

MANUAL DE MICROPLANEJAMENTO PARA AS ATIVIDADES DE VACINAÇÃO DE ALTA QUALIDADE



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Secretaria de Saúde Indígena

MANUAL DE MICROPLANEJAMENTO PARA AS ATIVIDADES DE VACINAÇÃO DE ALTA QUALIDADE

Brasília DF 2023



2023 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsmms.saude.gov.br. Esta obra se encontra disponível na BVS no link:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_planejamento_atividades_vacinacao_altaqualidade_web.pdf

Tiragem: 1ª edição – 2023

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis
Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização
SRTVN, quadra 702, via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/svs
E-mail: pni@saude.gov.br

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família e Comunidade
Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade
Coordenação de Apoio à Imunização e Monitoramento
das Coberturas Vacinais na Atenção Primária
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Anexo
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: <https://aps.saude.gov.br/>
E-mail: cimvac.desco@saude.gov.br

Secretaria de Saúde Indígena
Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Gestão das Ações de Atenção
à Saúde Indígena
Coordenação de Vigilância em Saúde Indígena
SRTVN, quadra 702, via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Site: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>
E-mail: @saude.gov.br

Edição-geral:

Ethel Leonor Noia Maciel – SVSA/MS

Responsáveis pela coordenação dos trabalhos:

Ana Catarina de Melo Araújo – Cgici/DPNI/SVSA/MS
Eder Gatti Fernandes – DPNI/SVSA/MS

Elaboração 2023:

Organização Mundial da Saúde – Escritório Regional para
as Américas
Organização Pan-Americana da Saúde – Opas

Revisão e adaptação 2023:

Ana Catarina de Melo Araújo – Cgici/DPNI/SVSA/MS
Carla Conceição Ferraz – Cgici/DPNI/SVSA/MS
Débora Reis de Araújo – Cgici/DPNI/SVSA/MS
Iacinete Pamplona da Cruz – Cimvac/Cgesco/Desco/Saps
Josinéia Leite de Oliveira – CGGI/DPNI/SVSA/MS
Kelly Cristina Rodrigues de França – Cgici/DPNI/SVSA/MS
Luciana Maiara Diogo Nascimento – Cgici/DPNI/SVSA/MS
Maria de Lourdes Ribeiro – Cimvac/Cgesco/Desco/Saps
Patrícia Gonçalves Carvalho – Cgici/DPNI/SVSA/MS

Colaboração:

Adriana Regina Farias Pontes Lucena – Covisi/CGGAS/
Dapsi/Sesai/MS
Amanda de Sousa Rodrigues – Cgici/DPNI/SVSA/MS
Aline Kelen Versely Reis – CGVDI/DPNI/SVSA/MS
Bruna Battaglia de Medeiros – DPNI/SVSA/MS
Déborah Lacerda Brun Fabres – Covisi/CGGAS/Dapsi/
Sesai/MS
Diogo de Souza Loiola – CGGI/DPNI/SVSA/MS
Flavia Helena Maia Costa – Cimvac/Cgesco/Desco/Saps
Jacirene Gonçalves Lima Franco – Cimvac/Cgesco/
Desco/Saps
João Pedro Braga Félix – Cimvac/Cgesco/Desco/Saps
Layza Nogueira Dias dos Santos – Cimvac/Cgesco/
Desco/Saps
Martha Elizabeth Brasil da Nóbrega – CGFAM/DPNI/
SVSA/MS
Nármada Divina Fontenele Garcia – CGVDI/DPNI/SVSA/MS
Ricardo Gadelha de Abreu – Cimvac/Cgesco/Desco/Saps
Rosângela Maria Justo – Cimvac/Cgesco/Desco/Saps

Diagramação:

Editorial Nucom/SVSA

Revisão textual:

Tatiane Souza – Editora MS/CGDI

Normalização:

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Manual de microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Saúde Indígena. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

60 p. : il.

ISBN 978-65-5993-469-0

1. Programas de Imunização. 2. Imunização. 3. Planejamento em Saúde. I. Título

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2023/0306

Título para indexação:

Microplanning Manual for High Quality Vaccination Activities

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Matriz FOFA (SWOT)	16
Figura 2 – Estratégias a serem planejadas a partir da Matriz FOFA	17
Figura 3 – Etapas do microplanejamento	20
Figura 4 – Sipni	27
Figura 5 – Tabnet – Doses aplicadas	28
Figura 6 – Relatório doses aplicadas, 2018-2022	29
Figura 7 – Mapeamento e setorização	33
Figura 8 – Fluxo de vigilância das Coberturas Vacinais	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Responsabilidades no processo de MP dos níveis local, municipal, estadual e nacional	13
Quadro 2 – Exemplos de funções dos atores participantes no Comitê de Coordenação	14
Quadro 3 – Percentual de população a entrevistar por intervalo de população	42
Quadro 4 – Exemplo de indicadores segundo critérios de alta qualidade	44
Quadro 5 – Exemplos de indicadores do Programa Nacional de Imunizações que podem ser utilizados na avaliação de desempenho	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População-alvo de acordo com a concentração populacional e prioridade para ações de vacinação	24
Tabela 2 – Organizar dados na planilha e acumular doses	30
Tabela 3 – Inserir população e calcular cobertura vacinal (DOSES/POPULAÇÃO X 100)	30
Tabela 4 – Calcular não vacinados (DOSE – POPULAÇÃO)	30

LISTA DE SIGLAS

ACWY	Vacina meningocócica ACWY
APS	Atenção Primária à Saúde
Avaq	Atividade de vacinação de alta qualidade
Esavi	Eventos Adversos Supostamente Atribuíveis à Vacinação e Imunização
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MP	Microplanejamento
MRV	Monitoramento Rápido de Vacinação
MS	Ministério da Saúde do Brasil
ONG	Organização Não Governamental
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SCR	Sarampo, Caxumba e Rubéola
Sipni	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SRC	Síndrome da Rubéola Congênita
SUS	Sistema Único de Saúde
Tabnet	Aplicativo de Tabulação de Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
VIP	Vacina Inativada Poliomielite

