (CARDOSO e MIRANDA, 1999).

Entre tantas enfermeiras que existiram na história do Brasil, (tanto antes como depois da institucionalização e da profissionalização da enfermagem) (SOUZA CAMPOS, 2015), Anna Nery foi quem recebeu as mais extensas e gloriosas homenagens ao longo das décadas seguintes⁶¹, transformando-se em um símbolo da enfermagem brasileira, dando nome inclusive à escola que seria conhecida posteriormente como de “alto padrão”.

Há registros históricos, por exemplo, sobre a participação de mulheres negras da Revolução Constitucionalista de 1932. São registros fotográficos que “permitem observar a indumentária que caracterizava as mulheres negras como enfermeiras, em específico, a

⁶¹ Para citar algumas homenagens: ainda durante a guerra, Nery recebeu o Diploma de Sócia Honorária da Sociedade de Socorros em Comentes e o de Sócia Instaladora da Sociedade de Beneficência Portuguesa em Assunção. Em 1870, ano de seu retorno para o Brasil, o Governo Imperial concedeu a Anna Nery a Medalha de Campanha e uma pensão anual. Ao chegar à Bahia, recebeu uma Coroa de Louros cravejada de brilhantes ofertada por senhoras da alta sociedade baiana. Anna Nery recebeu ainda, 1873, uma tela a óleo pintada por Victor Meirelles - um dos pintores mais famosos do Império. Na referida tela, Anna Nery é retratada com uma coroa de louros na cabeça, um campo de batalhas ao fundo e uma de suas medalhas no peito (DIAS DA SILVA, 2014; CARDOSO e MIRANDA, 1999).

braçadeira branca com uma cruz bordada ao centro” (SOUZA CAMPOS, 2015, p.60). Entre as mulheres vistas na foto está Maria José Barroso que ficou mais conhecida como “Maria Soldado”: mulher negra que, apesar de ter atuado de forma notória durante a guerra, não recebeu o reconhecimento devido (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2021).

No caso de Anna Nery, as homenagens aconteceram também postumamente e continuaram a denotar seu prestígio e simbolismo. Nery faleceu em 1880, aos 65 anos de idade, na cidade do Rio de Janeiro. Quase cem anos após seu falecimento, em 1979, houve a exumação de seus restos mortais que foram acondicionados em uma urna de prata e jacarandá. Essa urna foi transportada pela Aeronáutica Militar até a Bahia, recebendo cerimônias de homenagem até seu destino final, a cidade de Cachoeira. Em Cachoeira, “a urna foi levada à sacristia da Igreja da Matriz, onde ficaria até a sua deposição no centro da nave principal da mesma” (CARDOSO e MIRANDA, 1999, p.345). Essa seria uma das últimas homenagens a Anna Nery de que se tem registros.

A trajetória de Anna Nery, entrelaçada às diversas homenagens que a acompanharam tanto em vida como após sua morte, fez com que ela alcançasse um lugar de glorificação (CARDOSO e MIRANDA, 1999), um lugar mítico na história e nas representações acerca da enfermagem e das enfermeiras no Brasil (DIAS DA SILVA, 2014). Seu exemplo de “voluntariado”, “patriotismo” e “amor” (DIAS DA SILVA, 2014), ao longo da história, tornaram-se símbolos da enfermagem brasileira. E a Escola de Enfermagem Anna Nery fez parte dessa sua consagração.

Em 1922 é criada, na cidade do Rio de Janeiro, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública comandada pelo diretor-sanitário Carlos Chagas (TYRREL e SANTOS, 2007). É esta a escola que, no ano de 1926, em homenagem a Anna Nery, passa a ser intitulada Escola de Enfermagem Anna Nery (CARDOSO e MIRANDA, 1999). Diferentemente da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) tinha, pela primeira vez, um corpo docente e administrativo inteiramente composto por profissionais da enfermagem (PAVA e NEVES, 2011). Até então o ensino da enfermagem era oferecido por um corpo docente formado majoritariamente por médicos.

Ao longo das décadas seguintes a EEAN se consolidou como a escola “oficial padrão” para as demais escolas de enfermagem que seriam criadas no Brasil, nas décadas de 1920, 1930 e 1940 (PAVA e NEVES, 2011; DIAS DA SILVA, 2014). Nesse caminho, a EEAN

tornou-se nacionalmente conhecida por formar as “enfermeiras de alto padrão” (DIAS DA SILVA, 2014).

A EEAN inaugurava no Brasil o início da chamada “enfermagem moderna” (GALLEGUILOS e OLIVEIRA, 2001). Segundo Pava e Neves (2011), até o ano de 1921, as escolas de enfermagem formavam “auxiliares de saúde” e ainda não havia, nessa formação, uma compreensão da enfermagem como ciência. “Em 1921, com a chegada das enfermeiras norte-americanas, a enfermagem passa a ser considerada uma ciência autônoma e a ter uma formação universitária.” (PAVA e NEVES, 2011, p. 148).

Sob o apoio da Fundação Rockefeller dos Estados Unidos e da vinda das enfermeiras estadunidenses vinculadas a esta mesma fundação (PAVA e NEVES, 2011), iniciou-se no Brasil uma formação denominada “enfermagem moderna” que trouxe consigo um modelo de ensino e prática voltado para a assistência hospitalar (GALLEGUILOS e OLIVEIRA, 2001). Interessante apontar que a criação da EEAN tinha como propósito, a princípio, “formar profissionais que garantissem o saneamento urbano, condição necessária à continuidade do comércio internacional, que se encontrava ameaçado pelas epidemias.” (GALLEGUILOS e OLIVEIRA, 2001 p.81). No entanto, Galleguilos e Oliveira (2001) apontam que a proposta de um ensino e de uma formação em enfermagem voltados para a saúde pública, na prática, tornou-se já na década de 1930 centrado na assistência clínica hospitalar.

A enfermagem moderna que chegava ao Brasil através da influência e da presença norte-americana estava ancorada no “Sistema Nightingale” (FORMIGA e GERMANO, 2005), o que envolvia o aprendizado tanto de uma atividade clínica hospitalar, como também de gestão e administração. É nesse ponto que alcançamos uma outra personagem histórica e simbólica da enfermagem no Brasil e no mundo: Florence Nightingale.

Contemporânea de Anna Nery, Florence Nightingale foi uma enfermeira inglesa que trouxe contribuição decisiva para a construção de uma legitimidade científica da enfermagem (DIAS DA SILVA, 2014; PADILHA, 1999), vista como contrastante em relação aos “práticos de enfermagem e as religiosas que se dedicavam aos cuidados dos doentes antes do surgimento da enfermagem como carreira profissional” (DIAS DA SILVA, 2014, p.185). Semelhante a Anna Nery, Nightingale participou enquanto voluntária da Guerra da Crimeia, em 1854. Tornou-se conhecida a partir de então, pois foi nessa participação que junto com

38 mulheres (irmãs anglicanas e católicas) organizou um hospital com 4000 soldados internos, baixando a mortalidade local de 40% para 2%. Com o prêmio recebido do governo inglês por este trabalho, fundou a primeira escola de

enfermagem no Hospital St. Thomas - Londres em 24 de junho de 1860 (PADILHA, 1999, p.449).

Esta escola tornou-se inspiração para outras escolas de enfermagem criadas no mundo (LOMBARDI e CAMPOS, 2018), influenciou o modelo e a estrutura sanitária nos Estados Unidos e chegou ao Brasil a partir das enfermeiras norte-americanas na década de 1920 (FORMIGA e GERMANO, 2005). O ponto é que Nightingale introduziu na prática de cuidados a enfermos aspectos de organização, gerenciamento e administração sanitária. Para além de uma prática assistencial, na concepção de Nightingale, o trabalho do cuidado passava a envolver também a “gestão e o controle administrativo”, (LOMBARDI e CAMPOS, 2018, p.30) e isso trazia implicações, como ela mesma comprovou, por exemplo, para as taxas de mortalidade. Nightingale passava assim a ser consagrada como “pioneira da administração hospitalar” (FORMIGA e GERMANO, 2005, p.223).

A trajetória de Anna Nery e de Florence Nightingale guardam associações quando buscamos compreender as origens e a formação da enfermagem no Brasil. A primeira, como uma referência de “mãe”, “cuidadora”, “voluntária” e “patriótica”. A segunda, trouxe consigo contribuições para a produção do cuidado, para a organização do ambiente de cuidado, garantindo condições sanitárias para a assistência prestada aos enfermos e influenciando sobremaneira a formação em enfermagem no Brasil. O percurso, a contribuição e a representação de cada uma dessas duas mulheres reverberaram significativamente na profissionalização da enfermagem no Brasil. Para além disso, suas histórias e contribuições também versam sobre duas noções que estarão, até os dias de hoje, nas bases da profissão enfermagem: cuidar e gerir.

A esse respeito, na perspectiva de Dias da Silva (2014), “cuidar” e “gerir” irão compor uma ambiguidade fundadora e constituinte da profissão enfermagem. Tanto nas origens da profissão, como em sua atualidade, a autora observa que haverá tensões entre as atividades de cuidado direto às pessoas (por exemplo, dar banho e fazer curativos) e a “administração dos profissionais e dos processos envolvidos na produção desses cuidados” (DIAS DA SILVA, 2014, p.186).

Na formação acadêmica em enfermagem iniciada no Brasil nos anos 1920 se, por um lado, o ensino estava centrado no hospital e na atividade clínica (sob influência do método Nightingale), o contexto de efervescência da Reforma Sanitária iniciada por Oswaldo Cruz convocava as profissionais de enfermagem para atuarem na saúde pública. Aqui, segundo

Dias da Silva (2014), o papel da enfermagem estava sob disputa. De um lado, a formação direcionada ao trabalho gerencial, de outro, a solicitação para fazerem o trabalho assistencial junto à população, conjecturando uma relação de ambiguidade entre saúde pública e atividade clínica (DIAS DA SILVA, 2014, p. 187).

Segundo Dias da Silva (2014), “A enfermagem foi amplamente requisitada pelo movimento sanitarista para realizar as ações educativas que se mostravam imprescindíveis para o desenvolvimento de uma consciência nacional sobre as condições sanitárias do país” (DIAS DA SILVA, 2014, p.187). Foi no início do século XX que tivemos, por exemplo, a Revolta da Vacina do Rio de Janeiro. Para a mesma autora, essa e outras revoltas contra a vacinação obrigatória ocorridas na época “pareciam indicar que não bastava os médicos sanitaristas convencerem as elites políticas de seu projeto sanitário” (DIAS DA SILVA, 2014, p.187). A população precisava ser convencida. Assim, as profissionais de enfermagem eram convocadas para esse trabalho de convencimento da população, um trabalho visto como educação sanitária - e que se atualizou ao longo das décadas seguintes.

4.1.1 Enfermagem e vacinação entrecruzadas

Mais adiante, na década de 1960, especificamente durante a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), profissionais da enfermagem estiveram envolvidas nas mais diversas atividades que compunham a referida campanha e, conseqüentemente, também o seu sucesso. Santos e Sanna (2006), em uma análise de documentos escritos oficiais sobre a CEV no Estado de São Paulo, elencam o conjunto extenso de atividades e funções exercidas pelas profissionais de enfermagem entre as décadas de 1960 e 1970. Para as autoras, tornou-se inegável o protagonismo das profissionais de enfermagem durante a CEV.

O trabalho da enfermagem voltava-se tanto para ações de cunho assistencial (faceta mais visível da enfermagem, segundo as autoras citadas), assim como ações de cunho gerencial da CEV. Faziam parte das atividades das profissionais de enfermagem o recrutamento, o treinamento e a supervisão das equipes de vacinação e da maioria das pessoas que atuaram na CEV. As enfermeiras também faziam o trabalho de supervisão da conservação da vacina antivariólica e o planejamento da quantidade de vacinas a serem utilizadas e sua distribuição. Estavam envolvidas ainda no levantamento da população e ser vacinada e na

escolha dos locais com grande número de pessoas onde poderiam ser realizadas as ações da CEV, como escolas, e feiras livres.

Segundo Santos e Sanna (2006), no Estado de São Paulo, o fato de a vacinação contra varíola ser obrigatória “causava revolta na população, brigas e desconforto dos profissionais. Por isso a Enfermagem, junto à população, fazia um trabalho de convencimento, ministrando palestras de esclarecimento quanto à importância da vacinação.” (SANTOS e SANNA, 2006, p. 476). Como objetivo de convencer a população a se vacinar, as profissionais de enfermagem envolvidas na CEV realizavam palestras que enfatizavam a importância da imunização (ANGELIM et al., 2017; SANTOS e SANNA, 2006). E em paralelo a todas as atividades operacionais da CEV, as profissionais de enfermagem também se responsabilizavam com exclusividade pelos casos notificados de varíola.

Na década de 1970 também encontraremos importante registro acerca da participação da enfermagem em atividades de vacinação da população brasileira. Em artigo publicado ainda em 1978, Sobral (1978) descreve o extenso conjunto de atividades que compunham a atuação especificamente de enfermeiras em campanhas de vacinação contra o sarampo e contra a poliomielite na cidade do Rio de Janeiro. Assim como nas CEV, observamos que as enfermeiras ganharam papel de destaque no gerenciamento e no supervisionamento da vacinação desde a preparação para a campanha até a sua conclusão:

Na fase preparatória da Campanha de Vacinação contra a Pólio e o Sarampo, as Enfermeiras Coordenadoras e as Enfermeiras de Treinamento participaram da elaboração do Plano de Execução das ações de enfermagem, do roteiro de supervisão, da previsão de material para enfermagem desde seringas e agulhas até material de escritório (lápiz, borracha, impressos, blocos para rascunho, etc.) e utilização correta do conta-gotas na administração da vacina Sabin e do Injetor à Pressão na aplicação da vacina contra o Sarampo (SOBRAL, 1978, p.451).

Durante a campanha, as enfermeiras deveriam ainda: “encerrar as atividades de enfermagem providenciando a devolução de todo o material excedente, de acordo com as instruções previamente recebidas”; e também “providenciar a ordem do ambiente para o reinício do funcionamento no dia seguinte” (SOBRAL, 1978, p. 454). Para executar esse conjunto diverso de atividades eram atribuídos às enfermeiras diferentes cargos e funções: Coordenadora de grupo, Supervisora dos Postos de Vacinação, Coordenadora de Treinamento e Execução em nível local. Essas últimas responsáveis pelo treinamento das chamadas “auxiliares de enfermagem” (profissionais da enfermagem, mas sem formação de nível superior).

Segundo Sobral (1978), seriam competências das enfermeira: 1) colaborar “com a comunidade por intermédio dos contatos com a família, a escola, a empresa”; 2) estimular e mobilizar “a coletividade para fazer face aos problemas que direta ou indiretamente influam na saúde dos seus componentes; 3) tendo ainda o “poder de persuasão e habilidade em manter relações humanas” (SOBRAL, 1978, p.451). O que conseguimos observar a partir desses exemplos de atividades e responsabilidades atribuídas às enfermeiras nas décadas de 1960 e 1970 é que essas profissionais estarão reiteradamente envolvidas no exercício de gerenciar e também de prestar assistência, assim como envolvidas na interlocução e no “convencimento” da população para se vacinar. Estarão atuando ainda no treinamento de auxiliares de enfermagem, profissionais essas/esses que estariam mais na ponta do serviço, no cuidado direto à população, vacinando-a.

Ainda na década de 1970 é importante relembrar a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Tendo passado por diferentes tempos históricos, sanitários e políticos no Brasil, o PNI celebra atualmente mais de 50 anos de história. Entre tantas campanhas de vacinação e os chamados Dias “D” ocorridos ao longo dessas cinco décadas, podemos observar a presença constante da chamada “equipe de enfermagem”, termo recorrentemente usado para se referir às formações de: enfermagem, técnica de enfermagem e auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2014; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO, 2013). Para Santos et al. (2021), o PNI tornou-se um dos grandes marcos históricos do protagonismo da enfermagem (p.21).

Entre tantas atividades e profissões que envolvem até hoje a assistência à saúde no Brasil, a vacinação foi consagrada como atividade da equipe de enfermagem. É isso que encontramos ao ler o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação datado de 2014 e organizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014): “As atividades da sala de vacinação são desenvolvidas pela equipe de enfermagem treinada e capacitada para os procedimentos de manuseio, conservação, preparo e administração, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de vacinação” (p.25).

No trabalho da equipe de enfermagem voltado à vacinação, é possível perceber que as atividades de gerir e cuidar (historicamente presentes na profissão) far-se-ão presentes. Para Santos et al. (2021), a atividade de “gerenciamento do cuidado” estará inscrita no PNI. Isso se dará porque a enfermagem estará envolvida em diversos espaços e ações, “desde o gerenciamento macro desta política até os microprocessos que acontecem para o

funcionamento adequado das salas de vacina existentes no Brasil no âmbito do SUS” (p.26). O trabalho assistencial de cuidado, para as autoras, estaria por sua vez entremeado ao trabalho de gerenciamento.

Voltando a consultar o referido Manual (BRASIL, 2014), veremos que parte das atividades da categoria na vacinação será comum a toda equipe de enfermagem. Para citar algumas: planejar as atividades de vacinação, manter as condições de conservação dos imunobiológicos, atender e orientar “usuários⁶²”, promover e monitorar a limpeza da sala de vacinação, entre outras. No entanto, será reservado apenas às/aos profissionais enfermeiras/os o trabalho de supervisão e “monitoramento do trabalho desenvolvido na sala de vacinação” e também o “processo de educação permanente da equipe” (p.25).

As autoras Godinho, Silva e Pietrafesa (2024) indicam que em toda a cadeia de ações que compõem o PNI ter-se-á como estratégia a liderança da/do enfermeira/o no trabalho da equipe de enfermagem. Essa liderança estará presente tanto nas ações de planejamento em nível nacional como no trabalho das equipes que atuam nas salas de vacina (GODINHO, SILVA e PIETRAFESA 2024, p.2).

Interessante apontar aqui que as mesmas autoras referir-se-ão à enfermagem como “protagonista do PNI” (GODINHO, SILVA e PIETRAFESA 2024). E vemos que é com certa facilidade que encontramos uma série de outras referências à enfermagem como :“protagonista da vacinação”, profissionais que “salvam vidas” através da vacinação da população e, em tempos recentes, “heroínas da pandemia”. De modo que, para além de uma orientação de um documento como o Manual (BRASIL, 2014) que afirma que a vacinação é responsabilidade da enfermagem, também encontramos registros de diferentes discursos que rondam e simbolizam a profissão, condecorando-a como protagonista do êxito da vacinação no Brasil.

Em 2003, por exemplo, foi lançada pelo Ministério da Saúde uma edição comemorativa dos 30 anos do PNI. No documento, é possível ler trecho da fala da coordenadora do PNI à época: “as vacinadoras e os vacinadores são a cara do Programa Nacional de Imunizações”. No texto, a coordenadora afirma ainda que é essa/esse profissional “que muitas vezes não ganha o suficiente, mas dedica sua vida a levar a vacina, protegida por um isopor, a locais onde só se chega a pé ou de barco” (BRASIL, 2003, p.180). Na edição de comemoração dos 40 anos do PNI lemos também um agradecimento direcionado aos

62 Termo utilizado pelo próprio Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação (BRASIL, 2014).

vacinadores: “Deixamos um agradecimento mais do que especial aos profissionais de saúde, principalmente os vacinadores, em cujas mãos estão depositadas a certeza e a confiança nos resultados do Programa” (BRASIL, 2013, p.5). E mais adiante no texto afirma-se:

não podemos deixar de ressaltar que o grande personagem destes 40 anos é o caríssimo vacinador, presente em mais de 30 mil salas de vacinação ao longo do nosso território, atuante nas operações massivas de vacinação. É o profissional que, com compromisso, dedicação, ética e responsabilidade, incorpora e exerce a missão maior de administrar a vacina em quem dela precisa (BRASIL, 2013, p.15).

Também é possível encontrar referências ao “protagonismo da enfermagem” em publicações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Em texto divulgado para a comemoração aos 50 anos do PNI, o COFEN afirma que “os profissionais da Enfermagem são protagonistas dessa história”, no caso, a história do PNI (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2023). Mais recentemente, em 2024, uma matéria também divulgada no site do COFEN exalta que “os técnicos de enfermagem são a maior força de vacinadores do país”, e adjetiva a enfermagem como “guardiã da vacinação”: “Responsável não apenas pela administração e a prescrição de vacinas, mas também pelo acompanhamento de seus efeitos adversos, a Enfermagem tem um papel histórico como ‘guardiã’ das vacinas no Brasil, desde o início do PNI.” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2024).

Os exemplos se avolumam e também se espraiam em declarações de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Em janeiro de 2020, anteriormente à declaração oficial da OMS sobre a existência da pandemia de Covid-19, a Organização já tinha definido o ano de 2020 como o “ano da enfermagem”. Segundo Gandra, Silva e Passos et al (2021), a celebração seria uma campanha da OMS “de valorização da categoria profissional” (p.2). Em notícia de divulgação do ano comemorativo, a enfermagem é descrita como ocupante de um lugar “vital” para o cuidado, para a educação e, inclusive para a vacinação da população:

Estes profissionais desempenham um papel vital na prestação de serviços essenciais de saúde em todos os níveis de atenção e são cruciais para promover a saúde e prevenir doenças: cuidam de mães, crianças e idosos, administram vacinas que salvam vidas e fornecem conselhos de saúde, entre outras ações (OMS [...], 2020).

O trágico evento pandêmico parece ter adicionado um novo fôlego para falas, textos, discursos de diferentes profissionais e/ou figuras de autoridade que colocam a enfermagem em um lugar “vital” para o cuidado, a educação e a vacinação da população. A categoria profissional da enfermagem ganhou alta visibilidade (SANTOS et al., 2021) - ainda que talvez

uma visibilidade fugaz. Enquanto “linha de frente” na “batalha” contra a pandemia do novo coronavírus, foi reiteradamente referenciada como a categoria dos “super-heróis” junto a outros/outras trabalhadoras/es da saúde (SOUZA E SOUZA e SOUZA, 2020; FERREIRA, 2020). Em 2021, com o início da vacinação da população contra a Covid-19, passamos também a nos deparar com referências à enfermagem como sendo “o foco principal para o sucesso da vacinação contra a Covid-19” (CASTILHO, 2021, p. 5344). Para Castilho (2021) e Godinho, Silva e Pietrafesa (2024), isso deveu-se tanto ao fato de serem principalmente essas e esses profissionais os que atuaram na vacinação em massa da população brasileira, mas também devido ao fato de lhes serem atribuídos os papéis de informar e de influenciar a população sobre a vacinação contra a Covid-19, visto que passamos a lidar mais fortemente com a hesitação vacinal da população (CASTILHO, 2021).

Ao mesmo tempo em que é possível observar que as origens da profissionalização da Enfermagem no Brasil guardam relação com entendimentos sobre atividades/noções de cuidar, assistir, gerir, coordenar e treinar, no decorrer de décadas conseguimos ter uma perspectiva de como essas atividades/noções colocadas como basilares da Enfermagem foram adquirindo camadas. Falamos neste tópico sobre alguns dos simbolismos que rondam a história da Enfermagem no Brasil, algumas de suas personagens e também sobre como a trajetória da profissão conformar-se-á em parte entrecruzada com as ações de vacinação ao longo das décadas, seja em âmbito estadual ou em âmbito nacional como vimos a partir da criação do PNI. Vemos que à Enfermagem até hoje são atribuídos o papel e o valor de “salvar vidas”, o papel de cuidar e de educar a população a ser vacinada.

O que se torna importante para continuarmos a explicar e a refletir sobre a história da Enfermagem é, para além das questões já colocadas, também nos perguntarmos quem são essas protagonistas da profissão que cuida, que gerencia, que vacina a população e que “salva vidas”? Para refletir sobre essa indagação, entendemos ser necessário trilharmos um caminho de observação e compressão sobre como se delineou a divisão de trabalho na Enfermagem, assim como compreender o perfil, em termos sociodemográficos, das pessoas que atuam nesta carreira no Brasil. É isso que faremos no tópico a seguir, mas ainda nos reportando à própria história da Enfermagem no Brasil.

4.2 Divisão do trabalho na Enfermagem: questões pretéritas e atuais

Apesar de ser conhecida como a “profissão do cuidado” (PIRES, 2009), sabemos que o trabalho do cuidado não surge com a Enfermagem. Nesse caminho, compreender a história da Enfermagem também implica legitimarmos que o ato de cuidar “não acontece apenas com a oficialização da formação profissional” (OGUISSO, CAMPOS E MOREIRA, 2011). Podemos afirmar que o cuidado (no mais amplo sentido do termo) surge com a própria humanidade e seu estabelecimento de relações com a vida, com a morte, com o adoecimento, com a alimentação, com a higiene. Existe uma vasta literatura, seja na antropologia, na história, nas ciências da saúde ou em outras disciplinas, que irá nos informar sobre as diversas perspectivas acerca do ato de cuidar (de si e de outros). Acreditamos não haver dúvidas de que, seja como atividade ou como conceito, existe uma pluralidade de entradas possíveis para refletirmos e compreendermos “cuidado”.

Quando nos debruçamos sobre a história da Enfermagem no Brasil é importante notar que a sua profissionalização envolveu a formalização e a cientifização de uma série de práticas (de cuidado) que davam-se, até então, nos ambientes domésticos e religiosos (a exemplo das Santas Casas e irmandades). E no passado (bem como no presente) do cuidado no Brasil, não há dúvidas de que a sua prática constituiu-se, majoritariamente, como um trabalho realizado por mulheres (HIRATA e GUIMARÃES, 2012; SILVA, 2022). Mas ainda além disso, deu-se com intensa participação das mulheres negras (SOUZA CAMPOS, OGUISSO e FREITAS, 2007; SILVA, 2022). No Brasil, mulheres negras atuaram como “parteiras, amas de leite, domésticas, babás, mães pretas, (...) cuidavam de enfermos, velhos e crianças, mesmo que para o cuidado das crianças muitas devessem abandonar os seus próprios filhos” (SOUZA CAMPOS, OGUISSO e FREITAS, 2007, p.37). O fato é que: “As relações de interdependência entre as práticas do cuidado e as populações negras no Brasil são muito próximas” (SOUZA CAMPOS, OGUISSO e FREITAS, 2007, p.37).

A esse respeito Lélia Gonzalez (GONZALEZ, 2020), ao se referir ao período imediatamente após a abolição no Brasil e ao(s) lugar(es) ocupados pelas mulheres negras, afirma que cabia “à mulher negra arcar com a posição de viga mestra de sua comunidade” (GONZALEZ, 2020, p.33). E podemos entender que neste lugar de “viga” estava envolvido o trabalho do cuidado. A mulher negra, nas palavras da autora:

era obrigada a se dividir entre o trabalho duro na casa da patroa e as suas obrigações familiares. Antes de ir para o trabalho, havia que buscar água na bica comum da

favela, preparar o mínimo de alimento para os familiares, lavar, passar e distribuir as tarefas das filhas mais velhas no cuidado dos mais novos. Acordar às três ou quatro horas da madrugada para “adiantar os serviços caseiros” e estar às sete ou oito horas na casa da patroa até a noite, após ter servido o jantar e deixado tudo limpo (GONZALEZ, 2020, p.33).

Durante séculos a Enfermagem pré-profissional no Brasil foi exercida por pessoas consideradas párias da sociedade, pessoas escravizadas, com condições socioeconômicas precárias, “mulheres de baixo padrão social, moral e cultural e que fugiam aos padrões convencionais de esposa e de mãe” (MENEZES, BAPTISTA e BARREIRA, 1998, p.37).

É importante ser notado aqui que a almejada profissionalização da Enfermagem no Brasil andava junto com o contexto político e sanitário do país que, por sua vez, envolvia a construção de uma identidade nacional. Segundo Moreira (1999), no período histórico da Primeira República, as ações em saúde pública também representavam “uma via para a conformação da identidade nacional”, assim como foram muito importantes para a consolidação do poder público (MOREIRA, 1999, p.4). E a busca por uma identidade nacional também trazia reverberações significativas para o âmbito das profissões, entre elas, a própria Enfermagem (MOREIRA, 1999).

Na Primeira República, investia-se na formação de uma força de trabalho que fosse competente para atuar na saúde pública (MOREIRA, 1999). Isso implicava em “elear” o status do trabalho do cuidado, até então relegado majoritariamente ao âmbito doméstico. É aí que chegamos a um ponto crítico de nossa reflexão: “elear” o status do trabalho do cuidado implicou embranquecê-lo. A Enfermagem brasileira nascia assim “sob a égide do branqueamento” (MOREIRA, 1999, p. 20). Dessa forma, a profissional de enfermagem “padrão” que o Estado intencionava formar para, em seguida, atuar na saúde pública, era a figura de uma mulher, de “boa família”, de trajetória “ilíbada”, uma mulher branca, “filha das classes médias urbanas, jovem e formalmente instruída (MENEZES, BAPTISTA e BARREIRA, 1998; SOUZA CAMPOS, 2015, p.54).

Quando, em finais do século XIX e início do século XX, temos a criação das primeiras escolas de enfermagem no Brasil o acesso às pessoas negras era negado, ainda que não fosse algo explicitamente formalizado (MOREIRA, 1999). Há registros históricos de que mulheres negras, apesar de cumprirem com os pré-requisitos formais de admissão, enfrentavam resistência ou não conseguiam garantir o ingresso à escola (SOUZA CAMPOS, OGUISSO e FREITAS, 2007; MOREIRA, 1999).

Na década de 1920, para que uma pessoa pudesse ingressar na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) havia um conjunto de pré-requisitos a serem contemplados. Esses pré-requisitos giravam em torno do estado civil das mulheres, nível educacional e experiência préterita com o cuidado de pessoas doentes. O curso era divulgado como sendo de uma “profissão exclusivamente feminina” e as candidatas deviam ter cursado escola normal ou algum curso equivalente (MENEZES, BAPTISTA e BARREIRA, 1998, p.37 e 41). Na seleção, as candidatas deviam ainda fazer um exame vestibular e passar por uma entrevista pessoal, etapas estas que tinham como intuito avaliar suas condições “físicas” e “comportamentais” (SANTOS, et al., 2020, p.12).

O que entendemos a partir dessas questões é que a urgência por se garantir um prestígio e um status social à nova profissão estava acompanhada de critérios rigorosos de seleção das candidatas (MOREIRA, 1999). Na prática, a escolha por alunas e os investimentos na profissionalização da Enfermagem ocorriam de modo a afastar uma lembrança de que as tarefas do cuidado e da gestão de espaços (também de cuidado) eram realizadas majoritariamente por homens negros e mulheres negras, pessoas analfabetas e, posteriormente, pelos visitantes de enfermagem, que nem sempre possuíam uma formação escolar (MOREIRA, 1999; SANTOS et al., 2020).

Nas palavras de Souza Campos (2015),

A imagem da “enfermeira padrão” cristalizou a identidade profissional via elitização e branqueamento da enfermagem, na recusa das bases deixadas por homens e mulheres negros – enfermeiros pré-profissionais, cuidadores, curandeiros, cirurgiões, barbeiros, amas-de-leite, mães pretas, parteiras – cujas experiências foram vitais para a manutenção da saúde durante o Brasil Colônia (1500-1822) e o Brasil Império (1822-1889), imagens e memórias diametralmente opostas da representação forjada para sua principal personagem (SOUZA CAMPOS, 2015, p.54).

As questões em torno do ingresso para a formação em enfermagem guardam também conexões com outro aspecto relevante para as origens da profissão no Brasil: a divisão técnica do trabalho. Para isso, voltemos rapidamente no tempo.

Quando, em finais do século XIX, Florence Nightingale tornava-se reconhecida internacionalmente por adicionar ao ofício da Enfermagem bases teórico-científicas, erigia-se junto a isso uma divisão formativa da profissão. Ainda na Inglaterra, a formação era dividida em duas categorias profissionais: as *nurses* e as *lady-nurses*. Segundo Formiga e Germano (2005):

As lady-nurses eram preparadas para o ensino e a supervisão de pessoal e foram responsáveis pela difusão do sistema Nightingale na Europa e no mundo. As nurses moravam e trabalhavam no hospital durante todo o curso, recebiam um salário e, após o curso, eram destinadas ao cuidado direto com o paciente (FORMIGA e GERMANO, 2005, p.223).

As *nurses* eram mulheres menos favorecidas economicamente, com seus estudos sendo financiados pela própria Fundação Nightingale. Além disso, as *nurses* eram destinadas aos serviços de cunho prático. Já as *lady-nurses* eram mulheres socialmente privilegiadas. Essas últimas eram formadas para atividades de supervisão e ocupavam espaços de liderança (CARLOS e GERMANO, 2011). O que passamos a compreender é que essa formação em diferentes modalidades irá refletir uma divisão social de classes; uma divisão que, por sua vez, enfatiza a divisão técnica do trabalho para cada um dos dois tipos de aluna (TEODÓSIO, 1990, *apud* CARLOS e GERMANO, 2011, p.515). Uma divisão técnica que também estará nos informando sobre a quem caberia o trabalho de “cuidar” e a quem caberia o trabalho de “gerir”.

Isso se torna relevante aqui, pois é o “Sistema Nightingale” baseado nessa divisão técnica do trabalho que alcançará os Estados Unidos ainda no final do século XIX e também chegará ao Brasil na década de 1920 influenciando, portanto, a formação em Enfermagem aqui imaginada. O ponto que devemos notar é que a divisão técnica do trabalho em Enfermagem ganhou contornos específicos no Brasil. Percebemos que ela foi e continua sendo atravessada por questões e tensões de raça, gênero, classe e acesso à educação (LOMBARDI e CAMPOS, 2018; GANDRA et al., 2021). Apesar de observarmos uma homogeneidade feminina na Enfermagem até os dias de hoje, desde seus primórdios observamos uma heterogeneidade interna à profissão (LOMBARDI e CAMPOS, 2018).

Fato é que a construção ideológica de uma enfermagem-padrão branca não impediu que mulheres negras continuassem a trabalhar na profissão, mais representadas nos escalões subalternos (técnicos e auxiliares de enfermagem) do que no topo da hierarquia, entre enfermeiros de nível universitário” (LOMBARDI e CAMPOS, 2018, p.33).

A criação da EEAN, sua consagração como escola “oficial padrão” e a formação das primeiras turmas de alunas não fizeram desaparecer uma gama de pessoas que ainda trabalhavam com “serviços de enfermagem” ou como “práticos de enfermagem” (WERMELINGER, VIEIRA e MACHADO, 2016). “Na década de 1940, mesmo com as várias normas legais dispendo sobre a regulamentação do exercício da profissão, os práticos, sem nenhum preparo formal, continuavam a atuar majoritariamente na enfermagem”

(WERMELINGER, VIEIRA e MACHADO, 2016, p. 140). Havia ainda pessoas formadas por outras escolas de Enfermagem, no entanto não eram escolas que haviam sido “equiparadas” ao padrão Anna Nery⁶³.

As disputas e as tensões do campo da Enfermagem continham ainda outros aspectos importantes de serem notados aqui. Um deles é que o número de enfermeiras formadas não supria, à época, a demanda dos próprios serviços de saúde. Uma parcela das “enfermeiras diplomadas” incentivava inclusive o investimento e a formação de “auxiliares de enfermagem”. A ideia era de que o curso de auxiliar fosse de menor duração, tornando possível formar profissionais em larga escala e que fossem atuar na “assistência direta aos internados em hospitais” (WERMELINGER, VIEIRA e MACHADO, 2016, p. 140). Também havia uma outra parcela de “enfermeiras diplomadas” insatisfeitas por terem que se engajar como visitadoras nas ações de saúde pública (DIAS DA SILVA, 2014). De modo que foram se conformando tensões entre as formações e o próprio exercício de enfermeiras, auxiliares e práticos.

Ao mesmo tempo em que a carreira profissional da Enfermagem constituía-se e ganhava fôlego no Brasil, seu exercício estava sob disputa de uma reserva de trabalho, por exemplo (WERMELINGER, VIEIRA e MACHADO, 2016). Ainda nas décadas de 1940 e 1950, enfermeiras, auxiliares e práticos de enfermagem não atuavam como uma equipe. Wermelinger, Vieira e Machado (2016) afirmam que apesar destas categorias coexistirem naquele determinado tempo histórico, não havia ainda uma hierarquia explicitamente definida entre elas e muito menos um trabalho solidário.

Todo esse conjunto de tensões e disputas em torno da formação e do exercício da Enfermagem terminaram por “incentivar a expansão de categorias técnicas” na profissão. Essas categorias passaram a ter um “lugar na saúde pública (...) instaurando uma hierarquia específica no campo da enfermagem entre graduados e não graduados” (DIAS DA SILVA, 2014, p. 189). Por exemplo, é em 1949 que é criada a Lei número 775, de 6 de agosto de 1949 (BRASIL, 1949) determinando que o ensino da Enfermagem deveria compreender, a partir de então, duas diferentes categorias: Curso de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem. O primeiro com o dobro de duração em relação ao segundo, trinta e seis e dezoito meses respectivamente (BRASIL, 1949; PAVA e NEVES, 2011). Nos anos de 1956 e 1957, através

⁶³ A “equiparação” era umas das exigências do Decreto 20.109 de 15 de Junho de 1931 (BRASIL, 1931) que regulava o exercício da Enfermagem no Brasil e estabelecia as condições para a criação de outras escolas de enfermagem. Este Decreto foi revogado posteriormente pela Lei 2.604 de 17 de Setembro de 1955 que também dispõe sobre o exercício da Enfermagem no Brasil (BRASIL, 1955).

da Lei nº 2.282 de 14 de julho de 1956, “foi permitido que portadoras de diplomas de enfermeira, expedidos por escolas não equiparadas à Escola Anna Nery até o ano de 1950, registrassem-se como auxiliares de enfermagem” (WERMELINGER, VIEIRA e MACHADO, 2016, p.146; BRASIL, 1956).

É no ano de 1986 que é criada a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986), dispondo sobre o exercício profissional da Enfermagem. Através desta lei a atuação dos vários profissionais da Enfermagem passou a ser regulamentada. Por meio de uma divisão técnica das atividades e também de uma hierarquia entre as profissões, ficava definido, portanto, quais atividades caberiam à enfermagem, às/aos técnicas/os de enfermagem, as/aos auxiliares de enfermagem e às parteiras (também consideradas integrantes da profissão enfermagem, mas que não será nosso foco de pesquisa no momento).

A Lei passou a determinar que caberia ao/a enfermeiro/a, privativamente:

(...) a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de **maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica** e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986, grifo nosso).

Enquanto integrante de uma equipe de saúde, caberia ainda à/ao enfermeira/o outro conjunto de atividades, por exemplo:

(...) participação no **planejamento**, execução e avaliação da programação de saúde; participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; educação visando à melhoria da saúde da população (BRASIL, 1986, grifo nosso).

Já a formação de técnica/o de enfermagem ficava definida como uma atividade de nível médio “envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em **grau auxiliar**, e a participação no planejamento da assistência de enfermagem” (BRASIL, 1986 grifo nosso). Seriam assim definidas como atividade das/os técnicas/os de enfermagem:

a) participar da programação da assistência de enfermagem; b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei; c) **participar da orientação e da**

supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar; d) participar da equipe de saúde (BRASIL, 1986, grifo nosso).

A formação de auxiliar de enfermagem passava a ser definida como uma atividade de nível médio:

de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação **em nível de execução simples**, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente: a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; b) executar ações de tratamento simples; c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; d) participar da equipe de saúde (BRASIL, 1986, grifo nosso).

É essa a lei que ainda orienta na atualidade o trabalho e as atividades das profissões de Enfermagem. Em texto relativamente recente divulgado na página oficial do Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso (COREN MT) em 2013, a divisão entre as diferentes carreiras da Enfermagem dar-se-ia por “nível de complexidade” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO, 2013). Conseguimos observar isso no próprio texto da Lei nº 7.498 (BRASIL, 1986) citada acima.

À enfermagem são atribuídas atividades que exijam “bases científicas” e de “maior complexidade técnica”. Apenas à enfermagem cabe a função de “coordenação” e “planejamento”. Cabe-lhe ainda a supervisão de todas as demais atividades executadas pelos profissionais abaixo na hierarquia. Percebemos que a enfermagem pode ainda executar as atividades das demais carreiras, no entanto, o inverso não é permitido. A profissão de técnica/o de enfermagem é adjetivada como sendo de “grau auxiliar”. E, por fim, as atividades atribuídas às/aos auxiliares de enfermagem são predicadas como de “nível de execução simples”.

O ponto que devemos observar é que, no Brasil, a hierarquia específica do campo da Enfermagem entre pessoas graduadas e não graduadas e suas respectivas atribuições técnicas ensejará desigualdades em termos de raça e de formação educacional. Segundo Lombardi e Campos (2018), no caso brasileiro falaremos, portanto, de mulheres pardas e pretas (negras) a quem, apesar de desempenharem “uma série de trabalhos e de saberes de cura e de trato para com enfermos e ‘incapazes’ (crianças, idosos etc.), também foi negado espaço na profissão a partir de sua fase de profissionalização” (LOMBARDI e CAMPOS, 2018, p.33-34). Serão mulheres pardas e pretas, com menor nível educacional e menor renda que passarão a ocupar as carreiras de técnicas e auxiliares de enfermagem. As autoras fazem essa afirmação por

compreenderem que a qualificação profissional estaria intimamente relacionada com a questão da raça/cor e com níveis de renda da sociedade (LOMBARDI e CAMPOS, 2018).

