

# **Parte I**

## **Planejamento das Atividades de Vacinação**

# 1. Introdução

O planejamento é básico para o desenvolvimento de qualquer ação ou serviço, permitindo a sistematização e a coordenação do processo de trabalho, a racionalização dos recursos disponíveis, a definição de estratégias e a avaliação dos serviços, com a conseqüente tomada de decisões e redefinição de rumos, caso necessário.

Quando realizado a partir da instância mais próxima da população – a instância municipal – o planejamento reúne condições para resolver efetivamente os problemas enfrentados pelos executores das ações. A partir daí, as demais instâncias – regional, estadual e nacional – se organizam e se preparam para apoiar técnica, operacional e financeiramente a esfera executora do Sistema Único de Saúde (SUS), o que deve estar explicitado nos respectivos planos.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), na área da saúde, é uma prioridade nacional, com responsabilidades dos governos federal, estadual e municipal. O alcance dos objetivos e a adoção de estratégias com um mínimo de unidade exigem a articulação dessas instâncias, de forma a compatibilizar atividades, necessidades e realidades, num esforço conjunto.

Hoje, com o estabelecimento de condições de gestão para o município e para o estado, pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS-96), a habilitação a essas condições significa a declaração pública de compromissos assumidos pelo gestor perante a população sob sua responsabilidade, traduzidos em requisitos e prerrogativas.

A principal prerrogativa para o município habilitado é a transferência regular e automática de recursos federais para o Fundo Municipal de Saúde. Entre os requisitos vinculados mais diretamente ao trabalho de vacinação, tem-se a elaboração do Plano Municipal de Saúde e a comprovação da “capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica”.

O município, por menor que seja, a partir do momento em que se habilita a receber os recursos da União, começa a ser exigido e cobrado no sentido de programar e ofertar em seu território, pelo menos, os serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, de responsabilidade tipicamente municipal. A vacinação é um serviço básico, passando, obrigatoriamente, a ser planejada no conjunto das ações oferecidas pela rede de serviços de saúde.

De outro lado, com o surgimento de estratégias específicas voltadas à transformação do modelo de atenção à saúde, como o Programa de Saúde da Família e o Programa de agentes comunitários de saúde, a população passa a ser vista, cada vez mais, no seu todo e as ações passam a ser dirigidas às pessoas, individual e coletivamente. Com isso, não se justifica um plano de vacinação isolado; o trabalho casa a casa ou a mobilização ou a montagem de operações de campo somente para vacinar. As oportunidades são potencializadas, oferecendo-se outros serviços identificados pela equipe local de saúde como necessários para aquela população determinada.

A instância nacional, no tocante à vacinação, continua a exercer as funções de normalização e de coordenação, além de promover as condições e incentivar o gestor estadual no sentido de que esta ação se integre, de forma definitiva, às demais ações ofertadas pelo sistema de saúde de cada município. Mesmo na estrutura nacional, o PNI se integra definitivamente à epidemiologia e a projetos mais abrangentes, no âmbito da promoção da saúde e da atenção à saúde de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e outros grupos.

Continua, também, como função da instância nacional o apoio e a cooperação técnica para implementar ações destinadas ao controle de agravos que possam constituir risco de disseminação nacional ou no caso da adoção de instrumento ou mecanismo de controle que exige uma utilização rápida e abrangente, como é o caso das campanhas nacionais de vacinação.

## 2. O Programa Nacional de Imunizações (PNI)

O PNI foi instituído em 1973 como uma forma de coordenar ações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura. Estas ações conduzidas dentro de programas especiais (erradicação da varíola, controle da tuberculose) e como atividades desenvolvidas por iniciativa de governos estaduais, necessitavam de uma coordenação central que lhes proporcionasse sincronia e racionalização.

A Lei nº 6.259, de 30/10/1975, regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12/08/1976, institucionaliza o PNI e define competências que podem ser consideradas válidas até o momento:

- implantar e implementar as ações do Programa, relacionadas com as vacinações de caráter obrigatório;
- estabelecer critérios e prestar apoio técnico e financeiro à elaboração, implantação e implementação do programa de vacinação (...);
- estabelecer normas básicas para a execução das vacinações;
- supervisionar (...) e avaliar a execução das vacinações no território nacional(...);
- (...) analisar e divulgar informações referentes ao PNI.”

### 2.1. Objetivos do PNI

O PNI, no momento atual, tem como objetivos:

- contribuir para a manutenção do estado de erradicação da poliomielite;
- contribuir para o controle ou erradicação:
  - do sarampo;
  - da difteria;
  - do tétano neonatal e acidental;
  - da coqueluche;
  - das formas graves da tuberculose;
  - da rubéola – em particular a congênita;
  - da caxumba;
  - da hepatite B;
  - da febre amarela;
  - da raiva;
  - das doenças invasivas causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b; e
- contribuir para o controle de outros agravos, coordenando o suprimento e a administração de imunobiológicos indicados para situações ou grupos populacionais específicos, tais como:
  - vacina contra a meningite meningocócica tipo C;
  - vacina contra a febre tifóide;
  - vacina contra a hepatite A;
  - vacina acelular contra a difteria, o tétano e a coqueluche;
  - vacina contra a infecção pelo pneumococo;
  - vacina contra influenza;
  - vacina de vírus inativado contra a poliomielite;

- vacina contra a raiva humana – célula diplóide;
- imunoglobulina anti-hepatite B;
- soro e imunoglobulina anti-rábica;
- soro e imunoglobulina antitetânica
- vacina e imunoglobulina antivaricela zóster; e
- soros antipeçonhentos para acidentes provocados por serpentes, aranhas e escorpiões.

## 2.2. Estrutura do PNI

Na instância nacional o Programa de Imunizações é responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), do Ministério da Saúde, sendo integrante da estrutura do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), estruturando-se em três coordenações cujas competências estão estabelecidas na Portaria nº 410, de 10 de agosto de 2000 (publicada no DOU, de 18/08/2000), a saber:

- Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI):
  - “coordenar, propor normas e supervisionar a utilização de imunobiológicos;
  - coordenar e propor normas relativas ao sistema de informações para as imunizações;
  - elaborar indicadores das ações de imunizações para análise e monitoramento;
  - propor o esquema básico de vacinas de caráter obrigatório;
  - coordenar a investigação de eventos adversos temporalmente associados à vacinação;
  - elaborar programação de necessidades para a execução das ações de imunizações;
  - propor ações relativas à qualidade e à segurança dos imunobiológicos;
  - participar da elaboração e acompanhar a execução das ações na Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD); e
  - executar as ações de imunizações de forma complementar ou suplementar em caráter excepcional, quando for superada a capacidade de execução dos estados ou houver riscos de disseminação em instância nacional.”
- Coordenação de Imunobiológicos (COIMU):
  - “elaborar as normas técnicas de acondicionamento e conservação para distribuição dos imunobiológicos;
  - prestar suporte técnico às centrais nacional, estaduais, regionais e municipais da rede de frio; e
  - elaborar a programação das necessidades de imunobiológicos a serem utilizados pelo Programa Nacional de Imunizações, bem como acompanhar o processo de aquisição, produção nacional e controle de qualidade.”
- Coordenação de Normatização do Programa Nacional de Imunizações (Conpi):
  - “coordenar e elaborar normas de vigilância dos eventos temporalmente associados à vacinação;
  - coordenar, definir fluxos de informação e supervisionar as ações de desenvolvimento, aperfeiçoamento e manutenção das bases de dados do Sistema de Informações em Imunizações;
  - consolidar e analisar as informações produzidas e elaborar indicadores visando subsidiar as ações desenvolvidas e o seu monitoramento; e
  - elaborar normas relativas às imunizações.”

## 2.3. Estabelecimento de normas técnicas

O desenvolvimento do Programa é orientado por normas técnicas estabelecidas nacionalmente. Essas normas referem-se à conservação, ao transporte e à administração dos imunobiológicos, assim como aos aspectos de programação e avaliação.

Para assegurar a aceitação e uniformidade de uso em todo o país, as normas são estabelecidas com a participação dos estados e municípios, por meio dos órgãos responsáveis pela operacionalização do Programa, além de outras instituições representadas, principalmente, no Comitê Técnico Assessor em Imunizações, criado pela Portaria nº 389, de 06/05/1991. O Comitê é integrado por representação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), por pediatras e infectologistas das cinco macrorregiões do país, bem como por técnicos das demais áreas do Cenepi e da própria CGPNI.

As normas e orientações técnicas, gerenciais e operacionais são sistematizadas e divulgadas por meio de documentos técnicos, normativos e operacionais, disseminados por toda a rede de serviços.

## 2.4. Imunobiológicos

O suprimento dos imunobiológicos necessários, sem ônus para os órgãos executores, é responsabilidade da instância federal, que adquire os produtos, coordena a importação e incentiva a produção nacional.

Os produtos nacionais ou importados são adquiridos e distribuídos pelo gestor federal às secretarias estaduais de saúde, a partir da Cenadi, implantada em 1982, que tem como competência receber, armazenar, acondicionar e distribuir os imunobiológicos, enviar amostras para aferição da qualidade, além de participar de supervisões e treinamentos em rede de frio.

A qualidade dos produtos distribuídos é garantida mediante atuação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da estrutura da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), criado em 1981. Amostras de todos os lotes dos imunobiológicos, nacionais ou importados, são analisadas pelo INCQS antes da distribuição para consumo. O Instituto é referência técnica para os laboratórios produtores.

## 2.5. Estratégias e grupos-alvo

A capacitação de recursos humanos é uma estratégia importante para o aperfeiçoamento do Programa, assim como a cooperação técnica, a supervisão, o monitoramento e a avaliação das atividades, em âmbito federal, estadual e municipal.

É sensível, hoje, a melhora nas coberturas vacinais da população menor de cinco anos, com as vacinas contra a poliomielite, a tríplice bacteriana, a BCG e contra o sarampo, principalmente a partir de estratégias específicas, como a realização da multivacinação nos dias nacionais de campanha. Esses dias, realizados a partir de 1980, permitiram a não ocorrência de casos de poliomielite desde abril de 1989.

