



► Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica

nas ações de imunização



CONASEMS

Conselho Nacional de Secretaria
Municipais de Saúde

Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica

NAS AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO



FICHA TÉCNICA

©2025. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde — Conasems.

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização desta obra, em parte ou em sua totalidade. Deve ser citada a fonte e é vedada a sua utilização comercial.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Hisham Mohamad Hamida | *Presidente*

Edivaldo Farias da Silva Filho | *Vice-Presidente*

Rodrigo Buarque Ferreira de Lima | *Vice-Presidente*

Mauro Guimarães Junqueira | *Secretário Executivo*

Assessoria Técnica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas | *Assessor*

Flávio Alexandre Cardoso Álvares | *Assessor*

Kandice de Melo Falcão | *Assessora*

Rosângela Treichel Saenz Surita | *Assessora*

Ministério da Saúde

Alexandre Rocha Santos Padilha | *Ministro*

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)

Mariângela Batista Galvão Simão | *Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente*

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, Sala 144 - Zona Cívico-Administrativo, Brasília - DF, 70058-900

(61) 3022-8900 - <https://portal.conasems.org.br>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica nas Ações de Imunização [livro eletrônico] / Alice Werneck Massote...[et al.]; organização Flávio Alexandre Cardoso Álvares, Kandice de Melo Falcão, Sybele Avelino Pereira o Francisco Eduardo de Campos, Sábado Nicolau Girardi. -- Brasília, DF: CONASEMS, 2025. -- (Pesquisa Nacional do Projeto ImunizaSUS) PDF

Outros autores: Daisy Maria Xavier de Abreu, Hugo André da Rocha, Jackson Freire Araújo, Janaina Fonseca Almeida Souza, Samuel Araujo Gomes da Silva.

Bibliografia.

ISBN 978-65-83889-00-3

1. Imunização - Brasil 2. Programa Nacional de Imunizações (PNI) 3. Saúde pública - Brasil 4. SUS (Sistema Único de Saúde) I. Massote, Alice Werneck. II. Abreu, Daisy Maria Xavier de. III. Rocha, Hugo André da. IV. Araújo, Jackson Freire. V. Souza, Janaina Fonseca Almeida. VI. Silva, Samuel Araujo Gomes da. VII. Álvares, Flávio Alexandre Cardoso. VIII. Falcão, Kandice de Melo. IX. Pereira, Sybele Avelino. X. Campos, Francisco Eduardo de. XI. Girardi, Sábado Nicolau. XII. Série.

25-278203

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.109

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

CRÉDITOS DE PRODUÇÃO

Revisão Técnica — Conasems

Flávio Alexandre Cardoso Álvares
Kandice de Melo Falcão

Direção Executiva e Organização — Conasems

Flávio Alexandre Cardoso Álvares
Kandice de Melo Falcão
Sybele Avelino Pereira

Assessoria de Comunicação Social — Conasems

Claudia Carpo Fernandes Bittencourt
Maíra Amaro
Mateus Freitas da Silva Vidigal

Edição Textual

Giovana de Paula

Design Gráfico

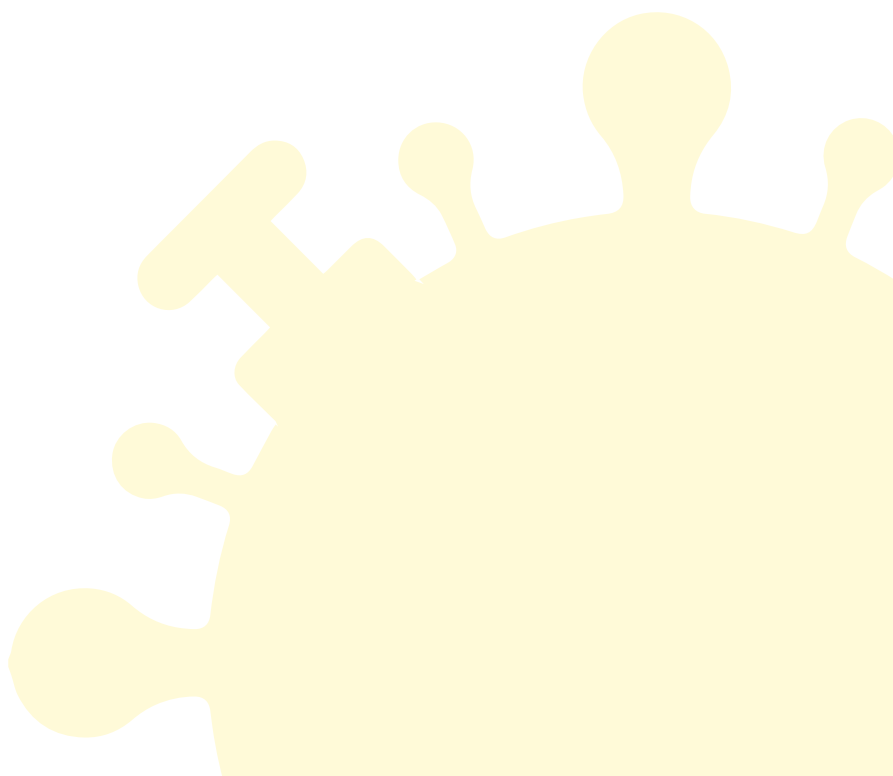
Sense Design & Comunicação

Coordenação da Pesquisa — Nescon/UFMG

Francisco Eduardo de Campos
Sábado Nicolau Girardi

Autores — Nescon/UFMG

Alice Werneck Massote
Daisy Maria Xavier de Abreu
Hugo André da Rocha
Jackson Freire Araújo
Janaina Fonseca Almeida Souza
Samuel Araujo Gomes da Silva



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
1. Análise de documentos técnicos e normativos	7
1.1. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)	12
1.2. Previnde Brasil	14
1.3. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)	20
2. Revisão de escopo (<i>SCOPING REVIEW</i>)	23
2.1. Resultados e Discussão	27
3. Estudo de caso	42
3.1. Resultados e Discussão	48
4. Análise dos trechos categorizados segundo categorias e subcategorias	50
5. Considerações finais	83
REFERÊNCIAS	88

INTRODUÇÃO



 Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, possui uma extensa trajetória de avanços e desafios, sendo considerado uma das mais relevantes intervenções em saúde pública, especialmente para a mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira (DOMINGUES e TEIXEIRA, 2013).

Paradoxalmente, grandes desafios surgiram para o PNI, apesar de todas as conquistas. Especialmente a partir do ano de 2016, começou-se a observar um fenômeno identificado não apenas no Brasil, mas em diversos países do mundo, que é a queda das coberturas vacinais (ZORZETTO, 2018; CRUZ, 2017).

Segundo alguns autores, a redução das coberturas vacinais não pode ser atribuída a uma única causa. Alguns fatores responsáveis por este retrocesso podem estar ligados ao desconhecimento da importância da vacinação; à hesitação em vacinar; à falsas notícias veiculadas especialmente nas redes sociais; ao desabastecimento parcial de alguns imunobiológicos; aos problemas operacionais para a execução adequada da vacinação (ZORZETTO, 2018; CRUZ, 2017) e, por fim, à própria pandemia. A Covid-19 gerou um grande impacto na cobertura das vacinas de rotina, tanto pelo distanciamento social (PROCIANOY *et al.*, 2022) quanto pela “pandemia do medo”, que criou insegurança nos pais e responsáveis acerca da completude do calendário infantil (ORNELL *et al.*, 2020).

No Brasil, as ações de imunização são prioritárias nos serviços de Atenção Básica (AB). É notória a expansão da Atenção Básica (AB) ao longo dos anos, com o aumento progressivo da cobertura de Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e melhoria do acesso à população (VIACAVA *et al.*, 2018). Destaca-se neste processo a redução da mortalidade infantil e de menores de 5 anos (MACINKO *et al.*, 2007; AQUINO *et al.*, 2009; MACINKO *et al.*, 2006) e a redução das internações por causas sensíveis à Atenção Básica (MACINKO *et al.*, 2010; GUANAIS e MACINKO, 2009; DOURADO *et al.*, 2011).

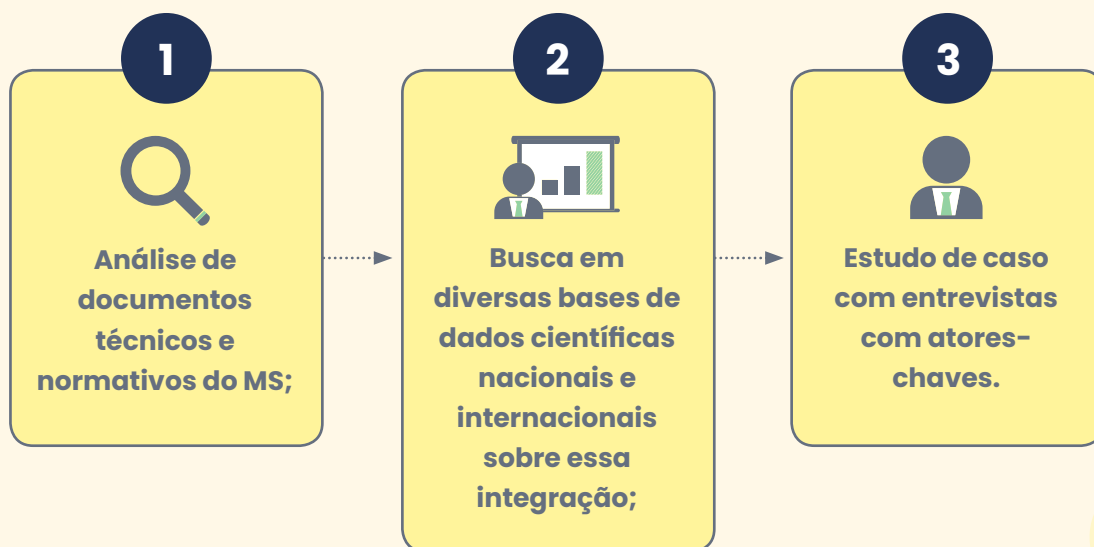
Sendo a imunização uma ação executada pelas equipes de AB e Vigilância em Saúde (VS), é muito importante que aconteça o processo de integração entre os profissionais envolvidos, no sentido de viabilizar o alcance dos objetivos propostos para as coberturas vacinais (BRASIL, 2018). O Ministério da Saúde reforça que a busca ativa de faltosos para a vacinação, por exemplo, é uma das ferramentas de trabalho conjuntas que devem ser adotadas pelas equipes de VS e AB para viabilizar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos nos territórios (BRASIL, 2018). Há uma vasta abordagem na literatura sobre as ações de integração entre VS e AB, mas poucos estudos relatam esta integração do ponto de vista da imunização.



A imunização é executada pelas equipes de AB e VS. Portanto, é importante ter integração entre os profissionais envolvidos.

Diante do importante desafio de saúde pública atual de vislumbrar estratégias que possibilitem o aumento de coberturas vacinais (SOUZA *et al.*, 2022), foram realizadas 3 atividades que visam responder à seguinte pergunta: **“Como se dá a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica nas ações de imunização?”** Para tanto, realizamos: 1) uma análise de documentos técnicos e normativos do Ministério da Saúde relacionados à integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica, com foco nas ações de imunização; 2) uma busca nas diversas bases de dados científicos nacionais e internacionais acerca das estratégias e ações de integração entre a VS e AB na rotina da imunização; 3) estudo de caso com entrevistas semiestruturadas com atores-chave envolvidos na temática, abrangendo representantes do governo federal, coordenações estaduais de imunização e responsáveis pela imunização em municípios selecionados.

Para saber como se desenvolvem as ações de integração entre AB e VS, foram trilhados os seguintes caminhos:





1

Análise de documentos técnicos e normativos





A integração das ações da Vigilância em Saúde (VS) com a Atenção Básica (AB) pode ser considerada um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em todas as esferas de gestão. Em diversos municípios, a ausência ou insuficiência desta integração provoca dificuldades na identificação dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença e no efetivo controle das doenças e dos agravos prioritários, tornando distante a possibilidade de colocar em prática um dos princípios do SUS, que é a integralidade da atenção (BRASIL, 2018a).

Frente a este desafio e considerando os preceitos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB – Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017) e Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS – Resolução Nº 588, de 12 de julho de 2018), o Ministério da Saúde buscou apresentar algumas estratégias de integração relacionadas à organização no território e aos processos de trabalho (BRASIL, 2018a). Como parte dos Guias referentes à PNAB, foi publicado em 2018 o Módulo 1: “Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde”. Este Guia Operacional foi construído de forma conjunta entre o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), com a participação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS/Anvisa), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Seu objetivo é orientar gestores e profissionais de saúde na operacionalização do processo de integração da AB com a VS. Neste documento, foram consideradas como equipes da AB, a equipe de Saúde da Família (eSF), equipe de Atenção Básica (eAB), equipe do Consultório na Rua (eCnR), equipe de Saúde Bucal (eSB), os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB), equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e equipe de Atenção Básica Prisional (eABP). (BRASIL, 2018a).

Inicialmente, ao se pensar em estratégias integradas de ação da AB e VS, é fundamental que os profissionais tenham conhecimento do seu território (determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, população de risco, situações de risco sanitário, contextos locais cobertos pela eSF, territórios indígenas, áreas de fronteira, áreas dispersas, etc). Além disso, é importante que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença da comunidade, entendendo que as ações de VS devem estar incorporadas no cotidiano das equipes da AB, auxiliando na percepção dos problemas e no planejamento das estratégias de intervenção para a promoção e proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2018a).

A lógica de risco é o que permite a efetiva integração das ações, utilizando a epidemiologia como ferramenta para mapear as vulnerabilidades do território, adotando medidas de prevenção e controle de doenças, bem como identificar os riscos à saúde decorrentes do ambiente (BRASIL, 2018a). No contexto da eSF, o mapeamento constitui-se como uma ferramenta utilizada para o diagnóstico e planejamento de atividade de campo, promovendo a reflexão frente às diversas situações de saúde e a elaboração de intervenções coerentes com a problemática do território, no intuito de melhorar a qualidade da atenção à saúde que é prestada ao usuário (RIBEIRO *et al.*, 2017).



A lógica de risco é o que permite a efetiva integração das ações, utilizando a epidemiologia como ferramenta para mapear as vulnerabilidades do território.

Destaca-se, ainda, a importância do acolhimento e orientações relacionadas ao cuidado das pessoas em situação de vulnerabilidade e seus contatos, tais como pessoas em situação de rua; pessoas em uso de álcool, tabaco e outras drogas; pessoas privadas de liberdade; pessoas vivendo com HIV/Aids; e os povos indígenas. É fundamental a utilização de estratégias para articulação e trabalho conjunto, dentro e fora da unidade de saúde, intra e intersetorial, dada a determinação social de alguns agravos e doenças, sendo importante a participação de diversos setores da saúde, assistência social, sociedade civil, habitação, saneamento, educação e trabalho (BRASIL, 2013).

Na perspectiva do trabalho de preparação e resposta adequada e oportuna às doenças e agravos de saúde pública de notificação compulsória, é importante citar a relevância do trabalho conjunto e da adoção de território único para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE). As ações de VS são transversais a todas as ações da equipe de AB, que envolvem desde o olhar sobre o território até a organização de linhas de cuidado, passando pelo entendimento do processo saúde-doença, visitas domiciliares, grupos e procedimentos realizados pelas equipes da AB. O olhar deve ser ampliado também para os riscos ambientais do território e aqueles relacionados à saúde do trabalhador; bem como para os riscos sanitários advindos do processo de produção, manipulação e conservação dos alimentos, medicamentos e saneantes (BRASIL, 2018a).

É fundamental que os profissionais estejam minimamente familiarizados com os elementos referentes à ocorrência de doenças e agravos (tempo, lugar e pessoa), e que tenham capacidade mínima de análise dos dados essenciais referentes aos indicadores de saúde do seu território. Neste sentido, o processo de formação e educação continuada das equipes deve desenvolver o raciocínio epidemiológico para compreensão e intervenção sobre os problemas de saúde prioritários da população, tomando como base o diagnóstico situacional. Atenção especial deve ser dada às doenças transmissíveis de notificação compulsória, pois a priorização desses atendimentos pode evitar a propagação de doenças na comunidade (BRASIL, 2018a). Por outro lado, cabe também destacar a importância de atuar frente às doenças crônicas não transmissíveis, por apresentarem grande magnitude e relevância na população (OMS, 2020).

A agenda da equipe deve ser organizada de forma a estar sempre acessível à demanda espontânea, mas também aberta aos usuários com condições de saúde previstas nos programas propostos pelo Ministério da Saúde (como hipertensão, diabetes, puericultura, pré-natal, tuberculose, etc) ou outras



que precisam ser acompanhadas (como retornos de exames urgentes, casos de negligência e violência familiar). O pré-natal, por exemplo, é uma grande oportunidade para a realização de rastreamento de doenças e agravos relevantes para a VS, tais como a sífilis, a infecção pelo HIV, as hepatites virais e outras (BRASIL, 2018a).

Trabalhar com a lógica de risco e da vulnerabilidade inclui também a priorização de ações na comunidade a partir da análise do perfil epidemiológico e sociodemográfico da população, da avaliação de cobertura dos serviços de saneamento básico, dos ciclos de vida, ocorrência de surtos, epidemias ou situações de emergência em saúde pública e os vazios sanitários no que se refere à oferta de serviços e à capacidade instalada. Importante destacar que a integração da VS e AB também deve acontecer na gestão nos três níveis de governo. Os gestores do SUS precisam reconhecer os problemas e necessidades em saúde da população com a qual tem responsabilidade sanitária, assim como os possíveis aspectos promotores de saúde. Cabe evidenciar que todas as ações de vigilância devem se refletir tanto em ações de atenção em nível individual, quanto em nível coletivo, subsidiando a atuação intersetorial no que diz respeito às intervenções nos determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2018a).



Trabalhar com a lógica de risco e da vulnerabilidade inclui também a priorização de ações na comunidade, a partir da análise do perfil epidemiológico e sociodemográfico da população.

Outro ponto que se destaca na reorganização do processo de trabalho de integração da VS e AB é a resolubilidade, especialmente no controle de agravos e doenças. Parte significativa das equipes de AB do país tem sua capacidade resolutiva limitada por não poder contar em tempo oportuno com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Este aspecto diz respeito, por exemplo, ao diagnóstico laboratorial vinculado aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN); implementação de testes rápidos para doenças transmissíveis; processos regulatórios e adoção de prontuário eletrônico; organização da assistência farmacêutica; entre outros (BRASIL, 2018a).



O Ministério da Saúde cita ferramentas de trabalho conjuntas que podem ser adotadas pelas equipes para viabilizar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças, a saber (BRASIL, 2018a):



A própria consulta individual, que pode ser realizada de forma isolada por um profissional da AB ou de forma compartilhada, permitindo explorar os motivos de procura do usuário ao serviço de saúde segundo as diretrizes clínicas estabelecidas;



Discussão de casos e ações de matriciamento entre os profissionais de AB e VS, bem como os diferentes pontos de atenção da rede;



Associação do atendimento compartilhado ou a discussão de casos à construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que se destina a orientar a condução do caso a partir dos diagnósticos realizados pelos profissionais e inclui a definição de procedimentos, metas, a divisão de responsabilidades e tarefas entre os membros da equipe;



Utilização do genograma e ecomapa, facilitando o estabelecimento de nexos causais no processo saúde-doença;



Vigilância do óbito, a partir de uma morte supostamente evitável, pretendendo investigar os fatores que determinaram esta ocorrência, propondo medidas de prevenção e controle;



Realização de atividades em grupo para educação em saúde, a exemplo da abordagem de usuários com hipertensão e diabetes;



Busca ativa de faltosos para a vacinação e busca ativa e notificação compulsória de doenças e agravos;



Realização de visita domiciliar, que pode contar com a presença de profissionais da AB e VS. **As ações de imunização materializam esta estratégia como uma das intervenções mais relevantes do ponto de vista da saúde pública;**



Intervenções comunitárias, fora dos limites da UBS, a exemplo das Campanhas de Vacinação e vacinação extramuros;



Acionamento de ferramentas de apoio matricial e suporte à distância, por meio de telefone ou computador, como o Telessaúde;



Realização de processos de educação continuada das equipes na perspectiva da integralidade e da garantia da atenção à saúde da população.



Do ponto de vista dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), vale ressaltar a importância do registro de todas as informações, de forma correta e regular, para que tanto os gestores quanto as equipes de AB e VS tenham informações atualizadas do território. Estes dados servirão para a construção do mapeamento do território, subsidiarão a programação das ações da equipe e da gestão e monitoramento das ações de vigilância, melhorando a qualidade do cuidado. Da mesma forma, a produção e divulgação das informações geradas pela vigilância subsidiam análises e avaliações da efetividade das intervenções, além de permitir o planejamento de novas ações e recomendações a serem implementadas no território em conjunto com a AB (BRASIL, 2018a).

Quanto ao monitoramento e avaliação, o Ministério da Saúde implantou alguns programas de avaliação da qualidade das ações: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB – Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, revogada pela PRT GM/MS nº 1.645, de 02 de outubro de 2015); Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS - Portaria GM/MS nº 233, de 09 de março de 2023 e retificação) e programa Previne Brasil (Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019), nos quais o alcance da maioria das metas definidas depende da atuação da AB e da VS de forma conjunta.



Quanto ao monitoramento e avaliação, o MS implantou alguns programas de avaliação da qualidade das ações, nos quais o alcance da maioria das metas depende da atuação conjunta entre AB e VS.

1.1. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)

Foram diretrizes do PMAQ-AB, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.645, de 02 de outubro de 2015:

“Art. 3º São diretrizes do PMAQ-AB:

- I - definir parâmetro de qualidade, considerando-se as diferentes realidades de saúde, de maneira a promover uma maior resolutividade das equipes de saúde da atenção básica;
- II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;



- III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;
- IV - envolver e mobilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;
- V - desenvolver cultura de planejamento, negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
- VI - estimular o fortalecimento do modelo de atenção previsto na Política Nacional de Atenção Básica, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e
- VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.” (BRASIL, 2015 – Portaria GM/MS nº 1.645/2015).

O PMAQ-AB foi composto por três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento, que compõem um ciclo. Cada ciclo do PMAQ-AB correspondia a 24 meses, sendo:

1ª Fase: Adesão do município ao programa e **contratualização de compromissos** firmados entre as equipes da Atenção Básica, gestores municipais e Ministério da Saúde.

2º Fase: Avaliação externa e certificação é a fase composta pela avaliação de desempenho das equipes de saúde e da gestão da atenção básica, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados (**avaliação externa**), pela avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados (**indicadores**) e pela verificação da realização de momento autoavaliativo (**autoavaliação**). Ao final, as equipes contratualizadas e avaliadas serão classificadas de acordo com seu desempenho: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular e Ruim. Nesta fase, o resultado obtido na avaliação externa pode alcançar, a depender do desempenho da equipe, o equivalente a 60% da nota de certificação; o cálculo dos indicadores pactuados a 30%; e, finalmente, a realização da autoavaliação a 10%.

3ª Fase: Recontratualização que conduz as equipes a processos de repactuação entre as equipes da Atenção Básica e gestores municipais, com o incremento de 9 novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados na 2ª fase do PMAQ-AB (BRASIL, 2018. Pág 8 e 9).

A metodologia de avaliação do 3º ciclo do PMAQ-AB diferiu da metodologia utilizada nos ciclos anteriores, no sentido de não utilizar estratos e sim atribuir pontos de corte nacionais para cada



classificação. Além disso, as equipes deveriam ofertar também um conjunto de condições mínimas de acesso e qualidade, chamados de padrões essenciais, alcançando um percentual mínimo de 90% (BRASIL, 2018b).

Adentrando nas questões relacionadas ao PMAQ-AB e à imunização, é possível perceber que não havia neste 3º ciclo um indicador de desempenho específico para as equipes, no entanto, observa-se esta abordagem nas seguintes dimensões de avaliação (BRASIL, 2018b):

- Dimensão II – Estrutura e Condições de Funcionamento da Unidades Básicas de Saúde (UBS) - Subdimensão Imunobiológicos na Unidade de Saúde: “Esta unidade oferta regularmente vacinação (ex: todos os dias da semana ou quase todos os dias?); além de abordar também a disponibilidade de cada imunobiológico do Calendário Nacional de Vacinação vigente à época.