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	9
1 ASPECTOS GERAIS	10
1.1 Microplanejamento	10
1.2 Atividades de Vacinação de Alta Qualidade	10
1.2.1 Componentes e critérios da Avaq	10
2 PREPARAÇÃO	13
2.1 Compromisso e Prioridade Política	14
2.2 Formação do Comitê de Coordenação	14
2.3 Análise matriz FOFA (SWOT), Lições Aprendidas e Boas práticas	16
2.4 Formação	18
3 MICROPLANEJAMENTO	19
3.1 Etapa 1 – Análise da Situação de Saúde	20
3.1.1 Organização dos dados	21
3.1.2 Classificação das localidades de acordo com a análise de risco de disseminação de doenças preveníveis por vacinação	22
3.1.3 Priorização de localidades de alta concentração de pessoas e populações vulneráveis, segundo população-alvo	23
3.1.4 Considerações para alcançar populações vulneráveis e de difícil acesso	25
3.1.5 Método de cálculo da coorte de não vacinados	27
3.1.6 Recursos humanos disponíveis	31
3.1.7 Levantamento dos líderes comunitários disponíveis para apoiar a Avaq de acordo com o tipo de liderança	32
3.1.8 Mapeamento, setorização e georreferenciamento	32
3.2. Etapa 2 – Planejamento e Programação	33
3.2.1 Definição de estratégias e ações de vacinação	34
3.2.2 Comunicação e mobilização social	36

3.2.3 Cálculo de necessidades de recursos humanos, materiais, vacinas, seringas, insumos e cadeia de frio	38
3.2.4 Análise do desempenho	39
3.3 Etapa 3 – Seguimento e Supervisão	39
3.3.1 Identificação de bolsões de não vacinados e Monitoramento Rápido de Vacinação (MRV)	41
3.4. Etapa 4 – Monitoramento e Avaliação	43
3.4.1 – Relatório Técnico: Monitoramento e Avaliação das Atividades e Indicadores de Vacinação	43
REFERÊNCIAS	49
BIBLIOGRAFIA	50
APÊNDICE – CONSTRUÇÃO DE MAPAS E TRAJETOS NO GOOGLE MAPS E GEORREFERENCIAMENTO	52
ANEXO	56

APRESENTAÇÃO

As atividades de vacinação de alta qualidade (Avaq) são executadas por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI) na Região das Américas, no programa de rotina e em campanhas de seguimento, intensificações e ações extramuros, e têm sido um sucesso há mais de 40 anos, sendo a principal responsável pela eliminação e controle de várias doenças preveníveis por vacinas, como varíola, poliomielite, rubéola, síndrome da rubéola congênita, sarampo e tétano neonatal.

No entanto, mesmo antes do início da pandemia de covid-19, o mundo já estava passando por um período de declínio nas coberturas vacinais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) informou que, em 2019, somente 85% das crianças do mundo receberam a vacina DTP3, deixando 19,7 milhões de crianças vulneráveis a difteria, tétano e coqueluche. Estimativas publicadas recentemente no relatório 2021 de cobertura nacional de imunização (WUENIC, na sigla em inglês) mostraram que a taxa de cobertura de DTP3 diminuiu ainda mais, chegando a 80%. Somente em 2021, havia 25 milhões de crianças que não compareceram para vacinação, 6 milhões a mais do que em 2019 e o número mais alto desde 2008. O Brasil e o México concentram 50% de todas as crianças que precisam ser vacinadas contra poliomielite.

Para enfrentar essa situação, a Unidade de Imunização Integral da Família da Opas propôs a resolução "Revigoração da imunização como um bem público para a saúde universal", aprovada pelo Comitê Regional da OMS para as Américas em setembro de 2021. O objetivo é deter o declínio da cobertura de DTP3 até dezembro de 2023 e aumentar as taxas de cobertura vacinal do programa regional de imunização.

Nesse contexto, o microplanejamento (MP) das atividades de vacinação tem garantido a alta qualidade destas atividades, seja no programa de rotina, seja em estratégias como campanhas, intensificações, varreduras, vacinação casa a casa, entre outras, partindo da aplicação de critérios e indicadores de eficácia, homogeneidade, oportunidade, simultaneidade e eficiência. O MP é um processo que vem sendo realizado por profissionais da imunização do nível local dos países da Região da Américas nas últimas duas décadas, no entanto, sem ser sistematizado ou documentado.

Mais recentemente, diante da necessidade de controlar e interromper surtos de sarampo na era pós-eliminação nos países como Brasil, Venezuela, Colômbia e México, a metodologia foi resgatada e reestabelecida. A partir daí, grandes campanhas em países como México e Honduras em 2016, Guatemala em 2019, México e Colômbia em 2021, República Dominicana e Nicarágua em 2022, realizaram campanhas de seguimento de alta qualidade com a aplicação da metodologia também no programa de rotina na Colômbia, no Equador e no Brasil, em 2023.

Há mais de uma década, exitosas iniciativas de MP realizadas pelos países, geradas a partir do nível local, vêm sendo documentadas, resultando em uma metodologia simples e de baixo custo que permite a identificação de lições aprendidas de experiências anteriores dos países das Américas. A partir daí, foi elaborado um manual e um caderno

de MP que guia, passo a passo, a partir do nível local, com base nas características da população-alvo e nas condições geográficas, sociais, culturais e demográficas da área de abrangência da UBS, Equipe Saúde da Família e suas salas de vacina, o planejamento, a execução, o monitoramento, a supervisão e a avaliação das Avaq. O método permite, ainda, a participação consciente dos governos locais, dos parceiros estratégicos e da comunidade em geral como protagonistas na busca pelo alcance das metas, de forma oportuna e garantindo a alta performance das equipes de vacinação, colaborando assim para a recuperação das coberturas vacinais nos países.