As ações voltadas aos menores de cinco anos são implementadas na rotina, nos dias regionais e nacionais de multivacinação e por intermédio de ações específicas de intensificação, cobrindo a totalidade dos nascidos em cada ano e completando o esquema daqueles que, por diferentes motivos, não foram vacinados no primeiro ano de vida.

A oferta de imunobiológicos para os menores de cinco anos tem sido ampliada, sempre de acordo com critérios epidemiológicos, a exemplo das vacinas contra a hepatite B e contra a febre amarela incorporadas ao calendário básico, respectivamente em 1997 e 1998. A partir de 1999, foi introduzida a vacina contra o *Haemophilus influenzae* tipo b, para crianças menores de um ano de idade, com vistas ao controle das doenças invasivas causadas por esta bactéria, como a meningite, a otite, a epiglotite, a pneumonia, a celulite, a osteoartrite, a cardite e a septicemia.

Outro grupo que merece atenção especial é o das gestantes e mulheres em idade fértil, cuja vacinação está voltada ao controle do tétano neonatal. Para mulheres no puerpério (no pós-aborto ou no pós-parto) é ofertada, desde 1997, a vacina contra a rubéola.

Para o controle do tétano acidental o foco é a vacinação de escolares, ampliando-se, quando necessário, para outros grupos de risco, como idosos, trabalhadores rurais e braçais, de indústrias, etc.

O controle da raiva humana, ou seja, a vacinação para o tratamento preventivo da raiva humana, é implementada na rotina da rede básica, bem como a vacinação destinada ao controle das meningites. Recentemente, para o controle das doenças respiratórias nos idosos foram introduzidas as vacinas contra o vírus da influenza e contra pneumococos.

A partir de 1993, iniciou-se a implantação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs) com a finalidade de atender pessoas em situações específicas que não podem receber os produtos utilizados na rotina, prioritariamente os imunodeprimidos.

## 3. O processo de planejamento

O planejamento contempla uma série de etapas ordenadas ao longo do tempo e desenvolvidas mediante processos específicos com tempos e movimentos diferentes:

- planejamento (propriamente dito);
- execução;
- acompanhamento;
- avaliação; e
- replanejamento.

O planejamento propriamente dito consiste, fundamentalmente, em avaliar o passado, pesquisar e indagar sobre o futuro, tomar decisões e prometer fazer. Ao concluir este trabalho tem-se um documento que expressa, basicamente, a intenção de quem planeja. No caso do município, expressa a intenção do gestor municipal, dando visibilidade às suas responsabilidades.

O planejamento, que tem como produto o plano ou a programação, deve ocorrer dentro de um processo dinâmico capaz de permitir revisões periódicas de objetivos, prioridades e estratégias, seja em função dos avanços registrados, seja em decorrência dos obstáculos que eventualmente vão sendo defrontados.

Na imunização, por exemplo, a revisão de prioridades e estratégias é muito comum: na década de 1980 a prioridade era quase que exclusiva para o grupo dos menores de cinco anos, hoje, com o surgimento de outras vacinas ou de outros grupos de suscetíveis, amplia-se a oferta de produtos e a faixa etária de atendimento, exigindo um reposicionamento em termos de metas e estratégias.

A disponibilidade de dados e informações permanentemente atualizadas é outro aspecto importante na formulação do plano ou da programação. Os sistemas de informações existentes na instância local devem orientar e facilitar a tomada de decisões, evitando-se que formulários e planilhas sejam preenchidos tão-somente para cumprir uma obrigação.

### 3.1. Aspectos conceituais

O planejamento do conjunto das atividades de saúde a ser ofertado a uma população deve incluir:

- a organização dos serviços;
- a gestão dos serviços;
- os diferentes recursos estratégicos, como recursos humanos e informação; e
- a atenção à saúde propriamente dita.

O plano decorrente do planejamento contém, portanto, propostas (objetivos, metas, estratégias) relativas, por exemplo, à estruturação da área de epidemiologia, ao relacionamento com o gestor estadual, ao encaminhamento de pacientes para o CRIE, etc. Além disso, explicita os recursos orçamentários e financeiros em termos, por exemplo, do percentual do orçamento municipal e dos recursos oriundos da esfera federal e estadual. O plano especifica, também, as ações e os serviços a serem ofertados, além daquilo que se pretende com relação aos recursos humanos, ao sistema de informação, à assistência farmacêutica, entre outros.

A explicitação de cada um dos aspectos referidos na análise da situação de saúde (diagnóstico) serve de base para definir objetivos, prioridades e estratégias, metas, ações e recursos.

Os objetivos explicitam as intenções de quem planeja com relação a uma determinada ação ou serviço, constituindo os marcos referenciais do plano ou programação, a partir dos quais são definidas as prioridades. As prioridades representam,

em um universo de necessidades, aquilo que se considera como mais urgente (magnitude e transcendência) e passível de resolução (vulnerabilidade), levando em conta, especialmente, recursos técnicos e financeiros disponíveis.

A partir da definição das prioridades são estabelecidos os objetivos, em função dos quais são definidas as estratégias a serem adotadas. A estratégia é o como fazer. É o caminho a ser seguido para alcançar o objetivo pretendido. Em função das prioridades, dos objetivos e das estratégias são definidas as metas e as ações. As metas são quantificadas e aprazadas, correspondendo a cada uma um grupo de ações e os recursos necessários por fontes de financiamento.

O plano ou a programação inclui todos os serviços prestados no território de um município, por órgãos federais, estaduais e municipais, bem como por prestadores conveniados e contratados. Inclui, da mesma forma tudo o que se relacionar com a referência para o atendimento da população fora do território, como, por exemplo, a utilização do CRIE de referência regional, localizado em outro município.

Merece atenção especial no planejamento áreas de difícil acesso, comunidades indígenas e populações carentes, principalmente crianças desnutridas que moram em favelas e bairros periféricos das cidades, onde é alta a densidade populacional e insalubre as condições de vida.

## **4. Análise da situação de saúde**

O planejamento deve ter por base a análise da situação de saúde (diagnóstico) clara, precisa e abrangente, a fim de facilitar a definição e redefinição de objetivos, metas, estratégias, bem como a identificação das necessidades de recursos humanos, materiais e financeiros.

Essa análise deve abranger o contexto em que se insere a ação objeto do planejamento. Por exemplo, se a tarefa é elaborar o plano de saúde do município a análise enfoca a realidade de saúde municipal, seus determinantes e condicionantes, além dos aspectos demográficos, em termos de evolução populacional nos últimos dez anos e sua distribuição na área urbana e rural, por faixa etária e por sexo. Abrange, também, os aspectos econômicos e sociais, como escolaridade, atividade econômica na área, fontes de recursos financeiros e arrecadação, saneamento, habitação, entre outros.

### **4.1. Análise do modelo de gestão vigente**

A análise correspondente ao modelo de gestão vigente leva em conta a organização e o funcionamento do sistema de saúde, municipal ou estadual, envolvendo a atuação do Conselho de Saúde, a operacionalização do Fundo de Saúde, a estruturação do órgão gestor (Secretaria Municipal ou Estadual), a sua capacidade para planejar e acompanhar as atividades executadas (setor público ou privado), bem assim para desenvolver ações de controle, avaliação e auditoria.

Contempla, da mesma forma, as formas de articulação com outros municípios: a participação em consórcio e na Programação Pactuada e Integrada (PPI), assim como a articulação com outras esferas, principalmente no que se refere a ações ainda executadas pelo estado e pela União.

### **4.2. Análise relativa ao financiamento**

No tocante ao financiamento, a análise considera a situação dos recursos orçamentários e financeiros em termos:

- da composição do orçamento e do gasto em saúde com a discriminação da origem (tesouro municipal, recursos estadual e federal) e destinação dos recursos;
- do percentual do total de recursos próprios do tesouro municipal dentro do total de recursos efetivamente aplicado em saúde;
- do percentual dos recursos advindos de outras esferas gestoras (estadual e federal) dentro do total de recursos aplicados em saúde;
- dos recursos aplicados diretamente no município pelas esferas federal e estadual;
- dos recursos pagos ao prestador diretamente pela esfera federal;
- dos recursos advindos por força de convênio e doações.

### **4.3. Análise do modelo de atenção à saúde**

Em termos do modelo de atenção à saúde, a análise (diagnóstico) da situação deve considerar a estruturação da rede, a capacidade instalada, a produção por tipo de prestador e a avaliação da cobertura da rede de serviços: básica, hospitalar e especializada. Deve explicitar, da mesma forma, a situação do sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, da urgência e emergência, além da referência e contra-referência. Ao focar o modelo de atenção adotado o diagnóstico deve abordar:

- a forma como os serviços se estruturam;
- os serviços de referência;
- o funcionamento dos serviços (horários, poder de decisão, iniciativa, autonomia de gastos e de soluções de problemas locais);
- mecanismos adotados de acompanhamento e supervisão;
- indicadores, critérios e instrumentos de avaliação;
- utilização efetiva dos serviços pela população e grau de satisfação e de credibilidade.

Ainda nessa análise também é vista a situação das ações e serviços de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, em termos de estruturação, capacidade, produção e cobertura. Inclui, ainda, o perfil epidemiológico local e regional: doenças, principais agravos e fatores de risco existentes na região, taxas de mortalidade e morbidade. A análise, ou seja o diagnóstico, destaca, da mesma forma, a identificação de:

- áreas com baixa cobertura vacinal;
- áreas com bolsões de suscetíveis;
- áreas urbanas com grandes contingentes populacionais;
- áreas de difícil acesso ou que não dispõem de serviços de saúde;
- áreas silenciosas de notificação de doenças preveníveis por vacinação; e
- áreas com casos suspeitos ou confirmados de doenças preveníveis por vacinação.

#### **4.4. Análise dos recursos estratégicos e da participação da população**

No que se refere aos recursos específicos ou estratégicos é importante considerar a situação dos recursos humanos, dos sistemas de informação de base de dados nacional e outros; a aquisição e distribuição de medicamentos e outros insumos; a manutenção e o suprimento de equipamentos e desenvolvimento de tecnologia em saúde.

O desenvolvimento de atividades junto à população e com suas representações seja para a vacinação, seja para outras ações de saúde, é incluída no diagnóstico e no planejamento, vez que são realizadas nas diferentes instâncias e avaliadas junto com as demais atividades.