A divisão técnica do trabalho entre as carreiras também carregará em si as questões fundadoras da própria profissão: o cuidar e o gerir. Com um olhar retrospectivo e também observando a atualidade da Enfermagem no Brasil, Wermelinger, Vieira e Machado (2016) afirmam que na história e na divisão do trabalho entre os profissionais da Enfermagem o trabalho assistencial (ou “tudo que se refere ao assistir”) parece estar cada vez mais sendo delegado ao nível secundário de formação. O que seria, correntemente entendido como “assistência de enfermagem” não estaria sendo realizado, em grande maioria, pela própria enfermagem, mas sim por profissionais de nível técnico (WERMELINGER, VIEIRA e MACHADO, 2016).

O que podemos observar na trajetória centenária da profissão é que o trabalho de cuidar e gerir que lhe foi atribuído desde seus primórdios no Brasil passará por reconfigurações. Reconfigurações estas que nos direcionam a compreender a conformação de uma divisão - técnica, social, racial, sexual - do trabalho em Enfermagem. Ao mesmo tempo que cuidar e gerir serão basilares na Enfermagem, eles carregarão consigo tensões e ambiguidades importantes de serem observadas. A quem seria reservado o papel de cuidar e de lidar diretamente com pacientes? A quem seria reservado o papel de gerir as/os profissionais da Enfermagem? Não há como compreender a história da Enfermagem no Brasil sem nos voltarmos para os contornos que questões estruturais de raça, gênero e classe trarão para esse campo profissional em seu percurso em terras brasileiras (LOMBARDI e CAMPOS, 2018; GANDRA et al., 2021).

4.3 Perfil da Enfermagem no Brasil

As profissionais de Enfermagem são a maior categoria profissional que atua no campo da saúde no Brasil. Essa categoria corresponde a 50% dos/das trabalhadores/as de saúde, o que torna a Enfermagem “a segunda maior força de trabalho de todos os setores do país” (GANDRA et al., 2021, p.3). Essas profissionais somam quase 2 milhões em todo território nacional, estando presentes em todos os municípios e também fortemente inseridas no Sistema Único de Saúde (MACHADO, 2017, p.31).

Em 2017 foi divulgado um extenso relatório sobre o perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO, 2017). Tratou-se de uma ampla pesquisa iniciada em 2012 e realizada através de uma parceria entre o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Por meio deste relatório foi possível acessar um panorama detalhado acerca das três carreiras de Enfermagem no Brasil, cada uma correspondendo a um nível de formação: enfermagem (nível superior), técnica de enfermagem (nível técnico) e auxiliar de enfermagem (nível médio). Os dados da pesquisa versam sobre as características socioeconômicas da equipe de Enfermagem (considerando os três níveis de formação), assim como seu grau e histórico de formação, condições e mercado de trabalho, acesso técnico-científico e participação sociopolítica.

A pesquisa foi realizada por meio de aplicação de questionário utilizando uma amostra representativa do universo de profissionais de Enfermagem no Brasil. Para isso, foram reunidos dados de mais de 35 mil enfermeiras/os, técnicas/os de enfermagem e auxiliares de enfermagem que à época da pesquisa possuíam registro ativo no COFEN (MACHADO, 2017).

Quando observamos os dados para a equipe de Enfermagem como um todo (onde estão inclusas as três carreiras da categoria), técnicas/os e auxiliares de enfermagem conformam a esmagadora maioria⁶⁴. Estas duas carreiras somam 77% dos profissionais da área, ficando apenas 23% com as/os enfermeiras/os. Importante destacar que pelo menos 1/3 das/os enfermeiras/os participantes da pesquisa possuía também curso de técnica/o ou auxiliar de enfermagem e, em sua maioria, já havia praticado ou exercido uma das duas carreiras, ou seja, são enfermeiras/os e ex-técnicas/os ou ex-auxiliares de enfermagem (MACHADO, 2017).

Os dados apresentados no relatório não deixam dúvidas sobre a feminização da Enfermagem no Brasil. Pessoas do sexo feminino compõem 85,1% da equipe de Enfermagem, permanecendo outros 14,4% com pessoas do sexo masculino. Interessante apontar que, apesar da hegemonia histórica feminina na equipe de Enfermagem, a pesquisa indica um crescimento da participação masculina.

Entre as décadas de 1970 e 1980 um estudo realizado pelo COFEN apontou um crescimento da presença masculina entre as carreiras da Enfermagem. Percebia-se desde então

⁶⁴ Nesta pesquisa os dados para técnicas/os e auxiliares de enfermagem apresentam-se agregados. De todo modo as inferências apresentadas pela pesquisa contribuem para uma compreensão estatística sobre a equipe de Enfermagem no Brasil.

“um aumento do contingente masculino com formação em nível superior, particularmente acentuado nas faixas etárias mais jovens⁶⁵” (COFEN, 1985, p.58 *apud* MACHADO, 2017, p.110). Apesar desse aumento observado, a equipe de Enfermagem continua, até a atualidade, predominantemente feminina.

Essa predominância feminina repete-se quando analisamos separadamente as carreiras de enfermeira/o, técnica/o e auxiliar de enfermagem. Do total de profissionais enfermeiras/os, 86,2% são do sexo feminino e 13,7% do sexo masculino. Entre técnicas/os e auxiliares percebemos uma maior presença masculina se compararmos com as/os enfermeiras/os: 84,7% das/os auxiliares e técnicas/os são do sexo feminino e 14,7% do sexo masculino.

Partindo para uma análise sobre raça/cor (seguindo a nomenclatura do IBGE) vemos que pessoas pretas e pardas compõem mais da metade do total de profissionais da equipe de Enfermagem: 53%. Pessoas que se identificaram como da raça/cor branca foram 42,3%, pardos 41,5% e pretos 11,5%. Há ainda presença de um pouco mais de 10.000 profissionais que se identificam como indígenas. Em Pernambuco e em outros 11 estados do Brasil o percentual de pardos e pretos na equipe de Enfermagem é ainda maior, passando dos 65% (MACHADO, 2017).

Apesar de pessoas pretas e pardas serem maioria na equipe de Enfermagem como um todo, quando analisamos cada uma das carreiras separadamente, percebemos que esse cenário se altera. Nas carreiras de nível técnico e médio (técnica/o de enfermagem e auxiliar de enfermagem, respectivamente) percebemos um percentual muito mais expressivo de pessoas pretas e pardas. Na enfermagem, há um predomínio de pessoas de raça/cor branca, 57,9%, e pretos e pardos somam 37,9%. Já entre técnicos e auxiliares os números parecem quase se inverter: a presença de pretos e pardos aumenta significativamente, chegando a 57,4%. E o percentual de pessoas de raça/cor branca fica 37,6% (MACHADO, 2017).

A pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil também conseguiu reunir dados sobre as modalidades de instituições do setor público em que encontramos a equipe de Enfermagem atuando. A partir dos dados é possível constatar que o principal local de atuação para todas as carreiras da Enfermagem são os hospitais. Para as três categorias, os hospitais perfazem mais de 50% dos locais de atuação. Para a equipe de Enfermagem como um todo os hospitais

65 Segundo PEREIRA (2008), “O ingresso masculino na profissão foi possibilitado em especial a partir de 1949, período em que foram criadas inúmeras escolas de enfermagem no país vinculadas a faculdades de medicina, e a partir da reforma universitária de 1966 que vinculou o ensino da enfermagem à universidade. Ambos os acontecimentos contribuíram para romper com a obrigatoriedade que se tinha até então de a pessoa ser do sexo feminino para ingressar na profissão” (PEREIRA, 2008, p.28).

compõem 56,5%; apenas para as/os enfermeiras/os 51,1%; e para as/os técnicas/os e auxiliares de enfermagem 58,3%.

Como segundo lugar de atuação no ranking elaborado pela pesquisa, encontramos as Unidades Básicas⁶⁶ também para todas as carreiras da Enfermagem. Destacamos este dado, pois é nas Unidades Básicas que encontramos boa parte das salas de vacina onde ocorrem as atividades de vacinação da população brasileira. As Unidades Básicas compõem 18,1% do local de trabalho para a equipe de Enfermagem como um todo, 20,1% apenas para enfermeiras/os, e 17,4% apenas para técnicas/os e auxiliares de enfermagem.

Outro dado de relevância trazido pela pesquisa refere-se à atuação da equipe de Enfermagem na gestão⁶⁷. Entre os diversos locais de atuação, a atividade de gestão aparece apenas com 1,5% de participação. Além disso, quando desagregamos esse dado, percebemos uma diferença significativa entre a atuação na gestão de enfermeiras/os e técnicas/os e auxiliares de enfermagem. A gestão compõe 4% da atuação de enfermeiras/os, enquanto que compõe apenas 0,6% da atuação de técnicas/os e auxiliares de enfermagem.

Diferentemente dos enfermeiros, na área de Gestão (Nível Central) e Central de Regulação, os auxiliares e técnicos de enfermagem são pouco atuantes, ou seja, 0,6% do total. Pode-se dizer que, normalmente, os enfermeiros, os médicos ou outros profissionais de saúde desenvolvem também essa função nos serviços de saúde públicos (MACHADO, 2017, p.537).

Esse conjunto de dados trazidos aqui a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO, 2017) nos direciona a compreender que mais de 70% das/dos profissionais que compõem a equipe de Enfermagem têm sua atuação concentrada no trabalho de assistência, seja em hospitais e/ou em Unidades Básicas, para usar os termos da própria pesquisa. Como mostrado, é apenas uma minoria tímida de profissionais da equipe de Enfermagem que encontramos na atuação em nível de gestão central e regulação.

Os percentuais aqui trazidos auxiliam-nos a visualizar a heterogeneidade interna da carreira de Enfermagem no país (LOMBARDI e CAMPOS, 2018). Apesar da evidente homogeneidade da presença feminina nas três carreiras, conseguimos constatar diferenças significativas em termos de nível de formação, raça/cor e local de atuação. Enquanto mulheres e pessoas identificadas como de raça/cor branca fazem maioria na formação e na

66 Na referida pesquisa, “Unidade Básica” agregou os seguintes locais de atuação: Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde, Posto de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde Mental (NAPs), Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) (MACHADO, 2017, p.353).

67 Na pesquisa, Gestão englobou tanto atuação na gestão em nível central como também na Central de Regulação (MACHADO, 2017, p.537).

atuação de nível superior (as/os enfermeiras/os), mulheres e pessoas pardas e pretas são a maioria na formação e na atuação em nível técnico e médio (as/os técnicas/os e auxiliares de enfermagem).

Se há uma inegável homogeneidade feminina em termos de composição dos quadros, há também uma heterogeneidade em relação ao tipo de mulher e ao tipo de trabalho que cada uma desempenha nesse vasto universo laboral. Entre cuidar de feridas e fluidos humanos, instrumentar numa cirurgia ou administrar o material e os medicamentos de uma unidade hospitalar, por exemplo, há muita diferença. Da mesma maneira, há diferença entre ser uma enfermeira chefe e uma auxiliar de enfermagem (LOMBARDI e CAMPOS, 2018, p.32).

Para as autoras, a forma como mulheres e pessoas pardas e pretas irão se distribuir entre as carreiras e a atuação dentro da Enfermagem demonstra que, nessa área da saúde, irão conviver

mulheres brancas com nível universitário, em funções administrativas e de direção, detentoras de autoridade e poder de comando sobre uma grande massa de outras mulheres, predominantemente negras e mais pobres, com formação de nível médio, que atuam diretamente em contato com os doentes, na base da pirâmide, sob suas ordens (LOMBARDI e CAMPOS, 2018, p.33).

Ter em vista os dados nacionais sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil ajuda-nos, sem dúvida, a perceber e a compreender como a história e a atuação de uma profissão se conforma no entrelaçamento com questões estruturantes de nossa sociedade, como gênero e raça. Nesta pesquisa de tese foram as técnicas de enfermagem e as enfermeiras que se tornaram as principais interlocutoras da pesquisa. Através da pesquisa de trabalho de campo foi possível conhecer a trajetória de diferentes mulheres que trabalham na vacinação da população em Recife e em Pernambuco, mulheres de diferentes identificações em termos de raça/cor e também ocupando diferentes lugares na própria estrutura e organização da vacinação na capital e no estado.

O trabalho de campo permitiu-nos acessar a rotina de mulheres que trabalham tanto com a assistência e o cuidado direto a pessoas como também de mulheres que ocupam cargos de gestão, fazendo portanto o trabalho gerencial (também competência histórica da Enfermagem). Algumas das interlocutoras são mulheres que iniciaram sua carreira como auxiliares de enfermagem, fizeram o curso técnico e depois o ensino superior em enfermagem. Em suas trajetórias, além de encontrarmos experiências nos diferentes níveis de atenção à saúde pública, foi possível também observar e refletir sobre o caráter essencial da atuação dessas mulheres na vacinação, corroborando assim um entendimento de que sem Enfermagem não há vacinação.

CAPÍTULO 5 - TRAJETÓRIAS, CENAS E ROTINAS

Trajetoórias, cenas e rotinas definem muito bem, a meu ver, o que se tornou material “bruto” do trabalho de campo e através do qual conheci o “campo”, ou seja, aproximei-me e pude acompanhar as interlocutoras em seus locais de trabalho, o que para mim eram locais de pesquisa.

Ao longo do capítulo dedicado a questões de cunho metodológico da pesquisa já haviam sido explorados alguns registros dos diários de campo, com a elabora o de um texto em tom mais descritivo somado a uma personalidade dos relatos. Neste capítulo sobre trajetórias, cenas e rotinas, a escolha por explorar mais detidamente o material escrito em diários de campo ganha novo fôlego.

Inspiro-me aqui em textos como o de Fleischer (2018), buscando trazer uma certa “visualiza o” das intera es e observa es que pude empreender. Por vezes, uma cena observada em campo tornou-se mote para discutir a fala de uma interlocutora ou, ainda, lembrar-me de um momento específico da trajetória de outra e conectá-la a algum discurso oficial sobre vacinas e vacina o. Falas, expressões e situa es aparecem aqui no texto e são costuradas uma   outra. Acredito que o conjunto formado traduz, elucida e exemplifica os dados de campo de modo a oferecer um diálogo com um contexto mais amplo sobre o trabalho da Enfermagem, funcionando ainda como um fio condutor para a análise elaborada sobre os usos e sentidos atribuídos às vacinas e   vacina o.

A fim de facilitar a comunica o sobre os dados, no t pico a seguir, algumas das inferências estão apresentadas por meio de gráficos que sintetizam e também destacam informa es e achados importantes da pesquisa.

5.1 Perfil das interlocutoras da pesquisa – algumas inferências panorâmicas

Foram precisamente 31 (trinta e uma) pessoas que se tornaram interlocutoras desta pesquisa. Refiro-me aqui especificamente a pessoas de quem pude estar próxima de alguma forma durante a etapa em que foi possível fazer trabalho de campo presencial na cidade de Recife, durante o segundo semestre de 2023.

Esse conjunto de interlocutoras   composto por pessoas que pude entrevistar presencialmente ou com quem pude interagir durante as observa es participantes para reunir assim informa es e relatos preciosos a esta pesquisa. Considero pertinente poder

compartilhar um panorama sobre as interlocutoras e também algumas inferências sobre seus perfis. A meu ver, isso contribuirá tanto para uma compreensão ampliada e contextual sobre as demais inferências apresentadas ao longo da tese como também fornecerá um diálogo com dados de abrangência nacional sobre o perfil da categoria profissional Enfermagem no Brasil (MACHADO, 2017).

Antes de apresentar os dados, considero importante explicitar como as informações sobre identidade de gênero, identidade racial e faixa etária foram reunidas. Em várias oportunidades junto às interlocutoras, houve tempo e espaço para que eu fizesse as perguntas do roteiro de entrevistas planejado. Geralmente isso ocorria entre um atendimento e outro ou quando era possível marcar um momento específico para realizar a entrevista. Os locais que pude frequentar mais de duas vezes e onde pude reencontrar pessoas interlocutoras, foram espaços propícios para que eu percebesse um momento conveniente para fazer perguntas específicas a cada uma.

Nessas oportunidades eu perguntava diretamente à pessoa como ela se identificava em termos de identidade racial e de gênero, perguntava também sua data de nascimento e registrava as respostas em caderno de campo. No entanto, isso não foi possível de ser feito na totalidade do trabalho de campo. Por vezes, estive em locais de campo e/ou em situações que se tornaram deveras relevantes para esta pesquisa, mas não pude entrevistar diretamente as pessoas presentes, de modo que não pude perguntar como se autodeclaravam ou que idade possuíam. Nessas situações, optei por registrar uma descrição pormenorizada da pessoa e adicionar minha leitura a seu respeito em termos raciais e de gênero. Com relação a idade eu registrava uma estimativa. Por essa razão irei referir-me a faixas etárias estimadas das interlocutoras e não a suas idades precisas.

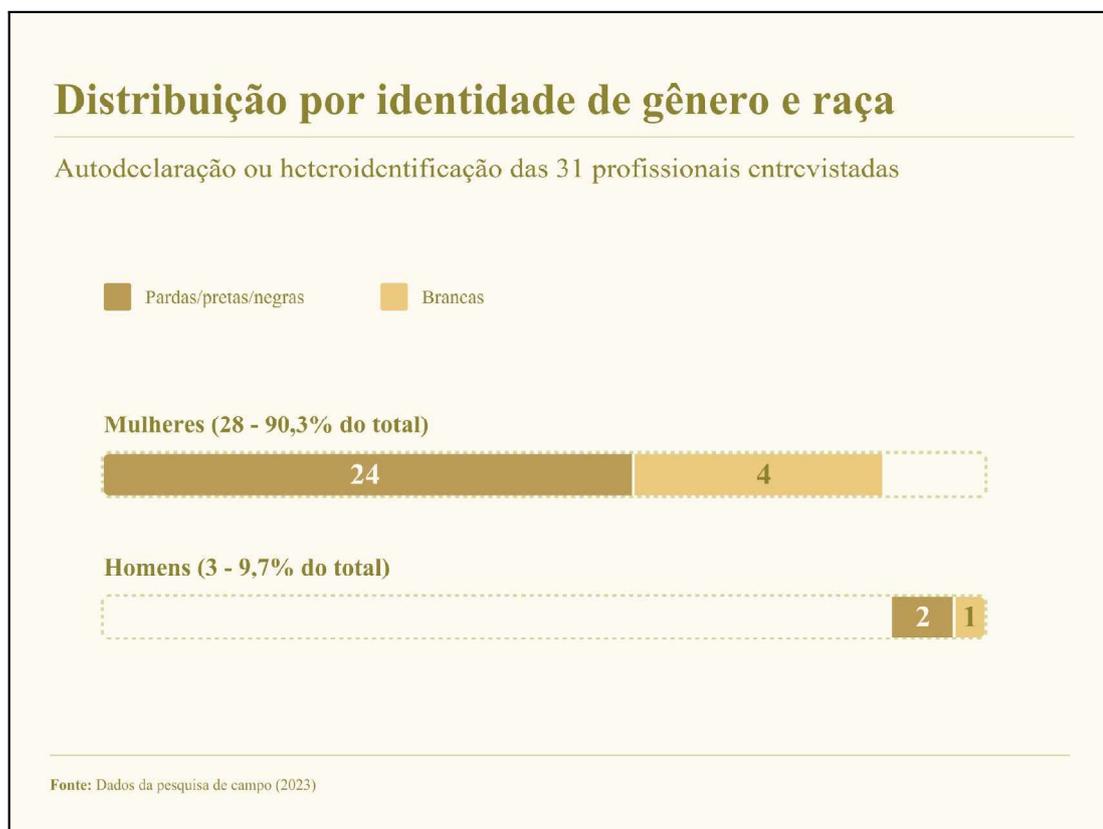
Outra questão importante de ser compartilhada sobre a pesquisa diz respeito às perguntas que compuseram o roteiro de entrevistas e de observação participante⁶⁸. Por mais que houvesse no roteiro perguntas sobre as identificações em termos de raça e gênero das interlocutoras, não havia perguntas que conduzissem as profissionais a compartilharem relatos subjetivos e pessoais sobre relações e desigualdades de raça e gênero. Como já explicado anteriormente, foi em uma etapa posterior e de análise dos dados que constatei que mulheres negras tornaram-se as principais interlocutoras da pesquisa. De modo que, principalmente, a questão racial se coloca nesta pesquisa como algo realmente estrutural da categoria

⁶⁸ Os roteiros para entrevista e para observação participante estão disponíveis no APÊNDICE L e no APÊNDICE M.

Enfermagem, aparecendo e afetando transversalmente as profissionais que trabalham com vacinas e vacinação. Feitas essas primeiras considerações, vamos às inferências.

Corroborando os estudos sobre feminização do trabalho do cuidado e feminização do trabalho da Enfermagem (HIRATA e GUIMARÃES, 2012; MACHADO, 2017), o conjunto de interlocutoras desta pesquisa tornou-se composto por uma maioria de 28 mulheres (90,32%) e apenas 3 homens (9,67%). Vide *Gráfico 1 – Distribuição por identidade de gênero e de raça*. Por isso aqui escolho por generalizar a fala no feminino. Direi, no caso, interlocutoras. Utilizo aqui os termos “mulheres⁶⁹” e “homens”, pois foram esses os termos utilizados pelas interlocutoras e interlocutores quando eu perguntava: “*Como você se identifica em termos de identidade de gênero?*”. Entre as 28 mulheres interlocutoras, 24 se autodeclararam ou foram heteroidentificadas como pardas, pretas ou negras⁷⁰, e 4 como brancas. Já entre os três homens interlocutores, dois deles se autodeclararam ou foram heteroidentificados como pardos e apenas um como branco.

Gráfico 1 – Distribuição por identidade de gênero e raça



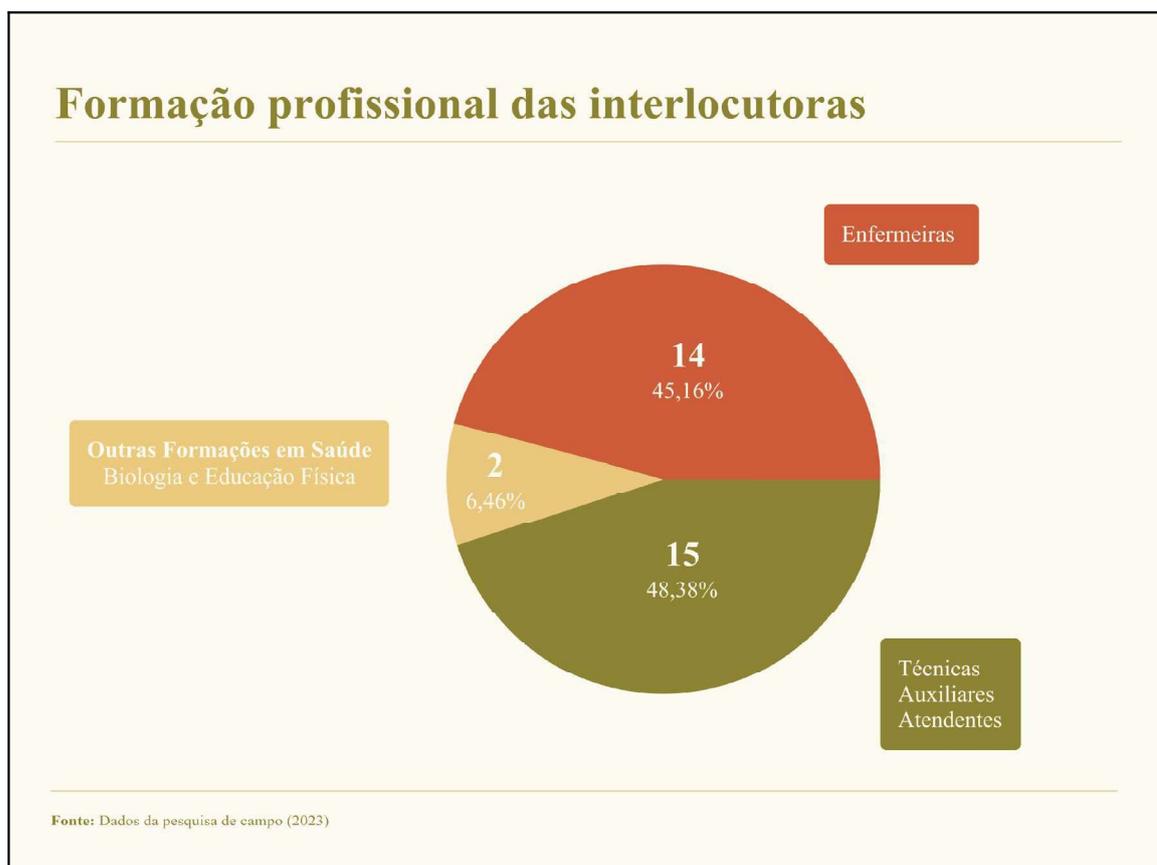
69 Algumas interlocutoras também utilizaram o termo “feminino” ao responder à pergunta.

70 Duas interlocutoras, quando perguntadas sobre sua identidade racial, identificaram-se como pessoas negras, não fazendo referência a categorias de parda e/ou preta.

Em termos de faixa etária, houve uma variação de idades entre 20 e 70 anos. Havendo apenas uma interlocutora com idade acima dos 70. A concentração de interlocutoras esteve na faixa etária de 30 a 40 anos, com 15 interlocutoras (48,38% do total de interlocutoras).

O número de interlocutoras que relataram ter formação em qualquer área da Enfermagem chega a um total de 29 (vide *Gráfico 2 – Formação profissional das interlocutoras*). Entre elas, 7 (24,1%) possuíam formação apenas em enfermagem; 15 interlocutoras (51,72%) possuíam formação como técnica de enfermagem, auxiliar ou atendente de enfermagem; e 7 (24,1%) interlocutoras possuíam ao menos duas formações na área, geralmente como técnicas de enfermagem e enfermeiras (vide *Gráfico 3 – Acúmulo de formações entre as profissionais*). Outras duas pessoas, um homem e uma mulher, declararam não possuir formação na área da Enfermagem, mas terem formação na área da saúde, no caso educação física e biologia, respectivamente.

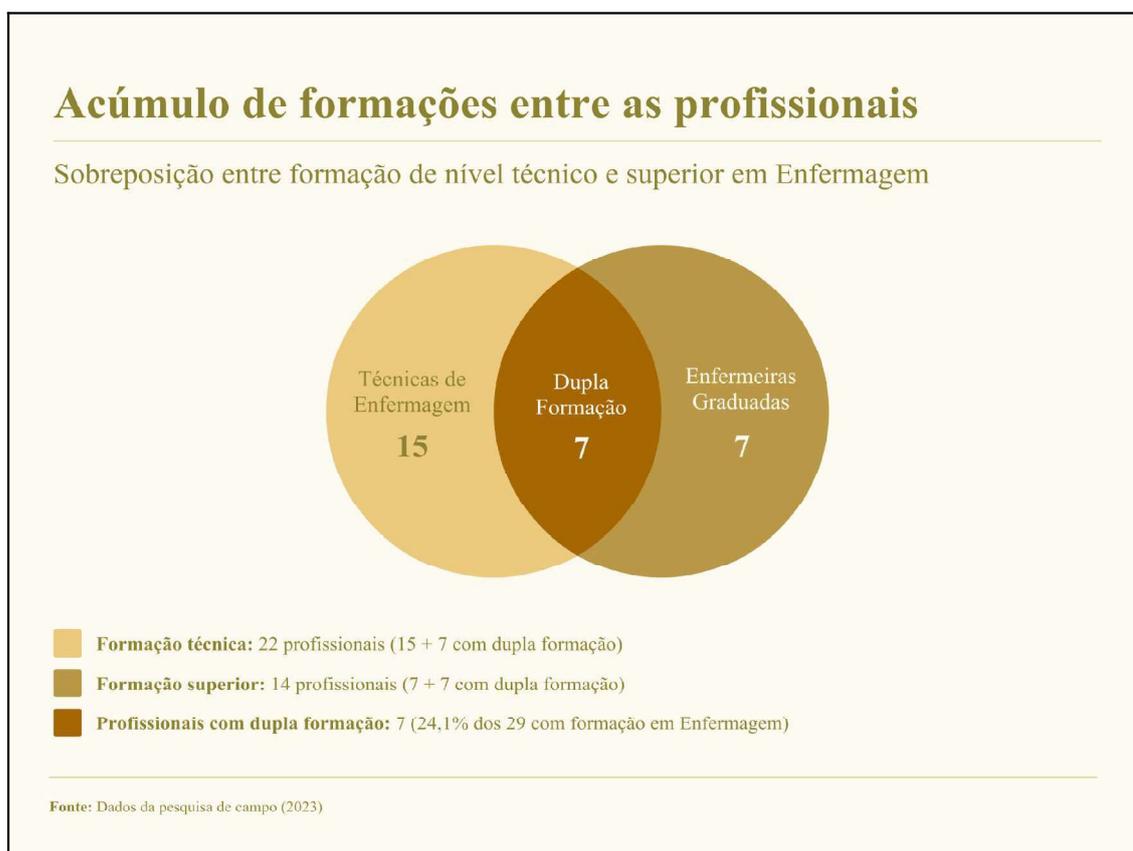
Gráfico 2 – Formação profissional das interlocutoras



Entre esses números é muito importante atentar para o fato de que sete interlocutoras acumulavam a formação de enfermeira e a formação de técnica de enfermagem. Esse dado está alinhado com o já colocado pela pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO, 2017) em que se identificou que ao menos 1/3 das enfermeiras possuíam formação pretérita como técnica ou como auxiliar de enfermagem. Seja em abrangência nacional ou aqui nos dados desta pesquisa de tese, a dupla formação pode nos sugerir que ao menos parte das mulheres que iniciam a carreira como técnicas de enfermagem conseguem ascender no processo formativo e atuar como profissionais de nível superior.

Algumas interlocutoras desta pesquisa, além de possuírem as duas formações (técnico e superior) também atuavam nas duas formações. No caso, possuíam um vínculo empregatício em que trabalhavam em cargo de enfermeira e outro vínculo em que trabalhavam em cargo de técnica de enfermagem. Outras interlocutoras, no entanto, após concluírem a formação em enfermagem, passaram a atuar apenas como enfermeiras e não mais como técnicas de enfermagem. Apenas três interlocutoras (duas enfermeiras e uma bióloga) declararam ter concluído ou estar cursando alguma pós-graduação ou residência em saúde.

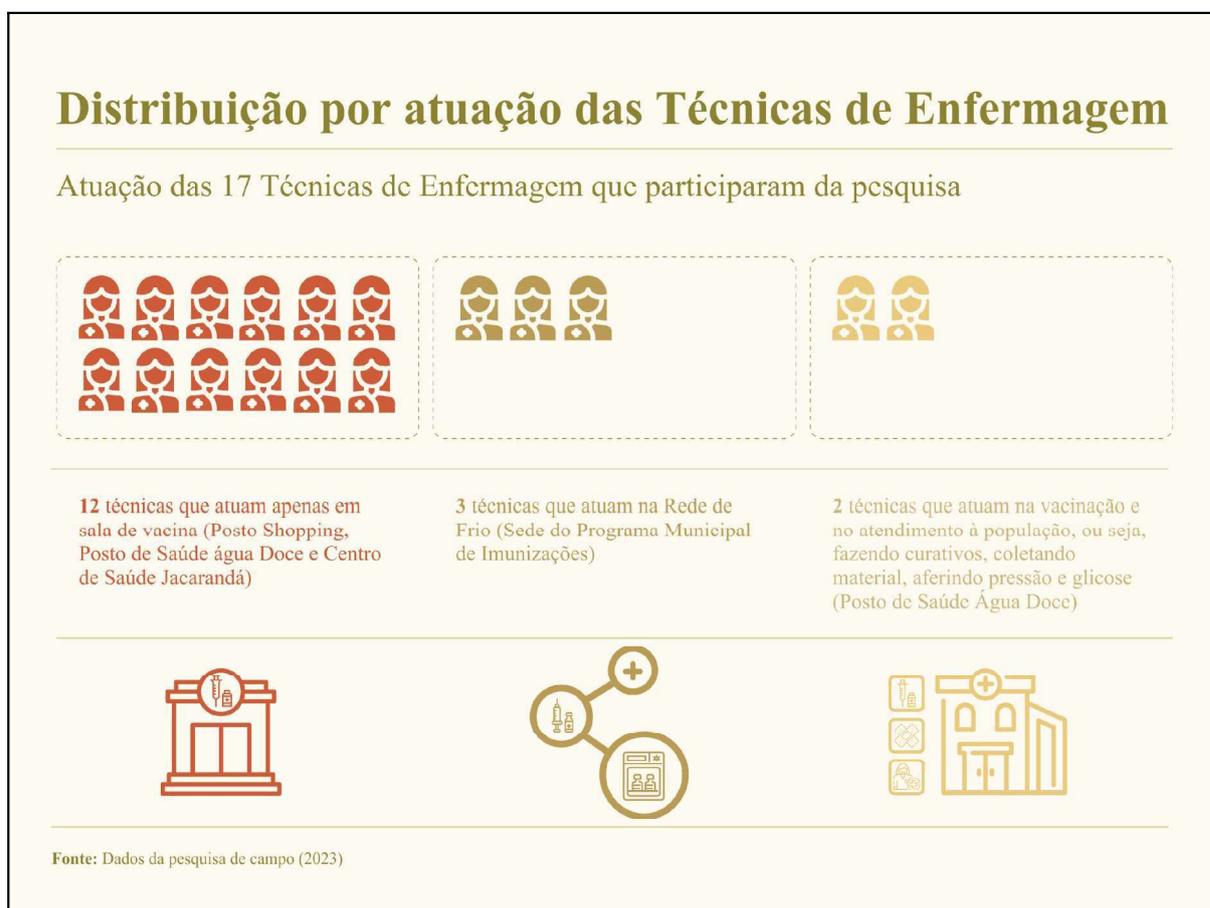
Gráfico 3 – Acúmulo de formações entre as profissionais



Para além da formação profissional das interlocutoras, também tornou-se importante para a pesquisa saber em que cargo elas estavam atuando especificamente na vacinação. Essa informação sobre cada interlocutora ajudava-me a entender quais eram suas atividades e responsabilidades cotidianas, se estavam envolvidas em atividades de gestão, de cuidado e assistência direta à população ou ainda dedicadas ao armazenamento e distribuição de vacinas. A informação me ajudava ainda a entender melhor as suas rotinas de trabalho e de que forma se relacionavam com as vacinas e com a vacinação atribuindo-lhes sentido.

Dentre as 31 pessoas interlocutoras, a maioria, um total de 17 (54,83%), atuavam como técnicas de enfermagem. Boa parte dessas técnicas de enfermagem (total de 12) atuavam apenas na sala de vacina (em contato direto com o público e aplicando vacinas), vide *Gráfico 4 – Distribuição por atuação das Técnicas de Enfermagem*. Esse era o caso das técnicas de enfermagem que atuavam no Posto Shopping (10 interlocutoras), visto que era um local exclusivo para vacinação e não envolvia outras atividades geralmente atribuídas às técnicas de enfermagem em uma unidade de saúde ou hospital. Esse também era o caso específico de outras duas interlocutoras técnicas de enfermagem. Uma delas atuava como “apoio à sala de vacina”. Ela havia trabalhado anteriormente na sede do Distrito Sanitário correspondente e fazia cerca de 6 anos que tinha sido “cedida” para trabalhar exclusivamente na vacinação do Posto de Saúde Água Doce. Por último, havia ainda uma interlocutora que trabalhava no Centro de Saúde Jacarandá e, por conta de uma divisão interna do trabalho de sua equipe, atuava apenas na sala de vacina.

Gráfico 4 – Distribuição por atuação das Técnicas de Enfermagem



Entre as 17 técnicas de enfermagem (54,83% do total de interlocutoras da pesquisa), duas delas, por estarem em um cargo em Unidade de Saúde, além de realizarem as atividades de vacinação também acumulavam a responsabilidade de fazer o atendimento à população, ou seja, fazer curativos, coletar material, aferir pressão e glicose.

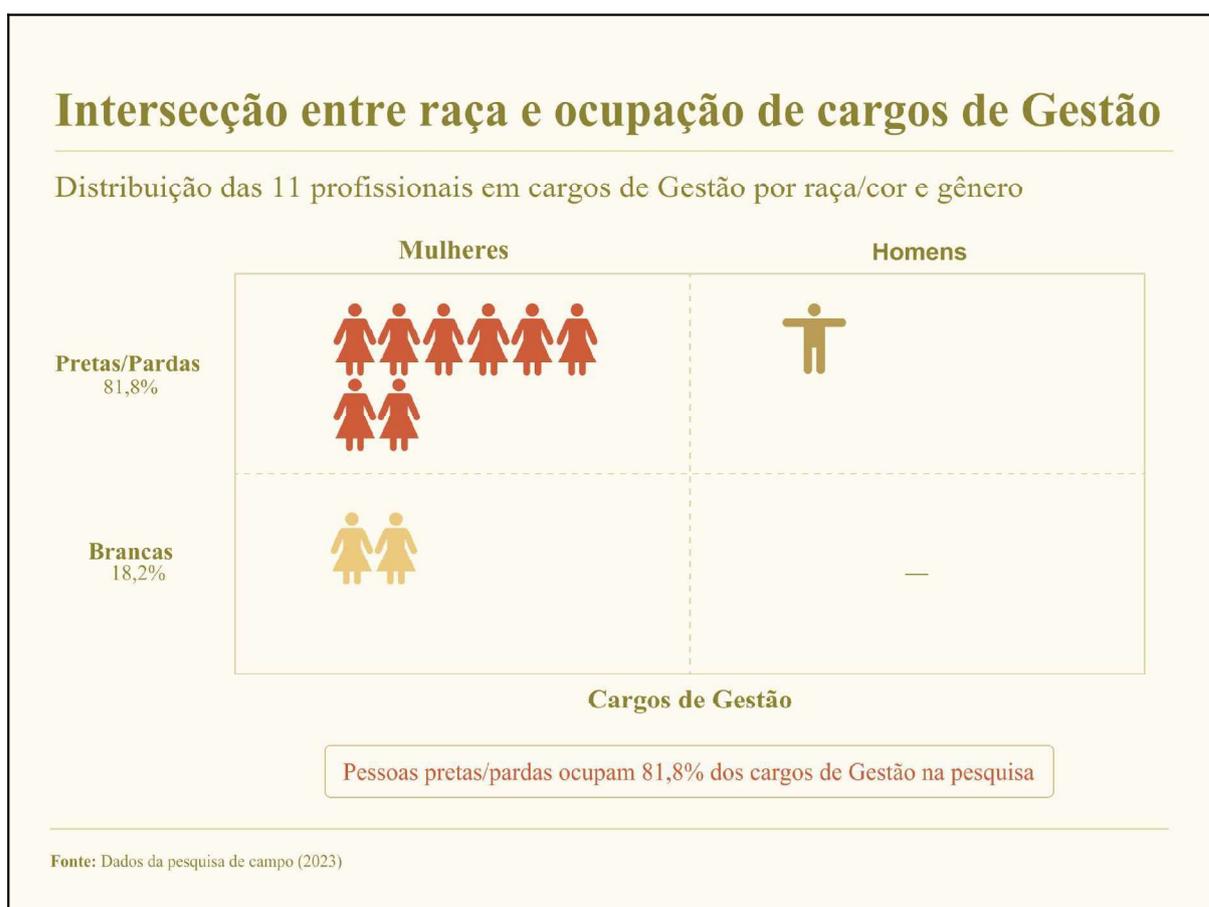
Por fim, temos ainda três pessoas técnicas de enfermagem (duas mulheres e um homem) que atuavam como técnicas/o da Rede Frio. Ou seja, suas atividades cotidianas não envolviam o contato direto com o público, mas sim contato com outros profissionais de saúde que atuavam no armazenamento e na distribuição de vacinas.

Entre o total de interlocutoras da pesquisa, 12 (11 mulheres e um homem) possuíam formação em enfermagem e atuavam em cargos de enfermeira. Ao menos 11 dessas enfermeiras ocupavam cargos que envolviam em alguma medida um trabalho de gestão. Vale registrar aqui que, durante a pesquisa, pude encontrar apenas enfermeiras/o ou pessoas com outro nível superior em cargo de gestão. Quando me refiro aqui a cargos de gestão, incluo os

cargos em que as enfermeiras atuam na coordenação da unidade de saúde, ou na coordenação de Programas Municipal e Estadual de Imunizações, ou ainda nos cargos em que atuam como “gestoras da equipe de vacinação”. Neste último cargo citado a enfermeira é a “responsável técnica” pelas vacinas e apenas com a presença dela na unidade de saúde, no Centro de Vacinação ou no Centro de Saúde é que as técnicas de enfermagem podem executar a aplicação de vacinas na população.

Ao analisar os dados sobre as interlocutoras enfermeiras atuando em cargos de gestão e interseccioná-los com as informações sobre raça/cor e gênero, é possível perceber que: do total de 11 pessoas atuando em cargos de gestão, havia 2 mulheres brancas, 8 mulheres pretas ou pardas e um homem pardo. (Ver *Gráfico 5 – Intersecção entre raça e ocupação de cargos de gestão* e *Gráfico 6 – Representatividade em cargos de gestão*).