Subdimensão Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na Unidade de Saúde: “Existência na UBS de geladeira exclusiva OU câmara refrigerada, ambas exclusivas para vacina” (Padrão Essencial); “Quantos termômetros de cabo extensor em condições de uso? ”; “Caixas térmicas para vacinas sempre disponível”.

- Dimensão IV – Satisfação do Usuário – Subdimensão Acolhimento à Demanda Espontânea: “Quando o (a) senhor (a) precisa de procedimentos como aferição de pressão arterial, glicemia capilar, curativos, vacinação, o (a) senhor (a) tem acesso em qualquer horário do funcionamento da UBS? ”

Subdimensão Saúde da Mulher e da Criança: “A equipe realiza busca ativa das crianças – com calendário vacinal atrasado.”

O PMAQ-AB teve seu fim decretado no ano de 2019, após encerrar seu 3º ciclo de avaliação. A partir daí, por meio da Portaria N° 2.979, de 12 de novembro de 2019, o Ministério da Saúde lançou o programa **Previne Brasil**, que entrou em vigor a partir do ano de 2020. Este novo modelo propôs utilizar como critério de repasse de recursos a capitação ponderada, o pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e provimento de profissionais de saúde (HARZHEIM, 2020).

1.2. Previne Brasil

O programa Previne Brasil equilibrou valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas eSF e equipes de Atenção Primária (eAP) com o grau de desempenho assistencial das equipes, somado a incentivos específicos como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na AB, entre outros programas (BRASIL, 2023a). O programa teve como princípio a estruturação de um modelo de financiamento vol-



tado ao aumento do acesso da população aos serviços de saúde e ao fortalecimento do vínculo com a equipe, estimulando a responsabilização dos gestores e dos profissionais (BRASIL, 2022a).

No componente de capitação ponderada, o programa mostrou alguns avanços no primeiro ano de implementação. Em dezembro de 2019, haviam 43.458 eSF recebendo financiamento. A partir de janeiro de 2020, foram mais de 46 mil eSF financiadas. Em 2022, o número de equipes chegou a 51.651, aumento de 18,85% desde o início do programa (BRASIL, 2022a). A mudança do financiamento por habitante (PAB Fixo) para o financiamento por pessoa cadastrada (capitação ponderada) foi a mais marcante do Previne Brasil (ROSA *et al.*, 2023).



A mudança do financiamento por habitante (PAB Fixo) para o financiamento por pessoa cadastrada (capitação ponderada) foi a mais marcante do Previne Brasil.

Com a pandemia de Covid-19, as regras de implementação gradual do programa foram revistas. Especialmente em 2021, a AB teve papel fundamental nas campanhas de vacinação e na integração com a VS, fortalecendo o conceito de principal porta de entrada do SUS (BRASIL, 2022a).

O pagamento por desempenho foi instituído como instrumento de gestão para incentivar a qualificação dos serviços de AB nos municípios. O município recebe o repasse do valor financeiro de acordo com o desempenho em um conjunto de indicadores monitorados e avaliados quadrimestralmente, e que representam o trabalho das eSF e eAP. No município, a soma das notas ponderadas de cada indicador resulta no Indicador Sintético Final (ISF), que representa a consolidação da avaliação do desempenho, que definirá o valor do incentivo financeiro a ser transferido ao município nos quatro meses subsequentes.

Foram definidos sete indicadores de cuidados básicos na AB, envolvendo crianças, gestantes, mulheres em idade fértil e pessoas com condições crônicas (BRASIL, 2022a):



1.

Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação.



2.

Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.



3.

Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.

4.

Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na AB.

5.

Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na AB contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e poliomielite inativada.

6.

Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

7.

Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

A Nota Técnica Nº 22/2022-SAPS/MS traz o detalhamento de cálculo do indicador 5 (Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na AB contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e poliomielite inativada). Segundo a Nota Técnica, este indicador era constituído por variáveis relacionadas ao processo de cuidado da criança na AB, especialmente no tocante à administração das doses de vacina contra poliomielite e pentavalente. A verificação dessas duas vacinas também poderia ser uma estratégia indireta para observar a capacidade de absorção da agenda de imunização na AB, considerando as crianças em seu primeiro ano de vida, para além de estimular a prevenção e combate aos agravos preveníveis por vacinas. Desta forma, reafirmava-se que, além da administração do imunizante, o profissional da AB reforçasse junto à família a importância de manter o Cartão de Vacinação atualizado com os outros imunobiológicos preconizados. A meta era alcançar pelo menos 95% de cobertura vacinal (BRASIL, 2022b).

Para o cálculo do indicador, no denominador foi considerado o número de crianças cadastradas e vinculadas em equipes de AB que completaram 12 meses de idade no quadrimestre avaliado. Em relação ao numerador, foram contabilizados o número de crianças que completaram 12 meses de idade, no quadrimestre avaliado, com 03 doses aplicadas de vacinas Pentavalente e contra a poliomielite (BRASIL, 2022c). No entanto, o que se observou na rotina dos serviços foi uma contradição entre o método de cálculo de coberturas vacinais proposto pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o método proposto pelo programa Previne Brasil. Segundo o PNI, o método de cálculo de coberturas vacinais de crianças menores



de 1 ano deve considerar no denominador o número de nascidos vivos disponibilizados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) para o respectivo local e período. Ainda, no numerador, deve-se considerar o número de últimas doses do esquema vacinal administradas em crianças menores de 1 ano (BRASIL, 2022c). Esta contradição acarreta vieses de análises nos territórios, dificultando também sobremaneira o processo de integração entre a VS e a AB nas ações de imunização.

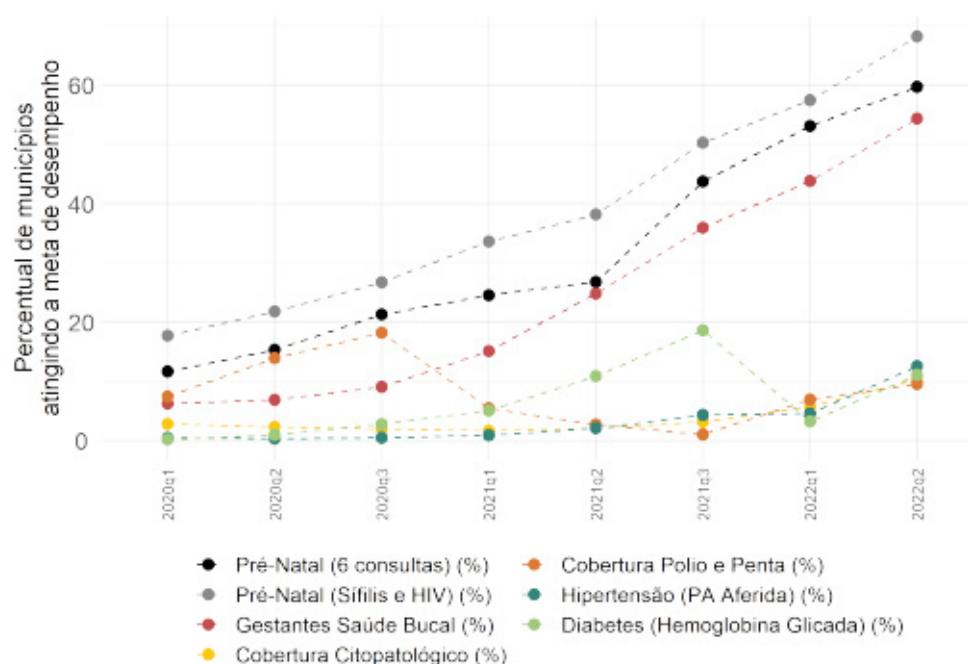


Foi observada na rotina dos serviços uma contradição entre o método de cálculo de coberturas vacinais proposto pelo PNI e pelo programa Previne Brasil.

A figura 1 apresenta as tendências dos indicadores de desempenho do Previne Brasil nos anos de 2020 a 2022. Observa-se uma melhora positiva nos indicadores relacionados à gestação e ao pré-natal. No entanto, para os demais indicadores (incluindo o indicador de imunização), não são observadas melhoras substanciais ao longo deste período:

FIGURA 1:

Evolução dos indicadores de desempenho do Previne Brasil – 2020-2022.



Fonte: Relatórios públicos do SISAB. Rosa et al., 2023.



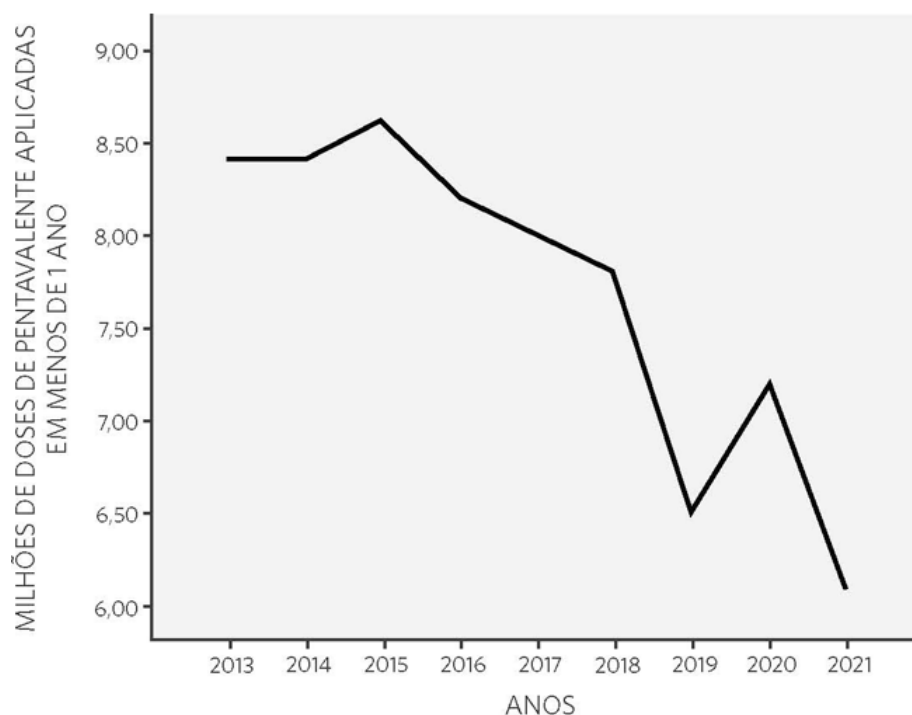
Os gráficos apresentados nas Figuras 2 e 3 ratificam a informação sobre a preocupante queda das coberturas vacinais ao longo da implementação do Programa Previne Brasil. Utilizando dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Costa e colaboradores (2022) afirmaram que não restam dúvidas de que o desempenho deste indicador no último quadrimestre de 2021 apontou para o eminente risco de crise sanitária no país.



A queda nas coberturas vacinais ao longo da implementação do Programa Previne Brasil apontava para uma possível crise sanitária no país, segundo Costa e colaboradores (2022).

FIGURA 2:

Doses de vacina pentavalente aplicadas em menores de 1 ano (milhões de doses) no Brasil, 2013-2021.

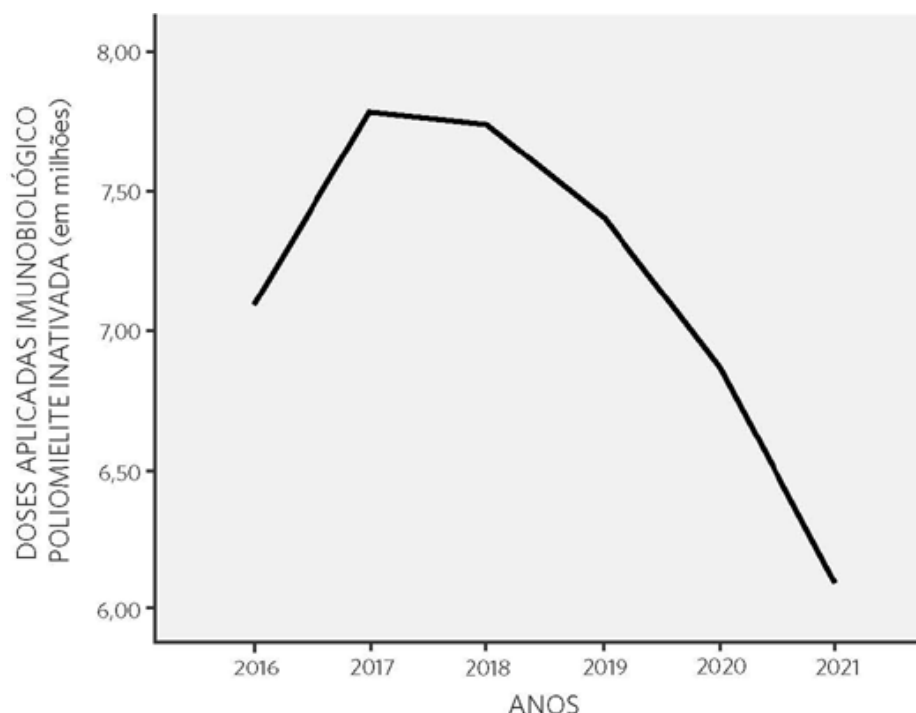


Fonte: Costa et al., 2022.



FIGURA 3:

Doses de vacina poliomielite inativada aplicadas em menores de 1 ano (milhões de doses) no Brasil, 2013-2021.



Fonte: Costa et al., 2022.

A crise de governabilidade iniciada no segundo semestre de 2021 tornou insustentável a competência normativa do Ministério da Saúde (COSTA et al., 2022). A literatura traz indícios de que a necessidade de negociação do Executivo Federal com os partidos de centro-direita, por razões de sobrevivência política, ampliou a descaracterização das políticas públicas brasileiras (GOULART e VIEIRA, 2020; ABRUCIO, 2021). Além disso, a demissão do Ministro da Saúde responsável pela criação do Previner Brasil, em abril de 2020, no embate em relação ao isolamento social, produziu a evasão massiva dos especialistas que formularam as diretrizes do programa (COSTA et al., 2022). Desse modo, é questionável a atribuição de benefícios diretos à sociedade promovidos pelo novo modelo de financiamento da AB neste período (HARZHEIM et al., 2022).

De forma geral, o retrato que emerge na análise da resposta dos municípios no terceiro quadriênio de 2021 e no primeiro quadriênio de 2022 foi preocupante, uma vez que demonstra a débil cobertura na prestação de serviços essenciais da atenção materna, infantil e de adultos nos municípios brasileiros. Nenhuma mudança no arranjo institucional vigente da política de Atenção Básica será levada adiante sem ampla negociação sobre as funções de monitoramento e avaliação do Ministério da Saúde. Neste caminho, a preservação e a qualificação do SISAB são de grande relevância para fortalecer a transparência, o controle social e a integração das ações da AB no SUS (COSTA et al., 2022).



Importante ressaltar que o programa Previne Brasil foi revogado através da Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que instituiu nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

1.3. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) busca induzir a implementação de atividades que garantam a consecução das metas estabelecidas, tendo como diretrizes: ser um processo contínuo e progressivo de melhoria das ações de VS, envolvendo a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos estados, Distrito Federal e municípios; e estimular a gestão baseada em compromissos e resultados, expressos em metas de indicadores pactuados. Os indicadores pactuados levam em consideração a sua relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2023b).

Ainda vigente, o PQA-VS passou por várias modificações dos seus indicadores ao longo dos anos. Em 2023, por meio da Portaria GM/MS N° 233, de 9 de março de 2023, foram estabelecidos um total de 14 indicadores, relacionados a: vigilância do óbito, qualificação dos Sistemas de Informação em Saúde, cadastro de salas de vacina, alcance de metas de coberturas vacinais, indicadores de Vigilância Sanitária, oportunidade de notificação de doenças e agravos, tratamento oportuno de malária, controle vetorial para arboviroses, vigilância da tuberculose e hanseníase, notificação de acidentes de trabalho e violência, entre outros.

Especificamente sobre os indicadores de imunização, é possível citar (BRASIL, 2023b):



Proporção de salas de vacinas ativas cadastradas no CNES, informando mensalmente dados de vacinação

Meta: ≥80% das salas de vacinas ativas cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde — CNES, informando mensalmente dados de vacinação.



Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação

para crianças menores de 1 ano de idade
(pentavalente — 3ª dose, poliomielite — 3ª dose, pneumocócica 10 valente — 2ª dose)
e para crianças de 1 ano de idade
(tríplice viral — 1ª dose) com coberturas vacinais preconizadas

Meta: 100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de ≥95% de crianças menores de 1 ano de idade — pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) — e para crianças de 1 ano de idade — tríplice viral (1ª dose).



Em relação ao método de cálculo deste indicador, o instrutivo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2023b) considera os dados da Base Nacional de Imunizações da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e SINASC. Aqui também é observado um método de cálculo divergente do programa Previnhe Brasil, apesar de serem indicadores que possuem o mesmo objetivo.

Hoje o programa conta com a adesão espontânea de todos os estados e municípios do Brasil, sendo cada município classificado de acordo com seu porte populacional e desempenho no alcance de metas para o cálculo do incentivo financeiro (BRASIL, 2023b).

Poucas publicações na literatura trazem o impacto deste programa na realidade dos territórios, sendo que a maioria incorpora municípios específicos.

Por meio dos documentos, estudos e normativas analisados, é possível perceber que as discussões em torno da integração entre VS e AB são bastante recentes. Adentrando no campo da imunização, vários documentos abordam indicadores e processos de trabalho que são conjuntos, mas não detalham de forma aprofundada estratégias para viabilizar esta prática nas três esferas de governo.



Documentos indicam que as discussões em torno da integração entre VS e AB são recentes e que não há um detalhamento aprofundado sobre essa estratégia no campo da imunização.

A transição do PMAQ-AB para o programa Previnhe Brasil promoveu mudanças importantes no financiamento da AB. No entanto, ainda há controvérsias e discussões acerca do impacto e efetividade do Previnhe Brasil, sobretudo quando é analisado o indicador de cobertura vacinal. Não faz sentido o mesmo indicador ser acompanhado com métodos de cálculos diferentes no programa Previnhe Brasil e no PQA-VS, por exemplo. Este fato denota entraves na integração entre AB e VS no próprio Ministério da Saúde, o que traz consequências negativas para as equipes estaduais e municipais.

A própria literatura aponta que a alteração no modelo de financiamento da AB trará impactos sobre o SUS e sobre a saúde da população, que precisam ser identificados e monitorados, principalmente diante da manutenção por longo prazo das medidas de austeridade fiscal, que deverão piorar o sub-financiamento público da saúde no país (MASSUDA, 2020). Com o programa Previnhe Brasil, o financiamento da AB deixou de ser universal e passou a ser restrito à população cadastrada nos municípios, mesmo sabendo que a efetividade deste cadastramento varia substancialmente no país (HONE *et al.*, 2017).

Outro ponto é que apesar da remuneração de serviços por avaliação de desempenho buscar estimular que as equipes aumentem a produtividade para atingir metas pré-estabelecidas, as evidências sugerem



melhorias modestas em indicadores de processos sob avaliação (MENDELSON *et al.*, 2017) e praticamente nenhuma melhoria nos resultados em saúde (RYAN *et al.*, 2016). Por fim, uma outra questão preocupante que precisa ser discutida é o não financiamento das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja atuação tem sido descrita como de grande relevância para aumentar a capacidade resolutiva da AB, bem como a integração e funcionamento em rede (TESSER e POLI, 2017).

Há também um impasse importante de interoperabilidade dos dados na RNDS, o que ocasiona erros de relatórios de coberturas vacinais no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), atraso na atualização dos dados e falta de subsídio para os estados e municípios realizarem análise de situação de saúde e vigilância de coberturas vacinais. A análise dos dados realizada pela VS deveria ser premissa básica para orientação e priorização das ações da AB nos territórios, principalmente quando se abordam estratégias de imunização.

Além disso, vários documentos técnicos estão sendo produzidos e amplamente divulgados, como a Nota Técnica 283/2022 – CGESF/DESF/SAPS/MS, que traz as recomendações para atuação da AB no processo de vacinação e reconquista das altas coberturas vacinais. Elaborada de forma conjunta pela SAPS e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVSA) do Ministério da Saúde, esta Nota elenca 15 recomendações direcionadas a profissionais e gestores da AB, além do passo a passo sobre o registro das informações de vacinação. Reconhecendo-se a imunização como uma estratégia indissociável do cuidado, a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) – documento que relaciona e descreve as ações e serviços clínicos e de Vigilância em Saúde considerados minimamente essenciais no âmbito da AB – inclui o processo da vacinação em todo seu escopo de atuação: “Imunização conforme Calendário Vacinal da criança e do adolescente; orientação aos pais ou responsáveis; avaliação e monitoramento da situação vacinal e busca ativa de faltosos; e imunização conforme Calendário Vacinal do adulto e do idoso, atentando-se para situações de surtos de doenças imunopreveníveis e situações clínicas específicas”.

Desafios identificados que comprometeram a integração entre AB e VS e a imunização:



O mesmo indicador de coberturas vacinais acompanhado com métodos de cálculos diferentes no programa Previne Brasil e no PQA-VS;



Evidências sugerem melhorias modestas em indicadores de processos sob avaliação e praticamente nenhuma melhoria nos resultados em saúde estabelecidos no Previne Brasil;



Com o programa Previne Brasil, o financiamento da AB deixou de ser universal e passou a ser restrito à população cadastrada nos municípios;



O não financiamento das equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);



Impasse importante de interoperabilidade dos dados na RNDS.

2

REVISÃO DE ESCOPO (SCOPING REVIEW)





Esta revisão foi elaborada de acordo com metodologia de um *scoping review* (análise de escopo) recomendada pelo Instituto Joanna Briggs (AROMATARIS e MUNN, 2017). A técnica de *scoping review* está sendo amplamente utilizada na área das ciências da saúde, com a finalidade de sintetizar e de disseminar os resultados de estudos a respeito de um assunto (LEVAC *et al.*, 2010; TRICCO *et al.*, 2016).

O objetivo de uma revisão de escopo é mapear, por meio de um método rigoroso e transparente, o estado da arte em uma área temática, pretendendo oferecer uma visão descritiva dos estudos revisados, sem avaliá-los criticamente (de forma qualitativa ou quantitativa), ou sumarizar evidências de diferentes investigações, como ocorre em uma revisão sistemática (ARKSEY e O'MALLEY, 2005).

As revisões do escopo diferem das revisões sistemáticas porque não visam avaliar a qualidade das evidências disponíveis, mas possuem o objetivo de mapear os principais conceitos que sustentam uma temática (ARKSEY e O'MALLEY, 2005). Por outro lado, elas diferem de uma revisão tradicional da literatura, na medida em que envolvem um procedimento mais aprofundado e rigoroso.

Adaptando-se aos objetivos propostos, a estrutura desta revisão consiste em seis principais etapas consecutivas:

-  **1.** **apresentação dos resultados (FERRAZ *et al.*, 2019).**
-  **2.** **identificação de estudos relevantes;**
-  **3.** **seleção de estudos;**
-  **4.** **mapeamento de dados;**
-  **5.** **sumarização dos resultados, por meio de uma análise descritiva qualitativa em relação ao objetivo e pergunta;**
-  **6.** **apresentação dos resultados (FERRAZ *et al.*, 2019).**



Inicialmente, foi definida a seguinte pergunta de pesquisa: **“Como se dá a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica nas ações de imunização?”** Para adaptar a questão de pesquisa à construção da estratégia de busca, foi utilizada a estrutura PCC (Problema – Conceito – Contexto) (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014).

Posteriormente, foram definidas as palavras-chave que fossem capazes de abarcar os estudos referentes aos temas desta pesquisa, a saber: Imunização, Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde.

Para a identificação dos estudos relevantes, foram consultados os bancos de dados de periódicos da *BVS*, *Pubmed*, *Scopus*, *Embase* e *Scielo*. Essas bases de dados foram selecionadas por serem abrangentes, tendo ampla cobertura das publicações na área da saúde em âmbito nacional e internacional. Além disso, foram pesquisados também artigos em literatura cinzenta.

