



► Pesquisa qualitativa dos dados coletados

com atores envolvidos nas ações
de imunização



Pesquisa qualitativa dos dados coletados

COM ATORES ENVOLVIDOS 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*

Rosangela 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*

Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI)

Eder Gatti Fernandes | *Diretor*

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Sandra Goulart Almeida | *Reitora*

Alessandro Fernandes Moreira | *Vice-reitor*

Faculdade de Medicina (FM/UFMG)

Alamanda Kfoury Pereira | *Diretora*

Cristina Gonçalves Alvim | *Vice-diretora*

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon/UFMG)

Francisco Eduardo de Campos | *Diretor*

Raphael Augusto Teixeira Aguiar | *Vice-reitor*

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)

Pesquisa qualitativa dos dados coletados com atores envolvidos nas ações de imunização [livro eletrônico] / organização Claudia Carpo Fernandes Bittencourt, Máira Nailá Amaro, Mateus Freitas da Silva Vidigal; coordenação Francisco Eduardo de Campos, Sábado Nicolau Girardi. -- Brasília, DF : CONASEMS, 2025.

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-83889-19-5

1. Imunização - Brasil 2. Medicina preventiva 3. SUS (Sistema Único de Saúde) 4. Vacinação I. Bittencourt, Claudia Carpo Fernandes. II. Amaro, Máira Nailá. III. Vidigal, Mateus Freitas da Silva. IV. Campos, Francisco Eduardo de. V. Girardi, Sábado Nicolau.

25-300502.0

CDD-614.47

Índices para catálogo sistemático:

1. Imunizações : Saúde pública : Ciências médicas 614.47

Henrique Ribeiro Soares - Bibliotecário - CRB-8/9314

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

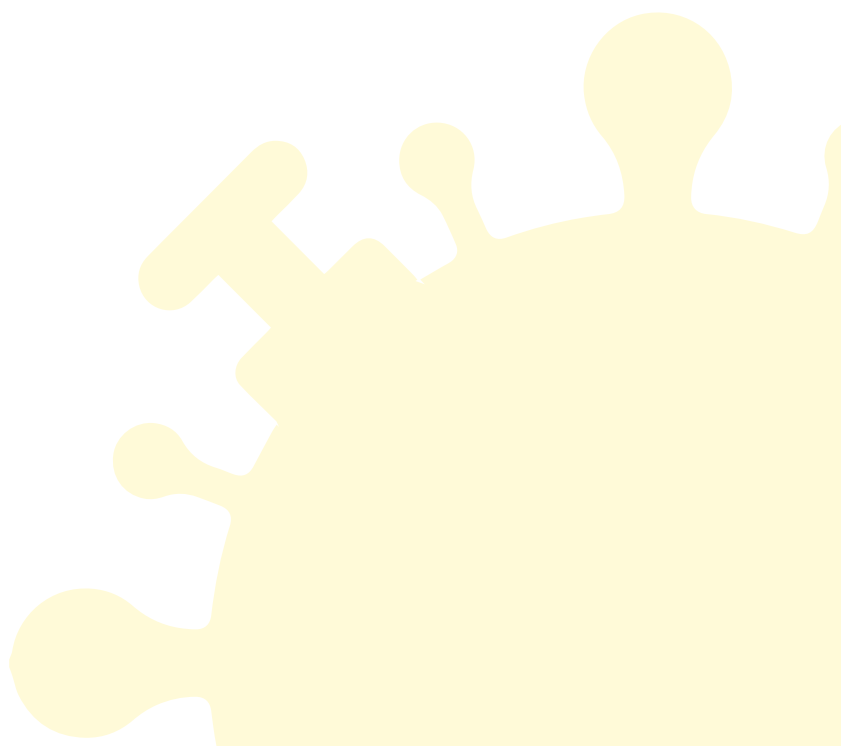
Sense Design & Comunicação

Coordenação da Pesquisa — Nescon/UFMG

Francisco Eduardo de Campos
Sábado Nicolau Girardi

Autores — Nescon/UFMG

Alice Werneck Massote
Ana Carolina M. de Assis Chagas
Cecília Nogueira Rezende
Daisy Maria Xavier de Abreu
Hugo André da Rocha
João André Tavares Alvares da Silva
Jackson Freire Araújo
Onézimo Tadeu Assunção



LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
CIMVAC	Coordenação de Apoio à Imunização e Monitoramento das Coberturas Vacinais
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Cosems	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DESCO	Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS APS	e-SUS Atenção Primária — estratégia do Ministério da Saúde para reestruturar as informações da Atenção Primária à Saúde
GDOL	Grupos de Diálogos <i>Online</i>
OPAS/OMS	Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNI	Programa Nacional de Imunizações
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SVSA/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (SVSA/MS)
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
PRIMEIRA FASE DA PESQUISA	8
Resumo executivo	9
1. Introdução	13
2. Métodos	16
2.1. Entrevistas interpessoais	16
2.2. Grupos focais e GDOL	16
2.3. Análise do material	20
3. Resultados	22
3.1. Organização do PNI na esfera federal	25
3.2. Infraestrutura do PNI nas esferas estadual e municipal	30
3.3. Recebimento e abastecimento	35
3.4. Armazenamento e conservação	38
3.5. Aplicação	43
3.6. Ações de imunização na Atenção Básica	57
3.7. Registro	62
3.8. Hesitação vacinal	69
3.9. Covid-19	82
3.10. Temas transversais	88
3.11. Análise das nuvens de palavras	94

4. Considerações gerais	98
Apêndice A	99
Definição do Índice de Escassez de Médicos em APS	100
 SEGUNDA FASE DA PESQUISA	 103
1. Introdução	104
2. Metodologia	106
2.1. Análise do material	106
3. Resultados	108
3.1. Gestores estaduais de imunização	108
3.1.1. Perfil dos respondentes	108
3.1.2. Ações e organização do PNI nos estados	108
3.1.3. Recebimento/abastecimento	112
3.1.4. Armazenamento/distribuição/transporte	115
3.1.5. Aplicação	124
3.1.6. Registro	130
3.1.7. Hesitação vacinal	135
3.1.8. Comunicação	140
3.1.9. Pandemia da covid-19	142
3.2. Gestores federais e especialistas	143
3.2.1. O desafio da integração entre AB e imunização	144
3.2.2. Dificuldades e avanços atuais da imunização no âmbito nacional	149
 4. Considerações finais	 157
Referências	159

APRESENTAÇÃO



Esta publicação está dividida em duas partes e tem como objetivo promover a análise qualitativa da coleta de dados com atores envolvidos nas ações de imunização, no âmbito da **Pesquisa Nacional sobre Cobertura Vacinal, seus Múltiplos Determinantes e as Ações de Imunização nos Territórios Municipais Brasileiros (Pesquisa Nacional)**.

A primeira coleta de dados ocorreu entre 24 de setembro e 13 de dezembro de 2021. Ao todo, foram realizados 25 entrevistas interpessoais, 17 grupos focais e 6 Grupos de Diálogos *Online* (GDOL), envolvendo a participação de gestores federais, gestores municipais, coordenadores estaduais de imunização, especialistas de referência na área, rede de apoiadores do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), profissionais e trabalhadores da saúde e população adulta.

A segunda fase da coleta de dados, objeto da segunda análise qualitativa, ocorreu no período entre 18 de agosto a 21 de novembro de 2023. Nesse período, foram realizadas 19 entrevistas interpessoais com gestores estaduais, duas com gestores federais e uma com um especialista em âmbito nacional. 



1

Primeira fase da pesquisa



RESUMO EXECUTIVO



Essa é a publicação de análise qualitativa da coleta de dados com atores envolvidos nas ações de imunização, no âmbito da Pesquisa Nacional, realizada pelo Núcleo de Educação em Saúde de Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/FM/UFMG), sob demanda do Conasems.

Considerando a proximidade dos dados coletados e a natureza similar da análise pretendida, essa publicação aborda duas atividades da **Coleta de dados com atores envolvidos nas ações de imunização**, a saber: “**Grupos focais e GDOL com secretários municipais de saúde, profissionais e trabalhadores de saúde e população adulta**”; e “**Entrevistas interpessoais com gestores municipais, estaduais e federais**”.



A primeira coleta de dados ocorreu no período compreendido entre 24 de setembro e 13 de dezembro de 2021. Ao todo, foram realizados 25 entrevistas interpessoais, 17 grupos focais e 6 GDOL.

O objetivo desta coleta de dados de natureza qualitativa foi compreender o cenário das políticas de imunização nos territórios, bem como levantar os principais desafios a elas impostos, buscando apreender as percepções dos diferentes atores envolvidos nesse contexto. Para tanto, foram utilizadas três técnicas, diferentes e complementares entre si, a saber: i) 25 entrevistas em profundidade, contemplando gestores federais, cuja prática tivesse interseção com a política nacional de imunização; coordenadores estaduais de imunização; e especialistas que são referência no domínio de temas caros à pesquisa. ii) 17 grupos focais, contemplando gestores municipais; rede de apoiadores Conasems/Cosems; profissionais e trabalhadores de saúde; e população adulta. iii) 6 GDOL com gestores municipais. Todos os grupos e entrevistas foram transcritos, revisados e submetidos à análise de conteúdo temática. A leitura deste material subsidiou a construção de categorias analíticas, tendo como referência aquelas já definidas na fase de revisão da literatura, seguindo-se à interpretação dos principais achados. Em caráter similar a esta análise, e também como forma de complementá-la, o conteúdo das entrevistas e grupos se prestou à construção de três nuvens de palavras (gestores federais, estaduais e municipais) que contribuíram para a representação visual dos temas mais recorrentes.

A coleta de dados qualitativa envolveu:



Principais resultados:

1. Referente à organização da estrutura das políticas estaduais de imunização, o que se observa é que, na maior parte dos casos, a coordenação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) se localiza dentro do organograma das Secretarias Estaduais de Saúde, no setor de Vigilância Epidemiológica (VE). Os estados de maior porte populacional trabalham com regionalização e os estados menores centralizam a política na coordenação estadual. No âmbito municipal, a realidade é ainda mais heterogênea. Na maior parte dos municípios, a imunização está inserida na VE, mas em grande parte deles há sobreposição de funções, quando o coordenador de imunização é também o coordenador da Atenção Básica (AB) e, por vezes, vacinador.

2. A análise dos dados aponta a queda das coberturas vacinais no Brasil como um problema multifatorial, merecendo destaque as dificuldades enfrentadas na hesitação vacinal da população alvo das ações de imunização; os gargalos da força de trabalho (escassez de profissionais, sobrecarga de trabalho e capacitação) na atividade de registro de doses aplicadas; as barreiras de acesso às salas de vacina; a fragilidade das ações de busca ativa; a ausência de políticas intersetoriais; e a ausência e fragilidade das campanhas de vacinação.

3. Referente à hesitação vacinal, foi recorrente a percepção de que a população atrasa para receber os imunizantes, sendo raros os casos de recusa. Esse atraso foi amplamente associado à complacência, mais especificamente à mudança na percepção de risco em função da eliminação de diversas doenças. Outrossim, conforme supramencionado, as barreiras de acesso também foram amplamente apontadas como importante fator de estímulo ao atraso do calendário de vacinação e que está relacionado ao que se chama de conveniência. Ainda sobre o fenômeno da hesitação, cabe ressaltar que a análise dos grupos realizados com a população aponta que a desinformação e o receio dos

possíveis efeitos adversos causados pelos imunizantes também são fatores que geram a insegurança e suspeição dos indivíduos frente ao cumprimento do calendário vacinal.

4. Quanto às dificuldades relacionadas aos recursos humanos, ficou destacada a escassez de profissionais nas salas de vacinas e a consequente sobrecarga daqueles que estão à frente das mesmas, via de regra, as equipes de enfermagem. Gestores e profissionais participantes da pesquisa alegam que, não raro, um único profissional fica responsável por administrar a vacina, registrá-la no cartão de vacina e no sistema, orientar os pacientes e/ou suas famílias, entre outras atribuições. Além desse inconveniente, há também relatos de escassez de mão de obra qualificada e alta rotatividade de profissionais.

5. Vale destacar que esses óbices relacionados aos recursos humanos são mais evidentes nos municípios de pequeno porte, onde também se verifica, com frequência, situações críticas referentes aos imunizantes cujos frascos são multidoses. A tentativa do não desperdício (perda de doses) leva esses municípios a trabalharem com sistema de agendamento para aplicação dos imunizantes, o que, segundo relatos, fomenta o fenômeno da hesitação.

6. Sobre o registro, o principal óbice relatado pelos participantes da pesquisa foi a mudança nos sistemas de informação do PNI, já que muitas vezes não se consegue fazer a compatibilização com sistemas anteriores e/ou com sistemas próprios (municipais e/ou estaduais). Soma-se a isso a resistência dos profissionais envolvidos, bem como a falta de capacitação dos mesmos frente às mudanças instituídas. Outro entrave ao trabalho de registro das doses aplicadas refere-se ao acesso precário à internet e/ou a computadores, somado à ausência de profissional exclusivo a essa atividade.

7. Em relação às barreiras de acesso, merece destaque o horário de funcionamento das salas de vacina, que ao abrirem, na maior parte dos casos, apenas em dias úteis e horário comercial, não atendem à dinâmica cotidiana da população e contribui para o atraso da imunização. Nesse sentido, o incremento das ações de busca ativa e as políticas intersetoriais, em especial com as secretarias de educação, foram apontados como as principais estratégias de combate à queda das taxas de cobertura vacinal.

8. As campanhas de vacinação foram largamente apontadas como uma estratégia fundamental de divulgação e conscientização da população sobre a importância do cumprimento do calendário vacinal. No entanto, gestores, profissionais e população denunciam que as mesmas estão cada vez mais irregulares e perdendo a capacidade efetiva de se comunicar com seus públicos-alvo.

9. Para além do tema das baixas coberturas e/ou do fenômeno da hesitação vacinal, chama atenção a complexidade do território brasileiro, com realidades socioeconômicas, culturais e demográficas distintas. Essas diferenças, bem como as assimetrias delas decorrentes, conduzem ao desafio de elaboração de políticas e intervenções distintas e, por vezes, excepcionais. Nesse cenário, chamam atenção algumas assimetrias em específico, entre as quais destacam-se infraestrutura da rede de frio, infraestrutura das salas de vacina e dificuldades inerentes aos recursos humanos, em especial contratação e retenção do

profissional vacinador. Essas assimetrias manifestam-se de forma acentuada em áreas remotas, em especial na Região Norte, onde enfrentam-se as maiores dificuldades em relação à inadequação da rede de frio, bem como outros desajustes que comprometem o êxito da política de imunização.

10. Destaca-se, ainda, nas ações de armazenamento e conservação de vacinas uma ênfase nos gargalos presentes na logística de distribuição e transporte, bem como no processo de aquisição de refrigeradores e geradores adequados. Quanto ao recebimento e abastecimento, a discussão girou em torno da disponibilidade de imunizantes. Neste ponto, revelam-se perspectivas não consensuais — na visão da população, a falta de algumas vacinas é recorrente, enquanto que, para os gestores, não é comum faltar.

11. Os participantes declararam de forma unânime que a pandemia da covid-19 impactou na queda das taxas de cobertura vacinal, tanto pelo fato de a população preferir não buscar as unidades de saúde nas circunstâncias de isolamento social, quanto pelo fato de os próprios serviços de saúde não conseguirem organizar campanhas ou fazer verificação dos cartões de vacinação, em função do acúmulo de trabalho trazido pela pandemia. Por outro lado, alguns participantes relataram um aumento da visibilidade das ações de imunização e maior envolvimento da população em relação ao tema. Em algumas localidades, também foram relatadas melhorias de infraestrutura. ■



1

INTRODUÇÃO

A presente publicação é resultado de atividades previstas no componente de coleta de dados com atores envolvidos nas ações de imunização. De maneira integrada, são abordados resultados da análise de entrevistas e grupos focais com gestores municipais de saúde (secretários municipais de saúde e coordenadores municipais de imunização); gestores federais e estaduais; profissionais e trabalhadores de saúde e população adulta. Esta análise tem como objetivo compreender o cenário das políticas de imunização nos territórios, bem como levantar os principais desafios a elas impostos.

As entrevistas foram realizadas por meio das seguintes técnicas: (i) entrevistas interpessoais com gestores estaduais (coordenadores locais de imunização), com gestores federais (de atuação reconhecida nas políticas de imunização ou em áreas de interface com as mesmas) e com especialistas (sujeitos que são referência no domínio de temas caros à pesquisa); (ii) grupos focais com gestores municipais, rede de apoiadores Conasems/Cosems, profissionais e trabalhadores de saúde e população adulta; (iii) e GDOL com gestores municipais.

O Quadro 1 descreve, para cada metodologia, o público-alvo. Ao todo foram realizadas: i) 25 entrevistas interpessoais (4 com gestores federais, 19 com gestores estaduais¹ e 2 com especialistas); ii) 17 grupos focais (sendo 4 com gestores municipais, 2 com apoiadores da rede Conasems/Cosems, 5 com população e 6 com profissionais e trabalhadores de saúde); iii) 6 GDOL (1 em cada região do país, mais um grupo misto).

QUADRO 1

Detalhamento da coleta de dados primários.

Fonte	Público-alvo	Atores envolvidos
Entrevistas interpessoais	Gestores federais	*Médica pediatra (servidora pública do Ministério da Saúde representando a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações — CGPNI/DEIDT/SVS/MS). * Representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde — SAPS/MS. *Gerência de Avaliação de Segurança e Eficácia da Anvisa. * Coordenador-geral de Informação da AB.

¹ Todos os estados brasileiros, mais o Distrito Federal, foram convidados a participar da pesquisa. Aqueles não contemplados recusaram a participação e/ou estavam indisponíveis na ocasião.



Fonte	Público-alvo	Atores envolvidos
	Gestores estaduais	Acre Amapá Amazonas Pará Roraima Tocantins Ceará Maranhão Paraíba Pernambuco Rio Grande do Norte Espírito Santo Minas Gerais São Paulo Mato Grosso do Sul Distrito Federal Rio Grande do Sul Paraná Santa Catarina
	Especialistas	Médico sanitário Ex-ministro da saúde
Grupos focais e GDOL	Gestores municipais	Grupos focais: Municípios remotos Municípios com escassez alta e severa Municípios com baixo desempenho de coberturas vacinais Municípios com alto desempenho de coberturas vacinais Rede de apoiadores Conasems/Cosems (2 grupos) GDOL: Municípios da Região Norte Municípios da Região Nordeste Municípios da Região Sudeste Municípios da Região Sul Municípios da Região Centro-Oeste Grupo misto
	População adulta	Grupos focais: Responsáveis pelas crianças Responsáveis pelos adolescentes Adultos de 30 a 50 anos Idosos com mais de 60 anos



Fonte	Público-alvo	Atores envolvidos
	Profissionais	Grupos focais: Agentes comunitários de saúde Enfermeiros Técnicos e auxiliares de enfermagem Médicos de saúde da família e comunidade Pediatras de consultórios privados Coordenadores municipais de imunização

Fonte: Nescon, 2021.

Essa publicação está organizada em seções temáticas, elaboradas a partir das matérias de interesse deste estudo. Além dos conteúdos previamente previstos nos instrumentos de coleta (roteiros), outros assuntos também foram contemplados, por terem sido recorrentemente aludidos pelos participantes da pesquisa. A expectativa é que os apontamentos dessa publicação, somados às análises realizadas em outras frentes, possam contribuir para o entendimento do complexo cenário das ações de imunização no território brasileiro, bem como subsidiar a proposição de estratégias de enfrentamento aos principais desafios impostos a essa política.





2

MÉTODOS

A pesquisa ora apresentada refere-se ao levantamento de dados primários, a partir de metodologias de caráter qualitativo. As técnicas de pesquisa qualitativa, que neste trabalho estão sendo aplicadas através de entrevistas interpessoais, grupos focais e GDOL, objetivam a apreensão dos significados, motivações, valores e crenças dos sujeitos pesquisados. É uma maneira também de coletar informações relacionadas ao arranjo social em que o ator pesquisado está inserido, de forma a entendê-lo nas suas relações enquanto sujeito que atua no seu espaço. Nesse sentido, os métodos foram escolhidos em função da riqueza de informações que podem ser obtidas, da possibilidade de aprofundar o entendimento dos sujeitos investigados e complementar a análise quantitativa realizada em outras frentes do trabalho (EPSM-Nescon, 2012).

2.1. Entrevistas interpessoais

No presente estudo, a realização de entrevistas em profundidade teve como objetivo compreender o cenário das políticas de imunização nos territórios, bem como levantar os principais desafios a elas impostos. As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro de perguntas abertas atinentes às áreas de atuação de cada ator, como apoio, regulação, aquisição, armazenamento e distribuição de imunobiológicos; componentes de hesitação vacinal (confiança, complacência e conveniência); outras motivações de hesitação (princípios filosóficos ou religiosos, aspectos socioculturais, orientação de profissionais de saúde, etc.); bem como desafios enfrentados na gestão das ações de imunização no território, junto às peculiaridades da população. No caso das entrevistas com os especialistas, foram explorados temas de relevância de acordo com a área do conhecimento na qual cada um desses profissionais é referência.

Foram convidados gestores federais ou seus representantes dos seguintes órgãos: Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (SVSA/MS)/Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI); Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS)/Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária (CGGAAP); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)/Gerência de Avaliação de Segurança e Eficácia (GESEF). Entre os gestores estaduais, foram convidados representantes de todas as coordenações estaduais do PNI das 26 unidades da Federação e do Distrito Federal.

2.2. Grupos focais e GDOL

A realização dos grupos focais é uma estratégia metodológica que atende ao objetivo de apreender as percepções dos atores envolvidos em um ambiente de interação, que permite a troca de opiniões



e saberes, possibilitando considerar a visão dos diferentes sujeitos e contextos sociais sobre os quais incidem o fenômeno discutido (EPSM-Nescon, 2012). A seleção dos possíveis entrevistados considerou diversos critérios (a depender do tipo de ator envolvido) de modo a garantir a heterogeneidade, pluralidade e representatividade das informações levantadas. Variáveis como sexo, idade, raça, classe social e região foram dimensões ponderadas em cada um dos grupos realizados, garantindo o equilíbrio interno da composição dos mesmos. O recrutamento se deu mediante contato telefônico e cada um dos grupos contou com a presença de 8 a 10 participantes. O moderador, por meio de um roteiro de perguntas abertas, realizou a mediação e o fomento ao debate dos temas de interesse da pesquisa, guardadas as especificidades do perfil de cada grupo.

Os GDOL, por sua vez, foram realizados enquanto um componente da Pesquisa de Opinião Deliberativa, como uma ferramenta de aprofundamento dos temas já tratados com os gestores municipais e apoiadores nos grupos focais. Diferente dos grupos anteriores, que foram focados no diagnóstico dos desafios às ações de imunização nos municípios, os GDOL foram direcionados à discussão de estratégias de enfrentamento dos mesmos.



Os GDOL promoveram um debate voltado à identificação de estratégias de enfrentamento dos desafios da imunização.

Os GDOL são um tipo de técnica de pesquisa deliberativa, constituída por pequenos grupos de participantes, que se reúnem em um espaço público virtual voltado ao intercâmbio e debate informado de conhecimentos e opiniões. Eles possibilitam a discussão de problemas complexos, permitindo o entendimento e melhor compreensão de seus determinantes, além de prover espaço para a proposição de recomendações específicas para sua solução (EPSM-Nescon, 2012).

Os GDOL foram analisados de forma sistemática na publicação referente à Pesquisa de Opinião Deliberativa. Na presente publicação foram selecionados conteúdos específicos dos GDOL, sempre que se verificou a possibilidade de complementação e elucidação dos aspectos que foram aqui analisados.

O Quadro 2 apresenta os critérios de elegibilidade para a participação dos atores envolvidos nos grupos focais e nos GDOL, de modo a garantir o perfil de interesse de acordo com os objetivos da pesquisa.



Os instrumentos de pesquisa utilizados para o levantamento de dados qualitativos, conforme supramencionado, foram elaborados obedecendo às especificidades de cada público-alvo e, de maneira geral, buscaram discutir os temas caros às ações de imunização, pensando-as desde o processo de produção até chegarem efetivamente aos cidadãos. Desse modo, os instrumentos de coleta foram elaborados em caráter exclusivo para cada público-alvo e/ou metodologia (entrevistas em profundidade ou grupos focais). Para todos eles, foram tipificadas as categorias de análise fundamentais, de acordo com os objetivos da pesquisa. Além disso, os roteiros obedeceram a uma adequação da sequência de perguntas, de modo a manter a temporalidade e coerência das narrativas.



Os instrumentos de pesquisa obedeceram às especificidades dos públicos-alvo, visando abordar desde o processo de produção das vacinas até a chegada efetiva destas aos cidadãos.

Importante ressaltar que muitos questionamentos e ideias debatidos no âmbito das entrevistas e dos grupos focais, embora sempre apoiados em hipóteses atinentes ao tema da pesquisa, suscitaram outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas, conferindo a cada grupo e a cada entrevista questões, características e discursos peculiares.

Outrossim, deve-se salientar que, no caso das entrevistas com os *experts*, não foi utilizado nenhum roteiro na condução da conversa, em função do genérico e ao mesmo tempo distintivo conhecimento que os mesmos têm em relação ao tema debatido. Nesses casos, os pesquisadores apresentaram os objetivos da pesquisa aos entrevistados, deixando que os mesmos discorressem acerca dos assuntos relevantes ao interesse da investigação pretendida.



QUADRO 2

Detalhamento do perfil e critérios de seleção dos grupos focais e GDOL.

Público-alvo/ metodologia	Perfil	Critérios
Grupos focais com gestores municipais	Município remoto (+ de 120 minutos até a sede da regional de saúde)	- Perfil/porte populacional - Dados de cobertura vacinal
	Municípios com escassez de profissionais na AB	- Municípios classificados com escassez alta ou severa ²
	Municípios com baixo desempenho de coberturas vacinais	- Média de menos de 2 imunobiológicos com ICV* dentro da meta preconizada pelo PNI no período de 2015 a 2019
	Municípios com alto desempenho de coberturas vacinais	- Média de mais de 8 imunobiológicos com ICV dentro da meta preconizada pelo PNI no período de 2015 a 2019 - Municípios que distam mais 120 minutos até a sede da regional de saúde
Grupos focais com rede de apoiadores Conasems/ Cosems	Apoiadores das Regiões Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul	- Critério geográfico (diferentes regiões e UF)
	Apoiadores das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste	
GDOL com gestores municipais	Municípios da Região Norte Municípios da Região Nordeste Municípios da Região Sudeste Municípios da Região Sul Municípios da Região Centro-Oeste Grupo misto	- Critério geográfico (diferentes regiões e UF)
Grupos focais com população adulta	Responsáveis pelas crianças/adolescentes	- Critério geográfico (diferentes regiões e UF) - Idade do menor pelo qual é responsável - Usuários regulares do Sistema Único de Saúde (SUS)
	Adultos/idosos	- Sexo - Estrato social (critério socioeconômico)
Grupos focais com profissionais	Pediatras	- Lócus de atuação: consultórios privados
	Médicos de família e comunidade	- Lócus de atuação: Unidades Básicas de Saúde (UBS), preferencialmente as que realizam ações de imunização
	Enfermeiros	
	Técnicos e auxiliares de enfermagem	
	Agentes comunitários de saúde	

Fonte: Nescon (2021).

*ICV = Índice de Cobertura Vacinal.

² Foi utilizado o Índice de Escassez de Médicos na AB, cuja definição está disponível no Apêndice A.



2.3. Análise do material

Análise de conteúdo

Todos os grupos focais e entrevistas foram transcritos e posteriormente revisados pelos pesquisadores responsáveis pelo acompanhamento dos mesmos. No caso dos GDOL, foram construídas sínteses, elaboradas por profissionais especialistas em saúde pública. A análise do material foi realizada em fases cronológicas de acordo com o referencial teórico de Bardin (2004). Assim, cada um dos grupos e entrevistas foram considerados como unidades independentes. Desse modo, a primeira etapa foi a pré-análise, que consistiu na realização de leituras flutuantes de cada uma das unidades, procurando compreender o contexto geral das mesmas.

Na segunda fase, o material foi explorado na intenção de identificar as semelhanças nos discursos das diferentes unidades para construção das categorias analíticas. O ponto de partida foram as categorias pré-definidas na fase de revisão da literatura do presente projeto, a saber: i) infraestrutura do PNI na esfera municipal; ii) recebimento e abastecimento; iii) armazenamento e conservação de imunobiológicos; iv) aplicação; v) registro; vi) hesitação vacinal; vii) covid-19. Importante salientar que, durante o processo de categorização, outros temas relevantes emergiram nos discursos dos participantes e foram devidamente contemplados na análise. Por fim, a última fase foi a interpretação dos resultados, apresentada na seção seguinte da presente publicação.

Os principais desafios no processo de análise de conteúdo foram buscar as similaridades e interpretar as diferentes colocações de acordo com os grupos estudados. Conforme pontuado anteriormente, a pesquisa foi composta por atores de perfis distintos — profissionais de saúde, gestores em diferentes esferas governamentais, apoiadores da rede Conasems/Cosems e população — cada um deles a partir da sua própria intencionalidade. As diferentes perspectivas, bem como as visões convergentes, são apresentadas nos resultados.



Os principais desafios no processo de análise de conteúdo foram buscar as similaridades e interpretar as diferentes colocações de acordo com os grupos estudados.



Nuvem de palavras

A técnica da nuvem de palavras consiste em uma representação visual dos segmentos mais frequentes em um texto, sendo que os mais citados aparecem em fontes maiores. McNaught e Lam (2010) argumentam que a técnica pode ser usada como uma ferramenta complementar de análise, sendo que neste projeto a mesma foi utilizada associada à análise de conteúdo temática. Desse modo, foram geradas três nuvens de palavras — cada uma representando um nível governamental. Para a esfera federal foram utilizadas as entrevistas dos especialistas e gestores federais para a construção da nuvem de palavras. Na esfera estadual, a nuvem de palavras foi feita a partir das entrevistas dos gestores estaduais. Por fim, para a esfera municipal foram considerados os grupos de discussão com profissionais e gestores municipais.

Conforme recomendações, para que as nuvens de palavras possam refletir os conteúdos mais relevantes, foram retirados termos sem significado próprio, como artigos, preposições, locuções adverbiais e outros. Devido ao quantitativo de entrevistas, para essa etapa foi utilizado o *software* IRAMUTEQ, que permitiu, também, quantificar a ocorrência total de menções por cada palavra.

Devido à grande variedade de formas encontradas, foi adotado um ponto de corte, conforme recomendação do tutorial oficial do programa (Camargo; Justo, 2021). Assim, o cálculo do ponto de corte foi feito considerando a seguinte operação:

$$2x \frac{(\text{Número de ocorrências})}{(\text{Número de formas})}$$

O número de ocorrências é a quantidade total de palavras do corpus textual e o número de formas é o quantitativo de palavras sem contabilizar repetições. Por exemplo, se a palavra saúde for mencionada 10 vezes, ela vai ser contada 10 vezes como ocorrência e apenas uma vez como forma. Desse modo, a opção pelo ponto de corte permite reduzir a quantidade de palavras representadas na nuvem, garantindo assim, uma melhor visualização com as principais menções dos participantes.

De modo geral, a nuvem elaborada a partir das entrevistas com gestores estaduais, apresentou uma quantidade maior de palavras. Isso se justifica pelo volume superior de entrevistados e consequentemente maior número de formas. Por fim, após seleção das palavras com auxílio do IRAMUTEQ, a nuvem foi criada por meio da aplicação WordCloud do *software* Power BI.



3

RESULTADOS

Neste tópico são apresentados os aspectos mais relevantes levantados, de acordo com os temas de interesse deste estudo. Antes de partir para a análise detalhada das categorias, apresenta-se a seguir o fluxograma de análise, que foi organizado a partir das categorias analíticas, como forma de sintetizar os principais pontos encontrados.

A construção do fluxograma partiu da organização do PNI, categoria em que foram destacadas conquistas históricas do programa ao longo dos anos, como a incorporação de novos imunizantes, além de terem sido elencados desafios que passam pela produção de vacinas, logística de distribuição e processo de incorporação de imunizantes.

Em relação à infraestrutura municipal, foi possível perceber que, na maior parte dos municípios, a imunização estava inserida na VE. Nessa categoria emergiram, também, pontos críticos, como o quantitativo inadequado de recursos humanos, a indisponibilidade de tecnologias e as diferenças locais e regionais, que revelam a desigualdade estrutural entre os municípios brasileiros.

Na categoria armazenamento e conservação, a ênfase foi para os gargalos presentes na logística de distribuição e transporte, bem como no processo de aquisição de refrigeradores e geradores adequados. Quanto ao recebimento e abastecimento, a discussão girou em torno da disponibilidade de imunizantes. Nesse ponto, revelam-se perspectivas não consensuais — na visão da população, a falta de algumas vacinas é recorrente, enquanto que, para os gestores, não é comum faltar.

O trabalho de aplicação foi reconhecido como algo complexo, por envolver escassez de profissionais capacitados, dificuldades de acesso e dificuldade nas ações de comunicação e campanhas. A análise dos serviços de imunização na AB explorou as atribuições dos profissionais desse nível de atenção, sendo destacado o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na busca ativa, dos médicos pediatras em encaminhar as crianças para a sala de vacina e dos técnicos e auxiliares em realizar a aplicação.

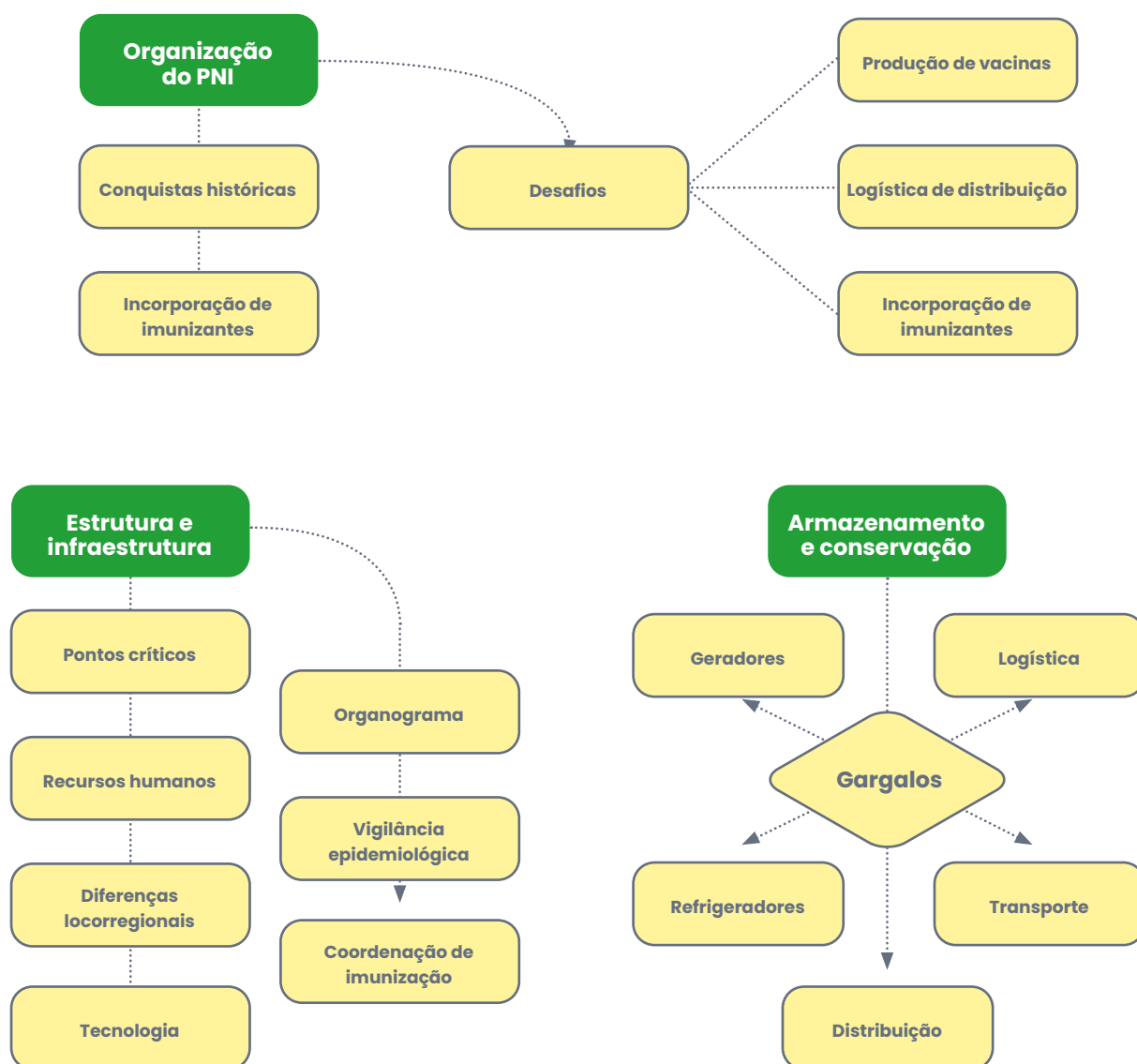
No que diz respeito ao registro das doses aplicadas, os principais desafios mencionados foram em relação à conectividade e disponibilidade de computadores. Na categoria hesitação vacinal, as principais causas para o fenômeno, de acordo com os participantes, são a dificuldade de acesso à imunização e a sensação de que as doenças não existem mais.

Quanto à covid-19, de modo geral, os participantes apontaram que a pandemia contribuiu para a diminuição das coberturas vacinais em função da necessidade de isolamento social. Por outro lado, gestores e profissionais mencionam que o fortuito trouxe melhorias para a infraestrutura dos municípios, em função das doações e repasses financeiros, bem como deu mais visibilidade às ações

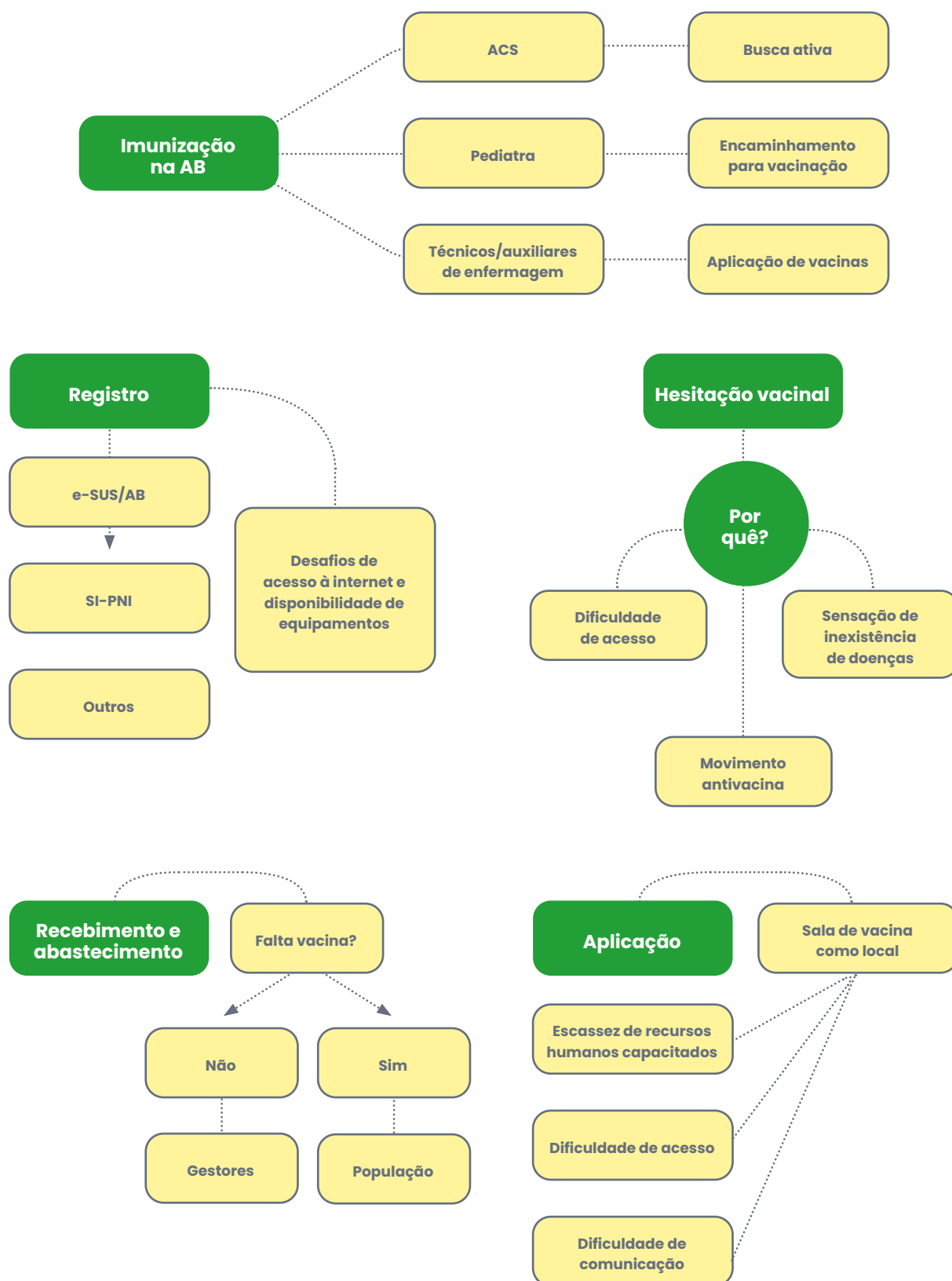


de imunização no país. Por fim, os temas transversais elencados e discutidos na última categoria, foram: as peculiaridades da vacina BCG, a necessidade de investimento em ações de capacitação, bem como em campanhas de vacinação.