Gráfico 5 – Intersecção entre raça e ocupação de cargos de gestão



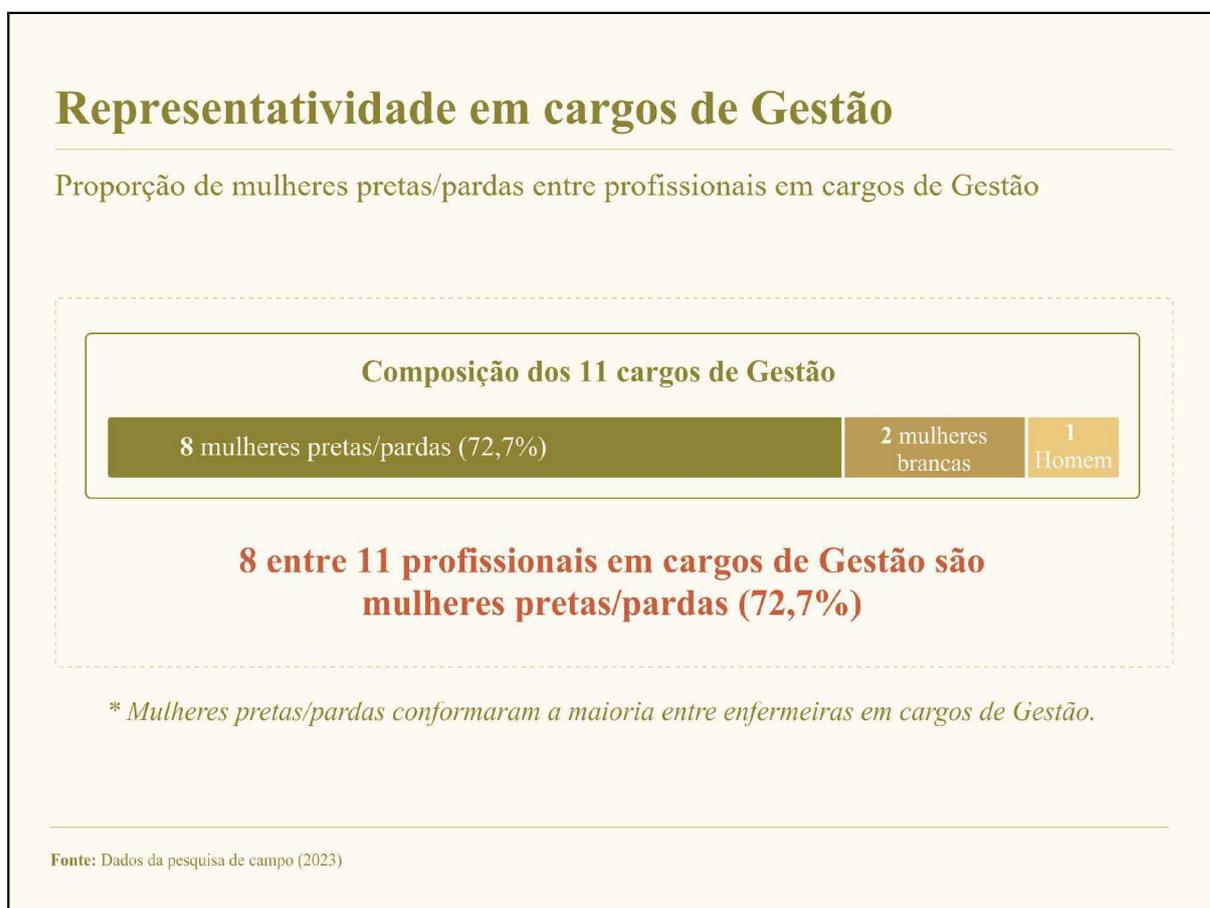
Com isso, é possível afirmar que entre o total de 29 profissionais da Enfermagem (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem) que participaram desta pesquisa, 8 interlocutoras (o que corresponde a 27,58% do total de interlocutoras profissionais da Enfermagem) eram mulheres, pretas ou pardas, atuando como enfermeiras e desempenhando uma atividade ou cargo de gestão⁷¹. Isso significa dizer que mulheres pretas e pardas, nesta pesquisa, conformaram a maioria entre enfermeiras em cargo de gestão (vide *Gráfico 6 – Representatividade em cargos de gestão*).

Em uma comparação entre as atividades e cargos ocupados por enfermeiras e técnicas de enfermagem é possível perceber um contraste importante. Entre as técnicas de enfermagem não houve nenhuma que ocupasse, no período da pesquisa, algum cargo ou atividade de gestão. Segundo o Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO, 2017), as técnicas de enfermagem ainda aparecem com pouca expressão em cargos de gestão, enquanto aqui, entre as interlocutoras, nenhuma técnica de enfermagem esteve em cargo de gestão durante o período em que a pesquisa foi realizada.

O mesmo não se deu entre as enfermeiras. Observamos que foram as interlocutoras enfermeiras e mulheres negras que performaram a maioria entre profissionais em cargos de gestão, dado esse que difere do apresentado nacionalmente, em que as mulheres negras não aparecem com expressividade nos cargos de gestão (MACHADO, 2017). As duas pesquisas possuem metodologias completamente diferentes, o que nos faz olhar para os dados mais como complementares e em diálogo do que exatamente “opostos”. Nesta tese, observar que mulheres negras estão ocupando cargos de gestão, pode nos sugerir que talvez o trabalho com vacinas e vacinação possa apresentar uma maior presença negra; presença essa que também pode estar associada a Pernambuco ser um dos estados do Brasil em que o percentual de profissionais negras/os na equipe de Enfermagem ultrapassa os 65% (MACHADO, 2017).

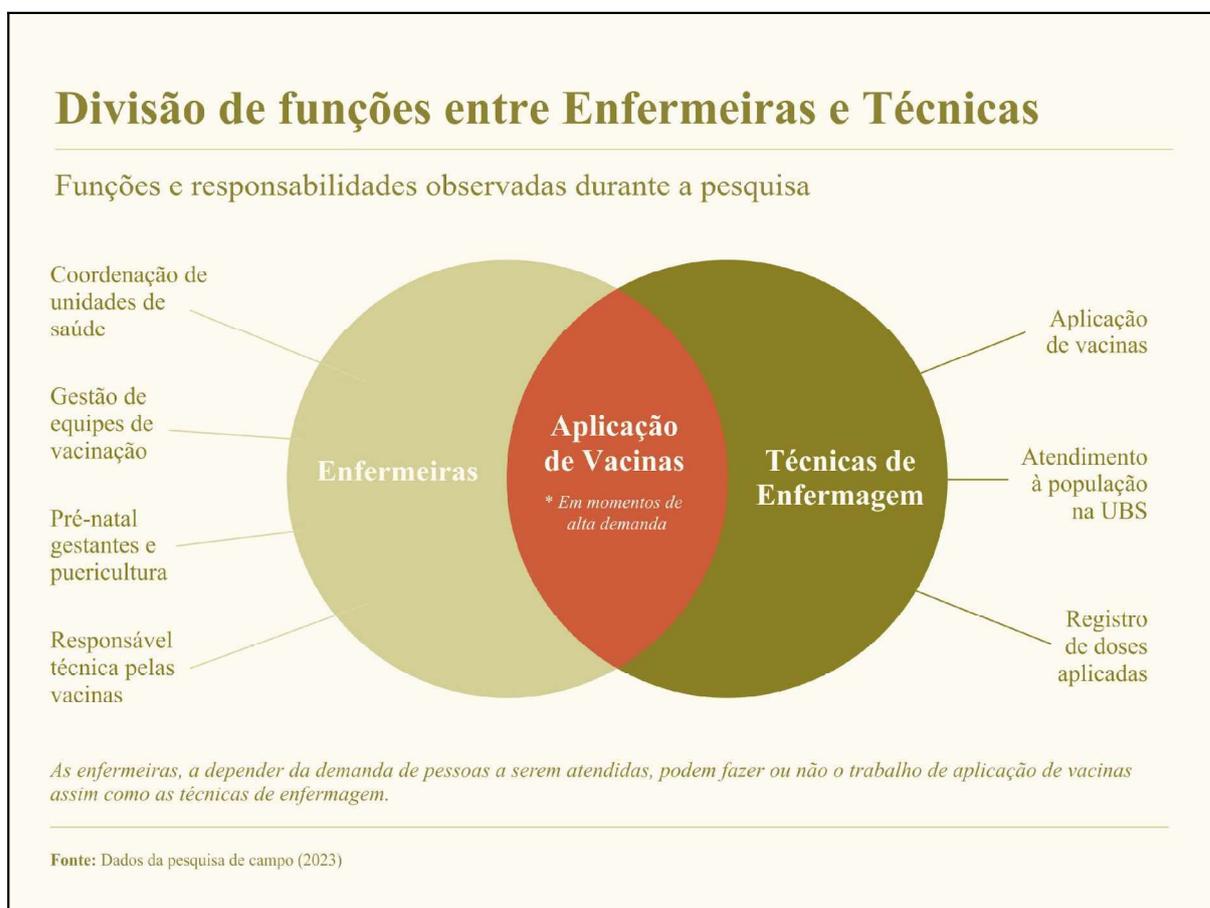
71 Houve apenas uma interlocutora, autodeclarada mulher negra, que possuía formação em Biologia e atuava em cargo de gestão. Por ela não possuir formação em Enfermagem, não a incluí na porcentagem acima apresentada. De toda forma, é relevante para esta pesquisa registrar que entre as interlocutoras havia mais uma mulher negra ocupando cargo de gestão.

Gráfico 6 – Representatividade em cargos de gestão



É importante salientar neste ponto que parte das enfermeiras, por mais que desempenhassem uma atividade ou cargo de gestão, também acumulavam o trabalho de assistência e cuidado direto à população. Isso vai acontecer especificamente com as enfermeiras que atuam nas unidades de saúde, nos Centros de Vacinação e Centros de Saúde. Como me explicaram algumas das interlocutoras, nas atividades de vacinação, a depender da demanda de pessoas a serem atendidas, as enfermeiras podem fazer ou não o trabalho de aplicação de vacinas assim como as técnicas de enfermagem. De modo geral, são as técnicas de enfermagem que ocupam esse lugar na atividade de aplicação das vacinas (vide *Gráfico 7 Divisão de funções entre Enfermeiras e Técnicas de Enfermagem*).

Gráfico 7 Divisão de funções entre Enfermeiras e Técnicas de Enfermagem



Especificamente no Posto Shopping, um dos locais da pesquisa de campo, pude observar que as enfermeiras ficavam dedicadas à conferência das cadernetas de vacinação das pessoas atendidas e, em seguida, indicavam para as técnicas de enfermagem quais vacinas as pessoas deveriam tomar (vide *Gráfico 8 – Distribuições de funções na sala de vacina: observação no Posto Shopping*). Em momentos em que o Posto Shopping recebia uma alta demanda de pessoas a serem vacinadas, as enfermeiras então, além de desempenharem o papel de gerir a equipe, passavam também a aplicar as vacinas na população.

Gráfico 8 – Distribuições de funções na sala de vacina: observação no Posto Shopping



No caso das enfermeiras que atuavam no Posto de Saúde Água Doce e no Centro de Saúde Jacarandá, não cheguei a vê-las aplicando vacinas na população. No entanto, segundo o que elas mesmas me explicaram, a elas estava reservado o papel de “responsáveis técnicas” pelas vacinas. E, no cotidiano de trabalho, estavam dedicadas ao pré-natal de mulheres gestantes e à puericultura. Já as enfermeiras interlocutoras que atuavam em cargos de gestão na Rede de Frio ou nos Distritos Sanitários estavam dedicadas apenas a atividade de gestão realmente e não tinham atividades voltadas a assistência e cuidado direto à população.

No Posto de Saúde Água Doce, nos dias em que pude observar a “vacinação de rotina” ocorrendo em dias de semana, a atividade de conferência de caderneta de vacinação e aplicação de vacinas estava toda concentrada na técnica de enfermagem (vide *Gráfico 9 - Técnica da Enfermagem na “vacinação de rotina”*). Geralmente era uma técnica de enfermagem que ficava sozinha na sala de vacina efetuando assim todo o processo de: receber as pessoas a serem atendidas; conferir a caderneta de vacinação; verificar se haveria alguma

vacina/dose a ser aplicada naquela pessoa e/ou criança; e fazer o registro da vacina/dose aplicada. Se houvesse alguma vacina/dose a ser aplicada, a técnica então informava isso à pessoa e/ou ao responsável pela criança. Por vezes a vacina/dose não estava disponível no Posto naquele momento. A pessoa e/ou responsável então era instruída a retornar em outro momento. Quando a vacina/dose estava disponível, era a mesma técnica quem fazia a preparação e a aplicação da vacina/dose. Havia ainda o trabalho de registrar na caderneta de vacinação qual vacina havia sido aplicada e, se fosse o caso, “aprazar”⁷² a próxima dose.

Gráfico 9 - Técnica da Enfermagem na “vacinação de rotina”

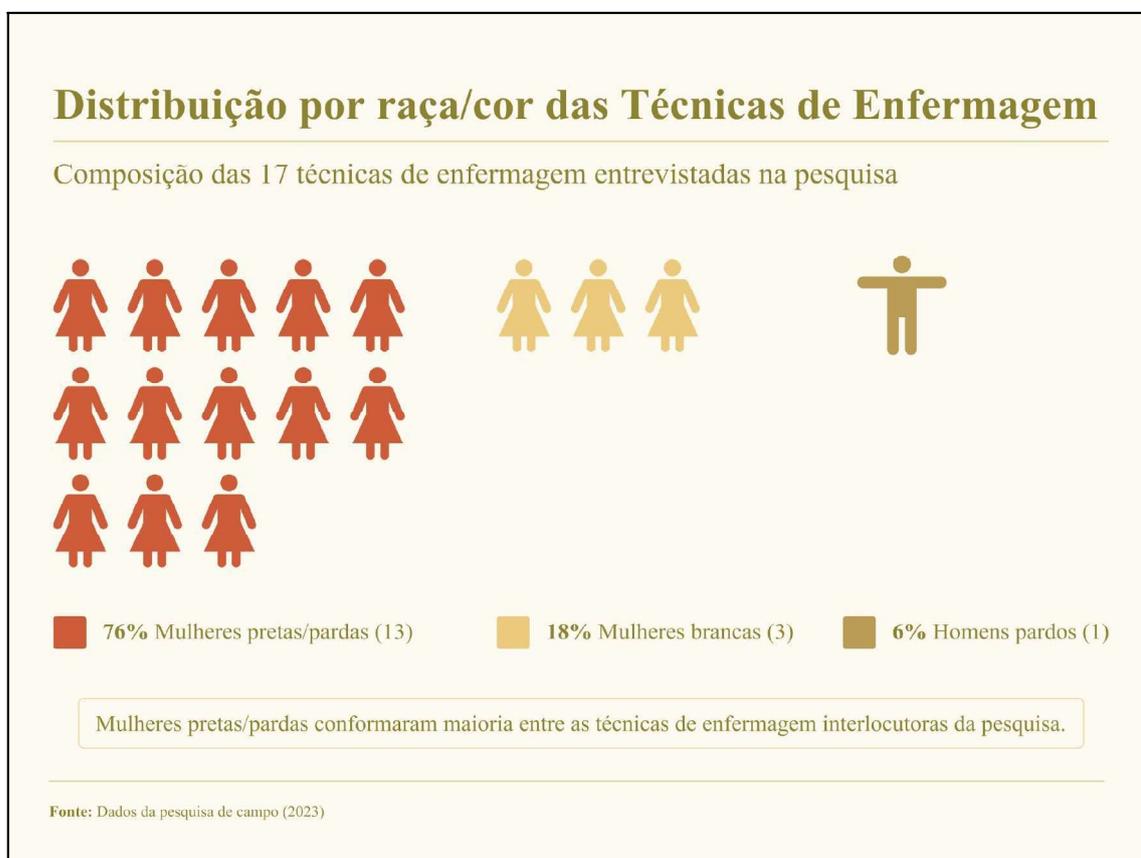


72 “Aprezar” foi um termo usado recorrentemente pelas interlocutoras no cotidiano de trabalho com vacinas e atendimento ao público. Pode entender que “aprazar” significava fazer o registro a lápis (isso é essencial) de quando a próxima dose de uma vacina deveria ser aplicada. No momento inicial do atendimento em que as profissionais faziam a conferência das cadernetas de vacinação elas também iam em busca das anotações a lápis feitas por outras profissionais anteriormente e assim identificavam quais as vacinas “aprazadas”. Ver uma anotação a lápis significava que aquela dose não havia sido aplicada, mas deveria ser em determinado mês/ano. Por exemplo, se em um campo da caderneta estivesse escrito a lápis “HPV 2^a” e a criança fosse tomar exatamente esta dose, a profissional apagava essa anotação a lápis, aplicava a dose devida na criança e então registrava em caneta “HPV 2^a, 21/10/2023, C.V.”. A nova anotação em caneta significava portanto que a criança havia recebido nesse dia/mês/ano, a segunda dose da vacina contra HPV em uma Campanha de Vacinação (C.V.).

As profissionais que atuavam como técnicas de enfermagem e participaram desta pesquisa estavam todas envolvidas no cuidado direto, seja aos pacientes atendidos nas unidades e/ou Centros de Saúde ou no cuidado e no manejo cotidiano de armazenamento e distribuição de vacinas como já mostrado no *Gráfico 4 – Distribuição por atuação das Técnicas de Enfermagem*).

Do total de interlocutoras atuando como técnicas de enfermagem (17 pessoas no total), contabilizaram-se 16 mulheres e um homem. Além disso, nesse mesmo conjunto, estavam 13 mulheres pretas ou pardas, 3 mulheres brancas e um homem pardo (vide *Gráfico 10 – Distribuição por raça/cor das Técnicas de Enfermagem*). Dito de outra forma, pode-se afirmar que entre o total de 29 profissionais de Enfermagem que participaram da pesquisa, 44,82% delas (13 interlocutoras) eram mulheres, técnicas de enfermagem, pretas ou pardas, atuando no manejo diário das vacinas na Rede de Frio ou atuando na assistência direta ao público nas atividades de vacinação, nas atividades de aferição de pressão e glicose, e feita de curativos.

Gráfico 10 – Distribuição por raça/cor das Técnicas de Enfermagem



Outro dado importante que foi possível reunir ao longo das visitas aos locais de campo e durante as entrevistas refere-se ao número de vínculos empregatícios das interlocutoras. Recordo-me que no primeiro dia de trabalho de campo no Posto Shopping pude escutar quando uma das técnicas de enfermagem da equipe, Rita (mulher parda, 30-40 anos), perguntou, em tom de grande espanto para outra técnica de enfermagem, Neide (mulher parda, 30-40 anos): “*Tu só tem um emprego? Tu é rica!*”. A pergunta efusiva de Rita e a resposta tímida de Neide de que “*sim*”, tinha apenas “*um emprego*”, direcionou minha atenção ao tema.

Devido aos baixos salários, torna-se comum, no Brasil, principalmente entre as técnicas de enfermagem, a busca por mais de um vínculo de trabalho para complementação de renda (SILVA et al., 2020). Atualmente, no Brasil, com o Piso Nacional da Enfermagem, os salários das profissionais (enfermeira, técnicas de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras) podem variar entre R\$ 2.375,00 e R\$ 4.750,00, a depender da carga horária de cada vínculo de trabalho (GOVERNO FEDERAL, 2024). É nessas condições de trabalho que o espanto de Rita se insere.

Na rotina do Posto Shopping foi possível perceber que algumas das profissionais por vezes chegavam para trabalhar segurando mochilas ou bolsas grandes e volumosas. Ao longo dos dias de campo pude entender que isso ocorria porque elas saíam de um plantão e seguiam imediatamente para outro plantão de trabalho, ficando por vezes dois dias fora de casa. Além disso, nem todos os locais em que as interlocutoras trabalhavam possuíam ambientes adequados para o seu descanso durante um plantão. Sobre isso uma interlocutora relatou por exemplo ter dormido em seu próprio carro antes de seguir para o outro vínculo de trabalho em sala de vacina.

A questão sobre número de vínculos empregatícios tem relevância aqui pois nos informa também sobre as condições de trabalho dessas profissionais. Ter mais de um vínculo empregatício implica uma maior carga horária de trabalho. Isso nos informa sobre uma precarização do trabalho que sabemos atingir estruturalmente e com maior força as mulheres negras que estão na base da hierarquia das profissões e do trabalho do cuidado (SILVA, 2022; GONZALEZ, 2020).

Quando possível, durante as entrevistas ou durante alguma conversa com as interlocutoras ao longo do expediente de trabalho, pude perguntar (ou elas mesmas me

relatavam) em quantos locais trabalhavam como enfermeiras e/ou técnicas de enfermagem. Entre o total de 31 interlocutoras, ao menos 10 (32,25%) delas declararam possuir um segundo vínculo empregatício. Este segundo vínculo, para todas que o declararam, era em algum hospital de grande porte, público ou privado, na cidade de Recife (vide *Gráfico 11 – Distribuição por vínculo empregatício*).

Gráfico 11 – Distribuição por vínculo empregatício

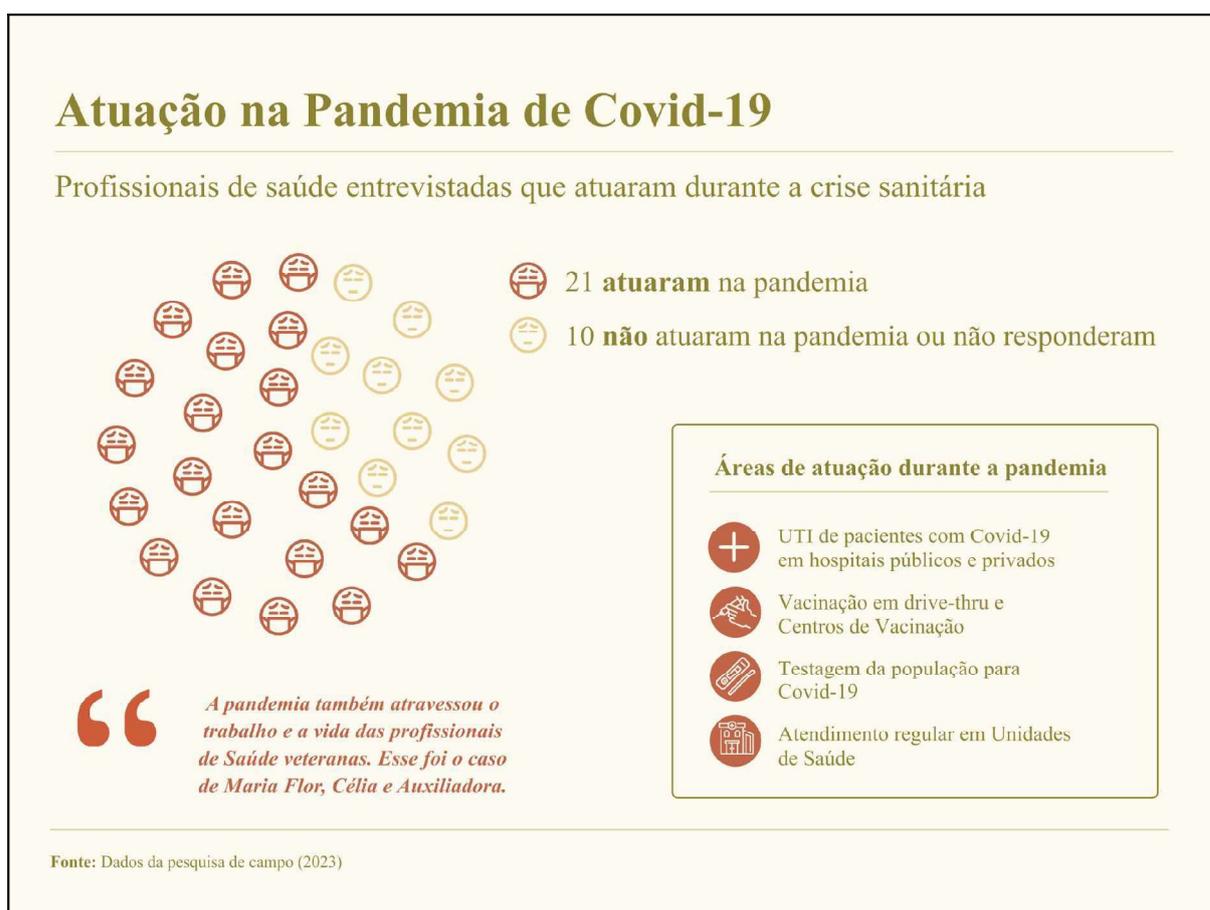


Outro aspecto importante de ser observado é que, entre essas dez interlocutoras que possuíam, ao menos, dois vínculos empregatícios, 7 delas atuavam como técnicas de enfermagem e 3 delas atuavam como enfermeiras. Ou seja, a maioria de interlocutoras que possuía, ao menos, dois vínculos empregatícios eram técnicas de enfermagem, atuando no cuidado direto à população. Isso reforça o entendimento de que são as mulheres negras na base da hierarquia da equipe de Enfermagem que buscam e/ou necessitam de mais de um vínculo de trabalho. Já entre as profissionais que atuavam em cargos ou atividades de gestão

(11 enfermeiras(o) e uma bióloga) apenas 3 declararam possuir mais de um vínculo empregatício. Ou seja, uma minoria de profissionais que atuavam na gestão possuía mais de um vínculo de trabalho.

Outro aspecto importante que foi possível de observar durante a pesquisa, e também se apresentou como um dado transversal a todas as interlocutoras, diz respeito a suas atuações durante a pandemia do novo coronavírus. A crise sanitária também afetou a vida dessas profissionais de saúde e trouxe impactos para suas rotinas e condições de trabalho. Ao menos 21 interlocutoras (67,74%) afirmaram ter trabalhado como profissionais de saúde durante o período de crise sanitária (vide *Gráfico 12 – Atuação na pandemia de Covid*).

Gráfico 12 – Atuação na pandemia de Covid



As profissionais relataram ter trabalhado em um conjunto diverso de locais, setores e atividades. As profissionais estiveram envolvidas em atividades de testagem para Covid-19; no setor de Vigilância em Saúde para monitoramento dos casos de Covid-19 no estado; no

atendimento a pacientes contaminados com a Covid-19 e internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em hospitais; nos atendimentos a pacientes em maternidade e também em UTI cardiológica; na vacinação contra Covid-19 em *drive-thru*, unidades de saúde e demais centros de vacinação; no atendimento regular nas unidades de saúde que se mantiveram em funcionamento; na coordenação da vacinação de “rotina” nos municípios; na coordenação do recebimento, armazenamento e distribuição do extenso conjunto de vacinas direcionadas a atender a população do estado Pernambuco e seus respectivos municípios. São inúmeras as atividades em que as interlocutoras atuaram durante a pandemia. É possível identificar que suas experiências de trabalho nesse período estiveram presentes de ponta a ponta nos serviços de saúde relacionados a vacinação, desde o transporte de um lote de vacinas pelo estado até a aplicação de uma dose de vacina no braço de uma pessoa. Isso nos informa sobre a extensão e a capilaridade da atuação de mulheres negras profissionais de Enfermagem trabalhando e ao mesmo tempo vulnerabilizando-se ao adoecimento durante uma pandemia global.

Importante notar que algumas interlocutoras começaram a trabalhar como técnicas de enfermagem justamente no ano de 2020. Devido à alta demanda por profissionais de saúde, a Prefeitura do Recife passou a admitir novos profissionais por meio de contrato e não por meio de concurso para profissionais efetivos. Foi assim que três interlocutoras tiveram seu primeiro emprego após formadas, começando a atuar justamente no contexto pandêmico. Esse foi o caso de Adriana, Livia e Gabriela.

Adriana (mulher negra, 30-40 anos), após quatro anos de formada como técnica de enfermagem, foi contratada em 2021 pela Prefeitura do Recife. Começou trabalhando na testagem de pessoas com suspeita de Covid-19. No entanto, Adriana contou ter buscado sair o quanto antes do trabalho na “*testagem*”. O receio de permanecer na “*testagem*”, segundo Adriana, devia-se a seu entendimento de que os centros de testagem iriam “*fechar*” à medida em que os casos de Covid-19 fossem decrescendo. Já a vacinação, não. A vacinação contra Covid-19 tinha sido iniciada em janeiro de 2021 e a perspectiva era de que a população necessitasse de diversas doses. De modo que Adriana entendia que suas chances de permanecer no contrato com a Prefeitura do Recife (ou seja, empregada) e tê-lo renovado tornar-se-ia mais factível se ela passasse a trabalhar com atividades voltadas a vacinação. E foi o que de fato conseguiu. Quando a conheci, ela já trabalhava há um ano na vacinação da população contra Covid-19.

Outra interlocutora, Livia (mulher preta, 30-40 anos), apesar de formada há 6 anos como técnica de enfermagem, também conseguiu o seu primeiro emprego na área em 2020 em meio à pandemia de Covid-19. Ela havia feito concurso para atuar como servidora do estado de Pernambuco. No entanto, foi chamada para trabalhar mediante contrato durante a pandemia. Começou trabalhando em uma UTI de pacientes com Covid-19 em um hospital público da cidade. A experiência de Livia exemplifica um pouco do trabalho permeado pela sobrecarga física e mental para profissionais de saúde durante a pandemia, os quais tinham que lidar cotidianamente com vidas, mortes e adoecimentos. Quando perguntei-lhe se ela gostaria de compartilhar alguma situação de trabalho que havia sido marcante na sua trajetória até aquele momento, Livia não hesitou em citar sua experiência de trabalho na UTI Covid-19. Tornou-se marcante para Livia *“passar o dia cuidando do paciente e no fim do dia ele vir a óbito”*. Livia contou que as profissionais da UTI *“comemoraram quando extubaram o primeiro paciente”*. *“Todos que entubavam vinham a óbito até então”*, referindo-se aos pacientes entubados.

Gráfico 13 – Livia

Livia
Técnica de Enfermagem | 30 - 40 anos | Mulher Preta



Formada há 6 anos como técnica de enfermagem, conseguiu seu primeiro emprego na área em 2020, durante a pandemia. Começou trabalhando em uma UTI de pacientes com COVID-19 em um hospital público da cidade.

“

- *Passar o dia cuidando do paciente e no fim do dia ele vir a óbito...*
- *Comemoramos quando extubamos o primeiro paciente.*
- *Todos que entubavam vinham a óbito até então.*

A pandemia também atravessou o trabalho e a vida das profissionais de saúde veteranas. Esse foi o caso de Maria Flor, Célia e Auxiliadora, por exemplo. Em uma das vezes em que eu estava realizando trabalho de campo no Posto Shopping pude conversar mais detidamente com Maria Flor (mulher, parda, 30-40 anos). Em suas palavras, trabalhar como profissional de saúde durante a pandemia foi *“literalmente viver com medo”*. Maria Flor chegou a trabalhar na testagem da população para Covid-19 e também como técnica de enfermagem em uma UTI de hospital público. Em sua fala durante nossa conversa, Maria Flor enalteceu as vacinas mais de uma vez: *“Deus em primeiro lugar, segundo a vacina”*. Maria Flor referia-se à vacina contra Covid-19 como *“a chance de as pessoas sobreviverem”* e relatou que *“logo na primeira dose parou a entrada tão grande da UTP”*, referindo-se à primeira dose de vacina contra Covid-19 aplicada em grupos prioritários aqui em Recife. Maria Flor apontou uma relação direta entre o início da vacinação da população e a diminuição de pessoas internadas na UTI em que trabalhava. Segundo Maria Flor, *“a vacina deu essa resposta pra gente”*.

Gráfico 14 – Maria Flor

Maria Flor

Técnica de Enfermagem | 30 - 40 anos | Mulher Parda



Trabalhava na testagem da população para COVID-19 e também como técnica de enfermagem em uma UTI de hospital público durante a pandemia. Vivenciou diretamente a redução das internações após o início das campanhas de vacinação.

“

- *Literalmente viver com medo.*
- *Deus em primeiro lugar, segundo a vacina.*
- *Logo na primeira dose parou a entrada tão grande da UTI.*
- *A vacina deu essa resposta pra gente.*

Célia e Auxiliadora, também técnicas de enfermagem veteranas, permaneceram trabalhando no Posto de Saúde Água Doce durante a pandemia, não sem desafios. Auxiliadora (mulher parda, 60-70 anos) já trabalhava há 30 anos naquela unidade de saúde e durante a pandemia foi infectada mais de uma vez pela Covid-19, precisando ser internada em hospital por conta da baixa saturação de oxigênio em seu organismo. Célia (mulher preta, 40-50 anos) contou que mesmo utilizando todas as proteções que podia, foi infectada pela Covid-19 logo no primeiro ano da pandemia, em 2020. Para poder continuar trabalhando como técnica de enfermagem nesse período, ela teve a ajuda de sua rede de apoio. Célia se identificou como “*mãe solteira*” de duas crianças e, para poder trabalhar, seus filhos ficavam na casa de sua mãe para evitar que ela, Célia, os infectasse.

Os relatos de algumas interlocutoras exemplificam e reiteram haver um “antes” e um “depois” da pandemia no que se refere às suas rotinas e experiências cotidianas de trabalho. Aquelas que passaram a atuar na vacinação da população em *drive-thru* e também no Posto Shopping perceberam novas abordagens, perguntas e tensões na relação com o público atendido. Mesmo as profissionais que não lidavam com o público diretamente durante a vacinação identificavam mudanças significativas na dinâmica de trabalho com a distribuição e o armazenamento de vacinas percebendo, por exemplo, a importância de atuarem para além do meramente “operacional” e passarem a atuar em direção a novas estratégias de comunicação sobre vacinas e vacinação.

As experiências relatadas pelas interlocutoras sobre o período pandêmico avolumaram-se ao longo do trabalho de campo. De todo modo, pensando em traçar aqui um perfil das interlocutoras, é inegável o fato de que suas vidas e rotinas como profissionais de saúde, como mulheres (majoritariamente pretas e pardas) e mães, foram atravessadas pela crise sanitária. Mesmo com a declaração formal do fim da emergência em saúde pública⁷³ em maio de 2023 pela OMS (OPAS, 2023), durante o trabalho de campo presencial realizado no segundo semestre de 2023 foi possível observar contínuas reverberações do período pandêmico em seus cotidianos de trabalho na Enfermagem. Para além das mudanças no sentido “operacional” e na reorganização do próprio serviço de vacinação, o contexto da experiência pandêmica também trouxe ecos para usos e sentidos atribuídos às vacinas e à vacinação, a exemplo da fala de Maria Flor ao afirmar que a vacina deu a “*resposta*”.

73 No dia 05 de maio de 2023 a OMS declarou o “fim da Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional”. A declaração foi feita pelo diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom. Nas palavras do próprio diretor: “O que essa notícia significa é que está na hora de os países fazerem a transição do modo de emergência para o de manejo da COVID-19 juntamente com outras doenças infecciosas” (OPAS, 2023).

Os dados de abrangência nacional trazem com nitidez a presença majoritária de mulheres em todas as categorias profissionais da Enfermagem (MACHADO, 2017). Isso também viu-se aqui nos dados da pesquisa de tese e corrobora os estudos sobre o trabalho do cuidado e como ele é exercido historicamente por mulheres (HIRATA, 2016; HIRATA e GUIMARÃES, 2012). Aqui na pesquisa, tanto na formação em nível superior como na formação de nível técnico, foram as mulheres que conformaram a maioria.

Quando passamos a olhar para os dados referentes a raça/cor das interlocutoras, assim como nos dados de abrangência nacional, foram as mulheres negras que compuseram a maioria entre as profissionais de Enfermagem. As inferências da pesquisa de tese falam sobre o trabalho de cuidado exercido e protagonizado por mulheres negras, algo também já sinalizado e bem discutido na literatura (SILVA, 2022; NOGUEIRA e PASSOS, 2020; LOMBARDI e CAMPOS, 2018; ARAÚJO, 2018).

Nos dados nacionais a distribuição racializada das mulheres entre as diferentes categorias profissionais da Enfermagem denota como o trabalho de cuidado tornou-se exemplar no que se refere às intersecções e desigualdades de gênero, raça e classe (HIRATA, 2016; HIRATA e GUIMARÃES, 2012; SILVA, 2022). Aqui na pesquisa de tese a perspectiva interseccional (COLLINS e BILGE, 2021; CURIEL, 2020; SILVA, 2022) ajuda-nos a pensar sobre as origens e contínuas reproduções de desigualdades. Também ajuda-nos a observar a questão racial e suas implicações específicas para as mulheres, estruturando suas possibilidades de trabalho, suas condições e carga horária de trabalho, demarcando a história e o presente de uma categoria profissional (SILVA, 2022; SILVA e LEMOS, 2024; NOGUEIRA e PASSOS, 2020; ARAÚJO, 2018; LOMBARDI e CAMPOS, 2018).

5.2 Tornar-se técnica de enfermagem

Durante o trabalho de campo presencial nos diferentes locais de pesquisa, umas das perguntas escolhidas para mobilizar as interações com as interlocutoras dirigia-se ao tema de suas formações profissionais e como tinham se tornado profissionais da Enfermagem. Com o intuito de poder conhecer e me aproximar de suas trajetórias, e dar abertura para que falassem sobre o assunto, busquei indagá-las com uma pergunta ampla: *você poderia me contar um pouco sobre como foi sua escolha pela profissão?*

Pude dirigir esta pergunta às interlocutoras tanto durante um momento de entrevista em que havia tempo e espaço para eu fazer um conjunto de perguntas consecutivas, ou ainda durante alguma conversa espontânea ao longo de minha permanência em campo. Algumas questões particulares apareceram nas respostas de parte das interlocutoras. Suas falas suscitaram uma reflexão sobre o trabalho da Enfermagem enquanto uma continuidade do trabalho do cuidado exercido no âmbito doméstico. Para parte das interlocutoras, mulheres de suas famílias como tias e irmãs foram referência para seguirem a profissão. E, para outras interlocutoras, a profissionalização como técnica de enfermagem abriu a possibilidade de se efetivarem em um concurso público, terem seu próprio emprego e sua fonte de renda.

5.2.1 A enfermagem como continuidade e profissionalização do trabalho do cuidado no âmbito familiar

Lívia (mulher, preta, técnica de enfermagem, 30-40 anos) e Fátima (mulher, branca, técnica de enfermagem e enfermeira, 40-50 anos) atuavam no Posto Shopping e foram interlocutoras que, de imediato, responderam minha pergunta afirmando que “*cuidar da família*” havia sido o motivo pelo qual escolheram seguir a formação em Enfermagem. No entanto, foi a partir de uma rápida conversa com Poliana (mulher, branca, 40-50 anos) que esse tema surgiu em campo e passei a então ficar atenta a outros possíveis relatos ou menções de interlocutoras apontando relações entre suas experiências familiares e o trabalho como técnicas e/ou enfermeiras.

Poliana era técnica de enfermagem e a conheci por ela trabalhar em uma das equipes do Posto Shopping. Apesar de ter concluído sua formação no ano de 2015, foi apenas em 2020, ano de deflagração da pandemia de Covid-19, que Poliana começou de fato a trabalhar como técnica de enfermagem, especificamente com vacinação.

Pude encontrar Poliana algumas vezes no Posto Shopping. Ela sempre me recebia com um sorriso gentil, falava baixo e tinha um tom de doçura em sua voz quando atendia os adultos e as crianças que chegavam até o Posto para serem vacinados. Durante uma de nossas conversas, entre um atendimento e outro, Poliana contou ter escolhido seguir a formação de técnica de enfermagem para poder “*se profissionalizar naquilo que já fazia como amadora*”. Em sua fala, Poliana referia-se ao fato de cuidar de familiares e pessoas mais velhas mas, para ela, isso seria algo de cunho “*amador*”. A formação como técnica de enfermagem

configurou-se então como uma possibilidade de “*profissionalizar*” o cuidado que já dedicava corriqueiramente a seus familiares.

Poliana contou ainda que foi um “*casamento perfeito*” ter iniciado sua atuação como técnica de enfermagem trabalhando “*logo com vacinação!*”. Esboçando um sorriso e transparecendo um encantamento em sua fala, Poliana afirmou que “*vacina é prevenção*”, pois elas (as vacinas) poderiam prevenir que as pessoas ficassem doentes. Durante nossa conversa, entendi que residiria aí, segundo Poliana, o “*casamento perfeito*”. Poliana demonstrava em sua fala ter uma afeição pelo trabalho de cuidar, fosse como “*amadora*” ou como técnica de enfermagem. O ponto é que, para ela, poder trabalhar com vacinas figurava-se como a possibilidade de lidar com saúde e prevenção em vez de doença ou adoecimento de seus familiares ou de outras pessoas. Trabalhar com vacinação, para Poliana, seria continuar a trabalhar no cuidado de outros, no entanto, um cuidado dedicado a prevenir o adoecimento, algo que se mostrou caro a ela.

A continuidade do trabalho do cuidado na experiência familiar em direção à formação profissional também fez-se presente nas falas de outras interlocutoras. Nos relatos de Mônica, Maria Flor, Sueli e Auxiliadora, o que denomino aqui de “continuidade” do trabalho do cuidado apresentou-se entrelaçado a relações de parentesco entre as interlocutoras e mulheres de suas famílias. Irmãs mais velhas e tias apareceram nos relatos das interlocutoras nos momentos em que falaram sobre suas trajetórias, motivações e inspirações para escolher seguir a formação de técnica de enfermagem.

Esse foi o caso de Mônica (mulher, parda, técnica de enfermagem, 40-50 anos). Mônica já atuava como técnica de enfermagem há quase vinte anos e além de trabalhar ali no Posto Shopping também já atuava há anos na emergência cardiológica de um hospital público. No dia em que a conheci, apresentei-me dizendo que estava fazendo uma pesquisa e acompanhando a equipe naqueles dias. Fiquei surpresa com a resposta de Mônica porque ela contou que “*era nova ali também*” e estava em seu terceiro dia de trabalho com vacinação. Foi apenas na segunda vez em que a encontrei em campo que conversamos por cerca de 1 hora. Mônica era uma pessoa de semblante sério, mas também muito falante, daquelas pessoas com quem nós, pesquisadoras, conseguimos conversar e entrevistar com facilidade, pois apenas o mote de uma pergunta já proporcionava um detalhado depoimento de sua parte.