Utilizando os termos controlados (descritores DeCS/MeSH) e termos livres relacionados aos sinônimos, foram criadas as seguintes estratégias de busca:

- **BVS:** (Imunização OR Immunization OR Inmunización OR Immunisation OR Vacinação OR Vaccination OR Vacunación OR Vacinas OR Vaccines OR Vacunas OR Vaccins) AND (“Atenção Primária à Saúde” OR “Primary Health Care” OR “Atención Primaria de Salud” OR “Soins de santé primaires”) AND (“Sistema de Vigilância em Saúde” OR “Health Surveillance System” OR “Vigilância em Saúde Pública” OR “Public Health Surveillance” OR “Vigilancia en Salud Pública” OR “Surveillance de la santé publique” OR “Vigilância em Saúde” OR “Vigilância da Saúde” OR “Health Surveillance”)
- **Pubmed:** (Immunization OR Vaccination OR Vaccines) AND (“Primary Health Care”) AND (“Health Surveillance System” OR “Public Health Surveillance” OR “Health Surveillance”)
- **Scopus:** (Immunization OR Vaccination OR Vaccines) AND (“Primary Health Care”) AND (“Health Surveillance System” OR “Public Health Surveillance” OR “Health Surveillance”)
- **Embase:** (immunization OR vaccination OR vaccine) AND (‘primary health care’) AND (monitoring)
- **Scielo:** (vacinação OR imunização) AND (atenção primária) OR (integração)

A captura dos documentos restringiu-se aos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em periódicos indexados na área da saúde (em âmbito nacional e internacional) e publicações a partir do ano 2000. Os critérios de exclusão foram: revisões sistemáticas de literatura e revisões de escopo; estudos publicados antes do ano 2000; dissertações, teses e trabalhos de conclusão de curso; cartas ao editor; anais e demais estudos que não abordavam a integração da VS com a AB nas ações de imunização.

A coleta (e atualização) dos estudos ocorreu no dia 31 de agosto de 2023. O protocolo de revisão de escopo foi relatado na plataforma OSF® sob o registro: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/B9RC5>. Todos os 2.429 estudos encontrados foram incorporados no software Rayyan®. Na sequência, foi realizada a identificação e a exclusão dos 635 artigos duplicados, restando 1.794

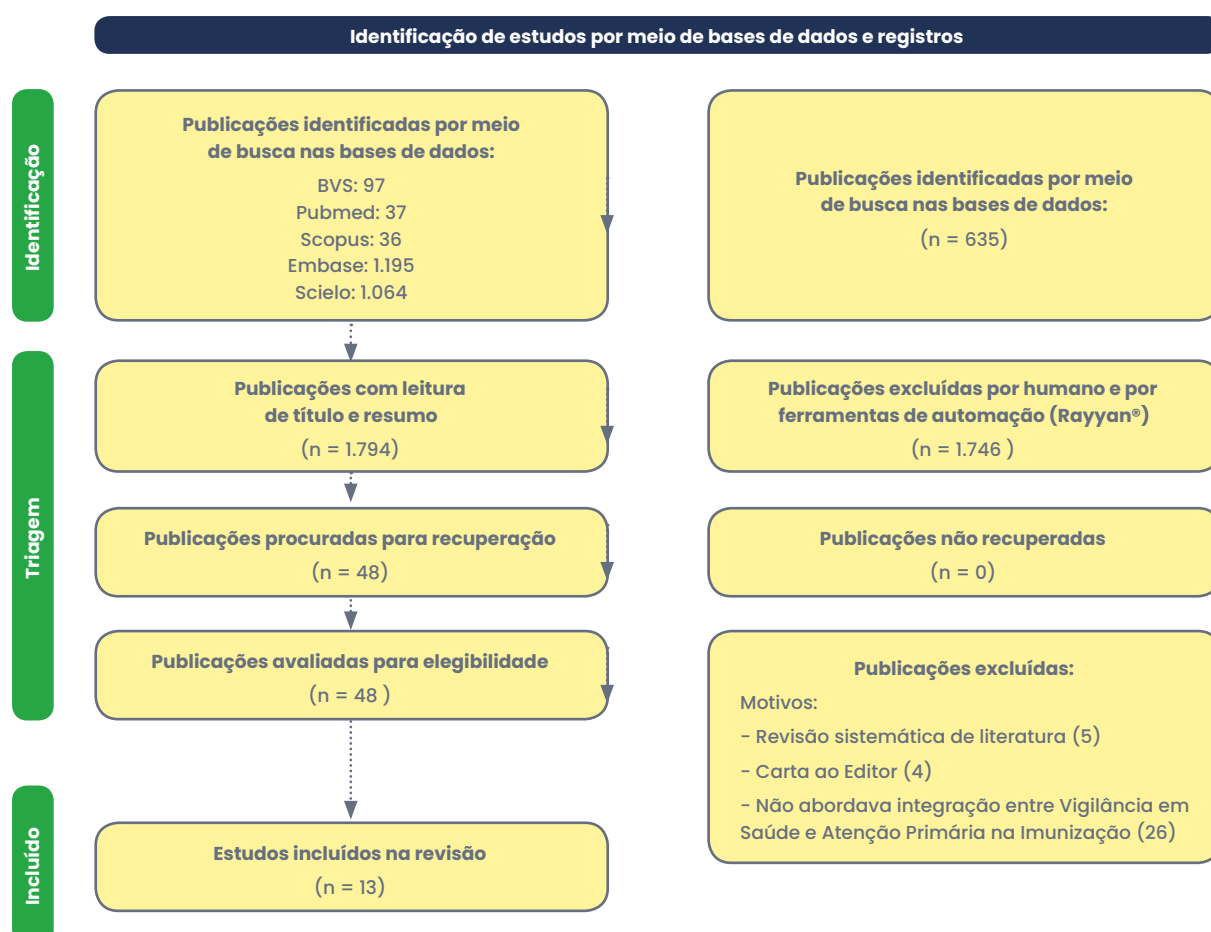


estudos. Destes, após leitura dos títulos e resumos, 1.746 foram excluídos por não apresentarem elementos que atendessem ao objetivo desta revisão. Para este processo, também foi utilizado o software Rayyan®.

Os 48 estudos que permaneceram na seleção foram lidos na íntegra. Destes, 35 foram excluídos. As razões mais comuns para a exclusão dos estudos foram por não abordarem de forma substancial a integração da VS e AB nas ações de imunização. Por fim, permaneceram 13 artigos para a análise final.

FIGURA 4:

Fluxograma com o processo de seleção de artigos.



Adaptado de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n7



Os 13 estudos selecionados para fazer parte desta revisão foram mapeados em planilha no programa Excel® com as seguintes informações: autor(es), ano de publicação, título, localidade do estudo, palavras-chave, idioma, localização da referência, métodos/diretrizes técnicas, estratégias e resultados.

Para a etapa de sumarização dos elementos essenciais de cada estudo, utilizou-se uma estrutura analítica descritiva. Para tanto, realizou-se uma análise qualitativa de todos os conteúdos, o que possibilitou a criação de categorias que emergiram da análise mais aprofundada das publicações, as quais foram capazes de ilustrar tópicos de interesse. Essas categorias foram representadas por estratégias de integração VS e AB no contexto nacional e no contexto internacional.

Na etapa final, realizaram-se a compilação e a comunicação dos resultados, com a intenção de apresentar a visão geral de todo o material, por meio de uma construção temática, organizada de acordo com os elementos que influenciam na resposta da questão desta investigação.

2.1. Resultados e Discussão

Os estudos levaram em consideração as seguintes localidades em nível nacional: Brasil (HOLANDA *et al.*, 2022; SOUZA *et al.*, 2022); região nordeste do Brasil (PATRÍCIO, 2021); município de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul (QUEVEDO *et al.*, 2015); município de São Paulo, estado de São Paulo (FARIA e BERTOLOZZI, 2010); municípios de Patos de Minas, Uberlândia, Bom Despacho, Montes Claros e Araguari, pertencentes ao estado de Minas Gerais (SILVA *et al.*, 2020).

Em âmbito internacional, foram incluídos nesta revisão estudos das seguintes localidades: Reino Unido (BLANC *et al.*, 2022); 92 países de baixo e médio rendimento (não inclui Brasil) (SANTOS *et al.*, 2021); Suécia (STENQVIST *et al.*, 2007); Moreno, província de Buenos Aires, Argentina (GARCIA *et al.*, 2015).

Os três estudos restantes são documentos técnicos disponibilizados pela Universidade Federal do Maranhão, por meio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

I. INTEGRAÇÃO VIGILÂNCIA EM SAÚDE X ATENÇÃO BÁSICA NAS AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO NO CONTEXTO NACIONAL

A vacinação, ao lado das demais ações de VS, vem ao longo do tempo perdendo o caráter verticalizado e se incorporando ao conjunto de atividades da AB, sendo, portanto, realizada no contexto global da oferta de serviços de saúde como atribuição de uma equipe de saúde (BAHIA, 2011; BRASIL, 2014).

Na sala de vacinação, as atividades devem ser desenvolvidas por uma equipe de enfermagem treinada e capacitada para os procedimentos de manuseio, conservação, preparo e administração, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de imunização. Essa equipe deve ser composta pelo



técnico de enfermagem, sendo ideal a presença de dois vacinadores para cada turno de trabalho, contando com a participação de um enfermeiro, responsável pela supervisão e monitoramento do trabalho desenvolvido na sala de vacina (BRASIL, 2014). A obrigatoriedade do enfermeiro responsável técnico pela sala de vacina está embasada na Lei nº 7.498/86, alterada pelas Leis Nºs 14.434/2022 e 14.602/2023, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências (COFEN, 2023).

Do ponto de vista técnico-operacional, a VS viabiliza a reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental. Nesse espaço, busca-se estabelecer a definição de problemas e de prioridades, bem como o conjunto de meios para atender efetivamente às necessidades de saúde da comunidade, integrando e organizando as atividades de promoção, prevenção, assistenciais e reabilitadoras, valendo-se de conceitos como interdisciplinaridade e intersetorialidade (BERTOLOZZI, FRACOLLI, 2005; TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998; OLIVEIRA, CASANOVA, 2009).

Do ponto de vista técnico-operacional, a VS viabiliza a reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental. destaque

Assim, as Equipes de Saúde da Família (eSF), atuantes na AB, a partir das ferramentas da VS, desenvolvem habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar ações programadas e de atenção à demanda espontânea, que garantam o acesso da população em diferentes atividades e ações de saúde, e, dessa maneira, gradativamente impacta sobre os principais indicadores de saúde, mudando a qualidade de vida daquela comunidade (BRASIL, 2008).

Cabe destacar que as eSF atuam como importante processo estruturante da VS, por contemplar em sua configuração elementos que dão aporte à prática das equipes. Por meio de processos de trabalho integrados, o planejamento das ações de saúde fica mais próximo das necessidades percebidas e vivenciadas pela população, nos diferentes territórios, subsidiando a sustentabilidade dos processos de intervenção (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2018).



Cabe destacar que as eSF atuam como importantes processos estruturantes da VS, por contemplar em sua configuração elementos que dão aporte à prática das equipes.

No contexto da vacinação no Brasil, a eSF realiza a verificação do cartão de vacinação e a situação vacinal e encaminha a população à sala de vacina para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme os calendários de vacinação dos diversos ciclos de vida. Para além da rotina na sala de



vacina, são realizadas também campanhas, intensificações, ações de bloqueio e outras atividades de vacinação extramuros, que são operacionalizadas pela equipe da AB em parceria com a equipe da VS e coordenação municipal de imunização (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2018). É fundamental que haja integração entre a equipe da sala de vacinação e as demais equipes de saúde, no sentido de evitar as oportunidades perdidas de vacinação, que se caracterizam pelo fato de o indivíduo ser atendido em outros setores da unidade de saúde sem que seja verificada sua situação vacinal ou haja encaminhamento à sala de vacinação (BRASIL, 2014).

A equipe de vacinação participa também da compreensão da situação epidemiológica da área de abrangência na qual o serviço está inserido, estabelecendo prioridades, alocação de recursos e orientação programática, quando necessário (BRASIL, 2014; BAHIA, 2011).

Em termos de monitoramento e avaliação, em função do que é estabelecido pelos Programas Nacionais de Imunização, torna-se imprescindível definir objetivos, metas, estratégias, atividades e recursos para o atendimento das prioridades de imunização, que se constituem em compromissos nacionais e internacionais na eliminação/erradicação de doenças (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2018). O Programa Nacional de Imunizações (PNI) brasileiro, dentre os diversos compromissos assumidos, estabelece como objetivo principal a oferta de vacinas com qualidade para toda a população, tentando alcançar altas coberturas vacinais de forma homogênea em todos os municípios do país (BRASIL, 2023).

A relevância das coberturas de vacinação como indicador de desempenho do setor de saúde pode ser representada pela sua inserção nos diferentes instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2018). A mensuração dos indicadores, incluindo as coberturas vacinais, é possível graças aos instrumentos de coleta dos dados que alimentam os Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Atualmente, o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e o e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) são os responsáveis pelos registros dos dados de imunização no Brasil. Uma vez que a qualidade e a fidedignidade de um indicador estão diretamente relacionadas com a qualidade dos dados coletados (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2018), é de fundamental importância que a esfera local realize a captação e o registro correto das doses de vacina administradas.



É de fundamental importância que a esfera local realize a captação e o registro correto das doses de vacina administradas, para garantir a fidedignidade dos indicadores.



É a partir desses dados coletados que se constroem os indicadores de imunizações, monitorados tanto pelas equipes de AB quanto de VS. As doses aplicadas compõem o numerador. Por isso, se elas não forem adequadamente registradas, as coberturas vacinais poderão ser superestimadas ou subestimadas (BRASIL, 2014). Além disso, a baixa captação de nascidos vivos pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), bem como a superestimação da população-alvo pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que compõem o denominador de coberturas vacinais, podem subestimar ou superestimar este indicador, e, por consequência, outros indicadores de imunização, como a taxa de homogeneidade e a taxa de abandono (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2018).

A análise da real situação vacinal de uma dada população depende do registro correto e é condição essencial para a construção de indicadores fidedignos e a tomada de decisões baseadas em evidências. Informações incorretas podem gerar um mau planejamento e uma equivocada programação, além de oferecer uma falsa sensação de proteção contra as doenças imunopreveníveis. A proposta da vigilância das coberturas vacinais busca, assim, instrumentalizar a equipe de coordenação das ações de vacinação nas diversas esferas, para a identificação de áreas de risco em razão da presença de supostos suscetíveis, caracterizando tendências e/ou situações a merecer intervenções oportunas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2018).



A análise da real situação vacinal de uma dada população depende do registro correto e é condição essencial para a construção de indicadores fidedignos.

A vacinação é uma ação integrada e rotineira nos serviços de saúde, pertencendo ao nível primário de atenção, sendo de baixa complexidade e de grande impacto nas condições gerais da saúde da população (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2018).

Apesar do cenário de crescimento progressivo da cobertura da AB, é observada queda nos percentuais de coberturas vacinais no Brasil (HOLANDA *et al.*, 2022). Segundo dados do Ministério da Saúde, a cobertura da AB no Brasil, nos últimos 12 anos, passou de 61,51% em janeiro de 2008 para 76,50% em abril de 2020 (aumento de 24,2%), contando em outubro de 2020 com quase 44 mil equipes de saúde da família espalhadas pelo país (BRASIL, 2021). Assim, é possível que existam outros fatores, para além da disponibilidade do serviço, que possam estar relacionados a uma maior proporção de cobertura vacinal em determinada localidade em detrimento de outra, o que pode incluir os fatores relacionados à qualificação do serviço, por exemplo (HOLANDA *et al.*, 2022).



Apesar de existirem pesquisas que buscam identificar os fatores associados à adesão à vacinação, considerando o indivíduo (SILVA F.S. *et al.*, 2018; QUEIROZ *et al.*, 2013; BARATA e PEREIRA, 2013; YOKOKURA *et al.*, 2013); ainda são escassos na literatura estudos que visam a identificação de fatores relacionados à organização ou qualificação dos serviços de AB que possam ser preditores de um melhor desempenho dos indicadores relacionados às coberturas vacinais (HOLANDA *et al.*, 2022). Esta constatação ficou evidente nesta revisão de escopo, uma vez que foram encontrados diversos estudos que falam da integração entre VS e AB de forma geral, mas sem adentrar especificamente na questão da imunização.



Foram encontrados diversos estudos que falam da integração entre VS e AB de forma geral, mas sem adentrar especificamente na questão da imunização.

Patrício (2021) realizou um relato de experiência sobre a tarefa de supervisão dos trabalhos de apoiadores vinculados ao Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, no período de abril de 2020 a março de 2021, nos 9 estados da região Nordeste. O objeto central da realização deste trabalho foi integrar as ações de VS e AB no território, com foco na sífilis, imunização e arboviroses urbanas, além da covid-19 como emergência em saúde pública. Segundo a autora, é importante destacar dois pontos que apoiam diretamente a condução de estratégias de integração da VS e AB nas redes de atenção: o primeiro são os instrumentos legais, como Portarias, Decretos ou Manuais que sustentam a organização das ações nas unidades de saúde e seus territórios, além de respaldar os profissionais envolvidos. O segundo é a implantação de projetos exclusivos que tenham o objetivo de trabalhar esta integração. Identificar ações e resultados possíveis exigiu planejamento, metas e enfrentamento focado no objeto. Isso determinou a estratégia para o acompanhamento dos apoiadores e suas atividades nos territórios (PATRICIO, 2021).

Ainda analisando experiências exitosas no contexto da integração VS x AB, Souza e colaboradores (2020) reuniram um total de 51 experiências de todas as regiões do Brasil sobre a temática de imunização, submetidas ao Prêmio APS Forte. As experiências municipais que demonstraram maior efeito na ampliação das coberturas vacinais foram as que utilizaram estratégias combinadas para o aumento das coberturas, envolvendo múltiplos componentes e incorporando também a integração entre VS e AB. A integração entre as bases de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), e-SUS APS e SI-PNI qualificou o processo de gestão da informação e fomentou melhoria nas ações de monitoramento, avaliação e tomada de decisão para o alcance de bons resultados em relação à imunização (SOUZA *et al.*, 2020).



Buscando adaptar a metodologia do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Programa Nacional de Humanização (PNH) – à luz de um trabalho integrando vigilância, clínica e humanização para atualização do cartão de vacinação de uma determinada família – Quevedo e colaboradores (2015) reforçaram a importância da integração nas práticas em saúde. Partindo da análise de um estudo de caso, identificou-se a criança com o maior número de doses em atraso, realizando uma visita domiciliar objetivando o entendimento do seu contexto familiar, de forma multiprofissional e interdisciplinar. Foram envolvidos os residentes de enfermagem, fisioterapia e nutrição, integrados com a equipe da AB e VS. A partir da construção do PTS para a família do estudo, foi possível perceber a complexidade do cuidado de saúde na lógica da vigilância, da clínica ampliada, da humanização, do vínculo, da integralidade e da equidade, na perspectiva de serviços comunitários. A busca ativa de usuários que não acessam a unidade de saúde pode ser pensada como um instrumento para trabalhar a co-responsabilização e o vínculo, construindo outras formas de produzir saúde (QUEVEDO *et al.*, 2015).



A busca ativa de usuários que não acessam a unidade de saúde pode ser pensada como um instrumento para trabalhar a co-responsabilização e o vínculo, construindo outras formas de produzir saúde.

Partindo de um estudo exploratório-descritivo e qualitativo, pautado no referencial teórico da VS, Faria e Bertolozzi (2010) realizaram entrevistas com 14 trabalhadores da saúde, sendo 7 gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 7 profissionais responsáveis pela Vigilância em Saúde nas mesmas UBS. A análise dos depoimentos dos profissionais aponta que sua prática relativa à vigilância integra: recebimento de notificações de doenças compulsórias, realização de visita domiciliar, estabelecimento de medidas terapêuticas sanitárias, sempre no âmbito da multifatorialidade/multicausalidade. Em uma perspectiva mais ampliada, foram evidenciadas nas falas ações diretamente relacionadas à imunização:

“— Monitoramento da vacinação de menores de 5 anos na UBS e nos equipamentos educativos da região; — Intervenções focais na comunidade e junto aos equipamentos sociais da região (escola, creches, igrejas e junto à Subprefeitura) para a prevenção de doenças (a exemplo da dengue), por meio de atividades grupais e comunitárias, que incluem mutirões para a coleta de lixo, e ações de educação em saúde (sobre DST, novas vacinas introduzidas no calendário, dentre outras).”
(FARIA e BERTOLOZZI, 2010. Revista da Escola de Enfermagem da USP).



Ao se referirem à VS, os gerentes e trabalhadores incluem ações que integram as práticas de vigilância em saúde, estendendo-se para ações de cunho coletivo, entre elas, a imunização. Os dados sobre saúde apoiam o planejamento, a operacionalização do acolhimento e a construção de alternativas para a melhoria da situação de saúde de forma partilhada com os usuários. Além disso, apontam também para a necessidade de rede de suporte social e de ações intersetoriais. Por meio da utilização de indicadores de saúde, é realizado o monitoramento da saúde/doença dos usuários e o estabelecimento de metas (FARIA e BERTOLOZZI, 2010).

Avançando para uma dimensão semelhante, por meio de grupos focais com médicos que atuavam na eSF de municípios distintos do interior de Minas Gerais (Brasil), Silva e colaboradores (2020) identificaram que houve o entendimento da VS como controle e preocupação não apenas com doenças e atividades curativistas, mas também com a identificação dos determinantes sociais de saúde e práticas preventivas, bem como a associação com ações de imunização:

“As doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis, principalmente. Então, a postura [...] de busca ativa também na questão de não só focar na prática curativista, mas na preventiva. Então, remete muito à prevenção. (P1)

Me veio à mente ‘vacinação’ também, para a prevenção das doenças, ou então a ‘cobertura vacinal’. Eu acho que é uma coisa que faz parte desse processo de vigilância. (P3) ”. (SILVA *et al.*, 2020. Revista Saúde e Sociedade).

Além disso, também se caracterizou a vigilância como um eixo norteador que subsidia o planejamento, tomadas de decisões e ações em saúde, pelo fato de dispor de dados e informações de saúde da população consolidados em sistemas de informação variados. No entanto, pela fala dos entrevistados, o estudo evidenciou que os setores VS e AB parecem atuar de forma independente e com pouco envolvimento entre as partes. Foram observadas lacunas de conhecimento sobre VS e pouca integração entre as duas áreas (SILVA *et al.*, 2020).



Também se caracterizou a vigilância como um eixo norteador que subsidia o planejamento, tomadas de decisões e ações em saúde.

É possível promover a articulação da VS e AB, respeitando as particularidades de cada esfera de atuação e considerando a AB como agente de vigilância no território em que atua, sendo capaz de identificar ris-



cos. A partir da identificação dos riscos, o acionamento correto dos setores de vigilância e a análise de situação de saúde garantem à população o cuidado integral. Um dos principais obstáculos para a implementação de ações intersetoriais de AB e VS é proveniente do passado que privilegiou o modelo hospitalar e curativo, centrado na doença, em detrimento às ações de cunho preventivo (SILVA *et al.*, 2020). Assim sendo, é preciso superar esta lógica assistencial de caráter individual para que a atuação da AB, sob a perspectiva da VS, se concretize, evitando práticas pontuais e fragmentadas que originam um sistema de saúde com ações descontextualizadas e pouco resolutivas (CAMPOS, 2003).

Um dos principais obstáculos para a implementação de ações intersetoriais de AB e VS é proveniente do passado que privilegiou o modelo hospitalar e curativo, centrado na doença, em detrimento das ações de cunho preventivo.

II. INTEGRAÇÃO VIGILÂNCIA EM SAÚDE X ATENÇÃO BÁSICA NAS AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO NO CONTEXTO INTERNACIONAL

A busca realizada por meio desta revisão de escopo trouxe pelo menos quatro estudos que abordaram o assunto da integração da VS e AB nas práticas de vacinação em outros países.