Fluxograma de análise



(continua)

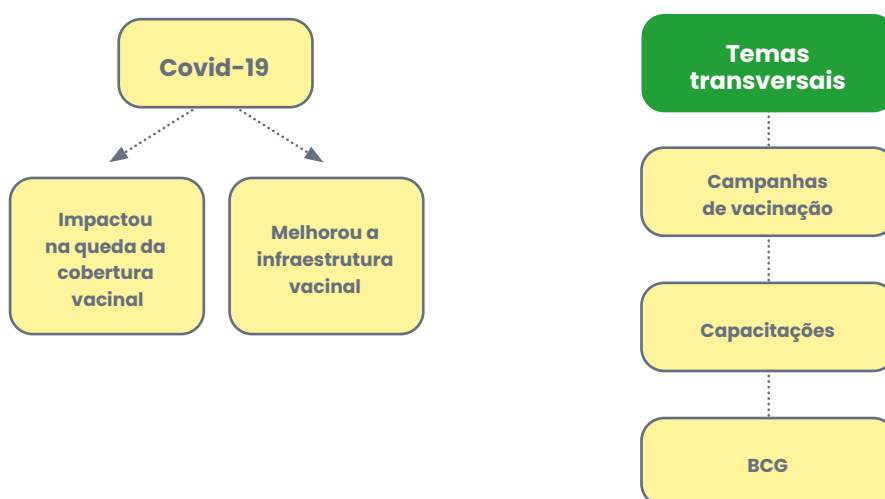


Fonte: elaborado pelos próprios autores.



3.1. Organização do PNI na esfera federal

As ações de imunização são uma das principais estratégias das políticas de saúde pública para o controle, prevenção e eliminação de doenças infecciosas. Portanto, a organização do PNI envolve uma série de temáticas que passam pela contextualização histórica do programa e os atuais desafios de produção, logística de distribuição e processo de incorporação dos imunizantes.



Do ponto de vista histórico, no Brasil, as políticas de imunização têm como marco o ano de 1.973, com o término da campanha de erradicação da varíola, iniciada em 1.962, e a criação do PNI. O programa trouxe consigo diversas exigências programáticas, entre as quais destacam-se o aperfeiçoamento dos setores de VE, a extensão das ações de vacinação em todo território (incluindo áreas rurais e remotas), a instituição de laboratórios oficiais para o respaldo do controle de qualidade das vacinas, as estratégias de aquisição e distribuição de imunobiológicos, a uniformização das técnicas de administração das vacinas, as campanhas de conscientização da população, entre outras conceituações, que demonstram a complexidade deste programa (Benchimol, 2001).

Ao largo da sua existência, o PNI ampliou as coberturas vacinais da população, controlou, eliminou e erradicou doenças. Os participantes reconhecem as conquistas do programa, salientam sua importância no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), além de destacarem a significância do PNI do ponto de vista orçamentário:

(...) quando o programa começou, em 1.973, eram só 4 vacinas e era destinado só à vacinação infantil. Com o decorrer do tempo, esse programa foi incorporando outras vacinas e hoje é voltado para toda a população brasileira, para todos os grupos de idade, grupos especiais, gestantes, pessoas com problemas de imunidade — ele abarca toda a população brasileira. Acho que é um dos programas que talvez



mostre para a gente o lado mais precioso do Sistema Único de Saúde, quando fala de universalidade, equidade e de integralidade. Pioneiro na incorporação de diferentes vacinas, é um dos poucos programas no mundo — e o Brasil é um dos únicos países — que oferta de maneira universal um “*know how*” tão extenso e abrangente de vacinas como a gente tem dentro do Programa Nacional de Imunizações (Representante da Coordenação-Geral do PNI).

O PNI distribui por ano cerca de 300 milhões de doses de imunobiológicos, entre vacinas, soros e imunoglobulinas. Isso sem contar a vacina contra a covid, que aí já são quase 235 milhões a mais de doses. Então pense no que é toda a parte de recursos financeiros: tem que ter uma soma imensa de recursos financeiros. Só para o programa de imunizações — não tenho aqui os dados totais —, mas só ano passado foram mais de 5,4 bilhões, sem contar as vacinas contra a covid (Representante da Coordenação-Geral do PNI).



O PNI é reconhecido pelos entrevistados, tendo suas conquistas e importância para o SUS ressaltadas.

Importante salientar que os evidentes e significativos resultados alcançados pelo PNI trouxeram um desafio para a oferta de vacinas como um bem público, universal e equânime, que é a demanda crescente da garantia de oferta em quantidade e qualidade das vacinas necessárias. Nesse sentido, uma entrevistada ressalta os desafios logísticos que se iniciam na aquisição de imunizantes e se estendem até a disponibilidade das vacinas nas unidades de aplicação:

Então, começa desde a aquisição e depois fazer toda a parte de armazenamento no nosso centro de distribuição em São Paulo e dali sair com segurança, via aérea, terrestre, até chegar nos centros estaduais, regionais e de lá ser distribuído para todos os mais de 37 mil postos de vacinação em todo país. Tem que ser uma logística muito coordenada para que a gente não tenha problemas, porque isso é fundamental. Essa questão da rede de frio vai garantir a segurança desta vacina: ela tem que chegar na temperatura tal, não pode ter excursão de temperatura, tem que ter todo um cuidado quando ela sai do avião e quando sai dos caminhões refrigerados. É um trabalho hercúleo, a população não tem ideia de todo o trabalho



realizado pelo Ministério, as secretarias estaduais e municipais para que ela tenha uma vacina de boa qualidade para ser aplicada em toda a população brasileira (Representante da Coordenação-Geral do PNI).

Precisa-se então salientar as diversas etapas que envolvem o programa de imunizações, desde a produção da vacina, até a efetiva disponibilização da mesma nos serviços de saúde: *“Toda a parte de produção, aquisição — porque como o Brasil adquire muito, às vezes tem escassez desse produto; não tem laboratório que produza, então você tem que comprar, via OPAS, de outros países”* (Representante da Coordenação-Geral do PNI). Assim, um *expert* entrevistado ressalta a peculiaridade do Brasil em relação à produção de vacinas, destacando que no país os produtores de imunobiológicos são institutos públicos (Butantan, Bio-Manguinhos e FUNED), que trabalham para o atendimento da demanda do SUS e do PNI.

O Butantan e o Bio-Manguinhos, fundamentalmente, desenvolveram, desde a década de 1970 do século passado, um modo de operar para atender as demandas do SUS, que hoje se chama de encomenda tecnológica. Significa que tanto o Butantan quanto o Bio-Manguinhos, quando o SUS precisava de uma vacina, acionavam um ou outro laboratório e eles localizavam um produtor externo, faziam uma compra, sendo que, no contrato, havia sempre uma cláusula de transferência de tecnologia. Não era uma compra simples, era uma compra com um item que dizia sobre compensação de transferência de tecnologia daquele produto. Isso foi feito! Por exemplo, a vacina contra influenza, que é produzida hoje integralmente pelo Butantan, foi uma tecnologia que veio da compra da vacina da Sanofi. Essa estratégia veio funcionando e foi muito importante, tanto para atender à demanda interna feita pelo SUS, através do PNI, como para o Butantan e o Bio-Manguinhos, que se capacitam tecnicamente e tecnologicamente para fazer. Isso, pra mim, é o central da estratégia brasileira, que me parece muito bem-sucedida (*Expert*).

Dentro deste tema — produção de vacinas — foi recorrente a percepção de especialistas e gestores entrevistados de que o Brasil ainda é muito dependente do mercado internacional e que isso pode, inclusive, afetar as taxas de cobertura vacinal.

O Brasil não tem autonomia na produção de muitas vacinas. A gente tem institutos, como o Instituto Butantan, Fiocruz, Bio-Manguinhos, que são instituições que têm uma representatividade importante no cenário de produção, mas a gente ainda depende de muita matéria-prima internacional, de insumo farmacêutico ativo de vacina que vem de fora e, sem dúvida, esse é um cenário que torna o Brasil um país muito dependente do cenário internacional. Na minha visão, isso afeta as coberturas (Representante da Anvisa).



O Brasil, segundo os entrevistados, ainda é muito dependente do mercado internacional na produção de vacinas, o que pode afetar as coberturas vacinais.

Além da produção, outros processos importantes são a aprovação e posterior incorporação das vacinas no PNI. No Brasil, a aprovação de imunobiológicos é de competência da Anvisa, instituída pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define, como uma das funções dessa autarquia, o controle sanitário de diversos produtos, entre eles, as vacinas.

A Anvisa atua em duas frentes: pré-mercado, ou seja, antes da vacina entrar/ser disponibilizada para a população, nós fazemos uma avaliação quanto a sua eficácia e segurança, qualidade, que é fundamental, já que a gente precisa saber a proveniência, a qualidade dos insumos que são utilizados na produção dessa vacina, o local que está produzindo. Então, a gente faz uma análise pré-mercado com foco na certeza de que essa vacina cumpre estes critérios técnicos de qualidade, segurança e eficácia. Também, a gente busca dar transparência sobre essas informações na bula da vacina. Então, a gente trabalha nessa parte anterior, fazendo essas análises e provendo as informações necessárias para que as vacinas possam ser disponibilizadas adequadamente para a população correta, esperando a resposta imunogênica mais adequada, etc. Mas o trabalho não é só antes, depois também fazemos um trabalho de monitoramento dessas vacinas. Ele se dá por meio das ações de farmacovigilância: nós exigimos que os fornecedores de vacina apresentem um plano de farmacovigilância. Então, as empresas precisam estar estruturadas para receber e fazer o tratamento das modificações de reações e eventos adversos. O nosso papel como agência reguladora, que não é uma agência de aquisição — nós não adquirimos vacinas, não compramos e não disponibilizamos —, mas nós asseguramos que as vacinas vão cumprir os requisitos e que depois, quando utilizadas, o monitoramento vai ser frequente para sabermos se o risco é superado pelos benefícios (Representante da Anvisa).

A Anvisa tem esse papel: não é o de produzir a vacina, apenas analisar os dados técnicos dos ensaios, observar sensibilidade, observar eficácia, observar especificidade e observar dados do ensaio clínico. Por isso requer uma análise bastante aprofundada. A Anvisa tem o papel de analisar esses dados para indicar se a vacina pode ser registrada. [...] em função dessas questões tecnológicas



novas, essas plataformas novas em que estão sendo desenvolvidas essas vacinas, existe uma necessidade de um maior rigor regulatório e de análise para que não se coloque no mercado uma vacina que você não tenha condições de garantir a eficácia e a segurança. A Anvisa tem esse papel, mas não é responsável pela incorporação de vacinas no PNI (*Expert*).

Observa-se, então, que o registro na Anvisa não significa incorporação de um imunobiológico no PNI, o que é de responsabilidade da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no SUS, criada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. De toda forma, embora não seja o órgão responsável pela incorporação, a Anvisa é membro da Conitec, conforme menciona um entrevistado.

A Anvisa é parte da Conitec. Somos um dos 13 membros que decidem e deliberam sobre a incorporação. Ali temos um espaço limitado, fornecemos informações, esclarecemos as questões dos aspectos de risco e benefício, dos aspectos técnicos. Mas é claro que a avaliação da incorporação leva em conta um aspecto diferente, que é o custo x efetividade e não o risco x benefício, que é avaliado pela agência. No PNI temos buscado uma parceria em que colaboramos com dados e informações que possam subsidiar essa decisão da incorporação (Representante da Anvisa).



A Anvisa tem o papel de aprovação de imunobiológicos, mas não cabe a ela a decisão sobre a incorporação de novas vacinas no PNI.

Em síntese, observa-se que a contribuição do PNI para o controle do cenário epidemiológico do país foi reconhecida pelos participantes. Eles destacaram o crescimento do programa ao longo dos anos, incorporando novos imunizantes e atendendo, assim, todas as faixas etárias, conforme o princípio da universalidade. Contudo, os desafios também foram lembrados, principalmente o insuficiente fortalecimento do complexo industrial da saúde, em especial no que se refere à produção de imunobiológicos.



3.2. Infraestrutura do PNI nas esferas estadual e municipal

Diversos fatores relacionados à infraestrutura impactam no êxito das ações de imunização. No presente estudo foram considerados aqueles relacionados à organização da política nas esferas governamentais, à disponibilidade de equipamentos e recursos humanos, reconhecidos como fatores imprescindíveis para assegurar imunobiológicos de qualidade à população.

Quanto à organização do PNI, é importante pontuar que o programa foi planejado em uma lógica tripartite; desse modo, para além dos encargos federais, são também previstos deveres a estados e municípios. Nesse sentido, as instâncias gestoras envolvidas, cada uma com suas atribuições específicas, se responsabilizam pela aquisição, planejamento, armazenamento, logística de distribuição, treinamento de recursos humanos, entre outras funções.

A imunização é um bom exemplo desse processo de integração dos serviços de Atenção Primária e vigilância, porque envolve três fatores. Tem o PNI, que é da SVS, que fornece as doses de imunizante e faz a distribuição; a rede de frio, que também não é dos serviços de Atenção Primária; e temos os profissionais da Atenção Primária que executam o processo de vacinação. É uma integração entre três partes para ocorrer a imunização nos territórios (Representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde).

O que pode ser observado por meio das entrevistas e grupos focais é que a realidade dessa política é muito heterogênea, seja no que tange aos diferentes atores envolvidos (Governo Federal, estados e municípios), seja naquilo que se refere às especificidades locais. A importância dessa interlocução entre os diferentes entes federados é ressaltada por um entrevistado.

Hoje, o Ministério da Saúde é o grande responsável pela elaboração das políticas públicas voltadas para a questão da imunização, que envolve toda a definição de que vacinas se utilizam, que vacinas você vai comprar, qual é o perfil; mas quem operacionaliza essa vacinação no país são os estados e os municípios. Sem o trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais, certamente a gente não teria alcançado todo o sucesso que nós tivemos ao longo desses anos em relação a essa ampliação do programa de vacinação, em relação às coberturas que sempre tivemos altíssimas. Foi o trabalho árduo das secretarias estaduais e municipais (Representante da Coordenação-Geral do PNI).

No referente à organização da estrutura das políticas estaduais de imunização, o que se observa é que, na maior parte dos casos, a coordenação do PNI se localiza, dentro do organograma das Secretarias Estaduais de Saúde, no setor de VE, os estados de maior porte populacional trabalham com



regionalização e, via de regra, cada regional tem ao menos um servidor responsável pelas ações de imunização. Nos estados menores não há regionalização, estando então a política centralizada na coordenação estadual do programa. Há também de se destacar que os estados da Região Norte apresentam peculiaridades, como por exemplo, estabelecimentos destinados a imunopreveníveis específicos de doenças tropicais, distritos especiais de saúde indígena, entre outros.

No âmbito municipal, a realidade é ainda mais heterogênea, havendo municípios que relatam não experimentar grandes dificuldades de organização da política local, até aqueles em que o coordenador de imunização é também o coordenador da AB e, por vezes, aglutina inclusive a função de vacinador. *“Gera um pouco de estresse naquele profissional, porque ele tem uma série de funções e muitas vezes não consegue focar num bom trabalho”* (Participante de grupo focal/coordenadores municipais de imunização).

Para além da organização da política, a infraestrutura engloba outros fatores essenciais para o funcionamento adequado da imunização, são eles: a disponibilidade de equipamentos e de recursos humanos. Contudo, na esfera municipal foi possível perceber relatos sobre equipamentos de refrigeração sucateados, computadores inadequados e falta de acesso à internet. Em alguns casos, ainda que a internet estivesse presente, a qualidade da conexão deixava a desejar. *“Trabalho com PEC no e-SUS. Nossa sala de vacina tem internet, apesar de precária e a plataforma travar”* (Participante do fórum/profissionais de saúde).

Cerca de 90% das salas de vacina do nosso estado não dispõem de câmara refrigerada e ainda operacionalizam a vacinação com refrigerador doméstico. É um ponto muito negativo que temos relacionado à infraestrutura. A longo prazo, eu enxergo que o estado precisa, sim, de um olhar para uma ampliação da nossa rede de frio estadual e fortalecimento das centrais municipais, já que a grande maioria funciona com refrigeradores domésticos (Coordenadora estadual de imunização).

Com a informatização, a presença do computador nas salas de vacina torna-se mais frequente. Mas devemos considerar a qualidade destes aparelhos e seus equipamentos, assim como ter boa internet, pois facilita e agiliza o trabalho do profissional que é único na sala de vacina. Tenho experiência de enfermeiro levar seu notebook para a sala de vacina (Participante do fórum/profissionais de saúde).

A escassez de profissionais também foi recorrente, levando ao acúmulo de funções em um mesmo profissional.

No nosso município, nós não temos pessoal específico, então eu atuo como coordenadora de imunização e como enfermeira da Estratégia Saúde da Família.



A sala de vacina é feita na mesma unidade onde funciona tudo e eu sou a responsável tanto pela imunização quanto pela estratégia e pela unidade. Então, é uma correria louca (Participante de grupo focal/gestor de municípios com escassez severa).

A maioria dessas funções recai em mim. Eu sou coordenadora da AB, da imunização, da epidemiologia, de tudo. A parte dos colegas, eles ajudam dentro do possível, mas a responsabilidade recai sobre mim, e eu ainda sou enfermeira também (Participante de grupo focal/coordenadores municipais de imunização).

Eu acumulava esses cargos, inclusive, quando eu estava na equipe de epidemiologia, eu fazia parte do faturamento da Secretaria de Saúde, da digitação dos sistemas. Eu confesso que nem gostava de fazer tudo isso, principalmente porque o serviço ficava mal feito, pois você não consegue finalizar, sempre tem algo que aparece. Por ser a única enfermeira no município, você precisa resolver tudo. Se o secretário de saúde não tem conhecimento técnico, você precisa auxiliar em tudo. Então, eu acho fora de possibilidade ter tantas funções assim (Participante de grupo focal/coordenadores municipais de imunização).

Nós temos uma dificuldade muito grande: o coordenador de AB é o coordenador de imunização, um único profissional para várias funções. Isso acaba atrasando, porque, quando ele precisa se deslocar para a comunidade, o município fica descoberto daquele profissional. Isso é um dos problemas que temos aqui dentro e é recorrente há muito tempo. A equipe de profissionais é pequena (Participante de grupo focal/apoiadores).

O principal problema é que a maioria dos municípios são de pequeno e médio porte e geralmente, nesses municípios, o responsável pela imunização é responsável pela AB e responsável pela VE (Participante de grupo focal/apoiadores).

Eu acho que seria interessante se os municípios tivessem um responsável para imunização separado, sem o cara ser responsável por outros setores como vigilância e AB. Às vezes é a mesma pessoa que faz tudo — seria uma política para se pensar a longo prazo (Participante de grupo focal/apoiadores).



Muitos depoimentos, sobretudo de profissionais que atuam em municípios menores, são reveladores da escassez de trabalhadores, levando à sobrecarga e à fragilidade do cuidado.

Sobre as desigualdades, conforme também exposto em outras frentes dessa publicação, nota-se que entre entrevistados das Regiões Sul e Sudeste, há maior frequência de relatos de facilidade na organização e logística das ações de imunização. Nessas regiões do país, não são frequentes os relatos de infraestrutura precária, nem mesmo entre os municípios mais distantes dos grandes centros urbanos e/ou os de menor porte populacional. Os relatos abaixo, de gestoras de municípios de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul, ilustram o acima relatado.

Nós temos a câmara fria aqui nas salas de vacinas, temos ar-condicionado, tudo informatizado — as salas de vacina são informatizadas (Participante de grupo focal/gestor de municípios com escassez severa).

Aqui também nós temos uma câmara fria, sala climatizada com ar-condicionado, informatizado também. A nossa geladeira tem uma bateria, que tem uma durabilidade mesmo com a falta de luz. Nós também temos um número para entrar em contato — só tivemos uma situação no meu tempo na UBS que aconteceu isso: foram umas quatro horas sem energia, mas entramos em contato para fazer o religamento e foi tranquilo (Participante de grupo focal/gestor de municípios com escassez severa).

O registro aqui é feito em tempo real, no momento da vacinação, no Programa e-SUS. Como já foi falado antes, a gente tem todas as salas informatizadas (Participante de grupo focal/gestor de municípios com alto desempenho).

Em contraposição, relatos referentes à Região Norte apontam para um cenário de desafios significativos: *“Aqui no Amazonas toda hora tem que ir e voltar, o sistema cai, enfim. Mas o problema que nós temos hoje, que é crônico, é a questão da conectividade da sala de vacina. Esse é, para nós, o maior desafio”* (Participante de grupo focal/apoiadores).

A realidade do Amazonas, eu acho que é um pouco diferente em relação ao acesso: temos uma limitação muito grande do ponto de vista logístico operacional.



Nós convivemos com todos os problemas, como a questão da precariedade dos espaços físicos na nossa região aqui em relação às outras realidades; temos uma questão séria de intermitência de energia elétrica, então a maioria dos municípios são termoeletricas. São vários os desafios que nós temos. Em vários municípios, cerca de 70% da população está em área rural e distante. A logística para garantir o calendário de imunização nas campanhas nacionais é sempre, para nós, um desafio muito grande. Eu falo inclusive de logística e o alto custo — o custo operacional para acessar essas áreas e garantir o acesso a essas vacinas para nós é absurdo (Participante de grupo focal/apoiadores).

Para você se vacinar, no caso dos nossos municípios de Rondônia e da Região Norte; para pegar quatro casos dentro de povoados, comunidades, são rios e rios subindo a Amazônia. É bem complicada essa questão, que dentro do Ministério da Saúde já foi vista como única, como um todo. Mas são várias que existem e com particularidades completamente diferentes (Participante de grupo focal/apoiadores).

Aqui no Amapá, a dificuldade de internet é gritante e em alguns municípios ainda, inclusive, há falta de energia. Aqui no Macapá está tendo essa rotatividade, tem bairros com falta de energia. Nós temos dificuldade com digitador dentro do município, com a capacitação para essas pessoas que trabalham diretamente com registro de dados, atualização do próprio sistema (Participante de grupo focal/apoiadores).

No cômputo geral, o que se faz notar é de fato a heterogeneidade das realidades locais, havendo relatos de municípios com infraestrutura adequada e outros com equipamentos sucateados e instalações precárias. Esse cenário, desafiador para as gestões federal e estaduais, reflete a necessidade de investimento em desenvolvimento e atualização da infraestrutura. Além disso, cabe também mencionar que essas desigualdades locais impactam na gestão de recursos humanos, em especial em relação ao profissional vacinador, conforme será posteriormente discutido.



As desigualdades regionais estão presentes em muitos relatos, evidenciando facilidades na organização e logística das ações de imunização nas Regiões Sul e Sudeste e desafios significativos na Região Norte.



3.3. Recebimento e abastecimento

A logística de recebimento e posterior distribuição de vacinas foi um dos temas abordados nas entrevistas realizadas junto aos coordenadores estaduais de imunização, bem como também foi alvo de debate nos grupos focais com gestores municipais. Capacidade operacional, atraso no recebimento e desabastecimento são exemplos de assuntos que foram oportunamente discutidos.

Embora algumas peculiaridades locais devam ser avaliadas, de maneira geral, não foram relatados com frequência problemas de atraso no recebimento de imunobiológicos e/ou crises de desabastecimento. Segundo os entrevistados, as vacinas de rotina são solicitadas pelos estados e distribuídas aos municípios conforme os dados de estimativa populacional ou de nascidos vivos, ou ainda conforme a demanda relatada pelas UBS (neste caso baseando-se na média histórica das mesmas).

As enfermeiras olham o quantitativo que tem no estoque, me passam o que tem e o que elas precisam, porque elas conhecem mais o público e a área. Daí eu faço o pedido no sistema (Participante de grupo focal/gestor de municípios com baixo desempenho vacinal).

É feito o pedido mensalmente através do SIES e é o carro do município que vai, com essa finalidade, na gerência de saúde retirar, conforme a gerência sinaliza que chegou a vacina (Participante de grupo focal/gestor de municípios com baixo desempenho vacinal).

Os relatos de desabastecimento nos municípios — apontados como pouco frequentes — coincidem com o desabastecimento em nível nacional, indicando a capilaridade do PNI no território nacional, ainda que, nos municípios remotos e de difícil acesso, o processo de distribuição seja mais moroso. No que diz respeito aos insumos, observou-se um fluxo heterogêneo. Em alguns estados esses insumos são entregues junto às vacinas; em outros, a solicitação dos mesmos é feita separadamente. Em qualquer um dos casos, vale destacar que não há relatos frequentes sobre falta de insumos, tais como seringas e agulhas.



De maneira geral, não foram relatados com frequência problemas de atraso no recebimento de imunobiológicos e/ou crises de desabastecimento, nem falta de insumos.



Importante salientar que, segundo os participantes da pesquisa, quando há desabastecimento, segue-se a preconização do MS, a exemplo da crise de abastecimento da vacina pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e *Haemophilus influenza* tipo B): quando ocorre, é substituída pela aplicação da tetravalente, mais complementação com hepatite B, ou também nos casos de falta da tetraviral (sarampo, rubéola, caxumba e varicela), em que o ministério determina a aplicação da tríplice viral conjugada com a vacina varicela monovalente. Quando não é possível a adoção de um esquema alternativo, como é o caso da vacina contra o HPV (que também passou por períodos de desabastecimento em diversos países), é necessário reagendar, junto à população, a data da aplicação.

No entanto, embora a percepção dos gestores não aponte para a falta de imunizantes como um obstáculo ao êxito das políticas de imunização, há usuários que sugerem o contrário, relatando ser frequente os casos em que buscam uma unidade de saúde para receber determinada vacina e a mesma está em falta. Neste sentido, a representante da Coordenação-Geral do PNI considera que a indisponibilidade de imunizantes, quando ocorre, é de fato o maior desafio imposto ao êxito das ações de imunização no país.

Eu sempre digo que talvez o maior descrédito que a família possa ter em relação à vacinação é levar seu filho e quando chegar lá não tem; tem que voltar dia tal, dificultando o acesso à vacina. Então, mesmo você tendo o recurso para a compra de vacinas, às vezes tem questões operacionais que fazem com que você tenha essa questão da indisponibilidade da rede (Representante da Coordenação-Geral do PNI).

Eu, toda vez que vou, ligo antes. Mesmo estando agendado eu sempre ligo, porque geralmente falta. Aí fala: está em falta no estado, e a gente tem que esperar (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).

A questão de deixar faltar vacina é muito ruim. Eu lembro uma vez que faltou uma vacina e a gente ficou três meses sem essa vacina (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).

Acontecia algumas vezes de não ter vacina, sendo assim eu tinha que ficar ligando depois de um mês, dois meses, para ver se já tinha chegado. Isso já aconteceu sim e eles não avisam se já chegou, nós que temos que ficar ligando para perguntar (Participante de grupo focal/mães de crianças).

Como são muitos filhos, é algo que acontece bastante. Já aconteceu de levar um, não ter a vacina e remarcaram para voltar em outro dia. Sendo assim, com quem ficam os outros? Então, já teve dias que meu marido precisou faltar ao trabalho para eu levar dois e ele ficar com o restante. E acaba parando a rotina da família



toda, algo que eu poderia ter resolvido em um só dia se tivesse as vacinas no posto. Então, acaba atrasando e desanimando mais (Participante de grupo focal/mães de crianças).

A população acabou caindo em um descrédito porque ela ia até a unidade e não achava vacina para fazer no seu filho; não tinha vacina naquele momento. Todo aquele processo de conscientização da importância da vacina caiu no descrédito, porque a mãe ia lá e não tinha vacina naquele dia — “aquele dia que eu consegui ir, não tinha”. Eu acho que a falta de imunobiológico propiciou uma baixa da cobertura vacinal (Participante de grupo focal/apoiadores).

O impacto do desabastecimento é imenso porque a mãe vai lá levar uma vez, não tem a vacina, e nós não temos a garantia que ela vai voltar quando a vacina chegar. A vacina vai voltar daqui a um mês — nós não temos a garantia que ela vai voltar e é bem aquilo que nós falamos antes: se nós não fizermos a busca ativa, nós não temos a garantia que ela vai voltar. Como ela vai saber que a vacina chegou? Ela vai ter que todos os dias ir lá? É um processo bem fragilizado mesmo quando acontece o desabastecimento (Participante de grupo focal/apoiadores).



Embora a percepção dos gestores não aponte para a falta de imunizantes como um obstáculo, usuários relatam experiências que demonstram o contrário.

Por fim, chamam atenção as peculiaridades da Região Norte, cuja logística de distribuição, não raro, é complexa e onerosa, conforme elucidado pela fala de um apoiador.

A distribuição das vacinas de rotina é por conta do município. O município preenche o sistema de informação, entra em contato com o PNI estadual e faz a distribuição. Boa parte dos municípios, se tiver possibilidade, freta um avião ou leva de lancha rápida, mas é uma logística meio complicada porque pode quebrar a embarcação no meio do caminho e aí você tem que pedir suporte no município. O estado não recomenda que leve de lancha rápida, que nós chamamos aqui de barco expresso. Mas, infelizmente, fretar um avião aqui no estado vai de R\$ 12.000 a R\$ 36.000, então os municípios acabam não optando (Participante de grupo focal/apoiadores).



No cômputo geral, observa-se que os municípios conseguem se organizar no processo de abastecimento e distribuição de imunobiológicos, ainda que alguns enfrentem desafios importantes, em especial na Região Norte. O desabastecimento de determinadas vacinas, ainda que seja evento pontual, parece demandar uma análise prudente, uma vez que não compromete somente os intervalos adequados do calendário vacinal, mas também a organização da população em relação ao tema, dada a necessidade de agendar e reagendar o recebimento do imunizante.

3.4. Armazenamento e conservação

O tema da conservação de vacinas tem extrema relevância dentro das políticas de imunização, tendo em vista que as mesmas são produtos sensíveis a variações de temperatura e, se não forem adequadamente armazenadas, perdem sua eficácia. Diferente do que pode ser observado sobre o abastecimento, o armazenamento dos imunobiológicos surge como um óbice frequentemente enfrentado por estados e municípios, embora também de forma bastante heterogênea.

A rede de frio dos estados dispõe de diversos equipamentos distintos, a depender do porte e infraestrutura de cada um deles, sendo mencionada a existência de câmaras frias, câmaras refrigeradas, freezers horizontais e contêineres. Os geradores foram os equipamentos apontados como os mais difíceis de se adquirir e também como aqueles cuja escassez mais compromete o armazenamento seguro dos imunobiológicos.

Interessante notar que, mesmo naqueles estados onde a rede de frio é apontada como bem equipada e estruturada, existem relatos de dificuldades enfrentadas, como o fato de as câmaras serem muito antigas e demandarem manutenção constante ou serem muito pequenas, o que dificulta a organização do armazenamento.

Não temos dificuldade com relação ao recebimento de vacinas e ao acondicionamento, mas devo informar que nossa câmara é antiga, de 1998. Quando foi instalada tinha antecâmara, câmara positiva e câmara negativa. Ao passar dos anos, nós deixamos de ter vacinas negativas, sendo a única a da poli, que fica armazenada em um refrigerador. Então, eu adaptei essa parte da câmara negativa, transformando em câmara positiva. Assim, hoje a nossa câmara é toda positiva: a antecâmara é positiva; a do meio, que já era positiva, continua; e a outra câmara, que era negativa, também está positiva, variando de 2 a 8 graus (Coordenadora estadual de imunização).

Nós temos a conservadora, aquela que tem o termômetro que diz a menor quantidade, e se faltar energia ela dura mais ou menos seis horas. Só que a nossa, por exemplo, tem um problema: ela tá dizendo que está com bateria baixa, nisso a gente fica toda hora de *standby*, porque assim, de repente, acaba (Participante do GDOL com gestores técnicos das Regiões Centro-Oeste e Norte).



O armazenamento dos imunobiológicos é citado frequentemente como um desafio enfrentado por estados e municípios, embora também de forma bastante heterogênea.

O transporte das vacinas das unidades regionais e estaduais para seus respectivos municípios se dá, na maioria das vezes, em veículos refrigerados destinados exclusivamente a essa função: *“Cada regional tem uma van e essa van é utilizada, exclusivamente, para o transporte das vacinas e os imunobiológicos. Então, hoje nós temos 4 caminhões e 18 vans refrigeradas, exatamente para o transporte das vacinas”* (Coordenadora estadual de imunização).

Na inexistência desses veículos, os imunobiológicos são transportados em caixas térmicas, equipadas com instrumentos de medição de temperatura. Há também os municípios ribeirinhos, para os quais os imunizantes são enviados em barcos ou lanchas, também em caixas térmicas, conforme relata uma entrevistada, coordenadora estadual de imunização: *“O transporte leva as vacinas até o porto de onde são despachadas nas lanchas. Quando a vacina chega no município, os responsáveis nos informam em que temperatura chegaram, para nosso controle”*.

Vale destacar que não foram frequentes os relatos de perda de imunizante no processo de transporte/distribuição, embora a logística de alguns municípios seja complexa, conforme relata uma participante de grupo focal, gestora municipal: *“Aqui, a regional [localizada no estado do Pará] manda através de navio para o município, porque só chega por água ou helicóptero. Recebemos, checamos a temperatura e armazenamos”*.

Por outro lado, nas UBS o armazenamento é feito, via de regra, em refrigeradores domésticos, o que impõe alguns desafios específicos, sobretudo aos municípios da Região Norte, onde foram frequentes os relatos de queda de energia. É então “na ponta” do processo, nesse caso nas unidades de saúde, onde ocorrem com maior frequência as perdas de doses. Vale destacar que a queda de energia não é causa única dessas perdas, sendo também frequentes as falhas de funcionamento dos equipamentos já bastante antigos.

Aqui é um estado que tem uma característica de instabilidade energética muito grande. Por várias vezes temos *blackouts* gerais em todo o estado. Essa situação energética é um complicador, porque às vezes acontece uma queda de energia no final de semana e não tem ninguém naquela sala de vacina ou naquela central



municipal. Nem todas as câmaras refrigeradas têm dispositivo de segurança. Nem todas as salas de vacina das unidades de saúde têm à disposição gerador de energia. Às vezes acontece da própria limpeza, por algum motivo, tirar a geladeira da tomada, enfim. Ao notar algumas falhas nesses equipamentos, que fazem o armazenamento dessas vacinas, pode haver excursão de temperatura (Coordenadora estadual de imunização).

Quando é feriado prolongado, nossa coordenação recolhe as vacinas e leva para um setor que tem gerador, caso aconteça queda de energia. Aqui acontece muita queda de energia! Mas já aconteceu de eu e mais um colega sair de casa, por volta de nove e meia da noite, e ir até o posto, a unidade de saúde, retirar as vacinas para o carro levar e não perder todas as vacinas (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).



Não foram frequentes os relatos de perda de imunizante no processo de transporte/distribuição, embora a logística de alguns municípios seja complexa.

Além do inconveniente da perda de doses, a inadequação da rede de armazenamento das unidades de saúde impõe dificuldades aos municípios, como por exemplo a necessidade de se esvaziar os refrigeradores aos finais de semana e feriados e reabastecê-los no início da semana seguinte. Mais do que um desafio logístico, esse processo é oneroso a alguns municípios, sobretudo aqueles de menor receita e/ou aqueles que estão distantes das unidades regionais. Há ainda unidades de saúde que não têm sequer o refrigerador doméstico e operam somente com o auxílio das caixas térmicas.

Nesse ponto, foram frequentes os relatos dos municípios que optam por armazenar os imunobiológicos no hospital local, o que obviamente só é possível para aqueles que contam com a existência desse tipo de estabelecimento.

O município, quando é um pouco maior — mais de 15 mil habitantes —, faz uma rede de frio lá na secretaria ou, às vezes, no hospital do município, eles criam sua rede de frio local. Ficam as vacinas ali e vão mandando para as unidades de acordo com a necessidade, para também não encher as unidades de saúde com muitos imunobiológicos. Às vezes, eu percebo que onde tem hospitais, eles gostam de



deixar nos hospitais, por ter gerador. Quando a cidade é maior, eles deixam a rede de frio no hospital já pensando nessa logística, se vier a faltar energia (Enfermeira da equipe de Coordenação estadual de imunização).

Outro tema recorrente nas entrevistas e grupos focais, quando do debate sobre perda de doses, foi a dificuldade específica em relação às vacinas cujo frasco é multidose e tem uma pequena vida útil após a abertura, como é o caso da BCG (Bacilo de Calmette e Guérin). Para evitar o descarte de frascos de BCG ainda contendo doses do imunizante, alguns municípios optam por administrar essa vacina apenas nas maternidades; enquanto outros agendam a vacinação da mesma, concentrando a aplicação em um determinado local, dia e horário: *“Segunda e quarta o posto fica carregado, porque são os dias que fazemos BCG e são 20 doses em um frasco. Então, é por agendamento, fica cheio de crianças”* (Participante de grupo focal/gestor de municípios com escassez severa).

Com a escassez da BCG, resolvemos centralizar essas vacinas nas unidades e nas ações do quinto dia, que é o teste do pezinho. A gente contempla, faz o cartão e já vacina a criança. É a maneira que a gente encontrou de estar acompanhando, mas por questões de escassez da BCG mesmo. Agora, por exemplo, eles estão querendo que a gente abra BCG todo dia, aí você solicita trinta BCG no município de 10.200 pessoas e não tem BCG suficiente para abrir todo dia. Então, você tem que trabalhar com a sua realidade, infelizmente (Participante de grupo focal/gestor de municípios com baixo desempenho vacinal).

Tem criança que fica três, quatro meses sem tomar a vacina da BCG porque a gente precisa agendar, juntar estas 10 crianças nascidas no município (Participante de grupo focal/gestor de municípios com baixo desempenho vacinal).



Um tema recorrente nas entrevistas e grupos focais foi a dificuldade em relação às vacinas cujo frasco é multidose e tem uma pequena vida útil após a abertura.

Há ainda aqueles que arcam com o ônus da perda de doses, afirmando que fazer agendamento de dia/horário para vacinação pode aumentar o risco de cobertura inadequada. No entanto, embora relatem essas dificuldades, a maior parte dos participantes da pesquisa declarou que, quando as perdas ocorrem, não há dificuldade de reposição das mesmas.



Ainda sobre a infraestrutura de armazenamento, chamam atenção os frequentes relatos de gestores (estaduais e municipais) que destacam as significativas melhorias na rede de frio que ocorreram em função da pandemia da covid-19. Destacam o recebimento de geradores, câmaras frias e refrigeradas, refrigeradores domésticos, caminhões frigoríficos, vans exclusivas ao transporte de vacina, doação de caixas térmicas por parte de algumas empresas, entre outros.

A nível regional, neste ano, todas as unidades regionais receberam novas câmaras de conservação para uso no armazenamento de vacinas contra a covid-19. Findada a campanha covid, estas câmaras servirão para estoque de vacinas de rotina, reforçando os espaços de armazenamento existentes (Coordenadora estadual de imunização).



A pandemia da covid-19 levou à melhoria na rede de frio, segundo muitos entrevistados.

Importante destacar a peculiaridade da Região Norte — a que enfrenta maiores óbices em relação à instabilidade energética. O estado do Amapá, em especial, enfrentou um apagão no ano de 2020, que impactou sobremaneira na organização do PNI naquele território.

Passamos por um apagão de quase um mês. Nos outros municípios, infelizmente, houve perda de vacina. Teve gestor que fez o possível com armazenamento de gelo, controle de temperatura, às vezes com geradores menores que a capacidade das câmaras. Macapá, que é a capital, viveu uma situação muito peculiar, porque, por ser Macapá e ter uma central bem grande, a maior do estado, mas não tinha geradores. Compraram gerador durante o apagão, mas compraram gerador de uma potência que não segurava muito; segurava quatro geladeiras e tiveram que remanejar (Participante de grupo focal/apoiadores).

De maneira geral, o que pode ser observado é que, embora o armazenamento seja uma dificuldade enfrentada em diversas etapas do processo, os estados (seja no nível central, seja nas regionais), via de regra, têm equipamentos suficientes para a adequada refrigeração e a acondicionamento de imunobiológicos. Os maiores dramas são aqueles enfrentados na esfera municipal, que em sua



maioria não tem câmaras frias ou refrigeradas e tampouco geradores. Nesse ponto, observa-se um grande desafio a ser enfrentado pelo PNI, não só pela dimensão do território nacional, mas sobretudo em função da heterogeneidade das realidades locais.

3.5. Aplicação

O tema da aplicação das vacinas, pensado desde a implementação das campanhas e demais estratégias de comunicação, até o momento em que de fato a população é imunizada, também foi alvo de interesse das entrevistas interpessoais, grupos focais e GDOL. Chama atenção, dentro dessa temática, a recorrência de adversidades e obstáculos declarados pelos participantes da pesquisa em relação à escassez e capacitação de recursos humanos envolvidos nas ações de imunização, dificuldades de acesso e dificuldades das ações de comunicação/campanha. Também foi muito recorrente o tema da hesitação vacinal, o qual será tratado em um tópico à parte.