No dia em que consegui conversar mais detidamente com Mônica eu havia chegado logo no início do expediente do Posto Shopping, que se iniciava às 9 horas. Fiz isso com o

intuito de acompanhar um dia inteiro de plantão das profissionais que ali trabalhavam. Como pude acompanhar, e as próprias interlocutoras me relatavam, o turno da manhã no Posto Shopping era geralmente esvaziado de público. O fluxo de pessoas procurando a vacinação começava a aumentar a partir da hora do almoço e no final da tarde e início da noite, horários em que as crianças e adolescentes saíam das escolas e as mães ou outros responsáveis iam até o Posto Shopping para vaciná-las.

Justamente pelo fluxo de pessoas ser muito baixo no turno da manhã, eu e Mônica pudemos conversar longamente ali mesmo em pé, no Posto Shopping, entre as cadeiras destinadas às pessoas que aguardavam atendimento. Seguindo o roteiro de perguntas elaboradas para a pesquisa de campo, perguntei a Mônica porque ela havia escolhido a profissão de técnica de enfermagem e se havia algo que a tinha motivado. Mônica contou que vinha de “*família de baixa renda*” e que seu pai era pedreiro. Acrescentou que em seu contexto de vida de família de baixa renda ter “*o ensino médio já estava de bom tamanho!*”. Mônica então emendou sua fala fazendo referência a uma irmã mais velha. Essa sua irmã já havia trabalhado como empregada doméstica e também como cuidadora, tendo ingressado na primeira turma da Escola Técnica Irmã Dulce⁷⁴, na cidade de Recife.

Foi a partir do percurso e da experiência de sua irmã mais velha que Mônica teve incentivo e inspiração para também fazer o curso de técnica de enfermagem. No período em que fez o curso técnico, Mônica fazia ainda um curso de flebotomia no turno da tarde e cursava ensino médio no turno da noite. Mônica chegou ainda a fazer um estágio voluntário como técnica de enfermagem em um hospital público, mas depois conseguiu ingressar, através de concurso, em outro hospital público onde, à época de nossa conversa, Mônica já atuava há 17 anos na emergência cardiológica.

Interessei-me ainda em perguntar a Mônica como ela havia começado a trabalhar com vacinas e vacinação. Foi então que ela me explicou que havia passado em um concurso da Prefeitura do Recife para trabalhar em regime de plantão em policlínica e/ou maternidade. No entanto, assim como várias outras interlocutoras relataram, com o início da pandemia Mônica foi chamada pela Prefeitura para trabalhar por contrato. Ingressou nesse contrato com a Prefeitura e começou trabalhando na testagem para Covid-19. Em seguida foi consultada por uma profissional do Distrito Sanitário para trabalhar na vacinação contra Covid-19 que, por

74 A Escola Técnica Irmã Dulce foi fundada em 2000 e oferece curso técnico de enfermagem, capacitação para cuidador/a de idoso e capacitação para flebotomia. Em uma das redes sociais da Escola é possível ler o slogan: “Escola Técnica Irmã Dulce: há 25 anos formando profissionais para a arte do CUIDAR”. Disponível em: <https://www.instagram.com/escolairmadulce/> Acesso em: 11 abr. 2025.

sua vez, ficou surpresa com o fato de Mônica não ter experiência na área. Aparentemente o trabalho com vacinas e vacinação seria algo elementar na carreira das técnicas de enfermagem. Mônica contou-me, no entanto, que o único momento em sua carreira no qual havia aprendido sobre vacinas tinha sido logo no começo, ainda na formação para técnica em enfermagem. De toda forma, Mônica, ao ver a surpresa da profissional, não hesitou em se prontificar para o cargo de vacinadora afirmando assertivamente: “*furar eu sei, é só me dizer onde!*”. E, como ela contou, apesar de não gostar “*nem de vacina e nem de shopping*”, estava ali em seus primeiros dias de trabalho na vacinação.

Sueli (mulher, parda, 30-40 anos, técnica de enfermagem e enfermeira) também foi umas das profissionais que conheci no Posto Shopping, local onde atuava como técnica de enfermagem vacinando a população que procurava o posto. Pude encontrá-la em campo apenas duas vezes. Por mais que eu frequentasse o Posto Shopping, a rotatividade das equipes dificultava que eu reencontrasse algumas profissionais repetidas vezes. De toda forma, em um dos dias em que encontrei Sueli foi possível conversarmos.

Além da formação como técnica de enfermagem, Sueli também possuía graduação em enfermagem e tinha um segundo vínculo de trabalho como enfermeira no bloco de obstetria de um hospital público. Em sua família, além dela, outras duas irmãs também tinham formação e trabalhavam como técnicas de enfermagem e foram citadas em sua fala como referências também para sua escolha profissional. Enquanto conversávamos, Sueli se mostrou queixosa ao se referir a sua rotina. Contou ter uma “*rotina cansativa*” e que tinha que “*dar conta de ser profissional, mãe e dona de casa*”. Especificamente o trabalho em hospital foi adjetivado por Sueli como “*cansativo*”. Em suas palavras: “*hospital é lugar para ver vida e você vê morte*”. E complementou: “*isso cansa*”. Para além das irmãs, também técnicas de enfermagem, a referência à família foi citada novamente por Sueli ao comentar que para poder trabalhar (em seus dois vínculos empregatícios) contava com sua rede de apoio, no caso, sua mãe. Sueli tinha duas filhas, uma com 3 anos de idade e outra com 10 anos e, para que ela pudesse trabalhar, sua mãe lhe dava “*um suporte para cuidar*” de suas filhas.

Na experiência de outra interlocutora, Maria Flor (mulher, parda, técnica de enfermagem, 30-40 anos) foi uma tia, auxiliar de enfermagem, quem se tornou referência e inspiração para a escolha da carreira de técnica de enfermagem. Maria Flor, assim como Sueli, Mônica, Poliana e Lívia, trabalhava no Posto Shopping como técnica de enfermagem e foi lá que nos conhecemos. Ela já trabalhava há 3 anos na área da saúde e apesar de possuir

uma formação anterior em relações públicas, decidiu mudar de carreira porque na “*área da saúde tem mais vagas*” e, quando surgisse um concurso, era só “*fazer e passar*”⁷⁵. Em mais de uma de nossas interações Maria Flor verbalizava gostar de seu trabalho como técnica de enfermagem, contava que trabalhava “*com prazer*” e que “*trabalhar com saúde é vida*”.

A realização profissional surgiu tanto nos relatos e experiências de Maria Flor como nos de Poliana, já citada anteriormente, e também se fez presente na fala de Adriana. Adriana e Maria Flor referiam-se à escolha profissional como um sonho. No caso de Adriana (mulher, negra, técnica de enfermagem, 30-40 anos), desde que era criança tinha o “*sonho*” de “*ser técnica de enfermagem*”. Foi apenas após a criação dos filhos que conseguiu então realizar seu sonho e trabalhar na área, ter seu próprio emprego. Quando a conheci no Posto Shopping ela já trabalhava há um ano na área e disse estar “*adorando*”.

Ao longo dos dias de campo e nas oportunidades que tive de escutar histórias de vida e de profissão de algumas interlocutoras, foi possível conhecer suas trajetórias costuradas por diferentes questões. São mulheres que cuidam e/ou cuidavam de familiares e pessoas próximas no âmbito doméstico, que enxergaram na profissionalização uma maneira de se aperfeiçoarem no cuidado que já desempenhavam. São mulheres também, como Sueli, que acionam uma rede (familiar e também de mulheres) para poder seguir trabalhando em dois vínculos empregatícios. Mulheres que se inspiram em outras, geralmente irmãs e tias, que já trilharam ou que iniciaram a carreira na área da enfermagem. Mulheres, como Adriana e Maria Flor, que enxergaram na formação e na profissionalização como técnicas de enfermagem uma possibilidade de conseguirem passar em um concurso e terem um emprego.

Ao mesmo tempo em que algumas interlocutoras como Poliana, Adriana e Maria Flor referem-se à profissão como uma realização pessoal, um trabalho feito com “*prazer*” e um “*casamento perfeito*”, as trajetórias e rotinas de Sueli e Mônica nos direcionam a refletir sobre a aridez da profissão. Se, por um lado, na trajetória de Mônica, a formação educacional e a profissionalização eram de grande valia para o seu contexto familiar, foi a partir de uma tripla jornada de estudos e trabalho que Mônica chegou aos quase 20 anos de carreira. A

75 A esse respeito, SILVA et al. (2020) vão apontar que existe um saldo positivo no número de admissões para técnicas de enfermagem no Brasil. Isso se confirmou de alguma forma nos relatos das interlocutoras da pesquisa. Muitas delas possuíam mais de um emprego e não tive a chance de escutar queixas sobre “desemprego”, por exemplo. As queixas e lutas das interlocutoras giravam muito mais em torno das condições profissionais e de sua respectiva precarização. Nas palavras de SILVA et al. (2020), “Embora seja um mercado com saldo positivo de admissões em relação aos desligamentos, os empregos apresentam baixos salários, vínculos precários, alta rotatividade, ausência de perspectiva de ascensão e condições adversas de trabalho, como exposição a violência, discriminação e acidentes” (p.135).

trajetória de Sueli exemplifica a rede de mulheres que lhe oferece um “*suporte para cuidar*” e é imprescindível para que ela siga trabalhando na Enfermagem. Além disso, o relato de Sueli exemplifica a sobrecarga da rotina de “*profissional, mãe e dona de casa*”, a sobrecarga de lidar cotidianamente com a morte, referindo-se ao trabalho em hospital, local onde seria, segundo Sueli, para ver vida.

Remontando aos primórdios da Enfermagem no Brasil e aos simbolismos que a rondaram - e ainda rondam - é possível pensar um diálogo com as experiências das interlocutoras da pesquisa. A noção de um trabalho feito com amor e prazer inspirado em outras mulheres e apoiado também por outras mulheres surge nas falas das interlocutoras, mas também se apresenta repleto de tensionamentos. Os relatos das interlocutoras, ainda que falem sobre um papel de gênero, no caso o trabalho do cuidado realizado por mulheres, falam também sobre as escolhas ativas, o protagonismo e os desdobramentos dessas mulheres para seguirem uma carreira profissional.

A espontaneidade com que algumas interlocutoras verbalizaram que escolheram a profissão para “*cuidar da família*” sinaliza o lugar social e relacional que elas ocuparam e vêm ocupando e, porque não, desbravando. Mas é também a partir de seus relatos e experiências que conseguimos complexificar suas trilhas, percalços e glórias e observar tensionamentos dentro da profissão e no trabalho com vacinação. As trajetórias de outras interlocutoras e algumas cenas que pude observar em campo nos ajudarão a continuar identificando diferentes camadas do “tornar-se técnica de enfermagem” e a aprofundar ainda mais a discussão aqui proposta.

5.2.2 Tensões (in)visíveis: “quem está na enfermagem não está porque sonhou”

Neste tópico abordarei de forma mais detida a trajetória de uma interlocutora, Bárbara. Explorando bastante as anotações e reflexões de diário de campo busco, através do texto, falar das cenas e rotinas que vivi em campo como pesquisadora. Mas não apenas isso. No meu percurso como pesquisadora e na cena vivida com Bárbara, pude conhecer um pouco de sua trajetória pessoal e profissional, o que a meu ver, ajuda a avançar na reflexão sobre tensões (in)visíveis no trabalho cotidiano como técnica de enfermagem.

No início de outubro de 2023 eu já havia concluído o trabalho de campo no Posto Shopping e já tinha feito uma passagem rápida pelo Centro de Saúde Jacarandá. Nesse

período eu já estava nas tentativas (com e sem sucesso) de fazer ganhar fôlego o trabalho de campo no Posto de Saúde Água Doce, local onde conheci Bárbara (técnica de enfermagem, mulher, parda, 30-40 anos). A enfermeira gestora do Posto, Clarissa (mulher, parda, 30-40 anos), já havia me autorizado a frequentá-lo e eu já tinha tido a oportunidade de fazer uma visita mais longa, conhecer e conversar com duas das três técnicas de enfermagem que trabalhavam lá. O ponto é que nem sempre que eu me dirigia ao Posto de Saúde Água Doce encontrava a sala de vacina “aberta”, ou seja, com alguma funcionária trabalhando. Por vezes ainda cheguei a agendar uma visita com uma das técnicas e, ao chegar, descobri que não haveria expediente por conta de um serviço de manutenção que estava sendo realizado nos computadores.

Bem, em uma terça-feira à tarde eu havia me organizado para ir mais uma vez ao Posto como havia combinado com Auxiliadora (técnica de enfermagem, mulher, parda, 60-70 anos) na última vez em que eu a tinha encontrado. Ela tinha-me dito que eu poderia ir “às terças e quartas a partir das 10 horas” e também no turno da tarde. O Posto de Saúde Água Doce fechava na hora do almoço e retomava o expediente às 14 horas. Foi neste horário que eu cheguei.

Ao chegar, parei na entrada para abrir a mochila e pegar minha máscara cirúrgica. Havia um aviso colado na entrada dizendo que era obrigatório o uso de máscara. Como eu já sabia disso, sempre tinha uma máscara na bolsa. Coloquei a máscara e entrei no posto. Uma senhora vinha imediatamente depois de mim, dei boa tarde a ela e fui correspondida. Entrei na sala de espera e, à minha esquerda, vi duas recepcionistas através do vidro que separava a sala de espera e a recepção. Elas estavam aparentemente ocupadas atendendo uma pessoa. Com isso, como já conhecia o Posto, decidi seguir em frente pelo espaço estreito entre as cadeiras e a recepção e fui em direção à sala de vacina que ficava numa porta ao fundo da sala de espera, à esquerda.

Antes de chegar até a porta da sala de vacina, à minha direita, na entrada da farmácia, vi sentado um rapaz jovem, negro, com farda de segurança. Dei “boa tarde” e perguntei: “Sabe dizer se Auxiliadora está aqui?”. O rapaz respondeu: “ela não está não” e dirigiu-se a uma pessoa que estava dentro da farmácia perguntando: “Auxiliadora vem hoje?”. Pude escutar quando a pessoa de dentro da farmácia respondeu que “não”. Fiquei parada pensando o que fazer, pensando que eu tinha dado viagem perdida na última vez em que tinha ido ao Posto de Saúde Água Doce devido à manutenção dos computadores. Ainda diante do rapaz

com roupa de segurança, olhei para a porta da sala de vacina e resolvi perguntar: “*então não tem ninguém na sala de vacina?*”. E o rapaz respondeu: “*tem, Bárbara está aí*”. Aí eu falei: “*tá certo, então eu vou falar com ela*”. Agradei a ele e segui para a porta da sala de vacina.

Bati à porta com dois toques. Escutei um “*pode entrar*”. Abri a porta e vi Bárbara (mulher, parda, 30-40 anos), vestindo jaleco branco, sentada em frente à mesa do computador que ficava à esquerda quando entrávamos na sala. Nós ainda não tínhamos sido devidamente apresentadas. No dia em que fui ao Posto falar sobre a pesquisa e dar início ao campo, Bárbara estava trabalhando na sala de curativos e não pôde reunir-se comigo, Auxiliadora e Célia, as outras duas técnicas de enfermagem do Posto.

Ao encontrá-la na sala de vacina naquele dia lembro-me de ter me apresentado como Flávia, falei que era pesquisadora da Universidade Federal de Pernambuco. Perguntei por Auxiliadora e disse que eu tinha combinado de vir naquele dia para dar continuidade ao trabalho de campo. Bárbara então respondeu dizendo que Auxiliadora geralmente chegava atrasada, mas que ia tentar ligar pra ela, ver se ela atendia e perguntar se ela viria, pois ela não sabia me dizer. Eu disse então que aguardava na recepção. Aguardei alguns minutos sentada em uma das cadeiras longarinas azuis da recepção e que ficam viradas para a televisão.

Vi quando Bárbara apareceu ao final do corredor, de máscara cirúrgica, e me chamou com um gesto de “*vem*” com a mão. Levantei-me e fui até ela. Fiquei em pé em frente à porta e Bárbara explicou-me que não havia conseguido falar com Auxiliadora por telefone e não sabia se ela viria ainda naquela tarde. Eu, particularmente, fiquei sem saber o que fazer naquela situação inesperada. Resolvi então falar para Bárbara que eu poderia explicar para ela sobre o que era a pesquisa já que eu não tinha tido a oportunidade de falar com ela na vez que me reuni com Célia e Auxiliadora. Bárbara aceitou minha proposta, disse que eu “*poderia ir adiantando*” com ela. Nós duas entramos na sala de vacina. Perguntei onde eu poderia me sentar e ela me apontou a cadeira branca de plástico que ficava um pouco atrás da cadeira em que ela estava sentada trabalhando no computador. Sentei-me e comecei então a explicar sobre o que tratava a pesquisa e também a me apresentar com mais detalhes.

Apresentei-me como pesquisadora e tentei também explicar qual era o objetivo da pesquisa. Logo no início de nossa interação, quando falei que era uma pesquisa para o doutorado em Antropologia, Bárbara disse: “*eu não estou lembrada do que é mesmo a Antropologia...*” E aí eu fui tentar explicar. Falei brevemente das Ciências Sociais, Ciências Políticas, Sociologia e cheguei na Antropologia. Bárbara me ouviu com atenção, mas eu não

consegui perceber se eu de fato tinha conseguido dar uma boa explicação sobre o que “é” Antropologia⁷⁶.

Ainda no início da entrevista com Bárbara, uma moça jovem bateu à porta da sala de vacina e perguntou: “*Está vacinando?*”. Bárbara então levantou-se da cadeira em que estava, saiu para o lado de fora da sala de vacina e perguntou para uma terceira pessoa “*está com enfermeira?*”. A resposta foi “*não*”. Naquele dia, devido à ausência da enfermeira no Posto, Bárbara explicou que “*não poderia vacinar ninguém*”⁷⁷. A moça jovem não retornou mais durante o período que eu estava entrevistando Bárbara e a enfermeira também não chegou. De modo que ao longo daquela tarde consegui fazer a entrevista com Bárbara, mas não tive oportunidade de observar o trabalho de vacinação propriamente.

Buscando iniciar uma escuta sobre Bárbara, questionei se poderia fazer algumas perguntas referentes à pesquisa e ela concordou. Peguei minha pasta cinza com os roteiros de perguntas e o caderno de campo marrom. Como de costume, nas minhas interações com as interlocutoras, mostrei a Bárbara o roteiro de perguntas, expliquei que usava o caderno para fazer anotações e depois poder lembrar do que aconteceu e escrever a respeito. Falei do roteiro e disse que tinha tanto perguntas sobre identidade de gênero, data de nascimento, mas também a maioria das perguntas eram abertas. Li uma das perguntas para dar um exemplo para ela. Bárbara continuou me ouvindo e não chegou a fazer comentários naquele momento.

Comecei então pela pergunta sobre como ela escolheu ser técnica de enfermagem e se havia algo que a tinha motivado para tal. Bárbara respondeu contando sobre sua trajetória pessoal e profissional. Depois, já mais adiante na entrevista, Bárbara retomou esta pergunta feita por mim, fazendo um comentário que chamou minha atenção. Ainda chegarei lá.

Bárbara já possuía uma primeira graduação, tinha gostado do curso e também das viagens que o curso escolhido proporcionava a ela. Mas em certo momento decidiu “*parar de romantizar*” e desistiu de seguir a carreira. Bárbara contou que se casou “*muito nova*” e que por muito tempo foi “*dona de casa*”. Teve então seu primeiro filho. Depois, teve o segundo filho que, em suas palavras “*se tornou especial*”.

76 Outras interlocutoras também me fizeram a mesma pergunta, querendo saber o que era Antropologia. Confesso que foi desafiador e ao mesmo tempo frustrante tentar “definir” o que era Antropologia, por que mesmo até a conclusão do trabalho de campo, tive a sensação de não ter tido sucesso na minha capacidade de tradução. Acredito ser um exercício que merece mais atenção em nossa formação como Antropólogas(os) e no contato e aprendizado com outros que estão fora de nossas bolhas.

77 Isso foi algo que também pude observar na rotina do Posto Shopping. No início do expediente às 9h, apesar de a sala de vacina já estar “aberta”, com a presença de duas técnicas de enfermagem e a chegada de pessoas procurando por vacinas e querendo ser vacinadas, a aplicação não poderia ser feita. As técnicas explicavam que só poderiam iniciar a vacinação depois da chegada da enfermeira responsável.

Em um determinado momento de sua vida, precisou de *“uma formação rápida para poder ter um emprego”*. Ela disse então que uma amiga indicou o curso de técnica de enfermagem que seria *“apenas dois anos”* e ela já poderia trabalhar com isso. Bárbara fez o curso de técnica de enfermagem e se formou em 2014. Ainda assim, voltou a ser dona de casa e, anos depois, fez concurso para a Prefeitura do Recife. Assim como Poliana, Adriana e Livia, Bárbara foi chamada justamente para trabalhar em 2020, ano do começo da pandemia de Covid-19.

Trabalhar durante a pandemia foi para Bárbara *“aterrorizante!”*. Contou que ficou muito em dúvida se aceitava o trabalho ou não por conta dos riscos de adoecimento e no que isso poderia ameaçar o seu filho que é *“especial”*. Seu marido e seu pai a incentivaram a aceitar o emprego. Sua mãe, diferentemente, ficou com medo que ela assumisse e corresse o risco de adoecer. Bárbara resolveu aceitar. Seguiu o conselho do marido e do pai. Um deles inclusive disse que ela *“passava em um monte de concurso e sempre ficava para depois”*, e que *“era melhor ela assumir esse e qualquer coisa pedia uma licença”*, por conta do filho.

Bárbara decidiu assumir o concurso da Prefeitura em 2020 e sentiu-se aliviada porque o seu primeiro cargo foi como técnica de enfermagem em uma maternidade que não aceitava pacientes com Covid, o que fez com ela não tivesse tanto contato com pessoas adoecidas como imaginou. Ainda assim ela adoeceu de Covid. Depois de um período trabalhando na maternidade, no final de 2022, foi chamada para trabalhar no Posto de Saúde Água Doce e, no momento em que conversávamos ainda iria completar um ano de trabalho no local.

Ali no Posto suas atividades rotineiras como técnica de enfermagem eram: *“fazer a coleta que é feita na rua, dentro da comunidade”*; *“curativos, que são feitos também nos acamados”*; *“medicações injetáveis, aferição de pressão e glicose”*. Em relação a trabalhar com vacinas e vacinação, Bárbara contou que: *“dentro dos trabalhos de técnica, é o que mais gosto.”* *“Acho mais fácil, fácil de lidar com o paciente”*. E quando está trabalhando na sala de vacina Bárbara não faz suas outras atividades de técnica de enfermagem *“porque corre o risco de infecção cruzada”*. *“Se trabalho na vacina, não faço curativo”*. Ela disse ainda preferir *“a vacina”* porque ela fica ali na sala (sala de vacina), não precisa *“estar em contato tanto com o público lá de fora”*, onde às vezes ocorre *“confusão”*, algo de que Célia também se queixou. Ao conversar com Bárbara entendi que sua preferência por trabalhar na aplicação de vacinas se daria porque a *“vacina é rápida, atende e pronto, a pessoa vai embora”*.

De toda forma, o trabalho com vacinas, ainda que fosse a preferência de Bárbara, também aparece em seu relato através de tensionamentos na relação com o público atendido. Em 2022, em Recife, as vacinas contra Covid-19 passaram a ser ofertadas também em unidades de saúde, além dos Centros de Vacinação que já existiam desde 2021 e eram exclusivos para a vacinação contra a doença. A chegada da vacina contra Covid-19 nas unidades trouxe novidades para a dinâmica de cada local, fosse posto de saúde ou centro de armazenamento.

Na experiência de Bárbara a chegada das vacinas contra Covid-19 alterou o trabalho com a vacinação no Posto de Saúde Água Doce: *“foi exaustivo”*. *“Toda hora lançava vacina nova”*. A vacina contra Covid-19 *“é diferente de todas. A diluição é feita com soro e não com diluente”* e, no relato de Bárbara, essa diferença na administração da vacina foi um potencial gerador de conflitos com os *“usuários”*.

Segundo Bárbara o *“usuário sempre vai culpar o vacinador”*. Se algo acontecesse de errado ou inesperado com o usuário que recebesse a vacina, colocaria *“a culpa no vacinador e não no Distrito, na Prefeitura, no fabricante, ou quem quer que seja”*. Ali no Posto, durante a vacinação contra Covid-19 *“a procura era pelo comprovante”*. As pessoas faziam fila para tomar a vacina e, segundo Bárbara, queriam tomar a vacina para poderem apresentar o comprovante e poderem ir à escola, ao trabalho e a outros ambientes que passaram a exigir a apresentação do cartão de vacina na época.

Fazendo referência ao público que frequentava o Posto de Saúde Água Doce, Bárbara disse: *“o público mudou depois da pandemia”*. Com a pandemia, Bárbara passou a receber pessoas com cartão de vacina de clínica particular, e isso não acontecia antes, *“quem podia vacinar no particular, vacinava”*. Ali no Posto, Bárbara contou não receber um público classe A, mas referiu-se a receber um público de classe média, afirmando: *“uma nova classe passou a procurar o SUS”*. *“O público mudou e aí as perguntas mudaram”*.

Já próximo do final das perguntas que eu tinha para Bárbara, foi ela quem me devolveu uma pergunta ou, talvez, um comentário, retomando meu questionamento lá do início sobre como havia sido para ela a escolha pela profissão de técnica de enfermagem. A retomada do assunto por Bárbara deu-me a impressão de que, ao longo de nossa interlocução, ela havia de alguma forma refletido a respeito e se inquietado com a pergunta. Além disso, para que ela mesma respondesse a pergunta, contou-me sua trajetória profissional entrelaçada à sua experiência pessoal como mãe, esposa e dona de casa.

Citando a pergunta do início da entrevista e fazendo referência às técnicas de enfermagem, Bárbara acrescentou: “*elas estão trabalhando só porque precisam*”. Segundo Bárbara, “*elas têm que lidar com usuário que cobra a falta de serviço ou de insumo, têm que lidar também com a própria prefeitura que nem sempre as deixa com os insumos necessários e isso traz impacto para a rotina de trabalho delas*”. Segundo Bárbara elas, as técnicas de enfermagem, “*nem param pra pensar sobre o porquê de terem escolhido a profissão*”. É algo que “*elas só vão pensar quando você perguntar*”. E acrescentou: “*quem está na enfermagem não está porque sonhou*”.

O comentário sucinto e direto de Bárbara impactou-me naquele instante e trouxe ecos para esta tese. Sua fala foi toda na terceira pessoa, referindo-se a “elas”, parecendo não se incluir no grupo. Apesar disso entendi, após ter escutado sobre sua trajetória, que Bárbara falava também de si. Para ela, tornar-se técnica de enfermagem não havia sido um sonho. O comentário soava-me também como um questionamento sobre o próprio sentido da minha pergunta. Quem é que escolhe tornar-se técnica de enfermagem? De que forma escolhe-se ser técnica de enfermagem? Se para Bárbara, tornar-se técnica de enfermagem não seria um sonho, qual o sentido da pergunta feita por mim?

Interessante que, ainda no contexto do comentário, Bárbara compartilhou que estava cursando uma graduação em odontologia e faltava “*um ano e meio para concluir*”. Este sim era o seu “*sonho de infância*”. A formação e o emprego como técnica de enfermagem eram transitórios para ela, não eram sua formação e emprego final. Talvez resida aí alguma pista para entendermos o número expressivo de enfermeiras que tanto em âmbito nacional (MACHADO, 2017) como aqui nesta pesquisa, possuem a formação de técnica e de enfermeira e atuaram/atua nas duas formações.

Antes de concluir a entrevista ainda fiz algumas perguntas sobre seus dados pessoais, como sua identificação de gênero, de raça/cor e sua idade. Encerrei a entrevista e agradei a Bárbara pela disponibilidade de tempo em conversar comigo. Ficamos as duas em silêncio até que Bárbara foi ao banheiro e eu permaneci ali na sala sentada. Fiquei na dúvida sobre o que fazer, se ficava, se ia embora. Durante a entrevista ela já tinha mencionado que em dias que não tinham “*fluxo*” de vacinação ela se dedicava aos estudos para o curso de odontologia. Eu falei que não queria atrapalhá-la e ela me perguntou se eu não me importava de ela “*voltar aqui*” referindo-se a voltar aos estudos. Decidi que essa era a hora de ir embora. Bárbara queria se dedicar aos estudos e não me pareceu mais disponível para continuarmos algum tipo

de interação. Fora isso, a ausência da enfermeira no Posto de Saúde Água Doce fazia com que a aplicação de vacinas (questão de forte interesse da pesquisa) não fosse ocorrer naquela tarde. Guardei meu caderno e minha pasta na mochila e despedi-me de Bárbara.

A afirmação de Bárbara ajuda a olharmos tanto para a sua própria história de vida como também para a categoria profissional da Enfermagem. Por mais que tenha sido possível encontrar, durante a pesquisa, interlocutoras como Poliana, Adriana e Maria Flor que assumiam a conquista da profissão como um sonho e realização, outras interlocutoras, a exemplo de Bárbara apontam para os percalços da profissão, os baixos salários, a falta de reconhecimento social e simbólico.

As condições em que o trabalho do cuidado e em especial o trabalho da Enfermagem dão-se no Brasil colocam tensionamentos à experiência na profissão. As dificuldades e o lugar de “não sonho” ajuda-nos aqui a dessacralizar o lugar social de “cuidado” e de “mãe” atribuído às mulheres, mostrando que vocação e abnegação não resumem nem simbolizam por si só as profissionais da Enfermagem (MOREIRA, PORTO e OGUISSO, 2002; DIAS DA SILVA, 2014; LOMBARDI e CAMPOS, 2018; ARAÚJO, 2018).

O comentário de Bárbara, questionando e tentando me explicar que ser técnica de enfermagem não seria o sonho de alguém, recordou-me de uma interação rápida que tive com Fátima, uma enfermeira, mas também com formação de técnica de enfermagem e que atuava gerindo a equipe de vacinação do Posto Shopping. Segundo Fátima, “*as técnicas são mulheres pobres*” e “*fazer o curso de técnica é como ascender socialmente*”. Assim como outras interlocutoras, Fátima tinha as duas formações: técnica de enfermagem e graduação em enfermagem. No entanto, contou que no trabalho como técnica “*começou a ter todas as ‘ites’: tendinite, etc*”. Nas palavras de Fátima, “*técnica trabalha com as mãos e enfermeira trabalha com a cabeça*”.

De que forma sonhar com uma formação e uma profissão que trazem esses tipos de dificuldades? Seja a sobrecarga do corpo falada por Fátima, sejam as dificuldades em lidar com o público atendido e com a falta de insumos?

A possibilidade de ter um emprego em concurso e conseguir progredir na formação educacional para além do ensino médio, como apontou Mônica, aparece também na trajetória de outras interlocutoras que buscaram a formação em nível superior após a formação de nível técnico. Este foi o caso de Fátima que resumiu que o trabalho de técnica era um trabalho “*com as mãos*” e que ao longo dos anos de trabalho passou a sentir as dores no corpo, reflexo

da sobrecarga de trabalho. Decidiu e conseguiu formar-se como enfermeira para poder trabalhar com a “*cabeça*”.

A fala de Fátima, ainda que metafórica, também possui literalidade. Afirmando isso ao refletir sobre a própria divisão técnica do trabalho em Enfermagem e em como o trabalho assistencial de cuidado direto ao público está cada vez mais reservado às profissionais de nível técnico que recebem salários mais baixos e onde estão concentradas as mulheres negras (WERMELINGER, VIEIRA e MACHADO, 2016, GANDRA et al., 2021; SILVA et al., 2020).

As falas de Bárbara e de Fátima podem nos remeter ainda à ideia de *care* como trabalho sujo, algo comentado por Molinier (2012) na coletânea de Hirata e Guimarães (2012) sobre o trabalho do *care*. A dimensão do trabalho sujo estaria particularmente presente entre as tarefas realizadas por auxiliares de enfermagem que lidam com as excreções do corpo. É o trabalho que “não” se quer fazer e que é delegado a pessoas que estão abaixo na hierarquia socioprofissional, que podem ser pessoas mais jovens, pessoas com menos qualificação. A mesma autora sugere que a profissionalização do trabalho do *care* por meio das enfermeiras e das auxiliares de enfermagem talvez tivesse retirado dessas pessoas uma “má fama”. No entanto, as falas de Fátima e Bárbara sugerem-nos um desejo, ao menos de algumas profissionais, de se afastar do trabalho em que consiste a carreira de técnica de enfermagem.

Poder ascender na formação e profissionalmente é poder deixar de trabalhar com as “*mãos*”, poder se afastar do trabalho visto como “*pesado*” (ou sujo, para usar termo de Molinier) e trabalhar então com a “*cabeça*”. Aqui também pode-se pensar sobre a divisão entre o trabalho do cuidado direto e o trabalho de gestão na Enfermagem. Ambos compõem a formação e atuação da Enfermagem, ambos compõem uma noção ampla do que é cuidado em Enfermagem. No entanto, observando essa questão a partir de uma perspectiva da interseccionalidade (COLLINS e BILGE, 2021; HIRATA, 2016; SILVA, 2022; SILVA e LEMOS, 2024), percebemos que no Brasil haverá uma distribuição racial e de gênero sobre quem faz cada um desses trabalhos, quem limpa as feridas, faz curativos e aplica vacinas e quem supervisiona o trabalho de outras.

A maioria das interlocutoras da pesquisa, técnicas de enfermagem, estavam envolvidas nas diferentes formas de cuidado direto, de trabalho com as “*mãos*”, seja na vacinação da população ou na organização das pequenas ampolas em câmaras frias ou “câmaras conservadoras”. O trabalho de campo possibilitou observar de perto profissionais da ponta do

serviço, vacinando a população, uma medida de saúde pública considerada tão importante. No entanto, o que também surge na fala dessas interlocutoras que estão ali, no dia a dia, na rotina, na construção e no contato cotidiano com a população é a percepção da falta de reconhecimento por seu trabalho e lugar como profissionais da Enfermagem. A cena de campo descrita a seguir, ajuda-nos a compreender melhor esta questão.

5.3 “Quem vacina não é a Xuxa nem o Zé gotinha”

Uma das iniciativas do Movimento Nacional Pela Vacinação criado pela gestão de Nísia Trindade no Ministério da Saúde foi recuperar a figura do Zé Gotinha. Aqui refiro-me a uma “recuperação” do personagem Zé Gotinha pois, durante o governo de Jair Bolsonaro, além de toda a ingerência com relação à crise sanitária e também na vacinação da população, o personagem foi “repaginado”, aparecendo em imagens em que veste a bandeira do Brasil e segura uma vacina em formato de fuzil (ALESSI, 2021).

O personagem Zé Gotinha foi criado em 1986 pelo artista plástico Darlan Rosa a pedido do Ministério da Saúde à época (SÃO PAULO, 2023; BRASIL, [2023c?]). O órgão havia firmado um acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para a erradicação da poliomielite (doença que causa paralisia infantil) até o ano de 1990. A criação do personagem foi feita com o intuito de ter-se mais uma estratégia de comunicação e também de convencimento para que as crianças fossem vacinadas contra a doença. De fato o personagem popularizou-se e, em épocas de campanha de vacinação e “Dia D”, era possível encontrá-lo nas unidades de saúde recepcionando o público e posando para fotos. O Zé Gotinha estampou ainda histórias em quadrinhos, curta-metragens, panfletos, jogos de tabuleiro, cartazes de divulgação dos Dias Nacionais de Vacinação e, em alguns deles, estava acompanhado de “grandes estrelas da época”, como a Xuxa (SÃO PAULO, 2023).

Atualmente é com certa facilidade que encontramos em matérias do site atual do governo federal e também nas redes sociais oficiais referências ao Zé Gotinha como “símbolo da vacinação” (BRASIL, 2023f).

Imagem – Matéria sobre Zé Gotinha

gov.br | Governo Federal | Órgãos do Governo | Acesso à Informação | Legislação | Acessibilidade | Entrar com gov.br

Ministério da Saúde

O que você procura?

> Assuntos > Notícias > 2023 > Fevereiro > Zé Gotinha, o maior símbolo da vacinação no Brasil

Zé Gotinha, o maior símbolo da vacinação no Brasil

Publicado em 26/02/2023 12h57 | Atualizado em 28/03/2023 17h32

Compartilhe: [f](#) [in](#) [wh](#) [link](#)



Zé Gotinha caiu no samba para lembrar sobre a importância da vacinação.

O maior símbolo da vacinação no Brasil, o Zé Gotinha, abriu o desfile das campeãs da Sapucaí neste sábado (25), marcando o início do Movimento Nacional pela Vacinação. A ministra da Saúde, Nisia Trindade, acompanhou o desfile.

A partir desta segunda-feira (27), a mobilização vai unir o Brasil na missão de retomar as altas coberturas vacinais que já foram motivo de orgulho para o país.

Vacina e vida! Vacina é para todos!

Além de retomar a figura do Zé Gotinha, a gestão recente do Ministério da Saúde, através do Movimento Nacional pela Vacinação, também utilizou como estratégia a criação de “embaixadores”, ou seja, pessoas públicas que participaram das publicidades sobre vacinação, trazendo falas de incentivo para que a população se vacinasse. Entre as personalidades embaixadoras está a Xuxa. Como diz uma matéria divulgada em site oficial: “Xuxa e Zé Gotinha se unem em campanha de multivacinação do Governo Federal” (BRASIL, 2023d; BRASIL, 2023e).

Imagem – Matéria sobre Xuxa e Zé Gotinha



Diferentes peças publicitárias foram divulgadas utilizando o personagem Zé Gotinha e a Xuxa. É possível encontrar vídeos publicitários do Governo Federal em que a “nave” da Xuxa pousa junto com o Zé Gotinha em cada uma das cidades em que ocorrerá a campanha de vacinação. Na conclusão de um dos vídeos de divulgação escutamos a frase final do *jingle*: “Quem ama, vacina! Então vacine quem você ama!”, e Xuxa reaparece falando o slogan do Movimento Nacional Pela Vacinação: “Vacina é vida. Vacina é para todos!” (SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL, 2023).

Essas divulgações publicitárias com a parceria entre Xuxa e Zé Gotinha começaram a acontecer em agosto de 2023 e seguiram até dezembro do mesmo ano. Coincidentemente, esse foi o período em eu que estava realizando o trabalho de campo presencial. É nesse contexto que pude acompanhar um “Dia D de vacinação” no Posto de Saúde Água Doce.

5.3.1 Um Posto diferente: “Hoje a porta pode ficar aberta”

O último dia de trabalho de campo no Posto de Saúde Água Doce aconteceu em um chamado “Dia D de vacinação” no mês de outubro de 2023. Dizer que um dia é o “Dia D de

vacinação” significa afirmar que é um dia de grande importância para a vacinação da população e para a atualização das cadernetas de vacinação. Geralmente as unidades de saúde abrem durante um dia todo, um sábado ou domingo (dia em que costumam estar fechadas), e recebem a população que procura pela vacinação. Os “Dias D de vacinação” podem ocorrer por iniciativa tanto do Ministério da Saúde, que busca sincronizar algumas ações de vacinação, como também por iniciativa das instâncias de saúde municipais e/ou estaduais.

Ao longo das idas a campo no Posto de Saúde Água Doce durante o mês de outubro de 2023 as profissionais contaram-me que estava para acontecer em breve um “Dia D”. Perguntei se eu poderia acompanhar o trabalho delas nesse dia e recebi resposta positiva.

A ação de vacinação⁷⁸ no Posto estava marcada para iniciar às 8h e terminar por volta das 17h de um sábado. Assim tinha me informado a técnica de enfermagem, Bárbara, em dias anteriores. Consegui chegar ao Posto às 8:15h e fiquei surpresa com o que encontrei. O Posto estava organizado de uma forma totalmente diferente do que eu já conhecia nas outras idas a campo. Naquela manhã fui observando que era um dia de atividade intensa, que demandava um trabalho coletivo, de logística com o Distrito Sanitário e de contato com o público.

Logo que entrei na sala de espera deparei-me com três Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)⁷⁹, uma delas com um chapéu azul marinho com *glitter* prateado. A recepção estava sem o número habitual de cadeiras longarinas de plástico azul. Havia apenas uma cadeira longarina encostada na parede da recepção à esquerda, uma na parede à direita e outra na parede à frente da farmácia. Em dias de “rotina” essas cadeiras ficavam todas enfileiradas no centro da sala de espera, voltadas para a televisão de plasma presa na parede externa à farmácia.

Cumprimentei as ACS que estavam logo na entrada e segui em direção à sala de vacina. A porta já estava aberta e encontrei duas profissionais que ainda não tinha conhecido. Logo em seguida soube que uma delas era a técnica de enfermagem “do Distrito” que tinha vindo trabalhar na ação, e a outra profissional era uma das ACS do Posto. Reparei que havia bolas coloridas reunidas e penduradas em cachos tanto pela sala de espera quanto pelas salas de vacina.

78 Em campo escutei as profissionais referirem-se àquele dia de vacinação de diferentes formas: “ação de vacinação”, “campanha de vacinação” e também “multivacinação”.