Na análise da situação (diagnóstico) são identificadas e analisadas as razões para as baixas coberturas. Algumas questões podem funcionar como ponto de partida, por exemplo:

- será que a população está suficientemente esclarecida sobre a existência de doenças que podem ser evitadas?
- será que os responsáveis pelas crianças conhecem os tipos de vacinas e o número de doses necessário para a completa imunização?
- será que o serviço está divulgando os locais e horários de funcionamento da vacinação e que as vacinas são gratuitas?
- será que os pais não levam suas crianças para serem vacinadas porque acham que diarreia, resfriado ou febre impedem a vacinação?
- será que os pais não voltam para as demais doses com receio das reações?
- será que as famílias estão encontrando problemas para chegar até o serviço? Quais são esses problemas?
- será que os horários de vacinação são os mais adequados aos modos de vida e de produção da maioria dos pais?
- será que a comunidade acredita no serviço e em seus profissionais?

A análise das respostas a essas e outras questões vai permitir prever as atividades que deverão ser desenvolvidas para trabalhar com a comunidade.

## 4.5. A vacinação na análise da situação de saúde

Uma análise da situação de saúde que sirva realmente de base ao planejamento de ações e serviços, conforme descrito até aqui, abrange as características da população, o modelo de gestão, o financiamento, o modelo de atenção e os recursos estratégicos. Em qualquer destes aspectos objeto da análise, a atividade de vacinação deve estar explicitada.

As mudanças observadas no sistema de saúde exigem que o planejamento das ações de vacinação leve em conta o contexto mais abrangente que envolve a saúde da população. O diagnóstico necessário a esse planejamento não é diferente ou isolado daquele usado, por exemplo, para planejar a atuação de equipes de saúde da família ou para definir o trabalho de vigilância sanitária. É preciso, no entanto, que esse diagnóstico explicita aspectos de interesse específico para a definição dos objetivos, metas, estratégias e atividades relativas à vacinação, quais sejam:

- estimativas populacionais;
- análise da situação das doenças preveníveis pela vacinação: perfil epidemiológico local e regional;
- delimitação da área de atuação; e
- os recursos disponíveis.

### 4.5.1. Estimativas de população

A estimativa populacional é um dado indispensável para o cálculo da população-alvo da vacinação. A informação pode ser obtida a partir de dados do recenseamento realizado, de dez em dez anos, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Mesmo assim, é preciso estar atento, pois, muitas vezes, os dados podem estar defasados quando o censo foi feito há muito tempo ou quando a área passa por processo de imigração ou emigração. É importante conhecer o fluxo migratório, a origem e a tendência, em termos do aumento ou redução da população geral ou de grupos específicos que, por exemplo, dependem da atividade produtora da área ou região. A taxa de migração influi diretamente na previsão da população a ser vacinada.

As informações obtidas sobre o tamanho da população podem estar apresentadas de forma global ou divididas em faixas de idade. Os dados sobre a composição etária da população são obtidos a partir de proporções calculadas pelo IBGE. A Secretaria Estadual de Saúde, geralmente, dispõe das populações municipais calculadas com fatores de correção, de acordo com esse Instituto. Como as estimativas são feitas por meio de projeções matemáticas podem ocorrer distorções que serão tanto maiores quanto menor a população da área em questão.

Para microrregiões e para grupos populacionais específicos (indígenas, gestantes, escolares, mulheres em idade fértil, idosos, etc.) existem formulações que auxiliam o cálculo da população-alvo, e que leva em conta as diversas fontes de dados existentes na área, tais como: registro de nascimentos e óbitos do cartório local; número de crianças matriculadas nas escolas locais; número de consultas de gestantes nos serviços de saúde e outros serviços médicos; cadastro de famílias realizado pelos agentes comunitários de saúde, quando estes profissionais cobrem 100% da área.

Em síntese, é importante para a atividade de vacinação a disponibilidade de dados da população por faixa de idade, assim detalhado:

- menores de um ano;
- menores de cinco anos;
- gestantes;
- mulheres em idade fértil;
- menores de 15 anos; e
- maiores de 60 anos.

#### 4.5.2. Delimitação da área de atuação

A delimitação da área geográfica de atuação de um serviço de saúde é tarefa complexa. No entanto, já estão disponíveis metodologias que possibilitam estudar a procedência da demanda de cada serviço, mapeá-la e obter uma provável população da área sobre a qual será feito o planejamento dos serviços a serem oferecidos. Com isso, evita-se a superposição, ou que a população seja contada duas vezes ou que, ao contrário, fique desassistida.

O reconhecimento geográfico é um outro mecanismo, mais adequado para pequenas localidades e para a área rural. No reconhecimento geográfico identificam-se, por exemplo: o número de casas, os equipamentos sociais (igrejas, hospitais, escolas, creches, asilos, etc.), as vias de acesso e a relação entre as localidades.

Em municípios onde já estão implantados o PSF ou o PACS a área de abrangência pode ser definida a partir do número de famílias trabalhadas pelas equipes.

A delimitação da área de abrangência é importante pelo fato de cada situação requerer um planejamento das diferentes estratégias capazes de fazer o serviço acessível a quem dele precisa, incluindo-se aí a vacinação.

A oferta de serviços em uma região industrial, com população aglomerada em torno de fábricas, é diferente de uma cidade-dormitório ou de uma área rural, com população desenvolvendo atividades fixas ou com predominância de bóias-frias. Considerar, ainda, outros fatores que influenciam na utilização do serviço, tais como: vias de acesso, meios de locomoção, acidentes naturais (rios, morros, etc.) ou artificiais (açudes, barragens, etc.).

Outra alternativa é dividir a área em zonas, bairros, distritos ou subdistritos. Para a população rural, mais dispersa e de mais difícil acesso, levar em conta a distância entre as casas, a dispersão ou aglomeração em pequenos povoados, vilas, sítios ou fazendas.

Para facilitar o trabalho, elaborar mapas e croquis que devem ser checados periodicamente para atualização. Os mapas e croquis devem mostrar os limites da área de atuação, indicar a localização de populações dispersas, de povoados, de ruas, além de escolas, igrejas, hospitais e outros pontos de referência, como vias de acesso, distâncias entre as localidades, rios, ilhas, morros, etc.

#### 4.5.3. Oferta dos serviços de vacinação

A caracterização da rede de serviços é essencial para o planejamento das necessidades em termos de vacinação. A análise da situação do modelo de atenção deve especificar:

- a quantidade e a distribuição geográfica da rede de serviços;
- a natureza institucional (pública, privada e contratada) e tipo de serviço (posto, ambulatório, hospital);
- ações e serviços de vacinação ofertados;
- capacidade resolutive, atendimento à demanda, ociosidade, atividades extramuros; acessibilidade ao CRIE, etc.

É de interesse específico da vacinação que a análise da situação contenha a série histórica dos índices de cobertura nos últimos cinco ou 10 anos, dos índices de morbidade e mortalidade por doenças evitáveis pela vacinação, identificando a localização dessas ocorrências e relacionando-as com a capacidade resolutive da rede de serviços nessas áreas. Além disso, é importante analisar se o suprimento de vacinas tem atendido à demanda e se as estratégias utilizadas para vacinar a população-alvo têm sido as mais adequadas.

#### 4.5.4. Recursos humanos

A caracterização dos recursos humanos existentes e disponíveis tem relação direta com o planejamento dos serviços a serem ofertados, vez que implica em decisão sobre admissão, redistribuição, capacitação e educação continuada.

A análise deve abordar questões como a suficiência de pessoal e as necessidades e possibilidades de recomposição da força de trabalho, levando em conta, também, o investimento feito e as necessidades em termos de capacitação,

atualização e aperfeiçoamento. No interesse da vacinação fazer referência aos processos de capacitação de pessoal de sala de vacinação, além do treinamento em vigilância epidemiológica e de outros instrumentais e estratégias disponíveis em imunizações e vigilância epidemiológica, tanto do Ministério da Saúde, como das secretarias estaduais e municipais.

O quantitativo de profissionais é especificado segundo a formação básica, funções, atividades que desenvolvem, faixa salarial, vínculo empregatício, carga horária, qualificação, etc. No interesse da vacinação essa identificação poderá incluir recursos humanos de outras instituições e da comunidade.

#### 4.5.5. Instalações, equipamentos, material de consumo e transporte

Para o planejamento das necessidades de instalações, equipamentos, materiais de consumo e transporte, a análise da situação baseia-se em inventário sobre a disponibilidade e condições de uso.

Para a vacinação é importante incluir entre outras necessidades:

- congeladores;
- refrigeradores;
- termômetros;
- estufas;
- autoclaves;
- agulhas e seringas descartáveis;
- algodão;
- álcool a 70% para situações excepcionais;
- caixas térmicas grandes e pequenas;
- gelo reciclável;
- sacos plásticos;
- impressos (material de divulgação, formulários, folhas de registro, Cartão da Criança, Cartão do Adulto, Cartão da Gestante e Cartão de Controle, etc.);
- recipiente rígido para descarte de materiais perfurocortantes.

Considerar, além disso, a necessidade de manutenção e recuperação dos equipamentos e instalações ou a previsão de local e de condições para estocagem e destino final do lixo da sala de vacinação. Além de uma análise do processo de aquisição e suprimento de materiais, insumos e equipamentos, bem como o registro e controle.

No tocante ao transporte, levar em conta veículos disponíveis (condições de uso e conservação, formas de utilização e gastos com combustível), a disponibilidade de motoristas, de serviços de manutenção mecânica, identificando, também, outras formas de locomoção da equipe e de transporte dos imunobiológicos e de outros materiais, tais como coletivos e veículos de outras instituições ou organizações da comunidade, analisando a viabilidade e o resultado dessa utilização.

A análise da situação, ou seja o diagnóstico, tem uma parte analítica, descritiva e avaliativa, podendo ser complementada com quadros demonstrativos que consolidam os dados e informações.

## 5. Definição e quantificação das metas

A definição de metas, ou seja, a quantificação dos objetivos e prioridades concretiza as intenções explicitadas no plano ou programação, facilitando o processo de acompanhamento e avaliação.