Coordenação Iniciativa de Imunização – Representação Brasil
Organização Pan-Americana da Saúde – Opas/OMS

INTRODUÇÃO

O microplanejamento (MP) parte do reconhecimento da realidade local, considerando as características sociodemográficas, econômicas, sociais e necessidades dos municípios e das suas menores divisões, como a área de abrangência de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS), fortalecendo a descentralização e a territorialização.

Ele deve ser desenvolvido por profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) nas diversas áreas relacionadas com as imunizações, como o Programa de Imunização, Vigilância Epidemiológica (VE), Atenção Primária à Saúde (APS) e Saúde Indígena.

O Ministério da Saúde será responsável pela organização e implementação da metodologia, que inclui a formação de facilitadores nos níveis nacional, estadual e municipal, em ondas de formação, promovendo as atividades no formato presencial ou semipresencial e o seguimento da implementação do processo de MP.

O processo de MP tem como objetivo as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (Avaq) para o resgate das altas coberturas vacinais dos programas de rotina e outras estratégias de vacinação, e, conseqüentemente, a erradicação, a eliminação e o controle de doenças imunopreveníveis. Destaca a importância das funções essenciais e gerenciais do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e reforça a utilização de ferramentas para sistematização, planejamento e execução das ações de vacinação.

O ***Manual de Microplanejamento (MP) para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (Avaq)*** é utilizado na formação de profissionais, com o ***Caderno de Microplanejamento***, que incluem as linhas gerais, teóricas e práticas para a implementação desta estratégia nos níveis local, municipal, estadual e nacional.

1 ASPECTOS GERAIS

1.1 MICROPLANEJAMENTO

O processo de MP é uma das etapas das Avaq que se desenvolve de forma ascendente (de baixo para cima nos níveis hierárquicos do sistema de saúde), iniciando no nível local e subindo até o nível 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 nos níveis 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%.

1.2 ATIVIDADES DE VACINAÇÃO DE ALTA QUALIDADE

1.2.1 Componentes e critérios da Avaq

Cada unidade da Federação e respectivos municípios, em suas diferentes realidades, deve monitorar o cumprimento dos critérios de alta qualidade, considerando os componentes das Avaq, que devem ser elaborados de acordo com a realidade local.

Propõe-se, no MP, os seguintes **componentes** em todos os níveis de gestão:

- Compromisso e prioridade política
- Orçamento
- Organização e gestão locais
- Logística e rede de frio
- Planejamento adequado e oportuno
- Definição de estratégias e ações de vacinação
- Comunicação e mobilização social
- Sistema de informação
- Vacinação segura
- Vigilância epidemiológica
- Formação
- Supervisão
- Monitoramento e avaliação

As Avaq atendem aos critérios de alta qualidade definidos na *Metodologia de Gestão Produtiva dos Serviços de Saúde* (MGPSS), da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que são **efetividade, homogeneidade, oportunidade e eficiência**. Constitui-se como uma estratégia para cumprimento de metas, determinando as necessidades e a disponibilidade de recursos para garantir o acesso da população à vacinação.

Para o cumprimento das Avasq dos programas de rotina e vacinação intramuros e extramuros, os critérios serão conceituados da seguinte forma:

A. Eficácia é um critério destinado a verificar a capacidade administrativa de alcançar as metas ou os resultados propostos, e se aplica às coisas ou pessoas que possam produzir o efeito ou prestar o serviço para o qual se destinam. Uma ação é eficaz quando se alcança ou faz o que se deve fazer, ou o grau em que as metas e os objetivos propostos são alcançados em um determinado período.

As Avasq serão eficazes quando se alcança cobertura $\geq 95\%$ nos níveis nacional, estadual e municipal no tempo estabelecido.

B. Homogeneidade é definida em relação às seguintes características ou atributos:

- É um adjetivo que indica que é relativo ao mesmo gênero, possuindo os mesmos caracteres.
- É constituída por elementos com características comuns referentes à sua classe ou natureza, o que permite constituir uma relação de igualdade e uniformidade entre eles.

As Avasq são homogêneas quando atingem cobertura $> 95\%$ uniforme em pelo menos 70% dos municípios.

C. Oportunidade é um marco coerente para planejamento e gestão estratégico baseado em função do tempo estabelecido para cumprir ações específicas de acordo com normas, etapas e planos de ação estabelecidos pelo país.

Aplicado à prestação de serviços de saúde, trata do cumprimento das ações específicas de acordo com normas, padrões e planos de ação no tempo estabelecido, e a possibilidade que o usuário tem de obter os serviços de saúde de que necessita, sem atrasos que coloquem sua vida ou saúde em risco. É um fundamento básico de qualidade.

SIMULTANEIDADE é a técnica de administração em que duas ou mais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação são realizadas ao mesmo tempo, em locais diferentes de aplicação, com o objetivo de oportunizar a vacinação e causar menos consequências para o indivíduo, a exemplo, a redução de dor. Ainda, na mesma visita à unidade e/ou em estratégias de vacinação extramuros, a simultaneidade garante maiores chances de vacinação e de ter mais pessoas imunizadas.

D. Eficiência é um critério de natureza qualitativa que revela a capacidade administrativa do país em produzir o máximo dos resultados, com o mínimo de recursos, energia e tempo, satisfazendo as demandas levantadas de acordo com o cumprimento das metas.

É um critério fundamental na prestação de serviços de saúde e, nesse sentido, é definido como a compreensão do esforço necessário para alcançar a saúde, considerando tanto os custos envolvidos quanto a avaliação dos benefícios proporcionados pelas atividades relacionadas. E essa percepção vai além de aspectos monetários, uma vez que nem sempre é possível mensurar tudo de forma financeira no contexto da saúde, a exemplo de outros enfoques:

- **Ações** (número de consultas de crescimento e desenvolvimento realizadas; população de 1 a 4 anos vacinadas com vacina SCR).
- **Efeitos** (conhecimento, atitudes, comportamento, mudanças nos hábitos de saúde).
- **Impacto** (indicadores de quantidade ou qualidade de saúde que se traduz em óbitos infantis evitados, número de casos de sarampo, rubéola e SRC evitados, expectativa de vida, entre outros).