Iniciando pelo estudo de Blanc e colaboradores (2022), desenvolvido no Reino Unido, evidenciou-se o foco principalmente na discussão da Agenda de Imunização 2030 (IA 2030) da Organização Mundial de Saúde (OMS), que reforça os cuidados de saúde primários para apoiar a cobertura universal de saúde. A primeira prioridade estratégica da IA 2030 é “garantir que serviços de imunização eficazes, eficientes e resilientes sejam acessíveis a todas as pessoas como uma parte essencial dos cuidados de saúde primários e, assim, contribuir para a cobertura universal de saúde”. Segundo os autores, após a pandemia de covid-19, o ganho de eficiência por meio de serviços integrados será ainda mais necessário. A implementação da IA 2030 exigirá priorização multissetorial e intergovernamental, financiamento suficiente, alocação adequada de recursos, responsabilidades claras em todo o sistema de saúde, envolvimento de organizações da sociedade civil e do setor privado (BLANC *et al.*, 2022).

A integração pode ser operacionalizada por meio de quatro abordagens principais, de acordo com o contexto de cada país (OMS e UNICEF, 2020):



1.

Envolver a comunidade no planejamento e concepção de modelos de prestação de serviços que melhor atendam às suas necessidades;

2.

Prestação de serviços de vacinação no âmbito dos cuidados primários de saúde, por meio da utilização de estratégias de saúde familiar e comunitárias;

3.

Melhorar a coordenação do cuidado em todos os contextos e setores, integrando programas verticais nos sistemas nacionais de saúde, expandindo parcerias e desenvolvendo redes subnacionais de prestação de serviços;

4.

Criar um ambiente propício para incorporar a oferta de vacinação nas estratégias de cuidados primários de saúde, modificando a gestão e a força de trabalho.

O objetivo da IA 2030 não é estabelecer metas ambiciosas que permanecem teóricas, mas sim alcançar ganhos realistas por meio de um foco local pragmático (BLANC *et al.*, 2022).

Seguindo para um estudo desenvolvido no município de Moreno, a 37 km de Buenos Aires, capital da Argentina, tem-se uma iniciativa de pesquisadores que buscou analisar e compreender como as ações de VS se articulam com os prestadores de AB, e quais os dispositivos têm sido implementados para que esses processos sejam realizados de forma eficaz. Na Argentina, o setor de saúde está estruturado em três subsistemas: público, segurança social e privado. O subsistema público apresenta uma estrutura jurisdicional administrativa dividida em níveis municipal, provincial e nacional. Cada jurisdição coordena as suas políticas de saúde por meio dos respectivos Ministérios e Secretarias.

O Ministério da Saúde da Nação, desde 1990, é responsável pela padronização, regulação, planejamento e avaliação das ações de saúde realizadas no território nacional. No país, historicamente o conceito de Vigilância em Saúde esteve relacionado com doenças transmissíveis e saneamento de portos e cidades. Inclusive os autores deste trabalho citam o Brasil como destaque na ampliação do conceito de VS, que coloca o desafio da articulação, interna e externa, entre Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Ambiental (GARCIA *et al.*, 2015).

No sistema de saúde de Moreno os profissionais reconheceram que o trabalho em equipe era um desafio, uma vez que o médico mantinha grande parte do poder e controle dos processos de trabalho



em saúde. Segundo servidores e gestores municipais, as corporações profissionais, as competências e o exercício profissional deveriam ser repensados, uma vez que não permitiam que o enfermeiro exercesse muitas atividades, por não estarem legalmente dentro de suas atribuições. No entanto, algumas das ações que mais demonstraram integração e coordenação da VS com AB foi a busca ativa de faltosos na vacinação, observando também uma atuação partilhada de várias categorias profissionais (GARCIA *et al.*, 2015). Este achado corrobora a magnitude das ações de imunização para impulsionar a integração entre VS e AB no contexto das unidades básicas de saúde.



Em Moreno, na Argentina, algumas das ações que mais demonstraram integração e coordenação da VS com AB foi a busca ativa de faltosos na vacinação.

O trabalho integrado também permitiu a melhoria de coberturas vacinais de Influenza na Suécia, relatado pelo estudo de Stenqvist e colaboradores (2007). Inicialmente, havia o pressuposto de que a consciência e o conhecimento dos profissionais sobre a influenza eram limitados, ocasionando baixas coberturas vacinais, especialmente em idosos. O programa foi desenvolvido com estreita cooperação entre a VS e a AB. Foi designado um profissional que ofertava repetidas sessões de educação permanente em diversas partes do país. A partir da melhoria de coberturas vacinais (a taxa de vacinação aumentou de 33,6 para 54,6% na área de Gotemburgo, entre 1990 e 2004, e de 44,1% para 51,9% em toda a região, entre 2001 e 2004), o programa se expandiu para incluir a responsabilização dos profissionais pela vigilância da doença, participando ativamente nas ações de planejamento para uma possível epidemia. Foi necessário utilizar a experiência em vacinação aliada às decisões políticas e os profissionais dos hospitais e AB dos municípios para o desenvolvimento de uma perspectiva mais ampla. A coordenação do programa de vacinação, trabalhando em conjunto com a vigilância e o planejamento pandêmico, são meios eficazes de reforçar o trabalho preventivo contra a influenza (STENQVIST *et al.*, 2006).

Por fim, buscando trabalhar a redução das desigualdades na vacinação como um dos objetivos da IA 2030, Santos e colaboradores (2021) desenvolveram um estudo que tinha como principal objetivo identificar grupos de crianças de alto risco que não receberam vacinas (dose zero) em 92 países de baixa e média renda, usando dados de Pesquisas Demográficas e de Saúde e Pesquisas de Indicadores Múltiplos. Os achados relataram que as crianças que não foram atendidas pelos serviços de vacinação também foram excluídas de outras intervenções de cuidados de saúde primários e de vigilância, especialmente aqueles relacionados com o pré-natal e parto. Este resultado corrobora a recomendação da IA 2030 que é de “encorajar uma maior colaboração e integração dentro e fora do setor da saúde” (OMS,



2020). É necessária uma maior integração dos serviços de cuidados de saúde primários e serviços de vigilância, bem como intervenções direcionadas a comunidades mais vulneráveis, a fim de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a Agenda de Vacinação 2030 (SANTOS *et al.*, 2021).

O quadro 1 abaixo traz o resumo das principais abordagens de cada estudo desta revisão de escopo, com destaque para os métodos/diretrizes e estratégias/resultados.

QUADRO 1:

Características de autoria, ano, título, tipo de documento, localização, métodos/diretrizes, principais estratégias e resultados dos estudos:

Autor, ano	Título	Tipo de documento	Localização	Métodos/diretrizes	Principais estratégias e resultados
Universidade Federal do Maranhão, 2018	Programa Nacional de Imunizações (PNI), Vigilância em Saúde e a ação de vacinação no contexto da Atenção Primária	Documento técnico	*	- As diretrizes e responsabilidades para a execução das ações de VS, entre as quais se incluem as ações de vacinação, são de gestão compartilhada entre União, Estados, Distrito Federal e municípios. - A vacinação, ao lado das demais ações de VS, vem perdendo o caráter verticalizado e se incorporando ao conjunto de ações da AB. - É fundamental que haja integração entre a equipe da sala de vacina e as demais equipes de saúde, no sentido de evitar oportunidades perdidas.	*
Universidade Federal do Maranhão, 2018	Planejamento, monitoramento e avaliação da atividade de vacinação	Documento técnico	*	- As atividades de vacinação fazem parte do conjunto de ações incluídas na AB. - A vigilância das coberturas vacinais instrumentaliza a equipe de coordenação das ações de vacinação nas várias esferas. - A vigilância das coberturas vacinais permite a identificação de áreas de risco, caracteriza tendências e/ou situações a merecer intervenções oportunas.	*



Autor, ano	Título	Tipo de documento	Localização	Métodos/diretrizes	Principais estratégias e resultados
Universidade Federal do Maranhão, 2018	Vacinação: uma atividade da equipe da Atenção Básica	Documento técnico	*	- Na sala de vacinação, as atividades devem ser desenvolvidas por uma equipe de enfermagem treinada e capacitada. - A equipe de vacinação participa também da compreensão da situação epidemiológica da área de abrangência na qual o serviço de vacinação está inserido.	*
Blanc et al., 2022	Programas de imunização para apoiar os cuidados de saúde primários e alcançar a cobertura universal de saúde	Artigo original	Reino Unido	Os sistemas de imunização e outros serviços de cuidados de saúde primários podem apoiar-se mutuamente, para melhorar a prestação de serviços e para reforçar a Cobertura Universal de Saúde.	Traz quatro abordagens principais para operacionalização da integração, sendo: 1. Envolver a comunidade no planejamento; 2. Prestação de serviços de vacinação no âmbito dos cuidados primários de saúde; 3. Melhorar a coordenação do cuidado em todos os contextos e setores; 4. Criar um ambiente propício para incorporar a oferta de vacinação nas estratégias de cuidados primários de saúde.
Santos et al., 2021	Encontrar crianças com alto risco de não vacinação em 92 países de baixo e médio rendimento: uma abordagem de árvore de decisão	Artigo original	92 países de baixo e médio rendimento. Não inclui Brasil.	<i>Método:</i> Foram analisadas 210.509 crianças com informações disponíveis para vacina BCG e vacinação contra a poliomielite, difteria, tétano, coqueluche e sarampo. O desfecho estudado foi a situação de dose zero da criança, definida como não ter recebido nenhuma dose dessas vacinas. Para identificar os grupos de crianças com maior prevalência de dose zero, foi utilizada uma abordagem de árvore de decisão.	A prevalência combinada de dose zero foi de 7,7% (IC 95% 7,4-7,9%), variando amplamente entre os países, com uma prevalência mediana de 2,9%. A árvore de decisão indicou que as crianças com maior risco de receber a dose zero são aquelas que foram deixadas de fora pelos serviços e intervenções de saúde, incluindo as ações de vigilância.



Autor, ano	Título	Tipo de documento	Localização	Métodos/diretrizes	Principais estratégias e resultados
Stenqvist et al., 2006	Trabalho sobre a influenza a nível regional na Suécia: um programa integrado para vacinação de grupos de risco, vigilância e planejamento pandêmico, que se centra no papel do profissional de saúde	Artigo original	Suécia	<i>Método:</i> Foram realizadas ações de educação permanente com médicos e enfermeiros, visando aumentar as taxas de vacinação contra a influenza.	Atuando em estreita cooperação, a VS e AB ofereceram, em setembro de cada ano, repetidas sessões de informação e educação em saúde em diversas partes da região. A taxa de vacinação contra a influenza aumentou de 33,6 para 54,6% na área de Gotemburgo entre, 1990 e 2004, e de 44,1 para 51,9% em toda a região, entre 2001 e 2004.
Holanda et al., 2022	Aspectos diferenciais do acesso e qualidade da Atenção Primária à Saúde no alcance da cobertura vacinal de influenza	Artigo original	Brasil	<i>Método:</i> Trata-se de um estudo ecológico analítico de múltiplos grupos, e que tem como unidade de análise o município. Comparou-se variáveis potencialmente preditoras do alcance da meta de cobertura vacinal para influenza, considerando as dimensões de acesso, qualidade e características do município.	- Apesar da imunização ser uma estratégia relacionada à VS para o enfrentamento das doenças imunopreveníveis, é no lócus da AB que as ações de vacinação são efetivamente realizadas. - Para todos os grupos, o conjunto de municípios que atingiu a cobertura preconizada tinha maiores coberturas de AB e de eSF, bem como maior número de ACS por mil habitantes.
Garcia et al., 2015	Estratégias de articulação entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde e a interface entre os sujeitos	Artigo original	Moreno, província de Buenos Aires, Argentina	<i>Método:</i> Trata-se de estudo qualitativo com o objetivo de descrever as articulações entre a VS e a AB e os dispositivos utilizados para que estes processos se efetivem.	- A Nação, a Província e os Municípios apresentam-se como três níveis distintos, muitas vezes isolados, que respondem de formas diferentes ao mesmo problema. - A circulação de afetos e de subjetividades entre os sujeitos envolvidos no processo facilita a criação de dispositivos de articulação entre as áreas e jurisdições.



Autor, ano	Título	Tipo de documento	Localização	Métodos/diretrizes	Principais estratégias e resultados
Patrício, 2021	Integração Vigilância em Saúde e Atenção Primária: uma experiência da atuação da supervisão de apoio institucional na região Nordeste	Artigo original	Região Nordeste do Brasil	<i>Método:</i> Relato de experiência sobre a tarefa de supervisão dos trabalhos de apoiadores vinculados ao Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde, período de abril de 2020 a março de 2021.	- Os resultados das ações dos apoiadores e seus desdobramentos nos territórios confrontam com a agilidade da integração das áreas programáticas. - AB e VS devem ser discutidas numa perspectiva de sustentabilidade de planejamentos conjuntos.
Souza et al., 2020	Experiências sobre Imunização e o Papel da Atenção Primária à Saúde	Artigo original	Brasil	<i>Método:</i> Este artigo apresenta uma análise das experiências de imunização submetidas ao Prêmio APS Forte.	- Obteve-se um total de 51 experiências de todas as regiões do Brasil sobre a temática de imunização. - A organização do processo de trabalho da AB integrada aos demais pontos da rede de atenção constitui forte aliada no enfrentamento dos principais problemas de saúde. - As experiências dialogam com os dez passos do Ministério da Saúde para os trabalhadores da AB ampliarem as coberturas vacinais, entre eles, monitorar a cobertura vacinal e realizar busca ativa de faltosos (que possui interface direta com a VS).
Quevedo et al., 2015	Cuidados na Atenção Primária em Saúde — Integrando vigilância, clínica e humanização	Artigo original	Município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.	<i>Método:</i> Estudo de caso acerca de uma família, do território de uma eSF, discutindo a temática das imunizações, a partir de um contexto real e possível. Utilizou-se como método a proposta do Projeto Terapêutico Singular, da Política Nacional da Humanização, do Ministério da Saúde.	- Entre os instrumentos de intervenção, a visita domiciliar apresentou-se como um disparador de potencialização das práticas em saúde no território. - Faz-se necessário um trabalho interdisciplinar da equipe de saúde, capaz de articular VS e AB.
Faria e Bertolozzi, 2010.	Vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância em Saúde	Artigo original	Município de São Paulo, SP, Brasil.	<i>Método:</i> Trata-se de estudo exploratório-descritivo e qualitativo, pautado no referencial teórico da VS. Os equipamentos de saúde nos quais atuavam os sujeitos entrevistados no estudo foram: a Supervisão de Vigilância Epidemiológica e 6 UBS da Coordenadoria Centro-Oeste da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. Foram realizadas entrevistas com 14 trabalhadores de saúde.	- As tentativas de superação das práticas tradicionais de vigilância são apontadas por proposta que inclui o monitoramento de doenças, agravos e situações de saúde, assim como pelo entendimento das condições do território sob responsabilidade do serviço de saúde. - Destacam-se elementos trazidos pelo PSF, e a interlocução entre a universidade e os serviços de saúde, por meio de processos de integração ensino-serviço.



Autor, ano	Título	Tipo de documento	Localização	Métodos/diretrizes	Principais estratégias e resultados
Silva et al., 2020	Relações entre Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde na perspectiva de médicos de equipes de saúde da família em Minas Gerais, Brasil: uma análise qualitativa	Artigo original	Municípios de Patos de Minas, Uberlândia, Bom Despacho, Montes Claros e Araguari, pertencentes ao estado de Minas Gerais, Brasil.	<i>Método:</i> Foi realizado grupo focal com oito médicos. Foram identificadas três categorias temáticas, quais sejam: “Compreensões sobre Vigilância em Saúde”, “Vigilâncias Reconhecidas” e “Relações dos Profissionais da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde”.	- Houve o entendimento de VS como controle e preocupação não apenas com doenças e atividades curativistas, mas também com a identificação dos determinantes sociais de saúde e práticas preventivas, bem como a associação com ações de imunização. - As vigilâncias mais reconhecidas foram a Epidemiológica e Sanitária. - Os principais nós críticos identificados estão associados à falta de conhecimento mútuo e interação entre a AB e VS.

Siglas:

AB: Atenção Básica

APS: Atenção Primária à Saúde

VS: Vigilância em Saúde

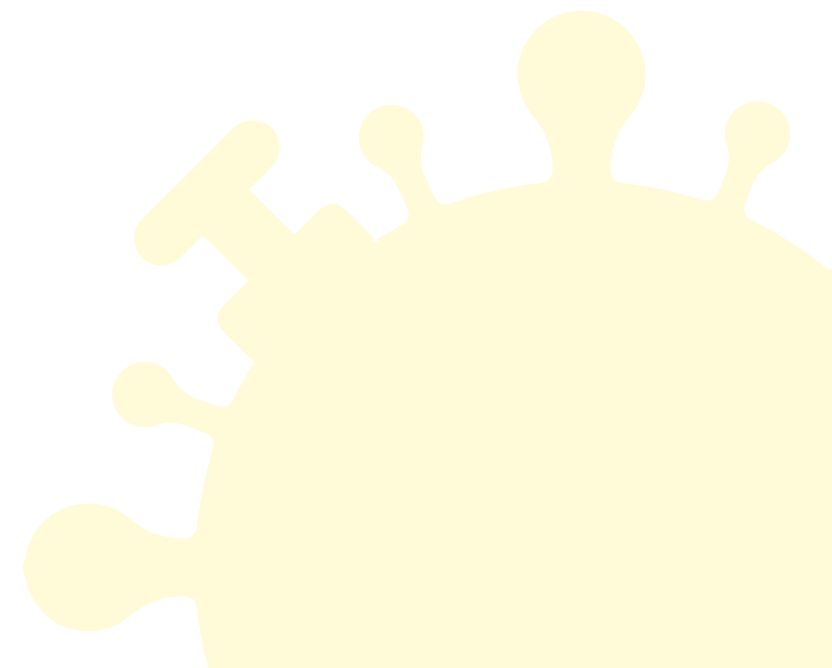
SUS: Sistema Único de Saúde

eSF: Equipe de Saúde da Família

ACS: Agente Comunitário de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família



3

ESTUDO DE CASO





No intuito de investigar as experiências de integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica, no âmbito da imunização nos municípios brasileiros, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com atores-chave envolvidos com essa temática na gestão municipal. Dada a natureza qualitativa da pesquisa, não se busca esgotar o tema, nem oferecer explicações conclusivas mas, sim, compreender as experiências de integração nos contextos investigados, visando orientar estudos futuros mais aprofundados nesse domínio.

A construção de uma amostra intencional contou com 5 pontos focais do Projeto ImunizaSUS, representantes de Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde — Cosems e 5 coordenadores municipais de VS ou AB. A seleção dos municípios foi feita com base nas respostas da segunda aplicação de um *survey* com as secretarias municipais de saúde, como parte integrante da terceira etapa da atual pesquisa. O instrumento foi hospedado na plataforma *Limesurvey* e poderia ser respondido pelos secretários municipais de saúde, coordenadores de vigilância em saúde e/ou coordenadores ou responsáveis pela imunização nos municípios. O questionário foi elaborado com perguntas sobre quais ações de imunização são realizadas nos municípios e com que frequência, quais profissionais realizam as ações, quais são as condições para execução, qual a opinião sobre os principais desafios à efetividade das ações e as razões atribuídas a essas dificuldades.

O instrumento foi enviado para todos os municípios brasileiros e ficou disponível para respostas entre 09 de agosto e 30 de outubro de 2023, resultando em 4.951 respostas completas, correspondendo a 88,9% do total de municípios brasileiros: 99,1% dos municípios da região Norte, 95,8% do Nordeste, 86,8% do Sudeste, 77,2% do Sul e 89,9% do Centro-Oeste. Para as entrevistas em profundidade, um município de cada região do país foi escolhido, levando em conta o tamanho da população e identificando os que estavam no mesmo porte populacional dos que apresentaram maior prevalência na indicação de integração entre a Atenção Básica (AB) e a Vigilância em Saúde (VS) de cada uma das cinco regiões.



Aproximadamente 90% dos municípios brasileiros responderam à pesquisa sobre as experiências de integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica no âmbito da imunização.



De forma específica, a amostra da pesquisa é composta por um município com as seguintes estratificações regionais e por porte populacional:



Além das entrevistas com pontos focais do Projeto ImunizaSUS e coordenadores municipais da VS ou AB, também foram consideradas as entrevistas realizadas no âmbito da Atividade 9 do Plano de Trabalho da 3ª fase da *Pesquisa Nacional sobre Cobertura Vacinal, seus múltiplos determinantes e as ações de imunização nos territórios municipais brasileiros*, quais sejam: “Entrevistas com gestores estaduais, federais e especialistas da área de imunização”. Buscou-se, nas entrevistas com atores chave das áreas de imunização e atenção primária do Ministério da Saúde e com 18 coordenadores estaduais de imunização, identificar trechos que abordassem a integração entre a VS e AB no âmbito da imunização nos municípios brasileiros.

A análise das entrevistas se utiliza das técnicas Análise de Conteúdo Qualitativa (ACQ), operacionalizada com auxílio do software NVivo®. Esta abordagem é adotada neste estudo devido à sua habilidade em desagregar e recompor dados, permitindo uma análise aprofundada sem desviar do escopo da pesquisa (YIN, 2016). A ACQ realiza uma descrição sistemática do significado do material analisado, desviando-se da objetividade típica da análise quantitativa tradicional. O objetivo é possibilitar “a interpretação subjetiva do conteúdo dos dados do texto”, ao mesmo tempo em que mantém um “processo sistemático de classificação, codificação e identificação de temas ou padrões” (HSIEH



& SHANNON, 2005, p.1278). A tabela 1 apresenta as categorias utilizadas para a análise inicial, sua construção levou em consideração as discussões da literatura, descritas nos capítulos anteriores, bem como os temas emergentes abordados nas entrevistas.

TABELA 1:

Descrição das categorias e subcategorias utilizadas na análise.

Categoria	Subcategoria	Descrição
Estrutura de organização da imunização	Área responsável pela imunização	Como a imunização é organizada no município? Atenção Básica, Vigilância em Saúde ou integrando as duas.
	Liderança	Processos de liderança da imunização no município. Existe uma pessoa responsável pela imunização e exclusiva nessa coordenação ou possui várias outras funções? Existe alguém reconhecido no município por conhecer bem e acompanhar de perto o processo de imunização?
	Aplicação	Estratégias de aplicação das vacinas: centralizada em uma unidade, descentralizada em mais de uma unidade ou algumas descentralizadas e outras não?
	Desafios contextuais	Aspectos contextuais como zona rural extensa, área de fronteira, ribeirinha, quilombola, indígena, violenta e com outras características que possam dificultar a aplicação e o monitoramento da imunização.
Planejamento da imunização	Processos	Processos que compreendem o planejamento da imunização, desde a definição da quantidade de doses necessárias, até a definição de quem e quando serão feitas as buscas de faltosos.
	Acompanhamento	Mecanismos de acompanhamento dos indicadores de imunização: conferências no sistema com emissão periódica de relatórios, reuniões, oficinas e discussões.
	Avaliação	Formas de avaliação do alcance das metas.
Sistemas de informação	Existência de sistemas próprios	Verificar se o município possui sistemas próprios ou se o entrevistado tem alguma opinião sobre a existência de sistemas próprios nos municípios.
	Integração entre sistemas de informação	Integração entre o SI-PNI e e-SUS AB. Problemas de integração relatados e as possíveis soluções.
	Desafios na integração dos sistemas	Dificuldades de monitorar o alcance das metas de vacinação e de acompanhamento do controle vacinal dos usuários.