3.5.1. Escassez e capacitação de recursos humanos

Entre os problemas apontados, destacam-se as dificuldades relacionadas a recursos humanos, tais como falta de profissionais, falta de profissionais qualificados, rotatividade de profissionais, entre outras. Sobre a escassez de profissionais, expõe uma entrevistada, Coordenadora estadual de imunização: *“Na estrutura das equipes de ESF, tem um técnico de enfermagem para aferir pressão arterial, marcar consultas, chamar para o atendimento médico e aplicar vacinas”*.

Tem dois técnicos de enfermagem, mas eles já absorveram os dois serviços, tanto a parte da sala de vacina quanto a parte dos outros atendimentos de enfermagem do posto, aferição de pressão, medicação, enfim (Participante de grupo focal/gestor de municípios com alto desempenho vacinal).

Geralmente eles não ficam só em salas de vacina; eles acabam trabalhando em toda a unidade de saúde. A sala de vacina hoje também não é tão simples de trabalhar, é muita responsabilidade. Tem a questão dos sistemas também. Então, nem todo profissional, hoje em dia, aceita esse desafio. Precisa realmente ter o comprometimento (Coordenadora estadual de imunização).

Como uma forma de aumentar as possibilidades de recursos humanos para a função de vacinador, nos fóruns realizados com a participação de gestores, profissionais e população apareceram proposições para incluir novas categorias profissionais à função.

Queria entender porque no SUS o apoio multiprofissional, inclusive com o uso de ferramentas como o matriciamento dentro da sala de vacina, não é algo comum.



Sequer é debatido! Porque o que vemos são as salas de vacinas somente sob gerência de uma única categoria profissional, que é a enfermagem, e sabemos que temos outros profissionais, como farmacêuticos, por exemplo, habilitados e capacitados dentro da rede que poderiam vir a desenvolver um trabalho de qualidade na responsabilidade técnica nas coberturas vacinais (Participante do fórum/gestores).

Será uma boa estratégia, até porque o profissional farmacêutico já estuda os insumos. Seria um profissional a mais na imunização, dividindo espaço com a enfermagem e tirando a sobrecarga da enfermagem, que termina ficando com toda essa responsabilidade (Participante do fórum/gestores).

Contudo, também foram frequentes os relatos da escassez de profissionais dispostos a assumir a função de vacinador, seja porque não têm perfil para o exercício da função, seja porque preferem atuar em outras frentes, tendo em vista o avolumado número de funções concentradas na figura do vacinador, que por sua vez não recebe nenhum incentivo e/ou contrapartida: *“Tem outro detalhe: o valor pago ao vacinador não é adequado. O profissional ganha em média menos de mil e quinhentos reais”* (Participante de grupo focal/apoiadores).

Soma-se a isso a responsabilidade do vacinador em relação à aplicação correta do imunizante, orientação adequada sobre possíveis reações adversas e capacidade de avaliar a caderneta de vacinação da população (sobretudo em momentos de campanhas de multivacinação). *“Ser vacinador é assumir um risco”,* afirmou uma coordenadora estadual de imunização. *“É muita responsabilidade para pouco dinheiro, né? Então, nem é todo mundo que está afim de ter essa preocupação”* (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).

É um trabalho muito meticuloso que exige um conhecimento e que está escasso, porque o enfermeiro ou o técnico de enfermagem prefere estar em outro local na unidade de saúde do que na sala de vacina. Ele vai ganhar a mesma coisa, em valor, mas vai estar ali exposto e suscetível a dar um evento adverso, a notificar esse evento adverso, assumir esse evento. O vacinador é uma profissão bem frágil e estamos tendo muita dificuldade em conseguir pessoas que queiram permanecer na sala de vacina para rotina (Coordenadora estadual de imunização).

Não desmerecendo outras categorias profissionais, todo o trabalho no âmbito da saúde é importante, mas o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem um piso. Em alguns locais, o salário do ACS é maior do que de um técnico que está na sala de vacina. O técnico que está na sala de vacina recebe as pessoas, tem que avaliar o cartão de vacinação, tem que administrar a vacina, tem que incluir no sistema de informações. É uma ação extremamente importante (a do ACS também). Eu



falo pela complexidade, por ter que administrar e assumir os riscos em relação à técnica. A gente percebe que não tem um diferencial para quem está na sala de vacina. Tem alguns locais que muitos técnicos não querem mais ficar na sala de vacina, porque tem que estudar calendário, atualizar e fazer administração dos procedimentos com atenção. Não pode ter erro, porque pode causar um evento adverso. Preferem, por exemplo, ser um ACS, ir na casa das pessoas ver como está, mas não tem que ficar assumindo esses riscos. É uma ação complexa e que se fosse um diferencial para quem está na sala de vacina, até mesmo as pessoas iam ter um maior interesse em atuar na imunização. Hoje, até mesmo na gestão, nós temos dificuldade em ter pessoas com o perfil e atualizadas para estar lidando com as ações de imunização, pela complexidade que elas são (Coordenadora estadual de imunização).

Após a mudança das unidades básicas para equipes de saúde da família, iniciou-se uma grande rotatividade de servidores nas salas de vacina (apesar dos esforços da área técnica em manter servidores fixos em todas as salas). Portanto, muitos servidores com pouca experiência ou que não gostam de sala de vacina são escalados para a vacinação (Coordenadora estadual de imunização).

No começo, eu não queria ir, porque tem muita burocracia, é muito papel, é muita responsabilidade! É muita coisa. Mas como eu gosto muito de criança, os papeis não fazem tanta diferença. Mas, no começo, quando fiz a capacitação, eu falava: “Não, tem muita responsabilidade! Se você fizer isso e der errado, você tem que notificar”. Então, é muita responsabilidade mesmo a sala de vacina (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).

Quando fui colocada na sala de vacina, eu fiquei desesperada! A preocupação é muito grande, aí eu comecei a ler, comecei a buscar um pouco mais sobre vacina e já vão alguns anos na sala de vacina. Minha preferência não é sala de vacina, mas estou na sala de vacina e vou fazendo o melhor possível ali. E uma dificuldade que ouço muito dos colegas é realmente isso: a parte burocrática. Porque você preenche fichas que se houver qualquer coisa, você tem que fazer notificação; geladeira que tem que estar atento. Diferente de outros setores, onde você não tem essa preocupação (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).

Agora, a questão é a quantidade de vacina, que a gente tem muita! E quando vai dando duas ou três furadinhas na criança, eles já se assustam. Quando vai fazer o registro, tem que registrar direitinho o lote e tal. É muita coisa. Aí as pessoas não querem, porque é um local que é mais trabalhoso. Eu acho que é isso (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).



Meu maior problema é vacinador. Eu estou com uma vacinadora que se aposentou. A gente está com ela agora pagando plantão extra, porque não temos como ficar sem ninguém na sala; porque se ela sair, eu tenho que ir para lá e eu não faço mais nada, porque eu vou ter que vacinar. Então, esse é um problema sério que a gente está tendo. Foi colocado no concurso público que vai ter — eu pedi para que direcionasse um técnico específico para a sala de vacina. Muita gente hoje não quer assumir sala de vacina porque acredita que não tem gratificação. É de segunda a sexta, e sábado e domingo eles têm que estar de plantão para ver horário de geladeira, para ver se tem que fazer algum soro para encaminhar para a unidade. Então, esse é um problema primordial hoje aqui (Participante de grupo focal/gestor de municípios remotos).



Foram frequentes os relatos da escassez de profissionais dispostos a assumir a função de vacinador, seja porque não têm perfil, seja porque reconhecem a sobrecarga de trabalho desses profissionais.

Atrelada à discussão sobre a função de vacinador demandar conhecimentos diversos e também específicos, grande parte dos participantes da pesquisa aponta para a necessidade de fomento a cursos de capacitação e qualificação profissional, bem como destaca que alguns manuais e procedimentos estão obsoletos e desatualizados, precisando urgentemente ser revistos.

Os próprios manuais do Ministério da Saúde estão obsoletos, porque hoje o manual de normas e procedimentos de vacinação é de 2014. Imagina, nós estamos em 2021. Anualmente ocorrem alterações no calendário de vacinação; de técnicas que precisam ser revistas como, por exemplo, a não aspiração ao administrar a vacina intramuscular; e a questão de alguns procedimentos específicos, de esquemas vacinais, de alterações. Todas essas mudanças vão ocorrendo e as orientações vão ficando para trás (Coordenadora estadual de imunização).

Manual de procedimento de 2014. A gente está em 2021, daqui a pouco o ano acaba. Então, não sei se vocês já entraram no governo, no site de imunização da Austrália, mas eles atualizam só os capítulos. É fantástico. Porque se você atualizar o manual gigantesco todo ano, é humanamente impossível, mas você só atualiza o



que realmente está desatualizado e ponto. Talvez isso seja mais fácil, é uma coisa interessante que achei. Uma vez eu também ganhei um manual da Colômbia. Eles também trabalham por capítulos e vão atualizando só os capítulos. Acho que isso deve ajudar em alguma coisa (Coordenadora estadual de imunização).

A sala de vacina hoje é um ambiente muito específico, que demanda um conhecimento muito específico. Demanda muito estudo, porque as coisas mudam muito rápido. As vacinas acompanham a ciência e ela se modifica, estamos vendo na campanha. Pode isso, mas de repente não pode, de repente pode. Não é que estava errado, é que agora não se faz mais. A ciência é isso, ela se modifica e as vacinas são assim também (Coordenadora estadual de imunização).

Temos mais de 18 imunizantes, então, quais não podem tomar no mesmo dia? Esse não é um conhecimento que se adquire do dia para a noite; você tem que ter já uma vivência em saúde e vacina. Com certeza a gente tem uma escassez de profissional vacinador pela complexidade que é a sala de vacina (Coordenadora estadual de imunização).

O calendário de vacinação modifica muito; ele sofre muitas mudanças. Se a pessoa não estiver constantemente na imunização, ela não vai conseguir acompanhar. É um calendário imenso, complexo e a pessoa tem que estar atualizada. Nem sempre o município tem esse momento de realizar essa atualização com os profissionais das salas de vacina. A vezes são reuniões pontuais para dar algum informe, mas não é para discutir as ações e o calendário (Coordenadora estadual de imunização).

Ainda sobre a capacitação dos profissionais vacinadores, foi recorrente a percepção de que esses profissionais deveriam passar informações mais precisas sobre a vacinação, sobretudo em relação às doenças que cada uma previne e as possíveis reações causadas pela aplicação das mesmas. Os próprios profissionais, por vezes, reconhecem se sentir inseguros e desinformados.

Deveria ter mais cursos de capacitação, porque o calendário está sempre mudando e a gente tem que estar bem-informado e atualizado. E é assim, com questão de capacitação eu acredito que deveria ter mais, para a gente ficar mais seguro no que faz (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).

Seria bom se tivesse esse informativo, porque no meu primeiro filho, as vacinas não deram reação, mas na minha segunda já deu, começou a dar reação. Então, a gente tinha que saber o remédio que tinha que dar ou a reação que vai dar pra gente ficar preparado (Participante de grupo focal/pais de crianças).



Eu acho também que precisaria, não só comunicar da vacina para o pessoal estar indo, mas deixar mais claro qual a finalidade da vacina e quais são as doenças que possam vir a causar (Participante de grupo focal/pais de crianças).

Seria importantíssimo, como se fosse uma bula de remédio. A bula explica qual é a contraindicação e qual a finalidade da vacina, para que ela funciona. Eu acho que seria de suma importância para a gente esclarecer mais (Participante de grupo focal/pais de crianças).

Como uma forma de facilitar a realização de capacitações, foi exposto em um GDOL a adoção do método híbrido, sendo parte do curso realizado em plataforma de Educação a Distância (EAD) e a outra de forma presencial nas UBS.

Nós fizemos uma atualização em sala de vacina agora, mas como não tínhamos a oportunidade de fazer encontros presenciais, ficamos bastante tempo sem fazer nada de capacitações. Mas, agora que estamos começando a retomar, uma das coisas que há pouco tempo estive conversando com nossa diretora da Vigilância em Saúde é a grande dificuldade de fazer a capacitação de 40 horas com os vacinadores. Então, estamos procurando fazer pelo menos parte desse curso *online* em uma plataforma EAD e deixar a parte prática para ser realizada nas unidades de saúde. Porque 40 horas não é pouco e muitas vezes acaba sendo um assunto repetitivo e as pessoas abandonam (Participante do GDOL/ gestores técnicos da Região Sul).

3.5.2. Dificuldades de acesso

Outros argumentos expostos, entre aqueles que por vezes procuram serviços de imunização na rede privada, foram o horário de funcionamento dos serviços particulares (que se estende inclusive aos finais de semana), o fato de alguns imunizantes não serem ofertados na rede pública e o melhor acolhimento do profissional vacinador. *“Na rede privada, na minha cidade, tem atendimentos até em shopping, até dia de domingo e tem atendimento domiciliar também”* (Participante de grupo focal/pais de crianças).

Do meu primeiro filho, que tem doze anos hoje, eu fiz a pneumocócica, que, na época, não estava ainda liberada pela rede do SUS, aí eu paguei (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).

Tem algumas que são particulares, que não tem na rede do SUS, que a gente dá uma reforçada, mas também não são todas que são muito caras (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).



A diferença que eu vejo é que no particular, elas te dão a caixa, te explicam o que mais tem nessa vacina, então fica muito mais claro, mais seguro. Na rede pública, conforme você vai, é a minha exposição, né? Nem sempre a profissional tá de bom humor ou ela quer te explicar tudo. Eu nunca vi ninguém me mostrar a validade da vacina, por exemplo, nunca ninguém me mostrou. Nós somos obrigados a confiar no que eles passam, além de falar que na rede pública a reação pode ser um pouquinho maior do que no particular (Participante de grupo focal/mães de crianças).

Se a rede pública tivesse a vacina de meningococo B e se a gente ampliasse a faixa etária de HPV, eu ia ser o médico de adolescente mais feliz do mundo. HPV é de 11 a 14 anos para os meninos e para as meninas de 9 a 14 anos. Quando na verdade, no privado é de 9 a 29 anos (Participante de grupo focal/médicos pediatras).

Aqui na cidade está muito alarmado, teve um meningococo B esses dias com uma família, então o pessoal está todo louco por essa vacina no posto (Participante de grupo focal/médicos pediatras).

Conforme já mencionado anteriormente, outro empecilho apontado pelos participantes da pesquisa quanto à efetividade das políticas de imunização se relaciona aos horários de funcionamento das salas de vacinas. Embora já existam municípios que trabalhem com horário estendido e por vezes aos finais de semana, grande parte ainda opera somente nos dias úteis e em horário comercial, o que foi apontado como um fator dificultador do acesso da população às ações de imunização, conforme aponta uma coordenadora estadual de imunização: *“Eu acho que existe, sim, uma barreira de acesso, porque a oferta não se adequou com a vida da população, principalmente nos grandes centros, onde tudo é longe”*.

A gente observa que uma das situações que são relatadas pelos responsáveis/pais é que, no horário que eles procuram atendimento, muitas vezes, já é um horário que fechou a sala de vacina. Então, pensando nisso, a gente vem sensibilizando os próprios gestores municipais a ampliarem esse horário, ou trazendo também esse horário para funcionamento no turno do sábado. É o nosso convencimento. Aqui mesmo na capital, nós temos salas de vacina que funcionam nesse horário diferenciado e dá muito certo. Porque os pais relatam que trabalham o dia inteiro, exatamente de segunda a sexta, no horário que as salas de vacina estão abertas. Com isso, acontece a questão dos atrasos vacinais (Coordenadora estadual de imunização).

Esta também é uma percepção comum entre a população participante dos grupos focais: *“Seria muito bom o posto ou abrir um horário a mais, porque geralmente fecha quatro, cinco horas, ou abrir no sábado. Seria muito bom”* (Participante de grupo focal/mães de adolescentes). *Tinha que ser para*



ontem ter um horário mais flexível. Porque quando tem campanhas para as crianças, eles abrem no sábado, por que não para o adulto?" (Participante de grupo focal/idosos).

Aqui nós temos vacina das 8h às 11h, eles param na hora do almoço e voltam até as 16h. Mas tem vacinas que eu não sei o que acontece e elas acabam ou não podem abrir a dose se não vai perder. E aí eu lembro que antes da pandemia, a gente tinha uma sala de vacinação no shopping, a vacina era do SUS, aplicada por uma clínica particular e era maravilhoso, porque sábado à tarde a gente conversava com a criança para ir no shopping e aí já dávamos a vacina, tomávamos um sorvete e tava tudo resolvido (Participante de grupo focal/mães de crianças).

Se tivesse vacina no sábado, facilitaria, porque meu esposo não precisaria faltar no serviço ou a criança não precisava ficar sozinha (Participante de grupo focal/mães de crianças).

Eu acredito que se tivesse vacinação no sábado, facilitaria a vida de todo mundo, porque é um momento no qual a gente pode não estar trabalhando ou é possível ter alguém para nos auxiliar, para levar mais de um e não precisar tirar a criança da escola, por exemplo. Então, ajudaria bastante (Participante de grupo focal/mães de crianças)

Sobre essa barreira de acesso, um representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), entrevistado nesta pesquisa, menciona a relevância do programa Saúde na Hora, que desde 2019 busca viabilizar o custeio aos municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e UBS em todo o território brasileiro: *"Nós temos o Saúde na Hora, que prevê a ampliação do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, garantindo a uma pessoa que trabalha de 8h às 18h da tarde, por exemplo, que ela consiga acessar o serviço de saúde de 6h às 22h da noite, por exemplo"* (Representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde).

Importante registrar que essa estratégia ministerial não foi mencionada por nenhum gestor (municipal/estadual) participante desta pesquisa e pode indicar alguma dificuldade de adesão dos municípios à mesma. Houve menção ao programa por parte de um médico de família e um ACS. Este último, reconhece a relevância da iniciativa, mas lamenta que a mesma tenha sido interrompida no município onde atua.

Aqui nós tínhamos um programa, que era chamado de Saúde na Hora e funcionava de 12h às 14h, e das 17h às 20h. Nesse horário era bom, porque funcionava tudo na Unidade de Saúde, a sala de vacina, pré-consulta, tinham médicos, tinham enfermeiros. Infelizmente esse programa foi suspenso e estamos na expectativa



que ele retome, porque tem muitas famílias, pessoas da minha área específica, que trabalham e utilizam esse horário justamente para isso, para colocar a vacina dos seus filhos em dia (Participante de grupo focal/agentes comunitários de saúde).

Aqui nós temos uma Unidade Básica de Saúde que funciona com o programa Saúde na Hora; então, ela fica aberta até às 22h. A gente consegue estender o horário para as pessoas que trabalham e ainda abre uma central de vacinas para a vacinação também em alguns sábados e algumas noites, para também conseguir vacinar os caminhoneiros, enfim... as pessoas que não conseguiram se vacinar durante a semana (Participante de grupo focal/médicos de família e comunidade).

Ainda sobre o tema acesso, foram frequentes os relatos de que as barreiras geográficas (áreas rurais e remotas) também se constituem como um inconveniente relevante dentro da política de imunização. Embora mais recorrente na Região Norte, pode-se observar que em todas as regiões do país existe a necessidade de se pensar estratégias de superação dessas dificuldades locais. A fala de uma entrevistada, coordenadora estadual do programa de imunização, ilumina o aqui exposto: *“No nosso estado, nós temos a cheia e a seca. Na seca não se consegue chegar lá. Na cheia, eles se mudam para outro lugar. Então nós temos dificuldade tanto na seca, quanto na cheia. E as dificuldades são enormes por causa das distâncias, são muito longe”*.

Temos as nossas dificuldades dentro dos municípios porque na nossa região é muito comum ter comunidades — comunidades quilombolas, comunidades ribeirinhas —, que exigem cuidado com essa vacina para chegar na temperatura correta da vacinação. Tudo isso, às vezes, acontece de dizer assim: “o município conseguiu vacinar dez pessoas hoje”, mas se você for ver o deslocamento desses profissionais para vacinar dez pessoas, é muito difícil. Só quem conhece a realidade do Norte sabe essa singularidade que nós temos que enfrentar; nós e os municípios temos que enfrentar aqui (Participante de grupo focal/apoiadores).

É muito dificultoso, principalmente nesse período agora, que é o período de chuva na nossa região. Choveu bastante essa semana e o acesso aqui é muito complicado. É um terreno argiloso, muita lama, essa é uma das dificuldades também (Participante de grupo focal/agentes comunitários de saúde).

Algumas regiões são remotas, principalmente na região de Porto Velho, em que as pessoas precisam ir de barco fazer as vacinas. E tem toda essa logística e não há cobertura para acessar as famílias nesses locais, dificultada pelo acesso também (Participante de grupo focal/apoiadores).



Com relação ao deslocamento, nós percebemos que no Tocantins tem áreas rurais muito distantes e o que acontece é que tem essa dificuldade de acesso, de deslocamento. Muitas vezes as equipes precisam ir até o local, levar toda a equipe, levar todo o material, inclusive, a vacinação. Além da busca ativa, é feito também esse trabalho nos municípios de forma remota, porque eu acho que dificilmente o usuário vai até a cidade tomar vacina. Tem alguns que vão, mas aqui a maioria é a equipe que vai até o usuário (Participante de grupo focal/apoiadores).

Nós temos algumas particularidades aqui, principalmente, de municípios pequenos entre 5 e 6 mil pessoas. Tem um recurso um pouco limitado. A questão de levar as vacinas para a população, que é em boa parte mais rural; há os custos para levar essas vacinas. Eu já ouvi de alguns municípios que às vezes deixam de levar a vacinação, a comunicação não chega, o barco chega só até uma determinada parte da comunidade. E, às vezes, a questão da manutenção da temperatura dessa vacina para chegar a essas comunidades a pé acaba interferindo para a baixa cobertura (Participante de grupo focal/apoiadores).



Em relação ao tema acesso, foram frequentes os relatos sobre a necessidade de ampliar o horário de funcionamento das unidades de saúde e as limitações impostas por barreiras geográficas.

Nesses municípios remotos da Região Norte, houve inclusive relatos de dificuldades de incorporação das crianças às ações de imunização, em função das mesmas não terem registro civil.

Eu me preocupo com uma localidade aqui do município, que é muito distante e extremamente difícil o acesso. As crianças não têm nem certidão de nascimento, então se não tem nem certidão de nascimento, não tem como abrir um cartão de vacina para essa criança. Isso é uma preocupação que eu tenho constantemente. Devem ser mais ou menos umas 30 crianças e, a última vez que fui lá, tinha uma criança de 12 anos que não estava nem estudando. Eles são tão humildes — essa localidade dá umas 6 horas de barco (Participante de grupo focal/gestor de municípios com escassez severa).



Há também menção recorrente à falta de priorização das ações de vacinação dentro da AB, fenômeno bem ilustrado com o relato de uma entrevistada: *“É porque a sala de vacina — que antes era a sala que tinha que ser de maior acesso na entrada da unidade —, ela passa para o final da unidade. A melhor sala é a primeira e tem que ir pro médico ou dentista. O que acho é que a imunização deveria ser vista como prioridade mesmo”* (Coordenadora estadual de imunização).

Geralmente, muitas unidades de saúde aqui ainda funcionam dentro de casas alugadas; casas normais que tiveram que passar por algumas adaptações e que, muitas vezes, as adaptações priorizavam o escritório, uma sala de curativos, priorizaram a recepção, um acolhimento, mas faltava realmente estrutura física para a sala de vacina (Participante de grupo focal/apoiadores).

3.5.3. Dificuldades nas ações de comunicação/campanhas

Em relação às campanhas de vacinação, é geral a concordância de que as mesmas têm papel fundamental enquanto estratégia de divulgação e conscientização da população. No entanto, também se observa de forma generalizada, que estas campanhas estão cada vez mais irregulares e perdendo a capacidade efetiva de se comunicar com seus públicos-alvo, além de terem sido atingidas pelas recentes crises políticas do país, em especial as que trazem efeitos deletérios ao SUS.

Você tinha campanhas robustas, que chamavam atenção da população. Hoje, nós não temos isso. O gestor investe em uma campanha de vacinação se ele quiser, se tiver interesse, ou ele pode achar que a prioridade é outra. Ele pode ter esse entendimento e isso nos enfraquece como programa (Coordenadora estadual de imunização).

Sentimos que as estratégias de comunicação são fracas também, desde o nível do Ministério até o nível local. A gente tem uma campanha de comunicação fraca, que não tem capacidade de persuadir as pessoas, que não tem capacidade de sensibilizar a população. Também é uma situação delicada em que a gente se encontra hoje, os municípios, a população, enfim. As campanhas estão deixando muito a desejar (Coordenadora estadual de imunização).

A minha sensação é que nos últimos anos essa ideia, esse marketing que era permanente, passou a ser episódico, quando não ausente. A gente acha que propaganda é uma coisa meio ruim, mas no campo das políticas de imunização é absolutamente fundamental (*Expert*).

Quando tínhamos aquelas grandes campanhas de vacinação que você via na mídia televisiva em massa, o sábado era enlouquecedor! Começávamos às 4



da manhã e não tinha hora para acabar; atingíamos a meta no sábado. Acho que deveria voltar com as mídias de comunicação em massa na televisão. Não é uma midiazinha de pouco tempo não, uma entrada no Jornal Nacional. É uma propaganda todo dia no intervalo das novelas. É tão interessante, antes tínhamos muitos cartazes nas campanhas de vacinação. Aqui no estado, a gente continua fazendo, mas hoje infelizmente o Ministério não manda mais. E isso tem um peso (Coordenadora estadual de imunização).

O Programa [Nacional de Imunizações] cobra muito para a gente bater meta, mas eles [o Ministério da Saúde] não ajudam a gente na divulgação de que aquilo lá é uma coisa importante e boa para a criança (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).

Porque parece que o que a gente fala, o que o enfermeiro fala, eles [a população] não acreditam. Então, eu acho que se tivesse essa divulgação mais em nível nacional — tipo na época do Zé Gotinha, que tinha gotinha quase que todo mês —, eles buscavam mais (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).

Outra coisa que eu acho que pesa muito aqui é a questão da publicização, daquele chamamento de colocarmos mais na mídia. Isso toca, as crianças gostam, aprendem e elas pedem. Hoje, até houve uma reportagem sobre a vacinação que eu achei superlegal: aquela menina de 12 anos louca para se vacinar, querendo que chegue a vez dela. Então tudo isso motiva, mobiliza, chama atenção. Eu acho que é por esse caminho (Participante de grupo focal/apoiadores).

O Zé Gotinha mobilizava! E isso ali era uma força enorme na população. Isso demonstra o desapego do Governo [Federal] em ter responsabilidade de fazer a política promocional da saúde. E inclusive isso aí reflete essa questão de teto de gasto em saúde. É uma coisa terrível que nos aconteceu e avacalhou tudo. A realidade é essa, avacalharam com a saúde, com essa saúde de teto de gastos (Participante de grupo focal/médicos pediatras).



Para os entrevistados, as campanhas estão cada vez mais irregulares e perdendo a capacidade efetiva de se comunicar com seus públicos-alvo, embora reconheçam a sua importância.



Ademais, a população participante da pesquisa também aponta para as campanhas como uma importante estratégia de comunicação, ressaltando inclusive que as mesmas poderiam ter um caráter educativo e esclarecer as doenças preveníveis pelos imunizantes.

Antigamente, eu lembro, tinha muita campanha, muita coisa sobre vacinação. Hoje já não tem mais. Já não é tão informativo; então eu acho que as pessoas ficam descrentes hoje em relação à vacina (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).

Campanha que eu falo é em relação a ensinar às mães o porquê da vacinação. É importante. O que é a função da vacina, tanto na criança, quanto no adolescente? Eu acho que muita gente deixa de dar vacina nos filhos, ou tem essa descrença, por falta de informação. Então, eu acho que falta muita informação (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).

Chega lá, eles não explicam qual é a vacina, para que serve, qual é a função da vacina na criança, o porquê que ela está tomando essa vacina. A gente fica leiga com relação a isso (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).

O que eles poderiam fazer mais é comunicar também os motivos da vacina: o que ela previne, quais são os benefícios, quais são as reações. Seria muito bem-vindo (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).

Um participante de grupo focal, apoiador do Conasems, destaca a importância das campanhas organizadas pelos diferentes entes federados, bem como a necessidade de mais apoio aos municípios de pequeno porte, cuja receita, via de regra, não comporta estratégias de divulgação e campanhas.

Volto a enfatizar: eu acho que a mídia precisa estar divulgando a importância da vacinação, estar divulgando para procurar as unidades para fazer as vacinas. Em todas as áreas, tanto estadual quanto municipal, nós precisamos que esse trabalho seja feito; se nós não temos esse trabalho do governo federal, estadual, só o município não dá conta, principalmente os pequenos (Participante de grupo focal/apoiadores).

Sobre esse tema, deve-se destacar que o uso das redes sociais e demais mídias digitais foi apontado como estratégia costumeira de divulgação das campanhas, e tem sido visto como cada vez mais relevante, dada a capilaridade desses meios de comunicação: *“Acho que hoje as redes sociais contribuem muito para isso, dissemina muito rápido. Hoje em dia não tem como dizer que a população não sabia”* (Coordenadora estadual de imunização). No entanto, outras estratégias mais tradicio-



nais, a exemplo dos *banners* impressos e carros de som, ainda são largamente utilizadas, sobretudo em municípios de pequeno e médio porte: “Por mais que hoje a tecnologia prevaleça, os carros de som sempre funcionam, principalmente no interior” (Participante de grupo focal/médicos de família e comunidade).

Para as vacinas de rotina, a gente usa o chamamento através do ACS. E para as campanhas a gente usa as mídias sociais: Instagram e Facebook. E campanhas de som e rádio também, propagandas volantes, carro de som para as campanhas. E usa a fixação de cartazes em locais de muita circulação: parcerias, igrejas, lotéricas, bancos, parcerias com as escolas também, CRAS, CREAS (Participante de grupo focal/gestor de municípios com baixo desempenho vacinal).

Em consonância com os trechos anteriores, em um dos GDOL, apareceram proposições de resgate da comunicação por meios mais tradicionais, como a televisão e o rádio.

Eu acho que deveria ter campanhas em todas as mídias, não só nas redes sociais. Deveria ter nos jornais, nos principais jornais, tanto do estado quanto do município e federal, nos programas da tarde. Eu acho que o Ministério da Saúde deveria intensificar, pagar comerciais, para poder fortalecer essas campanhas (Participante do GDOL/gestores técnicos das Regiões Centro-Oeste e Norte).

Ainda sobre esse tema, uma entrevistada, representante da Coordenação-Geral do PNI, destaca que, além das campanhas voltadas à vacinação de rotina, também são necessárias outras estratégias, que acompanhem a situação epidemiológica do país.

Nós temos campanhas anuais, dependendo da situação epidemiológica do sarampo, da febre amarela. Também as campanhas anuais de multivacinação, que é aquela campanha onde você faz geralmente na população menor de 15 anos de idade, que é quando você tem a oportunidade de vacinar e de colocar a caderneta de vacinação de menores de 15 anos em dia (Representante da Coordenação-Geral do PNI).

Os frequentes apontamentos dos participantes da pesquisa, aqui registrados, revelam que os desafios impostos às ações de imunização são diversos, a começar pela ineficiência das ações de comunicação/campanhas, passando pelas dificuldades relacionadas a recursos humanos, dificuldades de acesso da população aos locais de vacinação, entre outros. A complexidade dos temas aqui levantados revela a necessidade de se pensar em estratégias de combate aos mesmos.



3.6. Ações de imunização na Atenção Básica

Em complemento às discussões sobre aplicação de imunizantes, na presente categoria, foram levantados os processos de trabalho envolvendo os profissionais das equipes de saúde da família. Conforme discutido anteriormente, a vacinação caracteriza-se como uma ação de grande eficácia na prevenção de doenças imunopreveníveis, sendo uma das principais ações de promoção da saúde inserida no contexto da AB. Diante disso, esta pesquisa contemplou, nos grupos focais, a escuta de profissionais de saúde desse nível de atenção, mais especificamente ACS, pediatras, médicos de família, enfermeiros e técnicos de enfermagem.



A imunização é uma das principais ações de promoção da saúde inserida no contexto da AB.

Dentre as atribuições dos ACS, que são de suma importância para o bom funcionamento da AB, estão a identificação de fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que possam interferir na saúde da população de sua área; planejamento de ações estratégicas juntamente com a equipe; acompanhamento da comunidade por meio de visitas domiciliares; execução de atividades educativas individuais e coletivas e formação de grupos operativos (Godoi *et al.*, 2018). No que diz respeito às ações de imunização, o ACS contribui para mitigar oportunidades perdidas de vacinação, podendo então dar uma resposta imediata ao êxito da cobertura vacinal e prevenção de doenças: “*Mensalmente eu fico repassando e vejo se tem alguma criança em atraso, comunico ao ACS e ele envia as crianças para a unidade*” (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).

Nas salas de vacina, a gente tem o cartão-sombra. A ideia do cartão-sombra seria mês a mês (janeiro, fevereiro, março, enfim!), só que aí, eu preferi organizar os cartões-sombra na forma de administração de vacina. Não era por mês — no caso eu fiz por mês do ano, a criança vai seguindo o mês do ano. Ela vem em janeiro, volta em fevereiro, março, abril, enfim! Aí quando a criança não vem, a gente tenta fazer um balanço dentro dos cartões-sombra que existem dentro da caixinha para ver quem não compareceu. Ali, a gente separa e informa o agente comunitário de saúde para trazer aquela criança (Participante de grupo focal/municípios com alto desempenho vacinal).

Nós já conhecemos nosso território. Daí, chegando na residência, nós pedimos para ver o cartão de vacina e na própria carteira de vacina a enfermeira já deixa



anotado quando é a próxima vacina da pessoa/da criança. Baseado nisso, a gente olha/vê e, se tiver atrasado, orienta a procurar a UBS para estar atualizando a vacina. Orientamos também o horário de atendimento (Participante de grupo focal/Agentes Comunitários de Saúde).

Além de vacinar na unidade, quando precisa, vamos na área fazer busca ativa das que estão faltando, juntamente com a técnica e com a equipe. Geralmente, estamos usando estratégias para conseguir alcançar a meta das vacinas (Participante de grupo focal/Agentes Comunitários de Saúde).

Diversas vezes, durante a semana, a gente vai, às vezes até duas vezes por semana nas famílias. Porque tem famílias de mais idade, outras com problemas. Então, assim, onde tem crianças, onde tem idosos, a gente passa até duas vezes por semana (Participante de grupo focal/Agentes Comunitários de Saúde).

Não chegando à meta, a gente é acionado pela UBS, pela Secretaria e vamos fazer as buscas ativas das crianças, saber o porquê não vieram, por que não fizeram. Justamente pelo espelho que nós temos dentro da unidade, a gente vê quem está atrasado, não apareceu. Aí vamos atrás dessas crianças para saber o porquê, qual o motivo (Participante de grupo focal/agentes comunitários de saúde).

Percebe-se que a busca ativa foi mencionada de forma recorrente entre os ACS. A atividade foi, também, lembrada nos fóruns realizados, sendo destacada como importante estratégia para manter a vacinação em dia.

Os profissionais da sala de imunização precisam realizar um trabalho constante e em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde, realizando busca ativa das crianças que não comparecem na semana agendada para vacinação, buscando entender o que aconteceu, agendando um novo dia e se mesmo assim ainda faltar, realizar a vacinação em domicílio (Participante do fórum geral/gestores).



A busca ativa foi mencionada de forma recorrente entre os ACS, sendo destacada como importante estratégia para manter a vacinação em dia.



Ainda, foi recorrente entre os ACS a percepção de que as ações de capacitação a eles voltadas são insuficientes, sobretudo no que diz respeito ao PNI, conforme esclarecem alguns profissionais.

E seria interessante que a gente fosse sempre refrescando a nossa memória, tendo capacitações justamente pra isso. Para que quando a gente fosse fazer nossa visita, a gente fosse com firmeza... A mãe perguntar e a gente falar firme daquela vacina, qual é a importância e tudo mais (Participante de grupo focal/agentes comunitários de saúde).

Eu sinto uma falta muito grande, justamente disso, de uma capacitação. Porque assim, eu, em particular, tenho curiosidade. Chega uma vacina nova, foi incluída no calendário vacinal da criança, a gente tem que entender pelo menos a cada quanto tempo aquela criança vai tomar, porque a mãe procura a gente pra saber (Participante de grupo focal/agentes comunitários de saúde).

A gente cobra muito, eles não estão dando a capacitação continuada pra gente. Logo quando eu entrei, a gente tinha uma educação continuada todos os meses. E tem um tempo já, uns 5 anos, mais ou menos, que eles não estão dando a educação continuada pra gente. A gente cobra, porque a vacina é uma coisa muito séria, e você tem que saber o que você vai falar para os pacientes, para você dar a informação certa. O que a nossa colega falou, as pessoas não vão perguntar pra médica, para enfermeira, não. Eles vêm direto ao ACS. Então, muita informação o ACS tem que ter, tem que estar informado, tem que saber o que vai falar para o paciente, estar seguro (Participante de grupo focal/agentes comunitários de saúde).

São muitos temas que precisam ser abordados com essa equipe que trabalha na vacinação. Imagina, se ele não está capacitado e faz uma vacina incorreta, a vacina não vai ter o efeito desejado e todo o trabalho vai por água abaixo. Essa capacitação da equipe, eu acho primordial, muito importante (Participante de grupo focal/agentes comunitários de saúde).

No que diz respeito ao encaminhamento dos pacientes, em especial às crianças, ao serviço de imunização, foi observado que o médico pediatra tem papel fundamental — seja nos atendimentos da rede pública, seja na rede privada: “*Nas consultas também com o pediatra, ele vai colocando no cartão de vacina a data que tem que tomar, quantos anos, quantos meses*” (Participante de grupo focal/mães de adolescentes). “*As mães levam e eu tenho por costume pedir que me levem o cartão de vacina todas as vezes. E verifico, e converso; se ela tem alguma dúvida, a gente esclarece*” (Participante de grupo focal/médicos pediatras).



Após esse encaminhamento, torna-se central o trabalho do profissional vacinador, que deixa registrada no cartão de vacina a data em que o paciente precisa retornar à unidade para recebimento da próxima dose ou de um outro imunizante.

Meus filhos têm plano de saúde privado; eles são acompanhados por pediatras particulares. Eles geralmente acompanham o cartão de vacinação, se tiver alguma em falta, eles informam e sempre que a gente dá a vacina, a moça no posto de saúde sempre avisa “a próxima é tal dia ou daqui a três meses você tem que voltar para tomar tal” (Participante de grupo focal/mães de crianças).

Normalmente, quem me acompanha é o médico do posto da família ou a enfermeira, e todos eles sempre me orientaram sobre as próximas vacinas (Participante de grupo focal/mães de crianças).

Por outro lado, alguns profissionais consideram que falta adesão e reconhecimento da população em relação à importância da AB e do programa de imunizações, e que esse é um fator que contribui para as baixas coberturas.

Uma das coisas mais maravilhosas que o SUS tem e que é invejável é o PNI, mas a população não entende isso; a população não vê dessa maneira. A população tem uma cultura no geral muito hospitalocêntrica. Quando você vê, por exemplo, debate de candidato a prefeito, ele vai investir no hospital. Ele jamais fala da AB. E você vê na fila do supermercado as pessoas falando assim: “ah, fulano é médico de postinho”, como se isso fosse ruim (Participante de grupo focal/médicos pediatras).

A partir da experiência que eu tenho hoje, que trabalho tanto com hospital particular quanto na Atenção Primária, eu vejo muito mais uma questão de desatenção da família, de realmente não prestar atenção, às vezes, em uma sinalização que é feita por parte do pediatra, ou por parte da equipe de enfermagem. Porque, geralmente o que a gente vê é, quando a criança vai vacinar, eles já sinalizam no próprio cartão qual seria a próxima vacina. Aí a família não se atenta à campanha (Participante de grupo focal/médicos pediatras).

Além dos pediatras, os médicos de família e comunidade também têm papel central dentro das ações de imunização, sobretudo por atender pacientes de todas as faixas etárias, o que confere maior capilaridade à sua atuação: “Quando elas vêm para a consulta, a gente checa cadernetas, a gente faz as campanhas de multivacinação. Crianças, adultos e idosos em consultas, a gente questiona: “tem vacina de hepatite B, tétano, febre amarela”? (Participante de grupo focal/médicos de família



e comunidade). *“Eu sempre aproveito a consulta para incentivar a vacinação”* (Participante de grupo focal/médicos de família e comunidade).

No entanto, esses profissionais apontam para desafios impostos a essas práticas, a exemplo da falta de cuidado dos pacientes com o cartão de vacina: *“O adulto fala que está em dia, mas ele não sabe onde está o cartão, não se lembra da última vacinação. Então é uma conversa meio em vão”* (Participante de grupo focal/médicos de família e comunidade).

Eles não percebem o cartão vacinal como um documento a ser portado; eles acham que é um papel a mais. A gente percebe eles tendo cuidado, por exemplo, com o RG, com o CPF, mas o cartão de vacina não é visto como algo importante (Participante de grupo focal/médicos de família e comunidade).

Esse cenário aponta para a importância da implantação efetiva e o aprimoramento da ferramenta de prontuário eletrônico para que, de fato, os profissionais possam analisar de maneira sistematizada as informações dos pacientes atendidos. Além disso, o acima exposto indica a relevância destes profissionais — pediatras, médicos de família, vacinadores e agentes comunitários — para o êxito das políticas de imunização.