79 Durante o trabalho de campo no Posto de Saúde Água Doce eu não cheguei a interagir e a conhecer significativamente as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Cheguei a ser apresentada a todas no dia em que fui falar sobre a pesquisa do doutorado para todos os profissionais da unidade. No entanto, como minha presença se restringia à sala de vacina, não tive oportunidade de acompanhar o trabalho das ACS.

Falo aqui em salas de vacinas no plural porque, especificamente neste dia, havia duas salas de vacina “abertas” para a ação. A primeira era a sala de vacina habitual onde ficava a “câmara conservadora” para armazenamento das ampolas de vacinas, a mesa de trabalho e o computador das técnicas de enfermagem, armário com insumos (seringa, agulhas, luvas, papel toalha, por exemplo), uma pia e uma pequena maca para atendimento. A segunda sala de vacina ficava na porta ao lado. Era a sala em que funcionava costumeiramente um dos consultórios médicos, mas que naquele dia tinha sido adaptada para a ação de vacinação.

Como disse, o Posto de Saúde Água Doce estava completamente diferente de como quando eu havia estado lá. As pessoas eram outras na sala de vacina, a cadeira de plástico branca em que eu costumava me sentar estava com uma caixa térmica azul e branca apoiada. O Posto estava com uma grande movimentação de profissionais mulheres. Nesse anda-anda, entra e sai de gente da sala de vacina e pelo posto de saúde vi uma mulher de conjunto preto e um enfeite de carnaval no cabelo que me pareceu ser Clarissa, a enfermeira gestora do Posto de Saúde Água Doce. Nós já nos conhecíamos, mas já havia semanas que eu não a via porque ela tinha estado afastada do trabalho. Perguntei a ela onde eu poderia ficar e ela respondeu que eu poderia ficar onde fosse “*mais útil*” para mim.

Busquei então me informar (observando e perguntando às interlocutoras) sobre como seria o funcionamento de cada uma das salas de vacina. Na primeira sala, a sala de vacina habitual, seriam vacinadas as crianças “*de zero a 6 anos*” e na outra sala adaptada seriam vacinadas as crianças maiores de 6 anos. As profissionais haviam colocado em cada uma das portas das salas uma folha de ofício branca com letra preta informando as faixas etárias. Eu ainda estava em dúvida sobre onde seria melhor ficar ou, ao menos, “começar” o trabalho de observação naquela manhã.

Resolvi perguntar para a técnica “do Distrito”, que eu tinha acabado de conhecer, onde estava Célia (mulher, preta, técnica de enfermagem, 40-50 anos). Eu já tinha escutado alguém falar o nome dela, mas ainda não a tinha encontrado. Nesse momento eu já sabia que Bárbara e Auxiliadora não estariam na ação. Célia seria então a única técnica de enfermagem do Posto de Saúde Água Doce com quem eu já tinha tido alguma interlocução. Pensei que ficar na mesma sala que ela seria mais conveniente para minha observação, já que nos conhecíamos. A técnica “do Distrito” respondeu-me então que Célia estava “*se trocando*”.

Eu não entendi de imediato o que significava esse “*se trocando*” e imaginei que ela estaria colocando alguma roupa do trabalho. Não demorou muito e quando eu ainda estava na

porta da sala da vacina, apareceu Célia. Ela entrou na sala vestida com fantasia⁸⁰. Eu, vibrante com o que vi, cumprimentei-a, “*Oi, Célia!*”. Fiquei surpresa em vê-la completamente fantasiada. Ela correspondeu ao meu cumprimento ainda segurando sua mochila. Percebi que Célia estava bem agitada pela sala organizando várias coisas: colocando caixas no lugar, guardando insumos em gavetas, fazendo anotações em alguns papéis. Ainda assim, tentei iniciar uma interação com Célia: “*Uau, você está fantasiada! Como é isso de estar fantasiada⁸¹?!*”. Célia continuou em pé, apressada, arrumando algo perto da pequena maca, mas abriu um sorriso leve e disse: “*é pra distrair as crianças*”.

Eu já estava cogitando ficar naquela primeira sala de vacina porque, se não estivesse enganada, era na faixa etária de 0 a 6 anos que se concentrava a maioria das vacinas para crianças segundo o Calendário Nacional de Vacinação. Com isso, imaginei que naquela sala haveria um fluxo mais intenso de crianças sendo vacinadas, logo, haveria mais oportunidades de observar o trabalho das técnicas de enfermagem vacinando. Poder observar as técnicas vacinando abria como possibilidade poder vê-las nomeando as vacinas, explicando algo para o público sobre as vacinas, atribuindo significado às vacinas. Ainda assim, encontrar Célia fantasiada foi suficiente para decidir que começaria a observação ali mesmo na primeira sala de vacina em que já estava.

A sala de vacina era uma agitação só. Ao longo da manhã o barulho da sala se juntava com o barulho de adultos e crianças aguardando na sala de espera. Era um entra e sai de pessoas; observava e escutava queixas das técnicas e ACS com dificuldade para registrar as informações sobre cada criança vacinada no “sistema” e também para preencher uma planilha em papel físico sobre cada dose aplicada. A senhora que eu sempre via na recepção aparecia na porta de vez em quando perguntando se a próxima pessoa podia ser atendida; Clarissa e a médica do Posto também entravam por vezes na sala para “verificar o fluxo”, para tirar alguma dúvida, para dar alguma instrução.

Diferentemente dos outros dias em que fui ao Posto de Saúde Água Doce, a porta da sala de vacina ficou boa parte do tempo aberta. Escutei quando uma das ACS (que vestia uma blusa e chapéu vermelho com glitter prateado) que estava trabalhando no computador registrando no “sistema” as doses de vacinas aplicadas falou: “*hoje pode ficar aberta*”, referindo-se à porta. Nos outros dias em que estive no Posto a porta da sala era mantida

80 Com o intuito de resguardar o anonimato da interlocutora optei por suprimir o nome da fantasia utilizada.

81 Essas frases são adaptações do que de fato falei para Célia, para suprimir a informação sobre a fantasia utilizada.

fechada e o ar-condicionado sempre em uma temperatura fria o suficiente para que as pessoas que estivessem ali vestissem casacos e/ou jalecos brancos. Em uma das vezes em que Clarissa passou pela sala, ela disse: “*Multi é assim mesmo!*”, referindo-se àquela movimentação da sala de vacina no dia da chamada “multivacinação”.

“*Multi é assim mesmo*” e ainda que o Dia D de Vacinação fosse um dia “fora” da rotina semanal de vacinação, no desenvolvimento do trabalho de campo, na aproximação com os locais de pesquisa e na escuta das interlocutoras, aquele “dia D” parecia configurar-se como uma experiência-síntese. Afirmando ser uma experiência-síntese no sentido de me informar sobre quem está à frente da vacinação na rotina de segunda a sexta, no cotidiano do Posto. Aquele Dia D de Vacinação informava quem sabia preencher os dados no “sistema”, quem conseguia instruir algum responsável a segurar uma criança a ser vacinada, quem abria ampolas para aspirar doses de vacinas, quem sabia quais eram as vias de administração de cada vacina. A trajetória da interlocutora Célia e algumas cenas de campo ajudaram a desenvolver melhor esta questão.

5.3.2 Célia, a fantasia e o protagonismo da Enfermagem na vacinação

Célia (mulher, preta, 40-50 anos) era uma das técnicas de enfermagem do Posto de Saúde Água Doce e morava em outro município da região metropolitana de Recife, ia e voltava de ônibus para o trabalho.

Antes de se formar e atuar como técnica de enfermagem sua profissão era bombeira. Formou-se como técnica em 2008 e antes de trabalhar ali no Posto de Saúde Água Doce já tinha atuado 5 anos na “*distribuição de vacinas*”, como ela disse. No caso, ela trabalhou em um dos Distritos Sanitários do município de Recife, no setor do Programa Nacional de Imunizações, mas não gostou da experiência dizendo que era “*muita gente querendo mandar*”, “*prefiro estar aqui no posto*”.

Quando conversamos, já fazia 7 anos que ela trabalhava no Posto de Saúde Água Doce como “*apoio*”, “*o pessoal do Distrito diz que aqui é minha casa*”. Já tinham mudado Célia de posto/unidade de saúde mais de uma vez, “*mas sempre voltava para o Posto de Saúde Água Doce*”.

Célia explicou-me o que era “*apoio*”. No caso, ela continuava sendo funcionária ligada ao Programa Nacional de Imunizações do Distrito Sanitário, mas estava ali no Posto para

“*dar apoio*” para a equipe no trabalho com vacinação. Por isso ela só trabalhava na “*aplicação*” (referindo-se à aplicação de vacinas) e estava no Posto apenas pelas manhãs e na sala de vacina, não realizando as outras atribuições normalmente dirigidas às técnicas de enfermagem como coleta, curativos, aferição de pressão e glicose.

No dia em que pudemos conversar mais longamente, mesmo com o fluxo intenso de pessoas entrando e saindo da sala de vacina e sendo atendidas, consegui perguntar para Célia se havia alguma situação marcante em sua trajetória que ela quisesse compartilhar. Célia me contou rindo, parecendo achar graça de si mesma ou do que ia falar em seguida, que quando se formou como técnica de enfermagem, “tirou” o COREN com “*ticket refeição*”. Célia emendou contando que gostava de “*trabalhar brincando*” e gostava mais de atender “*criança e idoso*” e seguiu falando. Mas eu fiquei ali, pensando no “*ticket refeição*”. Pelo relato de Célia, entendi que ela só havia “tirado” o COREN com o “*ticket refeição*” porque não tinha dinheiro ou outro recurso disponível para conseguir registrar-se como técnica de enfermagem no Conselho Regional de Enfermagem, e assim poder atuar de forma regularizada na profissão em que havia se formado.

No dia da “*multivacinação*”, ou “*Dia D de vacinação*”, lembrei-me do relato de Célia sobre sua trajetória pessoal e profissional e me surpreendi ao vê-la fantasiada. Ela realmente tinha comentado que gostava de “*trabalhar brincando*”. Célia estava maquiada e vestia uma peruca. Estava também com uma blusa do tipo “uniforme de enfermagem” que possui um corte mais reto e largo no corpo e com bolsos. A blusa tinha uma estampa de desenhos coloridos de seringa, estetoscópio e *band-aid*.

Entre tantos estímulos que cabiam e se sobrepunham naquela pequena sala - criança chorando, ACS tirando dúvida sobre o “sistema”, uma mãe dizendo que o filho “*gosta de vacina*”, Clarissa indo e vindo querendo saber se o “fluxo” estava “funcionando” - consegui dedicar alguma atenção ao trabalho e às diversas atividades (ou o acúmulo delas) realizados por Célia.

Ao longo da manhã fui entendendo como parte do “fluxo” funcionava. A(s) criança(s) que adentravam a sala de vacina estavam sempre acompanhadas de alguma pessoa responsável, geralmente mulheres, mães, tias, avós. Boa parte do público era composto de mulheres negras jovens e crianças. Ao adentrar a sala de vacina a responsável entregava um papel pequeno já preenchido na “*triagem*” pelas ACS que recepcionavam o público em uma

mesinha na entrada do Posto. Neste papelzinho havia a indicação de quais vacinas aquela criança deveria tomar e também qual a sua idade⁸².

Com estas informações, as duas ACS que estavam na sala de vacina trabalhando sentadas em frente ao único computador entravam no “sistema” para registrar no cadastro da criança as vacinas e as respectivas doses que receberia na sequência. Enquanto isso, Célia permanecia em pé, mais atrás, orientando as ACS sobre como acessar o “sistema” e como fazer cada um dos registros. Eu estava sentada logo atrás de umas das ACS e pude ver boa parte dos campos que eram solicitados durante o preenchimento. Esse mesmo “sistema” e os dados para registros eram utilizados na vacinação de rotina do Posto.

Para além de informações sobre os dados pessoais como nome completo, nome da mãe, data de nascimento, raça/cor e CPF, o “sistema” solicitava uma série de informações sobre a vacina e a dose aplicada. Um dos campos era “lote/fabricante/validade” que, pelo que pude observar ao longo da pesquisa, era geralmente um código de número e/ou letras. O fabricante era o nome de uma empresa/instituição como “Butantan” ou país de procedência como “Índia”. Neste mesmo campo deveria ainda ser inserida a informação sobre a validade específica de cada lote⁸³.

Outro campo a ser preenchido era a “via de administração”, no caso, se a vacina seria aplicada por via “intramuscular, subcutânea ou intradérmica”. A partir do preenchimento da “via de administração” apareciam então as demais opções para “Local da aplicação”. Se a “via de administração” fosse “intramuscular”, algumas das opções que apareciam para o “local de aplicação” eram: “deltóide direito”, “deltóide esquerdo”⁸⁴. Se a “via de administração” fosse “oral”, a única opção para “local de aplicação” que aparecia era “boca”. Todos estes detalhes eram sabidos e informados por Célia. Pude ver algumas vezes quando

82 Idade (em dias, meses e anos) é uma informação essencial para a caderneta de vacinação e para as profissionais que irão aplicar as vacinas. As vacinas devem ser aplicadas em períodos específicos da vida. Isso ocorre por uma série de razões, entre elas, o próprio amadurecimento de nosso sistema imunológico como também, por exemplo, a incidência de determinada doença em uma população e a consequente importância (em termos de saúde pública) de uma faixa etária da população ser vacinada ou ter o “esquema vacinal” concluído. Maiores detalhes sobre o assunto podem ser encontrados em matéria publicada pelo Instituto Butantan (SÃO PAULO, [s.d.]).

83 Essa informação eu pude entender melhor quando fiz trabalho de campo na Sede do Programa Municipal de Imunizações. Um mesmo lote de vacinas, a depender de quando teve doses “descongeladas”, terá diferentes datas de validade. Isso era muito comum com as vacinas contra Covid-19, a exemplo das vacinas da fabricante *Pfizer*.

84 Deltóide direito e deltóide esquerdo (a depender de qual braço se refere) são um dos vários músculos que recobrem nossos ombros.

uma das ACS tentava preencher esse conjunto de informações no “sistema”, frequentemente pedia ajuda a Célia. Esta auxiliava e corrigia o que fosse necessário.

A primeira criança foi vacinada com algum esforço e agitação de Célia e na sala de vacina. A criança chorava aflita no colo do responsável, contorcendo-se e esquivando-se para não receber a vacina. O responsável que segurava a criança parecia não conseguir fazê-lo a contento e a criança permanecia intranquila. Enquanto o responsável tentava segurar a criança devidamente e esforçava-se para deixar um de seus braços imóvel para que Célia aplicasse a vacina, Célia já havia aspirado a vacina da ampola e segurava uma seringa com uma mão e, com a outra, tentava conter a criança, sem sucesso. Célia ajeitou mais uma vez a criança no colo do responsável tentando fazer com que o braço em que seria aplicada a vacina ficasse imóvel. Com a criança ainda chorando, Célia conseguiu aplicar a vacina em seu braço. Logo em seguida vi quando Célia movimentou-se rapidamente para pegar um livrinho infantil, um pirulito, um bombom e um adesivo para presentear a criança chorosa que tinha recebido a agulhada. A cena, talvez um pouco dramática, de crianças chorando, pessoas responsáveis tentando contê-las e vacinas sendo aplicadas repetiu-se algumas vezes naquela manhã.

Além de instruir as ACS que estavam fazendo o registro no “sistema”, Célia também era requisitada por Clarissa (enfermeira) e pela médica. Em mais de um momento observei as duas entrarem na sala de vacina (que já estava com a porta aberta) e perguntarem: “*Célia, se a pessoa não aparece no cadastro, como é que faz?*”. Em resposta, Célia: “*tem que cadastrar, inserir tudo, é o maior babado!*”. E foi listando todos os campos a serem preenchidos para realização do cadastro. Aparentemente, uma das pessoas mais ocupadas ali na sala de vacina, Célia, era também a mais requisitada para soluções de dúvidas e problemas contingenciais no fluxo da vacinação.

Quando as ACS verificavam o papelzinho da “*triagem*” informando quais vacinas uma criança deveria tomar, elas comunicavam a Célia que, por sua vez, voltava-se para a “câmara conservadora” em busca da(s) ampola(s) contendo a(s) dose(s) de vacina a ser(em) aspirada(s) nas seringas. Com as seringas preparadas e apoiadas em uma pequena bandeja ovalada de inox, Célia perguntava mais uma vez às ACS quais vacinas deveriam ser aplicadas naquela criança, segundo informado no papelzinho da “*triagem*”. Célia: “*Me confirma aí, baby, DTP, VOP e Hepatite A⁸⁵*”. Falou isso dirigindo-se à ACS que já conferia o cartão de vacina da

85 A sigla DTP é a vacina combinada contra Difteria, Tétano e Coqueluche. E a sigla VOP é a Vacina Oral Poliomielite. Percebi que as técnicas e as enfermeiras, tanto no Posto de Saúde Água Doce, como no Posto Shopping e na Sede do Programa Municipal de Imunizações, também referiam-se às vacinas de forma abreviada. A vacina contra a gripe eu as via falando apenas “gripe”. Vacina de febre amarela era apenas:

criança e também a listinha de vacinas que tinham sido indicadas lá na “*triagem*”. Conferência feita, Célia aplicava as vacinas. Entendi que a atitude era uma segunda confirmação de sua parte para assegurar-se de que estava aplicando a(s) vacina(s) certa(s) na criança certa.

A técnica “do Distrito” era outra profissional que também adentrava à sala de vacina durante os atendimentos. Enquanto Célia e as duas ACS se comunicavam sobre a execução de cada uma das vacinas aplicadas, a técnica entrava com alguma caixa térmica contendo caixas com ampolas de vacinas. Entrava com essas caixas e abastecia a “câmara conservadora” com cada uma delas. Depois de alguns minutos com a porta da “câmara conservadora” aberta, passávamos a escutar um apito incômodo sinalizando que a porta deveria ser fechada. Essa era uma medida de segurança para garantir que as vacinas ali armazenadas tivessem a temperatura adequada mantida. O apito tocava algumas vezes até que a técnica fechasse a porta e aguardasse para abri-la novamente. Isso tudo acontecia em meio à dinâmica da vacinação: Célia vacinando e ao mesmo tempo ensinando as duas ACS a registrarem aquela dose no “sistema” e/ou na planilha física, a porta aberta com o barulho da recepção, criança brincando e correndo do lado de fora. Célia parecia trabalhar agitada. Em uma das vezes em que a técnica “do Distrito” entrou para abastecer a “câmara conservadora” ela comentou sobre Célia estar fantasiada. Abriu um sorriso e disse: “*ela vai ficar tão entretida que não vai olhar quando tomar a vacina!*” referindo-se à criança que seria vacinada logo em seguida por Célia.

A simultaneidade de atividades acontecendo na sala de vacina foi algo desafiador para a tarefa de observação e registro no caderno de campo. Enquanto a técnica “do Distrito” abastecia a “câmara conservadora”, a tal “câmara” começava a apitar, Célia preparava alguma vacina a ser aplicada, aplicava a vacina e instruía as ACS sobre como inserir os dados. Em meio a isso pude ouvir ainda quando um telefone celular tocou e Célia atendeu. Pude escutar quando Célia falou ao telefone: “*mãe, quando chegar em casa eu resolvo*”.

A sobreposição e o acúmulo de atividades desempenhadas por Célia me impressionou. Ela detinha o conhecimento sobre quase tudo que perguntavam sobre o tal “sistema”, ela era consultada constantemente sobre como fazer o registro de doses e cadastro de pessoas. Ainda, mesmo que à distância, parecia ser requisitada também pela mãe para resolver algum assunto

“febre”. Vacina contra Covid-19 da *Pfizer* pediátrica era apenas: “ped”. E se fosse a vacina *Pfizer* baby contra Covid-19 eu as via falando: “baby”. Ao longo daquela manhã agitada escutava frases como: “*ainda tem Pfizer ped?*”; “*A febre amarela acabou*”; “*Aqui ainda tem ped*”; “*Deixa eu ver se a de febre amarela já chegou*”.

doméstico. Era Célia quem pegava na “câmara conservadora” cada uma das ampolas necessárias para aspirar as doses nas respectivas seringas e aplicar as vacinas nos locais devidos. Em minha perspectiva de observadora, pesquisadora e antropóloga, Célia desempenhava um lugar de centralidade. Apesar de estar trabalhando no Posto de Saúde Água Doce para, como ela mesma disse, “*dar apoio*” para a vacinação, o seu acúmulo de conhecimento e experiência com vacinas e com vacinação parecia fazer-se como um pilar para que aquela ação de multivacinação acontecesse.

5.3.3 Quem vacina é a Enfermagem

Já passava das 10 horas quando Clarissa (a enfermeira) entrou novamente na sala de vacina e ficou em pé ao meu lado esquerdo e atrás das ACS, parecendo observar o trabalho delas de registro no “sistema”. Célia não estava atendendo nenhuma criança naqueles minutos e também postou-se ali em pé, no centro da sala de vacina. Clarissa e Célia iniciaram uma conversa e pude interagir com as duas nesse momento.

Célia e Clarissa comentavam sobre a grande quantidade de vacinas que precisavam conhecer, saber como cada uma deveria ser aplicada, quais os prazos de validade e os intervalos entre cada uma das doses. Segundo Clarissa, “*hoje em dia são mais de 20 vacinas*” que compõem o calendário nacional de vacinação. Indaguei-as sobre como conseguiam lembrar-se de todas aquelas informações no dia a dia de trabalho. Célia então respondeu prontamente: “*Olha aqui a minha fila*⁸⁶”, e apontou para um caderninho de capa colorida que estava em cima da maca. De fato, eu tinha reparado naquele caderninho em algum momento daquela manhã e suspeitei que fosse de Célia, pois já a tinha visto consultando-o. Entendi então que era ali, naquele caderninho que ela tinha anotadas as informações necessárias sobre cada uma das vacinas. Em seguida, Clarissa emendou: “*e olha a minha ali*”, apontando para vários papéis que estavam colados na parede atrás do computador e que continham uma série de informações sobre cada uma das vacinas, número de doses, faixa etária e local de aplicação.

86 Em Recife a palavra “fila” tem o mesmo sentido de “colar”, termo utilizado comumente em outras cidades e estados do Brasil. “Filar” ou “colar” significa, por exemplo, utilizar fontes não autorizadas para uma prova, um exame, um concurso. No contexto de campo citado, as interlocutoras falaram “filar” para se referirem à utilização do caderno ou de outros papéis com anotações para conseguirem se lembrar de informações sobre cada uma das vacinas que aplicavam diariamente na população.

Ainda durante essa rápida interação que tive com Célia e Clarissa, escutei quando Célia, fantasiada, virou-se para Clarissa e disse de forma assertiva e gesticulando os braços: *“tu viu o que eu posteï? Marquei até Raquel Lyra e João Campos⁸⁷ e disse: quem vacina não é a Xuxa, nem o Zé Gotinha, é a Enfermagem”*.

Aquele “Dia D de Vacinação”, enquanto uma experiência-síntese somada à fala de Célia, fizeram-me pensar mais uma vez sobre o que estava diante de mim há tantos dias fazendo trabalho de campo: quem é que vacina? Quem é que está ali, na “ponta” do serviço de saúde conferindo caderneta de vacinação, preenchendo planilha, “consolidando” número de doses aplicadas, distribuindo bombom e pirulito para crianças após uma vacina dolorida no braço?

Naquela manhã vi Célia, mulher negra e técnica de enfermagem, acumulando uma série de funções, mas não apenas isso. Sendo requisitada por diferentes profissionais da unidade de saúde (como a enfermeira gestora da unidade e a médica) sobre o que deveria ser feito e como deveria ser feito, fosse na hora de cadastrar uma pessoa no “sistema” ou ainda no momento de selecionar apropriadamente qual a “via de administração” da vacina aplicada. Célia detinha um acúmulo de conhecimento que aparentemente nenhuma outra profissional naquela sala possuía. A meu ver, Célia detinha um protagonismo e uma centralidade na execução daquele “Dia D de vacinação”. Se, em dias de “vacinação de rotina” a sala de vacina só pode ser “aberta” com a presença de uma profissional enfermeira e o fluxo de pessoas no Posto só aumenta em turnos em que a médica está atendendo no consultório, naquele “Dia D de Vacinação” Célia era protagonista. Mas o protagonismo de Célia e outras tantas profissionais de Enfermagem não se resumia a um Dia D.

Quando Ana Cláudia Rodrigues da Silva (2022) nos fala sobre uma “frente negra” de cuidado no Brasil, a experiência-síntese daquele “Dia D de Vacinação” me informava algo que eu já tinha podido observar na rotina de trabalho cotidiano das profissionais de Enfermagem com vacinas e vacinação. Nos outros vários dias de campo o que pude observar foi mulheres negras profissionais de Enfermagem, principalmente técnicas de enfermagem, no “fazer a vacina”⁸⁸. Mulheres negras nesta “linha de frente”, conformando uma “frente negra” falada por Silva (2022) e que estão situadas dentro de um contexto nacional em que são as mulheres e são as mulheres negras que conformam a maioria na categoria profissional

87 Raquel Lyra, atual governadora de Pernambuco. João Campos, atual prefeito de Recife.

88 Algumas interlocutoras em vez de utilizarem o verbo “aplicar” para se referirem à aplicação de vacinas, usavam o verbo “fazer”.

Enfermagem (MACHADO, 2017). Mulheres negras à frente de uma política pública de tamanha importância histórica e sanitária, o Programa Nacional de Imunizações.

Apesar de essenciais e fazerem o trabalho do cuidado ou o trabalho com as “*mãos*”, aquele que *não* se quer fazer (MOLINIER, 2012), ou ainda o trabalho que ninguém sonhou, elas são, para usar termo da Lélia Gonzalez (2020), uma “*viga mestra*” do trabalho do cuidado. E isso não é de agora. Em “*Racismo e sexismo na cultura brasileira*” Gonzalez (2020) já nos falava sobre a invisibilidade posta a essas mulheres e ao mesmo tempo a sua centralidade para a formação do Brasil.

A frase de Célia afirmando de forma contundente que “*quem vacina não é a Xuxa e nem o Zé Gotinha, mas sim a Enfermagem*”, conduziu-me a refletir que, talvez, Célia não sentisse o devido reconhecimento para com o seu trabalho como vacinadora e quisesse reivindicá-lo. Por isso uma postagem em sua rede social “*marcando*” o prefeito e a governadora. Afinal de contas era ela quem estava ali como uma “*maestra*”, tentando orquestrar e afinar as atividades das diferentes profissionais de saúde envolvidas e dispostas a ajudar naquela ação de multivacinação. O ponto é que a insatisfação de Célia pode nos falar justamente sobre um lugar histórico e estrutural de invisibilidade colocado para as mulheres negras e para o trabalho do cuidado. A presença de Célia garantia alguma execução do “*Dia D de vacinação*”, garantia que pessoas fossem devidamente cadastradas no “*sistema*”, e que vacinas fossem aplicadas no local correto. Célia não era a gestora da unidade de saúde e não ocupava nenhum outro cargo de gestão. Em tese, estava ali no Posto de Saúde Água Doce para “*dar apoio*”. E isso já havia sete anos.

Penso que, de alguma forma, o protagonismo e o simbolismo da Enfermagem no trabalho com vacinação parece, por vezes, andar por duas vias paralelas, sem comunicação. Explico. Existem as menções “*oficiais*” e institucionais ao protagonismo e ao heroísmo da Enfermagem durante a pandemia e também nas diversas ações e campanhas de vacinação ao longo das décadas, mas isso parece não se espelhar ou encontrar eco nas experiências das próprias profissionais que estão à frente da vacinação e que transparecem não ter/sentir o reconhecimento merecido apesar de toda a experiência que detêm.

Se, por um lado, é possível encontrarmos referências a falas institucionais (da OMS, OPAS e Ministério da Saúde, por exemplo) sobre a importância da Enfermagem para a vacinação no Brasil e no mundo, por outro, as experiências e relatos que pude ouvir e observar durante o trabalho de campo falam-me sobre profissionais em condições de trabalho

precarizado, com mais de um vínculo empregatício para poderem incrementar ou até mesmo terem uma renda. Por mais que eu tenha interagido com técnicas de enfermagem que escolheram a profissão e a colocaram numa dimensão de sonho e realização, não foi por isso que suas trajetórias deram-se sem desafios e triplas jornadas de estudo/trabalho. Nos momentos em que pude realizar trabalho de campo presencial e acompanhar o trabalho das diversas técnicas de enfermagem, a meu ver, era o protagonismo delas a que eu assistia, a exemplo de Célia. Não eram a Xuxa e nem o Zé Gotinha que estavam ali.

5.4 Nem tudo está nos manuais

Para concluir este capítulo trago rapidamente mais uma cena e interação de campo. Especificamente uma interação com interlocutoras que atuavam em nível de gestão na vacinação em Pernambuco. Faço isso buscando dialogar com o que já foi exposto e articulado sobre as interlocutoras e suas trajetórias. Aproximo-me novamente dos manuais, mas com o intuito de irmos além deles.

Entre os meses de novembro e dezembro de 2023 o trabalho de campo presencial direcionou-se para as instâncias municipais e estaduais de saúde de Pernambuco responsáveis pelo armazenamento e distribuição de vacinas. Nesta altura eu já havia me debruçado pelos diferentes manuais do Ministério da Saúde dedicados a estabelecer as regras, protocolos e recomendações para o manejo das vacinas, desde o momento em que são adquiridas pelo governo até o momento em que são aplicadas na população.

O objetivo dessas leituras e do trabalho de campo nos setores de armazenamento e distribuição dava-se com o intuito de entender e descrever as rotinas das profissionais que lá trabalhavam. Para além das profissionais da “ponta” que prestam assistência direta à população, havia as profissionais dos bastidores, que também possuíam uma rotina diária com vacinas e sobre vacinas. Escutá-las sobre suas experiências e compreensões sobre usos e sentidos de vacinas e vacinação também era importante para a pesquisa.

Com o intuito de extrapolar os manuais, durante as entrevistas com algumas das interlocutoras, escolhi fazer perguntas direcionadas a conhecer, a partir de seus relatos, como era o “fluxo” ou a “rotina” para que as vacinas adquiridas pelo Ministério da Saúde chegassem a cada uma das salas de vacina no município de Recife e no estado de Pernambuco. Fiz essas perguntas principalmente para interlocutoras que estavam em cargos

de gestão e eram responsáveis por coordenar o armazenamento e a distribuição de vacinas no município e/ou estado. A seguir, compartilho um trecho da entrevista que fiz com Olívia (mulher negra, 30-40 anos) e Dinorá (mulher parda, 30-40 anos)⁸⁹ ambas atuando em cargo de gestão no Programa Estadual de Imunizações de Pernambuco.

Flávia: teria como vocês me explicarem, de forma geral, como é que a vacina chega lá do Ministério até vocês e vocês distribuem? Que etapas existem? Eu imagino que são várias etapas...

Olívia: e são!

Flávia: mas se desse pra resumir, quais são os principais momentos?

Olívia: Na verdade é o que a gente chama de cadeia de frio, né? O Ministério da Saúde tem o armazenamento logístico também das vacinas, em São Paulo...

Dinorá: em São Paulo...

Olívia: através de uma empresa que faz essa guarda e também o transporte. E aí ele faz a distribuição para os estados e a gente recebe dessa empresa que o Ministério tem de logística, recebe as doses (de vacinas contra Covid) aqui no PNI Estadual, aí a gente faz a guarda.

E aí, se for para a (vacinação de) rotina, né? Todo o processo tem um entendimento. Se for (vacina de) rotina, a gente faz essa distribuição mensal. As Regionais fazem o consolidado do pedido dos municípios, que a gente chama de cota, que é aquele pedido mensal, e repassa pra gente. A gente dá um prazo pra que eles façam essa análise, junta com os municípios, pra verificar o que tem em estoque, o que vai precisar... Considerando, teoricamente, que eles fazem essa análise também pela população que eles têm a vacinar. Aí eles repassam pra gente e a gente faz o consolidado e faz o pedido pra o Ministério da Saúde diretamente no SIES, que é um sistema que a gente tem pra pedido de insumos, fazer inventário, enfim... Aí a gente faz esse pedido, o Ministério da Saúde faz essa cadeia de trazer as doses pra cá e a gente distribui, mensalmente.

(A vacina contra) COVID, a gente ainda tá com a rotina (de distribuição) semanal, toda quinta-feira a gente faz distribuição de doses. Quando iniciou a campanha contra o COVID era aquela loucura, porque a gente não recebia um volume de doses

⁸⁹ As formações profissionais das duas interlocutoras não estão identificadas porque isso comprometeria a confidencialidade das falas apresentadas.

alto como é na rotina. (A vacina contra) COVID a gente só tinha ainda de forma muito limitada né, então a gente recebia de madrugada, final de semana, feriado... Não teve dia pra gente. A gente trabalhava aqui todos os dias. E aí a hora que chegasse a vacina, a determinação era pra que não esperasse, então a gente organizava muito rapidamente e em menos de 24 horas o estado todo estava abastecido (com vacinas contra Covid). Mas isso era um processo que demandava muito, porque a gente ficava aqui a madrugada, as vacinas saiam daqui. Porque a gente tem as Regionais de Saúde que ficam em Petrolina, Ouricuri, então é muito distante, e não dispõem de aeroporto, assim, exceto Petrolina que a gente também nem conseguia em toda a distribuição fazer aéreo, a gente fazia também de veículo, então a gente dependia também dessa organização de transporte pra enviar. Aí a gente consensuou que toda quinta-feira a gente tem essa distribuição. Aí na segunda-feira a gente libera um link de pedidos, os municípios avaliam as necessidades, enviam pra gente esse link até 48 horas respondido. A gente consolida em planilha e envia pras Regionais validarem com os municípios: “ó, é isso mesmo que cada um está precisando?” “Pronto.” Aí na quinta-feira de manhã cedinho as vacinas saem daqui, isso pra (vacina contra) COVID.

Flávia: certo. Entendi. Por acaso, teria algum material de vocês, digital ou impresso, que explique esse fluxo? Assim, que seja acessível pra mim, ou não? Porque às vezes tá até no site e eu não encontrei...

Olívia: olha no manual de rede de frio, ele fala do transporte logístico que fica de competência de cada ente.

Não apenas Olívia, mas outras interlocutoras também me apontavam o Manual da Rede de Frio como o documento que explicava o que elas estavam me explanando; e que me explicava o que elas faziam em suas rotinas. Enquanto a leitura que eu havia feito dos manuais proporcionava um conhecimento “formal” e “oficial” sobre uma miríade de pessoas, instâncias e elementos que estavam envolvidos para que as vacinações acontecessem em nível municipal, estadual e federal, os relatos das interlocutoras e as rotinas que pude observar adicionavam mais uma imensa complexidade de camadas e etapas às suas rotinas. Camadas estas que não são “lidas” nos diversos manuais. Afinal, nem tudo está neles.

Os manuais preconizam uma série de protocolos a serem seguidos para que as ações de vacinação tenham “sucesso” e sejam “seguras e eficazes”. No entanto, diversas práticas

rotineiras das interlocutoras da pesquisa também sustentam as ações de vacinação e não estão registradas em manuais.

É neste ponto que vejo um diálogo fértil com a proposta de Silva (2022) sobre “cuidado negro”. O conceito nos conduz justamente a observar e a reconhecer o espaço que existe/resiste para a criatividade e a inventividade dessas mulheres, profissionais de saúde. Para além da questão da invisibilidade e do racismo como questões estruturantes de nossa sociedade e que de certa forma impõem uma condição de precariedade de trabalho para as mulheres negras, uma dificuldade tamanha para conseguir direitos e uma extensa jornada de trabalho, há também espaço para criação. Há “cuidado negro”.

São profissionais como Célia que se fantasiam para “*distrair as crianças*”, profissionais que fazem “*filas*” em caderninhos ou em papéis colados na parede para conseguirem lembrar-se do manuseio correto e da aplicação de cada tipo de vacina, profissionais como Dinorá e Olívia, que trabalham de madrugada e em feriado para garantir a distribuição de lotes de vacinas contra Covid-19 para o todo estado de Pernambuco. São mulheres, profissionais de Enfermagem, em sua maioria negras, construindo um cotidiano de gerenciamento, assistência e cuidado que são fundamentais para que as ações de vacinação aconteçam. São mulheres como Maria José Barroso, Ivone Lara, Inaldete Pinheiro, Adrianas, Célias, Suelis, Bárbaras e Auxiliadoras que planejam, executam, criam e imaginam o trabalho do cuidado e são fundamentais para o campo da saúde pública no Brasil.

6 PARA CONCLUIR A TESE

(...) A vacina deu a resposta pra gente. Nem de vacina eu gosto. Vacinar é cuidar. Vacina é esperança. Vacina é para todos. Deus em primeiro lugar, em segundo a vacina. Sem Enfermagem não há vacinação. Dentre os trabalhos de técnica, é o que mais gosto. Vacina é um ato de amor e quem ama protege. Furar eu sei, é só me dizer onde! Quem vacina é a Enfermagem! (...)

Desde as breves notas do trabalho de campo do mestrado, que alimentaram as primeiras faíscas do desenrolar desta pesquisa de doutorado, até o momento em que redijo as considerações finais desta tese, vejo que foi possível atravessar um conjunto amplo e diverso de usos e sentidos sobre vacinas e vacinação.

As frases aglutinadas acima foram citadas ao longo dos capítulos já apresentados. Mas aqui escolho apresentá-las “em cadeia”. Elas são curtas em extensão e foram ditas por diferentes pessoas, sejam as interlocutoras da pesquisa, ou ainda por autoridades públicas em saúde, e também por diferentes meios como as conversas durante o campo, as entrevistas gravadas, notícias de jornais e peças publicitárias. Nenhuma delas, no entanto, dá conta sozinha da complexidade e da multiplicidade do que foi possível acompanhar e reunir com o trabalho de campo. Nesse sentido, advogo que os usos e sentidos sobre vacinas e vacinação reunidos nesta pesquisa compõem um conjunto, mas não uma totalidade. Não se tratou de objetivo desta tese esgotar qualquer compreensão sobre vacinas e vacinação. De todo modo, o que se apresentou reunido aqui conforma o conjunto de “achados” de uma pesquisa de doutorado.

Considero que a conformação deste conjunto possui alguns eixos. O primeiro deles está na escolha pelo fazer antropológico e etnográfico. Escolher a Antropologia como um fazer científico, que me fornece uma perspectiva para estar em campo e refletir sobre ele, mostrou-se fundamental para que esta pesquisa se aproximasse do cotidiano das profissionais de Enfermagem em seu trabalho com vacinas e vacinação, acessasse os espaços e os dados que acessou e também se tornasse o que se tornou. Acredito que escolher a Antropologia e a etnografia como teorias e práticas de pesquisa foi decisivo para entender que “nem tudo está nos manuais”, questão esta que, a meu ver, parece ser a própria tarefa do fazer científico antropológico.

Neste caminho, o campo e as referências da Antropologia da Saúde fizeram-se como um ponto de partida (MINAYO, 1998; MALUF, SILVA e SILVA, 2020; AURELIANO e SILVA, 2024). Um ponto de partida e também uma perspectiva para entender como os sujeitos constroem e vivenciam sentidos (SARTI, 2010) para as vacinas e para a vacinação. Sujeitos e/ou interlocutoras, como tratei aqui, que constroem e vivenciam esses sentidos em suas trajetórias, rotinas e cenas do trabalho cotidiano.

As interlocutoras foram trazidas aqui como sujeitos políticos (MALUF, SILVA e SILVA, 2020), ou seja, não apenas afetadas e também produzidas pelas experiências e condições vividas, mas também ocupando um lugar de protagonismo, produzindo sentidos sobre vacinas e vacinação, articulando suas trajetórias profissionais, fazendo escolhas.

Acredito que a pesquisa etnográfica traz contribuições não apenas para o campo da Antropologia da Saúde, mas também para o campo das políticas públicas em saúde. A pesquisa etnográfica ajuda-nos a ir para além da norma, do oficial, do manual preconizado e instituído e também detentor de “poder”, orientando de alguma forma o trabalho cotidiano com vacinas e vacinação. A pesquisa etnográfica ajuda-nos a identificar e a dar um passo de aproximação às diferentes camadas, tensões (SARTI, 2014) e desigualdades que conformam o trabalho de cuidado da Enfermagem no Brasil (LOMBARDI e CAMPOS, 2018; ARAÚJO, 2018), o que inclui, por sua vez, o trabalho cotidiano com vacinas e vacinação.

As vacinas e a vacinação chegam a esta tese também como um eixo de partida para adentrar no campo de pesquisa. As vacinas são entendidas aqui como uma forma específica de medicamento (CASTRO, 2012; CUNHA e DURAND, 2008) que se traduz como uma intervenção em saúde pública através das ações de vacinação (LOPES, 1996; MOULIN, 2003).

As vacinas e a vacinação são regidas por uma série de regras de observância decididas pelo “estado”, pela “ciência”, por protocolos, manuais, temperaturas e caixas térmicas. Paralelo a isso ou, costurado a isso, vacinas e vacinação são demarcadas por sentidos contextuais e históricos. Eventos como a Revolta da Vacina de 1904 e as Campanhas de Erradicação da Varíola na década de 1970 ajudam-nos justamente a compreender como momentos históricos diferentes nos informam sobre sentidos contrastantes atribuídos às vacinas.

Outro eixo do conjunto que se apresenta nesta tese é a própria experiência pandêmica. Ela demarca as condições de possibilidade da própria pesquisa assim como os usos e sentidos

atribuídos pelas profissionais de Enfermagem às vacinas e a vacinação. O período de crise sanitária apresenta-se aqui como um definidor e um tensionador de sentidos. Através dos relatos e das experiências das interlocutoras foi possível acessar metáforas e metonímias (VAN DER GEEST e WHYTE, 2011) validando e valorizando as vacinas, associando-as ao amor, ao cuidado, à proteção.