De acordo com essa dimensão básica de qualidade na saúde, o usuário deve receber os cuidados de que precisa, quando necessita, ao menor custo possível e utilizando efetivamente os recursos disponíveis.

As Avaq são eficientes quando há orçamento operacional e mobilização de recursos, além do envolvimento de autoridades locais, aliados estratégicos e comunidade em geral.

Nesse sentido, para a consolidação das Avaq é imprescindível o desenvolvimento das seguintes fases: **preparação** e **microplanejamento**.

2 PREPARAÇÃO

Para início das Etapas do MP, é imprescindível a identificação de responsabilidades em cada nível de gestão (Quadro 1). Além disso, devem ser realizados a análise situacional, a identificação das lições aprendidas, a decisão política, a decisão técnica, o plano de gestão e recursos financeiros, a população-alvo, as estratégias, o orçamento e o inventário de insumos. Ainda, são produzidos materiais técnicos, tais como, manuais, planos e agendas estratégicas de trabalho.

QUADRO 1 – Responsabilidades no processo de MP dos níveis local, municipal, estadual e nacional

NÍVEL DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	RESPONSABILIDADES NO PROCESSO DE MP PARA AVAQ
Local/municipal	<ul style="list-style-type: none">■ Delimita, caracteriza e estima a população da área de abrangência da unidade de saúde.■ Realiza o diagnóstico e a análise situacional do território.■ Estabelece prioridades implementando o processo de microplanejamento de acordo com etapas com oportunidade e eficiência.■ Supervisiona e avalia as etapas do microplanejamento, identificando as ações de vacinação intra e extramuros, analisando e calculando os recursos e logística necessários.■ Acompanha o progresso diário e semanal do cumprimento das metas, identificando a população não vacinada e estabelecendo alianças estratégicas.■ Possui os recursos necessários para a realização de ações de vacinação.■ Executa e avalia ações de vacinação de acordo com as normas de vacinação seguras no contexto da prevenção de doenças imunopreveníveis.
Estadual	<ul style="list-style-type: none">■ Formação da equipe estadual de microplanejamento e vacinação de alta qualidade.■ Oferta a formação em microplanejamento para seus respectivos municípios.■ Facilita o fornecimento de recursos, vacinas, materiais e insumos.■ Apoia o processo de MP e a execução das ações de vacinação dos municípios.■ Consolida o processo de microplanejamento dos municípios e produz o Relatório Final do estado.
Nacional	<ul style="list-style-type: none">■ Estabelece as prioridades e linhas de ação.■ Define diretrizes, objetivos, metas.■ Oferta a formação de facilitadores nacionais em microplanejamento.■ Apoia as equipes de microplanejamento estaduais na formação das equipes municipais vinculadas à imunização (gestores e técnicos).

Fonte: Manual das Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (AVAQ) e processo de Microplanejamento (MP) do Programa de Rotina, vacinação de intensificação e campanhas (OPAS, 2023).

2.1 COMPROMISSO E PRIORIDADE POLÍTICA

O sucesso das Avaq baseia-se na garantia da inclusão do tema vacinação na agenda política do País, dos estados e dos municípios, com o compromisso de priorização desse tema no mais alto nível político.

A formação do Comitê de Coordenação das Avaq viabilizará articulação com outros setores do governo e atores importantes da comunidade, responsabilidade técnica e interlocução com profissionais que operacionalizam a vacinação.

2.2 FORMAÇÃO DO COMITÊ DE COORDENAÇÃO

O Comitê de Coordenação é responsável pelas negociações e mobilização de recursos, com atividades atribuídas desde a etapa de planejamento até a avaliação, de acordo com as competências de cada nível. No nível nacional, o processo é coordenado pelo Ministério da Saúde, orientando as funções de organização e gestão das principais atividades.

Inicialmente, deverão ser formados os Comitês de Coordenação estadual e municipal para o planejamento e a execução das ações. Nesses níveis, a respectiva Secretaria de Saúde será a coordenadora do Comitê.

Os Comitês devem formular, validar e acompanhar a agenda de trabalho anual, incluindo o microplanejamento, que deve considerar a execução orçamentária. Para tanto, faz-se necessária a realização de reuniões periódicas, com registro de todas as discussões e decisões em ata e compartilhamento com os participantes e gestores.

As atividades a serem desenvolvidas pelo Comitê de Coordenação são:

QUADRO 2 – Exemplos de funções dos atores participantes no Comitê de Coordenação

REPRESENTAÇÃO	FUNÇÃO	ATIVIDADES
Secretaria de Saúde	Técnico, execução e supervisão	<ul style="list-style-type: none">■ Coordenação da agenda de imunização.■ Definição de ações prioritárias.■ Identificação dos principais atores e parceiros estratégicos do governo, de organizações, de grupos ou líderes da sociedade civil, e outros que podem ter atuação importante para a execução da Avaq.■ Articulação para inclusão dos membros do Comitê de Coordenação.■ Elaboração de documentos técnicos.■ Formação de equipes de saúde, identificando as necessidades específicas de treinamento.■ Articulação logística para operacionalização das ações.■ Supervisão da implementação das Avaq: atividades de logística, formação, mobilização social, entre outras.■ Monitoramento e avaliação dos resultados preliminares e finais da Avaq por meio da coleta sistemática e análise de dados.