Controlar ou erradicar doenças e agravos tem relação direta com a necessidade de trabalhar determinados contingentes da população-alvo, em um período de tempo definido. O impacto epidemiológico satisfatório exige que, para além da adoção de medidas de controle específicas, relativas a cada doença ou agravo, seja vacinado um percentual da população capaz de interromper a cadeia de transmissão. Esse percentual está relacionado ao grau de eficácia do imunobiológico e às características epidemiológicas de cada doença.

Os percentuais de cobertura precisam ser alcançados e mantidos de forma homogênea dentro de cada unidade geográfica: os bairros dentro do município, os municípios dentro do estado e os estados dentro do país. Para a quebra da cadeia epidemiológica, considerando a população-alvo a ser vacinada, conforme orientado nesta parte do Manual (tópico 2, item 2.5 e tópico 4, item 4.5.1), os índices recomendados são os seguintes:

- para a vacina tríplice bacteriana DTP: vacinação de 90% dos suscetíveis (não vacinados);
- para a vacina BCG: vacinação de 90% dos suscetíveis;
- para a vacina contra o sarampo: vacinação de 95% dos suscetíveis;
- para vacina tríplice viral: vacinação de 95% dos suscetíveis;
- para a vacina contra a poliomielite: vacinação de 95% dos suscetíveis;
- para a dupla adulto objetivando o controle do tétano neonatal: vacinação de 100% das mulheres em idade fértil, nos municípios de risco;
- para a febre amarela: vacinação de 100% dos suscetíveis;
- para a vacina contra hepatite B: vacinação de 95% dos suscetíveis;
- para a vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo b: vacinação de 95% dos suscetíveis.

O cálculo das metas é facilitado dividindo-se a população em alguns estratos mais importantes. A meta anual, ou seja, a população a vacinar durante um ano é desdobrada em metas mensais, o que permite avaliações periódicas capazes de orientar o ajuste das estratégias.

### 5.1. Metas nacionais de vacinação

Para alguns imunobiológicos, conforme já referido, é necessário manter uma unidade de cobertura em âmbito nacional ou macrorregional, a fim de que a vacinação resulte em impacto sobre a situação da doença ou agravo objeto de controle. Por isso, o planejamento das atividades nas diferentes instâncias considera algumas metas nacionais, a saber:

- administrar as vacinas contra a poliomielite, contra a hepatite B, contra o sarampo, contra a febre amarela, contra o *Haemophilus influenzae* tipo b, a tríplice bacteriana (DTP) e a BCG-ID em todas as crianças com menos de um ano de idade; e a vacina tríplice viral (contra o sarampo, a caxumba e a rubéola) nas crianças com um ano de idade;
- administrar essas mesmas vacinas nas crianças com menos de cinco anos de idade, que não foram vacinadas ou que não completaram o esquema básico no primeiro ano de vida;
- administrar a vacina dupla adulto (dT) nas mulheres grávidas, principalmente aquelas que residem nos municípios considerados de risco e alto risco para o tétano neonatal; e
- administrar a vacina tríplice viral nas crianças até 11 anos de idade, não vacinadas anteriormente.

A alta incidência de outras doenças preveníveis pela vacinação ou a existência de outros grupos de risco (mulheres em idade fértil, escolares, agricultores, profissionais de saúde) exigem, também, a definição de metas nacionais para, por exemplo:

- administrar as vacinas contra a meningite, contra a hepatite B e contra a febre amarela em grupos específicos;
- administrar a dupla tipo adulto (dT) nas mulheres de 12 a 49 anos, nos escolares, nos trabalhadores da construção civil, nos idosos, etc.;
- administrar a vacina contra a rubéola nas mulheres, por ocasião do pós-parto ou do pós-aborto imediato;
- administrar imunobiológicos especiais, prioritariamente nos imunodeprimidos;
- administrar os soros antitetânico, antidiftérico e anti-rábico nas situações indicadas;
- administrar os soros específicos nos acidentes provocados por animais peçonhentos.

## **5.2. Menores de um ano: meta operacional básica**

A meta operacional básica é vacinar 100% dos menores de um ano com todas as vacinas indicadas para o primeiro ano de vida. No caso da vacina DTP, por exemplo, considera-se a meta alcançada quando todas as crianças menores de um ano receberem as três doses básicas. Este critério é aplicado a todas as vacinas que têm esquema básico com mais de uma dose.

Quando as coberturas obtidas nos menores de um ano não são plenamente satisfatórias, as crianças não vacinadas (suscetíveis) vão se acumulando no grupo de um a quatro anos. Este resíduo de crianças a vacinar no grupo de um a quatro anos pode ser calculado com maior precisão quando o registro da vacina administrada é feito por ano de vida.

## **5.3. Meta para gestantes**

Não existe fórmula específica para o cálculo do número de gestantes a vacinar em cada área, ou para calcular o número de doses necessário. Estes dados podem ser estimados a partir de alguns parâmetros, como:

- as gestantes vacinadas, com três ou mais doses da tríplice ou dupla (DT, dT) ou TT, há menos de cinco anos, não necessitam de nenhuma dose;
- as gestantes vacinadas com três ou mais doses da tríplice ou dupla (DT, dT) ou TT, há mais de cinco anos, necessitam de uma dose;
- as gestantes nunca vacinadas, necessitam de três doses;
- a demanda de gestantes ao serviço e capacidade do mesmo em vacinar as que não comparecem.

## **5.4. Meta para mulheres em idade fértil**

Mulheres em idade fértil são aquelas que estão na faixa de 12 a 49 anos. A vacinação desse grupo pode assegurar a eliminação do tétano neonatal e o controle da síndrome da rubéola congênita, uma vez que essas mulheres ao engravidarem estarão adequadamente protegidas.

O grupo de mulheres em idade fértil tem importância pelo fato de a vacinação da gestante apresentar poucos resultados, especialmente por ser difícil identificar as mulheres que irão engravidar ano a ano, bem como aquelas que já tomaram alguma dose da vacina contra o tétano, em gestação anterior ou nos últimos cinco anos. Soma-se a isso a baixa cobertura do pré-natal na rede de serviços. A assistência à gestante é precária e, quando ocorre, não orienta adequadamente para a vacinação.

A população de mulheres em idade fértil tem por base estimativas do IBGE, que estabelece um percentual da população geral correspondente a esse grupo. Para estimar a necessidade de vacinas, considerar as gestantes e mulheres

em idade fértil já vacinadas com dT ou TT e com a tríplice viral ou com a vacina contra a rubéola. A realização de inquérito de cobertura nesse grupo populacional certamente vai orientar melhor a instância municipal no planejamento dessas atividades.

## **5.5. Definição e quantificação de metas para outros grupos**

O cálculo de outros grupos a vacinar, conforme exemplos apresentados na seqüência, considera o comportamento epidemiológico da doença que determina situações e períodos mais indicados para a vacinação, bem como as estratégias a serem adotadas:

- para a vacinação contra a hepatite B na área endêmica considerar prioridade os menores de 15 anos, especialmente os menores de um ano, logo ao nascer, conforme o esquema básico preconizado pelo PNI;
- para a vacinação contra a hepatite B em grupos de risco incluir profissionais de saúde, pacientes submetidos à hemodiálise, renais crônicos, portadores de hemofilia, talassemia, anemia falciforme, portadores do HIV e imunodeprimidos; para outros segmentos (população confinada, militares, etc.) fazer uma estimativa, de acordo com informações fornecidas por associações profissionais e hemocentros ou a partir da demanda de períodos anteriores;
- para a vacinação contra a febre amarela na área endêmica considerar o grupo maior de seis meses de idade e fazer uma estimativa da população que falta vacinar, baseada na média dos dez anos anteriores;
- para a vacinação contra a febre amarela na área não endêmica considerar o grupo menor de um ano de idade, além da população acima dessa idade que se desloca para áreas endêmicas;
- para a vacinação contra a meningite, quando indicada, em situações de surto provocado por sorogrupo específico para o qual existe vacina, deve-se verificar e calcular a população do grupo etário a ser vacinado com prioridade, mediante decisão conjuntas com o Cenepi; e
- para a vacinação da população idosa, contra a influenza e contra o pneumococo, considerar o grupo maior de 60 anos de idade, que é o de maior risco em termos de complicações e óbitos por infecções respiratórias.

Outros grupos suscetíveis prioritários são identificados ao longo do desenvolvimento das atividades, quando os dados vão sendo conhecidos com maior precisão, além disso tem-se a própria dinâmica do processo saúde-doença que provoca mudanças na situação epidemiológica e, também, o surgimento e a disponibilidade de novos imunobiológicos.

## **5.6. Outras metas essenciais ao trabalho de vacinação**

Além das metas referentes à administração das vacinas, é preciso definir aquelas voltadas ao gerenciamento e operacionalização das atividades de vacinação, tais como:

- a construção, aquisição e manutenção de locais e equipamentos adequados para estocar, conservar e administrar corretamente os imunobiológicos;
- o suprimento de vacina e outros insumos;
- a troca de informações; e
- a assessoria na execução e avaliação.

Da mesma forma, é importante estabelecer metas relacionadas à capacitação e educação contínuas, bem como as relativas ao trabalho de educação e comunicação, destinado a motivar e informar a população, para que esta participe, em todos os momentos, no planejamento, no controle e na fiscalização das ações desenvolvidas. Nesse sentido, a atuação junto aos Conselhos de Saúde é fundamental.

## 6. Estabelecimento de estratégias

No processo de planejamento, após o estabelecimento das metas a serem alcançadas, é necessário definir as estratégias que permitirão a consecução das mesmas.

Estratégia pode ser definida como o caminho escolhido para atingir determinada meta. É o “como fazer”. Para a vacinação não existe uma estratégia exclusiva, a melhor é aquela que assegura a obtenção e a manutenção de altas coberturas, ou seja, aquela que permite oferecer o imunobiológico a maior quantidade possível de pessoas que dele necessita, no menor prazo, dentro das metas propostas.

As estratégias podem ser utilizadas de forma isolada ou combinadas, já que não existe uma solução única. A escolha de uma ou outra forma de trabalhar leva em conta as características do território e da população, assim como a capacidade instalada e os índices de cobertura que vêm sendo alcançados. São estratégias básicas de vacinação:

- a vacinação na rotina dos serviços de saúde;
- a campanha de vacinação; e
- a vacinação de bloqueio.