Por fim, no cômputo geral, a análise da percepção da população participante da pesquisa, bem como de alguns profissionais, revela que os residentes nos estados do Sul e Sudeste, mormente, fazem melhor avaliação dos serviços de saúde que os atendem.

O meu filho nasceu em Minas Gerais e, lá em Belo Horizonte, eu sinto uma grande diferença para o SUS aqui do Recife. Também tínhamos suporte, bastante acompanhamento; eles vinham na minha casa, quando eu estava grávida, sempre perguntar se estava bem. A moça que vinha marcava os meus exames, dizia o que eu tinha que tomar. Já quando eu mudei para o Recife, é uma realidade completamente diferente, e eu já retornei pra cá tem 8 anos, morei em diversos bairros e nunca achei aquele SUS que eu tinha em BH. Nunca recebi até hoje uma agente em casa. Então, fazendo a comparação, eu nunca precisei de plano de saúde em BH e hoje eu tenho a necessidade de ter um plano de saúde aqui em Recife (Participante de grupo focal/mães de crianças).

Ouvir ela falar do Rio Grande do Norte dá até um susto, meu Deus do céu! As realidades são muito diferentes de uma região para a outra. Aqui, por exemplo, no Rio [de Janeiro], e olha que eu estou em uma das regiões mais pobres do Rio [...], eu não tenho essa realidade de falta de energia, dificuldade de internet e eu tenho vários municípios que são da zona rural e, mesmo assim, é bem organizada essa parte (Participante de grupo focal/apoiadores).



Eu não tenho muito o que reclamar do SUS aqui do Rio Grande do Sul, porque eu fui acompanhada desde a minha gravidez, tomei todas as vacinas que eu precisava, tanto eu quanto meu filho (Participante de grupo focal/mães de crianças).

Aqui no Rio Grande do Sul, a criança já sai do hospital com as primeiras doses e com a carteirinha e, depois que leva pra vacinar, é agendado a próxima vacina. Não tem horário marcado, o horário que tu chegar, tu vai ser atendido. É dessa forma que funciona (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).



Alguns entrevistados ressaltam a relevância dos profissionais, sobretudo pediatras, médicos de família, vacinadores e agentes comunitários, para o êxito das políticas de imunização, mas também cobram mais engajamento da população.

3.7. Registro

Em consonância com a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa, RDC nº 197/2017, todo serviço de vacinação possui obrigatoriedade de informar os dados ao ente federal, por meio do sistema de informação oficial do MS, ou um sistema próprio que interopere com o mesmo. A estratégia hoje vigente é o lançamento das informações no e-SUS AP, que entrou em substituição ao Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) para o registro das vacinas de rotina. Quando registrado no SI-PNI, o banco de informações era alimentado pelas doses aplicadas e a mudança intencionou a realização do registro nominal, sendo informados também a localidade, a idade e sexo de quem tomou a dose. Dessa forma, o acompanhamento da situação vacinal do cidadão e o aprazamento das vacinas previstas no Calendário Nacional de Vacinação tornaram-se indicadores mais tangíveis à gestão federal.

A gente fez todo um incremento: foi quando a gente tinha um sistema baseado em doses aplicadas e aquilo não era satisfatório, porque não trazia para nós informações reais sobre a questão da vacinação no país. Precisávamos que as vacinas tivessem nome e endereço para que, de fato, pudéssemos pontuar e chamar quando essas crianças não voltassem para vacinar e em vacinas que tivessem mais de uma dose (Representante da Coordenação-Geral do PNI).



Embora, segundo o MS, a intenção da mudança tenha sido aperfeiçoar os registros de imunização e também o acompanhamento por parte das equipes de saúde, pode ser observado nas entrevistas e grupos realizados que essa mudança tem gerado transtornos.

O registro ficou mais difícil. Há dois anos houve a imposição de utilização do sistema e-SUS. Então, sabemos que o registro das informações tornou-se mais trabalhoso. Por exemplo, se uma criança sem certidão de nascimento toma a vacina, essa informação não é computada, sendo um complicador para nós. A sala de vacina usa o e-SUS para digitar as vacinas que estão aplicando, mas as informações de eventos adversos são registradas no SI-PNI. Logo, estamos trabalhando com dois sistemas paralelos. Antes, utilizávamos apenas o SI-PNI para tudo referente ao Programa de Imunizações (Coordenadora estadual de imunização).

O sistema de informação é um dos maiores problemas enfrentados pelo Programa Estadual de Imunizações, bem como pelos Programas Municipais de Imunizações. A rotatividade das ferramentas SI-PNI, SI-PNI Web, e-SUS, Localiza SUS, associada à falta de um suporte por parte do Ministério da Saúde, que responda prontamente às demandas, leva a um desgaste das equipes quando da necessidade de realizar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de imunizações (Coordenadora estadual de imunização).

Temos duas situações gravíssimas que, do meu ponto de vista, são péssimas. A primeira situação foi a mudança do sistema de informação do SI-PNI, que era um sistema robusto com capacidade de englobar todas as informações de imunização, desde a vacinação ao evento adverso, a movimentação, o controle, enfim, era um sistema robusto. Mudou para o e-SUS que é um sistema que tem muitas fragilidades. Hoje, em nível estadual, nós não temos o especialista, ou seja, a gente não consegue monitorar as vacinações de rotina em tempo real. A gente vive no escuro, a gente só consegue identificar os problemas depois que estão instalados, porque a gente não pode visualizar em tempo real, como era com o SI-PNI (Coordenadora estadual de imunização).

O e-SUS é um sistema que está muito condicionado à consistência de cadastro. Então, quando tem qualquer inconformidade, a informação não sobe, o dado não é computado e acaba afetando também a questão da avaliação das coberturas vacinais por causa desse fator (Coordenadora estadual de imunização).

E-SUS não é da vigilância; nós não temos muita governabilidade sobre ele. O e-SUS registra a parte de entrada do banco, eu não sei nem te falar sobre ele, é da Atenção Primária. Relatórios do e-SUS, nós também não temos acesso. Realmente



complicou e é uma preocupação e não sabemos o que nos espera daqui para frente. Sabemos que não vai ser fácil (Coordenadora estadual de imunização).

Ainda sobre a mudança no sistema de registro, vários outros problemas foram frequentemente relatados, tais como: a impossibilidade de compatibilização do atual sistema com os anteriormente utilizados ou com os sistemas próprios (por vezes utilizados por estados e municípios); o registro da vacina BCG aplicada nas maternidades, que via de regra utiliza somente o SI-PNI; a falta de capacitação e resistência dos profissionais envolvidos; e a dificuldade das coordenações estaduais de imunização de realizarem o monitoramento, tendo em vista que e-SUS AB está vinculado à AB.

Atualmente, não tem treinamento e nem técnico para acompanhar e monitorar os dados do sistema na Coordenação Estadual de Imunizações. Esta ação está sob a responsabilidade da Atenção Primária. O PNI estadual está totalmente “às cegas” quanto ao sistema de informações, uma vez que na implantação do e-SUS AB isso foi direcionado para a APS (Coordenadora estadual de imunização).

O estado mantém a assessoria técnica do SI-PNI. Temos a referência estadual e todos os técnicos da Divisão de Imunização conhecem o sistema e assessoram as regionais, pelas quais são responsáveis tecnicamente. Com a passagem para o e-SUS AB, a equipe estadual da APS teve problemas e, até o momento, não conseguiu qualificar as equipes dos Centros Regionais de Saúde para o módulo vacinação. Ainda existem equívocos de entendimento (Coordenadora estadual de imunização).

O monitoramento do SI-PNI está no estado. A digitação dos dados no e-SUS AB está na coordenação da ESF. Com a falta dos vários relatórios dados pelo SI-PNI, a sala de vacinas tem a visibilidade do número de vacinados, sem a devida cobertura vacinal, o que interfere diretamente no planejamento das ações de resgate de cobertura vacinal (Coordenadora estadual de imunização).

Muitos municípios têm sistema próprio. O sistema precisa conversar com o sistema nacional, oficial. A gente leva em conta o sistema oficial, do Ministério, mas muitos não migram. Eu tenho três municípios que estão zero em quase tudo e a gente manda ofício para o secretário e ele responde que é o sistema, o programa. Respondemos falando que ele precisa conversar com o programador que vendeu o programa, para que ele entre em contato com o Ministério e tente fazer com que esses sistemas conversem, porque ele precisa subir esses dados. Não adianta me dizer que no seu sistema está certo, mas que no Ministério não sobe. O que é válido, tanto para nós quanto para os órgãos de controle, é o sistema oficial, não o local. Encontramos muita diferença de municípios nisso. Tem os que usam os dois, alimentam os dois, tem município que alimenta só um e ele não migra.



E tem sistemas que conversam bem e consegue a migração com delay, demora um pouco, mas alimenta (Coordenadora estadual de imunização).

Em uma perspectiva propositiva, nos GDOL, os gestores concordaram que seria conveniente unificar o processo de registro em uma única plataforma.

Quanto aos sistemas, SI-PNI, e-SUS, na minha opinião de gestor público há tanto tempo no serviço, acho que tinha que ter um sistema só em nível nacional e que a gente tivesse retorno desse banco de dados. Porque como é nacional e os estados têm que migrar, demora, tem que fazer uma retroalimentação. Esse banco nos informa que a gente tem que fazer um alcance de meta e, às vezes, a gente já chegou nela (Participante do GDOL/gestores técnicos da Região Sudeste).

Todavia, a equipe técnica do MS, oportunamente ouvida nesta pesquisa, declara ciência das dificuldades enfrentadas, bem como ressalta a busca de estratégias de enfrentamento às mesmas.

É impossível a gente imaginar que vai conseguir ter 100% de sucesso, que vai atingir 100% dos municípios, ou 100% das pessoas que são interessadas, dos atores que trabalham ao redor do sistema. Tudo isso são pontos que a gente observa e enxerga como questões/desafios naturais de uma migração e precisam ser trabalhados ao longo do tempo (Coordenador-geral de informação da Atenção Primária).



Muitos relatos identificam problemas relacionados aos sistemas de informação e propõem a unificação do registro em uma só plataforma.

No entanto, outra dificuldade sobre o trabalho de registro, não somente relacionada ao sistema operacional, foi a escassez de profissionais disponíveis nas salas de vacina e consequente sobrecarga dos que atuam nesta função. Há constantes relatos das dificuldades enfrentadas pelo vacinador, que precisa administrar a vacina, registrá-la no cartão de vacinação, registrá-la no sistema, orientar os pacientes e/ou suas famílias, entre outras atribuições: *“Ter um profissional exclusivo acho que ajudaria muito, porque eles estão ficando muito sobrecarregados”* (Coordenadora estadual de imunização). *“Quando vai fazer o registro, tem que registrar direitinho o lote e tal. É muita coisa. Aí as*



“pessoas não querem, porque é um local que é mais trabalhoso. Eu acho que é isso” (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).

A gente enfrenta esse tipo de problema, principalmente, nas salas que têm somente um vacinador. Percebemos que eles dão prioridade, claro, a vacinar e atender a população e mantém aquele registro em livro de ata para depois passar para o sistema de informação. Realmente, ou você atende a população e vacina todo mundo, ou você atende pouco e registra a vacina. É bem complicado, principalmente com as mudanças do sistema. Cada vez mais vão aparecendo mais sistemas, mais mudanças e as pessoas até que se adaptem e façam tudo certinho, demora (Enfermeira da equipe de Coordenação estadual de imunização).

A gente observa que a população está sendo vacinada, mas não está sendo registrada. Porque, muitas vezes, não é prioridade o registro daquela vacina no sistema. Outros registros são priorizados, considerando que, caso não alimente o sistema, os recursos são cortados, entende? E esse aqui não, esse podemos fazer a qualquer dia, a qualquer momento, que não terá nenhum prejuízo. Eu vou continuar fazendo os meus pedidos, eu vou continuar recebendo as minhas vacinas, eu vou continuar fazendo as vacinações e vou continuar não registrando, porque não é uma prioridade. Porque depois que todos os outros, que podem ter o recurso cortado, forem digitados, aí, sim, eu vou começar a minha digitação dos meus dados. Então, compromete muito a nossa avaliação, a avaliação dos dados de cobertura vacinal, porque a gente vê que a maioria deles não é a realidade (Coordenadora estadual de imunização).

Minha população está vacinada, mas eu estou sem registro; para o MS eu não fiz nada, porque não está registrado. Vamos parar com essa mania do papel. Mas eu não consigo tirar, porque é um vício, não é fácil (Participante de grupo focal/municípios remotos).

Sobre esses desafios, a representante da Coordenação-Geral do PNI, entrevistada neste estudo, declara a ciência, por parte do MS, dessas dificuldades, bem como menciona investimentos que vêm sendo realizados para o enfrentamento das mesmas.

Agora temos a questão dessa integração com os outros sistemas, que também acaba sendo outra modificação que se tem, com uma base de dados que tem que migrar de um sistema para o outro, além da questão da pandemia, onde grande parte dos profissionais de saúde foram alocados para o atendimento de ponta. Com isso, dificultou mais ainda a questão do registro, da transferência de dados. Mas tem tido toda essa questão de investimento muito grande do MS no sentido



de estar capacitando os profissionais que trabalham no sistema de informação, para que a gente possa, cada vez mais, ter um SI-PNI Web, e-SUS Web e uma integração também com os estados que têm sistemas próprios (Representante da Coordenação-Geral do PNI).

Nota-se que outro entrave ao trabalho de registro das doses aplicadas refere-se ao acesso precário à internet e/ou acesso a computadores exclusivos a essa atividade. Tal situação foi amplamente mencionada nos grupos focais, sobretudo os grupos com gestores de municípios remotos e grupos com apoiadores regionais da rede Conasems/Cosems, bem como também foi relatada nas entrevistas junto às coordenações estaduais de imunização: *“A maioria dos municípios não tem computador exclusivo para a vacina, muito menos profissional exclusivo para digitação”* (Coordenadora estadual de imunização). *“Muitas salas de vacina não possuem internet, algumas funcionam com a internet paga pelos servidores da unidade”* (Coordenadora estadual de imunização).

Outros problemas que eu vejo são: a falta de informatização dessas salas de vacina, o sinal de internet é muito ruim, a pessoa não consegue digitar em tempo hábil aquela vacina e falta de um computador melhor para essa sala de vacina, porque os que têm são antigos e não funcionam muito bem (Participante de grupo focal/apoiadores).



Dois desafios que surgem de forma recorrente quando o assunto é registro de vacinação são a sobrecarga dos profissionais das salas de vacinas, que acumulam várias funções, e a escassez de computadores e internet.

Outro fator que merece ser mencionado, na medida em que impacta no monitoramento dos dados de cobertura vacinal, se refere ao fato de alguns municípios atingirem a meta por razões contingenciais, como, por exemplo, em função da chegada de um grande número de pessoas vindas de outros lugares do país e que buscam os serviços de imunização na localidade de destino. *“A gente até superou nossa meta no período, porque chegou um monte de gente de fora. Subiu rápido porque tem muitas famílias chegando de outros estados”* (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).



Vale ressaltar que esse parece ser um fenômeno atrelado à dinâmica do mercado de trabalho, como ocorre, por exemplo, em municípios com atividade de mineração — nos quais houve relatos de que as próprias empresas exigem a atualização da caderneta vacinal.

Algumas vacinas, a gente recebe um quantitativo menor que o necessário. É o caso da hepatite B para atender a grande demanda que o município tem de serviço terceirizado. Aqui, nós temos a Cia Vale que oferta vários serviços terceirizados para inúmeras empresas nacionais e multinacionais, então a demanda é muito forasteira. É flutuante. As empresas cobram dos trabalhadores a atualização da carteira de vacinação e, com isso, a nossa demanda aumenta significativamente (Participante de grupo focal/municípios com alto desempenho vacinal).

Tem um pequeno problema aqui [estado de Pernambuco], porque a população sai muito do município. Às vezes, a gente está com uma criança, identifica que ela está atrasada, a gente busca em uma área, busca em outra e não acha. Aí a gente descobre que a criança não mora mais no município, foi embora. Geralmente o pessoal daqui migra muito para São Paulo, interior de São Paulo, Minas Gerais, Goiás, para trabalhar. O pai vai trabalhar e geralmente leva a família (Participante de grupo focal/municípios com alto desempenho vacinal).

O município onde eu trabalho tem uma estrutura econômica voltada à questão agrícola. Quando entra em período de safra, especialmente da cana-de-açúcar, as empresas, as usinas, com muita frequência pedem o cartão de vacina. Então, é o momento em que os homens vão às unidades de saúde atrás da atualização da vacina de hepatite e tétano. É o momento em que eles se preocupam para poder ter o contrato de trabalho, mesmo que temporário (Participante de grupo focal/médicos de família e comunidade).

Um fenômeno distinto, mas que traz um impacto correlato ao cálculo das taxas de cobertura, pode ser observado em municípios de fronteira, onde há fluxo migratório e/ou demanda por serviços de saúde e imunização por pessoas não residentes no país: *“Aqui na parte Norte tem muita migração venezuelana. Tanto venezuelano, quanto da Guiana. Mas tem muita, muita. Isso altera a demanda* (Participante de grupo focal/médicos de família e comunidade). *Aqui é fronteira seca com o Paraguai, então tem uma demanda grande também de paraguaios, tanto para atendimento, quanto para vacina”* (Participante de grupo focal/médicos de família e comunidade).

Tem muito brasileiro que mora lá no Paraguai e se vacina aqui, então foge um pouco do nosso controle populacional. Vem uma meta para nós que não tem como bater, não tem lógica. Eu tenho um exemplo aqui, no meu setor de crianças



que se vacinaram: toda carteira vacinal está no Paraguai, mas ela é cadastrada na minha área (Participante de grupo focal/gestores municipais de imunização).

Esses eventos apontam para a complexidade da atividade de monitoramento das taxas de cobertura vacinal, que precisa considerar e ponderar variáveis diversas, que podem impactar não só nos indicadores produzidos, mas também na demanda específica por determinados imunizantes. Além desta realidade específica, observa-se que a atividade de registro demanda investimentos urgentes — capacitação dos profissionais sobre os novos sistemas implantados, contratação de profissionais exclusivos para essa atividade e investimento em infraestrutura, em especial computadores com funcionamento adequado e acesso à internet.

3.8. Hesitação vacinal

O tema da hesitação vacinal, entendido como o atraso ou a recusa em aceitar uma ou mais vacinas recomendadas, estando as mesmas disponíveis nos serviços de saúde, é o ponto central de interesse deste trabalho. Os achados do estudo demonstram que esse é um fenômeno comportamental bastante complexo em relação aos seus determinantes. Além disso, pode-se observar que a hesitação deve ser entendida como um *continuum*, sendo, por vezes, necessário distinguir os indivíduos que atrasam em tomar uma ou mais vacinas, daqueles que de fato a(s) recusa(m) (Sato, 2018).

Grande parte dos participantes da pesquisa, gestores e profissionais, declarou observar que a população atrasa em se vacinar, sendo raros aqueles que relatam casos de recusa: “As pessoas não recusam, elas postergam” (Participante de grupo focal/apoiadores). A principal causa declarada para o atraso seria a mudança na percepção de risco, entendida neste estudo como complacência: “As pessoas não dão muita importância à vacinação por considerarem que não vão adoecer, que não vai acontecer com elas” (Coordenadora estadual de imunização).

Ações bem executadas na busca de coberturas vacinais, ao longo dos últimos anos, levaram à redução no número de casos de várias doenças, fazendo com que grande parte da população não conviva mais com as mesmas e não acredite mais na necessidade de estar vacinado (Coordenadora estadual de imunização).

Outra questão é a falsa sensação que temos de que não existem mais as doenças porque a gente não as vê. O ser humano é muito visual. Ele teme o que está acontecendo, o que vê. Não entende que as pessoas foram imunizadas e, muito bem imunizadas, em um período de 10 anos. Por isso as doenças foram eliminadas e/ou erradicadas (Coordenadora estadual de imunização).



A falsa sensação de que está tudo bem, que não há mais ninguém morrendo de meningite; não temos mais polio; sarampo ninguém vê no estado. Então, as pessoas pararam de se preocupar com isso (Coordenadora estadual de imunização).

Em relação a outros fatores, existe a falsa sensação de proteção; as pessoas acharem que não precisam tomar as vacinas acreditando que a doença não existe mais. Tem aquele sentimento da vacinação em massa, de antigamente, crendo que serve para todo mundo, inclusive para as gerações mais novas que não receberam a vacina ainda (Coordenadora estadual de imunização).

Os nossos adultos de hoje foram todos vacinados há décadas atrás, então, é uma população que não conheceu uma série de doenças pelo sucesso que foi o programa. Só como exemplo, até um tempo atrás, antes do retorno do sarampo, você tinha profissionais médicos que passaram a faculdade inteira sem ver casos da doença, porque simplesmente havia sumido do país com a vacinação. Outras doenças também, ou seja, eliminamos a rubéola congênita, teve redução drástica de doenças imunopreveníveis, teve a eliminação da poliomielite. Talvez, uma das maiores questões nas baixas coberturas foi o sucesso do programa, que trouxe essa falsa sensação de segurança para a população e, não só para ela, mas também para os profissionais de saúde. O desconhecimento da importância da doença como causa de morbidade e mortalidade e a importância da vacinação para evitar o retorno dessas doenças. Consequentemente, a vacinação acabou diminuindo e a gente teve um aumento dos bolsões de suscetíveis e acabou tendo recrudescimento de várias doenças no país (Representante da Coordenação-Geral do PNI).

A eliminação da poliomielite ou o controle do sarampo faz com que as novas coortes de nascimento, falando de vacinas para crianças, faz com que os responsáveis tenham uma atenção menor para a necessidade de manter as carteiras vacinais atualizadas. Essa diminuição da memória não é um elemento epidemiológico, é um elemento cultural e social (*Expert*).

As pessoas quase não veem, como foi erradicada, as pessoas falam: “ah, quando eu era criança”, “não existe mais”. O que não entendem é que teve essa luta, que teve vacinação (Participante de grupo focal/Agentes Comunitários de Saúde).

Existe, sim, um aumento da população que acaba não se vacinando e pode ser por “n” hipóteses, entre elas o desconhecimento da doença, porque existem doenças que hoje não são nem conhecidas. A poliomielite hoje é uma raridade e por aí vai (Participante de grupo focal/municípios remotos).



Eu acho que a percepção do risco está muito relacionada a doenças que foram superadas e não voltamos a ouvir falar, como a poliomielite, o sarampo. Há um relaxamento, inclusive, dos profissionais (Participante de grupo focal/apoiadores).

Em relação ao PNI, eu acho que tivemos muitos problemas relativos à sensação de doenças erradicadas e a população fica achando que já não são importantes há muito tempo. Foi um descuido geral, não é dos municípios, do estado e nem do governo federal. É mesmo da população (Participante de grupo focal/apoiadores).

A gente se arrepia ao lembrar das crianças internadas com sarampo, coqueluche, é um pesadelo [...] eu acho que o fato de já ter uma geração, até de médicos, que nunca viu uma criança com coqueluche grave fez com que as pessoas fossem relativizando (Participante de grupo focal/médicos pediatras).

Eu sou de um tempo em que se morria de sarampo em uma quantidade absurda e eu já estive em uma sala de atuação onde a única pessoa que tinha visto sarampo era eu. O restante não conhecia, só dos livros. O pessoal não tem noção da gravidade, a última epidemia grande de sarampo acho que foi em 1985 (Participante de grupo focal/médicos pediatras).



A hesitação vacinal, ponto central de interesse deste trabalho, está mais relacionada, para a maioria dos entrevistados, ao atraso em se vacinar do que à recusa em aceitar as vacinas. E esse atraso se deve à mudança na percepção de risco das doenças.

Por outro lado, a população participante dos grupos focais aponta outras razões para o fenômeno da hesitação, entre as quais destacam-se a falta de imunizantes na rede pública e a falta de informação: *“Eu acho também que precisaria, não só comunicar da vacina para o pessoal ir, mas deixar mais claro qual a finalidade dela e quais são as doenças que podem evitar”* (Participante de grupo focal/pais de crianças).

Agora é uma geração diferente de mães que estão chegando. Às vezes, são mães muito novas, pessoas muito mal informadas também em relação à vacina, para que



serve, qual a importância. Antigamente, eu lembro que tinha muita campanha, muita coisa sobre vacinação; hoje não tem mais. Já não é tão informativo e as pessoas ficam descrentes da importância da vacina, até porque falta muita vacina na rede pública (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).

Para mim, a campanha, ou seja, ensinar às mães o porquê da vacinação, sua importância, qual a função da vacina, tanto na criança quanto no adolescente. Eu acho que muita gente deixa de dar aos filhos, ou tem essa descrença, por falta de informação. Falta muita informação, também acho que faltam mais vacinas no SUS. Se existem outras vacinas no privado é porque elas são de alguma forma precisas (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).

As barreiras geográficas/dificuldade de acesso também foram apontadas, com frequência, como uma causa para os casos de atraso na vacinação, sobretudo nos municípios da Região Norte. Outrossim, o horário de funcionamento das salas de vacina, conforme já discutido anteriormente, é igualmente apontado como um fator de fomento ao atraso da vacinação.

A distância interfere diretamente no acesso à sala de vacinação, mesmo na capital. O estado tem 55% de municípios onde a zona rural é maior que 50% de sua área geográfica, alguns com deslocamento exclusivamente fluvial, com uma população ribeirinha em que é comum o trabalhador ficar fora da residência por dias, trabalhando nas colônias ou áreas de mata (Coordenadora estadual de imunização).

O acesso pela questão do horário: hoje, a maioria das famílias é conduzida pelas mães; são elas que levam seus filhos para a vacinação e acontece de ter postos de saúde que só funcionam em horários comerciais, dificultando o acesso delas com suas crianças para vacinar. Ou mesmo os adultos — a questão dos horários de vacinação é fundamental para que possam ter um acesso (Representante da Coordenação-Geral do PNI).

Aqui é das 8h às 11h e das 13h30 às 16h, e depois que começou a vacinação contra a covid, passou a ser só à tarde. Na minha realidade, fica bem puxado, porque sempre tenho coisas para resolver e meu esposo trabalha no horário comercial, então, ou eu tenho que deixar algum filho em casa para levar o outro ou tenho que levar todo mundo. Fica bem difícil. Acredito que, se esse horário fosse contínuo, não houvesse intervalo de almoço, meu marido poderia me ajudar olhando algum filho (Participante de grupo focal/mães de crianças).



A falta de imunizantes na rede pública e de informações adequadas, como também as barreiras geográficas, são apontadas como fatores que dificultam o acesso, aumentando a hesitação vacinal.

Outros fatores mencionados, ainda que de forma pontual, foram a violência e o acolhimento inadequado nas salas de vacinas. Sobre o fenômeno da violência, uma entrevistada, coordenadora de imunização em um estado da Região Nordeste, relata que muitas vezes as equipes das unidades de saúde precisam da autorização das facções criminosas para realizarem ações de imunização em determinados territórios, acarretando atrasos na aplicação das doses.

Existem também preocupações extremas, até mesmo de locais onde podem acontecer situações de violência. São situações em que precisamos pedir licença para o dono daquele local, para entrar naquele território e, às vezes, não há essa abertura e a população fica à mercê. Às vezes, a gente tem que deslocar outras equipes que não conhecem aquele local para poder entrar, porque os próprios profissionais que estão naquela localidade se recusam a entrar por conta da violência, dos assaltos. É uma realidade muito forte (Coordenadora estadual de imunização).

Em relação ao acolhimento, foram frequentes os relatos entre os usuários (população) participantes dos grupos focais, de que esse acolhimento é inadequado: *“Eles fazem as coisas com pressa, querendo acabar logo, aí a gente fica, às vezes, até com medo de perguntar”* (Participante de grupo focal/ mães de adolescentes).

Parece que eles têm preguiça, que já fazem o trabalho há tanto tempo que não te respondem direito ou, às vezes, dizem: vou olhar, vou te falar e nunca mais te falam; parece que estão na obrigação de responder (Participante de grupo focal/ mães de adolescentes).

Querendo ou não, temos aqueles maus vacinadores, que não têm aquele carinho, não têm aquela forma boa de aplicar a vacina na criança. Então, as mães ficam com receio de levar por ter o filho maltratado. Acaba que deixa atrasar, dificultando ainda mais o nosso trabalho (Participante de grupo focal/Agentes Comunitários de Saúde).



No que diz respeito a este acolhimento, os gestores técnicos revelaram a escuta e a transmissão de informações como estratégias eficazes para se evitar o atraso ou a recusa em se vacinar.

A escuta e a sensibilidade são importantes para entender o que causa a recusa. Na hora da aplicação, tem que considerar que algumas pessoas têm medo da agulha, tanto crianças quanto adultos. Considerar que é importante um profissional segurar a criança e também informar sobre as possibilidades de efeitos adversos (Participante do GDOL/gestores técnicos de diferentes regiões).

Por fim, há ainda gestores que argumentam não haver atraso e/ou recusa da população em se vacinar e que a queda nas taxas de cobertura se refere a uma inadequação da população estimada para cada faixa etária — indicador utilizado no cálculo da cobertura —, em relação à população que de fato reside naquela circunscrição geográfica: *“Você recebe, às vezes, um quantitativo de vacina que não tem onde administrar. E aí você fica naquela loucura, com medo de perder as doses”* (Participante de grupo focal/municípios com alto desempenho). *Eu acredito que a cobertura está boa, o que falta mesmo é qualidade no registro* (Participante de grupo focal/municípios remotos).

Nós temos alguns problemas porque a nossa população, no IBGE consta um número “x”, e na realidade é bem inferior. Então, fica bem diferente e nós não conseguimos alcançar as metas, por causa dessa diferença da população registrada (Participante de grupo focal/municípios remotos).

Eu ia falar também em relação às nossas estimativas. Nós tivemos uma estimativa muito ruim, denominadores muito difíceis de ter uma estimativa real [...] o que nós utilizamos na campanha da influenza eram dados muito frágeis e os outros sistemas não nos davam confiabilidade em relação às estimativas (Participante de grupo focal/apoiadores).

Essa forma de cobrança de cobertura não é muito esclarecida, não tem transparência nessa cobrança de cobertura. Ao ano, não tem sete crianças, mas digamos que daqui a dois meses eu tenha que vacinar sete crianças para bater minha meta de 90% (Participante de grupo focal/municípios com alto desempenho).

Para mim, existe uma cobrança de 16 mil pessoas, mas onde eu vou buscar essas 16 mil pessoas? Um dia desses, descobriram que tinha uma saída de duas mil pessoas, ao fazerem os cadastros na atualização. E aí? Onde é que eu vou buscar 16 mil, fora as recusas que existem? Eu acho que o município tem que ter autonomia para dizer o que quer (Participante de grupo focal/municípios com alto desempenho).



Sobre esse tema, um entrevistado, representante da SAPS/MS, menciona a possibilidade de haver uma diferença entre a população estimada pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), para o município e a população informada pelos gestores municipais de saúde. Neste caso, para minimizar o impacto dessas variações nos denominadores das taxas no acompanhamento das metas de cobertura, são levadas em consideração as duas informações populacionais, sendo utilizada para o cálculo final a que apresenta a população em maior número absoluto. Ou seja, mesmo reconhecendo uma possível incongruência em relação à população estimada e a informada, a população informada só é utilizada no cálculo da taxa se for maior do que a estimada pelo SINASC.

Nós trabalhamos com duas modalidades de denominador: com denominador estimado, que vai utilizar as bases nacionais dos nascidos vivos (SINASC) do ano anterior; e o denominador informado, que é o quantitativo de crianças que são cadastradas dentro do serviço de APS. Então, sempre utilizamos o que vai dar o maior número (Representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde).

Tendo isso em vista, percebe-se que a afirmação acima mencionada — indicadores de cobertura vacinal que não correspondem à realidade — pode de fato ocorrer. No entanto, as informações até então levantadas por esse estudo não são suficientes para produção de resultados conclusivos e apenas apontam para a necessidade de atenção ao tema. Outrossim, o representante da SAPS/MS, entrevistado nesta pesquisa informa que os indicadores para cálculo de cobertura vacinal estão em processo de revisão: *“É um pouco sensível conversarmos agora sobre esse indicador de vacina, pois ele está em processo de revisão”* (Representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde).



Gestores mencionam a incompatibilidade entre os dados oficiais sobre a população estimada e o número de residentes, o que pode alterar os indicadores de cobertura vacinal.

Já aqueles que declaram ocorrer casos de recusa da população em se vacinar, afirmam que esses são eventos raros e pontuais, estando associados a diferentes fenômenos como as questões de ordem religiosa, político-ideológica, disseminação de *fake news*, influência de grupos antivacina, entre outros. Cabe ressaltar que os entrevistados e participantes dos grupos focais — gestores, apoiadores e população (responsáveis por crianças e adolescentes) — destacam que, no caso de a família recusar a vacinar uma criança, é comum que o Conselho Tutelar seja acionado e se encarregue pela



garantia da imunização do menor de idade: *“Na visita, a gente orienta sobre os benefícios da vacina. Daí se ela não trouxer, a gente informa que iremos comunicar ao Conselho Tutelar”* (Participante de grupo focal/Agentes Comunitários de Saúde).

Essa questão da recusa de vacina, a gente não percebe de forma a impactar a cobertura do estado. Tanto que, se a gente deixar de mandar uma vacina do calendário em um mês, todos os municípios reclamam. Isso sinaliza que todos estão buscando a vacinação. A gente percebe que as pessoas já reconhecem a importância da vacinação (Coordenadora estadual de imunização).

Tem uma questão que eu vou chamar a atenção também porque, aqui no Amazonas, tem uma grande relevância: congregações e lideranças religiosas que têm um discurso antivacina. Temos um mosaico de situações (Participante de grupo focal/apoiadores)

Não são muitas as situações como antigamente, mas aqui ainda existem famílias que negam por causa da religião. Aí se aciona Conselho Tutelar, Ministério Público e a família toma consciência que é obrigada a fazer. Mas aqui ocorrem, sim, essas recusas. O que eu ouço [...] é mais sobre questões religiosas — por questões veganas eu nunca escutei —, mas alguma religião que não aceita, principalmente aqui no interior (Participante de grupo focal/apoiadores).

Aqui no meu estado, o Conselho sempre descobre pela escola quando as vacinas estão atrasadas. Porque, aqui, qualquer coisa eles envolvem o Conselho Tutelar. Então, é sempre pela escola que o pessoal descobre (Participante de grupo focal/pais de crianças).

Por outro lado, gestores federais, municipais e profissionais da saúde participantes desta pesquisa aludem para o risco associado à disseminação de notícias falsas e outros conteúdos que levam à desinformação: *“Grupos que postam que a vacina causa autismo, que o mercúrio da vacina impregna no organismo. Vários mitos, várias questões que são levantadas e isso causa medo”* (Participante de grupo focal/municípios com alto desempenho vacinal).

Primeiro, queria dizer que na minha visão, além da pandemia, estamos vivendo uma infodemia de informações falsas que colocam em xeque a segurança e eficácia de vacinas e acabam contribuindo para esse processo de desinformação e insegurança na vacinação. Temos visto que essas *fake news* que estão se espalhando, muitas vezes possuem fontes equivocadas, e algumas outras vezes têm as fontes corretas, mas tiram de contexto uma frase, uma declaração, e acabam desvirtuando a informação



(Gerência de Avaliação de Segurança e Eficácia da Anvisa).

Hoje, a gente tem médicos divulgando *fake news*. Com a vacina HPV foi inacreditável. Tivemos em 2019 uma questão que abalou a credibilidade não só da vacina HPV, mas que acabou abalando a credibilidade de outras vacinas infantis, com uma redução drástica de vacinação causada por desinformação feita por médicos (Representante da Coordenação-Geral do PNI).

A divulgação errada da vacina é muito maior do que a divulgação certa. Então, o lado positivo da vacina fica meio escondido. Eu acho que a gente deveria se preocupar mais em divulgar os benefícios da vacina do que o lado ruim. Eu não vejo lado ruim na vacinação, mas a informação errada chega muito mais rápido (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).

Curioso observar que os representantes da população, participantes de grupos focais, declaram não hesitar na vacinação, mas que conhecem pessoas que o fazem.

Se aparecer cinquenta vacinas diferentes, eu vou levar minha filha para tomar, pra ela se prevenir. Conheço muita gente que não gosta de tomar vacina; conheço mães que, às vezes, encontrei no posto e fica falando: “ai, que palhaçada tomar vacina”. Já vi muita mãe falando isso (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).

Eu vejo o assunto como muito importante na vida da criança. Sempre tomei esse cuidado, cuidei das datas, nunca deixei atrasar. Mas conheço pessoas adultas, não com crianças que são meio resistentes, que acham não haver necessidade, que a vacina só vai adoecer a pessoa (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).

Eu conheço uma mãe que não leva a filha dela para vacinar. A gente já tentou trocar uma ideia com ela, mas não adianta! É uma guerra que não vale a pena. Mas eu acho que é importante. A gente cresceu fazendo todas as vacinas e estamos aí bem, é algo que nossos filhos também têm o direito (Participante de grupo focal/pais de crianças).



Gestores e profissionais da saúde ouvidos aludem para o risco associado à disseminação de notícias falsas e outros conteúdos que levam à desinformação.



Cabe mencionar que diversos participantes da pesquisa apontam que a queda nas taxas de cobertura, mormente associada à hesitação vacinal, é um problema complexo e que demanda estratégias distintas e complementares, entre as quais destacam-se: a busca ativa dos faltosos e as políticas intersetoriais, tais como a iniciativa de condicionar a matrícula na escola à análise da caderneta de vacinação; o diálogo constante entre a AB e as equipes de vigilância ou outras estratégias compartilhadas: *“Aqui tem muitas pessoas que recebem Bolsa Família e, para atualizar o cartão, para não cortarem a ajuda, têm que ter o cartão atualizado”* (Participante de grupo focal/médicos de família e comunidade).

Um outro fator também é a desarticulação que a gente tem nos estados e municípios entre os setores de saúde e educação. A gente sabe, por exemplo, em relação à vacina do HPV, quando a gente trabalhou essa vacina dentro do ambiente escolar, que foi a primeira etapa — nós conseguimos alcançar as coberturas em baixíssimo tempo. Os países que têm altas coberturas vacinais se vacinam dentro do ambiente escolar, mas a gente reconhece que isso não é fácil no nosso país. Mas nada impede que se faça uma articulação com as escolas, principalmente dotando esses professores de informações a respeito da importância da vacinação; de falar do calendário para que esses professores possam estar municiando seus alunos em todos os níveis sobre a importância da vacinação e falando para as famílias. A gente já tem experiências muito interessantes no Brasil dessa articulação maior, por exemplo, no estado do Paraná, onde eles têm uma questão de obrigatoriedade do calendário de vacinação atualizado para a matrícula escolar. Não é que precise e que vai impedir o aluno de se matricular, mas tem toda uma questão que você tem que cumprir, tem um período que tem que levar seu filho à unidade de saúde para vacinar, que vai analisar sua caderneta, se está em dia e que vacinas precisam. Isso teve um impacto muito grande, por exemplo, em relação à questão da vacinação do HPV (Representante da Coordenação-Geral do PNI).

Trabalhamos constantemente dentro das nossas agendas a recomendação para que os trabalhos da vigilância conversem com os trabalhos executados pela Atenção Primária e vice-versa. Porque a Atenção Primária precisa do trabalho da vigilância para ser resolutiva e a vigilância precisa dos profissionais da Atenção Primária, para que ela consiga captar todas as informações necessárias para fazer os seus processos de trabalho (Representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde).

A gente tem a sala do Bolsa Família, onde a pessoa é direcionada para lá também. Só recebe Bolsa Família se ver que as vacinas estão todas certas. Então, tem vários parceiros trabalhando e a coisa está fluindo aos poucos (Participante de grupo focal/enfermeiros).



A própria parceria de saúde com a escola, com a própria Secretaria de Educação, favorece bastante, porque a gente tem um alcance muito maior no que tange os adolescentes. A gente faz esse trabalho em conjunto com a educação, nas escolas — previamente um primeiro contato com os gestores, com os professores e também com os pais e responsáveis (Coordenadora estadual de imunização).

O que estamos fazendo muito na volta às aulas é o apoio das escolas nas creches também. Nós temos uma parte da creche que deve ser cadastrada novamente e só será feita se a vacina estiver em dia. Até hoje está tendo uma campanha na escola sobre vacinação (Participante de grupo focal/coordenadores municipais de imunização).

Ainda sobre a interface com a escola, cabe ressaltar que a população participante da pesquisa afirmou, com recorrência, que a escola onde os filhos estudam de fato exige apresentação da caderneta de vacinação no ato da matrícula, havendo ainda alguns que declararam, ainda que com menor frequência, que a empresa onde trabalham também adota esta exigência. Os ACS participantes da pesquisa também mencionam a recorrência de eventos em que as famílias buscam a atualização da caderneta vacinal em função dessa condição imposta pelas escolas.

As mães procuram o posto de saúde para pegar essa declaração, para poder fazer a matrícula dos filhos. Chegando aqui, tem mães que não trazem os filhos, mas a enfermeira olhando a carteira de vacina fala com a mãe que tem vacina em atraso, explicando que tem que levar o filho para poder fornecer uma declaração para levar à escola (Participante de grupo focal/Agente Comunitário de Saúde).

A intersetorialidade também foi apontada por gestores municipais como uma estratégia relevante para as ações de imunização. Em especial, apontam o Programa Saúde na Escola (PSE), que visa a integração e articulação permanentes entre as áreas da educação e da saúde.