continua

conclusão

REPRESENTAÇÃO	FUNÇÃO	ATIVIDADES
Secretaria de Saúde (Referência Técnica de Esavi)	Vacinação segura e gestão de risco	<ul style="list-style-type: none"> Coordenação das atividades de gestão de risco e vigilância de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (Esavi). Preparação de material informativo de alta qualidade sobre a segurança das vacinas para o público e os profissionais de saúde. Elaboração de protocolo para investigação e seguimento de Esavi, de acordo com as normas preconizadas pelo MS. Designação de porta voz em caso de crise.
Secretaria de Saúde (setor financeiro) Secretaria de Fazenda	Financeiro	<ul style="list-style-type: none"> Provisão, alocação, disponibilização e acompanhamento de recursos financeiros de acordo com a agenda de trabalho anual.
Secretaria de Educação Secretaria de Saúde (Execução)	Apoio técnico	<p>Em âmbito escolar, apoiar com:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinação do período de execução das ações de vacinação, considerando o calendário acadêmico. Planejamento conjunto com o corpo docente para o agendamento das ações. Incorporação da pauta nas atividades de rotina de docentes e funcionários administrativos.
Secretaria de Assistência Social	Apoio técnico	<ul style="list-style-type: none"> Apoio à identificação e intervenção junto a grupos étnicos, migrantes e outras populações vulneráveis. Colaboração na construção de materiais informativos de acordo com linguagens e características específicas desses grupos. Articulação e integração para atender às diversas populações vulneráveis.
Secretaria de Saúde (setor responsável) Parcerias Líderes religiosos ou comunitários, Organização não Governamental (ONG)	Comunicação e mobilização social	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação com a comunidade, especialmente aquelas de difícil acesso, hesitas e de alto risco. Inclusão na agenda de trabalho anual das necessidades de criação, impressão e distribuição de materiais de comunicação. Coordenação de atividades de mobilização social, incluindo mapeamento social. Elaboração e emissão de mensagens claras e breves pelos meios de comunicação de massa. Formulação de campanha midiática.
<p>Obs.: os comitês devem ser constituídos conforme a realidade local, com a inclusão de outros atores e/ou temas. Cada comitê deverá indicar um porta-voz oficial para comunicação externa.</p>		

Fonte: Manual das Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (AVAQ) e processo de Microplanejamento (MP) do Programa de Rotina, vacinação de intensificação e campanhas (OPAS, 2023).

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 1 (F.1) apresenta a atividade para a conformação do Comitê de Coordenação, com indicação dos profissionais, cargos, responsabilidades e atividades.

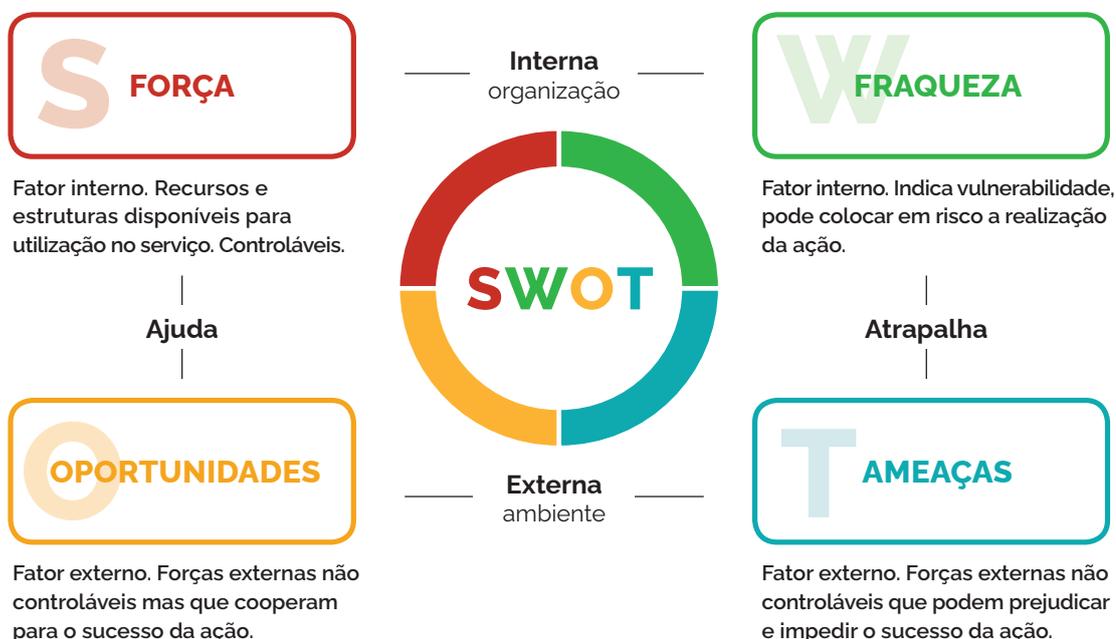
2.3 ANÁLISE MATRIZ FOFA (SWOT), LIÇÕES APRENDIDAS E BOAS PRÁTICAS

A análise de Força, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (matriz FOFA/matriz SWOT) consiste em realizar uma avaliação interna e externa. Deve ser realizada em todas as fases das Avaq, no entanto, aplicar a metodologia FOFA no início do planejamento, considerando o diagnóstico no momento da atividade e no resultado das ações anteriores, é valioso, pois permitirá identificar pontos críticos a corrigir e pontos fortes para a implementação de boas práticas.

No microplanejamento, é uma ferramenta simples que permite obter uma visão geral da situação estratégica das ações de vacinação.

A análise FOFA (Figura 1) estima o fato de que uma estratégia deve encontrar um equilíbrio ou ajuste entre a capacidade interna do programa (fortalezas ou fraquezas) e sua situação externa (oportunidades e ameaças).

FIGURA 1 – Matriz FOFA (SWOT)



Fonte: adaptado de Manual das Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (AVAQ) e processo de Microplanejamento (MP) do Programa de Rotina, vacinação de intensificação e campanhas (OPAS, 2023).

A. Força (Fator Interno): uma ou várias ações que são realizadas de forma exitosa ou um conjunto de habilidades, competências e atitudes dos profissionais de saúde que atuam na vacinação. Recursos e estruturas que geram vantagem para o alcance de objetivos ou metas.

► **Exemplo:** existe na minha equipe uma cultura de monitoramento e avaliação que permite o acompanhamento das crianças vacinadas de acordo com o local de residência.