A definição das estratégias a serem adotadas é feita no momento do planejamento, pois na dependência do que for estabelecido são delineadas as formas de gerenciamento dos recursos necessários: materiais, financeiros e humanos. É importante incluir no planejamento os recursos para a realização de bloqueio (vacinação quando da ocorrência de caso ou surto de doenças que são objeto de programas de controle ou erradicação) mesmo considerando que é uma estratégia adotada em situações inesperadas.

Ao propor a realização de qualquer uma das estratégias é fundamental considerar a necessidade de capacitação dos recursos humanos (treinamento, atualização) e de ações para mobilização e envolvimento dos diversos segmentos da comunidade, seja para divulgar informações, seja para participar da vacinação.

### 6.1. Vacinação de rotina

A vacinação de rotina consiste no atendimento da população no dia-a-dia do serviço de saúde. O trabalho rotineiro proporciona o acompanhamento contínuo e programado das metas previstas, facilitando o monitoramento sistemático (mensal ou trimestral), de forma a identificar em tempo hábil se as metas estão sendo alcançadas.

Quando são detectadas coberturas vacinais abaixo dos percentuais estabelecidos, conforme explicitado no item 5 desta Parte do Manual, é necessário identificar mecanismos para superação dos problemas.

Um desses mecanismos é a chamada “intensificação da rotina” que consiste em trabalhar o dia-a-dia de forma mais dinâmica, tornando a vacinação mais acessível à população suscetível, o que inclui, certamente, a vacinação extramuros.

A intensificação da rotina é bastante válida, principalmente quando é preciso cobrir bolsões de suscetíveis. É válida, da mesma forma, em regiões de difícil acesso e com dificuldade de deslocamento, como, por exemplo, conglomerados em zona rural, aldeias indígenas, populações às margens de rios, nos garimpos, em ilhas, em assentamentos, etc. A vacinação extramuros, quando bem programada, em termos de recursos humanos e materiais, e realizada de forma sistemática, apresenta resultados proveitosos para a cobertura dessas populações.

A intensificação da rotina implica, portanto, no desenvolvimento de ações fora do serviço de saúde, com a equipe em busca dos não vacinados, exigindo a organização de equipes extrasfixas, móveis ou para a vacinação casa a casa. Neste tipo de trabalho é fundamental o papel da supervisão para garantir a qualidade e os resultados esperados. Esta organização também deve ser adotada tanto nas campanhas como na vacinação de bloqueio.

### 6.1.1. Equipes extrafixas

Na montagem de postos fixos, para funcionar por tempo limitado, selecionar locais que já funcionem como referência para a população, tais como escolas, clubes, creches e outros. As equipes são distribuídas de forma a dar uma atenção especial àquelas áreas mais densamente povoadas.

Um parâmetro é considerar que cada equipe extra deve ter vacinadores suficientes para atender a um máximo de 400 crianças por dia. A realidade, porém, determina a necessidade de montar mais de um posto fixo com grande proximidade, ou mais de uma equipe em um mesmo posto.

Ao planejar a intensificação com atividades fora do serviço de saúde, é importante prever o equipamento para conservação das vacinas (geladeira ou caixa térmica), pessoal treinado, sistema de registro e formas de acesso para garantir o suprimento de vacinas e de gelo reciclável, se for o caso, conforme orientado na Parte II deste Manual.

### 6.1.2. Equipes móveis

As equipes móveis atuam com base em um roteiro previamente estabelecido, sendo uma alternativa válida para as pequenas comunidades rurais e para áreas de população dispersa ou de difícil acesso. É uma forma de trabalhar que exige gastos com alimentação, com diárias e com pessoal extra, mas que possibilita alcançar populações que, de outra maneira, certamente nunca seriam vacinadas.

Cada local, em dia ou horário determinado, recebe uma equipe de vacinação. A população, a partir da intensa divulgação, deve estar reunida nos locais determinados para ser vacinada. Finalizado o trabalho a equipe desloca-se para outra área, segundo um roteiro preestabelecido.

A opção pela organização de equipes móveis obedece a alguns critérios ou exigências, quais sejam:

- vacinadores preparados para administrar todas as vacinas do esquema básico;
- quantidade de vacinas e insumos suficiente para atender à estimativa de crianças, gestantes e outros grupos de risco;
- tempo de permanência suficiente para vacinar toda população-alvo;
- escolha das datas e horários que levem em conta a maneira de viver da população, dias da semana mais adequados (dias de feira, de missa, etc.) e épocas do ano (estação mais seca para evitar dificuldades de locomoção);
- cronograma de viagens que inclua o retorno à área para completar esquemas, considerando o intervalo entre as doses;
- transporte e conservação dos imunobiológicos feitos em condições adequadas;
- disponibilidade de mapas ou croquis da área de atuação de cada equipe móvel;
- registro das vacinas administradas segundo tipo de vacina, dose e idade, nos formulários de rotina; e
- preenchimento do comprovante de vacinação (cartão da criança ou do adulto ou outro documento) para todas as pessoas vacinadas.

### 6.1.3. Vacinação casa a casa

Conhecida também como operação limpeza, a vacinação casa a casa é adotada, geralmente, em situações especiais, como, por exemplo, em surtos localizados. Esta estratégia, da mesma forma que as equipes móveis, garante o alcance de toda a população-alvo, com a obtenção de altas coberturas, mas requer também grande mobilização de recursos humanos e materiais. A vacinação é feita na casa das pessoas, visitando-se todos os domicílios de cada rua, quarteirão ou bairro. Cada equipe tem um croqui da sua área de atuação.

O trabalho é avaliado diariamente a partir do registro das intercorrências, como por exemplo: casas fechadas, crianças doentes, crianças sozinhas, ausência de crianças no momento da passagem da equipe, etc. Os vacinadores devem ter um posto fixo de referência para apoio, suprimento, guarda de vacinas e outros insumos.

## **6.2. Campanha de vacinação**

A campanha é uma ação que tem um fim determinado e específico. É uma estratégia com abrangência limitada no tempo, que visa, sobretudo, a vacinação em massa de uma determinada população, com uma ou mais vacinas.

A intensa mobilização da comunidade, principalmente por meio dos veículos de comunicação de massa, e, também, a ampliação do número de postos, faz com que a população fique mais próxima da vacina, possibilitando o alcance de maiores contingentes e a obtenção de altos índices de cobertura.

Considerando o alto custo financeiro e a grande mobilização de recursos (humanos, institucionais) e da comunidade, a oportunidade da campanha deve ser aproveitada para administrar todas as vacinas em crianças ou em outros grupos de risco, iniciando ou completando o esquema de vacinação estabelecido.

## **6.3. Vacinação de bloqueio**

A vacinação de bloqueio é uma atividade prevista pelo sistema de vigilância epidemiológica, sendo executada quando da ocorrência de um ou mais casos de doença prevenível pela vacinação, quando este fato provoca uma alteração não esperada no comportamento epidemiológico da doença. Com o bloqueio a cadeia de transmissão de doença é interrompida, mediante a eliminação dos suscetíveis, em curto espaço de tempo.

A área onde a vacinação será realizada é definida em função da situação epidemiológica da doença, da sua transmissibilidade (taxa de ataque secundário) e do modo como ocorre o caso ou casos. O trabalho pode ser limitado à moradia do doente, ao seu local de trabalho ou de estudo; pode, da mesma maneira, abranger as residências vizinhas, ou estender-se a um ou mais quarteirões ou mesmo a todo um bairro, vila ou município.

Para maiores informações sobre as situações em que está indicado o uso do bloqueio consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica, editado pelo Cenepi/FUNASA.

## **6.4. Aproveitamento de todas as oportunidades de vacinação**

Uma das causas das baixas coberturas de vacinação é a perda de oportunidades para vacinar crianças. O trabalho das equipes de saúde com a população e as organizações da comunidade permite um melhor aproveitamento das oportunidades. Para superar as perdas, uma tarefa essencial é procurar sensibilizar todos os profissionais da equipe de saúde para que se envolvam na atividade de vacinação.

É importante capacitá-los no sentido de vacinar oportunamente todas as crianças menores de um ano e aquelas com menos de cinco anos, que não foram vacinadas na idade correta e com as doses indicadas, bem como as gestantes e outros grupos de risco.

Os profissionais devem, também, estar atentos e utilizar todos os contatos para perguntarem aos pais se os seus filhos estão vacinados ou se lhes falta alguma dose, o mesmo fazendo em relação aos adultos e às gestantes.

Nesses contatos é importante destacar o valor do Cartão da Criança ou de outro documento que comprove a vacinação, bem como a necessidade de trazê-lo sempre que vier ao serviço de saúde. Caso a pessoa não disponha do comprovante, naquele momento, esgotar todas as possibilidades para averiguar o estado vacinal da mesma, revisando, inclusive, arquivos do serviço de saúde. Se for preciso, abrir novo comprovante.

É necessário, ainda, que todos os profissionais estejam informados e participem das atividades extramuros (campanhas, intensificações, bloqueios, busca de faltosos, busca de não vacinados, etc.), ou seja, de todas as atividades realizadas com a finalidade de aumentar a cobertura ou diminuir a perda de oportunidades, buscando, principalmente, completar o esquema de cada criança, antes do primeiro ano de vida ou até os cinco anos de idade.

## 7. Definição de recursos

### 7.1. Recursos humanos

#### 7.1.1. Pessoal necessário

A falta de pessoal compromete a continuidade de qualquer serviço. Por isso, o planejamento dos recursos humanos necessários ao trabalho de vacinação é feito considerando o diagnóstico da situação quanto a este recurso estratégico, conforme orientado no tópico 4 desta Parte e na Parte II deste Manual. A análise referida considera como pontos importantes o pessoal disponível e a necessidade de novas contratações ou de remanejamentos, bem como as estratégias de capacitação e de educação continuada.

No que se refere aos recursos humanos, a manutenção das atividades de vacinação leva em conta o seguinte:

- em cada local de vacinação é importante garantir, pelo menos, um profissional para triagem e o registro e outro para a administração das vacinas; estas atividades podem ser feitas por uma única pessoa, mas num ritmo mais lento;
- é importante garantir pessoal capacitado para substituir os profissionais da sala de vacinação no caso de férias, licença édica, dispensa ou transferência, a fim de evitar a paralisação das atividades;
- é importante garantir a presença, sistemática e contínua, de um supervisor técnico (enfermeiro, médico ou outro profissional capacitado) para acompanhar e avaliar o desenvolvimento do trabalho.