Aderimos ao Programa Saúde na Escola, onde também nós vamos até a escola e realizamos a conferência do cartão de vacina. Verificamos e mandamos um recadinho para os pais e marcamos horário na carteirinha para que eles venham. Isso tem funcionado superbem. Tivemos uma boa adesão (Participante de grupo focal/municípios com escassez severa).

O acima exposto aponta para a complexidade do fenômeno da hesitação vacinal, merecendo destaque a mudança na percepção de risco (complacência) e as barreiras de acesso por vezes impostas à população. Outrossim, percebe-se a relevância da integração de diferentes políticas, em especial a educação e a assistência social.



É oportuno destacar, também, que as reações adversas a algumas vacinas foi um dos motivos apontados pelos profissionais de saúde como fator que leva as famílias a atrasarem a vacinação das crianças: *“Tem pais que — justamente dos menores que, quando tomam, dá reação — não querem voltar mais”* (Participante de grupo focal/Agentes Comunitários de Saúde).

Não, não vou vacinar, porque fica doente, fica com febre e a gente vai explicar que isso não é ruim, é uma coisa boa. É uma vacina que está criando a defesa para essas doenças. E eles acabam aceitando (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).

As reações às vacinas foram também apontadas pela população participante da pesquisa como fator motivador da busca por serviços de imunização na rede privada, conforme demonstrado na fala de um pai, responsável por duas crianças.

As primeiras vacinas, a hexa e a penta, eu mando aplicar na rede privada. Por conta da composição que é acelular, as crianças sentem menos. A composição é diferente e a criança sente menos. As outras que o governo disponibiliza pra gente, a de gotinha, aquelas que não dão efeitos colaterais; eu vou nos postos mesmo e lá meus filhos são imunizados, os dois (Participante de grupo focal/pais de crianças).

Tem uma certa vacina, acho que a de 2 meses, que tem 3 doses. De repente, ele fala que no SUS dá mais reação, que era melhor dar no particular e eu acabei dando (Participante de grupo focal/mães de crianças).

Outro pai ressalta essa ter sido a orientação do médico pediatra, responsável pelo acompanhamento de seus filhos.

O médico dos meus filhos me falou que as vacinas são 100% confiáveis, mas a composição dessas primeiras vacinas, da rede privada, faz o bebê sentir menos, porque a composição é acelular. Esta não é fornecida pelo governo. Foi assim que eu obtive essa informação (Participante de grupo focal/pais de crianças).

Ela faz um controle pra mim na clínica particular, onde dou a vacina. Ela até me manda mensagem quando é pra eu ir tomar e ela faz um calendário do que tem a mais naquela vacina, comparado com o SUS. E o meu pediatra também já falou: *“olha, essa aqui no SUS é igual, então pode dar lá”*. Então, por isso que eu dou partes no SUS e também no particular (Participante de grupo focal/mães de crianças).



A mudança na percepção de risco, as barreiras de acesso e as reações adversas compõem um quadro de hesitação vacinal, que pode ser minimizado com medidas como a integração entre saúde, educação e assistência social.

Por fim, ainda que o tema sobre hesitação vacinal tenha sido amplamente discutido nos diferentes grupos e entrevistas, é importante destacar a posição predominante da população participante de confiança na imunização. Essa relação fica explícita na fala de uma das participantes do grupo focal com população acima de 60 anos de idade: *“Vacinem-se, por favor, não deixem de se vacinar, porque é uma coisa importantíssima para proteger a si e ao próximo.”*

A gente cresceu fazendo todas as vacinas e estamos aí bem, é algo que nossos filhos também têm o direito [...] Eu só acho que, esse pensamento antivacina, essas pessoas podem influenciar outras mães que não têm esse discernimento e acabam aderindo a essa ideologia de não vacinar. Isso um pouco me preocupa (Participante de grupo focal/pais de crianças).

É interessante mencionar que ainda que existam estudos apontando para a recusa da vacina contra o HPV, por envolver questões de cunho cultural ou religioso, no presente estudo a população se mostrou favorável ao imunizante:

A minha filha tomou a vacina HPV. Assim que saiu aqui, eu já levei ela pra poder tomar. Todos os amiguinhos dela também foram, ouvi muito isso, essa discussão em relação à vida sexual. E meu posicionamento foi: graças a Deus que tem a vacina, que se ela entrar na vida sexual, está protegida. Que isso é uma coisa inevitável (Participante de grupo focal/mães de adolescentes).

Os meus filhos mais velhos tomaram a vacina HPV. Nós temos uma orientação cristã, mas mesmo assim entendemos que é importante que eles tomem e tenham essa prevenção. Para mim, não existe essa ligação entre o comportamento sexual ativo e uma vacina (Participante de grupo focal/mães de crianças).



Em consonância com a posição da população no GDOL da Região Nordeste, as participantes ressaltaram a aceitação do imunizante por parte dos usuários, sendo que a resistência ocorreu somente no início da campanha:

HPV a gente tem um ou outro caso — não teve muita essa questão da não aceitação. Ao contrário, a gente teve um público que não estava na faixa etária e que queria, insistia, pegava relatório, na busca de tentar se vacinar [...]. A princípio, quando iniciou a campanha, teve aquele problema por ter muita reação adversa, até pela questão emocional do adolescente que às vezes desmaiava. Mas depois virou rotina como qualquer outra vacina (Participante do GDOL da Região Nordeste).

Faz-se necessário, todavia, esclarecer que as estratégias metodológicas adotadas no processo de recrutamento da população para participação nos grupos focais não garantem que os mesmos estejam livres de vieses. A condução apropriada do delineamento dos grupos, da coleta de dados e da análise dos mesmos, garante resultados que sistematicamente se referem à percepção dos sujeitos participantes da pesquisa, sem a pretensão de exprimir uma opinião consensual.



É importante destacar a posição predominante da população, participante da pesquisa, de confiança na imunização.

3.9. Covid-19

A vacinação contra a covid-19 foi também um tema contemplado nas entrevistas e grupos focais, em função da relevância e do impacto da mesma na organização do PNI e nas gestões locais regionais. Em primeiro lugar, deve-se salientar que os participantes da pesquisa, em uníssono, declararam que a pandemia impactou na queda das taxas de cobertura vacinal. A principal razão apontada para esse fenômeno é o fato de a população preferir não buscar as unidades de saúde naquelas circunstâncias, optando pelo distanciamento e isolamento necessários. Além disso, conforme relatado, os próprios serviços de saúde não conseguiram organizar campanhas ou fazer verificação de cadernetas de vacinação, em função do acúmulo de trabalho trazido pela pandemia.

Com o advento da questão da covid-19 no país, a gente viu, igualmente a outros países, todo este receio que está muito verdadeiro da população de sair de suas



casas, de buscar um serviço de saúde. Tivemos uma queda importante das coberturas vacinais e também em relação à adesão às campanhas. Então, tem que se trabalhar redobrado, no sentido de estar divulgando para a população todas as orientações que estão sendo feitas pelos estados e municípios — no sentido de você transformar aquela unidade de vacinação numa unidade mais segura, sem filas, sem aglomeração, em ambientes mais livres, com toda a parte de equipamento de proteção, com orientações, a vacinação extramuro, a prática de higiene — para que você convença essa população de buscar a vacinação nessas unidades de saúde (Representante da Coordenação-Geral do PNI).

Desde o ano passado, as pessoas começaram a ficar em casa. E as pessoas também ficaram com medo. Aqui no nosso estado, você via que era morte todo dia por falta de oxigênio, morte e morte. Então, as pessoas ficaram com medo realmente. Isso atrapalhou muito a nossa cobertura vacinal. Embora disséssemos: está todo mundo de máscara, com uso de álcool em gel, mantendo a distância; a unidade de saúde está fazendo agendamento para atender apenas um número x. Então, isso também fez com que as pessoas se afastassem, pelo medo da doença (Coordenadora estadual de imunização).

Infelizmente, com o impacto da pandemia, também acaba que a vacinação de rotina vem ficando para segundo plano. Antes ocorriam encontros anuais de coordenações estaduais com o programa nacional e hoje esses encontros estão prejudicados. Era um momento de troca — troca de experiência, troca de reconhecimento e que hoje não existe mais por causa da pandemia (Coordenadora estadual de imunização).

Eu estava conversando com a nossa coordenadora de vacina e ela disse que a cobertura vacinal geral do nosso município está baixa, justamente por isso. Porque veio a covid e as pessoas se trancaram, não quiseram sair; as mães não quiseram levar seus filhos para vacinar e aí a gente ficou desse jeito. O município está com cobertura vacinal baixa, a gente está tentando voltar ao normal nesse sentido daí, mas está difícil (Participante de grupo focal/enfermeiros).



Os participantes da pesquisa, em uníssono, declararam que a pandemia impactou na queda das taxas de cobertura vacinal.



Quanto à hesitação vacinal, em específico em relação aos imunizantes utilizados no combate à covid-19, a maior parte dos participantes da pesquisa relata não ter observado recusa por parte da população, havendo apenas casos pontuais desse fenômeno. Um apoiador do Conasems, participante de um grupo focal, salienta: *“Foi a primeira vez que uma vacina foi mais procurada do que ofertada”*.

Eu não tive nenhuma ansiedade, apesar da gente ter ouvido falar tantas bobagens da vacina. É no YouTube, é no Instagram, para todo lado... só gente para apavorar, mas eu não me deixei levar. Quando chegou a minha vez, eu fui tranquila (Participante de grupo focal/idosos).

Por outro lado, foram frequentemente relatados os casos de atraso e/ou recusa da população para tomar a segunda dose, bem como também foram frequentes os relatos de predileção por determinados imunizantes.

Alguns eventos adversos pós-vacinais muitas vezes também estão relacionados à recusa da população em aceitar a segunda dose; ou então em levar as crianças para vacinar; ou sofreu algum evento adverso e não foi assistido. Pela questão de insegurança por parte de algumas falas, isso acaba resvalando nas vacinas de rotina também (Coordenadora estadual de imunização).

Muitas pessoas têm tomado a DI [1ª dose], têm sentido aquela dor local, uma coisa bem simples comparada à doença. As pessoas se apegam aos pequenos detalhes e não completam o esquema. Esse problema, infelizmente, está muito comum aqui no estado (Coordenadora estadual de imunização).

Nós sentimos a recusa quando começou a ser ofertado mais um tipo de imunizante. Sentimos assim: quando só tinha Coronavac, o povo queria; aí veio a AstraZeneca, não queríamos mais a Coronavac; aí veio a Pfizer, aí veio a Janssen e ninguém queria mais as outras. Tivemos muito trabalho quanto a isso (Coordenadora estadual de imunização).

Pelo povo, teria só Janssen, porque toma só uma dose e não volta mais. É complicado. Temos esse problema, infelizmente. A Coronavac, o povo diz que não faz efeito; que pode morrer porque vai tomar AstraZeneca. Na boca do povo é assim. A Pfizer, eles estão mais ou menos gostando e a Janssen é a queridinha de todo mundo. Resumindo, a tradução da situação atual é essa (Coordenadora estadual de imunização).



A recusa à vacina contra a covid-19 se tornou mais comum, segundo os entrevistados, a partir da segunda dose. Havia também a predileção por determinados imunizantes.

Ainda sobre a pandemia, deve-se destacar que foram frequentes os relatos de que a mesma tenha deixado um legado na infraestrutura dos municípios, sobretudo no que diz respeito à rede de frio, além de também ter aumentado o corpo de profissionais envolvidos nas ações de imunização. *“Eu vejo que na verdade os recursos oriundos da pandemia deram uma estruturada e uma organizada na questão do sistema de imunização aqui no estado de Rondônia”* (Participante de grupo focal/apoiadores).

A gente sofria mais antes da covid. O que aconteceu, no momento da covid, foi que a gente teve alguns ganhos com a pandemia, como a questão da reestruturação da rede de frio, que colocaram câmaras novas. Então, hoje em dia nós temos mais espaço para acondicionar os imunobiológicos. Antes tínhamos mais problemas (Coordenadora estadual de imunização).

Relacionado à questão da infraestrutura em nível estadual, nós tivemos uma situação recente de receber equipamentos, que estão tendo um olhar diferenciado por causa da própria pandemia. Vai ficar esse legado, essa herança positiva de infraestrutura (Coordenadora estadual de imunização).

Nesse momento da covid, a gente está vivendo uma situação muito confortável. As regionais, e até mesmo no nível central, estão contando com apoio de pessoas que foram contratadas só para esse momento de imunização. Tem umas regionais também que ganharam enfermeiros, que são apoio técnico lá. Mas antes da covid, por exemplo, a gente tinha regionais que só tinham um ou dois funcionários para o programa inteiro (Coordenadora estadual de imunização).

Eu acho que o aprendizado da organização de fluxo, de captação de grande público, foi uma experiência para os gestores e para os serviços. Em relação às salas que foram montadas, vai depender muito da especificidade de cada serviço — o gestor terá que pensar se ele vai querer manter os ambientes, que foram organizados para o enfrentamento da pandemia, para atender um outro tipo de demanda



ou se ele vai redirecionar os serviços para a unidade de atenção primária em si (Representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde).

Tivemos esse aumento da nossa estrutura no que tange a equipamentos. Hoje, a gente tem equipamentos suficientes para a guarda das nossas vacinas de rotina, sem nenhuma dificuldade, por conta dessa aquisição de novos equipamentos de câmara refrigerada (Coordenadora estadual de imunização).

É a primeira vez que nós só vemos coisas positivas, porque o SUS sempre foi para a mídia de forma negativa. É a primeira vez que nós vemos de forma positiva, então, eu acho que isso foi um ganho para o sistema como um todo e vai refletir com certeza lá no operacional (Participante de grupo focal/apoiadores).

A covid foi bem importante para identificarmos as falhas que estávamos deixando para trás, que prejudicam muito hoje em dia. Então isso veio para dar uma experiência enorme, de recuperação e melhoria (Participante de grupo focal/municípios com escassez severa).

O município está com uma estrutura melhor. Nós começamos a olhar com outros olhos também. Deu para fazer uma cobertura bacana; resgatou esse espírito da vacinação que é importante para todo mundo (Participante de grupo focal/municípios com escassez severa).

A covid nos ajudou em alguns sentidos: nós conseguimos três câmaras conservadoras e o município comprou uma câmara conservadora com 24h de durabilidade. Então, agora a gente não tem mais aquele problema de sair correndo de madrugada porque faltou luz ou alguma coisa (Participante de grupo focal/municípios remotos).

Outra consequência da pandemia, apontada como uma herança positiva, se refere à maior visibilidade das ações de imunização e maior envolvimento da população em relação ao tema: *“E à medida que as pessoas pedem para ver o frasco, a validade e o lote, para ver a seringa; isso é mais uma garantia para a gente não errar. Vamos ver isso com um olhar diferente”* (Coordenadora estadual de imunização).

Também pode ser observada, em conversas com os profissionais de saúde participantes da pesquisa, a percepção de que a pandemia tenha inclusive mudado o zelo das pessoas com o cartão de vacina, na medida em que a apresentação do mesmo tenha se tornado obrigatória em algumas situações.

O jogo do flamengo mesmo, ontem, só entrava no Maracanã quem tinha as duas doses. Então, você precisa em tempo e hora acessar esse documento lá no Conecte SUS, se você não tiver com o seu cartãozinho de vacina (Participante de grupo focal/apoiadores).



Por fim, é relevante mencionar a visão de *experts* ouvidos nesta pesquisa que consideram que a pandemia abriu espaço para uma discussão interessante e necessária sobre a produção de vacinas no Brasil e para o Brasil. Segundo os analistas, os laboratórios públicos — Funed, Bio-Manguinhos e Butantan, em especial estes dois últimos, que são os principais fabricantes de vacinas do país — são ainda dependentes de tecnologias transferidas de fabricantes internacionais, tendo a pandemia deixado claro que este é, nos dias de hoje, um dos principais gargalos no campo das vacinas.

Agora na pandemia, o que aconteceu foi que houve um desequilíbrio muito grande, imenso, como eu acho que nunca antes na história do mundo, entre demanda e oferta de produtos, especificamente para covid. O que aconteceu é que o mundo ficou refém dos IFAs [Ingredientes Farmacêuticos Ativos] da China e da Índia. Com o Brasil, em particular, nós ficamos a ver navios, porque fomos para o fim da fila. Isso nos mostra que essa estratégia de Bio-Manguinhos e Butantan de confiar integralmente no fornecimento de ingredientes, no caso de vacinas, de IFAs da Índia e da China, não deve continuar (*Expert*).

Bio-Manguinhos e Butantan vão ter que apostar em uma mudança de estratégia no sentido de ficarem mais autossuficientes. Para isso, uma política científica, uma política de pesquisa efetivamente, tem que ser posta pra frente. E atualmente está no buraco, em uma situação muito pior que a saúde, porque não teve orçamento emergencial, exceto uma coisinha pequena do Ministério da Ciência e Tecnologia (*Expert*).

O acima exposto revela a complexidade da pandemia e suas várias dimensões, intrínsecas e extrínsecas, a exemplo dos fatores de ordem biológica, farmacológica, sociológica e outros. Esse cenário aponta para a necessidade de as pesquisas em saúde coletiva atuarem na interface dessas questões de caráter multidimensional.

Pontos positivos da pandemia em relação à imunização, segundo os entrevistados:



Deixou um legado na infraestrutura dos municípios, sobretudo no que diz respeito à rede de frio.



Melhorou o zelo das pessoas com o cartão de vacina.



Aumentou o corpo de profissionais envolvidos nas ações de imunização.



Abriu espaço para uma discussão interessante e necessária sobre a produção de vacinas no Brasil e para o Brasil.



Deu maior visibilidade das ações de imunização e houve maior envolvimento da população em relação ao tema.



3.10. Temas transversais

Este tópico se destina a apresentar temas que, embora não tenham sido foco dos instrumentos de pesquisa utilizados nas entrevistas e grupos focais, foram frequentemente aludidos pelos seus participantes, sinalizando então a relevância dos mesmos. O primeiro deles se refere à Operação Gota, mencionada pela representante da Coordenação-Geral do PNI como uma importante estratégia do PNI e também reconhecida pelos gestores da Região Norte como uma ação de suma importância para o fomento à vacinação da população rural, ribeirinha e indígena.

A Operação Gota é uma ação do MS que, com o apoio de aeronaves da Força Aérea Brasileira (FAB), leva vacinas ofertadas pelo PNI a locais de difícil acesso. Essa operação teve início em 1989, com apoio informal da Força Aérea para ações de saúde no estado do Amazonas. Em 1996, o PNI assumiu a coordenação da Operação Gota e ampliou as áreas de atendimento da mesma, passando a incluir os estados do Acre, Roraima, Amapá, Pará, Rondônia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e posteriormente o Maranhão (Brasil, 2003).

Conforme supramencionado, os entrevistados da Região Norte, em consonância ao que foi apontado pela Coordenação-Geral do PNI, indicaram a Operação Gota como uma estratégia operacional de extrema importância para o êxito das ações de imunização, uma vez que as vacinas são levadas em aeronaves até locais de extremas adversidades de acesso, tais como rios não navegáveis durante todo o ano, cachoeiras que impedem o acesso de barco, ilhas fluviais, localidades longínquas das sedes dos municípios, entre outras barreiras. Vale ressaltar que as atividades desta operação contam também com as coordenações estaduais de imunização e prefeituras e indicam a necessidade de políticas focalizadas no enfrentamento dos desafios locais.



Um tema surgido espontaneamente entre os entrevistados refere-se à Operação Gota, uma iniciativa do MS com apoio da FAB, para possibilitar o acesso às vacinas em áreas remotas.

Outro tema recorrente nas entrevistas e grupos focais foram os desafios específicos relacionados ao imunizante que combate a tuberculose, a vacina BCG. Ao longo dos tópicos anteriores, diversos apontamentos sobre essa temática foram realizados, mas ainda assim considera-se necessário retomá-los. Sobre esse imunobiológico, algumas dificuldades peculiares foram apontadas: i) o local



de aplicação, por vezes na maternidade, por vezes nas unidades de saúde; ii) a técnica específica de aplicação; iii) o frasco multidoses, que ocasiona perdas frequentes do imunizante.

Sobre o local de aplicação, o que foi observado é que alguns municípios trabalham com aplicação da BCG nas maternidades, outros ofertam o imunizante nas unidades de saúde, havendo ainda aqueles que administram a vacina nos dois estabelecimentos. Os municípios que optam pela aplicação somente nas maternidades alegam fazê-lo por duas razões distintas — evitar o desperdício, já que o frasco é multidoses e tem curta validade após aberto, e também como uma forma de aumentar as taxas de cobertura — conforme indica uma gestora do Distrito Federal: *“Importante citar que a vacina BCG é a única vacina que tem atingido a cobertura vacinal no DF e um fator que pode estar contribuindo é a oferta da vacina nas maternidades públicas. Se eliminamos os obstáculos, facilitamos a vacinação”*.

Essa estratégia, embora bem justificada pelos gestores locais, foi alvo de críticas por parte da população participante dos grupos focais, que relatou conhecimento de casos de crianças que nascem em partos domiciliares e que a família acaba tendo dificuldade de aplicação da BCG no recém-nascido, que não consegue ser incorporado, naquele momento, ao sistema de saúde.

Aqui na minha cidade, nós temos um problema com a BCG nas maternidades. Não só na maternidade, mas eu, por exemplo, já pari em casa e foi uma burocracia para dar a BCG, porque como todas as vacinas vão para a maternidade, fica sem nenhuma no posto. Quando chega na maternidade, falam que não pode tomar, só o bebê que nasceu lá, então é difícil. A gente entende que tem a questão da dosagem e do tempo, mas a criança não pode ficar sem a vacina BCG (Participante de grupo focal/mães de crianças).

Há ainda municípios de pequeno porte que não conseguem administrar a BCG, já que a abertura do frasco sempre acarreta em perda de doses, mesmo se operarem com o sistema de agendamento. Nestes casos, a família precisa se deslocar com a criança para outro município: *“A nossa BCG não é feita aqui. Nós fazemos na maternidade no nosso município vizinho”* (Participante de grupo focal/municípios com escassez severa).

A BCG, nós não fazemos aqui no município. É feita no município vizinho, que fica no centro de referência materno infantil. Lá também é agendada por conta de ser um município maior (Participante de grupo focal/municípios com escassez severa).

Em relação à BCG, aqui a gente não administra no nosso município por conta dessa perda, porque são frascos de 20 doses e a gente estava tendo muita perda de doses. Aí fizemos um acordo com outro município próximo, que é só 20 minutos, e aí a gente faz por agendamento. Lá eles agendam e dizem os dias que vai haver a vacinação (Participante de grupo focal/municípios com alto desempenho vacinal).



Este problema — crianças vacinadas fora do município de domicílio — é relatado, em outra perspectiva: a do município que recebe essa demanda.

Hoje, a média de nascidos vivos do nosso município é em torno de 200, 300. Tem meses que nós recebemos 600 crianças, então ultrapassa o quantitativo de BCG, por exemplo, que nós temos em estoque. Porque nós fazemos BCG e hepatite nos nascidos até 12 horas na maternidade (Participante de grupo focal/municípios com alto desempenho vacinal).

Além desse inconveniente, as gestões estaduais relatam ter dificuldade de monitoramento dos dados de cobertura vacinal da BCG, quando aplicada nas maternidades, uma vez que, nesses estabelecimentos, as doses aplicadas são lançadas no SI-PNI e, nas unidades de saúde, são lançadas no e-SUS AB. Há ainda gestores que anunciam falta de comprometimento das maternidades no trabalho de registro.

Eles não inserem os dados; eles se perdem, não é registrado corretamente. Às vezes, a criança volta para fazer só hepatite; ela já tomou a BCG e não está registrado. Então, tem tudo isso... A maternidade às vezes aplica, mas não assume a responsabilidade do registro. E é ruim, porque não adianta (Coordenadora estadual de imunização).

Outra dificuldade apontada em relação à BCG diz respeito à falta de profissional capacitado para aplicação desse imunizante, cuja técnica é intradérmica, o que deixa alguns profissionais pouco confortáveis, sobretudo em se tratando de aplicação em recém-nascidos.

Não temos profissional capacitado e treinado em todas as unidades para fazer. Tem toda a técnica, não é todo profissional. Não é porque eu sou enfermeira que eu vou lá e faço BCG. Não é qualquer técnico da sala de vacina que faz, tem que ter um treinamento específico para a BCG. E, por enquanto, estamos só com duas pessoas que fazem. A regional, devido a esse período de pandemia, deu uma parada nos treinamentos e estamos esperando para retomar (Participante de grupo focal/coordenadores municipais de imunização).

Temos um leque de municípios que não têm quem vacine BCG mais. Está sendo feita uma capacitação, exatamente para os municípios contarem com alguém para fazer a BCG, já que tem alguns que não têm mais esse profissional capacitado (Coordenadora estadual de imunização).

O profissional enfermeiro, mesmo graduado, ou o profissional técnico, ele não aprende na escola, na faculdade, no curso técnico, a fazer a BCG. Porque a técnica é diferente das vacinações normais. Precisa de um cuidado até maior no



armazenamento da vacina, de preparação da vacina, na aplicação da vacina. Tudo é diferente (Coordenadora estadual de imunização).

A aplicação da BCG é uma intradérmica. É uma modalidade diferenciada das demais vacinas, que são intramusculares ou subcutâneas. Tem que ter uma habilidade, um rigor na hora da administração (Representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde).

Por fim, outro desafio relatado acerca desse imunizante, sobretudo em municípios menores, se refere ao fato de o frasco ser multidoses e com curto prazo de validade após aberto. Para evitar perda de doses, alguns municípios optam por aplicar a BCG mediante agendamento ou concentrar a sua aplicação em determinadas unidades de saúde, em dias e horários específicos. Essa estratégia, embora eficiente para inibir a perda e o descarte do imunizante, afeta as taxas de cobertura vacinal: *“No caso da BCG aqui, cada posto abre uma vez por semana. A gente faz um rodízio; não são todos os postos que abrem toda a semana”* (Participante de grupo focal/enfermeiros).

A BCG, o município começou a fazer o rodízio de posto da aplicação. Então, às vezes a família ia procurar a vacina no nosso posto, mas não era o dia do nosso rodízio. E essa questão do rodízio da vacina fez com que algumas crianças até atrasassem suas vacinas. Em compensação, evita desperdício (Participante de grupo focal/médicos de família e comunidade).

BCG, por exemplo, tem mês que vem uma ampola para o município. A gente faz o quê? Tira um dia no mês para concentrar as crianças nascidas para vacinar. Acontece isso com a BCG (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).

A gente tenta não perder a dose, tentando concentrar uma quantidade maior de criança para vacinar num certo dia para a gente não perder. Eu faço o possível para abrir e fazer o frasco todo. Se fosse unidose, seria bacana (Participante de grupo focal/técnicos de enfermagem).

Os frascos que nós recebemos de BCG são de 20 doses, então em doses é suficiente para nossa demanda. Porém, para o número de frasco, não. São 6 horas de validade (Participante de grupo focal/municípios com alto desempenho vacinal).

Além das estratégias de agendamento e rodízio entre as UBS do município, para evitar o desperdício, foi mencionada em um grupo de diálogo *online* a parceria com municípios vizinhos.



Eu acredito que transformar a BCG de multidoses para unidoses ajudaria muito, principalmente os municípios pequenos. A gente não tem perda de vacina, porque se o frasco tem 10 doses, então a gente faz o agendamento para 10 pessoas e geralmente temos 2 ou 3 em pré-agendamento. Se falta alguém, já acionamos os outros... Se aparece alguém precisando vacinar em caráter de urgência, porque vai viajar, então a gente aciona os municípios mais próximos e o carro da Secretaria vai com aquela pessoa para fazer a vacina no local mais próximo (Participante do GDOL/gestores técnicos de diferentes regiões).

Alguns municípios relataram que, recentemente, foram orientados pelo MS a abrirem o frasco da BCG independente do número de crianças disponíveis para o recebimento do imunizante, como uma forma de fomentar um aumento nas taxas de cobertura, ainda que sob o ônus da perda de doses: *“Aí, agora o Ministério tem a recomendação que, independente da quantidade de crianças, tem que ser vacinado. Mas isso é algo recente, antigamente não”* (Participante de grupo focal/apoiadores).

E a gente agora fez uma reunião onde foi falado das baixas coberturas da vacina, inclusive a BCG, e que a gente fazia semanalmente, agendada, porque estava com falta da vacina. Agora, nessa reunião, foi informado que a gente pode abrir o frasco; se a paciente chegar, a gente abre o frasco e faz a BCG. Não mais agendar, abrir de livre demanda por causa das baixas coberturas da BCG (Participante de grupo focal/municípios remotos).

O ministério soltou um informe no mês passado, salvo engano, justamente pensando nessa baixa procura e oferta, liberando a BCG, pedindo para que seja ofertada em toda unidade de saúde [...] O ministério enviou no mês passado um ofício liberando e nos isentando, caso haja uma perda grande/um volume grande de doses. É para ser ofertada em todas as unidades — se chegar um bebê, abrir um frasco de vinte doses. Eu acho que é um ganho isso e também seria para o programa conversar com o laboratório e repensar um quantitativo menor na embalagem, para evitar essa perda (Coordenadora estadual de imunização).

A BCG é aplicada na maternidade, a maioria. Porque a maioria das crianças nascem nos municípios maiores que têm maternidade e, geralmente, são equipes volantes que vão fazer na maternidade. Se porventura não faz na maternidade, vai fazer no município menor e aí no município eles fazem agendamento. Mas, a maioria é maternidade. Quando não é feito na maternidade, é feito um agendamento para aplicação. O frasco tem 20 doses. Mesmo que o Ministério tenha mandado uma nota falando para fazer livre demanda, não tem sustentabilidade para manter isso depois. Por que fazer uma dose e descartar 19? (Coordenadora estadual de imunização).



Inclusive, a BCG, nós temos uma nota agora do MS colocando a possibilidade de descentralizar a BCG, de não perder a possibilidade de abrir o frasco. Mas nós temos o outro lado da diminuição das coberturas vacinais também. Enfim, eu acho que são duas coisas para se avaliar (Participante de grupo focal/apoiadores).

Com a escassez da BCG, resolvemos centralizar essas vacinas nas unidades e nas ações do quinto dia, que é o teste do pezinho, quando a gente contempla, faz o cartão e já vacina a criança. É a maneira que a gente encontrou de estar acompanhando, mais por questões de escassez da BCG mesmo. Agora, por exemplo, eles estão querendo que a gente abra BCG todo dia. Aí você solicita trinta BCGs no município de 10.200 pessoas e você não tem BCG suficiente para abrir todo dia. Então, você tem que trabalhar com a sua realidade, infelizmente (Participante de grupo focal/municípios com baixo desempenho vacinal).

Vale ressaltar que existem outros imunobiológicos que também são distribuídos em frascos multidoses, a exemplo da Vacina Oral Poliomelite (VOP). Embora também tenham surgido relatos da necessidade de agendamento da aplicação desse imunizante, as dificuldades enfrentadas em relação ao mesmo foram casos excepcionais.

Atualmente, tem um pouco de dificuldade com algumas vacinas — principalmente a VOP, a polio oral —, porque a gente recebe o quantitativo suficiente em doses, porém os frascos são multidoses, com 25 doses cada frasco. Então, em número de frascos e por ter uma validade curta, eu acabei tendo que centralizar essa vacina e isso dificulta um pouco (Participante de grupo focal/municípios com alto desempenho vacinal).

A gente acabou tendo que centralizar a VOP, porque chegava, eu tinha o quantitativo em frascos por duas semanas em todas as salas. Acabei tendo que centralizar para otimizar e não faltar o restante do mês (Participante de grupo focal/municípios com alto desempenho vacinal).



A BCG entrou na pauta de muitos entrevistados por questões que envolvem o local de aplicação, a capacidade técnica dos profissionais e, sobretudo, o dilema em torno dos frascos multidoses.



O acima exposto revela duas questões centrais dentro do escopo desta pesquisa: a importância de políticas acuradas à realidade da Região Norte — a exemplo da Operação Gota — e questões específicas relacionadas ao envase de imunizantes, em especial a BCG, apontada, em uníssono, como uma grande dificuldade enfrentada, sobretudo nos municípios remotos e de pequeno porte.

3.11. Análise das nuvens de palavras

O termo mais mencionado nas três nuvens foi vacina, refletindo assim o tema central da pesquisa, que buscou compreender o cenário das políticas de imunização no Brasil, revelando seus desafios e conquistas. Contudo, ainda que o panorama geral seja o mesmo, percebe-se que as diferentes perspectivas de trabalho dos participantes em cada um dos níveis governamentais revelaram similitudes e dissimilaridades interessantes entre as nuvens de palavras apresentadas.

Começando pela esfera federal, as palavras frequentemente utilizadas foram: informação, MS e Brasil. É importante destacar que o grupo de participantes da esfera federal foi composto por especialistas em assuntos sobre vacinação e gestores do MS em áreas estratégicas para o PNI. Desse modo, “informação, MS e Brasil” sinalizam a perspectiva de atuação do grupo, uma vez que esses profissionais, de modo geral, buscam soluções para embasar políticas públicas em nível nacional que possam impactar as instâncias estaduais e municipais.

Já na esfera estadual, percebe-se que os termos estadual, regional e municipal tiveram destaque importante, revelando assim o fluxo de distribuição dos imunizantes na perspectiva de atuação dos entrevistados. Nas categorias de análise referentes à infraestrutura e ao armazenamento de vacinas, foram mencionadas dinâmicas de distribuição que partiam da rede de frio estadual, passando pelas regionais e chegando até os municípios.



[illegible]

Foram citados desafios como a dificuldade de fixar profissionais vacinadores, pela exigência de um conhecimento amplo sobre os diferentes imunizantes, e a necessidade de atenção ao registro adequado, bem como monitoramento das geladeiras ou *freezers*. Ao encontro de sala, a palavra problema também apareceu de forma constante, o que pode ser explicado pelos desafios já mencionados e outros que atravessaram as categorias analíticas, como a falta de geradores e a transição entre os sistemas de registro, por exemplo.



96



A mudança entre os sistemas SI-PNI para o e-SUS no que diz respeito ao registro das vacinas de rotina, foi amplamente discutida nas três esferas governamentais na categoria registro e, por consequência, sistema foi um termo em destaque nas nuvens de palavras apresentadas. No entanto, os gestores pontuaram obstáculos presentes no processo de substituição, como a falta de treinamentos e equipamentos tecnológicos. Já os especialistas, ainda que reconheçam os conflitos da transição, salientaram as melhorias possíveis com essa mudança, sendo que segundo eles, o e-SUS permite um aproveitamento melhor dos dados.

A análise apresentada buscou elucidar os termos significativos para a temática mais frequentes nas nuvens de palavras elaboradas, destacando os pontos de encontro, bem como as diferentes perspectivas entre os grupos estudados — gestores estaduais e especialistas. Vale ressaltar que essa leitura não limita outras possibilidades de interpretação das imagens apresentadas. 



4

CONSIDERAÇÕES GERAIS

De maneira geral, o que pode ser observado é que o PNI, apontado como um programa de sucesso e referência mundial, é reconhecido, dessa forma, pelos profissionais que nele atuam. Para tal reconhecimento, são considerados os diversos imunizantes ofertados (inclusive imunizantes voltados a portadores de quadros clínicos especiais), a garantia de quantitativo adequado para atendimento da demanda e o êxito de eliminação de diversas doenças.

Há de se considerar, no entanto, a complexidade do território brasileiro, com realidades socioeconômicas, culturais e demográficas distintas, o que talvez seja o maior desafio a ser enfrentado. Nesse cenário de desigualdades, chamam atenção algumas assimetrias em específico, entre as quais destacam-se infraestrutura da rede de frio, infraestrutura das salas de vacina e dificuldades inerentes aos recursos humanos, em especial contratação e retenção do profissional vacinador. Essas assimetrias são mais evidentes nos municípios de pequeno porte e em áreas remotas, em especial as da Região Norte.

Por outro lado, os problemas relacionados ao registro das doses aplicadas parecem ser uma realidade em todo o país. Estados e municípios, inseridos em contextos diversos, anunciam as dificuldades cotidianamente enfrentadas na atividade do registro e consequente monitoramento de dados e informações. Verifica-se, de forma contundente, a necessidade de se garantir que os dados registrados nas salas de vacina representem a real cobertura vacinal do país.

Há também uma visão comum entre os participantes da pesquisa sobre o tema da hesitação vacinal. Ainda que cada município aponte para causas distintas que levam a população a atrasar a tomada de uma ou mais vacinas, grande parte considera que a recusa seja um fenômeno excepcional. Sobre as estratégias de enfrentamento ao atraso da população em se vacinar, diversas alternativas foram apontadas, supostamente atreladas às realidades locais. Entre essas estratégias destacam-se a necessidade de a AB realizar busca ativa, a ampliação do horário de funcionamento das salas de vacinas, o trabalho inter-setorial, em especial junto às secretarias de educação, entre outras. Em relação àqueles que argumentam que as metas de cobertura não são alcançadas em função da inadequação da metodologia de cálculo, observa-se que esse é um tema que precisa ser melhor examinado.

Faz-se necessário também salientar a relevância dos profissionais da AB, em especial os ACS, que são agentes multiplicadores, e os médicos de família, cuja atuação tem grande capilaridade, na medida em que prestam atendimento médico à população de todas as faixas etárias. Por fim, e não menos importante, é notável a necessidade do PNI se ajustar à dinâmica do cenário epidemiológico do país. A complexidade crescente do perfil das doenças transmissíveis aponta para a relevância do fortalecimento do complexo industrial da saúde, em especial no que se refere à produção de imunobiológicos e adequação da oferta dos mesmos, a exemplo da *Bacilo de Calmette & Guérin* (BCG).

APÊNDICE A



DEFINIÇÃO DO ÍNDICE DE ESCASSEZ DE MÉDICOS EM APS	100
--	------------



DEFINIÇÃO DO ÍNDICE DE ESCASSEZ DE MÉDICOS EM APS



O Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária em Saúde foi desenvolvido pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (Girardi *et al.*, 2012), com o objetivo de identificar e mensurar a escassez de médicos nos municípios brasileiros. O índice busca caracterizar as iniquidades distributivas de recursos humanos em saúde, para além do critério usualmente utilizado de razão de médicos por habitantes. Nesse sentido, a essa razão são adicionados indicadores relativos às carências socioeconômicas, altas necessidades em saúde e dificuldade de acesso a serviços de saúde por parte das populações estudadas, permitindo caracterizar situações de insegurança assistencial. Em suma, identificam-se não só as situações de notável insuficiência de profissionais médicos, mas também aquelas em que, mesmo com parâmetros adequados de oferta, mostram-se vulneráveis do ponto de vista socioeconômico, de saúde e de acesso. O índice é utilizado como referência para identificar áreas geográficas das regiões selecionadas que vivenciam situações de escassez de profissionais, bem como o grau dessa escassez.

A construção do índice de escassez envolve a combinação simples dos seguintes indicadores: (i) Razão de médicos da Atenção Primária em Saúde (médicos de saúde da família, clínicos e pediatras), em Equivalente de Tempo Integral (ETI)³, por habitante; (ii) Taxa de Mortalidade Infantil (TMI); (iii) Proporção de domicílios em situação de pobreza; e (iv) Distância, em minutos, da sede do município até a sede do município de referência da região de saúde CIR.

Os indicadores são classificados num gradiente de 0 a 5 de acordo com a intensidade da ocorrência do evento, conforme descreve o Quadro 3. Após definição e construção dos quatro indicadores, é realizada a identificação de municípios com escassez de médicos em APS. Assim, consideraram-se automaticamente incluídos os municípios com razão acima de 3.000 habitantes por médico. Adicionalmente, são incluídos municípios com número de médicos acima do parâmetro, mas com maiores necessidades sociais e de saúde, sendo: (i) municípios com um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e TMI de mais de 100% acima da média nacional; (ii) municípios com um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e mais de 50% dos domicílios na pobreza;

³ O chamado Equivalente de Tempo Integral (ETI) ou Full Time Equivalent (FTE) considera, ao invés de contar o número de profissionais, a disponibilidade de carga horária médica na localidade. Assim, cada 40 horas semanais de trabalho médico é equivalente a um médico em tempo integral.



QUADRO 3

Categorias dos indicadores de avaliação da escassez de médicos.

Indicadores	Categorias	
Razão de médicos, em ETI, por habitante	1	1 médico p/ até 3.000 hab.
	2	1 médico p/ mais de 3.000 até 4.000 hab.
	3	1 médico p/ mais de 4.000 até 5.000 hab.
	4	1 médico p/ mais de 5.000 até 10.000 hab.
	5	1 médico p/ mais de 10.000 até 15.000 hab.
	6	1 médico p/ mais de 15.000 hab./sem médico
Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)	1	TMI abaixo da média nacional
	2	TMI até 10% acima da média
	3	TMI mais de 10% até 25% acima da média
	4	TMI mais de 25% até 50% acima da média
	5	TMI mais de 50% até 100% acima da média
	6	TMI mais de 100% acima da média
Proporção de domicílios na pobreza	1	Menos de 10%
	2	De 10% a menos de 20%
	3	De 20% a menos de 30%
	4	De 30% a menos de 40%
	5	De 40% a menos de 50%
	6	50% ou mais
Distância, em minutos, até o município de referência da região CIR	1	Até 15 minutos
	2	De 16 a 30 minutos
	3	De 31 a 45 minutos
	4	De 46 a 60 minutos
	5	De 61 a 120 minutos
	6	Mais de 120 minutos



Fonte: adaptado de Girardi et al. (2012).