Categoria	Subcategoria	Descrição
Experiências de integração AB e VS	Compatibilização do território de atuação da AB e VS	Formas de organização dos territórios/microrregiões de saúde no município para as duas áreas.
	Compartilhamento e discussão dos indicadores produzidos pela VS com as equipes da AB para subsidiar processos de intervenção no território	Existência de reuniões periódicas e protocolos de compartilhamento dos indicadores de cobertura com as equipes da AB.
	Capacitações/educação permanente voltadas à promoção da articulação entre VS e AB	Processos de formação para capacitação dos profissionais da AB, com o intuito de qualificar a identificação, interpretação e discussão dos indicadores de monitoramento da vigilância epidemiológica.
	Ferramentas de trabalho conjuntas	Ferramentas de trabalho que integrem a atuação da VS e AB como busca ativa, visita domiciliar com profissionais da AB e VS, Campanhas de Vacinação e vacinação extramuros.
	Desafios de integração da AB e VS	Principais desafios para integração da AB e VS

Fonte: NESCON / FM/ UFMG, 2024

Uma aplicação prática da ACQ é a utilização da ferramenta de consulta de frequência de palavras ou nuvem de palavras, sendo uma abordagem inicial para explorar dados (JACKSON, KRISTI; BAZELEY, 2019). O software NVivo® facilita a seleção de textos, identificação das palavras mais utilizadas e organização em nuvens de palavras, permitindo a contextualização (JACKSON, KRISTI; BAZELEY, 2019). Nuvens de palavras, representações visuais de documentos, mostram-se úteis para obter uma impressão preliminar de textos extensos, destacando palavras por tamanho e cor de maneira esteticamente agradável, sendo utilizadas de forma criativa (VIÉGAS; WATTENBERG; FEINBERG, 2009).

Para o tratamento dos dados qualitativos, 32 entrevistas semi-estruturadas foram literalmente transcritas e inseridas no NVivo®. Cada entrevista foi associada a um caso, possibilitando análises abrangentes e específicas de acordo com os objetivos da pesquisa. Posteriormente, a planilha foi submetida a uma análise lexical, gerando uma tabela com os termos predominantes. Na tabela 2 podemos ver a descrição da composição da amostra por tipo de ator e nível do ente federativo que representa.



TABELA 2:

Composição da amostra caracterizada por tipo de ator.

Código	Ator
APSVS01	Gestão Federal
APSVS02	Apoio Técnico
APSVS03	Gestão Federal
APSVS04	Gestão Municipal
APSVS05	Gestão Municipal
APSVS06	Apoio Técnico
APSVS07	Apoio Técnico
APSVS08	Apoio Técnico
APSVS09	Apoio Técnico
APSVS10	Gestão Estadual
APSVS11	Apoio Técnico
APSVS12	Gestão Municipal
APSVS13	Gestão Municipal
APSVS14	Gestão Municipal
APSVS15	Gestão Estadual
APSVS16	Gestão Estadual
APSVS17	Gestão Estadual
APSVS18	Gestão Estadual
APSVS19	Gestão Estadual
APSVS20	Gestão Estadual
APSVS21	Gestão Estadual
APSVS22	Gestão Estadual



Código	Ator
APSVS23	Gestão Estadual
APSVS24	Gestão Estadual
APSVS25	Gestão Estadual
APSVS26	Gestão Estadual
APSVS27	Gestão Estadual
APSVS28	Gestão Estadual
APSVS29	Gestão Estadual
APSVS30	Gestão Estadual
APSVS31	Gestão Estadual
APSVS32	Gestão Estadual

Fonte: NESCON / FM/ UFMG, 2024

O NVivo® viabiliza a visualização de clusters de palavras com base na similaridade de codificação, utilizando o coeficiente de correlação de Jaccard. Essa representação oferece uma visão abrangente da estrutura dos dados, complementando a compreensão temática derivada da leitura dos códigos (GUEST; MCLELLAN, 2003). No contexto deste estudo, os clusters foram empregados para visualizar a proximidade entre as palavras mais frequentemente utilizadas pelos entrevistados, visando identificar padrões temáticos.

3.1. Resultados e Discussão

Para avaliar os resultados das análises das entrevistas, iniciamos por uma nuvem de palavras que aponta os termos mais frequentes nos trechos que foram categorizados. Cabe salientar que esta ferramenta de forma isolada não possui em si poder explicativo. É necessário contextualizar os termos e temas para compreender se a sua frequência nos trechos se refere a algo positivo ou negativo em relação ao seu significado. A nuvem de palavras em questão, disponível na figura 5, revela temas essenciais nas discussões sobre integração entre Atenção Básica (AB) e Vigilância em Saúde (VS). A palavra “vacina” destaca-se como central, indicando a ênfase nas estratégias de imunização. “Municípios” e “estado” refletem a importância da coordenação em diferentes níveis administrativos. “Dificuldade” aponta para os desafios enfrentados, enquanto “saúde” evidencia a abordagem mais abrangente como necessária.

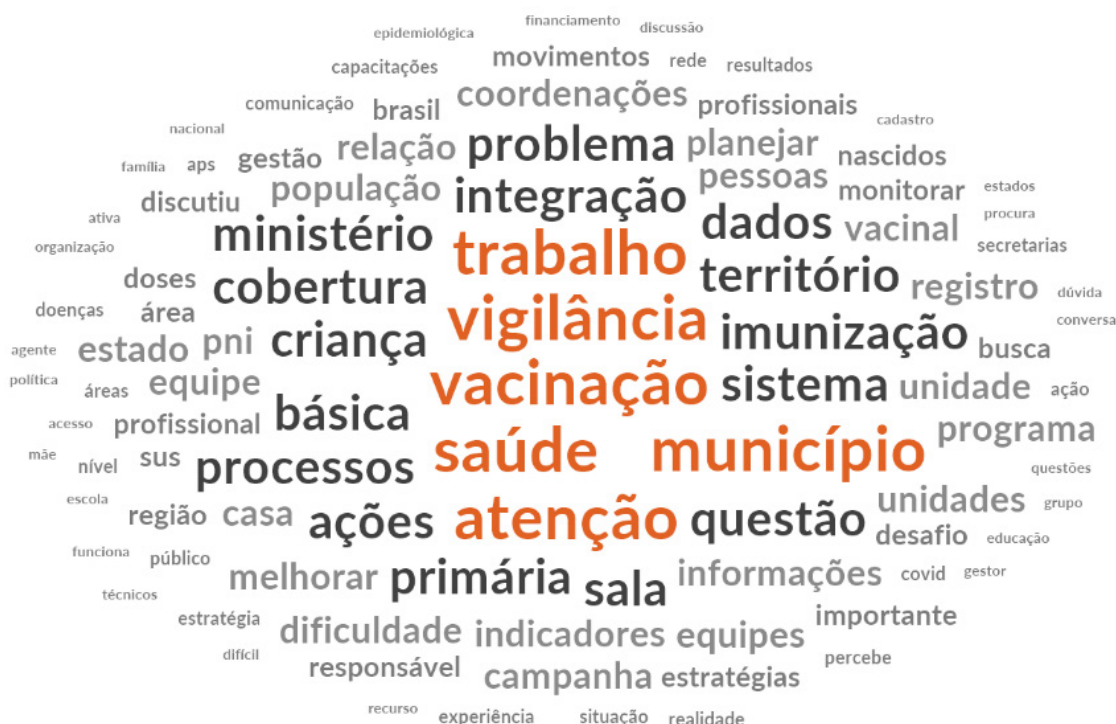


A presença de termos como “trabalho”, “equipe” e “profissionais” destaca a colaboração necessária para alcançar os objetivos de imunização. “Imunização”, “sistema” e “atenção” ressaltam a interconexão entre diferentes componentes do sistema de saúde e programas do SUS para aumentar as chances de integração entre as duas áreas. “Vigilância”, “população” e “cobertura” refletem a preocupação com o monitoramento da situação epidemiológica e o alcance amplo da vacinação.

A nuvem também revela desafios específicos, como “pandemia”, “hesitação”, “falta” e “perda”, indicando obstáculos enfrentados, especialmente durante a crise da Covid-19. A importância da “capacitação” e da “educação permanente” é destacada para superar lacunas de conhecimento. Outras palavras-chave, como “sala”, “registro”, e “doses”, apontam para a importância da gestão adequada das salas de vacinação e dos dados. “Integração”, “estratégias” e “território” sugerem a necessidade de abordagens abrangentes e personalizadas para otimizar a cobertura vacinal em diferentes contextos.

FIGURA 5:

Nuvem de Palavras com as palavras com utilização mais frequente nas entrevistas.



Fonte: NESCON / FM/ UFMG, 2024



4

ANÁLISE DOS TRECHOS CATEGORIZADOS SEGUNDO CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS





ESTRUTURA DE ORGANIZAÇÃO DA IMUNIZAÇÃO



ÁREA RESPONSÁVEL PELA IMUNIZAÇÃO

Os trechos das entrevistas categorizadas como “área responsável pela imunização” destacam a complexa dinâmica entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde no contexto da imunização. Inicialmente, observa-se a desconexão entre a teoria e a prática porque, embora a vacinação ocorra na Atenção Básica, a percepção no Ministério da Saúde e no SUS não reflete essa realidade, indicando uma lacuna entre as diretrizes estabelecidas e sua implementação efetiva.

“A condução da imunização ainda é muito centralizada na Vigilância em Saúde. Porém, a execução é total da Atenção Primária” (APSVS 06).

“Porque a execução da vacinação acontece na Atenção Primária mas, infelizmente, nem dentro do Ministério da Saúde, nem dentro do próprio SUS, principalmente nos estados e nos municípios, isso está tão consolidado [...] [em geral, pensam] a vacinação na vigilância. E a gente sabe que não, a Atenção Primária acontece dentro da Unidade de Saúde, com as atividades da Atenção Primária” (APSVS 03).

Na sequência, evidencia-se a colaboração entre unidades de saúde e vigilância durante campanhas, especialmente em ações extramuros. Além disso, há uma clara compreensão da necessidade de integração para o controle de doenças como a tuberculose, destacando a importância de superar barreiras conceituais e promover uma cooperação efetiva entre os profissionais de saúde.

“Quando chega a campanha da gripe, principalmente, a gente articula quantas unidades de saúde vão ficar dedicadas, se a gente levar o nosso trailer [...] os profissionais de saúde que estão ali são das unidades de saúde, não são nossos da vigilância. Então a gente pega um profissional de sala de vacina para poder fazer essa vacina na rua, shopping etc. Todas essas ações extramuros são feitas em parceria entre vigilância e assistência [APS]” (APSVS04).

“Precisa vencer essa barreira de que o trabalho de vigilância é um e o de assistência é outro. Não é. Ele é em conjunto. [...] Quando eu vou fazer uma investigação,



eu preciso do profissional da Atenção Básica junto comigo, porque se aparecer uma criança com suspeita de sarampo, ela frequentou uma escola, tem o ambiente familiar dela. [...] então, não tem como eu fazer sozinha e não tem como o profissional da Atenção Básica também fazer sozinho” (APSVS 04).

A infraestrutura das salas de vacina e os desafios de conectividade na zona rural são abordados em outro trecho. A eficácia de uma abordagem renovada para campanhas é mencionada, realçando a importância de estratégias dinâmicas e adaptáveis para otimizar a imunização, revelando uma sintonia entre inovação e execução prática.

“Nós temos hoje [quantidade] salas de vacina funcionando, [uma a mais] quando a UBS fluvial está em viagem. Temos vacinadores, registradores para auxiliar as vacinadoras em todas as salas, que são informatizadas. Temos problema com internet? Sim, porque é interior. [...] Quando nós colocamos a figura do coordenador de imunização, melhorou bastante. Eu puxei essa responsabilidade total para a Atenção Básica. A execução é 100% da Atenção Básica, juntamente com as salas de vacina, com os enfermeiros. Hoje é uma estratégia muito boa, já tem uns 2, 3 meses para cá e nós adotamos uma nova modalidade de fazer nossas campanhas. Quando eu cheguei, fechava-se a sala de vacina e iam para a rua vacinar, isso não tinha tanto efeito.” (APSVS05).

No âmbito estadual e federal, a centralização da condução da imunização na Vigilância em Saúde é reconhecida, enquanto a execução é realizada pela Atenção Básica. Contudo, a entrevistada questiona o conceito de integração, apontando para a necessidade de uma compreensão mais aprofundada do que realmente significa integrar processos de trabalho, sublinhando uma reflexão crítica sobre o entendimento do termo.

“Tem que entender qual é a integração que a gente objetiva. Eu acho que esse é o primeiro pensamento. Qual é essa integração ideal que a gente pensa? Ou, sobretudo, que a gente fala, que a gente escreve, que a gente defende. O que a gente quer mesmo integrar e aonde quer integrar? É só em nível municipal ou a gente quer ver essa integração desde a questão gerencial em nível estadual e federal? Porque quando a gente olha para o nível estadual, federal, não enxerga essa integração” (APSVS 06).

Da mesma forma, a descrição detalhada dos territórios das Unidades Básicas de Saúde e a defesa de que a vigilância deve apoiar, complementar e capacitar a Atenção Básica ressaltam a necessidade de uma abordagem mais abrangente. A integração é reconhecida como fundamental para enfrentar doenças imunopreveníveis, envolvendo tanto a atenção básica quanto a vigilância



em uma colaboração sinérgica. Outros entrevistados destacam que as ações de imunização são onde a integração se torna mais tangível, ocorrendo de maneira mais pronunciada na prática do que na teoria. A descentralização ao longo do tempo permitiu que a Atenção Básica incorporasse mais responsabilidades, demonstrando uma evolução nas práticas de saúde pública.

“Nas ações de imunização, na verdade, é mais perceptível essa integração que, desde muito tempo, vem sendo desejada pelos trabalhadores, pelos gestores. De fato, a gente tem esses dois temas que necessitam não só caminhar em paralelo, mas também precisam estar integrados. Eu, particularmente, acho que ocorre mais integração na prática do que na teoria, ao contrário do que muitos pensam e falam, porque a gente percebe que o fato de estar, por exemplo, dentro de uma estrutura, de um organograma, dessas estruturas separadas e até em salas separadas, ou mesmo estar juntos na teoria, reverbera na prática. Isso realmente acontece quando as equipes se dispersam na ponta, num desenho, num território onde tem a necessidade da vigilância, a necessidade da APS, onde a gente fala da vacina. Quem trata da vacina é a questão da Vigilância em Saúde e quem faz a vacina acontecer é a APS” (APSVS 09).

“A gente percebe que, ao longo dos anos, foi descentralizando muito, porque há muito tempo a gente tinha o trabalho da imunização centralizado. Se você for olhar quando iniciou, eram só as unidades que faziam e, com o tempo, a gente foi descentralizando esse processo de trabalho e a Atenção Básica está incorporando mais as ações não só de imunização, mas outras ações de vigilância também” (APSVS11).

Por fim, o planejamento em equipe é discutido enfatizando a integração entre saúde e educação. A inclusão de equipes multissetoriais, envolvendo setores e outras instituições como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), ilustra a complexidade e a interconexão das ações de imunização com outros aspectos da saúde e do bem-estar social.

“O planejamento costuma ser tratado sempre em equipe, geralmente, da enfermagem, da vigilância. Elas acabam organizando, montando as atividades e a gente faz os planejamentos. [...] O nosso diferencial realmente, pensando na imunização, é o trabalho com as equipes multissetoriais, principalmente, saúde e educação que trabalham muito juntas aqui, bem como a cultura quando envolve os setores de idosos” (APSVS12).

Esse panorama multifacetado ressalta, não apenas a importância da integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde para o sucesso da imunização, mas também a necessidade de uma abordagem crítica e aprofundada na compreensão e implementação efetiva dessas práticas colaborativas no contexto da saúde pública.



LIDERANÇA

Nos trechos das entrevistas que tratam das figuras de liderança nesse processo, enfatiza-se que, apesar de operacionalizada na saúde, a vacinação não é exclusivamente responsabilidade deste setor, mas de toda a sociedade, evidenciando uma abordagem comunitária e a importância da conscientização coletiva para alcançar uma cobertura abrangente.

“[...] a vacinação não é responsabilidade só do setor saúde, é responsabilidade de todos e todas, para termos vacinas, sem deixar ninguém para trás” (APSVS02).

Um dos entrevistados apresenta um modelo organizacional bem distribuído, no qual a vigilância desempenha um papel central na coordenação da imunização do seu município. A cidade é dividida em regiões, cada uma com um distrito vinculado a parte de imunização sob responsabilidade de uma referência técnica, assegurando que a vacinação ocorra em todas as unidades, tanto na área urbana quanto rural. A presença de enfermeiros como referências técnicas da imunização em cada território, servindo como elos de acesso entre vigilância e unidades de saúde, evidencia uma estrutura organizacional eficaz. Outro conjunto de entrevistas também destaca a importância de profissionais denominados “enfermeiras de distrito”, que atuam como pontes entre a vigilância e as unidades de saúde. Elas atuam como elo de acesso, orientando unidades, organizando treinamentos e garantindo uma comunicação eficiente entre os diferentes programas de vigilância. A ênfase na colaboração e na articulação entre os diversos setores reforça a integração como pilar fundamental na implementação efetiva de programas de imunização.

“[o enfermeiro] ... ele é a nossa referência de vigilância para todos os programas de vigilância, seja imunização ou IST. Doenças crônicas são a nossa referência naquele distrito e servem de elo de acesso às unidades que ele tem responsabilidade. Então, determinados distritos têm sob sua responsabilidade X unidades, muitas vezes. De unidades básicas, nós temos X implementadas no município e X unidades de urgência, além de algumas unidades de Atenção Especializada. Esse enfermeiro é a nossa ponte entre a imunização ou outro programa de vigilância e a unidade de saúde naquele território. Se a gente quer articular, por exemplo, como fez agora uma ação sobre a influenza viária. [...] a nossa enfermeira da vigilância dos vírus respiratórios articula com as enfermeiras da unidade do distrito para que montem um cronograma de visitação às unidades de saúde reunindo o maior número possível das mesmas” (APSVS04).

“Um município pequeno, muitas vezes tem a facilidade de ser uma pessoa para fazer tudo, é o ‘equipe’, porém, tem a dificuldade da sobrecarga de trabalho que impede, às vezes, de dar conta de fazer tudo [...] os municípios menores, pelo que a gente observa, têm uma pessoa que é coordenadora de Atenção Básica, da vigilância e coordena todo o processo. Aí fica mais fácil a condução” (APSVS11).



Por fim, as entrevistas revelam desafios na gestão de indicadores e na coordenação de equipes em territórios pequenos, nos quais a mesma pessoa, muitas vezes, é responsável por diversas funções. Essa complexidade demanda uma conversa entre indicadores para facilitar o trabalho da equipe. Além disso, a importância do vínculo na sala de vacinação é destacada, ressaltando a necessidade de estratégias que garantam a continuidade dos serviços, mesmo diante de imprevistos como a ausência de profissionais.

APLICAÇÃO

Os trechos apontados nessa subcategoria ressaltam como alguns municípios buscam conciliar a maximização da conveniência com a promoção da vacinação, destacando a implementação de salas centrais de vacinação com horários expandidos e a estratégia de vincular a imunização a benefícios sociais como o Bolsa Família.

“[...] Estamos com as salas de vacinação da Atenção Primária ociosas. A gente fecha algumas e abre uma sala de vacinação central, com horário estendido até às 20 horas” (APSVS01).

“[...] Nesses dias eu fui em uma feira livre que acontece aos finais de semana, tivemos quase mil pessoas vacinadas. Essa é uma estratégia muito eficiente, eficaz e barata. A gente leva [a vacinação] até onde o público está” (APSVS04).

Uma das entrevistadas destaca uma abordagem inovadora ao entregar certificados de vacinação nas escolas, revelando melhorias nas coberturas vacinais. Além disso, estratégias como plantões vacinais e centros permanentes de imunização são discutidas como respostas pragmáticas a desafios relacionados aos horários convencionais de funcionamento.

“[...] nós, no município, implantamos a entrega do certificado de vacinação nas escolas, porque a instituição sempre pediu carteirinha de vacina. Pediam a cópia da carteirinha, a mãe vai lá e entrega, mas quem avalia? A moça da escola vai guardar nos papéis. Então, nós implantamos o certificado que é, geralmente, fazer a conferência e emitir um certificado dizendo que até aquela data a criança está com a carteirinha de vacinação em ordem e o documento é entregue nas escolas. Isso ajudou a melhorar as coberturas. Começamos com o público da educação infantil” (APSVS13).

“[...] a gente usou uma estratégia chamada plantão vacinal, que é baseada nessas cidades do interior que, quando chega o final de semana, determina quais farmácias vão estar abertas e você já sabe onde ir. Então, a gente elaborou a escala e, semanalmente, definia qual unidade estaria de plantão no sábado. No



começo, essa estratégia foi muito boa, mas depois de uns meses a gente foi percebendo que caiu na rotina e entendeu que não era aquele momento” (APSVS13).

A descentralização dos serviços e das estratégias da aplicação é identificada como um fator essencial para proporcionar uma imunização mais acessível. A utilização de núcleos descentralizados de apoio à Vigilância em Saúde é apontada como uma estratégia eficaz para monitorar e apoiar distintas regiões administrativas.

DESAFIOS CONTEXTUAIS

Os trechos categorizados nesta seção revelam desafios significativos na gestão e execução de programas de vacinação. A estratégia de fortalecimento das ações de rotina, mencionada em uma das entrevistas, incluindo unidades móveis para locais de difícil acesso, representa uma adaptação crucial para ampliar as coberturas vacinais. No entanto, outros trechos revelam desafios na percepção e colaboração de profissionais de saúde, evidenciando a necessidade de uma abordagem integrada para contemplar questões além da vacinação.

“[...] unidades móveis de vacinação, principalmente para locais de difícil acesso, foi uma ideia comprada pelo nosso secretário para ser fortalecida. Então, a gente espera agora, com a programação de trabalho, com o nosso planejamento, conseguir alavancar algumas dessas ações” (APSVS03).

“[...] seja um agente comunitário, seja um agente de endemia, quando chega em uma casa, muitas vezes, não é só a questão da dengue que está presente. Tem violência ali dentro acontecendo, às vezes, que ele não percebeu. Tem negligência em relação à vacinação. Tem, muitas vezes, maus tratos a animais. Ele, que está ali o tempo todo em contato com aquela família, pode identificar” (APSVS04).

A extensa geografia, conforme discutido em uma entrevista, emerge como um obstáculo, com comunidades remotas preferindo se deslocar para cidades vizinhas. A resistência à vacinação, exemplificada por recusas e motivos religiosos, evidencia a complexidade para atingir coberturas vacinais ideais.

“[...] É claro que a nossa extensão territorial do município é bem grande, o que dificulta a abrangência da cobertura vacinal. Existem comunidades ribeirinhas muito distantes que, por vezes, preferem ir a uma cidade mais próxima para fazer a imunização, do que chegar mais perto da cidade, porque leva um pouco mais de tempo. E aí o nosso principal meio de transporte entre as cidades é fluvial” (APSVS05).



“[...] A gente tem um público flutuante hoje, em função de ter uma obra grande acontecendo na nossa cidade. Então, acontece isso, sim, e são prioritariamente crianças atendidas pelo trabalho das agentes de saúde, que passam em casa, que verificam e entram em contato.” (APSVS12).

Outro desafio destacado é a identificação de populações com menor cobertura, especialmente devido à falta de diferenciação na abordagem do governo estadual. Além disso, a presença de uma população flutuante e mudanças nos sistemas de registro introduzem complexidades adicionais.



PLANEJAMENTO DA IMUNIZAÇÃO



PROCESSOS

Os trechos categorizados nessa subcategoria abordam as estratégias e desafios na implementação de programas de imunização. A aposta no microplanejamento como estratégia é destacada, envolvendo pactuações desafiadoras, mas que resultaram em uma aceitação crescente. A descentralização da assistência à saúde é identificada como crucial para tornar os serviços mais acessíveis, enquanto estratégias inovadoras, como busca ativa e planejamento a longo prazo, são ressaltadas para otimizar os indicadores de cobertura. No entanto, desafios persistentes, como resistência à vacinação e a falta de correspondência entre dados do IBGE e a realidade, ilustram a complexidade enfrentada pelos profissionais de saúde.