Foi durante o contexto pandêmico e imediatamente “depois” dele que esta pesquisa se deu, (des)orientando seus rumos. Foi também neste contexto que o trabalho de campo presencial foi realizado e que tornou-se possível escutar e observar diretamente as rotinas e as práticas das profissionais de Enfermagem. Ainda que demarcados pelo contexto pandêmico, o trabalho de campo presencial e a descrição etnográfica empreendida ao longo dos capítulos permitiram compreender que os usos e sentidos atribuídos às vacinas e à vacinação estão na rotina, estão nas trajetórias das interlocutoras, estão nas cenas observadas. Não estão “congelados”, transformam-se também conforme o contexto histórico político.

Os usos e sentidos das vacinas e da vacinação são significados também conforme os sonhos e aspirações de cada uma das interlocutoras (a exemplo de Poliana e Maria Flor) e conforme a necessidade de incrementar a renda (a exemplo de Mônica). Os usos e sentidos estão ainda nas relações de cuidado e de vínculo com o público atendido, na imprescindibilidade de “*higienizar as mãos*” assim como nos tensionamentos que surgem nas interações com o público ao longo dos dias de trabalho e das ações de vacinação.

O período de crise sanitária e o início da vacinação contra Covid-19 orientaram o surgimento de novos locais de trabalho para as profissionais de Enfermagem, a exemplo dos drive-thrus e do Posto Shopping. A política de saúde pública “entrou” para os shoppings centers e, como diziam algumas interlocutoras, “*no shopping o público é outro*”, “*é diferenciado*”. Como bem disse Bárbara, “*o público mudou e as perguntas mudaram*”. Enquanto Nydia se incomodava com a nova rotina de ter que limpar as mãos com álcool, Clara percebia que o público passou a pedir para ver os frascos já vazios das doses de vacinas aplicadas.

É importante ainda de ser notado que, apesar de o trabalho de campo ter permitido que as observações acontecessem no cotidiano de trabalho de vacinação com as diversas vacinas do Calendário Nacional de Vacinação, muito do que se falou nesta tese sobre os sentidos das vacinas esteve voltado para compreensões das interlocutoras sobre as vacinas contra Covid-19. Quando se fala que “*vacina é esperança*” e que “*a vacina deu essa resposta pra gente*”, as

interlocutoras voltam-se para compartilhar suas compreensões sobre a chegada das vacinas contra Covid-19 em 2021, vista como causa para o decréscimo no número de pessoas internadas, de modo que “*a resposta*” para a diminuição de internamentos estaria na concretude da vacina (VAN DER GEEST e WHYTE, 2011).

Ainda que diversos, os sentidos reunidos através desta pesquisa pareceram convergir em direção a uma perspectiva positivada, por parte das interlocutoras, acerca das vacinas e da vacinação. Os tensionamentos e ambiguidades vistos em campo pareceram advir muito mais das próprias condições de trabalho que afetam essas mulheres e do contexto de crise sanitária do que dos sentidos atribuídos às vacinas “em si”. No entanto, algo que não foi possível explorar ao longo da tese, mas que surgiu de forma muito sutil no trabalho de campo ou por meio de “fofoca” entre/sobre as próprias profissionais foi o tema da hesitação vacinal (SOUTO et al., 2024). Ao menos duas profissionais comentaram, muito rapidamente, que escolheram não dar certas vacinas para seus filhos ou apenas vacinar os filhos em um posto específico de sua confiança. Acredito que investigar mais detidamente como a questão da hesitação vacinal entre profissionais de saúde, especificamente profissionais vacinadoras, pode trazer no futuro uma importante camada de reflexão e tensionamento sobre usos e sentidos atribuídos às vacinas e à vacinação.

O conceito, a atividade e o trabalho de cuidado (HIRATA e GUIMARÃES, 2012) compõem outro eixo desta pesquisa. Aqui, uma noção de cuidado apresenta-se como definição e sentido para as próprias vacinas. Tanto as vacinas contra Covid-19 como também as demais vacinas que compunham, à época da pesquisa, o Calendário Nacional de Vacinação. Em discursos institucionais encontramos: “*vacinar é cuidar*”, “*quem ama vacina, então vacine quem você ama*”. E em fala de interlocutora encontramos uma associação entre vacinas, amor e proteção: “*vacina é um ato de amor e quem ama protege*”.

Uma noção sobre cuidado também demarca um dos simbolismos que rondam a categoria profissional da Enfermagem ao ser referenciada como “a profissão do cuidado” (PIRES, 2009). Nas origens de sua institucionalização no Brasil, a profissão foi atrelada a uma ideia de que seria um trabalho “genuinamente feminino” e uma porta de entrada para mulheres no mercado de trabalho (MOREIRA, PORTO e OGUISSO, 2002). Por um lado, noções sobre cuidado foram referenciadas nas próprias trajetórias de algumas interlocutoras, ao compartilharem que escolheram a profissão de técnica e/ou enfermeira por desejarem se “*profissionalizar*” no trabalho de cuidado que já executavam de forma “*amadora*”. Por outro

lado, os relatos e as experiências das interlocutoras tensionam o simbolismo histórico que se formou sobre a Enfermagem, visto que dessacralizam uma narrativa sobre o cuidado como voluntariado e amor (DIAS DA SILVA, 2014). É como disse Sueli: “*ter que dar conta de tudo, cansa*”. Além disso, o trabalho de cuidado e suas marcas em termos de raça e gênero vão justamente desestabilizar uma compreensão de que ele é exercido genericamente por mulheres: certos tipos de trabalho de cuidado serão exercidos por mulheres negras (ARAÚJO, 2018; SILVA, 2022; LOMBARDI e CAMPOS, 2018; NOGUEIRA e PASSOS, 2020; HIRATA, 2016).

Por fim, um último e amplo eixo que sustenta esta tese: as interlocutoras profissionais de Enfermagem e a lente descritiva e analítica da interseccionalidade (COLLINS e BILGE, 2021; CURIEL, 2020; HIRATA, 2016; ARAÚJO, 2018). Mulheres negras e profissionais de Enfermagem passaram a compor um lugar de centralidade no desenvolvimento da pesquisa. Os dados sociodemográficos sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO, 2017) tornaram nítida a demanda por compreendermos esta categoria a partir de uma lente interseccional, observando como a precarização do trabalho em Enfermagem está racializada e genderizada (ARAÚJO, 2018; NOGUEIRA e PASSOS, 2020; SILVA, 2022; LOMBARDI e CAMPOS, 2018).

Como já dito, a institucionalização da Enfermagem no Brasil nasce sob a égide do branqueamento e de uma ideia de formação de identidade nacional (MOREIRA, 1999). Se num passado recente o acesso à profissionalização foi deveras dificultado para mulheres negras, hoje, como nos mostra Machado (2017), elas conformam a maioria da categoria profissional. Essa questão merece reflexão e análise mais detidas porque por mais que as mulheres negras tenham conseguido se profissionalizar na Enfermagem, as desigualdades raciais não saíram de cena. A perspectiva interseccional e a compreensão de que o racismo estrutura nossa formação histórica em sociedade (GONZALEZ, 2020; COLLINS e BILGE, 2021), ajudam-nos a compreender que os marcadores sociais de gênero e raça estiveram e ainda estão estruturando a categoria da Enfermagem, sua hierarquia e sua divisão técnica do trabalho (GANDRA et al., 2021; LOMBARDI e CAMPOS, 2018).

A gestão e o controle administrativo introduzidos pelo Sistema Nightingale (LOMBARDI e CAMPOS, 2018) adicionaram ao percurso da Enfermagem no Brasil uma hierarquização entre cuidar e gerir (DIAS DA SILVA, 2014). Cuidar e gerir tornaram-se atividades integrantes das próprias formação e prática da Enfermagem, mas também foram

traduzidas para a divisão técnica do trabalho e sua racialização (LOMBARDI e CAMPOS, 2018). Isso foi possível de observar na divisão de trabalho entre enfermeiras e técnicas na rotina de vacinação. Às enfermeiras ficavam reservadas as atividades de supervisão, responsabilidade técnica e gerenciamento. A depender da demanda de público, as enfermeiras atuavam também na aplicação de vacinas. Às técnicas ficavam reservadas as atividades da sala de vacina, de assistência e cuidado direto desde o atendimento ao público, verificação das cadernetas de vacinação, preparação e aplicação das vacinas.

No desenvolvimento desta pesquisa foram as mulheres negras, enfermeiras e sobretudo as técnicas de enfermagem, que estiveram protagonizando o trabalho cotidiano com vacinas e vacinação, seja nas atividades de gestão, de assistência direta à população e também de manejo técnico com vacinas na Rede de Frio. Neste ponto, os dados da pesquisa de tese apontam algo diferente em relação aos dados do perfil nacional (MACHADO, 2017). Aqui, mulheres negras conformaram a maioria, tanto entre as técnicas de enfermagem como entre enfermeiras em cargos de gestão. Mesmo que esta pesquisa de tese não possua um caráter amostral a respeito das profissionais de Enfermagem no Brasil, essa observação deixa um fio ou uma pista a ser seguida. O trabalho de campo e a análise aqui empreendidos não se tornaram suficientes para afirmar categoricamente, mas arrisco dizer que talvez o trabalho com vacinas e vacinação apresente uma maior presença de mulheres negras em cargos de gestão. Deixo essa questão como uma porta aberta para investigações futuras.

As profissionais de Enfermagem que se tornaram interlocutoras da pesquisa são mulheres que durante e após a crise sanitária ensejaram um feixe de relações como profissionais de saúde na “linha de frente” conformando uma “frente negra” de cuidado (SILVA, 2022). Profissionais que trabalharam na assistência aos adoecidos e mortos pela Covid-19, que se tornaram grupo prioritário a receber as vacinas contra o vírus e que também se tornaram “vacinadoras” da população em geral. Profissionais a quem é atribuído o papel de informar e influenciar a população sobre a vacinação (CASTILHO, 2021). São profissionais “viga mestra” (GONZALEZ, 2020) do trabalho de cuidado no Brasil (SOUZA CAMPOS, OGUISSO e FREITAS, 2007) e essenciais para o funcionamento das ações de rotina e de campanha de vacinação. No entanto, ainda observamos a sua invisibilização através dos baixos salários, necessidade de mais de um vínculo empregatício para composição da renda e extensas jornadas de trabalho que favorecem o adoecimento (SILVA et al., 2020).

Concluo afirmando que foi a partir de relatos e experiências de interlocutoras de “carne e osso” (MALUF, SILVA e SILVA, 2020), costurando cotidianamente e “em cadeia” as políticas públicas de vacinação, que busquei refletir e aprofundar um entendimento sobre os usos e os sentidos das vacinas e da vacinação. Interlocutoras que criam o que chamamos aqui de “cuidado negro” (SILVA, 2022), que dão sentido às vacinas, que fazem com que uma ação de vacinação transcorra com pessoas devidamente cadastradas no “sistema”. Interlocutoras que planejam, coordenam e também executam a política de saúde em ato (SARTI, 2014). Mulheres negras, profissionais de Enfermagem que com seus “*caderninhos*” e “*filas*” criam formas de operacionalizar a saúde pública que não está nos manuais.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Cibele. Cientistas à beira na pia. In: GROSSI, Miriam Pillar, TONIOL, Rodrigo (Org.) **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p. 372-376.
- ALESSI, Gil. Zé Gotinha, do ostracismo sob Bolsonaro ao vexame de fuzil na mão. **El País**, 12 mar. 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-03-12/ze-gotinha-do-ostracismo-sob-bolsonaro-ao-vexame-de-fuzil-na-mao.html> Acesso em: 24 abr. 2025.
- ALMEIDA, Alfredo Wagner de.; MARIN, Rosa Elizabeth Acevedo.; MELO, Eriki Aleixo de (Orgs.). **Pandemia e território**. São Luís: UEMA Edições/ PNCSA, 2020. 1226 p.
- ALMICO, Rita de Cássia da Silva; GOODWIN, James William Jr.; SARAIVA, Luiz Fernando (Orgs.). **Na saúde e na doença: história, crises e epidemias: reflexões da história econômica**. 1. ed. - São Paulo: Hucitec, 2020. 297p.
- ALVES, PC., RABELO, MC. orgs. **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. 248 p. ISBN 85-7316-151-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- ANGELIM R. C.M.; PEREIRA, V. M. A. O.; ABRÃO, F. M. S.; SANTOS, T. C. F.. Análise histórica das doenças infectocontagiosas e parasitárias na Era Vargas. **Hist enferm Rev eletrônica** [Internet].2016;7(2):398-405. Disponível: Acesso em: 14 fev. 2025.
- ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre, Artmed Editora S.A. 2009.
- ANVISA aprova por unanimidade uso emergencial das vacinas. Informação postada no Site da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 17 jan. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-aprova-por-unanimidade-uso-emergencial-das-vacinas> > Acesso em: 20 set. 2022.
- ARAÚJO, Anna Bárbara. Da ética do cuidado à interseccionalidade: caminhos e desafios para a compreensão do trabalho de cuidado. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 23, n. 3, p. 43–69, 2018. DOI: 10.5433/2176-6665.2018v23n3p43. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/34245>. Acesso em: 17 mar. 2025.
- AURELIANO, W.; SILVA, A. C. R. DA .. Antropologia na Saúde: contribuições epistemológicas e desafios críticos. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 3, p. e240871pt, 2024.
- BARBIERI, Carolina Luísa Alves. **Cuidado infantil e (não) vacinação no contexto de famílias de camadas médias em São Paulo/SP**. São Paulo, 2014. Tese (doutorado)-- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

BARBIERI, C. L. A.; COUTO, M. T.; AITH, F. M. A.. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. e00173315, 2017.

BARIFOUSE, Rafael. **Covid-19**: os erros que levaram centenas de cidades a suspender vacinação por falta de 2ª dose. São Paulo, 30 abril 2021. BBC News. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56952234>> Acesso em : 28 jun. 2021.

BEZERRA, Natália Almeida. **Quando a vacina entra na escola**. Brasília, 2017. Dissertação (mestrado) – Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília.

BIBLIOTECA VIRTUAL OSWALDO CRUZ. **Reforma Pereira Passos**. Postado no site da Biblioteca Virtual Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://oswaldocruz.fiocruz.br/index.php/biografia/trajetoria-cientifica/na-diretoria-geral-de-saude-publica/reforma-pereira-passos>> Acesso em: 28. jun. 2021.

BIERNARTH, André. **Falta de vacinas contra a covid-19**: os riscos da interrupção da campanha de vacinação no Brasil. São Paulo, 19 fevereiro 2021. BBC News. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56106342>> Acesso em: 28 jun. 2021.

BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 257-296, jan./jun. 2011. Acesso em: 17 mar. 2025 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832011000100009>

BRASIL. Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931. Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa, as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. **Coleção de Leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, 1931. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20109.htm>. Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 2.282, de 14 de julho de 1956. Dispõe sobre o registro de diploma de enfermeiro, expedido até o ano de 1950, por escolas estaduais de enfermagem não equiparadas nos termos do Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931, e da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 14 jul.1956. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L2822.htm>. Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 2.604 de 17 de setembro de 1955. Regula o exercício da enfermagem no Brasil. **Diário Oficial da União**, 1955. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L2604.htm#art14 Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 25 de junho de 1986. Disponível em: [planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm) Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 775 de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 13 de agosto de 1949. Disponível em: [planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/1775.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/1775.htm) Acesso em: 15 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil**. [S.l.]: Ministério da Saúde. 31 mar. 2025. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estrutura Organizacional Básica**. Ministério da Saúde, Coordenação-Geral de Inovação de Processos e Estruturas Organizacionais. 28 mai. 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/organograma/organograma-do-ms> Acesso em: 14 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Saúde Indígena. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023b. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde avança com multivacinação e iniciacampaña em mais sete estados neste sábado (30)**. [S.l.]: Ministério da Saúde, 29 set. 2023c. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/ministerio-da-saude-avanca-com-multivacinacao-e-inicia-campaña-em-mais-sete-estados-neste-sabado-30#:~:text=A%20partir%20deste%20s%C3%A1bado%20\(30,Goi%C3%A1s%20e%20em%20S%C3%A3o%20Paulo](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/ministerio-da-saude-avanca-com-multivacinacao-e-inicia-campaña-em-mais-sete-estados-neste-sabado-30#:~:text=A%20partir%20deste%20s%C3%A1bado%20(30,Goi%C3%A1s%20e%20em%20S%C3%A3o%20Paulo). Acesso em 14 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Movimento Nacional pela Vacinação**. [S.l.]: Ministério da Saúde, [2023b?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/vacinacao> Acesso em: 14 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação Compulsória**. [S.l.], [2022?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/notificacao-compulsoria#:~:text=Para%20incorporar%20um%20agravo%20ou,patr%C3%A3o%20cl%C3%ADnico%20depidemiol%C3%B3gico%20das%20doen%C3%A7as> Acesso em: 6 set. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 01**. Brasília, DF, v. 52, jan. 2021 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2021/janeiro/21/boletim-epidemiologico-svs-1.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 33**. Brasília, DF, v. 51, ago. 2020. Disponível em: <<http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/boletim-epidemiologico-SVS-33-2020.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de**

Imunizações / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 136 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020c. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações 30 anos**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 208 col.: il. – (Série C. Projetos e Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI) : 40 anos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 1** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica do Sarampo no Brasil: janeiro a dezembro. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 51, n. 6, mar. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2020/boletim-epidemiologico-vol-51-no-06.pdf> Acesso em: 05 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica do Sarampo no Brasil, Semanas Epidemiológicas 23 a 34 de 2019. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v.50, n.19, ago. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/10/BE-2019-24-Sarampo-28ago19-prelo.pdf> Acesso em: 06 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação Epidemiológica do Sarampo**. [S.l.], [2023?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sarampo/situacao-epidemiologica-do-sarampo> Acesso em: 4 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. **Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença**. 27 fev. 2020b. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20confirmou,para%20It%C3%A1lia%2C%20regi%C3%A3o%20da%20Lombardia>. Acesso em: 17 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Xuxa e Zé Gotinha se unem em campanha de multivacinação do Ministério da Saúde** [S.l.]: Ministério da Saúde, 17 ago. 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/xuxa-e-ze-gotinha-se-unem-em-campanha-de-multivacinacao-do-ministerio-da-saude> Acesso em: 24 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Xuxa e Zé Gotinha se unem em campanha de multivacinação do Ministério da Saúde** [S.l.]: Secretaria de Comunicação Social, 17 ago. 2023e. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/08/xuxa-e-ze-gotinha-se-unem-em-campanha-de-multivacinacao-do-governo-federal> Acesso em: 24 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Zé Gotinha, o maior símbolo da vacinação no Brasil**. [S.l.]: Ministério da Saúde, 28 mar. 2023f. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/ze-gotinha-o-maior-simbolo-da-vacinacao-no-brasil> Acesso em: 24 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Zé Gotinha**: Símbolo da vacinação no Brasil, tem 39 anos e foi criado pelo artista plástico Darlan Rosa em 1986. [S.l.]: Ministério da Saúde, [2023c?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/vacinacao/ze-gotinha> Acesso em: 24 abr. 2025.

BRASIL. **Relatório Final CPI da Pandemia**. Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa. Brasília: Senado Federal, 2021. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/fc73ab53-3220-4779-850c-f53408ecd592>. Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL perderá status de país livre do sarampo após caso no Pará. **JC Online**, 19 mar. 2019. Disponível em: <https://jconline.ne10.uol.com.br/canal/mundo/brasil/noticia/2019/03/19/brasil-perdetera-status-de-pais-livre-do-sarampo-apos-caso...> Acesso em: 19 mar. 2019.

BUENO, Flávia Thedim Costa. SOUTO, Ester Paiva. MATTA, Gustavo Corrêa. Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil. In: MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 27-40p. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

CAMPUS VIRTUAL DA FIOCRUZ. **Curso livre Vacinação para COVID-19: protocolos e procedimentos Técnicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz. 2021. Disponível em: < <https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/vacinas-covid19> > Acesso em 23 jun. 2023.

CANCIAN, Natália. Com registro de novo caso, Brasil perderá status de país livre do sarampo. **Folha de São Paulo**, Brasília, 19 mar. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/03/apos-novo-caso-brasil-perdetera-status-de-pais-livre-do-sarampo.shtml> Acesso em: 19 mar. 2019.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 109–124, 2003.

CARRASCO, Cristina; BORDERÍAS, Cristina, TORNS, Teresa Torns (Orgs.). **El Trabajo De Cuidados. Historia, Teoría Y Políticas**. Los libros de La Catarata/ Fuhem Ecosocial, 2011. Disponível em: https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Economia_critica/El_trabajo_de_cuidados_C._Carrasco_C._Borderias_T._Torns.pdf Acesso em: 17 mar. 2025.

CARDOSO, M. M. V. N.; MIRANDA, C. M. L.. Anna Justina Ferreira Nery: um marco na história da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 3, p. 339-348, jul. 1999.

CARLOS, D. J. D.; GERMANO, R. M.. Enfermagem: história e memórias da construção de uma profissão. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 15, n. 4, 2011. DOI: [10.35699/reme.v15i4.50350](https://doi.org/10.35699/reme.v15i4.50350). Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50350>. Acesso em: 15 fev. 2025.

CARMO, Eduardo Hage. PENNA, Gerson. OLIVEIRA, WANDERSON KLEBER DE. Emergências em saúde: conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estudos Avançados**, São Paulo v. 22. n. 64. p.19-32. 2008. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ea/a/TdDMvxtcgRt8PGL5WNSjZ8d/?format=pdf> >. Acesso em: 04 set. 2024.

CASOS suspeitos de sarampo de PE alertam para necessidade de vacinação: Seis pernambucanos com sintomas da doença estão sendo acompanhados. Todos participaram de excursão cujo monitor teve diagnóstico da doença confirmado. **OP6**, 2 ago. 2019. Disponível em: <https://www.op9.com.br/pe/noticias/casos-suspeitos-de-sarampo-de-pe-alertam-para-necessidade-de-vacinacao/> Acesso em: 6 ago. 2019.

CASTILHO, Lilian. A Enfermagem como foco principal ao sucesso da vacinação contra a COVID-19. **Revista Nursing**, 2021; 24 (274): 5344-534. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i274p5344-5345> Acesso em: 15 fev. 2025.

CASTRO, Rosana. Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v.4, n.1, jan.-jun., p.146-175, 2012.

_____. Ciências e tecnologias na pandemia de covid-19: exposições, experimentos, expectativas. In: GROSSI, Miriam Pillar, TONIOL, Rodrigo (Org.) **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p.359-362.

_____. Necropolítica e a corrida tecnológica: notas sobre ensaios clínicos com vacinas contra o coronavírus no Brasil. **Revista Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 27, n. 59, p. 71-90, jan./abr. 2021a.

_____. Pele negra, jalecos brancos: racismo, cor(po) e (est)ética no trabalho de campo antropológico. **Revista de Antropologia**. (São Paulo, Online). v. 65 n. 1: e192796. USP, 2022.

_____. **Precariedades oportunas, terapias insulares**: economias políticas da doença e da saúde na experimentação farmacêutica. 2018. 506 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

_____. Vacinas contra Covid-19: o fim da pandemia?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31(1), e310100, 2021b.

CAVALCANTE, Diogo. Pernambuco tem seis casos suspeitos de sarampo, todos de adolescentes que viajaram para Porto Seguro. **Diário de Pernambuco**, [s.l.], 1 ago. 2019. Disponível em:

<https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2019/08/pernambuco-tem-seis-casos-suspeitos-de-sarampo-todos-de-adolescentes.html> Acesso em: 1 ago. 2019.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril**: cortiços e epidemias na corte imperial. 2ªed. São: Companhia das Letras, 2017.

CHAMMÉ, Sebastião Jorge. Intervenção sanitária na saúde e doença: o avanço das discussões. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médio**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2000. p.271-283.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boi Tempo, 2021.

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO. Relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito da pandemia. 2021. Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito, Senado Federal, Brasília, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guardiã da Vacinação: Plano de ação fortalece Enfermagem na imunização. **Conselho Federal de Enfermagem**, 26 set. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/plano-de-acao-fortalece-enfermagem-na-imunizacao/> Acesso em: 15 fev. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. PNI chega aos 50 anos: Enfermagem é protagonista desta história. **Conselho Federal de Enfermagem**, 18 set. 2023. Disponível em: [cofen.gov.br/pni-chega-aos-50-anos-enfermagem-e-protagonista-desta-historia/](https://www.cofen.gov.br/pni-chega-aos-50-anos-enfermagem-e-protagonista-desta-historia/) Acesso em: 15 fev. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO. Quais as devidas funções do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do auxiliar enfermagem e quais as diferenças entre cada categoria?. **Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso**, 2

abr. 2013. Disponível em: <https://www.coren-mt.gov.br/diferenca-entre-categorias/> Acesso em: 14 fev. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. 10 enfermeiras negras que fizeram história mas não foram reconhecidas. **Conselho Regional de Enfermagem São Paulo**, 4 nov. 2021, Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/11-enfermeiras-negras-que-fizeram-historia-mas-nao-foram-reconhecidas/> Acesso em: 3 abr. 2025.

CORONAVAC provou sua eficácia contra Covid-19 no estudo clínico mais criterioso, feito com profissionais de saúde durante pico de casos. **Instituto Butantan**. 20 abr. 2022. Disponível em: < <https://butantan.gov.br/noticias/coronavac-provou-sua-eficacia-contracovid-19-no-estudo-clinico-mais-criterioso-feito-com-profissionais-de-saude-durante-pico-de-casos> > Acesso em: 20 set. 2022.

CRUZ, Adriane. A queda da imunização no Brasil. **Revista Consensus**, ano VII , n.25: 20-29, 2017. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/revistaconsensus_25_a_queda_da_imunizacao.pdf> Acesso em: 28 jun. 2021.

CUNHA M, DURAND, J-Y. Nas fronteiras do corpo, do saber e do Estado: vacinação e sociedade. In: Cunha, M, Cunha L, organizadores. *Intersecções ibéricas: margens, passagens e fronteiras*. Lisboa: 90o Graus Editora; 2008. p. 369-76.

CURIEL, Ochy. Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial. In: BUARQUE DE HOLANDA, Heloisa (Orgs.). **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. 138-161p.

DA MATTA, Roberto. O Ofício do Etnólogo ou como ter “Anthropological Blues”. In: NUNES, Edson de Oliveira (org.). **A aventura sociológica: Objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DATAFOLHA. Pesquisa Nacional. **Instituto de Pesquisa Datafolha**. Opinião pública, dossiês. São Paulo, mar. de 2021a. Disponível em: <<http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2021/03/22/6v879812aac6be2ac83138hf6379eif571n1cd.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2021.

DATAFOLHA. Pesquisa Nacional. **Instituto de Pesquisa Datafolha**. Opinião pública, dossiês. São Paulo, mai. de 2021b. Disponível em: <<http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2021/05/13/7644f5c2f4e58a541ccfda640f8e5319pndmy.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2021.

DE 'LIBERDADE' a 'jacaré':Veja as justificativas de Bolsonaro para não se vacinar. **Valor econômico**, São Paulo, 03 mai. 2023. Caderno política. Disponível em: < <https://valor.globo.com/politica/noticia/2023/05/03/relembre-7-frases-de-bolsonaro-sobre-a-vacinacao-contracovid-19.ghtml> > Acesso em: 28 jun. 2023.

DIAS DA SILVA, Cristina. De Improvisos a cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: TEIXEIRA, C. E GARNELO, L. **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 37 (suplemento 1): 1:5, 2021.

DROTBOHM, Heike. Cuidado além do reparo. **MANA** 28(1): 1-23, 2022 – Acesso em: 17 mar. 2025. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1678-49442022v28n1a206>

EM 15 FRASES, relembre desprezo de Bolsonaro no combate à pandemia da Covid-19. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 03 mai. 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2023/05/em-15-frases-relembre-desprezo-de-bolsonaro-pela-pandemia-da-covid-19.shtml> Acesso em: 08 mai. 2023.

ENGEL, Cíntia. **Partilha e cuidado das demências: entre interações medicamentosas e rotinas**. 2020. 442f. Brasília, 2020. Tese (doutorado) – Instituto de Ciências Sociais – Departamento de Antropologia Programa de PósGraduação em Antropologia da Universidade de Brasília.

ENGEL, Cíntia e FIETZ, Helena. Apresentação do Dossiê: O Cuidado e suas Matérias: diálogos entre a antropologia do cuidado e os estudos sociais da ciência e tecnologia, **Anuário Antropológico** [Online], v.48 n.1 | 2023, posto online no dia 10 abril 2023, consultado o 19 novembro 2024. URL: <http://journals.openedition.org/aa/10534> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.10534>

ESPECIAL Dia da Vacina BCG – 1º de Julho. Informação postada no Portal do Instituto Gonçalo Moniz - Fiocruz Bahia na aba Notícias da Fiocruz Bahia. 01 jul. 2021. Disponível em: <https://www.bahia.fiocruz.br/especial-dia-da-vacina-bcg-1o-de-julho/> Acesso em: 28 jun. 2023.

FALCÃO, Márcio e VIVAS, Fernanda. PF diz ao Supremo Tribunal Federal que Bolsonaro cometeu incitação ao crime quando associou vacina da Covid à Aids. **G1**, Brasília, 17 ago. 2022. Política. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2022/08/17/pf-ve-crime-de-bolsonaro-por-live-em-que-o-presidente-associa-vacina-da-covid-com-risco-de-pegar-hiv.ghtml> Acesso em: 28 jun. 2023.

FAZZIONI, Natália Helou. **Nascer e Morrer no Complexo do Alemão**: políticas de saúde e arranjos de cuidado. 2018. 207f. Rio de Janeiro, 2018. Tese (doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais/ Programa de pós-graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

FELIX, Paula; TOMAZELA, José Maria. Nº de casos de sarampo aumenta para 633 em SP; duas novas cidades entram no mapa da doença: Capital concentra 76% dos casos; campanha em 15 cidades foca em jovens de 15 a 29 anos. **O Estado de São Paulo**, [s.l.], 30 jul. 2019. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/saude/numero-de-casos-de-sarampo-sobe-para-633-em-sao-paulo/> Acesso em: 6 ago. 2019.

FERNANDEZ, Michelle Vieira; PINTO, Héider Aurélio. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à covid-19. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 6, n. 2Sup, p. 211-225, 2020.

Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3150>. Acesso em: 03 out. 2024.

FERREIRA, S. C.. Do perigo de se criar heróis: a desumanização dos profissionais da saúde em meio à pandemia. **Debates em Educação**, Maceió, v. 12, n. 28, set./dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.28998/2175-6600.2020v12n28p63-76> Acesso em: 15 fev. 2025.

FIDLER, DAVID. Vaccine nationalism's politics. **Science**, New York, v. 369, n. 6505, p. 749, 2020.

FIETZ, HELENA MOURA. **Deficiência e Práticas de Cuidado: uma etnografia sobre "problemas de cabeça" em uma bairro popular'** 29/02/2016 114 f. Mestrado em Antropologia Social Instituição De Ensino: Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre Biblioteca Depositária: Biblioteca Setorial De Ciências Sociais E Humanidades.

FLEISCHER, Soraya. Cenas de microcefalia, de cuidado, de antropologia (Recife, setembro de 2017). **Cadernos de campo**, São Paulo, vol. 27, n.1, 2018. 118-131p. Disponível em: DOI 10.11606/issn.2316-9133.v27i1p118-131 Acesso em: 17 mar. 2025.

FORMENTI, Lígia. Brasil vai perder certificado de país livre do sarampo. **UOL Notícias**, Brasília, 19 mar. 2019. Disponível: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2019/03/19/brasil-perdera-certificado-de-pais-livre-do-sarampo.htm> Acesso em: 06 set. 2024.

FREIRE, Lucas. Subnotificação e negacionismo: o que conta como real em uma (in)visível pandemia. In: GROSSI, Miriam Pillar, TONIOL, Rodrigo (Org.) **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p.363-367

FONSECA, Claudia; SÁ, Guilherme J. S. Apresentação: Ciência, poder e ética: implicações e desdobramentos antropológicos. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 7-23, jan./jun. 2011.

FORMIGA, J. M. M.; GERMANO, R. M.; Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, 2005 mar-abr; 58(2):222-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000200019> Acesso em: 14 fev. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A Revolta da Vacina**. Postado em: 25 abr. 2005 no site da Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>> Acesso em: 28 jun. 2021.

GALLEGUILOS, T. G.B.; OLIVEIRA, M.A. DE C.. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.35, n.1, p. 80-887, mar. 2001.

GANDRA EC, SILVA KL, PASSOS HR, SCHRECK RSC. A Enfermagem brasileira e a pandemia de Covid-19: desigualdades em evidência. **Esc Anna Nery** 2021;25(spe):e20210058. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0058> Acesso em: 6 fev. 2025.

GARRABÉ, Laure. **Suspensão das atividades no PPGA-UFPE e demais informações importantes** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <flavia.martinsvieira@gmail.com> em 17 mar. 2020. Disponível em: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#search/Suspens%C3%A3o+das+atividades+no+PPGA-UFPE+e+demais+informa%C3%A7%C3%B5es+importantes/FMfcgxwHMPkCDvXDCCDztBkBkDHFdCpp> Acesso em: 17 set. 2024.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W. (org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GIELOW, Igor. Coronavac tem eficácia de 78% contra a Covid-19 em estudo no Brasil. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 7 jan. 2021. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/01/coronavac-tem-eficacia-de-78-contra-a-covid-19-em-estudo-no-brasil.shtml>> Acesso em: 19-09-2022.

GODINHO MLSC, SILVA AS, PIETRAFESA GAB. Nursing as a player in tackling vaccine hesitancy and refusal. *Rev Bras Enferm.*2024(Suppl 1):e77suppl101. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202477suppl101pt> Acesso em: 14 fev. 2025.

GONZALEZ, Lélia. **Por um Feminismo Afro-Latino-Americano: Ensaios, Intervenções e Diálogos**. RIOS, Flávia; LIMA, Márcia (Orgs.). Rio Janeiro: Zahar. 375 pp. 2020.

GOVERNO FEDERAL. **Cartilha Piso Nacional da Enfermagem**. Governo Federal, Ministério da Saúde. Brasília, 2024. 3ª ed. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Cartilha-Piso-da-enfermagem-3-ed.pdf> Acesso em: 28 mar. 2025.

GROSSI, Miriam Pillar, TONIOL, Rodrigo (Org.) **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. 718 p.

HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado. **Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 13, n. 24, p. 53-64, 2016. Acesso em: 17 mar. 2025 Disponível em: <<https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/5-sur-24-por-helena-hirata.pdf>>.

HIRATA, Helena e GUIMARÃES, Nadya (Orgs.). **Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2012.

HOCHMAN, Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 375-386, Feb. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2019.

IMUNIZAÇÃO contra a Covid-19: documentos e tira-dúvidas. Informação postada no site da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. 06 set. 2022. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/imunizacao-contra-covid-19-documentos-e-tira>> Acesso em: 19 set. 2022.

ITÁLIA tem recordes de mortes por coronavírus em 24h. **UOL Notícias**, Roma, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/20/italia-tem-recorde-de-mortes-por-coronavirus-em-24h.htm> Acesso em: 19 set. 2024.

LANGDON, Esther Jean; FÓLLER, Maj-Lis; MALUF, Sônia Weidner. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais », **Anuário Antropológico** [Online], I | 2012, posto online no dia 01 outubro 2013, consultado no dia 23 setembro 2019. URL : <http://journals.openedition.org/aa/254> ; DOI : 10.4000/aa.254

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença**. Trad. Valter Lellis Siqueiral. 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LATOUR, Bruno. Give Me a Laboratory and I will Raise the World. In: K. KNORR-CETINA, K and MULKAY, M. (eds.), **Science Observed: Perspectives on the Social Study of Science**. Londres: Sage, 1983. p. 141-170.

LEITE, Cinthya. Pernambuco vacinou 67% com 2ª dose contra sarampo, quando o ideal é 95%: Mesmo sem casos, Estado precisa elevar taxas de cobertura da vacina, especialmente após o Brasil perder a certificação da eliminação do sarampo. **JC Online**, [s.l.], 21 mar. 2019. Disponível em: https://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/saude/noticia/2019/03/21/pernambuco-vacinou-67_porcento-com-2-dose-contra-s Acesso em: 27 mai. 2019.

LERNER, Kátia. CARDOSO, Janine Miranda. CLÉBICAR, Tatiana. Covid-19 nas Mídias medo e confiança em tempos de pandemia. In: MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., e SEGATA, J., (Orgs.) **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, p.221-233. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P.; A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**, v. 17, n. 1, jan. a jun. 2018.

LONGO, André. A arma contra o sarampo é a vacina. **Diário de Pernambuco**, 9 ago. 2019. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/opiniaio/2019/08/a-arma-contra-o-sarampo-e-a-vacina.html> Acesso em: 28 ago. 2019.

LOPES, Myriam Bahia. O sentido da vacina ou quando prever é um dever. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, III (1): 65-79, mar-jun. 1996.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil**. Rio de Janeiro : NERHUS - DAPS -ENSP/Fiocruz, 2017. 748 p.

MACIEL E; DOMINGUES C; KERR L; GARRETT D; FERNANDEZ; M, DALCOMO M. Vacinação contra COVID-19 no Brasil. **Rede Brasileira de Mulheres Cientistas 2021**; Nota Técnica 4. 2021. Disponível em: <https://mulherescientistas.org/wp-content/uploads/2021/05/Nota-Tecnica-4-Vacinacao.pdf> . Acesso em 14 fev. 2025.

MACIEL, E; FERNANDEZ, M., CALIFE, K., GARRETT, D., DOMINGUES, C., KERR, L., & DALCOLMO, M. A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 951–956, mar. 2022.

MAKARENKO, C.; SAN PEDRO, A.; PAIVA, N.S.; MEDRONHO, R.A.; GIBSON, G.; Ressurgimento do sarampo no Brasil: análise da epidemia de 2019 no estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. 2022; 56:50. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003805> Acesso em: 06 set. 2024.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo, Abril.1978 (1922).

MALUF, Sonia. W.; SILVA, . Érica Q.; SILVA, Marcos. A. da. Antropologia da saúde: entre práticas, saberes e políticas. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, [S. l.], n. 91, p. 1–38, 2020. Disponível em: <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/495>. Acesso em: 12 set. 2022.

MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221p. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

MATOS, Silvana Sobreira. “Unidos pelo contágio?” novas precarizações das famílias que têm filhos com a síndrome congênita do zika vírus em tempos de pandemia da covid-19. In: GROSSI, Miriam Pillar, TONIOL, Rodrigo (Org.) **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p.632-636.

MATOS, Silvana S.; SILVA, Ana Cláudia Rodrigues da. **Rev. Cadernos de Campo** (São Paulo, online) | vol.29, (suplemento), p.329-340 | USP 2020. Acesso em: 17 mar. 2025. Disponível em: **DOI** 10.11606/issn.2316-9133.v29isuplp329-340

MENDES, Amanda. **Brasil recebe certificado de eliminação do sarampo**. [S.l.]: Ministério da Saúde, 27 set. 2016. Atualizado em 1 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2016/setembro/brasil-recebe-certificado-de-eliminacao-do-sarampo> Acesso em: 4 set. 2024.

MENEZES, Simone dos Santos; BAPTISTA, Suely de Souza; BARREIRA, Ieda de Alencar. O perfil das(os) alunas(os) de enfermagem da Escola Anna Nery: décadas de 20, 30 e 90. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.2, n.1/2, abr./set.1998. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v2n1-2a05.pdf> Acesso em: 17 mar. 2025.

MINAYO, Maria Cecília Souza de. Construção da identidade da antropologia na área da saúde: o caso brasileiro. In: Alves, Paulo César e Rabelo, Miriam Cristina (Orgs.). **Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora Relume Dumará, 1998, p. 29-46.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC EDITORA, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Apresentação dos dados de vacinação e das ações para ampliar a cobertura vacinal no Brasil**. Youtube, 19 dez. 2023a. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=g2VEXZAJYmM> Acesso em 14 fev. 2025.

MINISTÉRIO aumenta nível de alerta para sarampo no País: até a semana passada, haviam sido confirmados no País 646 casos de sarampo, em 8 estados. **JC Online**, 6. ago. 2019. Disponível em: <https://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/saude/noticia/2019/08/06/ministerio-aumenta-nivel-de-alerta-para-sarampo-no-pa...> Acesso em: 6 ago. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil reverte tendência de queda nas vacinas e 8 imunizantes do calendário infantil registram alta em 2023**. [S.l.]: Agência Gov, 19 dez. 2023b. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202312/brasil-reverte-tendencia-de-queda-nas-coberturas-vacinais-e-oito-imunizantes-do-calendario-infantil-registram-alta-em-2023> Acesso em 14 fev. 2025

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informe nº 36, de 24 de janeiro de 2019. **Situação do sarampo no Brasil – 2019**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/Informe-Sarampo-n36-24jan19aed.pdf> Acesso em: 2 set. 2019.

MOL, Annemarie; MOSER, Ingunn; POLS, Jeannette. Cuidado: Colocando a prática na teoria. **Novos Debates**, [S. l.], v. 9, n. 1, 2024. DOI: 10.48006/2358-0097/V9N1.E9101. Disponível em: <https://novosdebates.abant.org.br/revista/index.php/novosdebates/article/view/348>. Acesso em: 17 mar. 2025.