B. Oportunidades (Fator Externo): constituem essas forças externas não controláveis pelo programa, mas que representam elementos potenciais de crescimento ou melhoria. As oportunidades permitem, de alguma forma, determinar as estratégias de abordagem de acordo com as características da população, permitindo alcançar as metas e as conquistas dos objetivos.

► **Exemplo:** presença de escolas que formam profissionais que participam do processo de vacinação.

C. Fraquezas (Fator Interno): é definido como um fator considerado vulnerável em termos de organização do programa ou como atividade mal executada, colocando a vacinação em uma situação considerada fraca.

▶ **Exemplo:** incapacidade da rede de frio para armazenamento e logística para garantir a qualidade das vacinas.

D. Ameaças (Fator Externo): representam aspectos externos negativos, geralmente não controláveis pelo programa, tornando-se potenciais problemas que influenciam o alcance de metas e objetivos.

▶ **Exemplo:** movimentos antivacinas; questões climáticas e geográficas que dificultam acesso às áreas rurais.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 2 (F.2) apresenta a atividade para o levantamento das forças, oportunidades, fraquezas e ameaças.

As lições aprendidas e boas práticas são identificadas considerando os aspectos levantados, e, assim, deve-se planejar estratégias ofensivas, defensivas, de reorientação e/ou de mitigação, a fim de potencializar o alcance de resultados.

FIGURA 2 – Estratégias a serem planejadas a partir da Matriz FOFA

Fatores externos Fatores internos	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
FORÇA	<p>ESTRATÉGIA OFENSIVA</p> <p>As estratégias ofensivas procuram aproveitar ao máximo uma oportunidade usando uma força. Assim, vamos combinar Forças com Oportunidades.</p>	<p>ESTRATÉGIA DEFENSIVA</p> <p>As estratégias defensivas visam nos proteger de possíveis ameaças usando nossos pontos fortes. Para encontrar estratégias defensivas, combinaremos ameaças com forças.</p>
FRAQUEZAS	<p>ESTRATÉGIA REORIENTADA</p> <p>As estratégias de reorientação visam corrigir alguma fraqueza ou falta aproveitando uma oportunidade. Ou seja, vamos combinar Fraquezas e Oportunidades.</p>	<p>ESTRATÉGIA DE SOBREVIVÊNCIA OU MITIGAÇÃO</p> <p>As estratégias de sobrevivência/mitigação visam suportar os possíveis efeitos adversos das ameaças para minimizar os danos.</p>

Fonte: adaptado de Manual das Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (AVAQ) e processo de Microplanejamento (MP) do Programa de Rotina, vacinação de intensificação e campanhas (OPAS, 2023).

2.4 FORMAÇÃO

Cada ação é uma atividade única, dessa forma, sempre deverá ser avaliada a necessidade de atualização dos trabalhadores quanto às informações sobre situação epidemiológica, doenças, vacinas e esquemas, lições aprendidas em ações anteriores e boas práticas de vacinação. Nesse sentido, a agenda de trabalho anual deve considerar a previsão de realização de capacitações, em conformidade com a realidade local.

O planejamento dessas formações/atualizações deve conter os objetivos, conteúdos prioritários, plano de formação, público-alvo, metodologia de ensino e aprendizagem que considere a andragogia (educação de adultos), o orçamento dos ciclos de treinamento e os materiais didáticos que serão utilizados.

Pontos importantes a serem considerados:

- Utilizar como bibliografia para as capacitações as diretrizes, os manuais, os materiais didáticos e os vídeos que sejam recomendados pelo Ministério da Saúde.
- Buscar incorporar aspectos práticos das atividades de vacinação para melhor compreensão do conteúdo transmitido.
- Preparar os materiais pelo menos três meses antes das ações específicas. Com isso, é possível imprimi-los e distribuí-los em tempo hábil.
- Buscar a incorporação de parceiros como ONGs locais, comunidade acadêmica e sociedades científicas, como aliados estratégicos do processo.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 3 (F3) apresenta a atividade para o planejamento das formações.

Levantamento de instituições de formação de recursos humanos em saúde

Identificar as instituições que formam recursos humanos em saúde, ou em outra área, que fornecerão recursos humanos adicionais, identificando o nome da instituição e o contato do responsável, cargo e o número de telefone, bem como o número de recursos humanos disponíveis (vacinador, registrador etc.) de acordo com o tipo de atividade e o tempo que apoiarão. Essa etapa só se aplica àqueles municípios que possuem esse tipo de instituição.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 3.1 (F3.1) apresenta a proposta de identificação das instituições de formação e treinamento de RH em saúde.

3 MICROPLANEJAMENTO

O MP é um método de trabalho que permite desenvolver, de forma ordenada e sistemática, a programação, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação das estratégias de vacinação no território. Permite ainda validar as informações e os resultados obtidos no campo, com uma abordagem de aplicação de baixo para cima, iniciando-se no município, para alcançar a meta de cobertura vacinal.

O MP envolve o desenvolvimento de um roteiro detalhado para implementar a vacinação na área de influência de uma unidade ou estabelecimento de saúde. Inclui os componentes necessários à gestão dos recursos humanos; vacinas e logística; geração de demanda e comunicações; prestação de serviços e participação da comunidade.