“[...] a gente viu que o microplanejamento ia ser uma boa estratégia e apostou. Foi uma aposta. Teve uma pactuação um pouco difícil, porque a gente veio com uma lógica também de financiar o município que aderisse ao microplanejamento” (APSVS01).

“[...] ela mandou a gente fazer o nosso levantamento sobre a nossa realidade, para mostrar ao Ministério da Saúde que esse levantamento que o novo censo fez não bate com a expectativa. Eles falam nesse censo do IBGE que os aldeados, que realmente moram em aldeias indígenas, são somente X e não é essa a realidade, existem em torno de 10X indígenas aldeados” (APSVS05).

“[...] para estimular a integração, eu não vejo outra forma a não ser tentar aproximar as equipes desse processo de comunicação, porque é na comunicação, é no planejamento conjunto que a gente vai conseguir estabelecer ações integradas. Se eu não colocar esse povo para conversar, a gente não vai integrar, pensando a integração não como um fazer o trabalho do outro, mas como processo que trabalha as ações, onde a vigilância pode atuar, onde pode estar junto. Adentrar o território da Atenção Básica sabendo o que vai fazer lá” (APSVS11).



A integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde é destacada como um fator crítico para o sucesso. Os entrevistados enfatizam a importância da comunicação, do planejamento conjunto e da busca ativa para promover a colaboração efetiva entre as equipes. A resposta estratégica à pandemia, que incluiu a criação de um cronograma para evitar desperdício de doses, é apresentada como uma adaptação bem-sucedida. Essas narrativas oferecem uma visão abrangente das práticas e desafios enfrentados no cenário da imunização, servindo como um ponto de partida valioso para a análise e discussão em um contexto científico especializado.

ACOMPANHAMENTO

A discussão sobre acompanhamento dos processos e resultados da imunização apontam que com a implementação do microplanejamento em um determinado território, houve um aumento significativo de 30% na cobertura vacinal da Febre Amarela, especialmente entre os menores de 1 ano. No entanto, ressalta-se a necessidade de qualificação dos dados municipais para uma atuação mais direcionada, destacando preocupações específicas como a questão da BCG nas maternidades.

“[...] testou o microplanejamento e a gente teve impacto. Esse é um dado que não está divulgado, eles não chegaram a 100% mas subiram 30% da cobertura vacinal da Febre Amarela, nos menores de 1 ano, que é mais difícil ainda” (APSVS01).

O contexto político e técnico envolvido na assinatura, compra, distribuição e supervisão de vacinas é mencionado como uma área delicada, na qual questões políticas podem impactar a execução efetiva. Além disso, desafios operacionais como problemas de acesso ao Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), são apontados como obstáculos à comunicação efetiva das atividades realizadas.

“[...] a questão do cadastro. Muitas vezes, não falando das vacinas de rotina que a gente aplica no PEC, o cadastro de um paciente é duplicado, às vezes no SUS é duplicado. O cadastro não é realizado de forma correta e essa informação não chega ao Ministério. Tem a questão também do SI-PNI, um programa do Ministério que tem muito problema de acesso, vive dando problema na inserção das vacinas, o que dificulta muito em informar o que a gente está fazendo” (APSVS05).

A necessidade de compatibilizar o território, integrando dados epidemiológicos da vigilância com as demandas da Atenção Básica, é destacada como crucial para um planejamento eficaz. Reuniões estratégicas, como as de microplanejamento, são apontadas como ferramentas essenciais para o desenvolvimento de estratégias de ação. A supervisão e o acompanhamento, muitas vezes realizados por telefone e WhatsApp, refletem a adaptação às tecnologias contemporâneas para otimizar a comunicação entre as unidades de saúde.



“[...] a vigilância detém todos os dados daquele território. Quando você vai pensar num planejamento de ações, a vigilância precisa subsidiar com dados não só epidemiológicos para que eu, a partir desses dados, compreenda o que tem no meu território. A partir do planejamento, vejo que há uma participação da vigilância na construção, até na definição de áreas vulneráveis, onde a Atenção Básica vai ter que prever mais ações, onde eu vou ter que estar mais presente” (APSVS11).

Finalmente, a alta rotatividade de profissionais é identificada como um dilema significativo, levando a erros de imunização e destacando a importância da capacitação contínua. A dificuldade em contar com profissionais capacitados nas regionais impacta a eficácia do processo de multiplicação de conhecimento. As capacitações realizadas em formato de oficinas, abordando temas como o sistema de informação e o manejo de imunobiológicos, são destacadas como estratégias essenciais para mitigar esses desafios.

AVALIAÇÃO

Os trechos sobre a avaliação do planejamento da imunização destacam uma evolução na abordagem das coberturas vacinais. Os entrevistados ressaltam a necessidade de verificar as coberturas para atender aos prazos estipulados pelo Ministério da Saúde, indicando uma preocupação com a temporalidade e a eficiência dos processos.

“[...] A Atenção Primária tem essa dificuldade de monitorar o que faz. Ela dispensa muito cuidado e tem dificuldade de olhar para o que planejou e para aquilo que está executando e de que maneira encontra esses instrumentos. Mas em relação ao sistema de informação, nós temos uma dificuldade com os dados. É o dado que está defasado, nem sempre o que está em um sistema oficial é o que foi executado” (APSVS08).

Analisando as entrevistas, percebe-se uma visão que evidencia a ideia de que a vigilância desempenha um papel de monitoramento e estímulo à Atenção Básica, apontando desafios associados à hesitação vacinal. A limitação da força de trabalho nas salas de vacina é identificada como um entrave relevante, explicitando a necessidade de uma abordagem mais abrangente para aprimorar a integração e superar obstáculos.

“[...] o profissional que está na sala de vacina tem a Atenção Primária à Saúde, mas também desenvolve outras habilidades. Além de ser o vacinador, é o que informa, isso também é um limitador, e é ainda o que monitora. Então, ele desempenha várias funções, além de administrar realmente a vacina. Acho que isso tem que ser pensado e melhorado” (APSVS08).



“[...] agora nessa mudança do programa de financiamento, as equipes de Atenção Básica tiveram que trabalhar nesse processo de cadastro do indivíduo. A ideia é que o seu território esteja 100% cadastrado, mas a gente tem ainda essa dificuldade, isso é um problema em relação à convergência dos indicadores, porque a Atenção Primária hoje trabalha alguns indicadores e a vigilância trabalha outros.” (APSVS11).

Além disso, é citada mais uma vez a importância de compatibilizar o território, ressaltando a participação da vigilância na identificação das populações e áreas vulneráveis. Questões relacionadas à estimativa de dados são abordadas, indicando a necessidade premente de revisão de denominadores e convergência de indicadores entre a Atenção Básica e a vigilância.



EXISTÊNCIA DE SISTEMAS PRÓPRIOS

A discussão sobre os sistemas de informação destaca a dependência dos municípios em relação a sistemas próprios, evidenciando investimentos significativos para obter dados mais precisos. A necessidade de alinhamento entre secretarias é apontada como um caminho para amenizar esses problemas.

“Se a gente tivesse com um sistema totalmente robusto e fluído como deveria ser, os municípios e os estados não estariam investindo alto nesses sistemas, tentando buscar alternativas para ter um dado mais real” (APSVS03).

“[...] a gente tem 80% dos municípios que usam o sistema próprio, que alimentam no seu sistema e transferem para o e-SUS” (APSVS11).

Na Atenção Básica há a busca para otimizar a identificação de crianças com cobertura vacinal incompleta, mas as entrevistas destacam a evolução das ferramentas, como o PEC, para oferecer listas oficiais mais abrangentes. O impacto positivo do PEC na orientação das equipes é evidenciado, proporcionando uma abordagem mais direcionada e eficaz.

“A Atenção Primária utiliza um programa dentro do sistema do prontuário eletrônico, o HELP, para verificar quais são as crianças que ainda não estão com a cobertura vacinal completa dentro dos indicadores do Previne Brasil [...]. O HELP só mostra as pessoas que estão cadastradas no sistema, mas o Ministério da Saúde vem aperfeiçoando o PEC, que é o programa em nível nacional. A cada versão, ele vem incluindo novas ferramentas, novos relatórios; agora podemos tirar relatório quando fecha o quadrimestre. A gente consegue ver uma lista oficial de crianças de zero a um ano que precisam ser vacinadas com as vacinas do indicador do Previne; as crianças de zero a nove anos; todas as faixas etárias da população a ser vacinada, naquela área descoberta. Então, temos a lista do SISAB que nos direciona agora de forma oficial. Quando baixa essa lista do Ministério, a gente



dispara para todas as equipes, para todos os enfermeiros; eles já têm essa lista mastigadinha para irem em área vacinar sua população” (APSVS03).

A discussão sobre sistemas de informação em saúde reitera a complexidade enfrentada pelos gestores, enfocando a falta de um sistema nacional abrangente que agregue as informações da VS e da AB. O e-SUS é reconhecido como a ferramenta mais poderosa após investimentos, mas as preocupações persistem, destacando a insegurança dos gestores em migrar completamente para sistemas do Ministério da Saúde.

“[...] o sistema do e-SUS não assegura que eu consiga olhar esse indivíduo em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Por conta disso, muitos municípios têm gerenciamento de estoque. Ele consegue fazer tudo por um único sistema, isso facilita muito para a prestação de contas; o gestor tem todos os dados disponíveis. Hoje o e-SUS está mais potente, por tudo o que foi investido, mas nem sempre foi assim. A gente ainda tem muita dificuldade com o sistema e já teve dados que se perderam. Como o gestor fica? Eu vejo que o gestor tinha uma certa insegurança de “não, eu vou deixar o meu sistema agora e passar a usar só o sistema do Ministério e o risco de não ter todas as informações?” (APSVS11).

“[...] com a integração no RNDS, a gente tem outro desafio: conseguir cruzar essas informações” (APSVS12).

A integração entre sistemas é um desafio central e a busca ativa é mencionada como uma estratégia para superar lacunas. A preocupação com a qualidade dos dados e a comunicação eficaz entre diferentes instâncias do sistema de saúde permeia as discussões, ressaltando a necessidade contínua de aprimoramentos e adaptações para fortalecer o processo de imunização.

INTEGRAÇÃO ENTRE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

As entrevistas revelam desafios substanciais relacionados à integração e comunicação entre diferentes níveis do governo no contexto da imunização. A falta de diálogo fácil entre Atenção Básica e vigilância é identificada como uma barreira significativa. Em relação ao registro de dados, os profissionais expressam preocupações sobre a perda de informações devido a falhas no sistema. A estratégia de realizar registros manuais como backup é mencionada para mitigar essas preocupações.

“Em todos os níveis, segundo o governo federal, estados e municípios, a Atenção Primária e a vigilância não têm um diálogo fácil” (APSVS01).

“[...] ainda que tenha registro do que é lançado direto no sistema, a gente sempre pede para que a sala de vacina faça o registro também manual daquela pessoa



que foi vacinada, até porque há o receio, por exemplo, de perder a informação via sistema. Muitas vezes cai a energia da unidade de saúde, mas a gente não dispensa o paciente falando que não pode vacinar porque está sem sistema. A gente lança a vacina de forma manual e depois redige dentro do e-SUS, então às vezes pode ter essa falha” (APSVS04).

A abordagem de clínicas particulares na vacinação também é discutida, destacando a necessidade de capacitação e o lançamento direto no SI-PNI para garantir coberturas vacinais precisas. No entanto, a complexidade da inserção de dados é ressaltada, especialmente em situações onde crianças não possuem documentos. A necessidade de um sistema mais flexível que permita o registro de informações mesmo em casos atípicos é enfatizada para garantir uma visão mais abrangente das coberturas vacinais.

“[...] as clínicas particulares que oferecem vacina de forma privada lançam já diretamente no SI-PNI, além de planilhas que elas preenchem também de mapa das pessoas que procuraram a vacinação. Então, tudo o que é feito na rede particular é computado como cobertura vacinal, porque ela também já insere dentro do SI-PNI, já está capacitada para isso” (APSVS04).

As entrevistas também abordam a mudança na responsabilidade da imunização da vigilância para a Atenção Básica, destacando a desconexão entre os profissionais que aplicam as vacinas e aqueles responsáveis pelos registros. A importância da articulação entre diferentes entidades, como a vigilância e a Atenção Básica, é mencionada para superar essas lacunas.

“[...] o Ministério criou uma coisa assim... Para mim, a imunização tinha que ficar dentro da Atenção Básica. O que ele fez? Tirou a inserção da vigilância e colocou na Atenção Básica. Então, quem faz a aplicação da vacina é a Atenção Básica, mas as informações, as avaliações e os dados estão na vigilância. Nesse sentido, o cara da Atenção Básica só sabe o que está no painel da vigilância, no caso o TABNET, porque lá é atendimento. Eu não conto vacina lá, eu conto atendimento; ele me transforma em doses aplicadas aqui dentro” (APSVS11).

“[...] A gente tem que trabalhar com um sistema que não é o mesmo que vai gerar dados de cobertura, então já é uma dificuldade. Às vezes, o que a gente tem cadastrado no território não corresponde com a população daquela área, então vai também dar uma divergência. Eu acho que a forma com que o e-SUS não gera informação que o SI-PNI consiga trabalhar, faz com que eu não consiga ter a mesma informação que eu teria no SI-PNI e no e-SUS. Acho que é uma dificuldade os 2 sistemas” (APSVS12).



Os desafios relacionados ao novo sistema SI-PNI são evidentes, com relatos de lentidão na transição e possíveis perdas de dados. A dificuldade em rastrear informações sobre crianças, especialmente aquelas sem documentos, é ressaltada como um aspecto crítico. Além disso, a falta de correspondência entre os dados gerados pelo e-SUS e SI-PNI destaca a necessidade de uma abordagem mais integrada e consistente nos sistemas de informação em saúde.

DESAFIOS NA INTEGRAÇÃO DOS SISTEMAS

Como abordado acima, um dos principais problemas mencionados como desafio foi a falta de integração entre os diferentes sistemas, como o SIPNI e o e-SUS. Isso resulta em dificuldades na obtenção de relatórios e análises abrangentes sobre as coberturas vacinais. Além disso, a qualidade da internet nas áreas mais remotas dificulta o uso eficiente do e-SUS nas salas de vacina, prejudicando o registro adequado das vacinas.

“[...] é necessária a integração APS e VS no território, porque, assim, as equipes realmente poderão provar para os outros entes que algo no sistema não está correspondendo. Elas têm o real conhecimento do número de crianças existentes ali. Então, eu vejo como essa inserção de dados, os resultados dos indicadores, ainda é uma incógnita muito grande. É tanto que está acontecendo esse processo de modificação do sistema porque está sendo um problema na atualidade. Existem muitas queixas. uma criança sem documento, uma criança que, por exemplo, muitas vezes está fora do território dela” (APSVS09).

“[...] ele é um sistema online e a qualidade de internet nas cidades do interior do Amazonas não é de boa qualidade. O SI-PNI, quando os vacinadores ou os registradores vão entrar para fazer esse registro, pela qualidade da internet ser ruim, algumas fontes, tipo dados, não aparecem. Por exemplo, quando eu dei o login de uma das vacinadoras que se queixava de não aparecer todos os grupos de vacinação para o pessoal do estado, mas quando eles entravam com o login dessa pessoa, estavam todos lá. Simplesmente, pela qualidade da internet interferir na hora do acesso, não apareciam os grupos, criando dificuldade no registro das vacinas” (APSVS05).

A falta de atualização e interoperabilidade dos sistemas foi ressaltada como um grande obstáculo, impactando diretamente a capacidade de monitorar e avaliar a cobertura vacinal de forma eficaz. A dependência de sistemas centralizados e a complexidade na migração de dados foram apontadas como fontes de falhas nos registros. Os entrevistados expressaram preocupação com a escassez de relatórios específicos, dificultando o acompanhamento dos indicadores de cobertura vacinal.



“[...] a gente sempre vem falando da interoperabilidade com o eSUS, com o SIPNI, e ainda é um dos pontos mais difíceis e mais delicados que enfrentamos, exatamente a atualização do sistema de informação” (APSVS03).

“[...] tem dificuldade porque o sistema de informações do Ministério da Saúde que é utilizado tem dia que não funciona de forma adequada, não disponibiliza dados que a gente precisa, o que é um problema” (APSVS15).

Além disso, a entrevista evidenciou a sobrecarga nas equipes de Atenção Básica, que muitas vezes se deparam com um acúmulo de demandas e uma falta de foco na análise aprofundada dos indicadores. A descentralização do processo, com diferentes municípios utilizando sistemas próprios, também contribui para inconsistências e dificuldades de integração.

“[...] a dificuldade das unidades básicas em monitorar começa pelo próprio sistema, que não oferece relatório. Se eu quiser tirar um relatório de cobertura vacinal, o sistema não dá e a gente viu que as equipes são desfocadas, estão exaustas, que a sala de vacina é um ambiente de muita complexidade” (APSVS07).

“[...] Eu acho que as equipes de APS pouco se apropriam dos indicadores. Essa questão de análise de dados, análise dos indicadores, acompanhamento de indicadores, de uma maneira bem geral, fica centrada na vigilância. A Atenção Primária, a não ser aqueles indicadores que são obrigados pelos programas tipo Previne, PQA-VS, que é um Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, mas que, no entanto, quem produz os indicadores, quem alimenta, faz com que eles ocorram, é a AP. Então, essa questão do PQA-VS é uma outra discussão. Eu vejo que todos os indicadores produzidos são muito mais alimentados pela AP, do que propriamente apropriados pela AP. Eu acho uma coisa mais mecânica. A AP executa as ações, põe, insere no sistema, mas não analisa, não avalia o sistema de uma maneira geral. Quem avalia é a vigilância, para dizer que a AP não conseguiu atingir a meta e, às vezes, não são análises muito aprofundadas” (APSVS06).

Os desafios enfrentados incluem ainda a divergência entre os dados registrados no sistema e a realidade local, como no caso das crianças declaradas indígenas que não são encontradas durante a vacinação. A falta de confiabilidade nos dados, especialmente em relação à BCG, foi destacada como um ponto crítico que afeta a credibilidade das campanhas de vacinação.



COMPATIBILIZAÇÃO DO TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DA AB E VS

Os relatos das entrevistas destacam que a busca por uma integração mais efetiva entre vigilância e Atenção Básica é uma narrativa recorrente, marcada por mudanças recentes visando aprimorar essa interação. No entanto, os desafios persistem, com a necessidade de organização e alinhamento entre as duas áreas. A presença de uma profissional de enfermagem na Atenção Básica atuando como ponte entre as áreas foi uma das poucas experiências citadas que pode ser caracterizada formalmente como compatibilização do território de atuação da AB e VS.

“[...] nas nossas unidades de saúde, a enfermeira que é responsável por coordenar a imunização é a que fica aqui na vigilância e, dentro dessas unidades, têm os enfermeiros responsáveis e os técnicos, mas eles ficam sob a supervisão da vigilância [...] a gente faz a supervisão, o acompanhamento do trabalho deles, algumas vezes in loco, mas a maioria das vezes o contato é feito por telefone. Sempre que tem alguma atualização, hoje o instrumento importante para a comunicação com as unidades é o WhatsApp, que é uma ferramenta rápida de contato. A gente tem um grupo só destinado à discussão dos temas da vacina, algumas reuniões periódicas que são realizadas para atualização, dúvidas, discussão de alguns casos, mas o dia a dia é feito basicamente por e-mail, por WhatsApp e telefone. Então, sempre que tem alguma atualização, a gente recebe, é feito um estudo com a vigilância e é repassado para as unidades a forma como será aplicado e como será a atuação das equipes dentro da demanda gerada no município. Nós vamos discutindo com as unidades mesmo quando tem alguma dificuldade” (APSVS13)

As entrevistas evidenciam também outras ações que não passam pela compatibilização do território propriamente dita, mas apontam esforços constantes para promover a integração, envolvendo rastreio de nascidos vivos ou óbitos não registrados, reuniões conjuntas, emissão de notas conjuntas e recomendações compartilhadas, mesmo quando as áreas estão fisicamente distantes dentro da própria estrutura do governo.



“[...] alguns casos de nascimento na zona rural, não dentro do hospital; os ACS têm como se fosse a cópia da declaração de nascido vivo [DNV] e trazem também testemunhas para tirarem realmente a DNV dessa criança que nasceu no interior, para fazer o registro dela posteriormente. A vigilância, nesse sentido, fica de olho nessas crianças, tanto no nascimento como nos óbitos, porque ela conta como indicador para nós do PQA-VS. Então, nessa parte do monitoramento, os acessos da Atenção Básica também fazem esse papel de verificar se a criança nasceu na zona rural. Também vai ter ali um método, um instrumento para auxiliar e ter noção de como está a realidade dentro da zona rural” (APSVS05).

A busca por uma integração mais profunda continua sendo destacada como uma necessidade de potencializar a capilaridade das ações e aprimorar a execução conjunta de estratégias voltadas para as coberturas vacinais. No entanto, no que concerne à compatibilização do território de atuação das duas áreas, ainda não foram relatadas muitas experiências concretas.

COMPARTILHAMENTO E DISCUSSÃO DOS INDICADORES PRODUZIDOS PELA VS COM AS EQUIPES DA AB PARA SUBSIDIAR PROCESSOS DE INTERVENÇÃO NO TERRITÓRIO

Os entrevistados destacaram que há um movimento interno no Ministério da Saúde para promover a colaboração entre as secretarias, visando o desenvolvimento conjunto de políticas, como no caso do sistema de informação. Reuniões virtuais foram promovidas com estados e municípios para fortalecer a Atenção Básica e melhorar as coberturas vacinais, reconhecendo as diversas realidades locais.

“[...] existe dentro do Ministério da Saúde hoje [o entendimento de] que as secretarias precisam desenvolver as políticas públicas em conjunto, por exemplo, na pauta de sistema de informação. A gente tem um ponto semanal [...], então tem tido um estímulo, um movimento interno dentro do Ministério da Saúde de procurar integrar. Com uns agentes integra mais fácil, com outros é mais difícil” (APSVS01).

No entanto, não foram todos os municípios que apresentaram estratégias efetivas dessa integração. Em um dos casos em que essa experiência esteve presente, a melhoria nas coberturas vacinais foi atribuída à integração efetiva entre a atenção básica e a vigilância. Estratégias como a participação ativa de técnicos e enfermeiros em campanhas de vacinação, o monitoramento constante de indicadores e a atualização regular de cadastros têm contribuído para o sucesso dessas iniciativas.

“Nesse quadrimestre, estamos muito esperançosos de conseguir bater os 95%. [...] porque nós temos nossos indicadores internos de monitoramento e conseguimos, através da lista do SISAB, saber o percentual hoje de quanto está a vacina.



Mais cedo, conversando com o [enfermeiro da VS], ele disse: “nós batemos 95%, agora vamos só monitorar”. É muito relativo, todo dia pode entrar uma criança, e quando atualiza uma lista a cada 15 dias, se a gente não tiver atento a isso, compromete o resultado final do quadrimestre. Monitorar semanalmente é de suma importância. Uma outra coisa que impedia o êxito nos nossos resultados finais das campanhas, do quadrimestre do Previne, era que a gente não estava ligado, muitas vezes, nos cadastros, em atualizar esses cadastros, porque não adianta só você vacinar, você tem que monitorar se essa criança está com o cadastro vigente (por 90 dias). Então, você tem que atualizar os cadastros e cadastrar pessoas novas que estão nascendo. Antes era assim, só vacinava; hoje a gente monitora juntamente com a vigilância. É um trabalho em conjunto” (APSVS05).

“Onde não há essa integração é porque talvez não exista a estrutura de Vigilância em Saúde naquele município. Existe apenas a Atenção Primária e a VS é incipiente, porque, como a gente sabe, tem um pouco mais de recurso para AP do que para vigilância. O município, na hora de estruturar, talvez comece pela AP e só depois, com o aumento de recurso, ele possa estruturar a vigilância. Então, você não tem como integrar com uma coisa que não existe; quem toma conta é a AP” (APSVS06).

Os entrevistados reconhecem que a necessidade de promoção de espaços formais e informais de discussão e debate, assim como a disseminação ativa de informações pela vigilância, emergem como estratégias essenciais para fortalecer a colaboração entre os setores.