Para a realização de atividades extramuros é preciso evitar a interrupção das ações da rotina, prevendo-se pessoal extra para compor as equipes fixas ou móveis, ou para fazer a vacinação casa a casa. Uma alternativa é engajar nestas atividades todos os profissionais atuantes no município, inclusive servidores administrativos, serventes e motoristas.

O número de pessoas envolvido na vacinação depende da extensão da atividade programada e da quantidade de postos ou de equipes. É preciso também contar com supervisores para a preparação, a execução, o monitoramento e a avaliação das ações. As equipes, em geral, são compostas de, no mínimo, um motorista e um vacinador, sendo aconselhável a inclusão de mais uma pessoa para a triagem e o registro.

Um parâmetro utilizado para definir a composição das equipes de vacinação na área urbana é a previsão de um vacinador para cada 30 doses administradas por hora, utilizando seringa e agulha. Com isso, em um dia de oito horas de trabalho, com demanda contínua, um vacinador pode administrar 240 doses de vacinas. Considerar, além disso, que na sala de vacinação outros profissionais podem auxiliar nas atividades complementares, como registro e organização.

Para as equipes móveis, considerar que uma equipe percorre, aproximadamente, 20 casas por dia na área rural. Se a equipe vacinar uma média de três crianças por casa, são 60 crianças por dia. Assim, como exemplo, se a população de uma área for igual a 600 crianças são necessários 10 dias ou maior número de equipes de vacinação.

Nos municípios onde atuam as equipes dos programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, deve ser feito um trabalho articulado para a mobilização da população, para o encaminhamento da clientela e para o agendamento e execução da vacinação.

#### 7.1.2. Capacitação de pessoal

A equipe de saúde, composta por profissionais de várias categorias, executa a atividade de vacinação, bem como o acompanhamento e a supervisão, mediante treinamento específico e atualizações. A qualidade do trabalho e a consecução das metas propostas não dependem somente do quantitativo de profissionais, mas da realização de capacitações que favoreçam a aquisição de habilidades técnicas e o desenvolvimento de atitudes.

O ideal é realizar os treinamentos no próprio local de trabalho, no entanto, a participação de profissionais de outros municípios, da instância regional ou estadual, possibilita o intercâmbio e a atualização de conhecimentos. A metodologia utilizada deve focar a prática e a experiência dos treinandos, evitando formas tradicionais, baseadas na simples transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas. O Ministério da Saúde dispõe de alguns instrumentos de capacitação para os profissionais envolvidos diretamente com atividades de vacinação, tais como o treinamento em sala de vacina, de gerenciamento em rede de frio, em sistema de informação e vigilância de eventos adversos.

O processo de capacitação é continuado por meio da supervisão técnica sistemática, que permite, também, a avaliação da equipe e a identificação de problemas e soluções mais práticas e eficazes. É importante, além disso, prever a capacitação do pessoal não envolvido diretamente com a atividade de vacinação, bem como de pessoas de instituições e organizações da comunidade.

No planejamento devem ser garantidos os meios para a concretização dos processos de capacitação e de supervisão, com previsão de recursos para diárias, deslocamentos, manutenção de eventos, reprodução de materiais instrucionais, pagamento de bolsas, ajuda de custo, horas/aula, aluguel de salas, etc.

## **7.2. Ampliação do número de postos de vacinação**

Para evitar o desperdício de recursos, a implantação de novos serviços de vacinação considera a capacidade instalada, feita na análise da situação de saúde, item 4 desta Parte do Manual, segundo os critérios de delimitação da área e a densidade populacional. Considerar, além disso, todas as necessidades requeridas por novos serviços, tais como a aquisição de equipamentos e insumos, o treinamento de pessoal, a manutenção de equipes, etc. Além dos custos com o fornecimento de água e de energia elétrica, bem como a manutenção hidráulica e elétrica.

A construção de qualquer unidade de saúde deve estar sempre fundamentada pelas necessidades reais da população e pelas possibilidades de sua manutenção, de forma a operar com qualidade. Como critério de ordem geral, pode-se prever para cada 3.000 habitantes uma unidade básica de saúde, com pelo menos um médico (generalista).

A abertura de novos postos de vacinação não deve ser planejada como uma questão isolada, mas dentro de um propósito maior de ampliação do atendimento por toda a rede. A construção, por outro lado, deve estar baseada em estudo cuidadoso das necessidades e facilidades de acesso, e levar em conta, ainda, a densidade ou distribuição espacial da população e, como em qualquer outro caso, a existência de recursos humanos disponíveis.

## **7.3. Recursos materiais**

### **7.3.1. Imunobiológicos**

#### **a) Quantitativos**

A quantidade de imunobiológicos deve atender à população-alvo sem desperdícios. Uma vez estabelecidas as metas, é calculado o quantitativo levando em conta o esquema básico, o atendimento de grupos populacionais específicos e os destinados ao atendimento de situações especiais, conforme orientado na Parte III deste Manual, a saber:

- vacina contra hepatite B: três doses;
- vacina contra a poliomielite: três doses e mais um reforço;
- vacina tríplice (DTP): três doses e mais um reforço;
- vacina contra o sarampo: uma dose para os menores de um ano;
- vacina tríplice viral: uma dose;
- vacina BCG: uma dose e um reforço;
- vacina contra o *Haemophilus influenzae* tipo b: três doses;

- vacina contra a febre amarela: uma dose;
- vacina dupla adulto (dT), com vistas à vacinação de gestantes, considerar:
  - que as gestantes completamente vacinadas há menos de cinco anos não precisam tomar a vacina;
  - que as gestantes vacinadas há mais de cinco anos precisam tomar uma dose;
  - que as gestantes nunca vacinadas precisam de três doses;
- vacina contra a rubéola ou dupla viral com vistas à vacinação de mulheres (no pós-parto ou no pós-aborto imediato), considerar o número de gestantes existentes.

Com relação a outros grupos de risco levar em conta situações epidemiológicas específicas ou a demanda de anos anteriores. Para os imunobiológicos especiais seguir orientações do manual de normas do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Além do número de doses, para prever o quantitativo de imunobiológicos é importante considerar:

- as estratégias definidas;
- o cronograma de utilização;
- a envasagem da vacina;
- o prazo de validade; e
- o tempo de validade após aberto o frasco.

Na previsão de quantitativos para redistribuição às unidades locais, considerar postos com pequena e com grande demanda, tendo o cuidado para que as vacinas não fiquem estocadas na instância local por mais de três meses.

#### **b) Percentual de reserva**

Ao quantitativo deve ser acrescentado um percentual de reserva para cobrir eventuais perdas, ocasionadas, principalmente, pela quebra de frascos ou falhas na rede de frio. Os percentuais de reserva para cada produto são os seguintes:

- para a vacina contra a poliomielite: 20% de reserva na rotina e 40% em campanhas;
- para a vacina BCG:
  - frascos de 10 e de 20 doses: 40% de reserva;
  - frascos com 50 doses: 60% de reserva;
- para as vacinas contra o sarampo, contra a rubéola, a dupla viral e a tríplice viral:
  - frascos de uma dose: nenhuma reserva;
  - frascos de cinco doses: 10% de reserva;
  - frascos de 10 ou 20 doses: 20% de reserva;
- para as vacinas tríplice bacteriana (DTP), dupla adulto (dT), hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b:
  - frascos de uma dose: nenhuma reserva;
  - frascos de multidoses: 10% de reserva;
- para a vacina contra a febre amarela:
  - frascos de 5 doses - 20% de reserva;
  - frascos de 10 doses - 40% de reserva;
  - frascos de 50 doses - 60% de reserva.

#### **c) Exemplo de cálculo do quantitativo de imunobiológico**

Tomando como exemplo uma população menor de um ano de 2.500 crianças, o quantitativo de vacinas para um ano de trabalho considera o número de doses e o percentual de reserva para cada tipo de envasagem:

- para a vacina DTP, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b são 8.250 doses de cada ( $2.500 \times 3 + 10\%$ );

- para a vacina contra a poliomielite são 9.000 doses (2.500 x 3 + 20%);
- para a vacina contra o sarampo são 2.500 ou 2.750 ou 3.500 doses, respectivamente, para apresentações de uma, cinco, 10 ou 20 doses;
- para a vacina BCG são 3.500 doses para apresentação em 10 ou 20 doses ou 4.000 doses para enfrascagem de 50 doses.

Os quantitativos anuais são divididos de acordo com o cronograma de distribuição estabelecido. O controle dos estoques é feito, principalmente, a partir do registro minucioso de entrada e saída dos produtos. O registro contém o total de doses recebidas, distribuídas, utilizadas, desperdiçadas, remanejadas e o saldo existente, segundo o tipo de vacina, o número do lote e a data do vencimento. Com isso, evita-se a falta ou a perda por expiração do prazo de validade, pois o controle permite redistribuir e usar aqueles produtos cuja data de validade esteja mais próxima.

### 7.3.2. Outros materiais e equipamentos

O planejamento (previsão) dos diferentes materiais utilizados no trabalho de vacinação leva em conta as metas, as estratégias, a análise da situação feita no diagnóstico (conforme orientado anteriormente nesta Parte), bem como as especificações apresentadas no tópico 2, da Parte II deste Manual, com relação aos equipamentos, material de consumo, impressos e outros materiais básicos.

O controle administrativo de todos os materiais e equipamentos utilizados pelo serviço de saúde contribui para evitar falta, desperdício ou extravio, podendo-se adotar uma lista-padrão com os mais utilizados. O responsável pela vacinação pode confeccionar esta lista ou sugerir um calendário de compras. Uma providência importante é fornecer dados que possibilitem a definição do estoque máximo (com previsão para vários meses) e do estoque mínimo (quantidade mínima) para não paralisar as atividades enquanto aguarda uma nova remessa.