MOLINIER, Pascale. Ética e trabalho do care. In: HIRATA, Helena e GUIMARÃES, Nadya (Orgs.). **Cuidado e Cuidadoras**: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2012. 29-43p.

MOREIRA, M. C. N. The Rockefeller Foundation and the construction of a professional identity in nursing during Brazil's first Republic. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, v(3): 621-45, Nov. 1998-Feb. 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000100005> Acesso em: 15 fev. 2025.

MOREIRA, A.; PORTO, F.; OGUISSO, T. Registros noticiosos sobre a escola profissionais de enfermeiros e enfermeiras na revista “O Brazil-Médico”, 1890-1922. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n.4, p. 402-407, dez. 2002.

MOULIN, Anne Marie. A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, vol. 10 (suplemento 2): 499-517, 2003.

N-1 EDIÇÕES. **Pandemia crítica**. N-1 Edições, 2020. Disponível em: <https://n-1edicoes.org/leituras/pandemia-critica/>. Acesso em: 02 out. 2024.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei.; PASSOS, Raquel Gouveia. A Divisão Sociossexual E Racial Do Trabalho No Cenário De Epidemia Do Covid-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti. **Caderno CRH**, [S. l.], v. 33, p. e020029, 2020. Disponível em: DOI: 10.9771/ccrh.v33i0.36118. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/36118>. Acesso em: 17 mar. 2025.

NUNES, Leticia. A cobertura vacinal no Brasil 2020. **Panorama IEPS - Os Relatórios do IEPS**. Instituto de Estudos e Pesquisas para Políticas de Saúde. São Paulo: 2021. Disponível em: < https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Panorama_IEPS_01.pdf > Acesso em: 28 jun. 2021.

OGUISSO, T. ; CAMPOS, P. F. DE. S.; MOREIRA, A. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Rev. Enfermagem em Foco**, 2011; 2(supl):68-72. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/85/71> Acesso em 14 fev. 2025.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**. São Paulo, USP, v.39, n.1, p. 13-37, 1996.

OMS define 2020 como ano internacional dos profissionais de enfermagem e obstetria. **Organização Mundial da Saúde**, [S.l.], 3 jan. 2020. Disponível em: paho.org/pt/noticias/3-1-2020-oms-define-2020-como-ano-internacional-dos-profissionais-enfermagem-e-obstetria Acesso em: 28 mai. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades**: Módulo 2: Saúde e doença na população. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 48 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS confirma que Covid-19 é agora caracterizada como pandemia**. [S.l.]: Organização Pan-Americana Saúde; Organização Mundial da Saúde, 11 mar. 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic> Acesso em: 17 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. [S.l.]: Organização Pan-Americana Saúde; Organização Mundial da Saúde, 30 jan. 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus> Acesso em: 19 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. [S.l.]. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde, 05 mai. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente#:~:text=%C3%A0%20COVID%2D19-,OMS%20declara%20fim%20da%20Emerg%C3%Aancia%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica,Internacional%20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19&text=Bras>

%C3%ADlia%2C%205%20de%20maio%20de,)%20referente%20%C3%A0%20COVID%2D19. Acesso em: 28 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Histórico da pandemia de COVID-19**. [S.l.]: Organização Pan-Americana Saúde, Organização Mundial da Saúde, [2020?]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos.> Acesso em: 17 set. 2024.

PADILHA, M. I. C. DE S.. As representações da história da enfermagem na prática cotidiana atual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n.3, p. 443-454, jul. 1999.

PAVA A.M.; NEVES, E. B.; A arte de ensinar enfermagem: uma história de sucesso. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 145-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100021> Acesso em: 14 fev. 2025.

PEIRANO, Mariza. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 20, n. 42, p. 377-391, jul./dez. 2014. Acesso em: 17 mar. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-71832014000200015>

PÉRCIO, Jadher.; FERNADES, Gatti Eder; MACIEL, Ethel Leonor; LIMA, Nísia Verônica Trindade de. 50 anos do Programa Nacional de Imunizações e a Agenda de Imunizações 2023. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 32(3):e20231009, 2023.

PEREIRA, Paulo Fábio. **Homens na enfermagem**: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional. Porto Alegre, 2008. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 104pp.

PERNAMBUCO confirma os quatro primeiros casos de sarampo de 2019: De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, dois doentes que tiveram exames laboratoriais confirmados são do Recife e dois, de Caruaru, no Agreste. **G1PE**, 15 ago. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2019/08/15/pernambuco-confirma-os-quatro-primeiros-casos-de-sarampo-de-2019> Acesso em: 23 ago. 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Plano de Operacionalização Para Vacinação Contra a Covid-19 no Estado de Pernambuco**. Versão 01. Pernambuco, jan. 2021. 1ª edição – Pernambuco, 2021.29p.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Plano de Operacionalização Para Vacinação Contra a Covid-19 no Estado de Pernambuco**. Versão 07. Pernambuco, mai. 2022. 1ª edição – Pernambuco, 2022. 49p.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria-Geral de Vigilância de Doenças Transmissíveis. **Nota Técnica Nº04/2019 Alerta: Casos suspeitos de sarampo importados**. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Diretoria-Geral de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 31 jul. 2019a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. **Superintendência de Imunizações e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis**. [S.l.], [2022?]. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/superintendencia-de-imunizacoes-e-vigilancia-das> Acesso em: 2 mar. 2023.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria-Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde. **Perfil Socioeconômico, Demográfico e Epidemiológico: Pernambuco 2016**. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria-Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde, 1ª ed. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. **Encontro reúne profissionais para discutir sobre o sarampo**. 30 set. 2019b. Disponível em: <https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/encontro-reune-profissionais-para-discutir-0> Acesso em: 06 set. 2024.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. **Pernambuco inicia campanha contra o sarampo**. [S.l.]: Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, 4 out. 2019c. Disponível em: <https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/pernambuco-inicia-campanha-contra-o-sarampo> Acesso em 5 set. 2024.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. **Sábado é dia D de vacinação contra o sarampo**. [S.l.]: Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, 17 out. 2019d. Disponível em: <https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/sabado-e-dia-d-de-vacinacao-contra-o-sarampo> Acesso em 5 set. 2024.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. **Sarampo: V GERES distribuiu mais de 14 mil doses da vacina**. [S.l.]: Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, 25 nov. 2019e. Disponível em: <https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/sarampo-v-geres-distribuiu-mais-de-14-mil-doses> Acesso em 5 set. 2024.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. **Sarampo: recomendação de vacina para 9 cidades**. [S.l.]: Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, 16 ago. 2019f. Disponível em: <https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/sarampo-recomendacao-de-vacina-para-9-cidades> Acesso em: 5 set. 2024.

PETRA, Priscila Cardia. PAIVA, Ester. ALMEIDA, Celita. VIEIRA, Flávia. FERNANDEZ, Michelle. MATTA, Gustavo. Comunicação em Saúde no Instagram da Prefeitura do Rio de Janeiro: análise das estratégias da vacinação contra a covid-19. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 571-

587, jul.-set, 2024. Disponível em:

<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/4182> Acesso em: 03 out. 2024.

PIMENTA, Denise. **O cuidado perigoso**: tramas de afeto e risco na Serra Leoa (A epidemia do ebola contada por mulheres, vivas e mortas). São Paulo, 2019. 351 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Antropologia.

PIMENTA, Denise. Pandemia é coisa de mulher: breve ensaio sobre o enfrentamento de uma doença a partir das vozes e silenciamentos femininos dentro das casas, hospitais e na produção acadêmica. **Tessituras**. Pelotas, 2020. p.8-19.

PIMENTEL, Isabela. Mudando a história: parcerias que alteraram a situação do sarampo no país. [S.l.]: **Fiocruz**, 16 set. 2014. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/811-mudando-a-historia-parcerias-alteraram-a-situacao-do-sarampo-no-pais> Acesso em: 6 set. 2024.

PINTO, Célia R. Jardim. As ciências e o conhecimento como ameaças. In: GROSSI, Miriam Pillar, TONIOL, Rodrigo (Org.) **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p. 355-358.

PIRES, Denise. A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009 set-out; 62(5): 739-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015> Acesso em: 14 fev. 2025.

PONTE, Carlos Fidelis. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, vol. 10 (suplemento 2): 619-53, 2003.

PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. **Covid-19**: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, 472 p. <https://doi.org/10.7476/9786557081587>.

PORTO, F.; OGUISSO, T. Nome da “Mãe dos brasileiros”. **Revista Enfermagem em Foco** 2011; 2(supl):77-80. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/87/73> Acesso em: 14 fev. 2025.

RADIS: publicação impressa e online da Fundação Oswaldo Cruz, editada pelo Programa Radis de Comunicação e Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: n. 196, jan. 2019.

RECIFE ganha nova sede para o Programa Municipal de Imunizações. **Portal Folha de Pernambuco**. 21 jun. 2021. Disponível em: < <https://www.folhape.com.br/noticias/recife-ganha-nova-sede-para-o-programa-municipal-de-imunizacoes/187924/> > Acesso em: 19 set. 2022.

RECIFE passa a oferecer vacinação contra Covid em 22 unidades de saúde e anuncia nova etapa de agendamento. **Portal G1**, 1 jan. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/peernambuco/noticia/2022/01/01/recife-passa-a-oferecer-vacinacao-contracovid-em-22-unidades-de-saude-e-anuncia-nova-etapa-de-agendamento.ghtml> Acesso em: 14 fev. 2025.

RECIFE vacina população contra a Covid-19 em shoppings da região e sem necessidade de agendamento. **CBN Recife**, Recife, 29 nov. 2021. Disponível em: <https://www.cbnrecife.com/artigo/recife-vacina-populacao-contracovid-19-em-shoppings-da-regiao-e-sem-necessidade-de-agendamento> Acesso em 14 fev. 2025.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Organograma**. 2024. Disponível em: https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/organograma_-_sesau_2024.pdf Acesso em: 14 fev. 2025.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Prefeitura do Recife lança ação de verão com nova estratégia de vacinação contra covid para atender banhistas da orla**. 7 jan. 2022. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/07/01/2022/prefeitura-do-recife-lancaacao-de-verao-com-nova-estrategia-de-vacinacao-contracovid> Acesso em: 14 fev. 2025.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Prefeitura do Recife lança ‘carro da vacina’ para imunizar população contra covid-19 sem agendamento**. 20 nov. 2021. Disponível em: < <https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/20/11/2021/prefeitura-do-recife-lanca-carro-da-vacina-para-imunizar-populacao-contracovid> > Acesso em: 19 set. 2022.

ROHDEN, Fabíola. MONTEIRO, Marko. Para além da ciência e do antropos: deslocamentos da antropologia da ciência e da tecnologia no Brasil. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, n. 89, 2019 (publicada em agosto de 2019), pp. 1-33.

ROSSI, Amanda. Contágio rápido e silencioso: a matemática do vírus. **Revista Piauí**, [s.l.], 31 jan. 2020. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/contagio-rapido-e-silencioso-matematica-do-coronavirus/> Acesso em: 16 fev. 2021.

SAEZ, Oscar Calavia. **Esse obscuro objeto de pesquisa**: um manual de método, técnicas e teses em antropologia. Ilha de Santa Catarina. 224 p. 2013.

SALDIVA, Paulo. Pandemia é coisa de cidade. **Revista Piauí**, [s.l.], 21 ju. 2021. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/pandemia-e-coisa-de-cidade/> Acesso em: 19 set. 2022.

SANTOS, A. G.; SANNA, M. C.. A participação da enfermeira na campanha de erradicação da Varíola no Estado de São Paulo no período 1968-1973. **Escola Anna Nery**, 10(3), 470–477, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300016> Acesso em: 14 fev. 2025.

SANTOS F. B. O.; CARREGAL, F. A. S.; SCHRECK, R.S. C.; MARQUES RC, PERES MAA. Padrão Anna Nery e perfis profissionais de enfermagem possíveis para enfermeiras e

enfermeiros no Brasil. **Hist enferm Rev eletrônica** [Internet]. 2020;11(1):10-21. Disponível em: <https://here.abennacional.org.br/here/v11/n1/a1.pdf> Acesso em: 15 fev. 2025.

SANTOS, F. B. O.; PERES, M. A. A.; OLIVEIRA, D. M.; FERRAZ, C. M. L. C.; SCHRECK, R. S. C.. Imunização e sua historia sob as lentes da Enfermagem. In: SILVA TMR, LIMA MG, (Orgs.). **Estratégias de vacinação contra a COVID-19 no Brasil: capacitação de profissionais e discentes de enfermagem**. Brasília, DF: Editora ABen; 2021. P 21-30. (Serie enfermagem e pandemias, 6). Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.21.e08.c03> Acesso em: 14 fev. 2025.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Instituto Butantan. **Conheça a história do Zé Gotinha: de ícone da vacinação a celebridade nacional**. [S.l.]: Governo do Estado de São Paulo, Instituto Butantan, 19 abr. 2023. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/conheca-a-historia-do-ze-gotinha-de-icone-da-vacinacao-a-celebridade-nacional> Acesso em: 24 abr. 2025.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Instituto Butantan. **Entenda por que algumas vacinas são dadas apenas na infância, adolescência, fase adulta ou idosa**. [S.l.]: Governo do Estado de São Paulo, Instituto Butantan, [s.d.]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/entenda-por-que-algumas-vacinas-sao-dadas-apenas-na-infancia-adolescencia-fase-adulta-ou-idosa#:~:text=Isso%20acontece%20porque%20as%20vacinas,os%20menores%20de%20cinco%20anos>. Acesso em: 09 mai. 2025.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Instituto Butantan. **Qual a diferença entre SARS-CoV-2 e Covid-19? Prevalência e incidência são a mesma coisa? E mortalidade e letalidade?**. [S.l.]: Governo do Estado de São Paulo, Instituto Butantan, [2021?]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/qual-a-diferenca-entre-sars-cov-2-e-covid-19-prevalencia-e-incidencia-sao-a-mesma-coisa-e-mortalidade-e-letalidade> Acesso em: 17 set. 2024.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Mônica Calazans conta a emoção de ter sido a 1ª vacinada contra a covid-19 no Brasil**. 24 jan. 2021. Disponível em: < <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/noticias/307750> > Acesso em: 02 ago. 2025.

SÃO PAULO tem surto de sarampo e já contabiliza 32 casos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 18 jun. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/06/sao-paulo-tem-surto-de-sarampo-e-ja-contabiliza-32-casos.shtml> Acesso em: 18 jun. 2019.

SARTI, Cynthia. Corpo e Doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.25, n.74, out. 2010.

SARTI, Cynthia. Prefácio. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (Orgs). **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamonf, 2014. p.7-10.

SATO, Ana Paula Sauyuri. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Revista Saúde Pública**, 52:96, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rsp/a/CS5YRcMc3z4Cq4QtSBDLXXG/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 28 jun. 2021.

SCHUELER, Paulo. **Infecção por sarampo aumentou em 2019**. Postado em 17 nov. 2020 no site da Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/infeccao-por-sarampo-aumentou-em-2019>> Acesso em: 28 jun. 2021.

SCOTT, R. P.; LIRA, Luciana C.; MATOS Silvana S.; SOUZA Fernanda M.; SILVA Ana Cláudia R.; QUADROS Marion T. Itinerários terapêuticos, cuidados e atendimento na construção de ideias sobre maternidade e infância no contexto da Zika. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 673–684, jul. 2018. Acesso em: Disponível em: DOI: 10.1590/1807-57622017.0425

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. **Campanha de Multivacinação**. Youtube, 18 ago. 2023. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=h4F_pKN7nZQ Acesso em 24 abr. 2025.

SERVIÇOS afetados pelo coronavírus em Pernambuco. **G1**, 18 mar. 2020. Disponível em: g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/03/18/coronavirus-em-pernambuco-aulas-suspensas-restricao-a-servicos-veja-situacao-apos-medidas-contra-a-pandemia.ghtml Acesso em: 17 mai. 2024.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina**: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

SILVA, Ana Cláudia Rodrigues da. O Cuidado Negro: mulheres negras profissionais da/na saúde no contexto da Pandemia da Covid-19. **Novos Debates**, 8(1), 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.48006/2358-0097/V8N1.E8103> Acesso em: 15 fev. 2025.

SILVA, Ana Cláudia Rodrigues da.; LEMOS, Ana Carla da S. “Raça e Saúde”: mulheres negras profissionais de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n.3, p. e240356pt, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024240356pt> Acesso em: 17 mar. 2025.

SILVA, R. M. DA ., VIEIRA, L. J. E. DE S., GARCIA FILHO, C., BEZERRA, I. C., CAVALCANTE, A. N., BORBA NETTO, F. C. DE ., & AGUIAR, F. A. R.. Precarização do mercado de trabalho de auxiliares e técnicos de Enfermagem no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 135–145, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28902019> Acesso em: 28 mar. 2025.

SOBRAL, S.. Atuação da enfermeira em campanha de vacinação contra a paralisia infantil e o sarampo. **Revista Brasileira De Enfermagem**, 31(4), 449–465. 1978. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-716719780004000004> Acesso em: 14 fev. 2025.

SOUTO, E. P., FERNANDEZ, M. V., ROSÁRIO, C. A., PETRA, P. C., & MATTA, G. C.. Hesitação vacinal infantil e COVID-19: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. **Cadernos De Saúde Pública**, 40(3), e00061523, 2024. Acesso em: 12 mai. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT061523>

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. **A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia.** 2007. 389 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

SOUZA CAMPOS, Paulo Fernando de. Enfermeiras da *Legião negra*: representações da enfermagem na Revolução Constitucionalista de 1932. **Faces de Eva**, N.º 33, Edições Colibri / Universidade Nova de Lisboa, 2015, 53-67. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/eva/n33/n33a07.pdf> Acesso em: 15 fev. 2025.

SOUZA CAMPOS, Paulo Fernando de; OGUISSO, Taka; FREITAS, Genival Fernandes de. Cultura dos cuidados: mulheres negras e formação da enfermagem profissional brasileira”. **Cultura de los cuidados.** Ano XI, n. 22 (2. semestre 2007), p. 33-39. 2007.

SOUZA E SOUZA L.P.S; SOUZA, A.G.. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? **J. nurs. Health.** 020;10(n.esp.):e20104005. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.18444> Acesso em: 15 fev. 2025.

TEMPORÃO, José Gomes. O Programa Nacional de Imunizações: origens e desenvolvimento. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, vol 10. (suplemento 2): 601-17, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/XqLKLcj6NYjHdywSF6XPRZs/abstract/?lang=pt> Acesso em: 28 jun. 2021.

TRABALHADORA da saúde denuncia agressão durante vacinação contra Covid-19 na BA: 'Disse que eu tinha que calar a boca'. **TV Bahia**, 14 jun. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2021/06/14/trabalhadoras-da-saude-denunciam-agressao-durante-aplicacao-da-vacina-contracovid-19-em-salvador.ghtml> Acesso em: 14 fev. 2025.

TRÊS profissionais da saúde que trabalham na vacinação da Covid já registraram BO por agressões verbais e difamação em Cuiabá. **G1 Mato Grosso**, 12 ago. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2021/08/12/tres-profissionais-da-saude-que-trabalham-na-vacinacao-da-covid-ja-registraram-bo-por-agressoes-verbais-e-difamacao-em-cuiaba.ghtml> Acesso em: 14 fev. 2025.

TYRRELL, M. A. R.; SANTOS, T. C. F.. Setenta anos de vida universitária da Escola de Enfermagem Anna Nery: uma breve reflexão. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 1, p. 138–142, mar. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000100020> Acesso em: 14 fev. 2025.

UNICEF. COVID-19 vaccinations shift to regular immunisation as COVAX draws to a close UNICEF, 19 dez. 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/supply/press-releases/covid-19-vaccinations-shift-regular-immunisation-covax-draws-close>. Acesso em: 14 fev. 2025.

VACINA contra a Covid-19: veja países que já começaram a imunização, G1, [s.l.], 22 dez. 2020. Bem-esatr. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2020/12/22/vacina-contracovid-19-veja-paises-que-ja-comecaram-a-imunizacao.ghtml> Acesso em 07 out. 2024.

VACINAS Covid-19. Informação postada no Site da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária no hiperlink ‘Tudo sobre vacinas’. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/vacinas> > Acesso em: 20 set. 2022.

VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan Reynolds. O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. **Sociedade e Cultura**, v. 14, n. 2, 2011. p. 457-472. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fcs/article/view/17624/10573> Acesso em: 19 de set. 2022.

VARELLA, Drauzio. O fantasma da varíola. **UOL**, 05 jun. 2019. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/o-fantasma-da-variola-artigo/>> Acesso em: 23 ago. 2019.

VEÍCULOS de comunicação formam parceria por transparência em dados de covid. **UOL**, São Paulo, 08 jun. 2020. Caderno Saúde. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/08/veiculos-de-comunicacao-formam-parceria-por-transparencia-a-dados-de-covid.htm> Acesso em 03 out. 2024.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, Flávia Maria Martins. **Profissionais de saúde em contextos indígenas: uma perspectiva antropológica**. 2019. 135f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, 2019.

WERMELINGER, Mônica; VIEIRA, Monica; MACHADO, Maria Helena. Evolução da formação na equipe de enfermagem: para onde aponta a tendência histórica?. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 56, p. 134-147, dez. 2016. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/884448/evolucao-da-formacao-na-equipe-de-enfermagem-para-onde-aponta-a_UjVCGQ9.pdf Acesso em: 15 fev. 2025.

ZORZETTO, Ricardo. As razões da queda na vacinação. São Paulo, n. 270, p.19-24, ago, 2018. **Revista Pesquisa FAPESP**. Disponível em: <<https://revistapesquisa.fapesp.br/as-razoes-da-queda-na-vacinacao/> > Acesso em: 26 fev. 2021.

APÊNDICE A – CARTAS DE APRESENTAÇÃO 2021 E 2022

Cartas de apresentação utilizadas em campo (com dados sensíveis suprimidos):



CARTA DE APRESENTAÇÃO

Venho, por meio desta, apresentar **Flávia Maria Martins Vieira** para realização de atividades acadêmicas e profissionais.

Flávia é estudante do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco desde o primeiro semestre de 2020, momento em que começamos a orientá-la em seu curso de doutorado e no desenvolvimento de sua pesquisa intitulada: *Por que vacinar? um estudo antropológico sobre os usos e sentidos da vacinação*. O objetivo da pesquisa é compreender como os usos e sentidos da vacinação se constroem no contexto da pandemia do Covid-19.

Este projeto de pesquisa está em fase inicial. No momento, Flávia está realizando uma etapa de sondagem, buscando reunir um primeiro conjunto de dados e relatos de experiências sobre vacinação a fim de aprimorar seu projeto e submetê-lo à qualificação. Para isso, está realizando entrevistas curtas com algumas pessoas que tenham disponibilidade para falar sobre a sua experiência de se vacinar ou sobre a organização local da vacinação.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade e atenção em colaborar com esta etapa da pesquisa. Qualquer dúvida, pode entrar em contato conosco através do número de telefone informado. Seguimos à disposição.

Recife, 5 de março de 2021.

Orientadora
Marion Teodósio Quadros
Professora Associada IV
Departamento de Antropologia e Museologia/
Programa de Pós Graduação em Antropologia da UFPE

Programa de Pós-Graduação em Antropologia - CFCH - UFPE
Cidade Universitária - Recife - PE - Av. Prof. Moraes Rego, 1235
CEP-50670-901 Fone : (81) 2126-8286 / 2126-8282
E-mail: antropologiappgaufpe@gmail.com



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO



CARTA DE APRESENTAÇÃO

Venho, por meio desta, apresentar **Flávia Maria Martins Vieira** para realização de atividades acadêmicas e profissionais.

Flávia é estudante do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco desde o primeiro semestre de 2020, momento em que começamos a orientá-la em seu curso de doutorado e no desenvolvimento de sua pesquisa intitulada: *Por que vacinar? um estudo antropológico sobre os usos e sentidos da vacinação*. O objetivo da pesquisa é compreender como se conformam os usos e sentidos atribuídos por profissionais de saúde às vacinas anticovid e as vacinas do calendário nacional de vacinação a partir do ano de 2020 e do contexto da pandemia da Covid-19.

Este projeto de pesquisa está em andamento. No momento, Flávia está realizando uma etapa de contato com possíveis interlocutoras/es da pesquisa e planejando o trabalho de campo. Para isso, está realizando visitas tanto em unidades de saúde do município de Recife como também em repartições administrativas responsáveis pelo Programa Nacional de Imunizações no município. O principal objetivo destas visitas é conhecer os profissionais de saúde das unidades e repartições de saúde contactados, apresentar a proposta de pesquisa e saber se são receptivos a participar desta pesquisa de cunho antropológico. Em caso positivo, Flávia dará prosseguimento aos trâmites éticos e burocráticos exigidos para a pesquisa e, apenas mediante as autorizações necessárias, Flávia retornará as unidades e repartições a fim de desenvolver a pesquisa de campo.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade e atenção em colaborar com esta etapa da pesquisa. Qualquer dúvida, pode entrar em contato conosco através do número de telefone informado. Seguimos à disposição.

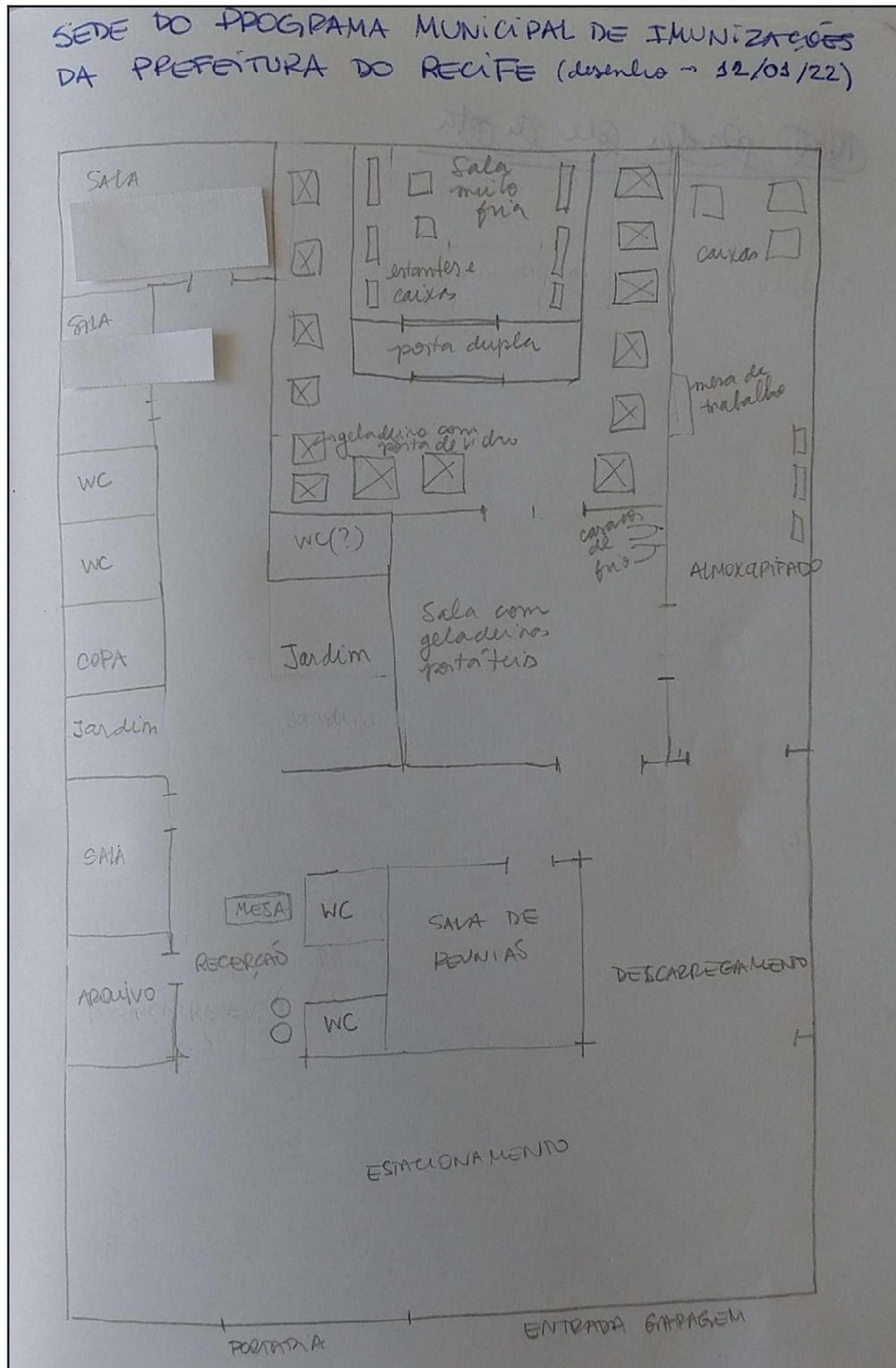
Recife, 7 de outubro de 2022.

Orientadora
Marion Teodósio Quadros
Professora Associada IV
Departamento de Antropologia e Museologia/
Programa de Pós Graduação em Antropologia da UFPE

Programa de Pós-Graduação em Antropologia - CFCH - UFPE
Cidade Universitária - Recife - PE - Av. Prof. Moraes Rego, 1235
CEP-50670-901 Fone : (81) 2126-8286 / 2126-8282
E-mail: antropologiappgafupe@gmail.com

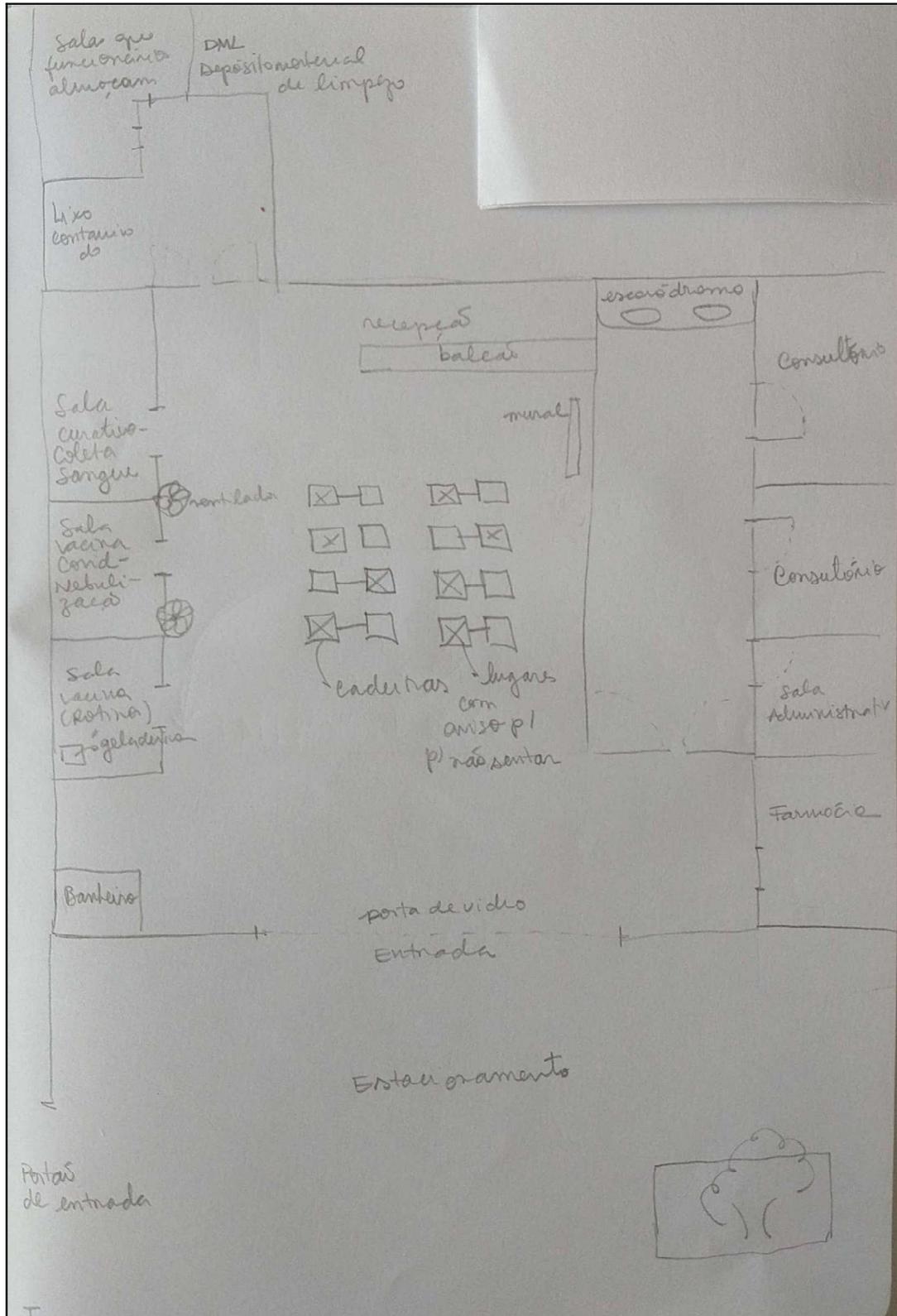
APÊNDICE B – DESENHO SEDE PMI

Desenho elaborado em diário de campo dia 12 de janeiro de 2022 representando a Sede do Programa Municipal de Imunizações (adaptado para garantir a confidencialidade das interlocutoras):



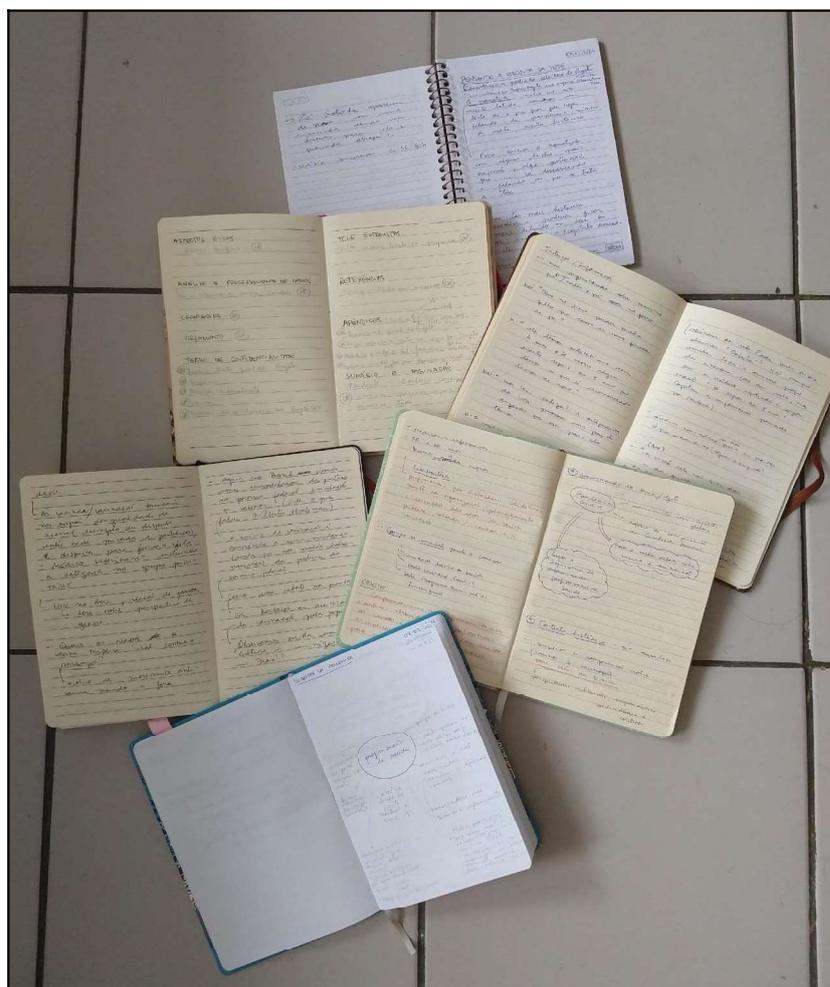
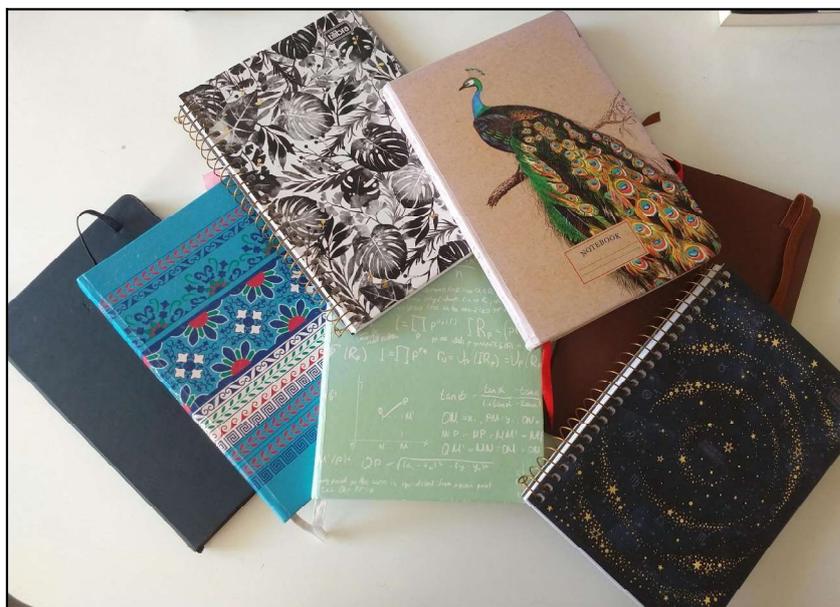
APÊNDICE C – DESENHO UNIDADE DE SAÚDE

Desenho elaborado em diário de campo dia 25 de fevereiro de 2022 representando a unidade de saúde em que trabalhava a interlocutora Nydia:



APÊNDICE D – FOTOS DIÁRIOS E CADERNOS DE CAMPO

Fotos de diários e cadernos de campo utilizados durante a pesquisa.



APÊNDICE E – PLANILHA LISTA DE DADOS ADAPTADA PARA A TESE

Lista de Dados reunidos e utilizados no desenvolvimento da tese (Adaptada).