CAPACITAÇÕES/EDUCAÇÃO PERMANENTE VOLTADAS PARA PROMOÇÃO DA ARTICULAÇÃO DA VS E AB

Os entrevistados reconheceram uma crescente complexidade no calendário vacinal hoje, o que pode dificultar o acesso de outras categorias diferentes da enfermagem a participarem da discussão. Apesar disso, destacam a falta de integração e alinhamento de conhecimentos entre diferentes profissionais de saúde sobre o processo de vacinação, destacando a necessidade de envolver diversos conselhos e categorias profissionais, incluindo médicos de diferentes especialidades, na conscientização sobre a importância da vacinação. Apontaram a necessidade de desenvolver ferramentas de Educação Permanente para suprir lacunas na comunicação, na educação e na qualificação desses profissionais, mesmo que seja durante as reuniões de alinhamento das equipes da AB.

“[...] o calendário de vacina hoje é muito complexo. O Agente Comunitário de Saúde precisa entender como funciona. Às vezes, tem carteira de vacina da criança que nem a gente consegue entender o que está anotado ali” (APSVS07).



“[...] não é para o dentista entender de vacina, saber quais são, conhecer o esquema, não. É simplesmente lembrar ao paciente que entrar no consultório da importância de ir até a sala de vacina saber se o cartão está atualizado, se está em dia. [...] o médico também é um profissional que não se vê muito nesse contexto da vacinação, passa muito mais a responsabilidade para o enfermeiro e para os técnicos de enfermagem” (APSVS03).

“As reuniões de equipes de Atenção Básica são um momento potente para a vigilância participar. Elas têm um momento para reunir, discutir, planejar, mas não são todas as equipes que conseguem. [...] eu vejo que se a vigilância conseguir acompanhar essas agendas e repassar para as equipes as informações dos indicadores, fazendo esse monitoramento, como está a situação daquela área, daquela região, já seria uma participação na organização do território junto com as equipes” (APSVS11).

Outros relatos trouxeram a necessidade de constante realização de capacitações, especialmente voltadas para a sala de vacina, visando esclarecer dúvidas e atualizar os profissionais sobre procedimentos específicos, como o registro correto das vacinas. Destacaram ainda a importância de adequar a força de trabalho nas salas de vacina, considerando o crescimento do calendário de imunização ao longo dos anos. Há também que se considerar a alta rotatividade de profissionais nas equipes de vacinação, impactando a continuidade e eficácia das capacitações.

“A gente sempre fez capacitação de salas de vacina. Nossos profissionais do centro de imunização da vigilância organizam essas capacitações. Há muita rotatividade de profissionais, tem sempre gente nova. Então, realiza-se um grande número de capacitações voltadas à sala de vacina, mostrando desde o ato vacinal. Tem muito profissional com dúvidas em relação à vacina, principalmente a BCG, com receio de aplicar e ter consequências para o bebê. Também desconhecem o registro das vacinas, como são feitas, se realmente houve queda de luz, como é que a gente faz o registro daquela vacina” (APSVS04).

“O profissional das salas de vacina é da Atenção Primária, então, seria [necessário], talvez, a adequação da força de trabalho na sala de vacina em relação ao calendário do Programa Nacional de Imunizações. O calendário cresceu muito ao longo dos anos e a força de trabalho continua a mesma. [Cresceram] as exigências em relação à alimentação de sistemas, às vezes, tendo que alimentar mais de um sistema, e ainda por cima executar a vacinação com a mesma equipe e, em muitos casos, com a mesma pessoa. Então, há a necessidade de adequação da força de trabalho à complexidade do processo de vacinação” (APSVS06).



Vigilância Epidemiológica, na capacitação dos profissionais de saúde das várias categorias da assistência. Além disso, apontaram para a importância de superar barreiras, como a resistência ao uso de tecnologias e a falta de profissionais exclusivos para as salas de vacina.

FERRAMENTAS DE TRABALHO CONJUNTAS

Na subcategoria ferramentas de trabalho conjuntas, uma estratégia discutida é o microplanejamento, envolvendo oficinas e workshops para reunir diferentes partes interessadas e pensar o planejamento das ações de imunização em todas as esferas de governo. Essa abordagem visa integrar esforços, discutir indicadores epidemiológicos, logística de imunobiológicos e monitoramento de ações para atingir metas. Outra ferramenta apresentada é a gestão colegiada com a participação de todas as áreas envolvidas no processo decisório de organização da imunização.

“[...] o microplanejamento começa na unidade, vai para a região do município, vai para o município, depois para o estado e depois é discutido, obviamente, com o Ministério da Saúde. Um planejamento conjunto, porque vai desde a discussão dos indicadores epidemiológicos até a logística da solicitação de imunobiológicos, passando pela distribuição até o monitoramento e avaliação dessas ações que são implantadas no território para atingir as coberturas” (APSVS03).

“Eles [APS] criaram também um sistema para monitorar todo o cumprimento daquelas metas que têm dentro do Previne Brasil. Então, por aquele sistema, conseguem saber se a criança ‘x’ está com atraso vacinal, informam o nome das crianças, o endereço ao agente comunitário para fazer a busca ativa. Tem muita busca ativa que é feita pela unidade de saúde, indo atrás realmente daquele paciente que não tomou a vacina, não cumpriu com o calendário” (APSVS04).

“[...] processo de trabalho envolve gestão e decisão. Então, tudo o que eu acho necessário planejar relacionado às ações de imunização tem que envolver, ao mesmo tempo, a equipe de vigilância e a equipe da atenção básica; seja o coordenador da atenção básica, sejam as pessoas das equipes. Eu gosto muito de uma experiência que tive de gestão colegiada, essa é a saída. A gestão do programa de imunização não pode estar só aqui ou ali. Ela tem que ser um processo de gestão colegiada, ou seja, todas as decisões, o planejamento, tudo vai ser tomado conjuntamente; seja para as ações de rotina, de bloqueio, de intensificação, seja para uma campanha. Nesse sentido, eu acho que se o microplanejamento for exercido, com toda a potência que ele traz, pode ser um grande alavancador desse processo de integração” (APSVS06).

A importância da integração do processo de trabalho da vigilância em saúde e assistência é ressaltada, especialmente, em ações extramuros.



“Eu avalio que as ações conjuntas, quando realizadas de forma extramuros [...], envolve todo mundo. Envolve a pessoa da Atenção Primária que fecha a sala de vacina naquele dia, porque só existe ela que sabe vacinar e que domina todo o calendário vacinal, como devem ser administradas as doses. Então, essa pessoa sai da sala de vacina e se junta com a equipe da Vigilância Epidemiológica de uma maneira geral, do Departamento de Imunização que fica na vigilância e não na Atenção Primária, e eles vão a campo fazer uma vacinação extramuros” (APSVS06).

“Uma atividade bem sucedida é feita em parceria com a educação, com a cultura, que nós denominamos “Vacine”. A educação vai direcionando escolas para a gente, que fazemos uma avaliação da caderneta das escolas. A criança que está com a caderneta em ordem recebe um ingresso para o cinema e as que não estão têm a oportunidade de atualizar a carteirinha e aí elas vão ao cinema nesse dia. Essa ação tem sido bem-sucedida, tem movimentado bastante e a gente sentiu que eles gostaram” (APSVS13).

Diferentes estratégias de comunicação também são discutidas, como a realização de campanhas em escolas e parcerias com a educação e a cultura. A valorização do que já está sendo feito é destacada como forma de manter a motivação dos profissionais que estão no território.

DESAFIOS DE INTEGRAÇÃO DA AB E VS

Quando indicam os desafios de integração da AB e VS, muitas vezes os entrevistados ficam em dúvida em relação ao nível de imbricação desejado entre essas duas áreas que possuem culturas e estruturas muito distintas, com indicadores e parâmetros de financiamento distintos. Além disso, é impossível pensar essa integração sem levar em consideração o impacto da pandemia de Covid-19, a queda nas taxas de vacinação devido ao medo da população em relação às vacinas, a falta de pessoal de saúde e problemas na infraestrutura da rede de frio. Questões relacionadas à formação de recursos humanos para atender às necessidades locais também foram identificadas como um desafio estrutural.

“Eu acho que o maior desafio, ou um dos maiores desafios, é definir que nível de integração é que nós queremos. Esse é o maior desafio. E para além disso, qual é o nível de integração possível? Por que eu falo de nível de integração possível? Porque eu tenho que olhar para o financiamento, por exemplo” (APSVS06).

“Tivemos também muitos problemas de equipamentos da rede de frio, que, soube antes da pandemia, já estavam sendo evidenciados. Problemas de sistema de comunicação e de informação que também estavam evidenciados desde antes,



mas com a pandemia foram totalmente priorizados. E isso é alocado a uma situação de falta de confiança das pessoas por uma sensação de tranquilidade, de que já não tínhamos mais essas doenças. [...] Um segundo desafio é a formação de recursos humanos para nossas necessidades, para a necessidade local, que é fundamental” (APSVS02).

“[...] o desafio é manter esse planejamento vivo, para que a gente não fale só sobre isso. Mesmo considerando a última década que tivemos problemas, que a gente continue organizando território e pensando nas pessoas” (APSVS08).

A necessidade de investimento na formação de profissionais de saúde e integração dos trabalhadores da assistência nessa organização da imunização se soma à falta de financiamento adequado e aos problemas estruturais já conhecidos. Além disso, a resistência e o medo dos novos profissionais de saúde em assumir a responsabilidade pelas salas de vacina foram abordados, visto que a área é tida como algo à parte na AB.

“Fazer com que as equipes se vejam dentro desse processo, porque a gente ainda planeja para o outro e não para executarmos. Seria eu me ver dentro daquela ação. Então, o planejamento tem que acontecer no local da unidade, envolvendo o que ela acessa: a vigilância, a atenção ambulatorial. Enfim, nosso foco aqui é a vigilância, é a imunização, a maneira pela qual eu olho para tudo isso e devolvo. Porque também não adianta a vigilância apontar para a Atenção Primária o que ela tem que melhorar de indicador; mas ela [vigilância] também consegue transformar esse indicador em uma ferramenta potente para que essa unidade ou a própria coordenação da Atenção Primária reorganize o cuidado” (APSVS08).

“Eu acho que os próprios profissionais da sala de vacina se isolavam dentro desse seu universo da imunização. Pouco discutiam com o restante da equipe as questões relacionadas à imunização” (APSVS07).

A fragmentação nas áreas da vigilância, com a falta de alinhamento e planejamento conjunto, foi evidenciada como um obstáculo para a execução eficiente das ações. As divergências nos sistemas de informação, como a demora na atualização de dados e a falta de integração entre atenção básica e vigilância, foram apontadas como fatores que comprometem a análise precisa das coberturas vacinais.

“A fragmentação que acontece é, por exemplo, das próprias áreas da vigilância. Hoje a gente não percebe que dentro da vigilância em saúde cada vigilância já tem a sua caixinha: a ambiental, a epidemiológica, a saúde do trabalhador e a sanitária, que está mais afastada ainda. E eu percebo que a fragmentação parte já desde um processo de organização do planejamento; se você não tem



ações planejadas em conjunto, acaba que a vigilância faz uma ação-território e a Atenção Básica faz de outra forma. Então, não há uma conversa, não há um alinhamento para a execução daquela ação. Você observa que há sobreposições de ações e não tem esse alinhamento e essa conversa, essa negociação das equipes para a execução dessas ações. E também, o que se percebe, que em muitos territórios acontecem, é sempre a vigilância demandando da Atenção Básica, cobrando ações, cobrando indicadores; mas não existe essa devolutiva também para a Atenção Básica poder trabalhar com essas informações [...] Até pela diferença em que isso é realizado, como eu relatei dos próprios indicadores, porque na Atenção Básica eles têm um cadastro nominal: naquela área daquele território, eu tenho 100% de cadastro, eu sei quem são as crianças que nasceram, eu conheço o meu território. [...] mas a vigilância trabalha com essa estimativa de nascidos vivos; uma estimativa, enfim, números. Então, a vigilância vê os números e a Atenção Básica acaba olhando o indivíduo. Quando você tem a Atenção Básica que alimenta um sistema de informação nominal, você tem essas diferenças para analisar a cobertura vacinal: por uma estimativa, que passa por um sistema que não te dá uma relação nominal de vacinados; diferente do que a Atenção Básica consegue monitorar. Por isso que acaba tendo essas divergências” (APSVS11).

Os desafios apresentados para a integração das áreas passam por inúmeras questões que esbarram em estruturas e processo de trabalho que dificultam a comunicação entre AB e VS. A necessidade de uma abordagem mais integrada desde o planejamento até o monitoramento cotidiano das metas foi ressaltada como fundamental para superar os desafios identificados.

Na figura 6, conseguimos observar a relação entre as categorias e suas subcategorias, sendo que, quanto maior a categoria aparece, mais trechos das entrevistas foram categorizados naquela categoria. É importante compreender a relação entre as categorias e subcategorias sempre levando em consideração o conteúdo analisado até o presente momento. Só assim conseguimos avaliar se o fato de determinada categoria ser mais cheia se deve aos aspectos positivos ou negativos da temática em questão.



FIGURA 6:

Descrição das categorias mais citadas por nível de relevância.

Experiências de integração APS e VS		
Capacitações—educação permanente voltadas para promoção da integração	Desafios de integração da APS e VS	Compatibilidade de informações e ações
Ferramentas de trabalho conjuntas	Compartilhamento e discussão dos indicadores de saúde	

Sistemas de informação	
Desafios na integração dos sistemas	Existência de múltiplos sistemas não integrados
Integração entre sistemas de informação	

Estrutura de organização da imunização			
Desafios contextuais	Aplicação	Área responsável pela imunização	Liderança

Planejamento da imunização		
Processos	Acompanhamento	Avaliação

Fonte: NESCON / FM/ UFMG, 2024.



Conforme evidenciado na Figura 6, a categoria predominante nas categorizações é a de experiências de integração entre Atenção Básica (AB) e Vigilância em Saúde (VS), refletindo a centralidade do tema na pesquisa. As subcategorias mais proeminentes dentro dessa categoria foram capacitações e educação permanente voltadas para a promoção da articulação entre VS e AB, além de ferramentas de trabalho conjunto, destacando a significativa relevância dessas estratégias nas narrativas dos entrevistados. Os desafios inerentes à integração dessas áreas e à partilha e discussão de indicadores também foram notáveis, embora em menor escala que as duas primeiras subcategorias. Surpreendentemente, a compatibilização do território de atuação da AB e VS apareceu com menor frequência, apesar de ser considerada fundamental tanto nos textos normativos quanto em algumas entrevistas. Esse achado sugere uma possível lacuna entre teoria e prática na implementação da integração, indicando que essa estratégia pode não estar sendo amplamente aplicada em muitos territórios.

A segunda categoria mais prevalente trata da estrutura de organização da imunização, embora em um volume significativamente inferior à primeira. Desafios contextuais foram a subcategoria mais proeminente, seguida por aplicação, área responsável pela imunização e liderança. Os resultados sugerem que os aspectos contextuais de cada território desempenham um papel crucial na implementação das estratégias de integração, influenciando o formato de aplicação adotado, a estrutura de gestão com base na organização e, em alguns casos, as figuras e áreas que lideram o processo.



Resultados sugerem que os aspectos contextuais de cada território desempenham um papel crucial na implementação das estratégias de integração entre AB e VS.

A terceira categoria, sistemas de informação, ocupa o terceiro lugar nas categorizações. Desafios na integração dos sistemas e entre os sistemas de informação foram as subcategorias mais prevalentes. As análises das entrevistas indicam claramente que as incompatibilidades entre os sistemas utilizados pela AB e VS representam um obstáculo significativo para a integração, impedindo o compartilhamento eficiente de instrumentos de trabalho devido às distintas demandas de indicadores de cada área. A existência de sistemas próprios foi menos destacada, indicando que, quando presente, as preocupações também envolvem a integração com os sistemas públicos.

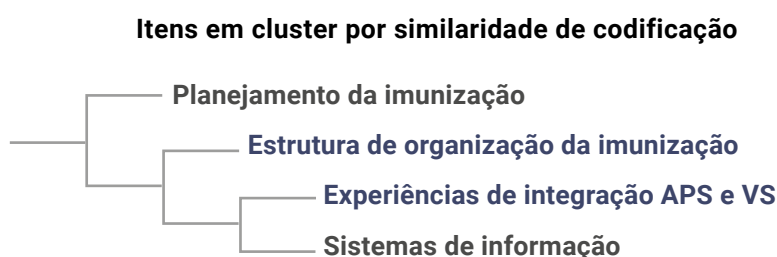
Por fim, a categoria menos prevalente é a de planejamento da imunização, com as subcategorias mais destacadas sendo processos, seguida de acompanhamento e avaliação. Essa situação pode ser explicada pela dificuldade relatada pelos entrevistados em elaborar e implementar estratégias de integração, uma vez que cada área segue um planejamento e métricas de avaliação próprios. Esses



achados revelam a complexidade e os desafios enfrentados na busca por uma integração efetiva entre AB e VS no contexto da imunização.

FIGURA 7:

Agrupamento das categorias utilizadas por similaridade de codificação.



Fonte: NESCON / FM/ UFMG, 2024

A técnica de clusterização permitiu agrupar as unidades de significado semelhantes, revelando estruturas subjacentes e tendências inexploradas nos relatos dos entrevistados. A leitura da figura 7 deve ser feita da direita para a esquerda, sendo as categorias agrupadas na chave mais à direita as mais semelhantes entre si. Nesse caso, as categorias “Experiências de Integração entre APS e VS” e “Sistemas de Informação” foram as que apresentaram mais semelhanças entre si. Esse conjunto foi agrupado com “Estrutura de organização da imunização” e, por fim, “Planejamento da imunização” se agrupou ao todo, demonstrando menor semelhança com as outras categorias.

O domínio da categoria “Experiências de Integração APS – VS” como ponto focal na análise revela uma conscientização crescente sobre a necessidade de uma sinergia mais ampla entre a AB e a VS, não apenas para aprimorar as ações de imunização, mas para redefinir paradigmas no sistema de saúde. A proximidade subsequente com a categoria “Sistemas de Informação” revela uma camada adicional de complexidade. Esta relação estreita sugere que a integração plena entre as áreas demanda não apenas uma interconexão de processos, mas uma interoperabilidade aprimorada de sistemas de informação.

A subsequente categoria “Estrutura de Organização da Imunização” apresenta-se como um elemento contextual, inserindo-se na complexa teia formada pelas interações entre as áreas de AB e VS. A sua presença, embora em menor destaque, evidencia que a organização da imunização permanece uma peça-chave, embora sua relevância seja agora percebida como parte de um conjunto mais amplo de desafios. Por fim, o fato de a categoria “Planejamento da imunização” não ter sido agrupada com nenhuma outra categoria em específico aponta para a possibilidade de os parâmetros e métricas que regem esse planejamento não estarem ainda conectados intimamente às discussões das outras categorias.



A organização da imunização permanece uma peça-chave, embora sua relevância seja agora percebida como parte de um conjunto mais amplo de desafios.

Ao analisarmos as subcategorias, percebemos alguns padrões importantes que mostram o quanto o assunto que estamos estudando é complexo. Na parte mais à direita, começamos com a combinação das categorias “estrutura de organização da imunização” e “aplicação”, mostrando que, apesar de uma ser parte da outra, o jeito como as vacinas são aplicadas é um tema central que se destaca em relação aos outros. Em seguida, essa combinação se junta com “desafios contextuais”, indicando que as particularidades de cada lugar são o que realmente determinam como organizamos a vacinação.

Outro ponto interessante é a ligação entre “área responsável pela imunização” e “ferramentas de trabalho conjuntas”. Esse agrupamento sugere a ideia promissora de pensar na vacinação como uma responsabilidade compartilhada, onde todos trabalham juntos usando as mesmas ferramentas. É importante destacar que essas duas ideias vêm de categorias diferentes, o que reforça ainda mais a validade dessa abordagem ampla.

Por fim, todas essas subcategorias convergem para a ligação com a de “compartilhamento e discussão dos indicadores produzidos pela VS com as equipes da APS para subsidiar processos de intervenção no território”. Essa ligação sugere que explorar a possibilidade e a experiência de compartilhamento das discussões entre as áreas pode ser um caminho positivo. No entanto, é essencial considerar como a organização da vacinação já acontece no local, pois isso depende muito das características específicas de cada lugar. Em resumo, essa análise mostra não apenas que a relação entre as áreas em estudo é complexa para a imunização, mas também destaca que entender as especificidades de cada território é crucial para criar estratégias de vacinação eficazes.

O segundo grande conjunto tem início com as subcategorias “acompanhamento” e “planejamento da imunização”, revelando a estreita relação entre essas duas ações, abrangendo também os ‘processos’ próprios da organização da área de imunização. Todas essas considerações se agrupam com a subcategoria “integração entre sistemas de informação”, indicando a relevância dessa estratégia no planejamento e acompanhamento da imunização. Esse conjunto se encerra com a inclusão da subcategoria “liderança”, evidenciando o papel central dos gestores nessas áreas no planejamento e acompanhamento dos indicadores.



A terceira e última chave do elemento conectado desse cluster se inicia com a união entre “desafios de integração da APS e VS” e “existência de sistemas próprios”, apontando para uma possível razão para a utilização desses sistemas. Nas entrevistas, fica claro que os municípios enfrentam dificuldades com os sistemas do Ministério da Saúde, especialmente devido à falta de comunicação entre os sistemas da AB e da VS. Para superar esses desafios, muitos municípios recorrem à utilização de sistemas próprios para atender integralmente às demandas de seus territórios, evitando a segregação de informações em sistemas diferentes. Essa chave é concluída com a subcategoria “avaliação”, sugerindo que a avaliação da imunização no território depende da superação desses desafios e, muitas vezes, da adoção de sistemas próprios que facilitam a comunicação entre as áreas de saúde no município.



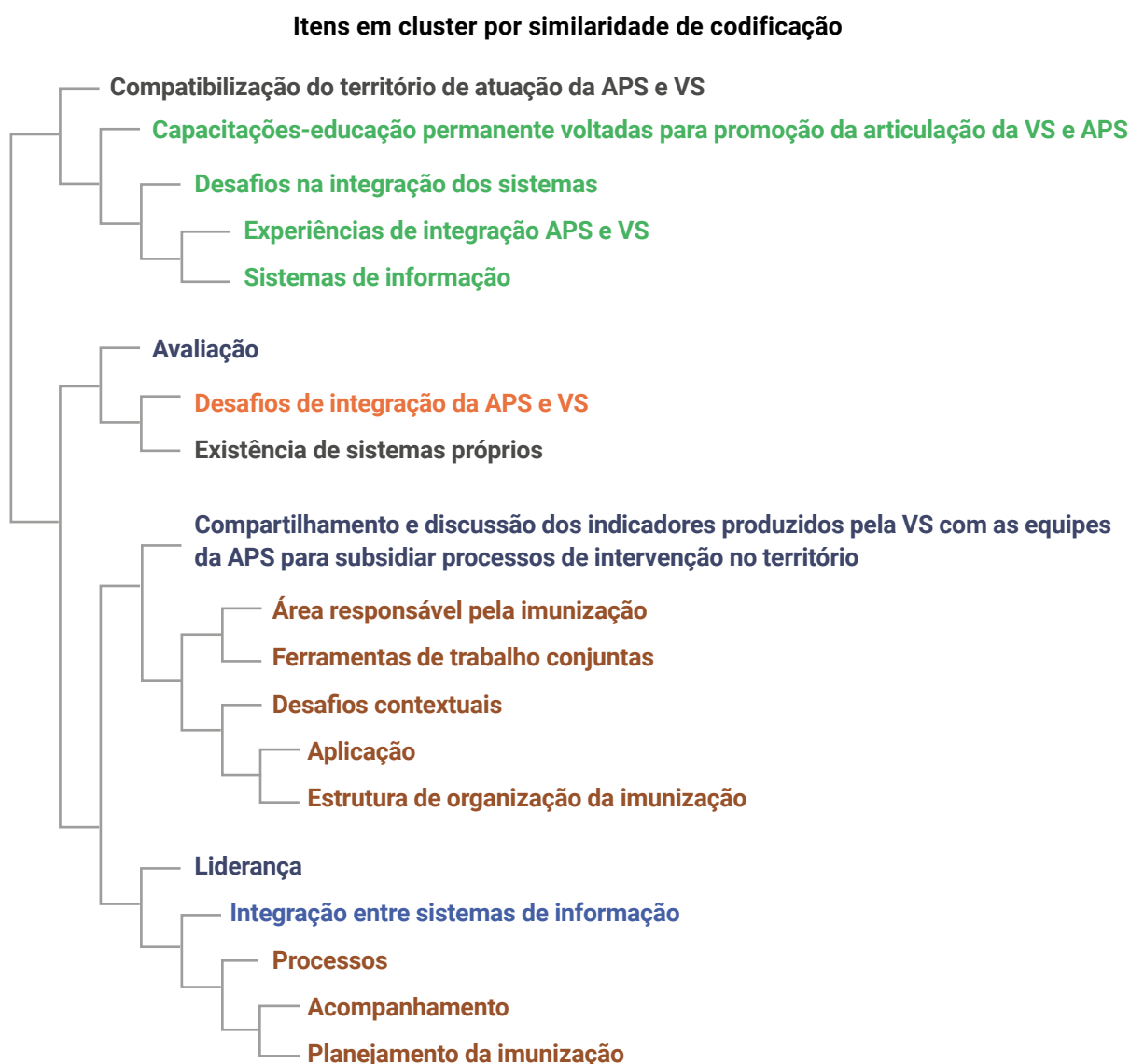
Muitos municípios recorrem à utilização de sistemas próprios para atender integralmente às demandas de seus territórios, evitando a segregação de informações em sistemas diferentes.