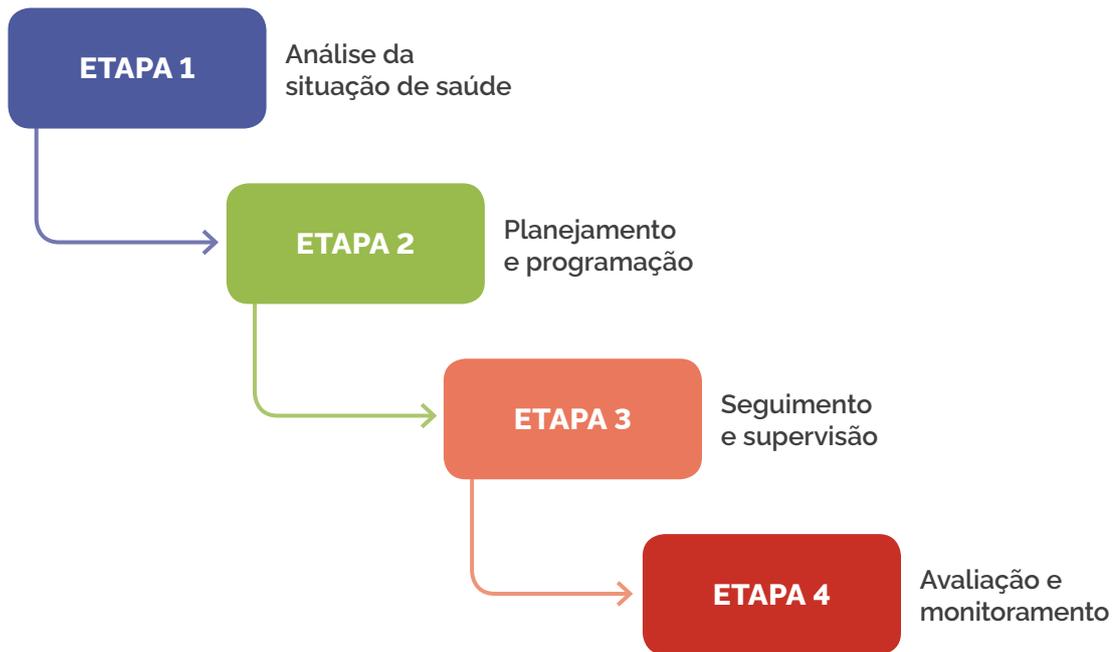
Um MP não é apenas uma coleção de planilhas e orçamentos. Em vez disso, prevê as necessidades e os custos com recursos humanos, insumos e logística, bem como considera as características geográficas, demográficas e socioculturais da população residente e população-alvo.

O processo de MP deve considerar os seguintes aspectos:

- Objetivos e metas segundo a população-alvo definida na estratégia de vacinação (**PARA QUE FAREMOS?**)
- Atividades críticas segundo componentes-chave (**O QUE FAREMOS?**)
- Estratégias e ações de vacinação (**COMO FAZEMOS?**)
- Localidades, utilizando as ações de vacinação segundo as características da população (**ONDE FAREMOS?**)
- Responsabilidades segundo níveis nacional, estadual, municipal, local (**QUEM FARÁ?**)
- Tempo necessário, segundo etapas e produtos (**QUANDO FAREMOS?**)
- Tipo de recursos, financeiros, humanos e materiais (**COM O QUE FAREMOS?**)
- Avanços e alcances segundo a população-alvo, objetivos e alcance de indicadores (**QUAIS FORAM OS RESULTADOS?**)

Para tanto, o MP é implementado em 4 Etapas, conforme Figura 3.

FIGURA 3 – Etapas do microplanejamento



Fonte: Ministério da Saúde/Elaboração própria.

3.1 ETAPA 1 – ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

A análise da situação de saúde permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os agravos e os problemas de saúde, assim como seus determinantes. No microplanejamento, a análise da situação deve ser resultado da coleta e organização dos dados referentes às características geográficas, socioeconômicas e demográficas locais, bem como referentes ao serviço, à população-alvo, à capacidade instalada de recursos humanos, materiais, equipamentos e logística, relacionadas às atividades de vacinação.

Do que precisamos?

- Diretrizes das atividades de vacinação.
- Informações sobre as características geográficas, demográficas, socioeconômicas das populações dos municípios, por unidade de saúde (se disponível).
- Informações demográficas da população-alvo (se possível, segundo fontes oficiais).
- Cobertura vacinal, quantitativo e proporção de não vacinados.
- Indicadores de saúde e informações da Vigilância Epidemiológica relacionada às doenças imunopreveníveis.
- Inventário da capacidade instalada, infraestrutura, rede de frio e logística.
- Lista de recursos humanos que atuam com a imunização (direta e indiretamente) disponíveis.
- Resultados das atividades anteriores de vacinação, de supervisões e outras.

O que devemos fazer?

- Coletar, organizar e atualizar a informação para análise de saúde.
- Elaborar e/ou atualizar mapas e gráficos por município, regiões de saúde e unidade de saúde.

Quais são os produtos?

- Análise das características geográficas, socioeconômicas e demográficas, revisão de coberturas vacinais, população suscetível e qualidade do serviço de vacinação.
- População-alvo estimada e validada.
- Priorização de locais de risco.
- Mapas e/ou croquis setorizados.
- Coberturas homogêneas e dados de qualidade.

Para tanto, as seguintes informações devem estar disponíveis:

- População-alvo, por área de abrangência da UBS ou US, considerando a proporção de população em zonas urbanas e rurais, grupos desassistidos, de difícil acesso, de alto risco e população migrante, outros.
- Mapas e/ou croquis de cada um dos bairros, população em zonas de difícil acesso e grupos em áreas de risco social, indicando os limites, características geográficas de concentração populacional (escolas, mercados, igrejas etc.).
- Tipos de transporte: necessário e disponível.
- Número de vacinadores, disponíveis e necessários, por município e unidades de saúde.
- Lista dos recursos humanos disponíveis (profissionais da localidade, voluntários etc.), segundo local.
- Lista de lugares com alta concentração populacional (centro de educação, mercados, terminais de transporte etc.).
- Inventário da rede de frio descrevendo os refrigeradores em bom estado, caixas térmicas, gelo reciclável (gelox) e termômetros.
- Lista de materiais técnicos: Instrução Normativa, Calendário Nacional de Vacinação, Informes e Notas Técnicas, Manual e caderno de microplanejamento.

3.1.1 Organização dos dados

A organização de dados é a etapa fundamental para que a análise da situação e das coberturas vacinais seja realizada. Diariamente uma grande quantidade de dados é gerada por meio das atividades de vacinação de rotina e durante a realização de outras estratégias de vacinação. O volume de dados precisa ser inserido nos sistemas de informações oficiais e, após a inserção e acesso às bases, é necessário organizar, realizar a limpeza, checar inconsistências, duplicidades e completitude, entre outras atividades.