Entre os municípios identificados com escassez, é mensurada sua intensidade. A soma proveniente das notas em cada um dos indicadores é o valor do índice, variável de 1 a 20. Quanto mais próximo de um, menor é o grau de escassez, quanto mais próximo de 15, maior. Os valores são divididos em cinco categorias, cada uma somando três valores do índice (1 a 4: traços de escassez; 5 a 8: escassez baixa; 9 a 12: escassez moderada; 13 a 16: escassez alta; 17 a 20: escassez severa). 



2

Segunda fase da pesquisa





1

INTRODUÇÃO

A segunda fase da coleta de dados com atores envolvidos nas ações de imunização, no âmbito da Pesquisa Nacional objeto desta análise qualitativa, ocorreu no período entre 18 de agosto e 21 de novembro de 2023.

As atividades previstas no componente de entrevistas com gestores estaduais, federais e especialistas da área de imunização estavam previstas para acontecer ao longo dos meses de junho e setembro de 2023, entretanto, foram necessários alguns ajustes no cronograma, o que repercutiu no atraso para o início do processo de coleta de dados. O trabalho de campo foi iniciado após aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (nº CAAE 50722321.3.0000.5149) e envio de ofício para os coordenadores estaduais de imunização, no início do mês de agosto.

Esta publicação contempla a análise qualitativa das entrevistas interpessoais realizadas com coordenadores estaduais de imunização, com gestores federais e especialistas da área de imunização. No total, foram realizadas 19 entrevistas interpessoais com gestores estaduais, duas com gestores federais e uma com especialista com atuação em âmbito nacional.

Fonte	Público-alvo	Atores envolvidos
Entrevistas interpessoais	Coordenadores estaduais de imunização	Rio Grande do Sul Santa Catarina São Paulo Minas Gerais Rio de Janeiro Goiás Distrito Federal Mato Grosso Mato Grosso do Sul Bahia Sergipe Rio do Grande do Norte Pernambuco Maranhão Pará Amapá Acre Amazonas Roraima



Fonte	Público-alvo	Atores envolvidos
Entrevistas interpessoais	Gestores federais	Representante do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI)/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) Representante da Coordenação de Apoio à Imunização e Monitoramento das Coberturas Vacinais na Atenção Primária (CIMVAC)/Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)
	Especialista	Representante da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

Fonte: Nescon, 2021.



Foram realizadas 19 entrevistas interpessoais com gestores estaduais, duas com gestores federais e uma com um especialista em âmbito nacional, entre 18 de agosto e 21 de novembro de 2023.



2

METODOLOGIA

No presente estudo, a realização de entrevistas em profundidade teve como objetivo dar continuidade ao processo, iniciado em 2021, de compreender o cenário das políticas de imunização nos territórios, bem como levantar os principais desafios a elas impostos.

As entrevistas com gestores estaduais foram realizadas a partir de um roteiro de perguntas abertas atinentes ao escopo de atuação da gestão estadual do PNI, abordando recebimento, armazenamento e distribuição de imunobiológicos; aquisição de insumos; aplicação e registros de vacinas do PNI, componentes de hesitação vacinal (confiança, complacência e conveniência); outras motivações de hesitação (princípios filosóficos ou religiosos, aspectos socioculturais, orientação de profissionais de saúde, etc.); impactos da pandemia de covid-19 no programa de imunização; bem como os desafios enfrentados na gestão das ações de imunização no território, junto às peculiaridades da população. Todas as entrevistas ocorreram de forma *online* por meio da plataforma *Google Meet*. A maior parte dos convidados se disponibilizou a participar da pesquisa. Nenhum coordenador estadual se recusou a conceder a entrevista. Em alguns estados, o coordenador não tinha agenda disponível no período da coleta de dados.

Participaram desta etapa da pesquisa três gestores com atuação em âmbito nacional na área de imunização. As entrevistas foram realizadas do período de 20/10/2023 a 21/11/2023, após agendamento prévio conforme disponibilidade dos participantes. Para realização das entrevistas, utilizou-se um roteiro com perguntas acerca da trajetória profissional do entrevistado; da estrutura organizacional da área ou setor de atuação; atribuições, programas e atividades da área ou setor; relação com parceiros interinstitucionais e intrainstitucionais; desafios a serem enfrentados e avanços realizados. Os áudios das entrevistas foram gravados e transcritos para a análise. Aos entrevistados foram atribuídos os códigos E1, E2 e E3, a fim de resguardar seu anonimato. Uma entrevista foi realizada de forma *online* por meio da plataforma *Google Meet*, enquanto as outras duas foram realizadas presencialmente.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMG (Parecer CAAE 50722321.3.0000.5149). Os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o sigilo das informações e o anonimato.

2.1. Análise do material

A análise das entrevistas com gestores estaduais foi realizada em fases cronológicas de acordo com o referencial teórico de Bardin (2008). As entrevistas foram transcritas e posteriormente revisadas pelos pesquisadores responsáveis pelo acompanhamento das mesmas. No caso dos GDOL, foram construídas sínteses, elaboradas por profissionais especialistas em saúde pública. Assim,

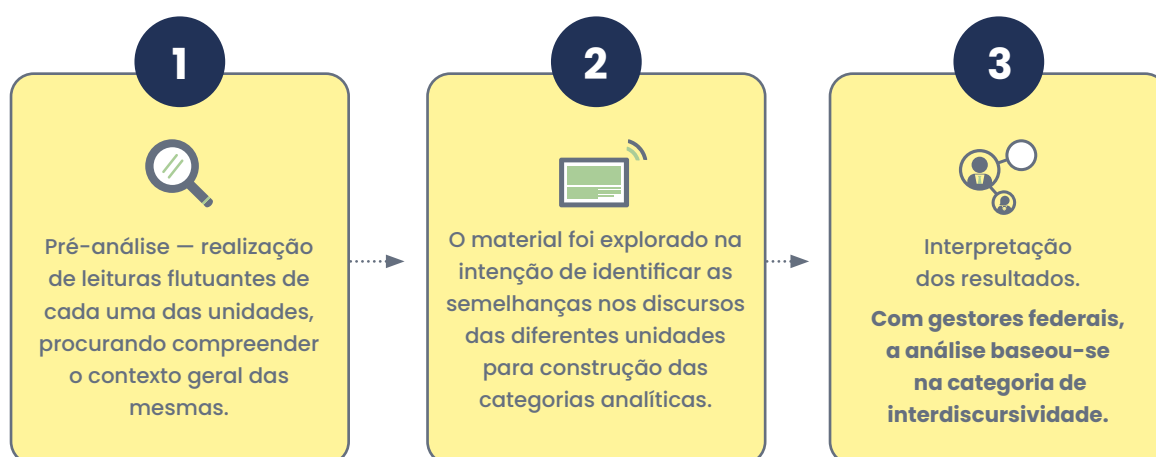


cada uma das entrevistas foi considerada como unidade independente. Desse modo, a primeira etapa foi a pré análise, que consistiu na realização de leituras flutuantes de cada uma das unidades, procurando compreender o contexto geral das mesmas.

Na segunda fase, o material foi explorado na intenção de identificar as semelhanças nos discursos das diferentes unidades para construção das categorias analíticas. O ponto de partida foram as categorias pré-definidas na fase de revisão da literatura do presente projeto, a saber: ações e organização do PNI nos estados; recebimento/abastecimento; armazenamento/distribuição/transporte; aplicação; registro; hesitação vacinal; comunicação; pandemia da covid-19. Importante salientar que, durante o processo de categorização, outros temas relevantes emergiram nos discursos dos participantes e foram devidamente contemplados na análise. Por fim, a última fase foi a interpretação dos resultados, apresentada na seção seguinte da presente publicação.

A análise qualitativa das entrevistas com gestores com atuação em âmbito nacional foi amparada na análise de discurso crítica (Fairclough, 2016), com enfoque na categoria de interdiscursividade. Esta categoria relaciona-se à identificação dos discursos em um texto e de como eles são articulados (Resende; Ramalho, 2016). Assim, buscou-se a identificação dos temas centrais, considerando a perspectiva de produção dos discursos pelos entrevistados.

A análise das entrevistas com gestores estaduais teve três etapas:





3

RESULTADOS



s resultados apresentados a seguir foram organizados em função do âmbito de atuação dos entrevistados: estadual (gestores estaduais de imunização) ou nacional (gestores federais e especialistas).

3.1. Gestores estaduais de imunização

3.1.1. Perfil dos respondentes

Do total de 19 gestores estaduais participantes, 16 eram mulheres e 3 homens. Sobre a área de formação dos coordenadores entrevistados, a maioria era composta por enfermeiros, mas havia um sanitarista e um gestor formado em administração, cedido pela Secretaria de Planejamento e Gestão do estado.

Em todos os estados, os gestores do PNI contam com equipe técnica e de apoio. O número de trabalhadores nas equipes de coordenação de imunização varia em cada estado de acordo com diversos fatores, como porte populacional, extensão territorial, número de unidades regionais e também investimento estadual.

Em três estados, mais de uma pessoa participou da entrevista, sendo membros da equipe técnica de imunização ou da superintendência de Vigilância à Saúde. Os gestores entrevistados responderam a todas as questões propostas no roteiro.

3.1.2. Ações e organização do PNI nos estados

A maioria dos coordenadores entrevistados possuem experiência de mais de 5 anos na área, trabalhando diretamente com imunização na gestão e/ou assistência. Todos os estados possuem equipe técnica atuando de forma conjunta. Nos últimos dois anos, alguns estados passaram por mudanças na Coordenação do PNI.

No que se refere à estruturação das políticas estaduais de imunização no organograma das secretarias estaduais de saúde, verifica-se que, na maior parte dos casos, a Coordenação do PNI se localiza na Superintendência de Vigilância em Saúde, especificamente na VE. Entretanto, foi observada uma diversidade na configuração dessas estruturas, como estados em que a Coordenação do PNI está ligada à diretoria de doenças transmissíveis e imunização ou à gerência de imunização. Um estado da Região Nordeste informou que a Coordenação do PNI se insere em uma Secretaria Executiva que integra as áreas de Vigilância à Saúde (VS) e AB, apresentando-se como formato inovador diante das estruturas dos demais estados.



Ela está dentro de uma gerência, que é a Gerência de Doenças Infecciosas Agudas e Imunização, na diretoria de VE, dentro da Superintendência de Vigilância e Saúde, ligada à Secretaria de Estado da Saúde (Coordenador estadual de imunização).

Nós estamos ligados diretamente com o Departamento de Epidemiologia, da Diretoria de Vigilância em Saúde. Então, tem a Diretoria de Vigilância, tem o Departamento e tem a Divisão de Imunização (Coordenadora estadual de imunização).

O PNI, o programa de imunizações no nosso estado, está ligado à secretaria de Vigilância e Atenção Primária em Saúde. Nessa nova gestão, nesse novo modelo, houve uma fusão. Anteriormente era só a Vigilância. O PNI, na verdade, já foi só da Atenção Primária, depois foi para a Vigilância e agora é uma secretaria só — Vigilância e Atenção. E aí, dentro dessa Secretaria de Vigilância e Atenção Primária em Saúde, tem a Diretoria de VE, depois a Superintendência de Imunização e tem a Coordenação do Programa Estadual (Coordenadora estadual de imunização).

Quase todos os estados descentralizam suas ações por meio de unidades regionais de saúde, com exceção de alguns poucos estados que atuam de forma centralizada, especialmente aqueles que possuem poucos municípios. Em alguns estados, apesar de haver regionais de saúde, o PNI trabalha de forma centralizada diretamente com os municípios.

A maioria das regionais de saúde possui um coordenador de imunização, ainda que em alguns estados essa função seja sobreposta com outras coordenações. Em relação à formação, a maior parte dos coordenadores são enfermeiros, tanto no nível central quanto no regional. Alguns estados possuem técnico de enfermagem, farmacêutico ou sanitaristas nas coordenações regionais.

Sim, aqui somos dezoito coordenadorias regionais de saúde e cada coordenadoria tem uma pessoa responsável, um coordenador de imunizações da regional. Mas só que tem regionais que a coordenadora não é exclusiva das imunizações. Muitos desempenham ou funções da epidemio ou da Atenção Primária. E algumas são exclusivas, mas outras não (Coordenadora estadual de imunização).

Na realidade, o estado trabalha com a Regional de Saúde, a Secretaria Estadual, mas o Programa Estadual de Imunizações não trabalha com o regional. O trabalho é direto com cada município do estado (Coordenadora estadual de imunização).

Não trabalha com as regionais de saúde, apesar de possuir três regionais, mas nós temos um trabalho diretamente com os municípios. Pelo fato de a gente ter poucos municípios, a gente distribui os imunobiológicos e as seringas diretamente para os municípios (Coordenadora estadual de imunização).



A integração entre VS e AB foi uma questão emblemática que despertou o interesse da maioria dos entrevistados. Na maior parte dos estados, a integração não acontece de forma regular (com agendas regulares ou comitês) e, sim, sob demandas. Contudo, alguns estados relataram a realização do planejamento das ações de imunizações em conjunto entre VS e AB. Alguns locais possuem agenda estruturada de integração, mas em poucos estados há equipes que integram as duas coordenações, trabalhando de forma integrada em nível de coordenação. Foram relatadas dificuldades nessa integração, principalmente no que se refere ao planejamento das ações. A Portaria GM/MS nº 844, de 14 de julho de 2023, que *“dispõe sobre ações de multivacinação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2023 — incluindo a instituição de incentivo financeiro de custeio, excepcional e temporário, para esse fim”* —, surge como incentivo para a integração entre VS e AB, uma vez que prevê a realização das oficinas e microplanejamentos de maneira conjunta.

Sim, a gente tem trabalhado cada vez mais integrando estes setores. Aqui o que nos dificulta um pouco é que o Centro Estadual da Vigilância de Saúde está em outro prédio, afastado do prédio que é a Atenção Primária. Mas seguidamente a gente faz reuniões conjuntas, tanto presenciais quanto via web, e emitimos notas conjuntas, recomendações conjuntas. Então, a gente tem procurado trabalhar cada vez mais integrado — Atenção Primária e Vigilância. E também tem as orientações, as ideias conjuntas, então, a gente está cada vez mais trabalhando nesta integração (Coordenadora estadual de imunização).

Eu respondi acerca da hierarquia, da organização estratégica e hierárquica organizacional. Mas relacionado às atividades e ações, eu acho que a gente ainda precisa potencializar melhor. Acho que existe uma integração, mas muito pautada na demanda do PNI, que hoje se deve à Atenção Primária, que é a cobertura vacinal. Os dados estão atrelados aos sistemas que existem dentro da Atenção Primária — a gente utiliza os dados das vacinas de rotina do e-SUS, que é um sistema que está ligado na Atenção Primária. Mas em termos de execução, eu acho que a gente ainda precisa melhorar a capilaridade das ações (Coordenadora estadual de imunização).

Não. Isso é uma ação que a gente tem discutido muito. É assim: a impressão que temos é que a Atenção Primária não se enxerga como membro atuante dessa equipe. É como se estivesse fazendo só uma questão de favor, de colaboração. E até já é dito, tipo assim: nós somos de secretarias diferentes (Coordenadora estadual de imunização).

A gente percebe que a integração é maior na instância estadual, quando a gente faz planejamento, na troca de ideias, nas trocas de informações. No município, a gente vê que essa integração está inerente à sala de vacina, por ser um funcionário da



Atenção Primária que realiza uma ação da Vigilância. Mas, no planejamento, a gente não percebe essa integração tão efetiva (Coordenadora estadual de imunização).

Hoje, nós trabalhamos bem mais próximos, tanto é que nós estamos no movimento do microplanejamento, onde os articuladores da AB estão presentes em todas as oficinas. Então, eles participaram da oficina que foi ministrada pelo PNI e hoje participam das oficinas regionais de microplanejamento, auxiliando a equipe da VE, os interlocutores de imunização, nesse processo (Coordenadora estadual de imunização).

Nós estamos nessa luta. Em todas as nossas reuniões, em todos os nossos eventos, a gente sempre chama a Atenção Primária à Saúde, porque o sistema onde são registradas as doses aplicadas pertence à Atenção Primária à Saúde, que é o e-SUS. Então, não tem mais como caminhar separando a Vigilância e a Atenção Primária à Saúde. A gente tem que caminhar juntos: eles têm que entender de vacina e a gente tem que entender da Estratégia Saúde da Família, porque isso interfere muito, que é o cadastramento da população (Coordenadora estadual de imunização).

Não, não temos comitê, mas [a integração ocorre] conforme as demandas, preparações para as campanhas. Agora, a gente está fazendo o microplanejamento, então, a gente vai ter capacitações ao longo dos próximos meses e estamos chamando a Atenção Primária para estar participando também, de acordo com a demanda. A gente não tem uma rotina fixa, um cronograma (Coordenadora estadual de imunização).

Essa integração vem acontecendo de forma gradativa, principalmente agora que o Ministério tem trabalhado mais enfaticamente essa questão. Começando pelo nível federal, perpassando pelo estado, a gente tem repassado isso continuamente aos municípios. Teve um grande projeto agora que foi o microplanejamento do Governo Federal, do MS, onde se estabeleceu em portaria essa integração, tanto da Atenção Primária quanto da Vigilância em Saúde dentro da área de imunização. E isso tem favorecido essa integração dentro do estado e também, continuamente, nos municípios (Coordenadora estadual de imunização).

É uma difícil missão porque realmente pareciam duas caixinhas em separado, cada uma trabalhando à sua maneira. E atualmente a gente tá tendo uma boa integração, mas ainda não é como a gente gostaria (Coordenador estadual de imunização).

Foi unânime nas falas dos entrevistados que a integração efetiva entre VS e AB é fundamental para o funcionamento do PNI, uma vez que não se realizam ações de imunização sem a AB na



atual organização do SUS. Dessa forma, a integração entre VS e AB aparece como preocupação na maioria dos relatos, ressaltando os investimentos por parte das coordenações na concretização dessa integração.

Como se organizam as ações de imunização, de acordo com os entrevistados:



Na maior parte dos casos, a coordenação do PNI se localiza na Superintendência de Vigilância em Saúde.



A maior parte dos coordenadores de imunização são enfermeiros.



Quase todos os estados descentralizam suas ações por meio de unidades regionais de saúde.



A integração entre AB e VS acontece, na maior parte dos estados, de forma não regular e, sim, sob demandas.



A maioria das regionais de saúde possui um coordenador de imunização.

3.1.3. Recebimento/abastecimento

A logística de recebimento e posterior distribuição de vacinas foi um dos temas abordados nas entrevistas realizadas junto aos coordenadores estaduais de imunização. Capacidade operacional, atraso no recebimento e desabastecimento são exemplos de assuntos que foram oportunamente discutidos.

Em relação ao recebimento, alguns estados relataram o problema de receber lotes de vacinas com prazo de validade próximo ao vencimento, o que dificulta a distribuição e aplicação da vacina em tempo hábil. Esse problema foi relatado por estados das Regiões Norte, Centro-Oeste e Sul, retratando uma situação que agrava o cenário de distribuição das vacinas em territórios extensos e de difícil acesso. Entretanto, os entrevistados ressaltaram que esta dificuldade surgiu nos dois últimos anos, 2022 e 2023, e não ocorre com muita frequência.

Para além disso, tem a questão da validade. A gente está trabalhando com vacinas que a gente recebe com prazo de validade curto para utilização, como também o aproveitamento da dose que vem no frasco, porque, por exemplo, há vacinas que vêm com cerca de 20 doses. Então, para que o município consiga trabalhar, aquela quantidade de doses recebidas de forma fragmentada também fica complicado. Acho que é isso (Coordenadora estadual de imunização).



Ah, uma coisa que eu esqueci de abordar foi, muitas vezes — acho que isso ocorreu no ano passado e neste ano —, o recebimento de vacinas com vencimento muito próximo. Então, isso também tem dificultado as ações de vacinação, porque quando você acaba recebendo vacinas com vencimento próximo, depois, quando vence, você não recebe a substituição desses lotes. Isso dificulta a ação e tem uma interrupção de vacinação (Coordenadora estadual de imunização).

É o que está acontecendo este ano, que o PNI informa: eles estão reorganizando todos os processos de compra, então, alguma vacina que está vencendo, em compensação a outra faltando, reflete na gente também (Coordenadora estadual de imunização).

A gente teve dois períodos e quando disponibilizou era com uma validade curta. Então, a gente teve que fazer uma planilha, atender só um pouquinho para cada município, para não ficar ninguém zerado e a gente conseguir atender a rede (Coordenador estadual de imunização).

Do MS, não. Mas o abastecimento dos municípios, sim, por questões de logística. As nossas características geográficas são muito complexas (Coordenadora estadual de imunização).

Em relação ao desabastecimento, participantes de todas as regiões do país relataram a falta de vacina contra a varicela. Muitos entrevistados citaram que há falta pontual de vacinas específicas, como tríplice viral, tetraviral, VOP, hepatites A e B (em poucos estados), dentre outras. Entretanto, no geral, a maioria relatou não ter problema com desabastecimento.

Atualmente, a gente está tendo algumas vacinas que estamos recebendo com cotas reduzidas. A varicela, no momento, estamos sem receber desde a rotina anterior, e não tem previsão para recebimento na próxima rotina. Mas não é algo constante. Nos últimos dois meses, o recebimento está vindo bem parcial de algumas doses de vacina (Coordenadora estadual de imunização).

Atualmente, com relação, por exemplo, à vacina varicela, como eu já citei, começamos a ter surtos da doença. Uma das estratégias é fazer o bloqueio de vacinação e, sem a vacina, a gente está com prejuízo nessa estratégia de vacinação (Coordenadora estadual de imunização).

Atualmente, a gente também tem esse problema com a tetraviral e já fomos informados do problema que iremos ter. Com a varicela também estamos com problema e com a VOP — vacina oral da poliomielite — por não ter a bisnaga.



Ficamos também algum tempo sem receber a vacina da hepatite B e isso tudo de alguma forma afeta as atividades de vacinação de rotina. A gente ainda não retornou à normalidade em relação a essas vacinas que a gente encontrou problema (Coordenadora estadual de imunização).

Olha, isso é muito sazonal. Há épocas do ano em que a gente tem uma certa dificuldade, por exemplo, com o lote próximo. Vou dar o exemplo de uma vacina de rotina: a poliomielite, recentemente, a gente teve um problema na enfrascagem dela. Ficou um período sem o abastecimento, mas logo foi sanado e a gente conseguiu atender (Coordenadora estadual de imunização).

Eu acredito que o que a gente tem enfrentado agora, a dificuldade, é o desabastecimento parcial de alguns imunobiológicos pelo MS, por questões já esclarecidas por eles. Mas aí é todo o país... Por exemplo, a gente não tem recebido, neste mês de agosto, e no mês de julho veio parcial, a varicela. E a gente tem surtos de varicela pipocando em todo o estado (Coordenadora estadual de imunização).

Sobre as estratégias para amenizar problemas de recebimento e desabastecimento, o remanejamento de estoque entre regionais e o levantamento do quantitativo de vacinas foram citados como as principais ações a fim de evitar perdas de vacinas e manter os municípios sem falta de algum imunobiológico. Apesar disso, foram relatadas faltas e perdas de vacinas em algumas situações. O levantamento do número de vacinas e das demandas dos municípios favorece uma distribuição mais assertiva. Outra estratégia utilizada pelos estados para amenizar os problemas de desabastecimento e recebimento é informar os municípios sobre as possíveis faltas de vacina, para que esses possam se organizar de acordo com seu estoque.

...é tentar fazer o remanejamento entre as nossas regionais e mesmo as regionais fazendo remanejamento entre os municípios, para amenizar essa questão da falta do imunobiológico. Agora, se não tem o abastecimento por um bom período, há um momento em que esse remanejamento não é mais eficiente (Coordenadora estadual de imunização).

A gente tenta distribuir de forma homogênea, de acordo com a população de cada município, dentro do quantitativo que a gente recebe. Então, a gente faz a distribuição de acordo com a porcentagem para que todos os municípios, mesmo aqueles menores, recebam, pelo menos, uma quantidade mínima dessas vacinas que a gente recebe de forma parcial (Coordenadora estadual de imunização).



Quando o Ministério comunica com antecedência, a gente faz priorização de faixa etária. Quando é possível, né? Por exemplo, na hepatite B foi priorizada a vacinação dos menores de um ano e da tríplice viral da mesma forma. Quando o Ministério não comunica, aí de fato vira o caos lá na ponta (Coordenadora estadual de imunização).

Então, geralmente a gente faz estas orientações e também a CEAD emite todo mês uma nota que é encaminhada para as regionais e para os municípios com a situação de abastecimento dos imunobiológicos (Coordenadora estadual de imunização).

Em alguns momentos, a gente tem umas cotas reduzidas — toda ela vem abaixo da nossa necessidade da rotina mensal. Aí, a gente tem que dividir a cota para ir para cada um e ainda assim vendo as várias especificidades: de quem é mais longe, de quem naquele momento tem [vacina] (Coordenadora estadual de imunização).



Embora alguns estados tenham relatado o recebimento de lotes de vacinas com prazo de validade próximo ao vencimento, no geral, a maioria não relatou problema com desabastecimento.

3.1.4. Armazenamento/distribuição/transporte

O tema da conservação de vacinas tem extrema relevância dentro das políticas de imunização, tendo em vista que elas são produtos sensíveis a variações de temperatura e, se não forem adequadamente armazenadas, perdem sua eficácia. A maior parte dos respondentes informou que possuem condições adequadas de armazenamento de vacinas, não relatando grandes problemas. Alguns estados pontuaram que os imóveis são inadequados e pequenos para receberem câmaras frias e ultrafreezer. Houve relatos do uso de contêineres para o armazenamento de vacinas, principalmente após a campanha de vacinação contra a covid-19.

Dentre as dificuldades relatadas, destaca-se, no caso da campanha de vacinação contra a covid-19, o desafio do recebimento das vacinas da Pfizer, que necessitavam ser armazenadas em temperaturas ultrabaixas. Entretanto, esse problema foi resolvido em todos os territórios.



Ao serem perguntados sobre dificuldades de armazenamento de vacinas específicas, foram mencionadas a meningocócica C e a ACWY, que por serem distribuídas em frascos monodose, ocupam grande espaço na rede de frio.

Não, atualmente a gente tem conseguido, a gente tem dado conta, porque tem um container refrigerado. Por isso, porque a área mesmo é muito pequena. Para solucionar isso, está sendo reformada uma parte aqui dentro (Coordenadora estadual de imunização).

Sim, nós trabalhamos com contêineres. Nós fizemos esse trabalho por conta da vacina contra a covid-19, que foi um volume muito grande. Antes, a rede de frio ficava na Secretaria Estadual e também já não estava atendendo. Então, esses contêineres, no início, ficaram específicos para as vacinas contra a covid-19 e depois a instituição trouxe as vacinas de rotina também. Nós aumentamos o número de contêineres (Coordenadora estadual de imunização).

Hoje, a gente não tem problemas. A gente tem na nossa central estadual capacidade para receber todos os imunizantes do programa, e temos também ultrafreezers que precisam ser armazenados em temperaturas ultrabaixas, como da Pfizer (Coordenadora estadual de imunização).

Qual o nosso maior problema? Apresentação monodose — quando a gente recebe vacinas para apresentação monodose, que ocupa um grande espaço, a exemplo da meningo ACWY. Ela é uma vacina que apresenta uma dose e a caixa dela é muito grande. Então, a gente ocupa um espaço demasiado do nosso almoxarifado e acaba em algumas situações tendo que negociar com o Ministério os recebimentos (Coordenador estadual de imunização).

As unidades regionais de saúde possuem estrutura de armazenamento mais simples; parte delas não possui ultrafreezer. Portanto, em algumas regiões, o armazenamento das vacinas que necessitam de equipamentos ultrarrefrigerados é centralizado. A rede de frio de alguns municípios foi considerada insuficiente e/ou inadequada, o que tem impacto no processo de distribuição de vacinas pelas unidades regionais de saúde, que muitas vezes precisam adequar a logística de distribuição de vacinas, realizando mais entregas, em menores quantidades.

Olha, eu vejo uma incapacidade na esfera municipal, que acaba gerando uma sobrecarga nos núcleos, que por sua vez não têm uma estrutura igual à sede do estado, com um gerador ou com uma câmara adequada... Porém, eles são a primeira referência dos municípios quando há uma necessidade, uma segunda distribuição. Então, acaba que eles retêm essas vacinas no mês e ficam trabalhando



com entregas semanais. Não é uma realidade de todos, mas é algo que a gente tem aqui, que a gente está buscando sanar (Coordenador estadual de imunização).



A maior parte dos respondentes informou que possuem condições adequadas de armazenamento de vacinas, embora a rede de frio de alguns municípios seja considerada insuficiente e/ou inadequada.

Ainda sobre a infraestrutura de armazenamento, a maior parte dos respondentes informou a realização de investimentos em infraestrutura e processos de aquisição de equipamentos como câmaras frias, geradores e aparelhos de ar condicionado. Chama atenção os frequentes relatos de gestores estaduais que destacam as significativas melhorias na rede de frio que ocorreram em função da pandemia de covid-19, por meio de investimento estadual e federal, além de doações de equipamentos.

Não, atualmente não. Teve quando da vacina covid, no início. Mas agora que a gente já sabe como armazenar, está certinho (Coordenadora estadual de imunização).

Então, até 2020, toda a nossa rede era com equipamento inadequado; nós tínhamos aquelas geladeiras comerciais. Com o enfrentamento da covid, tanto o investimento do próprio estado, quanto as portarias que já existiam e estavam paradas, nós conseguimos trocar todos os equipamentos e compramos até além. Mas, ainda hoje, somos prejudicados em não poder solicitar um quantitativo maior de vacinas pela incapacidade de armazenagem. E a gente está esperando a construção da Câmara Frigorífica para ter condições de aumentar o nosso pedido de doses ao MS (Coordenador estadual de imunização).



Gestores estaduais destacam as significativas melhorias na rede de frio em função da pandemia da covid-19.



A maioria dos entrevistados informou que o estado possui plano de contingência para queda de energia, tanto no nível central quanto no regional. Dentre os que não possuem plano de contingência, foi citada a existência de equipe plantonista 24 horas. Todos os estados possuem geradores, pelo menos em nível central, sejam próprios ou alugados. Em relação aos municípios, são orientados e cobrados a elaborarem seus planos de contingências, seja nas CIBs ou em reuniões com as regionais; porém, não houve relatos de monitoramento e vigilância sobre a rede de frio e os planos de contingência municipais.

Central, sim; regional, também. Como eu disse, hoje é apenas uma que está sem gerador. Então, a gente conta com os geradores quando tem queda de energia (Coordenadora estadual de imunização).

Na nossa central, tem. Nós temos gerador, temos todo fluxo dentro do plano, da empresa, que é terceirizada. Quer dizer, o que a empresa realiza, até onde ela vai. E até onde não é mais dela, aciona a gestão da central geral de armazenagem, que comunica à gerência técnica de imunização para as providências (Coordenador estadual de imunização).

Nós temos um gerador específico para os contêineres. Cada contêiner tem um gerador e tem um geral para todos. Plano A, B e C e o monitoramento de temperatura remota. Os contêineres são todos automatizados, então, tem um monitoramento remoto de segurança não só para temperatura, mas abertura de porta. E é 24 horas também esse monitoramento (Coordenadora estadual de imunização).

Temos, sim. A gente conta com o grupo gerador, que é um dos nossos planos. Ele está sempre em manutenção preventiva; a gente sempre está acionando esse gerador para ver se realmente ele está em condições de uso no momento que tiver queda de energia. E a gente tem a possibilidade de armazenar essa vacina, se o caso chegar a esse ponto, em caixas térmicas, que consigam segurar uma temperatura por até 48 horas. Então, a gente trabalha com tudo isso. A gente costuma deixar pelo menos um equipamento, igual aos dos ultrafreezers, desabastecido, para se caso dê um problema específico em um aparelho, em um equipamento, a gente conseguir fazer o transporte, o transbordo dessa vacina de um equipamento para o outro para poder garantir a qualidade. Então, a gente trabalha com nossos planos de contingência, principalmente em relação à queda de energia. Assim, em nível de central estadual e central regional, a gente vem constantemente reforçando essa necessidade. Nos municípios, a gente reforça isso em reuniões na CIB, na Bipartite, para que os municípios também tenham essa mesma preocupação em relação ao monitoramento; para que todos os municípios tenham esse plano de contingência. Mas, às vezes, pode ser que algum município não tenha, que não



tenha gerador, que não tenha outro equipamento caso tenha necessidade de fazer essa transferência. Enquanto estado, em nível central, isso acontece; mas a gente não pode garantir os 246 municípios. Isso é repassado bem em capacitações (Coordenadora estadual de imunização).



A maioria dos entrevistados informou que o estado possui plano de contingência para queda de energia e todos possuem geradores.

Em relação à distribuição e transporte das vacinas, foram relatadas diferentes experiências, considerando a diversidade de territórios dentro do Brasil. No geral, a distribuição não apresenta maiores problemas. Todos os estados possuem um cronograma de distribuição que geralmente é cumprido, exceto em situações como a falta de vacina ou condições climáticas que impedem o transporte.

A gente consegue fazer, conforme eu falei, [porque] a gente tem o cronograma estabelecido para cada regional (Coordenadora estadual de imunização).

Um aspecto que eu acho bastante organizado aqui pela empresa é bem positivo para a gente, pelo fato de que só temos uma doca e seria totalmente inviável ficar esperando o município vir com o veículo para fazer a retirada. Então, essa logística é muito organizada (Coordenador estadual de imunização).

É bem tranquila a distribuição; a gente consegue efetivar no prazo de duas semanas. A gente faz a distribuição nas duas primeiras semanas de cada mês (Coordenadora estadual de imunização).

Para a distribuição que a gente faz hoje, temos dois caminhões refrigerados. Já tem muito tempo que a gente utiliza esse modelo de distribuição — há mais de uma década. A gente faz esses roteiros de rotina e eventualmente as regionais vêm fazer a retirada dos imunizantes aqui na nossa central estadual para ações específicas. De antemão, a gente não tem nenhum problema para fazer essas entregas; já está bem incorporado na nossa rotina de atividades (Coordenadora estadual de imunização).



Dentre os problemas de transporte das vacinas das unidades regionais estaduais para seus respectivos municípios, um dos mais comuns foi a falta de veículos refrigerados destinados exclusivamente a essa função. Além de veículos próprios do estado, foi citada a realização de contratos com empresas que realizam esse transporte. Um problema comum foi a necessidade de manutenção de veículos refrigerados, que em alguns casos ficam longos períodos indisponíveis.

Grande extensão territorial e locais de difícil acesso foram outros fatores dificultadores relatados com frequência, principalmente na região norte do país, em que é necessário utilizar transporte fluvial ou aéreo. Há também os municípios ribeirinhos, para os quais os imunizantes são enviados em barcos ou lanchas, acondicionados em caixas térmicas. Além das dificuldades enfrentadas para as vacinas chegarem em lugares longínquos e de difícil acesso, mantendo a qualidade, os relatos também reforçam o alto custo, principalmente para o transporte fluvial e aéreo, que na maioria das vezes oneram os municípios, especialmente na Região Norte do país.

A dificuldade que a gente tem com o transporte, que às vezes acontece, é alguma questão de manutenção e a gente precisar fazer a distribuição e o caminhão estar na oficina. Para a manutenção, tanto preventiva quanto corretiva, a gente sempre tem outros veículos que são os furgões, as vans das vacinas, que nos atendem e a gente consegue. A gente nunca teve que cancelar uma distribuição por conta de problema em relação ao transporte (Coordenadora estadual de imunização).

Então, como eu falei, nós estamos com essa dificuldade porque não temos um caminhão frigorífico que faça a entrega da vacina de forma adequada para os municípios; considerando que alguns municípios mandam, às vezes, carros inadequados para buscar a vacina. A gente fica com receio de que a vacina já chegue fora da temperatura adequada, fora dos parâmetros adequados para uma conservação de vacina (Coordenadora estadual de imunização).

Sim, em relação ao transporte das vacinas — para elas chegarem em um tempo oportuníssimo de até 48 horas ou 36 horas —, nós utilizamos o transporte mais rápido hoje que são as lanchas a jato. Mas elas limitam o número de caixas e o tamanho das caixas porque têm outras cargas que eles gostam de levar. Nós temos os barcos de linha para os municípios mais próximos, que podem levar um volume maior, e temos o voo comercial. Mas só um município utiliza um avião grande, que consegue levar um volume maior. O restante são seis municípios que têm o acesso terrestre e fluvial simultâneos e os demais são fluvial mesmo (Coordenadora estadual de imunização).

Para o abastecimento, a distribuição para os municípios, a gente tem uma boa logística, bem elaborada e bem definida. Mas temos quatro municípios isolados



que só recebem vacina por via aérea ou por via fluvial na época de chuva. Eu percebo essa fragilidade do estado, porque a distribuição de imunobiológicos é uma atribuição nossa, do estado. E o município é que tem arcado com a despesa — esses quatro municípios isolados têm arcado com essa despesa para custear o frete da sua vacina (Coordenadora estadual de imunização).

Percebe-se uma diversidade de situações em relação ao fluxo de transporte de vacinas entre as unidades regionais de saúde e os municípios. No geral, o nível central distribui as vacinas para as unidades regionais, que as distribuem para os municípios. Entretanto, em alguns locais, os municípios buscam as vacinas na regional de saúde. Em alguns estados, essa situação ocorre em ambos os formatos; parte dos municípios buscam as vacinas, enquanto em outros o estado distribui.



A distribuição e o transporte das vacinas variam em função da diversidade de territórios, mas as maiores dificuldades se concentram na Região Norte.

A forma como se configura a entrega e o recolhimento das vacinas nos estados depende de diversos fatores como características geográficas, infraestrutura de transportes e armazenamento adequados e disponibilidade de agendas, dentre outros. Portanto, observa-se que as logísticas de organização de transporte, recolhimento e entrega são peculiares de cada região, ainda que a entrega dos imunobiológicos aos municípios seja atribuição do estado.

Uma preocupação comum na fala dos entrevistados foi como garantir a qualidade das vacinas durante o transporte, principalmente quando transportados pelos veículos dos municípios, que muitas vezes são inadequados para esse tipo de transporte e não contam com o acompanhamento de um profissional.

A gente organiza a distribuição para as 17 regionais de saúde, e os municípios retiram nas suas respectivas regionais (Coordenadora estadual de imunização).

Todos os municípios recebem a vacina na porta da sua rede de frio com a entrega do nosso caminhão; com exceção desses outros municípios isolados por via aérea, nos moldes que eu já informei (Coordenadora estadual de imunização).



Algumas regionais fazem entrega regular. A regional sai em roteiros fazendo a entrega dos seus municípios de abrangência. Já em outras centrais regionais, incluindo aqui no nível central, os municípios fazem a retirada direta na nossa central estadual, de acordo com o próprio cronograma que eles estabelecem conosco. A gente faz a entrega para toda a região metropolitana. São 16 municípios — sendo 13 da região metropolitana e mais três municípios de abrangência. Se algum município tem dificuldade de veículo para buscar as vacinas naquele mês, a gente, muito eventualmente, faz a entrega direta. Da mesma forma acontece no território. Agora, tem regional que de fato já incorporou na sua rotina essa entrega direta aos municípios. Elas levam uma, duas semanas para concluir os seus roteiros (Coordenadora estadual de imunização).

São os municípios que buscam as vacinas. A gente tem insistido para que haja condução adequada do próprio município para chegar até lá e para que tenha também a companhia de um técnico, que não vá só o motorista. E as condições deste carro para receber as vacinas [devem ser adequadas], para que tenha sempre a segurança de um termômetro (Coordenadora estadual de imunização).

Quando é a rotina deles, a gente leva. Quando é extrarrotina — fizeram o pedido errado ou teve um aumento de demanda —, eles vêm até aqui para buscar (Coordenadora estadual de imunização).

O fluxo é feito pela rede central aqui do estado, a rede fria, com caminhão dos escritórios regionais de saúde. E os municípios buscam nos escritórios (Coordenadora estadual de imunização).

O estado leva. Apenas um município que vem pegar aqui. É muito longe. Por isso, por conta disso, ele que vem (Coordenadora estadual de imunização).

Vale destacar que não foram frequentes os relatos de perda de imunizante no processo de transporte/distribuição. A perda é mais comum quando são recebidos lotes perto do vencimento e ou em processos relacionados à aplicação. Vacinas com apresentações em frascos multidoses, como BCG, são mais suscetíveis à perda nos municípios, considerando o curto prazo de validade após a abertura do frasco. Nessas situações, foram relatadas estratégias de agendamento de aplicação para minimizar as perdas. Também foram pouco frequentes os relatos de perdas relacionadas à queda de energia.

Não, normalmente não acontece porque é realizado todo um planejamento. A distribuição das doses que estão com prazo de validade mais próximo e também



quando tem grande quantitativo, o estado realiza ampliações, seguindo as indicações e contraindicações de cada vacina. Então, essas ampliações acontecem para evitar perda mesmo. Se tiver um grande quantitativo próximo do vencimento, a distribuição é pautada na garantia da qualidade do imunobiológico, para evitar perdas (Coordenadora estadual de imunização).