Por fim, uma quarta chave é formada, mas desta vez sem uma conexão direta com as outras apresentadas até agora. As categorias que iniciam a chave são exatamente as mesmas que iniciam as categorias “experiências de Integração entre APS e VS” e “sistemas de informação”. Em seguida, esse conjunto é associado às subcategorias “desafios na integração dos sistemas”, seguido por “capacitações/educação permanente voltadas para a promoção da articulação da VS e APS” e “compatibilização do território de atuação da APS e VS”. Essa configuração sugere que, apesar do reconhecimento da integração como caminho para a solução dos desafios da imunização, essas discussões ainda estão predominantemente no campo das ideias em muitos territórios. O principal desafio é efetivamente integrar os sistemas de informação, como já foi amplamente evidenciado nos trechos analisados. As estratégias de capacitação e compatibilização dos territórios, apesar de serem mencionadas na discussão, são as que apresentaram menor grau de associação com as outras discussões, indicando que, apesar de desejadas, ainda não foram totalmente integradas à realidade de muitos municípios.



FIGURA 8:

Agrupamento das subcategorias utilizadas por similaridade de codificação.



Fonte: NESCON / FM/ UFMG, 2024

De acordo com os dados analisados, podemos afirmar que a integração entre Atenção Básica (AB) e Vigilância em Saúde (VS) é crucial para o sucesso das ações de imunização. A vacinação, antes caracterizada por uma abordagem verticalizada, agora está inserida no contexto global da oferta de serviços de saúde, atribuindo à AB a responsabilidade pela execução dessas atividades. Essa mudança destaca a importância da integração, onde as equipes de enfermagem desempenham papel essencial na sala de vacinação, sendo supervisionadas por enfermeiros. Nas entrevistas, destaca-se



a importância da busca ativa na AB, indo além do enfoque curativo. As equipes reconhecem a vacinação como parte do processo de prevenção de doenças.



As equipes reconhecem a vacinação como parte do processo de prevenção de doenças.

Outro ponto que chama atenção é que na teoria a VS, ao reconhecer o território como fundamental, reorienta o processo de trabalho, buscando a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. As Equipes de Saúde da Família (eSF), atuantes na AB, desenvolvem habilidades de programação e planejamento, organizando ações que impactam nos indicadores de saúde. A integração entre eSF e VS é evidenciada como um processo estruturante. Na prática, a reorientação do trabalho para reconhecer o território como fundamental, mencionada no referencial teórico, é refletida nas entrevistas. Contudo, há lacunas na integração entre os profissionais da vigilância e da Atenção Básica entre si e, consequentemente, das suas áreas como um todo, sugerindo a necessidade de maior interação.

O monitoramento e a avaliação, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, são essenciais. O estabelecimento de objetivos, metas e estratégias, bem como a definição de indicadores, são compromissos nacionais e internacionais. Nesse sentido, a qualidade dos indicadores, incluindo as coberturas vacinais, depende da precisão dos dados registrados nos Sistemas de Informação em Saúde. O SI-PNI e o e-SUS APS são fundamentais para a coleta e registro adequados das doses de vacina administradas. No entanto, as entrevistas apontam a necessidade de se pensar as melhorias dos sistemas e a interoperabilidade entre eles.



As entrevistas apontam a necessidade de se pensar as melhorias dos sistemas de informação e a interoperabilidade entre eles.

Em suma, a integração entre VS e AB qualifica o processo de gestão da informação, melhorando as ações de monitoramento, avaliação e tomada de decisão em relação à imunização. A literatura destaca a escassez de estudos que investigam fatores relacionados à organização e qualificação dos serviços de AB como preditores do desempenho dos indicadores de cobertura vacinal. A revisão de



escopo evidencia uma lacuna na literatura específica sobre a integração entre VS e AB, especialmente no escopo da imunização. No entanto, a análise dos dados revela uma complexidade intrínseca nessa integração. A teoria preconizada pelos documentos normativos, que destaca a importância da integração para o enfrentamento dos problemas de saúde-doença da comunidade, ainda não encontra uma correspondência clara na prática. 



5

CONSIDERAÇÕES FINAIS





A presente publicação teve como objetivo responder à seguinte questão: “Como se dá a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica nas ações de imunização no Brasil?” Para tanto, realizamos: 1) uma análise de documentos técnicos e normativos do Ministério da Saúde relacionados à integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica, com foco nas ações de imunização; 2) uma busca nas diversas bases de dados científicos nacionais e internacionais acerca das estratégias e ações de integração entre a VS e AB na rotina da imunização; 3) estudo de caso com entrevistas semiestruturadas com atores-chave envolvidos na temática, abrangendo representantes do governo federal, coordenações estaduais de imunização e responsáveis pela imunização em municípios selecionados.

A análise dos documentos técnicos e normativos evidenciam que ainda há muito a se avançar nos processos de integração entre VS e AB para que sejam produzidas respostas adequadas e oportunas, com o objetivo primordial de melhorar o acesso e a qualidade das ações de saúde ofertadas à população. Ainda, é necessário adentrar mais especificamente na integração da VS e AB nas ações de imunização, bem como no impacto real dos programas de monitoramento do Ministério da Saúde que realizam o repasse de recursos financeiros por meio do cumprimento de metas e indicadores conjuntos.

A revisão de escopo reforçou a importância da integração entre VS e AB nas ações de imunização. No entanto, deixou claro que esta discussão ainda está muito voltada para o sistema de saúde brasileiro, encontrando poucas publicações em nível internacional. Entre as publicações internacionais, percebe-se o foco na Agenda de Imunizações 2030 (IA 2030), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A maior parte das publicações nacionais abordam a integração da VS e AB como um todo, sendo restritas aquelas que aprofundam neste processo de trabalho especificamente a imunização, mesmo sendo uma das principais formas de materialização deste processo. Entre as práticas que viabilizaram efetivamente a integração dos dois setores nas ações de imunização foi possível destacar a busca ativa de faltosos, que deve ser pensada como um instrumento para trabalhar a co-responsabilização dos profissionais da AB, VS e do próprio usuário, na medida em que possibilita o estreitamento do vínculo.



A maior parte das publicações nacionais abordam a integração da VS e AB como um todo, sendo restritas aquelas que aprofundam especificamente a imunização.



Do ponto de vista técnico-operacional, a vacinação é realizada pela AB e tem a equipe de enfermagem como principal executora deste processo. A equipe da sala de vacina atuante na AB deve reconhecer o seu território como conceito fundamental, incluindo embasamentos epidemiológicos e sobre a situação das coberturas vacinais. Este pode ser considerado um dos pontos centrais da integração.

Além disso, a integração entre as bases de dados dos Sistemas de Informação qualifica os processos de gestão e fomenta melhorias nas ações de monitoramento, avaliação e tomada de decisão. A partir da identificação e conhecimento dos riscos de cada território pelos profissionais de saúde, é possível agir de forma antecipada, garantindo à população um cuidado integral.

As limitações desta revisão dizem respeito à possibilidade de perda de possíveis estudos relacionados à publicação em anais de eventos científicos e textos acadêmicos. No entanto, a busca ocorreu nas principais bases de dados nacionais e internacionais, trazendo um número expressivo de estudos inicialmente. Além disso, ao contrário das revisões sistemáticas, as revisões de escopo não incorporam uma avaliação de qualidade dos estudos para sua inclusão, bem como não realiza a análise por pares. Outra limitação potencial é a heterogeneidade dos países que foram encontrados neste estudo em nível internacional.

Em contraponto ao que é proposto na teoria, o estudo de caso indica que, embora haja um entendimento teórico sobre a importância da integração, a prática enfrenta desafios operacionais significativos nos municípios. A desconexão entre teoria e prática destaca a necessidade de abordagens mais contextualizadas e adaptáveis à realidade local para alcançar uma integração efetiva entre AB e VS. A complexidade do cenário, especialmente durante a pandemia, ressalta a importância de uma abordagem flexível e colaborativa para superar os obstáculos identificados.



O estudo de caso indica que, embora haja um entendimento teórico sobre a importância da integração, a prática enfrenta desafios operacionais significativos nos municípios.

A análise dos dados também revela uma complexidade intrínseca na integração entre Atenção Básica (AB) e Vigilância em Saúde (VS), uma vez que essa não é apenas uma questão de processos operacionais, mas envolve diversas dimensões que vão desde a estrutura organizacional até as questões contextuais específicas de cada território.

A estrutura organizacional da imunização emerge como uma peça-chave, evidenciando a necessidade de compreender como a AB e a VS se interconectam. No entanto, a estrutura de vigilância nos mu-



nicípios e as diferenças na disponibilidade de recursos destacam a necessidade de uma abordagem mais personalizada e alinhada às realidades locais.

A categoria de desafios contextuais revela uma interação complexa entre aspectos logísticos, financeiros e sociais na gestão de programas de vacinação. Isso se relaciona com o pressuposto teórico de que é fundamental considerar os determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva. No entanto, a infraestrutura, resistência à vacinação e a identificação de populações com menor cobertura são problemáticas abordadas, destacando a complexidade em atingir coberturas ideais.

A análise sobre a integração dos sistemas de informação destaca desafios substanciais, incluindo a falta de diálogo fácil entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. A perda de informações devido a falhas no sistema é uma preocupação expressa, evidenciando a necessidade de uma interoperabilidade aprimorada. Isso está alinhado com os pressupostos teóricos que enfatizam a importância do registro correto e regular para a construção do mapeamento do território.

A categoria de experiências de integração reflete a busca por uma integração mais efetiva, evidenciando desafios persistentes na organização e alinhamento entre as duas áreas. Uma das soluções citadas é a presença de uma profissional referência que desempenha um papel crucial na articulação entre AB e VS, sugerindo a necessidade de liderança e colaboração efetiva, como indicado pelos pressupostos teóricos.

Ao relacionar essas dimensões à teoria, fica claro que a complexidade na integração não é apenas técnica, mas também está enraizada em questões estruturais, processuais e contextuais que se traduzem em culturas organizacionais distintas e muitas vezes conflitantes entre as duas áreas. As estratégias de integração devem levar em consideração essa complexidade, adaptando-se às características específicas de cada território para garantir uma implementação efetiva. A teoria fornece diretrizes, mas a prática exige uma abordagem flexível e adaptativa para superar os desafios identificados. Ou seja, a integração entre AB e VS na imunização exige uma abordagem multifacetada, considerando a organização da imunização, o uso conjunto de ferramentas, a superação de desafios contextuais e a integração de sistemas de informação.



A integração entre AB e VS na imunização deve considerar a organização, o uso conjunto de ferramentas, a superação de desafios contextuais e a integração de sistemas de informação.



As práticas integrativas emergem como pontes para estreitar laços entre profissionais e otimizar as ações de imunização. Alguns exemplos destas são: microplanejamento, gestão colegiada da imunização entre as áreas, criação de sistemas de monitoramento que integrem as metas da VS e da AB, indicação de profissionais da vigilância como referência dos territórios da AB para fazer a ponte de comunicação entre as áreas de forma territorializada, manutenção das estratégias extramuros e da busca ativa, participação da VS nas reuniões das equipes das unidades de saúde, integração dos outros profissionais de saúde da AB na imunização. O desafio está em transformar essas reflexões em práticas efetivas nos territórios, promovendo a saúde de forma integrada e abrangente. 

REFERÊNCIAS



ABRUCIO F. O Centrão e Bolsonaro. O Globo Valor Econômico. 2021 out 10. Disponível em: <https://valor.globo.com/eu-e/coluna/fernando-abrucio-o-centrao-e-bolsonaro.ghml> Acesso em: 23 nov. 2023.

AQUINO R., OLIVEIRA N.F., BARRETO M.L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities Am J Public Health. 2009; 99(1):87-93.

ARKSEY, Hilary; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: towards a methodological framework. International journal of social research methodology, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Manual de procedimento para vacinação. Salvador: DIVEP, 2011. 573p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.suvisa.ba.gov.br/>. Acesso em: 28 nov. 2023.

BARATA, Rita Barradas; PEREIRA, Susan M. Desigualdades sociais e cobertura vacinal na cidade de Salvador, Bahia. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 16, p. 266-277, 2013.

BERTOLOZZI, Maria Rita; FRACOLLI, Lislaine A. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. Mundo saúde (Impr.) v. 28, n. 1, p. 14–20, 2005.

BLANC, Diana Chang et al. Immunization programs to support primary health care and achieve universal health coverage. Vaccine, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X2201218X?via%3Dihub#ab005>. Acesso em: 28 nov. 2023.

BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n7

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde. [Internet 2023a] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pqa-vs#:~:text=O%20Programa%20de%20Qualifica%C3%A7%C3%A3o%20da,a%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20iniciativas%20que> Acesso em: 28 nov. 2023

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – Terceiro ciclo. Brasília, DF, 2018b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/nota_metodologica_certificacao.pdf Acesso em 28 nov. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Guia PNAB– Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf. Acesso em: 28 nov. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei N°7498/86, de 25 de junho de 1986 – Alterada pelas Leis N°s 14.434/2022 e 14.602/2023. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986/> Acesso em 05 dez. 2023.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687/>. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria N° 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html Acesso em: 09 de nov. 2023.

BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html Acesso em: 09 de nov. 2023.

BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria nº 233, de 9 de março de 2023. Estabelece as metas e os indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS para a avaliação do ano de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pqa-vs/portarias/portaria-gm-ms-no-233-de-9-de-marco-de-2023/view> Acesso em: 09 de nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jul. 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 25 out. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações - Vacinação. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacao>. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf Acesso em: 4 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/...> Acesso em: 28 nov. 2023..

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ações para a Implementação do Programa Previne Brasil - Modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF, 2022a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_implementacao_programa_previne.pdf Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica N°22/2022-SAPS/MS. Indicador 5: Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada. Brasília, DF, 2022b Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_22.pdf Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Caderno de Indicadores PQA-VS 2023. Anexos I e II da Portaria nº 233, de 09 de março de 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pqa-vs/publicacoes-tecnicas/caderno-de-indicadores-programa-de-qualificacao-das-acoes-de-vigilancia-em-saude-2023/view> Acesso em: 28 nov. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 5ª edição revisada e atualizada. Brasília, DF. 2022c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 176 p. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/...> Acesso em: 28 nov. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, v. 183, n. 1, p. 68-68, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 28 nov. 2023.

BRASILa, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Guia PNAB— Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf. Acesso em: 28 nov. 2023.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, p. 569-584, 2003.

COSTA, N. DO R.; SILVA, P. R. F. DA.; JATOBÁ, A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. Saúde em Debate, v. 46, n. spe8, p. 08—20, dez. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n3GJrfSm9QgLPnQXqbbJs3S/?lang=pt#> Acesso em: 28 de nov. 2023.

CRUZ, A. A queda da imunização no Brasil. Revista Consensus, VII:20-9, 2017.

DE QUEVEDO, André Luis Alves et al. Cuidados na atenção primária em saúde integrando vigilância, clínica e humanização. *Revista de APS*, v. 18, n. 2, 2015. Disponível em: <https://periodicoshomolog.ufff.br/index.php/aps/article/view/15334/8078>.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. DA S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol Serv Saúde*, v. 22, n. 1, p. 9–27, mar. 2013.

DOURADO I., OLIVEIRA V.B., AQUINO R., et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care*. 2011; 49(6):577-84.

FERRAZ, Lucimare; PEREIRA, Rui Pedro Gomes; PEREIRA, Altamiro Manuel Rodrigues da Costa. Tradução do Conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 200-216, 2020.

GARCIA, Rosana Aparecida; L'ABBATE, Solange; ARAKAKI, Jorge. Estrategias de articulación entre Atención Primaria y Vigilancia en Salud y la interfaz entre los sujetos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, p. 431-442, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0185> Acesso em: 28 nov. 2023.

GOULART, L. N.; VIEIRA, D. M.. Construção de um modelo de análise de redes de políticas públicas em contextos de federalismo e de presidencialismo de coalizão. *Cadernos EBAPE.BR*, v. 18, n. 1, p. 91–103, jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/WDxqbp4Gc4xm6yCf4KMFQmg/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 23 nov. 2023.

GUANAIS F, MACINKO J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage*. 2009; 32(2):115-22.

HARZHEIM, E.. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1189–1196, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPtJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/#> Acesso em: 23 nov. 2023.

HOLANDA, Wanessa Tenório Gonçalves; OLIVEIRA, Silvano Barbosa de; SANCHEZ, Mauro Niskier. Aspectos diferenciais do acesso e qualidade da atenção primária à saúde no alcance da cobertura vacinal de influenza. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 1679-1694, 2022.

HONE, Thomas, et al. “Efeito da recessão econômica e impacto dos gastos com saúde e proteção social na mortalidade adulta: uma análise longitudinal de 5.565 municípios brasileiros.” *The Lancet Global Health* 7.11 (2019): e1575-e1583.

HSIEH, Hsiu Fang; SHANNON, Sarah E. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, vol. 15, no. 9, p. 1277–1288, 2005. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>.

JACKSON, KRISTI; BAZELEY, Pat. *Qualitative Data Analysis with NVivo*. 3. ed. Londres: SAGE Publications Ltd, 2019.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual 2014 edition / Supplement: Methodology for JBI scoping reviews. Disponível em:

- LEVAC, Danielle; COLQUHOUN, Heather; O'BRIEN, Kelly K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science*, v. 5, p. 1-9, 2010.
- MACINKO J., GUANAIS F.C., SOUZA M.D.F.M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1):13-9.
- MACINKO J., SOUZA M.F.M., GUANAIS F.C., et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*. 2007; 65(10):2070-80.
- MASSUDA, A.. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, abr. 2020.
- MENDELSON, Aaron et al. Os efeitos dos programas de pagamento por desempenho na saúde, na utilização dos cuidados de saúde e nos processos de cuidados: uma revisão sistemática. *Anais de medicina interna*, v. 166, n. 5, pág. 341-353, 2017.
- MUNN, Zachary et al. The development of software to support multiple systematic review types: the Joanna Briggs Institute System for the Unified Management, Assessment and Review of Information (JBI SUMARI). *JBI evidence implementation*, v. 17, n. 1, p. 36-43, 2019. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>. Acesso em: 28 nov. 2023.
- OMS, UNICEF. Cuidados de Saúde Primários: Transformar a visão em ação: Quadro operacional. [Internet]. Genebra; 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/operative-framework.pdf?sfvrsn=6e73ae2a_2. Acesso em: 23 nov. 2023.
- OPAS. Organização Mundial da Saúde. OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>. Acesso em: 25 out. 2023
- ORNELL, F. et al. “Medo pandêmico” e COVID-19: carga de saúde mental e estratégias. *Braz J Psiquiatria*, v. 42, n. 3, p. 232-235, 2020.
- PAGE, Matthew J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, v. 88, p. 105906, 2021.
- PATRÍCIO, Marema. Integração Vigilância Em Saúde E Atenção Primária Uma Experiência Da Atuação Da Supervisão De Apoio Institucional Na Região Nordeste. *Revista GepesVida*, v. 7, n. 17, 2021. Disponível em: <http://www.icepsc.com.br/ojs/index.php/gepesvida/article/view/468/256>.
- PROCIANOY, G. S. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the vaccination of children 12 months of age and under: an ecological study. *Ciêns Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 969–978, 2022.
- QUEIROZ, Lorena Lauren Chaves et al. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 294-302, 2013.

- RIBEIRO, Marcos Aguiar et al. Oficina Mapa Vivo na atenção básica: estratégia de planejamento local ao combate ao *Aedes aegypti*. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 338-346, jun. 2017.
- ROSA, L., ARRUDA, H., FARIA, M., MREJEN, M., NOBRE, V., AGUILLAR, A. e R. ROCHA (2023). *Previne Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados. Estudo Institucional n. 9*. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-09/> Acesso em: 23 nov. 2023.
- SANTOS, Thiago M. et al. Finding children with high risk of Non-Vaccination in 92 low-and middle-income countries: a decision tree approach. *Vaccines*, v. 9, n. 6, p. 646, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/vaccines9060646>. Acesso em: 28 nov. 2023.
- SILVA, Francelena de Sousa et al. Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, p. e00041717, 2018.
- SILVA, Gabrielly Cristiny Soares et al. Relações entre Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde na perspectiva de médicos de equipes de saúde da família em Minas Gerais, Brasil: uma análise qualitativa. *Saúde e Sociedade*. v. 29, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020191007>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020191007>. Acesso em: 28 nov. 2023.
- SOUZA, Priscilla Azevedo; GANDRA, Beatriz; CHAVES, Ana Cláudia Cardozo. Experiências sobre imunização e o papel da atenção primária à saúde. *APS em Revista*, v. 2, n. 3, p. 267-271, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/57/79>. Acesso em: 28 nov. 2023.
- STENQVIST, Karin et al. Influenza work on the regional level in Sweden: An integrated program for vaccination of risk groups, surveillance and pandemic planning which focuses on the role of the health care worker. *Vaccine*, v. 24, n. 44-46, p. 6712-6716, 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0264410X06006505?via%3Dihub>. Acesso em: 28 nov. 2023.
- TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.
- TRICCO, Andrea C. et al. Knowledge synthesis methods for generating or refining theory: a scoping review reveals that little guidance is available. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 73, p. 36-42, 2016.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. PNI, vigilância em saúde e a ação de vacinação no contexto da atenção primária. São Luís, 2017. Disponível em: <https://ppuview.unasus.gov.br/recurso/a80722a6-33cb-4f71-af04-b90ac1918a57/52c8411bc655e777dec2a4346f9b72b1>. Acesso em: 25 out. 2023.
- VIACAVA, F. et al. SUS: Supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, 1 jun. 2018.
- VIÉGAS, Fernanda B.; WATTENBERG, Martin; FEINBERG, Jonathan. Participatory Visualization with Wordle. *IEEE TRANSACTIONS ON VISUALIZATION AND COMPUTER GRAPHICS*, vol. 15, no. 6, p. 1137–1144, 2009. Available at: <https://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=&arnumber=5290722>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Immunization agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. World Health Organization: Geneva, Switzerland, p. 1-29, 2020.

YIN, Robert k. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Porto Alegre, RS: Penso, 2016.

YOKOKURA, Ana Valéria Carvalho Pires et al. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, p. 522-534, 2013.

ZORZETTO, R. As razões da queda na vacinação. Pesqui Fapesp, v. 270, p. 19-24, 2018.