Conforme orientado também na Parte II deste Manual, deve ser prevista a necessidade de seringas e agulhas que apresentam graduação e calibre específicos:

- para as vacinas tríplice bacteriana (DTP), dupla, contra o pneumococo, contra a influenza e contra a raiva: seringa agulhada (ou sem agulha) de 2 ou 3 ml, com agulha de 25x7;
- para as vacinas contra hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b: seringa agulhada (ou sem agulha) de 2 ou 3 ml, com agulha de 20x5,5; 20x6 ou 25x7;
- para a vacina contra o sarampo, a tríplice viral, contra a rubéola e contra a febre amarela: seringa agulhada (ou sem agulha) de 2 ou 3 ml, com agulha de 13x3,8 ou 13x4,0 ou 13x4,5;
- para a vacina BCG-ID: seringa de 1ml, tipo tuberculínica, graduada em centésimos de mililitros, acoplada com agulha 10x5,0 ou 13x4,0 ou 13x4,5.

A previsão ou planejamento inclui, também, a aquisição de equipamentos para informatização dos registros de vacinação (computadores, impressoras) e equipamentos audiovisuais (projektor de slides, retroprojektor, vídeo, televisão, máquina fotográfica, etc.) utilizados nos treinamentos, no trabalho com a população e no registro das atividades do serviço de saúde.

Ao fazer a previsão incluir a necessidade de local para instalação e utilização dos equipamentos (sala, tela, mesa, cadeiras, etc.), de ligação à rede elétrica, prevendo-se também recursos financeiros para manutenção, para aquisição ou produção dos insumos utilizados, tais como: disquetes, cartuchos de tinta e outros materiais de computação, slides, transparências, filmetes, fitas de vídeo, filmes para fotografia, etc.

## 7.4. Recursos financeiros

O desenvolvimento das atividades de vacinação, como foi visto até aqui, obedece a um planejamento que fixa metas e determina recursos técnicos, materiais e humanos, em cada gestão de acordo com as responsabilidades específicas.

Os recursos só estarão disponíveis, no entanto, se houver previsão do financiamento, o que se traduz na inclusão obrigatória dessas necessidades no orçamento respectivo: municipal, estadual e federal. O orçamento inclui recursos financeiros (receitas) que se destinam a financiar os gastos previstos.

Dada a importância do orçamento na administração, todo pessoal responsável pelas diversas áreas, inclusive pela vacinação, devem participar ativamente da elaboração da proposta do orçamento da saúde, especialmente nos planos municipais. Para auxiliar na elaboração do orçamento, são muito úteis o resultado do diagnóstico e o levantamento das necessidades de recursos e serviços, conforme descrito anteriormente, de forma a garantir que as atividades sejam executadas ao longo do ano.

Muitas vezes, é necessário realizar atividades não previstas, decididas, em geral, de uma hora para outra, como obras, campanhas nacionais, bloqueios, intensificações municipais e estaduais e outras.

Para viabilizar este tipo de demanda é importante destinar recursos para o atendimento de emergências.

A etapa de acompanhamento da execução do orçamento é, também, importante, pois possibilita a obtenção das informações sobre a posição dos recursos disponíveis (dotações orçamentárias) para as atividades de vacinação, bem como sobre o cumprimento de metas, de objetivos e de prazos.

## 8. Educação em saúde e mobilização da população

Um melhor desempenho dos serviços de saúde é, certamente, resultado de um bom planejamento e de uma adequada infra-estrutura de serviços. Em vacinação, particularmente, isso se traduz, por exemplo:

- numa rede de frio sem problema de manutenção;
- em pessoal treinado;
- em boa organização do trabalho;
- em registros confiáveis; e
- em disponibilidade de vacinas e insumos.

A prática tem demonstrado, no entanto, que embora as equipes de saúde sejam capazes de desenvolver suas tarefas, o trabalho como um todo, inclusive a vacinação, pode correr riscos, se não forem desenvolvidas ações concomitantes de mobilização e envolvimento das comunidades.

A vacinação é uma ação preventiva oferecida à população e sua utilização por essa mesma população depende, necessariamente, de decisão pessoal em ir se vacinar, ou de decisão dos pais ou responsáveis em levar suas crianças. O serviço de saúde não pode pretender, sozinho, interferir ou influenciar no poder de decisão, que é pessoal e intransferível. As equipes de saúde precisam contar com o apoio e a participação da população, mas precisam também contribuir para que a população se conscientize de que saúde é um direito; um direito que inclui a vacinação.

Para isso, é necessário que a equipe de saúde adote uma atitude mais ativa em busca da participação da comunidade, em todos os momentos da prestação de serviços: desde o diagnóstico, no planejamento, até a execução e a avaliação, levando-se em conta a atenção à saúde de forma global, pois no trabalho com a população fica difícil tratar apenas de uma questão, quando ter saúde é bem mais complexo.

Além disto é importante considerar que a vacinação e também outros serviços de saúde não são encarados pela população como um direito de cidadão.

Organizar-se para trabalhar a vacinação, junto com a população ou suas representações, pode ser um primeiro passo, um ponto de partida para uma ação mais abrangente em termos de solução dos problemas de saúde. É ilusório acreditar que uma comunidade usuária de um serviço ineficiente, que não atende às suas necessidades básicas, passe a acreditá-lo por conta somente da vacinação.

### 8.1. Articulação com as organizações da comunidade

A articulação com as organizações da comunidade, governamentais ou não governamentais, tem por objetivo o engajamento de seus representantes na prestação de serviços de saúde, desde o diagnóstico da situação até a execução e avaliação das ações. A interação com a população é mais efetiva quando se atua por meio dessas organizações, consideradas, na maioria dos casos, como formas legítimas de representação e canais de expressão.

Essa articulação pode ser viabilizada dentro de comissões de saúde, ou seja, dentro de órgãos colegiados, em que representantes da comunidade da área de abrangência do serviço, junto com a equipe de saúde, discutem e decidem sobre: os principais problemas de saúde existentes; as medidas para a solução desses problemas e prioridades de atendimento, como, por exemplo, as formas de colaboração da comunidade em apoio às ações de vacinação.

A tarefa de acompanhar e fiscalizar as ações que são desenvolvidas e de participar da avaliação da qualidade dos serviços, ou seja, as funções de fiscalização e controle social, são desempenhadas principalmente pelos conselhos de saúde que exercem esses papéis junto aos gestores da saúde, nas instâncias nacional, estadual e municipal.

## **8.2. Capacitação de pessoas da comunidade**

Por intermédio da capacitação de pessoas da comunidade, especialmente aquelas vinculadas às organizações e representações, viabiliza-se a participação efetiva no diagnóstico, na programação, na execução, no controle e na avaliação das ações. Não há como participar sem compreender os pontos básicos do tema ou da área a ser trabalhada. A equipe de saúde dispõe de informações e conhecimentos necessários para que as instituições e organizações sejam capazes de identificar problemas e propor mudanças.

A metodologia da oficina de trabalho é bastante apropriada para esse tipo de tarefa, por ser um espaço de expressão e exercício para a tomada de decisão. A oficina encara a educação dentro de novas abordagens, aproximando as pessoas e transformando relações verticais em trabalho de parceria. Além disso, permite a socialização do conhecimento com criatividade e sensibilidade, a partir da vivência do cotidiano.

A oficina e outras formas de treinamento podem ser realizados para que, por exemplo, pessoas de escolas, de igrejas e de associações de bairros aprendam a identificar sinais e sintomas de doenças evitáveis pela vacinação, comuniquem essas ocorrências ao serviço de saúde, exijam a adoção das medidas pertinentes e apoiem as equipes na investigação dos casos e na execução das ações de controle da situação.

Outra forma de capacitação consiste na inserção de temas de saúde em eventos da própria comunidade ou a promoção, pela equipe, de seminários, reuniões, encontros, feiras de saúde e outros. Pode-se, ainda, inserir conteúdos de saúde, de interesse local, nos currículos de primeiro e segundo graus, envolvendo professores, alunos e pais.

É importante reforçar que todas essas alternativas de capacitação devem estar incluídas no planejamento com o detalhamento sugerido no item 7.1.2 deste tópico.

## **8.3. Capacitação das equipes de saúde para o trabalho com a população**

Grande parte dos profissionais de saúde não está preparada ou motivada para trabalhar junto com a população, seja por falhas em sua formação básica, seja pela sobrecarga de trabalho, ou porque não dispõe das condições operacionais ou por ser este tipo de atuação considerado de pouco significado, de pouca importância.

Essa capacitação deve privilegiar as práticas de solidariedade em relação à comunidade, o que implica em treinar a capacidade de conhecer criticamente as condições de saúde da população, as condições da realidade social, econômica, política e cultural, para buscar junto com a população as soluções mais apropriadas. A metodologia adotada deve questionar a simples transmissão de informações ou o adiestramento para tarefas, bem como a desconsideração pelos conhecimentos e experiências de trabalho e de vida das pessoas.

Além de criar oportunidades específicas para esse tipo de capacitação, é importante garantir que essa preparação seja parte integrante de cursos, treinamentos e outros eventos, e que o trabalho conjunto com a população seja parte da rotina dos serviços, incluídos no planejamento, supervisão, acompanhamento e avaliação. Os recursos necessários à capacitação dos profissionais de saúde, para atuarem junto a pessoas, grupos e organizações da comunidade, devem estar previstos no planejamento.

## **8.4. Divulgação de informações**

No planejamento são previstos os mecanismos e os instrumentos para divulgação de informações sobre as atividades do serviço de saúde, incluindo a vacinação, mais especificamente com o objetivo de:

- contribuir para que a população veja o serviço de saúde, inclusive a vacinação como um direito de cidadania;
- despertar o interesse da população para o esforço da equipe de saúde no sentido de aumentar e manter coberturas ideais de vacinação;

- incentivar a procura do serviço de vacinação e o cumprimento do esquema básico;
- ampliar o grau de conhecimento sobre:
  - o direito do cidadão à saúde;
  - a real situação das doenças evitáveis por vacinas na localidade, no município, no estado e no país;
  - as ações oferecidas pelo serviço de saúde para a prevenção e controle dessas doenças;
  - as formas de apoio e colaboração a essas ações;
  - o andamento das atividades, seus resultados, falhas e dificuldades.