Então, nos dois últimos anos a gente vem enfrentando perda, principalmente por validade. Por conta da pandemia, o número de doses aplicadas diminuiu e o estoque nacional começou a chegar para a gente com a validade muito próxima do vencimento, impossibilitando utilizar a vacina dentro do prazo — coisa que não acontecia antes da pandemia da covid-19. O Ministério mandava o estoque com nove, dez meses, que é um tempo bem factível de se utilizar. Então, infelizmente, de dois anos para cá, a gente está tendo esse problema de perda por vencimento e, muito esporadicamente, de perda por quebra, mas é muito esporádico e muito [relacionado] com o soro que vem na apresentação de ampola, que é muito mais sensível. Quando a gente tinha BCG e FAP, que é a apresentação ampola, também. Basicamente é isso (Coordenadora estadual de imunização).

Não, a gente não tem perda de vacina nesse processo, que já é bem estruturado. Na verdade, as perdas consideradas técnicas, a gente tem de acordo com a utilização — se o município não conseguir utilizar dentro daquele período estipulado para validade ou, de repente, até no processo de manejo mesmo do profissional, quando ocorre alguma quebra de frasco ou perda de doses. Mas não nesse processo de organização da distribuição (Coordenadora estadual de imunização).

Dentre as estratégias citadas para amenizar os problemas referentes a armazenamento, distribuição, transporte ou perdas de vacinas, podemos destacar: elaboração/atualização dos planos de contingências; realização de reuniões de alinhamento com as regionais e os municípios; oferta de capacitações; definição de canais de comunicação e informação na internet; aquisição e manutenção preventiva dos equipamentos; estabelecimento de parcerias para auxiliar no transporte; remanejamento de estoque e fracionamento na distribuição, a fim de evitar perdas de vacinas perto do vencimento; e levantamento regular do estoque de vacinas.

A gente faz remanejamento quando necessário; então, a gente sempre faz o levantamento de estoques. Por exemplo, quando tem uma vacina com lotes próximos do vencimento, a gente faz o quê? Um levantamento rápido para cada regional, para encher o estoque dos seus municípios. A gente tenta fazer remanejamento entre as unidades, para tentar utilizar de maneira racional, e otimizar o uso o máximo possível desses lotes que estão mais próximos do vencimento (Coordenadora estadual de imunização).



A gente sempre está fazendo orientações. A questão das equipes de sobreaviso estarem atentas, por exemplo, no nível central e regionais, para verificar a temperatura. Estarem atentas duas vezes por dia, pelo menos, inclusive feriados e finais de semana (Coordenadora estadual de imunização).

A estratégia que nós utilizamos foi fazer um contrato com uma empresa muito responsável, que visita semanalmente a Câmara e faz toda a manutenção preventiva. Então, eu considero que essa foi a melhor estratégia que o estado já adotou, além de capacitações também. A gente investe muito em capacitação visando a um procedimento adequado em rede de frio, tanto do estado quanto dos municípios (Coordenadora estadual de imunização).



Não foram frequentes os relatos de perda de imunizante no transporte/distribuição, nem nas quedas de energia. As perdas mais comuns se referem a lotes perto do vencimento e na aplicação.

3.1.5. Aplicação

O tema da aplicação das vacinas, pensado desde a implementação das campanhas e demais estratégias de comunicação até o momento em que de fato a população é imunizada, também foi alvo de interesse das entrevistas em profundidade. Entre os problemas apontados, destacam-se as dificuldades relacionadas a recursos humanos, tais como falta de profissionais, falta de profissionais qualificados, rotatividade de profissionais, sobrecarga de trabalho, entre outros.

Em relação aos recursos humanos, além do problema da alta rotatividade, os entrevistados apontaram que os municípios não possuem a quantidade adequada de vacinadores. Foi relatado que, em muitas salas de vacinas, há apenas um profissional responsável por todas as etapas do processo de vacinação, preparar a vacina, orientar o usuário, aplicar, fazer o registro, etc., gerando sobrecarga de trabalho e aumentando a probabilidade de erros.

Com relação ao número de profissionais, há de fato a necessidade de uma discussão da equipe mínima pelo processo de trabalho executado nas salas



de vacinas, os sistemas de informação. Não são apenas as doses aplicadas; tem o movimento de imunobiológicos; tem a solicitação no sistema de informação; a solicitação de imunobiológicos; e mesmo o calendário de vacinação, que é hoje bastante complexo. Então, há a necessidade de uma discussão da equipe mínima necessária para as unidades de saúde. Com relação à capacitação, também já abordei: por conta dessa rotatividade dos profissionais, todo esse trabalho muitas vezes realizado pelo município ou mesmo pelas regionais, acaba se perdendo (Coordenadora estadual de imunização).

Em números suficientes, nunca. Capacitados, como eu disse, a gente tem buscado realizar as capacitações, inclusive com aula teórica e prática. Mas tem municípios, onde nós realizamos capacitação, em que muitos profissionais já não estão mais no serviço de imunização, [por conta] daquela rotatividade profissional (Coordenadora estadual de imunização).

Um grande problema que a gente tem hoje — que eu acho que pode ser realidade também de outros estados — é a rotatividade de profissionais. Hoje, a gente tem muita rotatividade, tanto do profissional que é da equipe — e em cada semana fica um profissional — ou aquele profissional que tem um contrato e, quando encerra, acaba entrando outro. Temos municípios com esse grande problema (Coordenadora estadual de imunização).

Os municípios alegam que nunca é o suficiente. Por quê? Pela rotatividade de profissionais. Então, a gente tem aqui no estado uma portaria estadual que prevê que todo profissional que vai atuar em sala de vacina pública precisa ser capacitado (Coordenadora estadual de imunização).

A maioria refere-se à questão de horário e mesmo à rotatividade dos profissionais. Hoje, acho que há uma discussão muito importante, que deve ser feita em nível de município — e eu acho que é uma discussão tripartite, não é só municipal —, que é a equipe mínima necessária para as salas de vacinas. Por conta de todo o processo de trabalho hoje realizado na unidade de saúde, há a necessidade de uma discussão sobre uma equipe mínima para a sala de vacina. Por conta dos sistemas de informação, do calendário de vacinação, que hoje é complexo, e mesmo a questão da rotatividade nas salas de vacinas, que hoje a gente também observa por conta das terceirizações, das OS, que gerenciam as unidades de saúde. Essa rotatividade é muito grande, então muitas vezes as nossas regionais fazem a capacitação daquele grupo de municípios, ou mesmo o município acaba fazendo essa capacitação das unidades, e no mesmo ano, às vezes, há uma mudança da equipe, e todo o trabalho realizado com relação à capacitação acabou se perdendo (Coordenadora estadual de imunização).



As dificuldades apontadas na aplicação das vacinas se relacionam sobretudo aos recursos humanos, em função da falta de profissionais, ausência de qualificação, rotatividade e sobrecarga.

Outro empecilho apontado pelos participantes da pesquisa à efetividade das políticas de imunização, se relaciona à existência de barreiras de acesso, particularmente os horários de funcionamento das salas de vacinas. Embora já existam municípios que trabalhem com horário estendido e, por vezes, aos finais de semana, grande parte ainda opera somente nos dias úteis e em horário comercial, o que foi apontado como um fator dificultador do acesso da população às ações de imunização. Os obstáculos devido às características geográficas, como a extensão territorial e regiões rurais com dificuldades de acesso também foram relatados como problemas para a efetivação da aplicação das vacinas. Este fator aparece principalmente nas regiões norte e centro-oeste do país, onde vivem populações rurais/ribeirinhas mais isoladas.

O nosso maior problema de aplicação é o acesso. Hoje, nossas salas de vacina funcionam basicamente em horário comercial e todo mundo trabalha. Então, a gente tem essa dificuldade no acesso para poder fazer a aplicação da vacina em tempo oportuno. Fora isso, a gente tem RTs em todas as salas de vacina, todos capacitados; então, quanto à técnica em si, a gente não tem dificuldade de aplicação (Coordenadora estadual de imunização).

O perfil populacional mudou no Brasil. Hoje, nós não temos mães em casa com tempo livre para levar os filhos para vacinar. E hoje a gente vê que estamos ficando atrasados; não estamos conseguindo alcançar a evolução do perfil populacional. Então, a gente percebe a necessidade de horário estendido para vacinação; os finais de semana disponíveis para vacinação. Isso, o estado ainda não aderiu, apesar das inúmeras conversas que a gente faz, da tentativa de sensibilização junto aos gestores municipais (Coordenadora estadual de imunização).

Hoje, nós temos ainda as nossas características geográficas de deslocamento para a área rural; nós temos uma densidade demográfica de 2,53 mais ou menos. Então, além das sedes dos municípios, a nossa área rural é extremamente extensa e nós ainda temos aquelas pessoas que moram em [lugares] flutuantes. Então,



há dificuldade de chegar a essa população. É uma complexidade muito grande, mas eles fazem esse grande esforço (Coordenadora estadual de imunização).

Em relação ao nosso estado, a gente tem esses problemas, lógico, de extensão, porque aqui é muito grande. Temos alguns municípios que hoje, por conta da covid, acabaram centralizando a vacina num local só, o que também dificulta a população porque às vezes fica longe da residência. Então, isso foi uma logística que acabou dificultando (Coordenador estadual de imunização).

Na obtenção da vacina, eu pensaria na questão da área rural, onde o custo é altíssimo e o município faz, no máximo, duas viagens ao ano. Porque tem comunidades em que se leva 14 dias para chegar na sede do município para atendimento — uma comunidade só (Coordenadora estadual de imunização).

Os entrevistados não enfatizaram a dificuldade de aplicação de alguma vacina específica do PNI, ressaltando que os erros de aplicação ocorrem com todas as vacinas. Ao serem questionados especificamente sobre a BCG, alguns relataram que a maior dificuldade está no fato do frasco ser multidoso, principalmente em municípios pequenos, que não conseguem aplicar todas as doses nos recém-nascidos. Para minimizar esse problema, foi relatado que alguns municípios usam a estratégia de agendamento, enquanto outros preconizam vacinar no momento do nascimento, mesmo com risco de perda de doses. Sobre a aplicação intradérmica da BCG, não foram relatados grandes problemas, apesar de ter sido citada a realização de capacitações dos vacinadores da AB para aplicação dessa vacina. Um aspecto ressaltado como “facilitador” para erros de aplicação foram os rótulos das vacinas, principalmente após o início da campanha de vacinação contra a covid-19 (especialmente a Pfizer, que possui o mesmo rótulo para vacinas adulta e infantil).

O que a gente tem de erros de imunização são todos notificados. Hoje os frascos estão cada vez mais iguais, rótulos iguais, o que está facilitando a troca da vacina que deveria ter sido aplicada, e acabam aplicando outra. Eu acho que também o que dificultou foi a questão da covid, da Pfizer, que tinha várias apresentações diferentes para diferentes faixas etárias. A gente tem alguns erros também relacionados à questão do descongelamento, porque tem que sempre ficar atento não só à validade do frasco, mas o dia que foi descongelada a vacina, e isso é algo mais novo (Coordenadora estadual de imunização).

Não, a gente tem inúmeros erros que acontecem, não é somente com uma vacina. Acontecem erros com a vacina covid; acontecem erros com a vacina pentavalente; acontecem erros com a BCG. Então, não tem uma vacina específica que a gente tenha muitos erros (Coordenadora estadual de imunização).



De aplicação, depende muito porque, às vezes, por exemplo, [tem erro] com a vacina BCG, com a administração incorreta da BCG. Já tivemos também com a poliomielite oral, que foi administrada muscular. Então, isso depende muito, não tem um imunobiológico específico em que ocorra mais [erros] (Coordenadora estadual de imunização).

No que se refere à aquisição de seringas e agulhas, todos os entrevistados relataram que fazem compras diretas, pois o material que recebem do MS não é suficiente para atender à demanda.

Todos os participantes informaram que ofertam ações de capacitação relacionadas à vacinação, algumas mais sistematizadas e com maior frequência, outras ainda em processo de aprimoramento. Porém, com o cenário de alta rotatividade dos profissionais, foi citada a preocupação com uma possível ineficácia das capacitações, que não acompanham o ritmo de substituição de profissionais. O público-alvo das capacitações foram os técnicos de enfermagem, mas em alguns casos as capacitações também são ofertadas para enfermeiros. Foram citados, ainda que pontualmente, a participação de farmacêuticos, coordenadores e outros profissionais da AB nas capacitações.

As capacitações acontecem em diferentes formatos, como EAD, presencial nas regionais e nos locais de trabalho dos profissionais da sala de vacina. A capacitação referente à aplicação é mais comum no formato presencial, devido ao aprendizado do manejo dos imunobiológicos e as diferentes formas de aplicação. Os entrevistados destacaram algumas boas práticas como fortalecimento dos processos de capacitação, como por exemplo, premiação para municípios com experiências positivas de formação e realização de parcerias com instituições acadêmicas para oferta de cursos.

Sobre os conteúdos abordados nas capacitações, foram citados: procedimentos da sala de vacina, calendário vacinal, Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI), registro, rede de frio, comunicação com os usuários, dentre outros. Alguns entrevistados citaram canais como Telesaúde, webinários e outros formatos em EAD como forma de capacitação. Em relação à frequência em que as capacitações são ofertadas, houve variação entre os estados; a maioria relatando oferta anual e, em alguns casos, quadrimestrais. Foi citada ainda a oferta periódica de capacitação quando há alguma atualização no PNI.

Bom, até o ano passado, era uma capacitação tradicional que sempre teve como público principal o técnico de enfermagem, não só o vacinador. A gente sempre convidava os técnicos de enfermagem para tentar agregar mais atores. Nesse ano, a gente conseguiu a enfermagem — o enfermeiro era convidado. Agora, a gente tem exigido a presença do enfermeiro e não só o convidado, e faz todo um alinhamento com o gestor municipal antes de fechar a data. O que trazemos de estratégia para a vacinação, para a capacitação? Nós mudamos um pouco o formato da capacitação, daquele método tradicional, com conteúdo



teórico, massivo, compensativo. Esse ano, a gente tem alinhado a prática com a teoria, trazendo até atividades lúdicas como, por exemplo, exercícios de fixação (Coordenadora estadual de imunização).

Sim, nós temos a responsabilidade dentro do estado de capacitar os profissionais, tanto em nível central, enquanto gerência, e também regional de saúde. Então, tem um planejamento anual que é feito e a gente segue esse planejamento para poder capacitar o maior número de profissionais. Mas o que a gente tem visto é que a educação continuada não está acontecendo dentro dos municípios, infelizmente. As capacitações acontecem, mas, infelizmente, a alta rotatividade é mais rápida do que a nossa ferramenta para chegarmos a capacitar todo mundo (Coordenadora estadual de imunização).

Bom, a gente tem trabalhado com oficinas criativas e interativas, que são capacitações *in loco* dentro das regionais de saúde para os profissionais dos municípios e também da regional. A gente faz por regional, onde são trabalhados todos os assuntos de acordo com o processo de imunização — desde boas práticas de vacinação, segurança do paciente, sistema, ESAVI, Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), imunobiológicos especiais, rede de frio; sobre questão da comunicação para a população, para vacinar (Coordenadora estadual de imunização).

Esse formato de capacitação foi *online*, em parceria com a Escola de Saúde Pública, e a programação, os temas abordados, foram desde o calendário de vacinação à rede de segurança de vacinação. Todas essas temáticas envolvendo supostamente a vacinação, a imunização, são trabalhadas. Esse curso e as atualizações de documentos, de recomendações do PNI, são realizados periodicamente e com as referências técnicas das regionais de saúde (Coordenadora estadual de imunização).



Todos os participantes informaram que ofertam ações de capacitação relacionadas à vacinação, embora a alta rotatividade de profissionais possa comprometer sua eficácia, pois não acompanham o ritmo de substituição de profissionais.



3.1.6. Registro

O registro e a gestão de dados das doses aplicadas foram apontados como um dos maiores gargalos do PNI atualmente. Vários aspectos foram citados como problemáticos, com destaque para a falta de integração entre os sistemas (e-SUS, SI-PNI, RNDS e sistemas próprios municipais), relatado por entrevistados de todas as regiões do país como grande dificultador para o gerenciamento dos dados sobre as doses aplicadas e a cobertura vacinal. O atraso dos relatórios de coberturas vacinais disponibilizados pelo MS no SI-PNI foi colocado por todos como problema central do monitoramento e gestão de dados atualmente.

Na maioria dos estados, as equipes de coordenação do PNI não têm acesso aos dados do e-SUS, que é um sistema da AB. A utilização de sistemas próprios pelos municípios também foi apontada como um problema, pois muitas vezes não há interoperabilidade entre esses sistemas e os sistemas do MS. Há relatos de erros de registro por inconsistência e insuficiência de dados, como por exemplo erro ao digitar número do cartão do SUS ou algum outro documento. Além disso, a rede privada e rede secundária de saúde fazem registros diretamente no SI-PNI, o que dificulta o monitoramento dos dados. Por fim, a falta de internet em algumas regiões é uma questão que afeta a qualidade dos registros.

Olha, em relação aos registros de doses, nós temos o problema das empresas terceirizadas, que muitos municípios acabam contratando. Essa parte de sistema de informação — o outro [sistema] preconizado pelo PNI é o e-SUS e agora está fazendo a transição para o SI-PNI. Mas em relação ao nosso gargalo, são mais essas empresas terceirizadas mesmo (Coordenadora estadual de imunização).

Eu acho que vai ser geral para todos os estados. Nós estamos enfrentando um grande problema, que é o problema de acesso ao relatório das doses aplicadas de vacinação (Coordenadora estadual de imunização).

Essa questão do uso de sistema próprio — e não é um único, se não me engano são três empresas que desenvolveram um sistema próprio para os municípios — é uma dificuldade com relação à interoperabilidade dos sistemas. Se não está de acordo com o *script* definido pelo PNI, acaba represando dados e isso acaba dificultando, mesmo com relação ao uso do e-SUS APS (Coordenadora estadual de imunização).

Como nós temos uma internet falha, não vou garantir a qualidade dessa internet; e as nossas salas de vacina não têm internet também. Então, preenche a ficha manual, encaminha para a Secretaria de Saúde para inserir no sistema e a qualidade da informação fica em risco (Coordenadora estadual de imunização).



Então, a gente está partindo para a informação paralela, pelo menos para a gente ter noção dessa movimentação. A gente aqui utiliza uma planilha: essa planilha tem o que foi distribuído, o estoque atual, o que foi consumido (Coordenador estadual de imunização).

Outra coisa é o registro inadequado. Às vezes, a pessoa faz o registro, mas ela registrou de uma forma que não conta com a cobertura e a gente nota que esse problema piorou com a vinda do e-SUS. Para a gente está muito ruim essa parte de registro, porque o e-SUS é da Atenção Primária, e ficaram pouquíssimos registros no SI-PNI (Coordenadora estadual de imunização).

Atualmente, a gente não tem os dados de cobertura. Os últimos dados que migraram são de março, então eu não consigo avaliar a cobertura. O SI-PNI indo pro e-SUS demora uma média de um, dois meses, para entrar o dado. Aí eu não consigo nem fazer uma cobrança correta para o gestor, porque o dado está atrasado, não tenho todos os dados. E sem contar que nem tudo migra. Então, o dado que eu tenho não é confiável (Coordenadora estadual de imunização).

Hoje, 90% da nossa informação vem através do e-SUS, que tem que integrar o SISAB, que tem que integrar a RNDS, que tem que subir para o SI-PNI. E, até o ano passado, não havia regra de negócio para nenhuma dessas integrações. Então, nossos dados ficam no limbo e a cobertura vacinal que a gente enxerga, talvez não seja, de fato, a nossa realidade (Coordenadora estadual de imunização).

A gente está com a programação do MS para avançar mais nessa ferramenta, melhorando esse sistema para os estados. Isso ainda não ocorreu. Hoje, a gente tem um grande número de dados que são digitados e vão para a RNDS, que é a Rede Nacional de Dados em Saúde. Mas a gente não consegue extrair da RNDS todas as informações que precisamos para fazer uma boa gestão das ações de imunização aqui no meu estado, identificando melhor os bolsões suscetíveis no território. São limitações desses próprios sistemas de informação que ainda são utilizados. Então, o que o MS está fazendo hoje? Eles estão avançando na tecnologia e tentando fazer uma integração para que, de fato, a gente tenha uma melhor parametrização desses dados e que a gente possa ter relatórios, que possa extrair os dados da RNDS de maneira oportuna e fidedigna. Só para você ter uma ideia: 31 de maio foi a última data de relatório que eu consegui acessar. De lá para cá, o que eu tive acesso ainda não captou os dados de 1º de julho até agora. Já estou no mês de agosto (Coordenadora estadual de imunização).



Então, o fato de a gente alcançar a meta em campanha que usa outro sistema e não alcançar em rotina, eu acho que comprova que temos problemas com o sistema. É demorado, algumas doses não migram (Coordenadora estadual de imunização).

Então, por essa fragilidade na conectividade do estado, com a migração de SI-PNI para e-SUS, a vigilância perdeu qualquer capacidade de manipular o sistema. Então, eu que sou coordenadora estadual de imunizações e também sou o suporte de sistemas do estado — dos meus sistemas, do PNI —, hoje estou às cegas. Eu não consigo ter acesso à interface do e-SUS para aprender a manusear o sistema, para poder treinar os municípios depois. Eu não tenho acesso a isso (Coordenadora estadual de imunização).

Outro aspecto é a necessidade de capacitação dos profissionais das salas de vacinas para o registro das doses aplicadas. A agenda de capacitações não consegue acompanhar a alta rotatividade desses profissionais. Todos os entrevistados relataram que ofertam capacitação sobre os sistemas de informação, entretanto, as coordenações de imunização oferecem capacitação sobre o SI-PNI e a AB oferta a capacitação sobre o e-SUS. Esse distanciamento aparece como óbice para melhor qualificação do registro de dados. Foram citadas algumas experiências de parceria entre as equipes de imunização e da AB na realização das capacitações. Os coordenadores enfatizam que se não houver a integração das coordenações de VS e AB na capacitação sobre registros, não é possível obter profissionais preparados para lançar os dados corretamente.

Nós fizemos o diagnóstico: como não houve essa capacitação anterior ao uso do sistema — quando se definiu que o e-SUS APS seria o sistema utilizado para o registro de doses aplicadas nas unidades de saúde da APS — só houve uma nota informativa e um manual disponibilizado no site do Ministério. E muitos municípios não sabiam a questão de atualização de versão; a questão mesmo de onde registrar determinadas vacinas, por exemplo (Coordenadora estadual de imunização).

Não tem como eu trabalhar sem a parceria. Isso a gente reforça muito nas capacitações do sistema: a gente não teria sucesso se não tivesse a integração da vigilância com a AB (Coordenadora estadual de imunização).

A nossa proposta, já durante essas visitas técnicas, é reforçar a importância da informação e fazer com que os profissionais da ponta entendam que cada nome, cada data de nascimento, cada dado é importante. [E mostramos] onde vai refletir essa informação, que eles acham que é muita informação (Coordenadora estadual de imunização).



Então, a gente faz treinamento. Tem duas pessoas responsáveis pelo suporte do sistema de informação do SI-PNI que fazem o treinamento, também para as clínicas privadas, porque elas também têm que informar os dados (Coordenadora estadual de imunização).

A gente fez um treinamento com o pessoal da Atenção Primária para entender melhor o SI-PNI e também conseguir dar algum suporte em relação ao e-SUS. Mas qualquer dúvida que a gente tenha, encaminhamos à Atenção Primária [para dar] respostas compartilhadas (Coordenadora estadual de imunização).

As capacitações do e-SUS, não só para a vacinação mas para todas as outras áreas, são ofertadas pela APS. Ela tem uma programação bem extensa em relação a isso. Eu sinto falta de não poder capacitar no e-SUS; fica um negócio desmembrado: “A imunização, eu só sei ensinar vocês até aqui. A partir daqui, o que é de operacionalização para a dose, vocês têm que esperar a programação da APS.” Eu acho isso muito ruim (Coordenadora estadual de imunização).

O registro e a gestão de dados das doses aplicadas foram apontados como um dos maiores gargalos do PNI por vários aspectos, como:



A falta de integração entre os sistemas de informação.



A utilização de sistemas próprios pelos municípios.



O atraso dos relatórios do MS de coberturas vacinais no SI-PNI.



Falta de internet em algumas regiões.



As equipes de coordenação do PNI não têm acesso aos dados do e-SUS.



Inconsistência no preenchimento dos dados.

Sobre o monitoramento dos dados, em sua maioria as coordenações de imunização monitoram os dados do SI-PNI e não têm acesso aos dados do e-SUS. Ainda que em alguns locais haja profissionais da equipe de imunização ou o próprio coordenador tenha acesso aos dados atualizados do e-SUS, muitas vezes os dados não são tão precisos. Todos responderam que, de alguma forma, dão retorno aos municípios sobre possíveis fragilidades ou inconsistências nos dados, em contato feito principalmente pela esfera regional. O atraso dos relatórios emitidos pelo MS afeta significativamente o monitoramento das coberturas vacinais, comprometendo o diagnóstico de possíveis fragilidades e inconsistências, bem como o retorno eficaz das informações aos municípios. Na maioria dos estados, o monitoramento é feito de forma centralizada. Em alguns, as regionais participam dessa devolutiva e apoio aos municípios em relação às coberturas vacinais.



[Não fazemos o monitoramento do] e-SUS, porque não temos acesso. Do SI-PNI, nós fazemos, mas também dependendo do sistema — se ele funcionar a partir da migração, que o ministério leva um tempo, a gente faz também quase que diariamente (Coordenadora estadual de imunização).

Então, aqui no estado a gente criou uma pasta na rede com todas as regionais e geramos relatórios onde tem essas inconsistências. A gente disponibiliza nas pastas das regionais para que elas possam entrar em contato com os municípios para que façam as devidas correções. Primeiro, a gente pergunta se é erro de registro ou erro de imunização, porque no monitoramento não tem como eu afirmar. Se for erro de registro, eles têm que fazer a correção nos sistemas de origem (Coordenadora estadual de imunização).

A questão do suporte é mais centralizada. Não que a regional não tenha suporte, mas a gente tem um pouco mais centralizado aqui no nível central. Inclusive, o município consegue contato direto aqui com as responsáveis pelo suporte. Essa parte do sistema de informação passa pela regional, que pode dar retorno, mas ela está mais centralizada aqui no nível central (Coordenadora estadual de imunização).

Para amenizar os problemas referentes a registros e gestão de dados, foram citadas diferentes estratégias de acordo com as características de cada estado: o monitoramento direto com os municípios; conversas e orientações constantes; elaboração de notas técnicas; retorno sobre fragilidades, inconsistências e erros de registros; capacitações; trabalho integrado das equipes de VS e AB; uso de planilhas e sistemas próprios de monitoramento; visitas técnicas e apoio às equipes das salas de vacina foram relatadas pelas coordenações de imunização.

Como são poucos municípios, eu tenho um suporte técnico estadual do e-SUS e do SI-PNI e eles fazem um contato direto com o suporte dos municípios. Então, a nossa estratégia é a capacitação e o monitoramento direto (Coordenadora estadual de imunização).

Parte do processo depende do MS, mas o que nos compete, que é a qualificação do banco de dados, a gente faz. Onde a gente percebe erro de registro, a gente faz uma devolutiva à unidade para que seja feita a correção daquela informação. A gente dá treinamento para que as unidades consigam registrar de forma correta



toda e qualquer alteração que tenha no calendário, alguma mudança. Todas as nossas notas técnicas já saem daqui com a orientação de como deve ser feito esse registro (Coordenadora estadual de imunização).

O estado tem ido em alguns municípios aos finais de semana, com o técnico do sistema e com o nosso diretor de VE, fazer treinamento com os municípios que têm maior dificuldade (Coordenadora estadual de imunização).

Nessa capacitação que a gente realiza, temos, lógico, um dia específico da carga horária só com o sistema de informação, os esquemas de vacinação, para ver se ameniza os erros na ponta. Mas a gente também tem, enquanto estou em sala de aula com eles, uma outra equipe fazendo as auditorias das fichas do município, para ver se o que está na ficha física é condizente com as informações que estão no sistema (Coordenadora estadual de imunização).

A gente tenta se aproximar o máximo possível dessa informação. A gente estuda, conversa com as meninas da Atenção Primária, que também são muito gentis conosco. Só que, como nós sempre fomos a referência da imunização e do sistema de informação, eles recorrem muito ao técnico que acompanha a regional sobre o que fazer. A gente fica junto, tentando resolver essas situações, mas eu percebo que é muito falta de capacitação mesmo dentro desse módulo vacinação na APS (Coordenadora estadual de imunização).

Nessas visitas, a gente conversa com gestores e explica, dentro do nosso âmbito de atuação, que esse fluxo não está acontecendo de forma adequada. Então, a gente pede para que seja revista a forma de migração desse dado com o sistema próprio (Coordenadora estadual de imunização).

A gente aqui utiliza uma planilha que tem o que foi distribuído, o estoque atual, o que foi consumido, se houve alguma avaria, perda do número da utilização, reserva e o que ele [município] está pedindo. Em cima disso, a gente analisa com o que ele produziu. Então, a gente tem uma noção de mais ou menos o que eu tenho que liberar pra fazer essa compensação (Coordenadora estadual de imunização).

3.1.7. Hesitação vacinal

O tema da hesitação vacinal, entendido como o atraso ou a recusa em aceitar uma ou mais vacinas recomendadas, estando as mesmas disponíveis nos serviços de saúde, foi um dos pontos abordados neste trabalho.



Todos os participantes afirmaram observar que a população atrasa em se vacinar. Sobre a recusa em se vacinar, a maioria reconheceu que ocorre, mas com menor frequência. Alguns entrevistados apontam que há apenas atraso. As principais causas declaradas para a recusa são a falta de confiança nas vacinas, principalmente após a pandemia da covid-19, a mudança na percepção de risco, entendida neste estudo como complacência e as *fake news*.

O problema de hesitação vacinal ficou ainda mais evidente com a pandemia. Infelizmente, quando a gente teve a entrada da vacina contra a covid, isso ficou ainda mais exacerbado. Era para ter sido o contrário [em relação] à adesão (Coordenadora estadual de imunização).

Em relação à hesitação, a gente tem percebido, não desde a covid, mas antes dela, que o perfil populacional mudou. A percepção de que as vacinas são necessárias, são importantes, mudou. Isso tem feito com que os pais percam o compromisso de cumprir o calendário de vacinação. Às vezes, até sabem a importância de vacinar, mas “se ninguém está me cobrando, ninguém está dizendo que eu sou obrigado a cumprir o calendário; eu vou vacinar quando der. Não é minha prioridade.” (Coordenadora estadual de imunização).

Olha, a hesitação vacinal é, hoje, uma realidade e um desafio. Nós enfrentamos as redes sociais, com uma forma de disseminação de notícias falsas que acaba dificultando o acesso à vacinação. Então, a hesitação, hoje, é uma realidade, porque nós temos vacinas eficazes, nós temos a disponibilidade da vacina nas unidades de saúde e há uma diminuição da demanda, da procura pela vacina. É um desafio muito grande trabalhar essa questão e acho que não só do estado, mas do país como um todo (Coordenadora estadual de imunização).

Olha, aqui no estado existe, mas não é importante. É muito pequena a hesitação vacinal e, às vezes, são problemas pontuais, do tipo: aconteceu um evento supostamente atribuível à vacina em um município e, como os municípios são pequenos, todo mundo acaba sabendo. Aí, a população fica receosa (Coordenadora estadual de imunização).

Nós temos grupos que hesitam por conta da eficácia da vacina, não acreditam nelas. Tem grupos que hesitam, de fato, por conta da barreira de acesso — “a sala está fechada no momento em que eu posso ir.” E pela complacência, também, a gente vê a hesitação vacinal. Na verdade, são todos [esses motivos], mas estamos aí na luta. Infelizmente, a percepção de risco das pessoas em relação às doenças está baixa e a gente só percebe aumento da vacinação quando divulga um óbito na televisão. Isso é muito ruim (Coordenadora estadual de imunização).



Sobre os motivos que levam ao atraso da população em se vacinar, na percepção dos entrevistados, os mais frequentes foram as barreiras de acesso para obtenção da vacina, como por exemplo: horários reduzidos de funcionamento da sala de vacina, grandes extensões territoriais, falta de profissionais, centralização das ações de imunização em apenas uma unidade de saúde e falta de busca ativa da população. Em algumas regiões do país, as dificuldades de acesso em determinadas comunidades interferem na atualização das vacinas da população.

Nas capacitações e nas reuniões com gestores, a gente sempre fala nisso, que é importante o acesso. Tem muita mãe que deixa de vacinar porque a sala de vacina fecha no horário de meio dia, porque ela só tem tempo no sábado e nesse dia não tem nenhuma sala (Coordenadora estadual de imunização).

Não posso dizer que não tem problema de acesso aqui, porque com certeza tem. Deve ter algum município em que, às vezes, a gestão municipal justifica dizendo que não tem problema nenhum de acesso, centralizando a vacina em uma só sala. Mas a gente vê que isso, sim, é uma barreira de acesso. Tem município com áreas rurais muito grandes. E, às vezes, aquele morador não faz a vacina no seu município. Ele vai em outro que é mais perto do que o seu. Vai em um município vizinho pela questão do deslocamento, porque tem áreas em que o município é pequeno em número de habitantes, mas a extensão territorial é muito grande. Então, tem lugares com uma única sala de vacina. Não tem como dizer que não é uma barreira de acesso — e só ter sala naquele dia, muitas vezes também botar regras muito rígidas. Hoje é o dia da febre amarela, hoje é o dia tal; uma rigidez desnecessária (Coordenadora estadual de imunização).

A questão também do horário de funcionamento da vacina: hoje não dá, amanhã também não conseguirei sair do trabalho mais cedo e vai atrasando o calendário de vacinação. São os horários engessados dos serviços de imunização que não atendem à demanda da realidade da população. Então, são múltiplos os fatores. Aconteceu de ir no posto de saúde e ter todas as vacinas, mas faltou aquela, um lote venceu e outro não chegou ainda. Essa vai voltar, vai demorar. Aí a pessoa fica um tempão com dose em atraso (Coordenadora estadual de imunização).



**O atraso na vacinação
é apontado como mais frequente
do que a recusa em se vacinar.**

As principais causas da recusa são:

- falta de confiança nas vacinas;
- mudança na percepção de risco;
- *fake news*.



**As principais causas do atraso
são as barreiras de acesso para
obtenção da vacina, como:**

- horários reduzidos de funcionamento da sala de vacina;
- grandes extensões territoriais;
- falta de profissionais;
- centralização das ações de imunização em apenas uma unidade de saúde;
- necessidade de busca ativa da população;
- dificuldades de acesso em determinadas comunidades.

Dentre as estratégias citadas para amenizar o problema da hesitação vacinal, foi muito enfatizada a necessidade de apoio do Governo Federal na comunicação com a população sobre as vacinas. Por exemplo, as campanhas na televisão e outros recursos de comunicação como cartazes, *folders* e camisetas, que segundo os entrevistados eram disponibilizados de forma rotineira, desde 2015, foram reduzidos. Contudo, há relatos de que em 2023 o Governo Federal retomou algumas estratégias de comunicação, principalmente por meio das mídias digitais. Foram citadas diferentes formas de campanhas e parcerias em nível estadual e municipal, como vacinação em escolas, shoppings, busca ativa, dentre outros. A parceria com as secretarias de educação e escolas apareceram como destaque de boas iniciativas.

Para melhorar, a gente está fazendo diversas ações extramuros, indo onde a população está para ampliar o acesso. Outra iniciativa é a divulgação na nossa mídia mostrando a segurança da vacina, a eficácia, a importância, em parceria com a gerência de vigilância das doenças imunopreveníveis. A gente pega os casos, divulga e mostra o que aquela doença acarreta naquela criança ou naquela população e qual a vacina responsável por prevenir aquilo. Então, estamos nessa linha de ampliar o acesso através da ação extramuro e focando na comunicação. Além das ações em parques, feiras e shoppings, também estamos indo em todas as nossas escolas públicas, levando não só vacina, mas também educação e saúde para aquela comunidade escolar (Coordenadora estadual de imunização).



Como estratégia do estado, a gente faz inclusive parceria: temos uma portaria conjunta com a Secretaria de Educação, para que os pais possam visitar a caderneta dos seus filhos, e a gente tem também a emissão de um certificado, [declarando] se está atualizado ou não. Então, quando há um atraso, a gente pede a parceria, o apoio da Secretaria da Educação, para que sensibilize as famílias a levar os seus filhos para atualizar as suas cadernetas de vacina. Além dessa ação conjunta com a Secretaria da Educação, a gente vem também investindo nas ações de comunicação social, para combater as *fake news*. Essas são as principais, mas quando a gente promove capacitações, encontros, webpalestras; a gente também tem a ideia de formar pessoas que são multiplicadoras, para levar boas ações para todo o território. A gente vai ter esse diferencial, formando pessoas para toda a rede (Coordenadora estadual de imunização).

Eu creio que a maioria faz a busca ativa. Quando pode, planeja a busca ativa dos faltosos, naquelas áreas que sabem não estar todo mundo vacinado. Mas eles também têm dificuldade de fazer isso (Coordenadora estadual de imunização).

É o que a gente tem feito agora, trabalhar bastante em cima da hesitação vacinal. Várias lives e parcerias voltadas para os visitantes do Primeira Infância Melhor, que fazem visitas às famílias vulneráveis de crianças, de gestantes e também junto ao programa Saúde na Escola. A gente tem trabalhado também com a educação, porque pode ser um grande parceiro. Há municípios que já têm uma ótima parceria com a educação, estão conseguindo fazer atividades em conjunto, trabalhando com o Programa Saúde na Escola e o trabalhador em outras reuniões. Porque se o trabalhador não tiver confiança na vacina que ele está aplicando e não tiver a segurança para mostrar aquele pai, aquela mãe, aquele adolescente, aquele idoso, que podem tomar a vacina, que é segura e necessária, a gente não vai reverter isso. O trabalhador também tem que estar seguro do papel dele em uma sala de vacina. Isso tem sido trabalhado com ele, a hesitação vacinal, que é o que influencia nesse panorama que estamos hoje, para então enfrentar melhor as recusas de algumas vacinas que têm acontecido (Coordenadora estadual de imunização).

A gente tem tentado sensibilizar a população através de entrevistas, rodas de conversa; chama o governador para falar, para convidar a população a se vacinar; lança mão dos parceiros — o Programa de Saúde na Escola —, buscando sensibilizar. Mas a gente sente uma falta muito grande disso em nível federal. Antigamente, a campanha de vacinação era um evento, era todo mundo na praça, tinha investimento, tinham os atores falando na novela, vacinando durante a novela (Coordenadora estadual de imunização).



O investimento em comunicação e a parceria com outros setores são apontados como soluções para enfrentar a hesitação vacinal.

Todos os entrevistados afirmaram que perceberam aumento do atraso ou recusa da população em se vacinar nos últimos cinco anos, situação que se agravou com a pandemia da covid-19.

Então, a recusa foi depois da pandemia e o atraso é realmente desse período para cá. A gente está pegando crianças com quatro, com três anos, que só tomaram as doses da maternidade. É uma coisa assustadora (Coordenadora estadual de imunização).

Foi observado, nem tanto recusa mas atraso, por conta do que eu acabei de falar: as pessoas têm essa concepção enganosa de que as doenças não existem mais e aí não dão prioridade para isso (Coordenadora estadual de imunização).

Então, desde 2015 já vem acontecendo essa redução e ficou mais evidente em decorrência da pandemia, quando as pessoas não podiam, tinham recomendação de não sair de casa (Coordenadora estadual de imunização).

3.1.8. Comunicação

Em relação às ações de comunicação, é geral a concordância de que as mesmas têm papel fundamental enquanto estratégia de divulgação e conscientização da população. A maioria dos respondentes considera as ações de comunicação sobre vacinação adequadas, mas insuficientes. Os principais meios de comunicação utilizados pelas gestões estaduais são as redes sociais, ainda que alguns respondentes reconheçam que esse recurso não atinge toda a população. Dessa forma, rádio e TV também são canais relevantes nas estratégias de comunicação dos estados.

Instagram, redes sociais, Facebook, WhatsApp — acho que é o principal porque todo mundo usa. Tem o site e o YouTube, mas neste a gente deixa mais o material técnico, as aulas gravadas, enfim, para divulgações mais pontuais (Coordenadora estadual de imunização).



Meio digital é por páginas, né? Na internet, páginas oficiais da Secretaria de Saúde do estado e também nas redes sociais. Entrevistas em rádios, televisão, sempre que requisitam o estado. A área técnica e o gabinete participam para divulgar as ações de vacinação (Coordenadora estadual de imunização).

A televisão é com as emissoras, chamando para entrevistas, e as redes sociais e a rádio (Coordenadora estadual de imunização).

Adequadas sim, suficientes não. Eu acho que poderia ter uma maior divulgação por parte das assessorias de comunicação do Governo do Estado e também uma parceria com as empresas de televisão, as redes de televisão, para intensificar mais o trabalho (Coordenadora estadual de imunização).

Parte dos entrevistados relatou uma piora da comunicação em nível nacional nos últimos anos, com diminuição das ações próprias e falta de incentivos para que estados e municípios realizassem suas campanhas. A disponibilização de camisas, cartazes e *folders* pelo MS foi lembrada como estratégia que fazia a diferença em nível local. Cabe destacar que, com a mudança na gestão federal em 2023, houve uma percepção de que houve uma retomada das ações de comunicação por parte do MS.