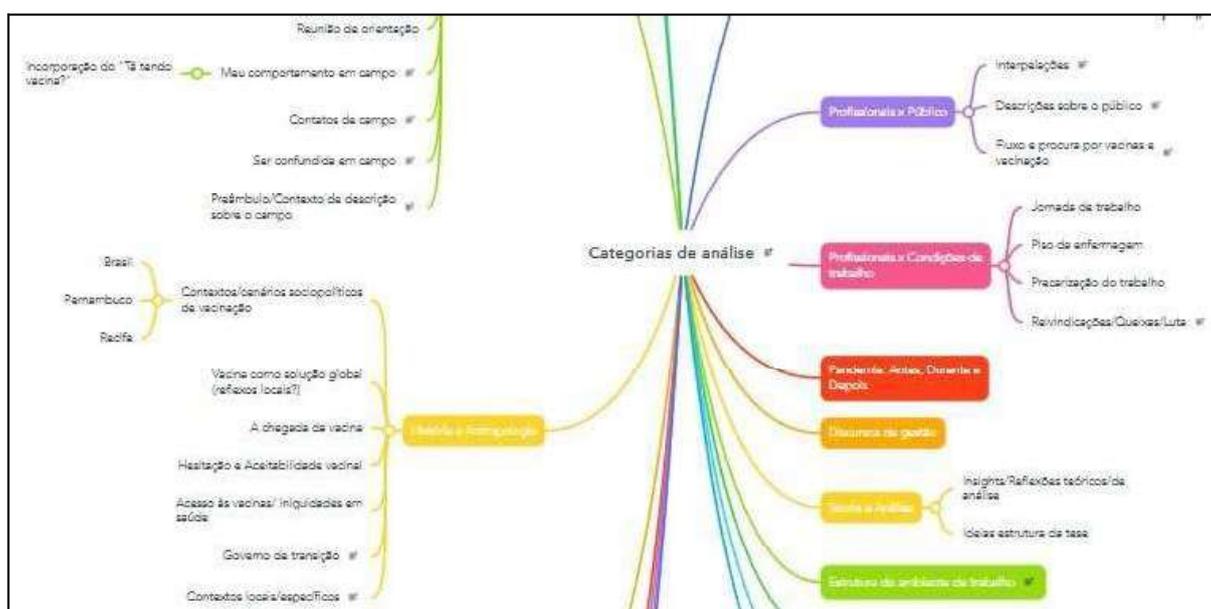
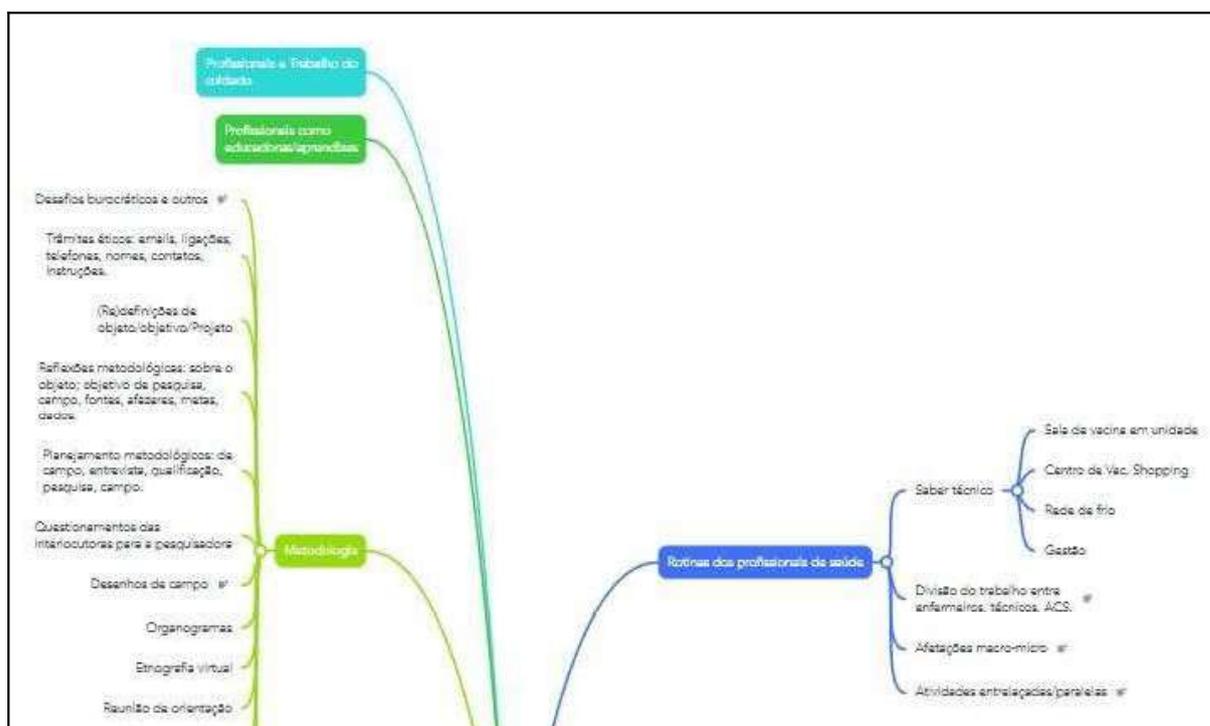
Lista de Dados						
(Adaptada para inserir na tese)						
Iniciei a elaboração em 10/01/2024						
1a versão em 07/03/2024						
Atualizado em 02/04/2025						
Tipo de dado	Subtipo	Descrição	Período	Contribuição para a Tese	Nº de idas	
Notícias salvas na íntegra	Digital	Notícias salvas em PDF. São notícias divulgadas em diversos meios eletrônicos de jornais, sites oficiais do Ministério, Secretarias de Saúde e outros.	mai/2019 dez/2023 (atual?)	Linha do tempo da pandemia, da vacinação, cronologia histórica de fatos, discursos oficiais, jornalísticos, redes sociais e imagens		
Etnografia virtual - Coleta de dados virtual	Digital	Reuni em arquivo Word na nuvem Google diversos prints de notícias de postagem em redes sociais sobre o tema das vacinas e da vacinação associado aos profissionais de saúde. Fiz com o intuito de captar uma cronologia sobre o tema, mas fazer isso empregando as imagens utilizadas nas postagens e não os discursos "oficiais" associados a elas.	fev/2023 a jun/2023	Linha do tempo da pandemia, da vacinação, cronologia histórica de fatos, discursos oficiais, jornalísticos, redes sociais e imagens		
Diário e Caderno de campo	Físico	No diário físico eu mesclava anotações sobre o campo, planejamento de campo, roteiro de campo, descrições sobre os campos, anotações de entrevistas, telefones importantes, dados de pessoas que contatos, pendências a serem cumpridas.	nov/2019 a dez/2023	Dados primários		
	Digital	No diário digital pude fazer descrições detalhadas sobre os trabalhos de campo. Me possibilitou mais registros na escrita e uma escrita também mais destinada, que seguiu mais o fluxo do pensamento mesmo.				
Entrevistas pre-doutorado	Digital	Em agosto de 2019 através de contatos da minha rede de contatos e da pesquisa minha na internet consegui o contato com pesquisadores do Fiocruz e do Hospital Caspary Cruz.	jul e ago/2019	Fizesse meu histórico de pesquisas em busca de mapear o campo de estudo e definir um objetivo de pesquisa. Como souso poucas anotações a respeito, aqueles que eu não tenho um mapa da minha trajetória, mas não chegou a gerar dados.		
Entrevistas preliminares por videochamada	Digital e Físico	9 pessoas entrevistadas recém vacinadas (bola de neve, rede de contatos). Posso anotações digitais sobre cada uma delas. Apenas uma entrevista está em diário de campo. Nenhuma foi gravada, não apliquei TCI.E.	mar/2021 e abr/2021	Entussei meu histórico de pesquisadora em busca de mapear o campo de estudo e definir um objetivo de pesquisa. Os dados que reuni dessas entrevistas, também dados primários, já serviram de subsídio para trabalhos que escrevi e apresentei em congresso. Também foram subsídio a versão do projeto que qualifiquei.		
	Digital e Físico	Anotações em diário de campo digital e físico sobre as minhas atividades de contato, notas preliminares a campo para definir quais unidades eu iria visitar e a lista solicitada ao Comitê de Ética do UFFPE e na solicitação de matrícula para a Prefeitura e para a Secretaria Estadual de Saúde. Refiro-me aqui a primeira lista à Saúde do Programa Municipal de imunizações (negociações em novembro/2021 e em jan/2022), lista a uma unidade (fev/2022), lista ao Posto de Saúde Água Doce (out/2022), lista a outra unidade; São José (mar/2022). Mas a posto em shopping (mar/2022).	nov e dez/2021; jan, fev, out, dez/2022; mar e jul/2023 (liste cronologia de diário de campo digital)	Essas reuniões foram também entussei em minha busca como pesquisadora por um objeto e cenário de estudo, também iludei consegui os "primeiros" dados primários. Foi na primeira lista à Saúde do PMI que comecei o diário de campo digital. A partir desse campo no São e da conversa com interlocutor, fui algumas primeiras impressões, refiz meu projeto de tese e qualifiquei. Também já apresentei trabalhos com esses dados preliminares.		
1ª Qualificação - Projeto de Tese - Dez/2022						
Campo - Trâmites Comitês de Ética (UFFPE, Prefeitura e SES PE)	Digital e Físico	Anotações em diário de campo físico e digital sobre as visitas com documentos, contatos por telefones, emails e mensagens. Percursos e conquistas burocráticas do trabalho de campo.	jan/2023 a jul/2023	São dados, descrições que me ajudam a demonstrar como foi, em passos de formulário que souco conseguir fazer o trabalho de campo preventivo. Exatete um tempo do próprio processo burocrático para se conseguir fazer campo. Percepo para se fazer pesquisa em saúde: da burocracia aos dilemas éticos.		
Campo Posto Shopping	Digital e Físico	Anotações em diário de campo físico feitas durante o campo e também anotações em diário de campo digital passando a limpo o que ocorreu no campo.	ago/2023 a set/2023	Dados primários	12	
Campo Centro de Saúde Jacaraná e Centro de Saúde Moimho	Digital e Físico	Anotações em diário de campo físico feitas durante o campo e também anotações em diário de campo digital passando a limpo o que ocorreu no campo.	set/2023	Dados primários	3	
Campo Posto de Saúde Água Doce	Digital e Físico	Anotações em diário de campo físico feitas durante o campo e também anotações em diário de campo digital passando a limpo o que ocorreu no campo.	out/2022 e set a out/2023	Dados primários	9	
Campo SES PE	Digital e Físico	Anotações em diário de campo físico feitas durante o campo e também anotações em diário de campo digital passando a limpo o que ocorreu no campo. Lembrando que posso anotações de entrevistas que fiz com interlocutoras.	nov/2023	Dados primários	1	
Campo Sede PMI Recife	Digital e Físico	Anotações em diário de campo físico feitas durante o campo e também anotações em diário de campo digital passando a limpo o que ocorreu no campo. Lembrando que posso anotações de entrevistas que fiz com interlocutoras.	jan/2022; nov e dez/2023	Dados primários	4	
Entrevistas anotadas Parte 1	Digital e Físico (Anteriores a aprovação nos Comitês de Ética)	É um conjunto diverso de entrevistas que fiz entre 2021 (contatos bola de neve) e 2022. São as que fiz por videochamada e outras que fiz presencialmente. Todas anotações em diário de campo físico e também digital. No dia 2021 eu fiz um arquivo word por cada entrevista. As de 2022 eu escrevi sobre as entrevistas no diário de campo digital misturando com as impressões do próprio campo.	11mar/2021 e abr/2021; jan/2022 e fev/2022.	Dados primários		
Entrevistas anotadas Parte 2	Digital e Físico (posteriores a aprovação do Comitê de Ética)	Após a aprovação dos comitês de ética segui fazendo entrevistas. Mas por estratégia de campo ou por não ter tido a autorização das interlocutoras, eu não fiz a gravação do áudio. Então lá escrevi tudo que eu conseguia no caderno de campo e passava a limpo em diário de campo digital. Isso aconteceu nas entrevistas que fiz no Posto Shopping, no Posto de Saúde Água Doce e na sede do PMI. Lembrando que campo que terei noção do quantitativo, mas sei lá que são entre 10 e 15. Posso anotações no caderno de campo e passava a limpo no diário digital misturando com as impressões do trabalho de campo.	ago/2023 a dez/2023	Dados primários		

	Entrevistas gravadas e transcritas	Digital, Físico, Áudio, Transcrição	As únicas entrevistas gravadas foram realizadas com três interlocutores. Tenho anotações no caderno de campo, no diário digital junto com as impressões do campo e tenho também a transcrição do áudio da entrevista.	nov/2023 a dez/2023	Dados primários
	Reuniões de Orientação (Marion, Claudinha, e coletiva)	Digital e Físico.	Digitalizadas eu tenho uma reunião com Marion em set/2020 e uma reunião com Claudinha em ago/2022. Em caderno de campo fiz o resumo anotações na primeira reunião de orientação com Marion em 2020 e anotações da reunião de orientação coletiva com Marion em nov/2023.	ago e set/2020; ago/2022; nov/2023	Foram reuniões que me ajudaram na indicação de referências bibliográficas; me ajudaram a tomar decisões sobre o trabalho de campo; e também a ter ideias sobre como observar o campo, compreender os dados que estava encontrando.
	Reuniões com Raquel	Físico	Eu e Raquel fizemos algumas reuniões para conciliar o debate sobre o andamento de nossas pesquisas. Registre em caderno físico.	fev/2023 a out/2023	Ideias para o desenvolvimento da tanto dos trâmites da pesquisa como ideias para desenvolver e/ou explorar na tese.
	Comentários da banca de qualificação de Projeto	Físico e Digital	A banca de qualificação foi realizada em duas etapas. Uma com Pary Scott, Martin e Ana Cláudia e outra com Ester Paiva. Durante os reuniões fiz anotações em caderno de campo, mas depois passei a limpo em arquivo digital específico para isso.	dez./2022	Apontamentos de lacunas, ideias e potenciais da tese.
		Mesa redonda FAGES	Dividi a mesa com Rafael Dhalia do FioCruz Pernambuco. Falei sobre meu projeto de pesquisa, ainda tentando defendê-lo como um objeto de pesquisa, e explorando os sentidos históricos e sociais atribuídos às vacinas e à vacinação no Brasil. Fiz exposição com slides.	mar./2021	Me ajuda a retomar a discussão inicial que eu tinha em meu projeto de tese; argumentos e referências que eu costuroi junto e também dicas e próximos e preliminares que eu quis apresentar sobre a pesquisa.
		Faculdade Pernambuco	Foi uma exposição com slides e eu apresentei a apresentação que eu tinha feito pelo FAGES. Explorei o que a linha de evolução do projeto de tese até aquele momento.	mar./2022	Podem me ajudar a retomar alguma conciliação de ideias, argumento e referências sobre a pesquisa.
		Abrasco Salvador	Não apresentei trabalho, mas fiz anotações sobre o que me chamou atenção do que assisti.	nov/2022	tenho anotações sobre o evento e pode me trazer algum insight de abordagens, referências. Algo que lembro que me chamou atenção foi a inatividade de dados sobre questões racionais e o número de pessoas vacinadas; uma palestra de Dinei Ventura e Cidim. Tive a palestra de Jurama Werneck também.
	Congressos/Eventos/Palestras	SPSAS - São Paulo	Curso internacional que me permitiu ter contato com diversos pesquisadores do mundo colocar em perspectiva pesquisas qualitativas e quantitativas; refletir cientificamente sobre pandemia e epidemias. Visitei ainda ao Instituto "Célio Riças, Instituto Butantan e Museu da Vacina.	jul/2023	Posso retomar minhas anotações e ver se algumas das reflexões que fiz sobre humanas e ajuda me ajudam em algum debate da tese. Posso rever também as minhas anotações sobre a visita ainda ao Instituto Emílio Ribas, Instituto Butantan e Museu da Vacina, pode ser que hajam insights ali.
		RAM - Niterói (oficina e apresentação)	Fiz oficina sobre "Metodologia etnográfica a partir das instituições, documentos e do cotidiano: pesquisa em contextos de pós-pandemia". Também apresentei meu projeto em formato de artigo.	ago./2023	Particularmente a oficina me ajudou a ter ideias e pegar referências que podem me ajudar na tese. Fiz anotações em caderno de campo físico e também tenho por email a bibliografia recomendada pelos palestrantes. O artigo que apresentei é a última versão dele que tentei arrematar conclusões sobre os dados preliminares que possuía até então.
		CSHS - Recife (oficina e apresentação)	Apresentei trabalho e participei de oficina	nov./2023	tenho anotações sobre a apresentação do trabalho e os comentários. Foi detalhado sobre microneoplamento e seio A algo que estará em meus registros de alguma forma, pois me chamou atenção como estratégia de vacinação. Devo rever as anotações sobre a oferta de vacinação vacinal, pode ser que tenha alguma ideia ou observação interessante para minha tese.
	Curso I	Especialização Saúde Coletiva	TCC e materiais de aula	abr/2019 a ago/2020	São materiais que me ajudam a ter uma base e diálogo com a Saúde Coletiva/Pública.
	Curso II	FioCruz Vacinação	Curso "Vacinação para Covid-19: protocolos e procedimentos técnicos"	jun./2023	Esse foi um curso super valioso e que fiz anotações sobre o que me chamou atenção para a pesquisa. Aqui já tenho um trecho do que penso em desenvolver na tese. Me ajudou a conhecer o vocabulário técnico específico utilizado pelos profissionais de saúde que trabalham com vacinas, assim como entender o vocabulário da infraestrutura e ambiente em que esses profissionais trabalham. Foi também através desse curso que tive acesso a Manual sobre vacinas e vacinação.
	Disciplinas extras	Medicamentos, Ciências e Ativismos - UERJ	Disciplina que fiz cerca de 60% da carga horária, remotamente, com Rosana Castro.	mai/2021 a jul/2021	Posso acessar uma lista de referências teóricas e metodológicas que fiz sobre os textos lidos e sobre as aulas que podem contribuir com a minha tese.
	Planos de Operacionalização da Vacinação	Arquivo pdf	São 7 de Pernambuco e 2 nacionais que possuo salvos em minha pasta.	2020 e 2021	Dados "secundários"
	Manuais de Vacinação, Rede de Frio, Efeitos pós vacinação, Microplanejamento	Arquivo pdf	Manuais e materiais que explicam tecnicamente como se dá a distribuição, armazenamento, aplicação de vacinas, assim como a nova estratégia de vacinação por Microplanejamento.	Diversos	Dados "secundários"
	Fichamentos (pasta Bibliografia Projeto)	Diversos	Fichamentos de arquivos de textos diversos.	Diversos	Me ajuda com insights para a análise de dados e também para a própria estrutura da tese. Tenho anotações sobre isso em diário de campo físico azul.
	Lives	Live: ANVISA - Aprovação da vacina CoronaVac	Aprovação da Coronavac. Anotações em diário de campo.	jan./2021	Início da pesquisa. Situa cronologicamente e trouxe insights.

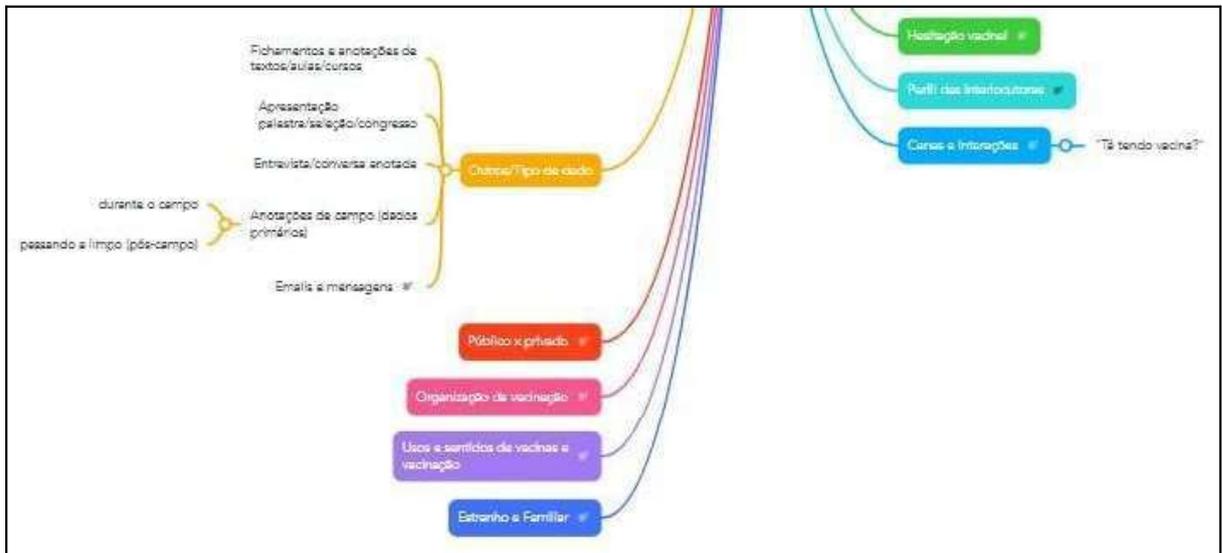
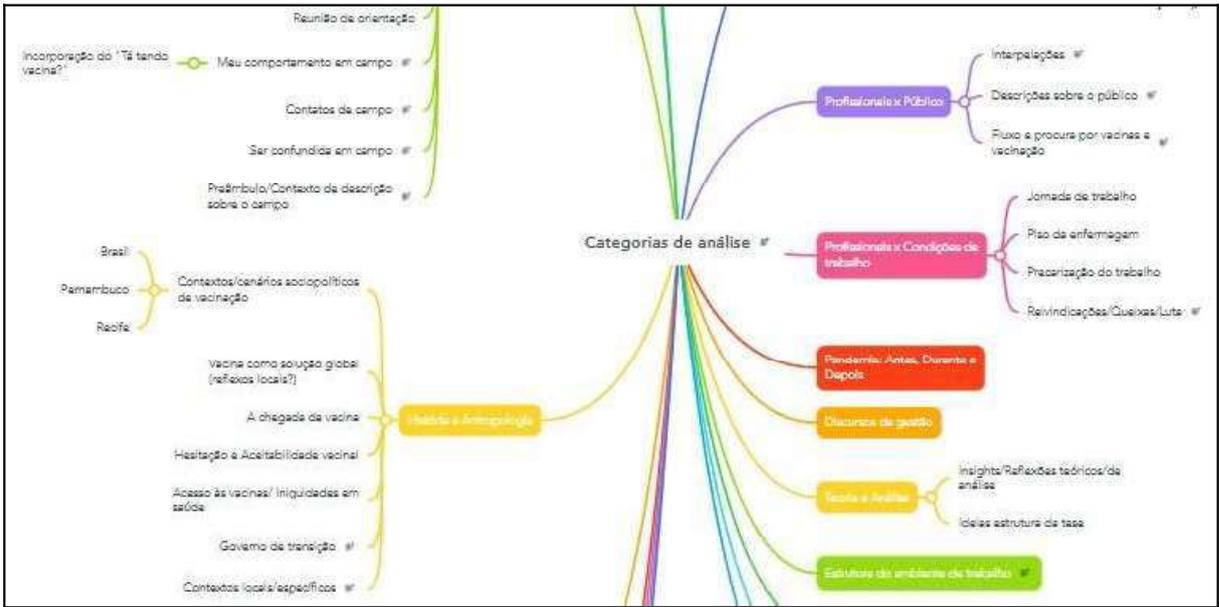
		Live - Ministério da Saúde - Apresentação dos dados de vacinação e das ações para ampliar a cobertura vacinal no Brasil	Anotações no diário de campo de flores pretas e abranças. Dia 19/12/2023 - Apresentação dos dados de vacinação e das ações para ampliar a cobertura vacinal no Brasil	Traz um balanço em número da cobertura vacinal no atual governo. O que se constata é que a queda na cobertura vacinal parou e esse era o objetivo. Essa live é uma forma de discurso institucional sobre vacinação no Brasil.	19/12/2023
		5º Fórum de Políticas Públicas de Saúde da Infância	Anotações no diário de campo mamom: https://www.youtube.com/watch?v=6sk0tq-XI e https://www.youtube.com/watch?v=Ubeo1zGChqk	Foi onde ouvi falar sobre a estratégia de micropesquejamento e experiência de retomada das áreas cobertas vacinais. Fala do gestor federal sobre vacinação. Falou da pesquisa Imuniza SUS (arredoi fala que a "cobertura do trabalho de equipe de enfermagem é um dos problemas mais frequentes na aplicação de vacinas)	24/10/2023

APÊNDICE G – MINDMEISTER MAPAS MENTAIS

Mapas mentais construídos com aplicativo *Mindmeister* para visualizar e organizar as categorias de análise.



(Continua na próxima página)



Em cada categoria e subcategoria de análise era possível, através de ferramentas do próprio aplicativo *Mindmeister*, adicionar anotações sobre o que compunha cada um dos termos escolhidos. Abaixo está o exemplo da categoria de análise “Rotina dos profissionais de saúde” e, em seguida, um “zoom” mostrando a especificação da descrição da subcategoria “Divisão do trabalho entre enfermeiros, técnicos, ACS”.



APÊNDICE H – DEDOOSE ANÁLISE DE DIÁRIO

Exemplo de diário de campo sendo analisado através do software *Dedoose*. Na imagem é possível ver um cabeçalho com informações sobre o diário de campo. O texto abaixo está grifado em cores correspondentes a cada categoria de análise. Uma lista abreviada das categorias de análise (*codes*) pode ser vista no canto inferior direito da imagem.

The screenshot displays the Dedoose software interface. At the top, the document title is "Document: 2_Diário_23_02_2022.docx". The main content area shows a diary entry for "Quarta-feira, 23/02/2022" with the following text and color-coded annotations:

- Local:** [Redacted]
- Entrevistado:** [Redacted]
- Horário/período:** tarde, das 12:39h às 15:25h.
- Text 1:** Essa ida a campo foi para uma entrevista preliminar com [Redacted] enfermeira há 30 anos. Foi [Redacted] quem me indicou para conversar com ela. Mesmo perguntando [Redacted] o seu cargo, não conseguiu entender exatamente, mas de alguma forma entendi que seria um cargo de chefia/coordenação/gestão na [Redacted] pois mais um profissional da unidade pediu informações a ela sobre a condução de algum processo na unidade, dispensa de um medicamento, assinar um papel, dívida sobre como atender determinado paciente que chegou com alguma queixa. Depois que terminamos a entrevista e fizemos o percurso pela unidade, ela mostrou um dos consultórios e disse que era sua sala de atendimento, ou seja, ela também atende pessoas. Apontou inclusive a maca da sala que era tanto para uso de consulta ginecológica como uma maca comum para se deitar e fazer atendimento de crianças também.
- Text 2:** Entrei em contato com [Redacted] na semana anterior por whatsapp, me apresentando e falando que [Redacted] que tinha me passado o seu contato. Ela aceitou de imediato participar da entrevista e agendamos para o dia 23 a conversa, às 13h, no [Redacted] onde ela trabalha.
- Text 3:** Preparei o roteiro de perguntas com base no que eu havia feito para [Redacted] e também para as entrevistas com profissionais de saúde que fiz no início de 2021. Levei também em minha pasta o caderno de campo, duas canetas e os TCLE.
- Text 4:** Saí de casa às 12h e peguei um Uber para chegar até [Redacted]. Não tenho andado de ônibus desde 2020 quando iniciou a pandemia.

At the bottom right, a "Codes" panel lists the following analysis categories:

- Pandemia: antes/durante/depois
- Discursos da gestão
- Entrinho e Familiar
- Estrutura do ambiente de trabalho
- História vacinal
- História e Antropologia
- Contextos/cenários sociopolíticos d...
- Comunicações para atuar o Windows
- Acesso às vozes/narrativas em s...

APÊNDICE I – DEDOOSE EXEMPLO DE FICHA

Exemplo de “ficha” (*Descriptor*) preenchida para cada diário analisado no software *Dedoose*. Para cada diário analisado foram registradas informações sobre data do campo, data em que o diário foi escrito, local do campo, tipo do campo (se burocracia, entrevista, observação participante ou mais de uma dessas opções), período do campo, pessoas entrevistadas e quais fontes de escrita existem para o diário correspondente.

Edit Descriptor

Data campo: 9/11/2023

Data escrita: 9/11/2023

Local do campo: Posto [REDACTED]

Tipo de campo: Observação e Burocracia

Período do campo: 09:45h às 10:15h

Pessoas entrevistadas: N.A.

Fontes de escrita: Diário físico e digital

Linked Documents

Type	Title	Ad...
[Icon]	38_Diário_11_09_2023.docx	05/28%

Buttons: Delete, Cancel, Submit

APÊNDICE K – EXCERTOS ABREVIADOS

Exemplo de alguns excertos extraídos através de ferramentas do *Dedoose*. É um conjunto abreviado de excertos referentes à categoria de análise “profissionais e trabalho do cuidado”.

Chart Selection Reviewer

Selections: Profissionais e trabalho do cuidado

Matching Excerpts: 22 **Matching Media: 7**

Resource 41_Diário_28_09_2023.docx Added: 06/04/2024 Username: FláviaVieira # Codes: 3

Um ponto muito interessante que [redacted] falou e não quero perder de vista é sobre a vacinação na creche. [redacted] disse, na creche “a gente que vacina, o pessoal confia porque é da comunidade”. Penso que isso é uma informação de ouro para quem quer pensar em uma estratégia efetiva de vacinação da população. Isso me faz pensar que o vínculo com a comunidade tem que ser visto como essencial numa estratégia de saúde e cuidado da população. Ainda estou no começo do campo em [redacted] mas já estou pensando que o vínculo que [redacted] tem com a história da comunidade é com a [redacted]

Resource 41_Diário_28_09_2023.docx Added: 06/03/2024 Username: FláviaVieira # Codes: 3

Outra situação que presenciéi foi de uma senhora idosa, negra, alta, pés inchados, gastos, chinelo envelhecido, vestido simples, bolsa para expelir xixi (X) na internet que uma similar em foto chama-se “bolsa coleira de urina”. Essa senhora entrou na sala de vacina chamando [redacted] de irmã. Ela estava com papéis na mão que pareciam gastos. Falou que tinha passado parte do fim de semana na “sala vermelha”. Entendi que ela foi consultada por um médico na UPJ que descreveu todos os sintomas dela. “Ele descobriu o que eu tenho” nesse momento ou logo depois repetiu mais de [redacted]

Resource 41_Diário_28_09_2023.docx Added: 06/03/2024 Username: FláviaVieira # Codes: 3

Já falei isso nesse diário de campo, mas vou retomar agora. Me chamou atenção a forma em quantidade e qualidade que [redacted] requisitada e/ou consultada pela população. Uma das situações que testemunhei foi uma senhora idosa, cabelos compridos, “malho” tingidos, magra de chinelo, roupa simples. Ela entrou na sala de vacina, mas não era para se vacinar, ela queria falar com [redacted] Nessa situação entendi que a senhora estava pedindo auxílio para [redacted] em relação a receita que a médica ou a enfermeira havia lhe passado. Eu entendi que ela tinha pedido um lubrificante, mas quando foi [redacted]

Resource 41_Diário_28_09_2023.docx Added: 06/03/2024 Username: FláviaVieira # Codes: 1

[redacted] contou que “meus filhos eu sempre vacinei”. Já estou vacinando os netos [redacted] contou ainda sobre o dia em que estava na Assembleia Legislativa e recebeu uma homenagem (eu tenho alguma matéria guardada sobre isso em meu diário de campo de notícias e imagens. Vídeos de [redacted] recebendo homenagem no mesmo dia que a mãe de [redacted] Foi homenageada na Assembleia. [redacted] contou que quando foi receber a homenagem um rapaz da plateia gritou: “ela me vacinou” [redacted] falou isso e eu, falando o rapa estava dizendo no sentido de revelar a idade dela.

Resource 41_Diário_28_09_2023.docx Added: 06/03/2024 Username: FláviaVieira # Codes: 1

[redacted] já trabalhava como professora e apenas aos sábados e domingos que fazia as visitas na casa das pessoas para fazer curativo. Entendi que isso seria da “comissão de saúde de [redacted] Ela contou que “amanhã vou mostrar da série” “Mamãe não vive na aldeia”

View Text Excerpts Full **Export Excerpts** **Make Active Set** **Add To Active Set** **Remove From Active Set**

ATUALIZADO: 07/11/2023

APÊNDICE L – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Sobre os espaços observados:

Qual é o espaço observado?

Como se dispõe o espaço observado, qual a sua infraestrutura e quais são suas características?

Que pessoas circulam e trabalham neste espaço?

Qual é a relação das pessoas com este espaço?

Quais interações sociais ocorrem neste espaço?

Quais modificações ocorrem neste espaço ao longo do período de observação?

Sobre os participantes da pesquisa:

- De que forma o tema sobre vacinas e vacinação está presente nas falas dos profissionais de saúde?
- De que forma o tema sobre vacinas e vacinação está presente nas rotinas destes profissionais de saúde?
- De que maneira as ações dos participantes da pesquisa se relacionam com o que eles dizem e fazem?
- Quais linguagens verbais e não verbais são utilizadas pelos participantes para se referirem às vacinas e à vacinação?
- Qual é o vocabulário êmico utilizado pelos participantes da pesquisa?
- Como os profissionais de saúde interagem com o público atendido quando o tema é vacinas e vacinação?
- Quais desafios os profissionais de saúde comentam que existem no atendimento e na vacinação do público?

Sobre a interlocução entre participantes da pesquisa e pesquisadora:

- Como as participantes interagem com a pesquisadora?
- Como a presença da pesquisadora é percebida pelos participantes da pesquisa?

APÊNDICE M – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Informações pessoais:

- Nome da/o entrevistada/o:
- Data de nascimento:
- Identidade de gênero:
- Identidade racial:
- Qual a sua formação profissional e há quantos anos está formada/o?
- Qual cargo ocupa atualmente?
- Em quais locais trabalha atualmente e há quanto tempo?
- Quais são suas principais atribuições neste cargo e neste local de trabalho?

Trajétoria profissional e cargo/função atual

Você poderia contar um pouco sobre como foi a escolha por sua profissão?

A partir da escolha dessa profissão, como se deu a sua trajetória profissional?

Pensando no seu cargo atual: quais são as atividades desempenhadas pela sua equipe/setor aqui na Sede do PMI?

Você poderia relatar como é a sua rotina de trabalho no cargo que você ocupa atualmente?

Sobre memórias acerca de vacinas e vacinação

- Poderia nos contar memórias que você tem ao ser vacinado quando criança, adolescente e/ou adulto?
- (Se tiver filhos) Poderia nos contar também memórias sobre vacinação de filhos/as?
- Teria memórias sobre outros locais em que também trabalhou com vacinas e vacinação? (outros estados, municípios, em sala de vacina, drive thru, etc)

Aspectos da experiência profissional

- Ao longo do seu processo de formação profissional o que você se lembra que aprendeu e/ou lhe foi ensinado a respeito das vacinas/vacinação?
- Pensando no contexto de pandemia da Covid-19, a partir do ano de 2020, você esteve trabalhando no planejamento, distribuição e/ou administração de vacinas e ações de vacinação? Se sim, poderia compartilhar como foi esta experiência para você?
- Como foi para você trabalhar antes, durante e depois da pandemia?
- Na sua opinião, devido ao contexto da pandemia, o que permaneceu e o que mudou no seu trabalho e na sua equipe aqui no PEI Pernambuco?
- Considerando sua trajetória profissional até aqui, poderia nos contar alguma experiência que foi marcante para você e que envolveu questões sobre vacinas e vacinação?

Finalização

Teria alguma outra questão que não perguntamos e você gostaria de compartilhar?

Muito obrigada pela sua participação e cooperação. A sua fala foi muito importante para a pesquisa.

ANEXO A – NOTA TÉCNICA SARAMPO SES-PE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

SEVS
Secretaria Executiva
de Vigilância em Saúde

SECRETARIA
DE SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO
Pernambuco

NOTA TÉCNICA Nº04/2019

Recife, 31 de julho de 2019

ALERTA: CASOS SUSPEITOS DE SARAMPO IMPORTADOS

Em 25 de julho de 2019, a Área Técnica de Doenças Exantemáticas da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco recebeu notificação de caso suspeito de sarampo, residente em Recife. Esse paciente tem história de viagem a Porto Seguro/BA no período de 28/06 a 01/07, relacionada a um evento de conclusão do ensino médio de escolas públicas e privadas de Recife, Olinda, Caruaru e Bezerros. A investigação epidemiológica detectou mais cinco casos suspeitos da doença, dos quais três também tinham realizado a viagem e outro teve contato com um desses suspeitos. Esses seis pacientes sob investigação são residentes de Recife (n=3), Caruaru (n=2) e Olinda (n=1). Todas as ações de investigação e controle já estão em andamento pelas equipes municipais com apoio das Geres e do nível central da SES-PE.

No Alerta epidemiológico nº3/2019, o estado da Bahia confirmou casos de sarampo, dentre os quais um dos positivos (RT-PCR detectável para o vírus do sarampo), é residente na cidade de São Paulo (que confirmou 484 outros casos) e foi monitor da excursão para Porto Seguro relacionada ao mesmo grupo de Pernambuco. Esse era composto por 182 indivíduos que haviam sido transportados num mesmo voo e concentrados nos mesmos hotéis.

Diante do exposto, considerando a possibilidade de confirmação desses casos suspeitos e, que em Pernambuco diversas regiões e municípios apresentam **cobertura** (Anexo 01) e **homogeneidade** (Anexo 02) **abaixo da meta de controle estabelecida pelo Ministério da Saúde**, a SES-PE informa ser **IMINENTE O RISCO DE RISCO DE REEMERGENCIA DO SARAMPO EM PERNAMBUCO**, e assim recomenda às **Gerências Regionais de Saúde (GERES), Secretarias Municipais de Saúde e Vigilância em Âmbito Hospitalar:**

1. Permanecer sensíveis à detecção de casos suspeitos de doença exantemática;
2. Mantiver-se ativos na execução oportuna das ações de:
 - a. Vigilância epidemiológica;
 - b. Imunização de rotina (população em geral);
 - c. Busca ativa de casos e bloqueio vacinal de contatos;
 - d. Investigação laboratorial de suspeitos; e
 - e. Assistência aos casos.

Informações mais detalhadas estão no anexo 3 deste documento ou podem ser obtidas na página de sarampo no site Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/sarampo>. Qualquer dúvida, entrar em contato com a área técnica da vigilância do sarampo, de 2ª a 6ª feira, das 8:00 às 17:00 horas, pelo telefone (81) 3184.0225 ou email: poliomielite.exantematicas@gmail.com ou com o Cievs/PE pelo telefone (81) 3184-0191 ou celular (81) - 99488-4267 Exclusivo para profissionais de Saúde.

ANEXO 03

ACÇÕES DE RESPOSTA A CASO SUSPEITO DE SARAMPO

1. NOTIFICAÇÃO DE CASOS:

No âmbito das ações de vigilância em saúde, é necessário que todos os profissionais e serviços de saúde fiquem atentos para possíveis casos de sarampo e realizem as **notificações imediatas** (em até 24 horas) às autoridades sanitárias municipais e à SES-PE (por meio do CIEVS-PE) e as demais ações de **investigação e adoção das medidas de prevenção e controle oportunas**.

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE SARAMPO

Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular morbiliforme de direção cefalocaudal, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independentemente da idade e situação vacinal; OU

Todo indivíduo suspeito com história de viagem para locais com circulação do vírus do sarampo, nos últimos 30 dias, ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou para local com circulação viral.

Fluxo de notificação imediata (CIEVS-PE)

Telefones: (81) 3184.0191 e 0800 281 3041 (horário comercial)

(81) 9.9488-4267 (24h – Exclusivo para profissionais de saúde)

Emails: cievs.pe.saude@gmail.com OU <https://www.cievspe.com/notifique-aqui>

A **investigação** deve ser executada no prazo máximo de **48 horas**. É importante verificar os lugares e datas onde o(s) paciente(s) esteve (estiveram) nos últimos 30 dias, assim como comprovante de vacinação.

Deve-se realizar **busca ativa** das pessoas que tiveram **contato** com o(s) caso(s) suspeito(s) **em todo percurso (e não apenas no domicílio)** no período de transmissibilidade da doença (6 dias antes até 4 dias depois do surgimento do exantema), considerando, como por exemplo, outras residências, creches, colégios, serviços de saúde, estabelecimentos comerciais, igrejas, locais de trabalho, festividades, enfim, principalmente locais com aglomerados de pessoas.

É necessário **investigar, nesses contatos**, a **presença de susceptíveis** (cartões de vacinação com situação vacinal inadequada) e/ou **sintomáticos** (até 30 dias do contato - possíveis novos casos). Nestes (susceptíveis), de imediato, ou seja, logo após a identificação do caso suspeito, também devem ser executadas todas as medidas de **bloqueio vacinal** para evitar circulação viral. **Não devem ser vacinados pacientes sintomáticos.**

2. VIGILÂNCIA LABORATORIAL

A investigação laboratorial para todo caso suspeito de sarampo recomenda coletar amostras de:

- **Sangue** - de preferência a **partir do 5º dia** do início do exantema, **até o 30º dia**. Na impossibilidade de aguardar o 5º dia, **coletar no primeiro contato com o caso**.

- **Secreção de oro e nasofaringe (Swab)** - do primeiro contato com o caso até o 7º dia do início do exantema, de **preferência até o 3º dia**.
- **Urina** - do primeiro contato com o caso até o 7º dia do início do exantema, de **preferência até o 3º dia. Não congelar**.

Todas as amostras devem ser cadastradas no **Sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL)** e enviadas com uma cópia da **Ficha de Investigação Epidemiológica de Doença Exantemática**, com todos os campos devidamente preenchidos. Destaca-se a importância do preenchimento da **data de início do exantema**, da **coleta da amostra** e do **estado vacinal**, uma vez que são indispensáveis para interpretação dos resultados.

Nos casos IgM reagentes, deve-se realizar uma segunda coleta (S2) de sangue, preferencialmente 15 dias após a primeira (S1). Essa medida é imprescindível para a classificação final dos casos.

3. IMUNIZAÇÃO

A principal medida de rotina para prevenção e controle do sarampo é a imunização dos suscetíveis, cumprindo as diretrizes do Calendário Nacional de Vacinação.

Vacinação com tríplice viral

- **Indivíduos de 12 meses a 29 anos de idade: 2** (duas) doses de tríplice viral com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses;
- **Indivíduos de 30 a 49 anos de idade não vacinados: 1** (uma) dose de tríplice viral;
- **Profissionais de saúde não vacinados: 2** (duas) doses com a vacina tríplice viral independente da idade com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

Como ação de resposta imediata diante da ocorrência de casos de Sarampo, deve ser prioridade dos serviços de saúde a **execução do bloqueio vacinal para os indivíduos expostos ao risco de infecção**. A **vacinação de bloqueio** é uma atividade que deve ser realizada no prazo máximo de até **72 horas** após a notificação do caso, a fim de interromper a cadeia de transmissão. **Após esse período, a medida ainda deve ser realizada como ação de intensificação vacinal**.

O bloqueio é seletivo e a vacina tríplice viral é administrada conforme a situação vacinal de todos os contatos dos casos, na faixa etária de 6 meses a 49 anos. Nos menores de 1 ano, a dose aplicada não deve ser contabilizada na rotina de vacinação, com o registro no cartão de vacina dessa forma e agendada as doses previstas. Nos contatos com mais de 49 anos, estudar caso a caso, analisando a situação de risco e verificando a necessidade da vacina.

Qualquer dúvida, entrar em contato com a área técnica da vigilância do sarampo, de 2ª a 6ª feira, das 8:00 às 17:00 horas, pelo telefone (81) 3184.0225 ou email: poliomielite.exantematicas@gmail.com e demais dias e horários, com o Cievs/PE pelo telefone celular (81 - 99488-4267).

Groy S Dmed

**DIRETORIA GERAL DE VIGILANCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
DGVDT/SEVS/SES-PE**

ANEXO B – CARTAZ REUNIÃO CIENTÍFICA SARAMPO

Inscrições Gratuitas
Fone: (81) 3423.5063 | Email: secretaria@sopepe.com.br

**REUNIÃO CIENTÍFICA
SARAMPO
UM DESAFIO ATUAL**

2 de Outubro
Às 9h
Local: SES(Bongi)
Presencial com transmissão
simultânea por videoconferência
para os auditórios das
12 GERES de Pernambuco

3 de Outubro
Às 19h30
Local: CREMEPE

Palestras:

Ana Catarina Melo - Epidemiologia no Brasil e em Pernambuco.
Angela Rocha - Uma velha doença, mesmas manifestações?
Eduardo Fonseca - Prevenção com vacinas: Como garantir a efetividade.

SOPEPE  SOCIEDADE DE
PEDIATRIA DE
PERNAMBUCO

 **CREMEPE**
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE
PERNAMBUCO

 Pernambuco