A divulgação de informações não pode ser uma atividade desvinculada do todo, mas considerada como um reforço ao trabalho conjunto das equipes de saúde com as organizações da comunidade, estando inserida num contexto em que as pessoas possam influenciar, interferir, opinar, participar.

É importante ressaltar que a informação por si só não modifica o modo de vida das pessoas, vez que os problemas de saúde são decorrentes de diferentes fatores com soluções bastante complexas, independentemente muitas vezes da simples “mudança de hábitos e comportamentos”.

A divulgação de informações acontece no contato interpessoal e por intermédio dos meios de comunicação de massa, tendo como instrumentos de grande importância os materiais educativos e instrucionais. Considera-se como contato interpessoal todas as oportunidades de encontro entre o profissional de saúde e a população, dentro e fora do serviço de saúde. Algumas situações, exemplificadas a seguir, são tradicionalmente utilizadas para a divulgação de informações e para reforçar um trabalho conjunto de participação das instituições e organizações da comunidade.

#### 8.4.1. Sala de espera

O trabalho na “sala de espera” acontece enquanto as pessoas aguardam o atendimento. Nesta ocasião um integrante da equipe propõe conversa informal sobre conhecimentos básicos de promoção e proteção à saúde, abordando, inclusive, o tema vacinação. É importante motivar as pessoas a perguntarem, a dividirem experiências sobre o assunto em discussão e a manifestarem suas dúvidas. O profissional após estimular e receber dos presentes opiniões sobre o assunto tem a oportunidade de fazer esclarecimentos e orientações mais pertinentes, afastando, inclusive, eventuais conceitos errôneos ou ultrapassados próprios daquele grupo.

As iniciativas programadas para a sala de espera não substituem as informações que devem ser repassadas pelos profissionais, nos contatos que ocorrem nos diversos setores do serviço de saúde (recepção, triagem, ambulatório, etc.), constituindo um esforço adicional.

A definição da programação de atividades na sala de espera é precedida de discussão entre os profissionais, identificando e verificando qual a melhor forma de abordagem dos temas de interesse da equipe e da comunidade.

#### 8.4.2. Visita domiciliar

A visita domiciliar é um recurso que torna mais ativa e rica a relação entre o serviço de saúde e a população. O diálogo com a família na moradia também ajuda os profissionais a terem uma visão mais objetiva da realidade de vida e saúde da população.

A visita domiciliar é a principal base do Agente Comunitário de Saúde. De maneira geral, a visita é aproveitada para uma avaliação geral da saúde e condições de vida da família, evitando-se aquela destinada a atender a apenas um motivo específico. A ida aos domicílios constitui prática permanente, atendendo a vários objetivos importantes, tais como:

- identificar situações de risco à saúde;
- orientar sobre as formas de prevenção;
- informar sobre quando e como a família deve dirigir-se ao serviço de saúde, sobre a sua localização ou, até mesmo, conduzir a família, sob cuidados, ao próprio serviço no caso de situações de alto risco.

Eventualmente, no interesse da vacinação, a visita domiciliar pode ser organizada para, por exemplo, avaliar o estado vacinal, identificar crianças em faixa etária própria à vacinação, fazer busca ativa de faltosos que foram identificados pelo serviço, ou fazer a investigação de casos de doenças e agravos. Nas áreas onde funcionam o PSF e o PACS as finalidades da visita domiciliar que interessam diretamente à vacinação podem ser atendidas por essas equipes, que já têm esta atividade como rotina de trabalho.

#### 8.4.3 Atividades na comunidade

Motivar a população em geral para a vacinação, especialmente pais e adultos responsáveis por crianças, exige dos profissionais de saúde uma articulação efetiva com a comunidade. Participar das reuniões promovidas pelas organizações e instituições, informando, educando e partilhando dos problemas e inquietações, demonstra o interesse do serviço de saúde pelo bem-estar de todos.

A iniciativa pode partir, também, do próprio serviço de saúde, mediante a convocação de assembleias abertas ou reuniões em lugares públicos. É importante contatar, com antecedência, líderes locais ou pessoas com influência na comunidade (professor, padre, pastor, etc.) para colaborarem na organização e divulgação da reunião e na sensibilização da comunidade para participar. A utilização de meios audiovisuais (cartazes, transparências, vídeos, quadro de giz, folhetos, cartilhas, etc.) ajuda bastante na condução dos trabalhos. Da mesma forma, pode-se dividir os participantes em grupos para uma discussão mais rica e produtiva.

Os eventos culturais, previstos no calendário de festividades do município ou do estado, podem representar uma oportunidade para trabalhar com a população acerca de medidas de promoção e de proteção à saúde. É imenso o campo para o exercício da criatividade: circo, teatro de bonecos e dramatizações possuem linguagem simples e eficiente para estimular o interesse da população sobre vários temas, como a vacinação, por exemplo.

Gincanas e outras competições esportivas, de forma geral muito bem aceitas pela população, são iniciativas para as quais pode-se, também, canalizar comunicações ou mensagens sobre a saúde. A realização de “Feiras de Saúde” ou “Semanas de Saúde”, envolvendo toda a comunidade ou grupos específicos como escolares, é importante estratégia de mobilização e envolvimento da comunidade.

#### 8.4.4. Remessa periódica de informações às autoridades municipais e estaduais

Na condição de lideranças formais constituídas, as autoridades municipais e estaduais devem ser informadas sistematicamente sobre o desenvolvimento dos serviços oferecidos à população, seus resultados, dificuldades e avanços, como, por exemplo, a evolução das coberturas de vacinação e a ocorrência de casos ou mortes por doenças que poderiam ser evitadas pela vacinação.

Esse procedimento, inclusive, deve ser adotado em relação aos conselhos de saúde no estado e no município, bem como em relação à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) regional ou estadual. Essas autoridades, devidamente informadas, constituem fator de sustentação das atividades, comprometendo-se com os problemas e as condições gerais de saúde da população, garantindo condições e recursos para o desenvolvimento do trabalho.

É importante, também, identificar outras representações e lideranças da comunidade que devem receber informações e apoiar as atividades.

#### 8.4.5. Contato com entidades de classe, médicos e outros profissionais

Os médicos (especialmente os pediatras, obstetras e clínicos gerais), os enfermeiros e outros profissionais, inclusive dos serviços privados, desempenham um importante papel na motivação para a vacinação. Esses profissionais devem ser envolvidos por meio de suas organizações ou associações, buscando-se a participação na orientação da população e indicação de medidas de proteção e promoção da saúde.

A participação programada das entidades de classe é da maior importância, integrando os seus associados na divulgação e cobrança da vacinação. Deve-se envolver, da mesma forma, os agentes de saúde da comunidade, as parteiras, as rezadeiras e os balconistas da farmácia. Essas pessoas são muito procuradas pela população, quando esta necessita solucionar problemas de saúde.

#### **8.4.6. Utilização dos meios de comunicação de massa**

A experiência tem demonstrado que não se pode prescindir do apoio dos meios de comunicação de massa, quando se pretende disseminar uma informação da forma mais ampla possível.

Além dos veículos como TV e rádio, que atuam em cadeia nacional, regional ou estadual, é importante identificar aqueles existentes na instância local e adotar outros recursos como boletins informativos de associações de moradores e outras organizações da comunidade, alto-falantes volantes e fixos (como de feiras, quermesses, etc.), programas de rádio locais, teatro de bonecos (fantoques), etc. É importante atuar junto aos comunicadores (formadores de opinião) sensibilizando-os e tornando-os parceiros do programa de vacinação.

#### **8.4.7. Produção de materiais informativos e instrucionais**

Cartilhas, folhetos, cartazes e informes simplificados podem ser utilizados tanto pelas equipes de saúde, como pelas organizações da comunidade ou pelos veículos de comunicação.

Ao elaborar esses materiais é importante definir claramente o público-alvo e as informações a serem repassadas. Essas informações deverão ser claras, simples, objetivas, evitando-se sonegar dados, enganar a população ou apelar para o medo e a chantagem.

Após a decisão sobre as mensagens, o público-alvo e os custos de produção do material, é preciso organizar sua distribuição e divulgação, bem como avaliar o impacto junto à população e em que medida foi motivador de uma mudança ou transformação.

## 9. Bibliografia

- Araújo MFM et. al. (org.) Como trabalhar com o método de oficinas. Fortaleza; 1998. (Portfólio).
- Ministério da Previdência e Assistência Social. Algumas questões básicas: financiamento, planejamento, monitoramento e avaliação da assistência social. Brasília; 1999. Série Diálogo vol. 2.
- Ministério da Previdência e Assistência Social. Realização do Planejamento Tático e Operacional da SEAS/MPAS: Relatório de Consultoria. Brasília; 2000.
- Ministério da Saúde. Ação educativa nos serviços básicos de saúde. Brasília; 1981. Série Educação em Saúde nº 2.
- Fundação Nacional de Saúde. Capacitação de pessoal para a vigilância epidemiológica do sarampo: módulo instrucional I. Brasília; 1992.
- Fundação Nacional de Saúde. Capacitação de pessoal em vacinação: uma proposta de treinamento em serviço - manual do monitor. Brasília; 1991.
- Fundação Nacional de Saúde. Capacitação de pessoal em vacinação: uma proposta de treinamento em serviço - manual do treinando. Brasília; 1991.
- Fundação Nacional de Saúde. Manual de normas de vacinação. 3<sup>a</sup> ed. Brasília; 1994.
- Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimentos para vacinação. 3<sup>a</sup> ed. Brasília; 1994.
- Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília; 1996.
- Ministério da Saúde. O Processo de planejamento do SUS. Orientações para a elaboração de planos de saúde. Brasília; 1993.
- Ministério da Saúde. Plano de saúde e relatório de gestão. Brasília; 1997 (mimeo).
- Instituto Brasileiro de Administração Municipal Como organizar a vacinação no município. Rio de Janeiro; 1991. Série Saúde e Município.
- Instituto de Planejamento Econômico e Social. Projeto Local de Saneamento Rural. Brasília; 1990. Série Saneamento Rural nº 1.
- Mendonça GF. Ação educativa nos serviços básicos de saúde. In: Ministério da Saúde. Ação participativa: metodologia. Brasília; 1982. Série F, Educação e Saúde nº 4.
- Valla VV. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Ed. Elume-Dumará; 1993.