O trabalho tem que ser fortalecido na educação em saúde, na publicidade, no movimento social. A gente sente falta daquelas rodas de conversa e isso depende muito da gente — estado e município. Falta muito para ser feito. Mas, da mesma forma que eu coloquei, a gente precisa que o MS e o Governo Federal se envolvam mais. Não adianta um chamado aqui e outro ali. É bater massivamente na questão da imunização (Coordenadora estadual de imunização).

Essa questão da comunicação também é cara, também tem um custo financeiro bem importante. O que também acho que é uma ação de comunicação? É a produção das camisas, porque as camisas, além de trazerem uma mensagem da vacinação, individualizam e organizam o serviço. Então, rapidamente, nas ações de massa, a população consegue visualizar que ali tem uma equipe de vacinação. E, às vezes, é até impressionante, mas na rua fazem perguntas também porque identificam a camisa de vacinação, que também é uma forma de comunicação. E você tinha falado também dos cartazes, dos *flyers* que existiam e agora não tem mais, né? Então, sumiu de uma maneira muito abrupta. Simplesmente sumiu. Isso era uma grande ajuda e a gente não ficou com nada para substituir. Então, ficou exatamente assim: o técnico, a vacina e a população a vacinar (Coordenadora estadual de imunização).



A comunicação nos estados, feita sobretudo nas redes sociais, deve ser ampliada, e se observou retrocesso na comunicação desenvolvida em âmbito nacional.

3.1.9. Pandemia da covid-19

Para todos os gestores entrevistados, a pandemia da covid-19 afetou as coberturas vacinais do PNI. Os principais fatores apontados foram o distanciamento social e o medo de ir à unidade de saúde, por ser um local em que havia aglomeração de pessoas; e a existência de salas de vacinas fechadas por falta de profissionais ou para priorização das vacinas contra a covid e a influenza.

Sim, afetou. A gente já vinha observando queda nessas coberturas vacinais e com a pandemia piorou. Chega a ser paradoxal: como é que a humanidade, esperando a vacina que nem tinha ainda, do covid, e você observando a queda nas coberturas vacinais que já existem no território? É aquilo que falamos antes — a falsa sensação de segurança da população, que não tem mais medo da poliomielite, que já não tem há 30 anos. Eu tenho medo da covid, porque está matando todo mundo agora, então, todos queriam a vacina da covid. Ela chegou, aí vieram as *fake news*; quando chega a vacina das crianças, o povo já nem quer mais vaciná-las. Por quê? (Coordenadora estadual de imunização).

Apesar do estado ter mantido a orientação para que as salas de vacinas ficassem abertas, houve um período de orientação para que as unidades ficassem voltadas só para as estratégias de vacinação da covid e da influenza, Mas o estado manteve a recomendação de que as salas de vacina atendessem à vacinação da população e o público-alvo para vacinação de rotina se mantivesse. Apesar de toda essa recomendação, nós percebemos uma diminuição nas salas de vacina, na cobertura vacinal, por conta de várias questões. Primeiro, a população tinha medo de procurar as unidades de saúde, visto que havia uma recomendação de *lockdown*, ou seja, para não sair de casa. Então, a população ficou com medo de ir até as unidades de saúde (Coordenadora estadual de imunização).

Para a maior parte dos entrevistados, o fortalecimento do movimento antivacina durante a campanha de vacinação contra a covid-19 amplificou a hesitação vacinal para as vacinas de rotina, com impacto nas coberturas vacinais.



Sim. Quem não se vacina contra covid está começando a duvidar da vacinação de rotina (Coordenadora estadual de imunização).

A gente viu que diminuiu a procura quando começou a questão da covid, desses movimentos mais intensos antivacinas e essa questão de evento adverso da covid. Então, acabou afetando de alguma maneira a rotina e a gente teve queda nos últimos dois anos (Coordenadora estadual de imunização).

Ainda sobre a pandemia, deve-se destacar que foram frequentes os relatos de que a mesma deixou um legado na infraestrutura de armazenamento nos estados, sobretudo, no que diz respeito à rede de frio.

Ela foi suprida e deixou o seu legado. Eu penso que, no tocante a recursos humanos, não, mas em recursos materiais, em equipamentos, acaba que houve, sim, um saldo positivo (Coordenadora estadual de imunização).

Em relação à covid, eu até agradeço, porque se houve investimento, se houve empenho da gestão em melhorar a minha capacidade de armazenagem, foi por causa dessa doença. Em nenhum momento o estoque de vacina contra a covid impactou a minha capacidade de armazenar outras vacinas. Como eu falei, toda uma estrutura foi construída e investida para receber o novo imunizante. E, com isso, as outras vacinas ganharam, a minha capacidade de armazenagem ganhou. Era muito pior antes da covid (Coordenadora estadual de imunização).



A pandemia da covid-19 contribuiu com a queda na cobertura dos outros imunizantes, mas ampliou a infraestrutura de armazenamento, sobretudo no que diz respeito à rede de frio.

3.2. Gestores federais e especialistas

Foram entrevistados três gestores com atuação em âmbito nacional na área de imunização, com os seguintes perfis: E1, gestor, trabalhando com imunização na área da VS; E2, gestor, trabalhando



com imunização na área da AB; E3, gestora, trabalhando com programas de imunização em países das Américas.

A análise das entrevistas, com enfoque no interdiscurso, permitiu identificar temas centrais nas respostas, considerando as diferentes perspectivas e inserções profissionais dos participantes em relação aos desafios e avanços nacionais para a área de imunização. Assim, foram construídas duas categorias, a saber: o desafio da integração entre AB e imunização e dificuldades e avanços atuais da imunização no âmbito nacional.

3.2.1. O desafio da integração entre AB e imunização

O PNI foi formulado em 1973 e regulamentado no ano de 1975, no contexto de organização das ações relativas à área de VE de doenças transmissíveis. Atualmente, entre as competências do PNI estão: propor, coordenar e monitorar estratégias de vacinação; propor, promover e implantar esquemas de vacinação; monitorar informações sobre coberturas vacinais; acompanhar a aquisição e distribuição de imunobiológicos e insumos; elaborar normas técnicas e operacionais sobre a rede de frio; coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar o sistema de vigilância de eventos adversos temporalmente associados à vacinação, em articulação com as demais unidades (Brasil, 2022).

No contexto da imunização, as equipes da AB e da Estratégia Saúde da Família (ESF) são responsáveis por verificar o cartão de vacinação e a situação vacinal da população, bem como encaminhar as pessoas para as unidades de saúde para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme os calendários de vacinação definidos pelo PNI. Ressalta-se a importância da integração entre a equipe da sala de vacinação e as demais equipes de saúde, evitando que as pessoas sejam atendidas em outros setores da unidade de saúde sem que sua situação vacinal seja verificada ou que elas deixem de ser encaminhadas para a sala de vacinação (Brasil, 2014).

No início de 2023, após reorganização administrativa no MS, foi criada a Coordenação de Apoio à Imunização e Monitoramento das Coberturas Vacinais (CIMVAC), dentro do Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária (DESCO), o qual está subordinado à SAPS/MS, conforme relata E2.

[...] ela foi instituída em janeiro [de 2023] e a gente veio para cá em março. Por ser uma coordenação nova, ainda está em processo, digamos assim, de reconhecimento, tanto internamente quanto externamente. Todo dia é um novo dia (E2).

Com a criação da CIMVAC, percebe-se a dificuldade da AB em se reconhecer como parte fundamental para a imunização. Embora o papel da CIMVAC pareça estar claro para a equipe de profissionais que a integra; para profissionais externos à Coordenação e para instituições parceiras não há a mesma



clareza e existem dúvidas quanto à sobreposição de papéis do PNI e da CIMVAC. Na fala de E2 fica claro que o papel da CIMVAC não está consolidado e que há uma busca por espaços de atuação.

Eu digo muitas vezes que, parece, a gente está com a gente mesmo. Porque o PNI tem uns 50 anos, tem uma longa história. E não é aquela que se falava no início. Ah, vocês vão ficar então sobrepondo os papéis? Para a gente aqui, esses papéis estão cada dia mais claros. Por quê? Porque a execução da vacinação acontece na Atenção Primária, mas, infelizmente, nem dentro do MS, nem dentro do próprio SUS, principalmente nos estados e nos municípios, isso está tão consolidado. Mas a gente sempre vem falando e discutindo o nosso espaço. Aí eu digo: o espaço da Atenção Primária com esse olhar da imunização, porque como a AB é muito cheia de atribuição, acabam dizendo que a imunização, a vacinação, é na vigilância. A gente sabe que não é assim. A AB acontece dentro da unidade de saúde, com as atividades da Atenção Primária. [...] Ainda não se consolidou e a gente surge exatamente com essa missão de proporcionar um olhar mais transversal dentro das ações da Atenção Primária e da vigilância. A gente vem tentando ocupar esse espaço, inicialmente, dentro da nossa Coordenação-Geral, dentro do nosso Departamento de Saúde da Família e Saúde da Comunidade, para poder ampliar essa visão dentro do próprio Sistema Único de Saúde. Então, esse é o papel que hoje a gente vem desempenhando, como o próprio nome diz, apoio à imunização (E2).

Embora rotineiramente a vacinação aconteça na AB, E2 explica os motivos que corroboram para que as duas áreas não se integrem de fato. São questões relativas à concepção e à organização do PNI nas esferas federal, estadual e municipal; à hegemonia do PNI nos territórios e ao pouco envolvimento da AB na imunização, o que se relaciona tanto ao domínio do PNI pela área de vigilância quanto às temáticas já consolidadas na rotina de trabalho da AB.

[...] vocês podem ter vacinas, podem ter a equipe da vigilância, tanto das doenças como dos eventos adversos; mas quem executa é a gente [APS]. Se a gente fechar as portas, infelizmente, nada acontece. Então, o Ministério tem que acordar para isso: a ação, de fato, só vai acontecer no estado e, principalmente, no município, se as duas secretarias se unirem. Se a gente for em qualquer estado, vão dizer: não, a imunização é nossa. Eu nunca vi um programa estadual se chamar PNI do estado tal, se o nome, PNI, é Programa Nacional. E não é um programa vertical — se foi no passado, hoje em dia não é mais. [...] tem gente que concorda, tem gente que não concorda. No entanto, se o próprio programa do estado se vê como um PNI do estado tal, ele está vinculado a quê? A uma secretaria, que é a Secretaria de Vigilância. Infelizmente, hoje ainda acontece isso. [...] Porque parece que, no estado e nas capitais, quem manda no território é o Programa de Imunizações,



quase sempre vinculado à vigilância. E as equipes da Atenção Primária, como não trabalhavam com isso na rotina, ficam meio acanhadas. Eu cheguei quase junto com a estruturação da SVS [Secretaria de Vigilância em Saúde]; naquela época, talvez, muito mais por uma vontade política do que por uma vontade técnica. O PNI ficou dentro da SVS, até mesmo porque era o orçamento maior que se tinha — mais de 4 bilhões de reais (E2).

O entrevistado E1 relata que a integração entre AB e imunização é um desafio em todas as esferas de gestão, ainda que existam estratégias que buscam estimular a integração entre as duas áreas como, por exemplo, as reuniões regulares entre secretarias do MS e o microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade⁴.

Você sabe que em todas as esferas — segundo o governo federal, estados e municípios — a Atenção Primária e a vigilância não têm um diálogo fácil. [...] A gente tem um ponto semanal no qual três secretarias sentam para discutir coisas que têm que cumprir: a SEI indígena, a Secretaria de Saúde Digital, a Secretaria de Atenção Primária e nós. Então, tem tido um estímulo, um movimento interno dentro do MS de procurar integrar. Com uns agentes integra mais fácil, com outros é mais difícil. [...] E o que acontece? Com o microplanejamento, a gente tentou demonstrar para estados e municípios que isso deve acontecer até de forma condicionante, ou seja, o próprio desenho do microplanejamento exige que a Atenção Primária e o Programa de Imunizações planejem juntos, porque é uma questão que envolve o território. Então, não dá para a vigilância trabalhar sem a Atenção Primária. A gente vê um pouco de reflexo — o pessoal fala que o micro tem ajudado dentro dos próprios municípios na integração da Atenção Primária com a vigilância (E1).

Superar o desafio de integrar imunização e AB requer uma melhor coordenação e comunicação entre as diferentes esferas de governo e necessita de uma abordagem mais abrangente e integrada na área da saúde. Para E1, uma estratégia nesse sentido é começar a integrar as linhas de cuidado por ciclos de vida. Para E2, os esforços para consolidação da CIMVAC têm alcançado resultados positivos, apesar dos obstáculos diante da hegemonia do PNI e dos enfrentamentos dentro do MS, que se assemelham ao cenário externo na relação com colegiados de gestores, estados e municípios.

⁴ O processo de microplanejamento (MP) é uma das etapas das Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (Avaq) que se desenvolve de forma ascendente, iniciando na esfera local e subindo até a esfera nacional. De fato, o MP inicia-se nas unidades de saúde, nas quais se operacionalizam as estratégias e as ações de vacinação para alcançar a população-alvo. Já nas esferas estadual e nacional deve acontecer o macroplanejamento, com o planejamento estratégico para garantir que as atividades de vacinação ocorram em sua melhor performance e alcancem, no mínimo, as metas preconizadas pelo PNI, >95% (Brasil, 2023, p.10).



A gente precisa voltar a estimular o calendário para os ciclos de vida serem preenchidos em sua totalidade, coisa que a gente não teve perna ainda para fazer. A gente está observando que a multivacinação tem tido um impacto muito grande nas faixas etárias mais velhas. A cobertura da febre amarela, por exemplo, melhorou em todos os estados. Febre amarela, hepatite A, tríplice viral. A de adolescente, que partiu de um patamar muito baixo, melhorou bem, proporcionalmente ao que estava. Mas a gente está com muita dificuldade com menores de 1 ano, com vacinas de 2 a 6 meses então! O que precisa fazer? Integrar as linhas de cuidado, por exemplo, se aproximando mais da saúde da criança para, conjuntamente, elaborar estratégias que incluam todo o pacote de medidas que a Atenção Primária faz no momento da puericultura. Assim, a vacinação será algo também fortalecido. Acho que está faltando fazer isso. A gente não teve tempo, mas precisa ser feito. Ou seja, precisa ter estratégias também direcionadas, integrando as diferentes linhas de cuidado (E1).

No início, como eu tinha dito antes, o PNI sempre foi responsável. Se a gente pegar hoje no regimento interno do Ministério, na lei, no decreto; tudo isso que instituiu o PNI, desde 1973, se trabalha dentro dessa ótica: o PNI definindo as ações de vacinação no país. Então, no começo foi um pouco delicado, mas hoje o PNI já consegue reconhecer a importância dessa área, da CIMVAC. E a interface vem sendo construída, em alguns momentos, com debates, que são importantes para o crescimento, para que essas ações sejam encorpadas e direcionadas. A gente vem trabalhando junto, inclusive, na ferramenta do microplanejamento no país. Eu não posso dizer que é 100% fácil, porque a gente tem essa longa história: antes, o PNI fazia tudo sozinho e hoje vê ali uma área [CIMVAC] que está trabalhando junto, que deve trabalhar e complementar as ações, para que atinja as coberturas, porque se não tiver Atenção Primária, [fica] a gente aqui e eles lá. Então, ainda tem todo esse arsenal de dúvidas que permeiam, de fato, qual o papel dessa coordenação dentro da estrutura do SUS (E2).

A criação da CIMVAC é um fator importante para aproximar AB e imunização com vistas à integração dessas áreas. A complexidade das demandas atuais relativas à vacinação acabou por direcionar o PNI para ações complexas e de natureza estratégica, reforçando seu destaque nos últimos anos e a magnitude das ações desenvolvidas. Assim, o programa que tinha *status* de coordenação tornou-se um departamento com 4 coordenações. Seu nível hierárquico foi ampliado e, conseqüentemente, alguns trâmites ganharam maior celeridade. A priorização da vacinação pelo governo atual é reconhecida positivamente, pois permite uma melhor coordenação e comunicação sobre a temática imunização dentro do MS.



A gente acredita que o PNI vai ter o seu papel de aquisição, de distribuição, de controle da qualidade. O acompanhamento dos eventos, supostamente, atribuíveis à imunização, à vacinação, às normas. Não é a nossa área que vai definir o calendário nacional, a introdução de novas vacinas, de novos esquemas — isso a gente sabe muito bem. Pode contribuir, até porque tem muita gente boa aqui na nossa equipe; mas essas são atribuições e competências do departamento do PNI (E2).

Eu sempre destaquei na minha apresentação que só o fato de ter colocado o PNI como um departamento com 4 coordenações-gerais, passando a ser um dos maiores departamentos da SVSA, mostra que o governo está dando muita prioridade. Essa é a primeira coisa, porque dá a possibilidade da gente se mexer dentro do MS. Eu, como diretor, ligo para o diretor do Datasus, do DEMAS, [...] converso com eles. Ou seja, se eu fosse coordenador-geral talvez eu não teria [esse acesso]. Hoje, se tiver algum problema no sistema de informação, eu ligo para o diretor do Datasus e ele me atende. Então, não estou querendo demonstrar poder, mas isso mostra que se eu mandar uma mensagem, ele me responde na hora, mas se eu fosse coordenador-geral, talvez não. Como coordenador-geral, como diretor e até mesmo na relação tripartite, tem um contato, um trânsito com os técnicos do Conass e do Conasems. A gente vai para os estados, os secretários nos recebem; você pede uma reunião com o presidente do Cosems e ele recebe. Então, o fato de ter colocado o PNI nessa posição facilita muito (E1).

As entrevistas de E1 e E2 permitem compreender que a falta de integração entre a AB e a imunização é complexa, histórica e abrange disputas entre as áreas. Percebe-se que os movimentos para integrar as duas áreas vão de encontro à contradição de que, embora a vacinação aconteça rotineiramente na AB, há pouco envolvimento desta área com as questões relacionadas à vacinação/imunização. Por outro lado, nas falas de E2 identificam-se referências a um poder hegemônico da área responsável pela imunização que retroalimenta o distanciamento da AB.

Por perspectivas diferentes, E1 e E2 ressaltam a necessidade de uma abordagem mais abrangente e integrada focada na imunização, especificamente, nas áreas de AB e vigilância, com o objetivo de mudar a percepção de que a vacinação é responsabilidade exclusiva de uma dessas áreas. Para isso, é preciso tanto o reconhecimento interno no MS, no que se refere às contribuições de cada área em interface com a imunização/vacinação, quanto o apoio de organizações como o Conass, o Conasems, a OPAS, secretarias estaduais e municipais. Ressalta-se ainda que à integração entre AB e Imunização atribui-se peso importante para o microplanejamento, pois este envolve a coordenação e a colaboração de várias partes interessadas para garantir a implementação das atividades de vacinação.



A integração entre AB e imunização é dificultada em função da concepção e organização do PNI e sua hegemonia nos territórios, ao pouco envolvimento da AB na imunização e do domínio do PNI pela área de vigilância e pela temática já consolidada na rotina de trabalho da AB. A criação da CIMVAC é considerada um fator importante nessa integração.

3.2.2. Dificuldades e avanços atuais da imunização no âmbito nacional

O desafio de integrar a AB e a imunização relaciona-se à implementação e gestão de uma política de imunização de âmbito nacional. Contudo, identificam-se outras dificuldades e avanços na área de imunização que repercutem nacional e internacionalmente, sobretudo, na América do Sul, cujos países apresentam problemas similares no que se refere à imunização.

O entrevistado E1 resume as dificuldades que ainda persistem na área de imunização, algumas com encaminhamentos que sugerem avanços e melhora no cenário, como a utilização da estratégia do microplanejamento. Essas dificuldades aparecem nas falas dos entrevistados E2 e E3, cuja experiência abrange atuação em programas de imunização em diferentes países das Américas.



De forma interdiscursiva, as dificuldades apontadas pelos três entrevistados são:

Financiamento inadequado, sistemas de informação, “cultura campanhista”, adesão à vacinação, trâmites administrativos, abastecimento de vacinas, rede de frio, inovação em estratégias para vacinação, comunicação, capacitação profissional e integração com a AB.



A gente tem que melhorar a cobertura vacinal com Atenção Primária, superar financiamento desequilibrado — os municípios sobrecarregados com questões de financiamento, isso não se pode negar. Problemas de frascos multidoses, problemas de abastecimento. A gente tem que recuperar a cobertura vacinal com todos esses desafios, então, o micro permite que a ponta faça o diagnóstico da sua realidade e crie estratégias, planeje considerando essa realidade (E1).

Quebrar também a história do movimento antivacina, mostrar, trazer de fato isso para o território como algo que é de direito. Trabalhar junto com o Programa Saúde na Escola. Então, são muitos desafios e, ao mesmo tempo, muitas estratégias que a gente está lançando mão para se aproximar do território, fazendo com que reconheça a vacinação como uma ação da Atenção Primária (E2).

Tivemos também muitos problemas de equipamentos de rede de frio que, 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. Então, tudo ficou perfeito (E3).

O sistema de informação é uma das principais dificuldades, pois não reflete a realidade das coberturas vacinais no país. Isso dificulta a tomada de decisões e o planejamento das ações de vacinação. Além disso, a desinformação sobre as vacinas é um problema que tem impactado negativamente as coberturas vacinais. Os problemas com o sistema de informação persistem também em outros países da região das Américas conforme relata a E3.

Acho que a gente tem um problema muito sério de sistema de informação, assim como os outros problemas do PNI que envolvem, por exemplo, a rede de frio e o próprio acesso à vacinação. [...] Agora, a gente vê o programa escorrendo entre nossos dedos porque vacinamos, mas o dado não aparece. Então, isso é um desafio (E1).

Assim que a gente chegou fez um levantamento geral da nossa área, porque se chama monitoramento das coberturas vacinais. Tem que conhecer essas coberturas, essa é outra relação meio delicada com o PNI. No início foi muito delicada, porque eu dizia: se o nome da nossa coordenação é Monitoramento das Coberturas Vacinais, como é que a gente não vai ter acesso aos dados? E hoje a gente sempre vem falando da interoperabilidade, com o e-SUS, com o SI-PNI, e ainda é um dos pontos mais difíceis e mais delicados de enfrentar — exatamente a atualização do sistema de informação (E2).



[...] e um dos desafios, eu acho, é ter esse sistema de informação, porque a gente trabalha, mas se não tem informação de qualidade para a tomada de decisão. Tem problemas e isso está acontecendo em muitos dos países das Américas (E3).

O Brasil e outros países da América do Sul enfrentaram uma queda importante nas coberturas vacinais desde 2016, o que foi evidenciado pelo surto de sarampo em 2019. As baixas coberturas vacinais são resultado de uma série de fatores como a desinformação sobre as vacinas, a falta de acesso à vacinação, falta de confiança nas autoridades sanitárias aliada à resistência à imunização e a baixa resposta das campanhas tradicionais.

Em 2016, a eliminação do sarampo que, infelizmente, novamente no Brasil faz parte da história. A Venezuela, junto com o Brasil, perdeu a certificação por ter o surto por mais de 12 meses; no caso do Brasil por quase 5 anos. Por isso, foi declarado endêmico para o vírus do sarampo. [...] Bom, nós precisamos lembrar que o Brasil, desde 2016, estava apresentando uma queda importante nas coberturas de vacinação. No tempo que estou aqui, algumas pessoas falam: “não, foi uma mudança de sistema de informação, não sei o que lá”. Mas, infelizmente, há evidências. O vírus do sarampo, que é um dos mais fortes que temos no espectro de doenças transmissíveis, evidenciou que não tínhamos uma boa cobertura no Brasil. Se, no Brasil, realmente tivesse uma boa cobertura, não teria tido mais de 20 mil casos em 2019, por exemplo. Aqui foi muito forte, além do que já tínhamos como antecedente o que aconteceu na Colômbia. No Brasil, com a vacina de HPV em 2014–2015, infelizmente não conseguimos dar uma atenção rápida, oportuna, a essa situação de hesitação vacinal que estava acontecendo com a introdução desse imunizante (E3).

Porque o nosso objetivo é único: a proteção da nossa população. E essa proteção, a gente só vai conseguir se a população, de fato, estiver vacinada. Então, acho que esse é um desafio que hoje temos. Eu acho que é um dos maiores desafios do SUS na atualidade: atingir essas altas coberturas vacinais (E2).

No começo do ano, a gente ficou quebrando a cabeça sobre o que fazer. O Ministério veio muito no início, com uma postura campanhista, de vamos fazer uma campanha na escola, assim, assado. Só que eu não sei se os municípios teriam condições de fazer isso, porque, querendo ou não, por conta da covid-19, estamos em campanha há 3 anos. Está todo mundo estafado e existem problemas que precisam ser resolvidos. Não vai ser com campanha, não é por falta de vacinação que a cobertura está baixa. São outras questões também; é muito mais complexo do que isso (E1).



É importante destacar que, frente às dificuldades com as coberturas vacinais, os entrevistados E1 e E2 citaram ações para reverter esse quadro que remetem à necessidade de inovação nas estratégias para a vacinação.

Mas as equipes vêm trabalhando arduamente para que a gente consiga superar essa barreira do sistema de informação, porque esse é um dos grandes gargalos. Se não tiver um sistema atualizado e dentro da realidade, pelo menos refletindo uma realidade mais próxima ao que acontece no município, a gente não vai conseguir executar ações de monitoramento (E1).

[...] a gente também está percebendo que são estratégias que devem ser trabalhadas de forma diferenciada. Não adianta trabalhar a vacinação para menores de um ano de idade da mesma forma que trabalha para adolescentes ou mesmo para adultos ou idosos. Então, a gente está tentando — a OPAS já vem trabalhando nisso. Inclusive, participamos de uma oficina aqui nas Américas e o trabalho foi todo desenvolvido dessa forma. A gente vai procurar fortalecer, como ter unidades móveis de vacinação, principalmente em locais de mais difícil acesso. O nosso secretário comprou a ideia de fortalecer isso no país. O que se espera agora com a programação de trabalho, com o nosso planejamento, é que consiga em 2024 dar uma alavancada em algumas dessas ações (E2).

Entre as dificuldades logísticas, ressalta-se o problema de abastecimento, que é influenciado por questões internas ao MS, como a tramitação administrativa dos contratos; e por questões externas que dizem respeito aos fornecedores, conforme explica o E1. Ademais, o sistema de informação deficiente para o controle de estoque nos municípios interfere no abastecimento regular das vacinas. Outro destaque importante no aspecto logístico se refere à rede de frio, que impacta diretamente na qualidade das vacinas, de acordo com o E1 e o E3.

Acho que não basta ter os problemas que fogem da nossa governabilidade, que são externos, de produção e tudo mais. Tem os problemas internos, por conta da burocracia dos contratos do MS. Para piorar, eu não sei qual é o estoque do município, porque o sistema de informação não chega até lá. O sistema de estoque chega até o nível estadual, então, tem alguns procedimentos que precisam melhorar para garantir esse abastecimento e uma melhor gestão de estoque. Esse é um problema porque depende de um investimento muito grande para dar um apoio às centrais estaduais para se equiparem e os municípios acabarem com as geladeiras domésticas. Isso não vai ser com pouco dinheiro. Isso não vai ser com filantropia. O Ministério vai ter que chegar e colocar muito dinheiro e é um problema, porque a gente cria muita instabilidade na qualidade das vacinas. Tivemos também muitos problemas de equipamentos de rede de frio, que eu soube, antes da pandemia,



que 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 (E3).

A comunicação é estratégica para a imunização porque interfere diretamente na adesão às vacinações, na hesitação vacinal e, conseqüentemente, nas coberturas vacinais. Nas falas dos três entrevistados identificam-se dificuldades como baixo impacto das estratégias de comunicação, diversificação das formas de comunicação e necessidade de melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e entre outros profissionais, indivíduos e comunidades.

Um dos pontos mais considerados pela equipe foi exatamente a comunicação. A gente acredita que a comunicação é tão importante quanto ter a vacina. Porque o imunizante pode estar na unidade de saúde, mas se não houver uma comunicação com a população muito mais direta, o vínculo que a equipe tem que estabelecer com a unidade, não haverá bons resultados (E2).

[...] da importância da comunicação e da comunicação de risco; mas não somente voltada para o jornal. É uma comunicação entre pares no sistema de saúde, entre o trabalhador de saúde com o cuidador, com o pai da criança, com o adolescente, com o idoso, com o trabalhador alvo dessa caderneta de vacinação e uma comunicação entre gestores, autoridades e tomadores de decisão. Isso é o que está faltando. Nós estamos ainda muito envolvidos no nosso setor de saúde, ainda continuamos falando para o nosso setor. E a vacinação não é responsabilidade só do setor saúde, é de todos e de todas; para ter vacinas para todos sem deixar ninguém para trás (E3).

E a comunicação também é muito diferente. Antes, a gente chamava um ator global, uma Xuxa, e dava certo, porque todo mundo via só TV. Hoje a influência é feita sobre as pessoas, os influencers são mais dispersos, você tem nichos, tem as coisas que gosta. Você entra nas páginas da internet, do YouTube, do Facebook, do Instagram que gosta e eu também. E às vezes a gente não se cruza. Eu acredito que todo mundo goste ou ouça ou veja a mesma coisa que eu, mas, na verdade, a maioria não viu e nem sabe do que eu estou falando. Isso cria dificuldades na hora de você comunicar que é um aspecto da hesitação vacinal (E1).

Ainda entre as dificuldades relatadas pelos entrevistados está a capacitação profissional. Os participantes E2 e E3 falam sobre a importância da comunicação, da educação e da qualificação dos profissionais de saúde para aumentar a confiança da população na vacinação. É preciso envolver



os conselhos de classe, outras categorias e sociedades médicas para que todos os profissionais de saúde acreditem na importância da vacinação e possam transmitir isso para a população.

A nossa equipe viu que esses pontos — comunicação, educação e qualificação profissional — não adianta ficarem só com enfermeiros e técnicos de enfermagem. Tem que ampliar para toda a equipe, envolver os conselhos de classe, outras categorias profissionais e seus respectivos conselhos; as sociedades médicas com suas diversas áreas como a própria pediatria, que já é um pouco envolvida, mas tem hoje pediatras que são contra a vacinação. Endocrinologia, a própria cardiologia, que são áreas que parecem não ver a vacinação como parte de sua rotina (E2).

Mas acho que temos outro problema muito forte, que é a credibilidade e a responsabilidade dos trabalhadores da saúde, um ponto fundamental. Os pediatras, as enfermeiras, os técnicos, se não acreditarem nas vacinas, obviamente não vão conseguir transmitir, comunicar porque é bom ou porque não deve ser bom. O pessoal com todo o acesso às redes sociais, à comunicação, que varia todos os dias, obviamente não vai ter essa oportunidade de acesso a vacinas que são muito seguras, que são vacinas de alta qualidade e são vacinas que protegem a nossa população (E3).



Com relação aos avanços identificados, destacam-se ações direcionadas aos sistemas de informação, investimentos financeiros e parcerias com outras áreas.

Para os municípios que implantarem a estratégia do microplanejamento para ações de vacinação de alta qualidade e cumprirem os critérios definidos, há incentivo financeiro federal, o que é um fator de estímulo para a adesão municipal, conforme explicam E1 e E2. O microplanejamento é resultado de articulação com a OPAS, que é a instituição responsável pela elaboração dessa estratégia, cuja característica principal é o enfoque no território municipal como ponto de partida para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de imunização (Brasil, 2023).

A gente viu que o microplanejamento ia ser uma boa estratégia e apostou. Foi uma aposta. A pactuação foi um pouco difícil, porque a gente veio com uma lógica também de financiar o município que aderisse ao microplanejamento. Então,



o próprio Conasems não gostou muito da ideia, houve muita crítica no começo. Mas a gente falou: “Hoje a gente está com uma aceitação melhor. Vocês vão fazer oficinas para o Brasil inteiro, depois a gente vai monitorar.” A gente percebeu que no começo — é muito da postura dos estados — duvidaram um pouco, achando que era mais um treinamento, que a gente viraria as costas e voltaria para Brasília. Só que não é bem assim. Estamos querendo ver o que vai acontecer e se tiver impacto na cobertura é motivo para acelerar, investir. Eu não tenho dado empírico ainda, mas todos os municípios têm dado um *feedback*: “Olha, foi bom, foi importante. As planilhas que vocês ofereceram, tiveram impacto.” Eu acho que o impacto é porque agora que a gente vai liberar os 40% do recurso — a gente aplicou um formulário (E1).

O microplanejamento começa, deve começar na unidade de saúde. Uma organização ascendente: começa na unidade, vai para a região do município, depois para o município, depois para o estado e para todo mundo. Discutindo, obviamente, com o MS, discutindo esse planejamento conjunto, porque vai desde a definição dos indicadores epidemiológicos, passando pela logística da solicitação de imunobiológicos, pela distribuição, até o monitoramento e a avaliação dessas ações que são implantadas no território para atingir as coberturas (E2).

Outro desafio é olhar para o local, para o município. A gestão de saúde pública se faz no município; a vacinação é feita no município. Então, temos que olhar mais para essa necessidade, essa particularidade e eu parableno o Brasil por ter aceitado e aderido à iniciativa de microplanejamento para ações de vacinação de alta qualidade no programa de rotina, porque é o mesmo que a gente faz, mas sistematizado (E3).

Outro avanço a ser destacado refere-se aos sistemas de informação, com o MS assumindo a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), por meio de investimento financeiro importante e da reorganização do fluxo de dados, conforme explicam E1 e E2.

Eu acho que o primeiro passo que a gente está dando já fez muita coisa com o sistema. Só o fato de ter forçado o MS a assumir a RNDS, para mim, já foi um grande avanço. A gente fez um movimento dentro do MS que fez a SAPS e o Datasus se esforçarem no sentido de fazer com que a coisa acontecesse, porque estava tudo parado, então saíram do lugar (E1).

[...] tem a RNDS ou está se trabalhando para que o dado vá direto para a RNDS, que não passe mais no PEC, no SISAB, e espere essa análise para depois ir para o PEC (E2).



Com relação aos trâmites administrativos que impactam no abastecimento regular de vacinas, o entrevistado E1 relata mudanças com vistas à redução do prazo nos processos contratuais.

A gente herdou do MS uns procedimentos de contrato muito morosos. Isso vai melhorar, eu acredito, a partir do ano que vem, quando tiverem os contratos plurianuais, ou seja, maiores e que durem mais tempo, sendo executados aos poucos. Então, o contrato plurianual vai permitir que se faça um planejamento para 3 anos, aí eu posso executar isso num prazo menor ou num prazo maior, mas pelo menos eu garanto o abastecimento (E1).

Por fim, destacam-se parcerias com outras áreas e setores que podem colaborar com as estratégias para reorganização e fortalecimento da imunização e das coberturas vacinais. O participante E2 cita parceiros internos e externos ao MS como outras secretarias e departamentos, bem como outros ministérios.

[...] tem técnicos da nossa equipe participando de um evento no Espírito Santo, trabalhando com os consultórios na rua. Com o Departamento de Prevenção e Promoção à Saúde, a gente começou a discutir algumas ações relacionadas à vacina HPV, porque é um departamento que trabalha com a prevenção do câncer de colo do útero. Tem com a população negra, aqui do nosso lado, e tem outras áreas também do MS, até da própria Atenção Especializada, que nós começamos a discutir ainda de uma forma muito inicial a vacinação em doenças raras. O tema foi levado para uma primeira discussão mas, infelizmente, ainda não avançou. E também com o Departamento de Gestão dos Ciclos da Vida, que trabalha os custos da vida, saúde da criança e saúde da mulher. Na primeira vez que estivemos presente, era a década do envelhecimento saudável. A gente tem uma discussão muito estreita com a OPAS sobre essas estratégias, então, a gente está fazendo várias interfaces dentro do Ministério. Além de estratégias que já são mais conhecidas, com o próprio Ministério da Educação, a gente vem também firmando outras parcerias: com o Ministério do Esporte, já fizemos alguns encontros com o Unicef, com o Ministério Público — alguns órgãos que a gente está procurando se aproximar, estreitar essas relações para avançar em curto e médio prazo. Fora as ações de rotina, que são mais pontuais, que a gente já desenvolve; o estado e o próprio município desenvolvem (E2).

Por se tratar de um nível de macrogestão (âmbito nacional), as dificuldades apresentam-se de forma complexa e com impactos específicos em cada área de atuação dos entrevistados. A interrelação entre os discursos se estabelece devido ao fato de abordarem temas estruturantes para o PNI, bem como denota um movimento de organização ou reorganização de uma área com grandes problemas e somatório de esforços em prol do objetivo de retomar os patamares elevados das coberturas vacinais.



4

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As entrevistas permitiram conhecer o contexto nacional da imunização na perspectiva dos gestores da área, evidenciando desafios, problemas e resultados alcançados e as propostas de intervenções. De maneira geral, o que pôde ser observado é que o PNI, apontado como um programa de sucesso e referência mundial, é dessa forma reconhecido pelos profissionais que nele atuam. Há de se considerar, no entanto, a complexidade do território brasileiro, com realidades socioeconômicas, culturais e demográficas distintas, o que talvez seja o maior desafio a ser enfrentado.

Nesse cenário de desigualdades regionais, chamam atenção no âmbito estadual algumas assimetrias em específico, entre as quais destacam-se: infraestrutura da rede de frio, questões relacionadas à logística de transporte e à distribuição de vacinas e dificuldades inerentes a recursos humanos. Na esfera federal, as dificuldades citadas pelos gestores foram: campanhas com resultados aquém dos esperados, baixa adesão à vacinação, trâmites administrativos e fatores externos ao MS que têm interferência no abastecimento de vacinas, inadequações na rede de frio, estratégias de comunicação com baixo impacto e necessidade de capacitação dos profissionais.

A necessidade de integração entre AB e imunização remete ao pouco entrosamento entre as áreas, sendo o PNI, desde sua criação, vinculado à área da vigilância e os profissionais da AB mais direcionados a outras temáticas mais tradicionais dentro da área. Essa demanda de integração entre as áreas fica mais evidente com a queda regular das coberturas vacinais e a união de esforços para retomada das coberturas vacinais preconizadas. Nesse contexto, todas as áreas e profissionais são mobilizados para a questão vacinal, mas a AB ganha destaque porque rotineiramente é o nível de atenção no qual se executam as ações de vacinação.

Os problemas relacionados ao registro das doses aplicadas parecem ser uma realidade em todo o país. No âmbito nacional, entre os gestores há o consenso de que o sistema de informação é um grande desafio a ser superado, sobretudo pela sua estreita relação com os processos de planejamento, monitoramento, avaliação e suprimento de imunobiológicos e seus insumos. Já no âmbito estadual, os gestores entrevistados apontam para os desafios de realizar o monitoramento de dados e informações, além de ressaltarem as dificuldades enfrentadas cotidianamente por seus municípios na atividade de registro.

Há também uma visão comum entre os participantes da pesquisa sobre o tema da hesitação vacinal. Ainda que cada estado aponte para causas distintas que levam a população ao atraso para tomar uma ou mais vacinas; grande parte considera que a recusa seja um fenômeno excepcional.

Sobre as estratégias de enfrentamento à queda das coberturas vacinais e ao atraso da população em se vacinar, diversas alternativas foram apontadas, supostamente atreladas às realidades locais.



Entre essas estratégias destacam-se a necessidade da AB realizar busca ativa, a ampliação do horário de funcionamento das salas de vacinas, o trabalho intersetorial, em especial junto às secretarias de educação, entre outras.

Quanto aos avanços para a área de imunização, o destaque é o microplanejamento para ações de vacinação de alta qualidade com incentivo financeiro federal, reestruturação e investimento financeiro para os sistemas de informação, reorganização de trâmites administrativos para maior rapidez nos processos contratuais de aquisição de vacinas, investimentos financeiros para a rede de frio e parcerias com outras áreas e instituições.

REFERÊNCIAS



BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BENCHIMOL, J. L. (Org.). **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada — RDC nº 197, de 26 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de vacinação humana. Disponível em: <https://sbim.org.br/legislacao/867-rdc-anvisa-n-197-26-de-dezembro-de-2017>.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccvil_03/leis/l9782.htm.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS. Brasília: Casa Civil, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm.

BRASIL. **Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022**. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Diário Oficial da União, seção 1, 21 jun. 2022. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/35981103>. Acesso em: 25 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacao.pdf. Acesso em: 25 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 844, de 14 de julho de 2023.** Dispõe sobre ações de multivacinação no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS para o exercício de 2023, incluindo a instituição de incentivo financeiro de custeio, excepcional e temporário, para esse fim. Diário Oficial da União, seção 1, 18 jul. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-844-de-14-de-julho-de-2023-497045598>. Acesso em: 26 fev. 2024.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ.** Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, Universidade Federal de Santa Catarina, 2021. 73 p.

EPSM – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde. **Projeto Diálogos Online:** relatório de pesquisa. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2012. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/>.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social.** 2. ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2016. 338 p.

GIRARDI, S. N. et al. **Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil:** relatório de pesquisa. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG, 2012.

GODOI, B. B. et al. (2018). Capacitação de agentes comunitários de saúde no município de Diamantina/MG. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 54-69, 2018.

MCNAUGHT, C.; LAM, P. Using wordle as a supplementary research tool. **The Qualitative Report**, Flórida, v. 15, n. 3, p. 630-643, 2010.

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. **Análise de discurso crítica.** 2. ed. São Paulo: Contexto, 2016.

SATO, A. P. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 96, p. 1-9, 2018.