A utilização dos sistemas de informações, no âmbito do PNI, prevê o envio de dados fidedignos de todas as salas de vacinas com entrada de registros de vacinação de maneira informatizada, automatizada e de qualidade.

Para registro das informações, existem os sistemas oficiais e próprios que geram bancos de dados organizados que permitem análise de informações específicas. Ainda, é possível ter dados de outras fontes em planilhas para gerar informações de interesse da equipe de imunização.

É preciso que os dados estejam estruturados para permitirem que sejam atualizados, modificados, adicionados e acessados sempre que necessário, garantindo a granularidade das informações.

3.1.2 Classificação das localidades de acordo com a análise de risco de disseminação de doenças preveníveis por vacinação

A Ferramenta de Avaliação de Risco para doenças preveníveis por vacinação identifica áreas estratégicas que não cumprem metas programáticas, a fim de implementar ações corretivas e manter a eliminação e o controle dessas doenças. Especificamente, o uso da ferramenta visa:

1. Avaliar o risco de disseminação de doenças em erradicação, eliminação e controle.
2. Identificar territórios em risco para priorização e realização de medidas oportunas e de prevenção, de imunização e vigilância.
3. Validar dados de vigilância e imunização coletados rotineiramente.
4. Fortalecer as capacidades locais no uso e análise de dados de vigilância e de imunização.

A equipe técnica local deve identificar os territórios com risco de (re)introdução, circulação de doenças preveníveis por vacinação, de acordo com a classificação de risco. Nesses locais, é primordial buscar estratégias para garantia do alcance das coberturas preconizadas pelo PNI, bem como para intensificação e campanhas, além de orientar o uso do Monitoramento Rápido Vacinal (MRV), a fim de prevenir surtos dessas doenças.

Para a análise de risco, a ferramenta considera diversas variáveis e pontuações, segundo cenário epidemiológico, conforme apresentado no Caderno de Microplanejamento.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 4 (F4) apresenta a Ferramenta de avaliação de risco.

3.1.3 Priorização de localidades de alta concentração de pessoas e populações vulneráveis, segundo população-alvo

Uma análise bem importante é realizada no sentido de conhecer todos os locais com potencial para vacinação dentro da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), por apresentarem grande concentração de pessoas. Portanto, é fundamental listar os locais que compõem a área de abrangência de acordo com a população-alvo estabelecida, e assim:

- Ordenar os locais, por área de abrangência, da maior para a menor concentração populacional.
- Verificar se as informações a população-alvo estão disponíveis por UBS, sendo a própria unidade de saúde a fonte da informação, considerando o cadastramento de famílias e usuários (recenseamentos locais, coorte de não vacinados, registro de nascidos vivos, entre outros).
- Estabelecer se há diferenças entre a população-alvo por coorte de não vacinados e outras fontes gerenciadas pelo nível local.
- Determinar a diferença percentual entre a população-alvo e dados de outras fontes, verificando-se a diferença é inferior a 10%.
 - caso seja maior a diferença, deve-se trabalhar com a população maior.
- Definir a proporção que cada local representa da população-alvo, o que permitirá determinar em que regiões, bairros, localidades e UBS se concentra 80% da população-alvo, procedendo à priorização para a intervenção ordenada.
- Alocar recursos e orientar estratégias e ações de vacinação para alcance da meta de vacinação de rotina.
- Alocar recursos e orientar estratégias e ações de vacinação para alcance das metas semanais para ações de intensificação, campanhas de multivacinação e seguimento.

Locais que concentram entre 70% e 80% da população-alvo deverão ter **prioridade 1**.

Locais que concentram entre 10% e 15% da população-alvo deverão ter **prioridade 2**.

Locais que concentram até 5% da população-alvo deverão ter **prioridade 3**.

As ações para as localidades segundo priorização são:

Prioridade 1 São as regiões, bairros, localidades e UBS que **concentram entre 70% e 80% da população-alvo** e devem ser priorizadas na programação, considerando estratégias adequadas de vacinação intramuros e extramuros.

Prioridade 2 São as regiões, bairros, localidades e UBS que **concentram entre 10% e 15% da população-alvo** e devem ser trabalhadas com estratégias extramuros após finalizar as áreas da prioridade 1.

Prioridade 3 São as regiões, bairros, localidades e UBS que **concentram até 5% da população-alvo** e devem ser trabalhadas com estratégias extramuros após finalizar as áreas da prioridade 2. Na Figura 3, encontra-se exemplo de priorização.

TABELA 1 – População-alvo de acordo com a concentração populacional e prioridade para ações de vacinação

LOCAL <i>Região, área, município, estado</i>	POPULAÇÃO-ALVO DE AVAQ PARA INTENSIFICAÇÃO DE FEBRE AMARELA <i>1 a 49 anos, vacina e 2022 e 2023</i>	POPULAÇÃO-ALVO DE AVAQ PARA INTENSIFICAÇÃO DE FEBRE AMARELA <i>(1 a 49 anos, vacina e 2022 e 2023) por outra fonte (censos locais, coortes vacinadas, e outros) seleione a mais alta das fontes</i>	DIFERENÇAS ENTRE A POPULAÇÃO- ALVO E OUTRAS FONTES	% DE DIFERENÇA ENTRE A POPULAÇÃO-ALVO E OUTRAS FONTES = (C/B * 100) <i>Definir vacina</i>	% APORTE POPULACIONAL = (C/ total (100))	PRIORIDADE <i>1,2 ou 3 de acordo com a concentração populacional</i>
Paraiso	976.929	977.256	327	0,03	25,73	PRIORIDADE 1 81,4% da população-alvo
Trindade	757.351	752.635	-4.716	-0,62	19,95	
Laranjeira	353.027	354.002	975	0,28	9,30	
Coqueiral	303.267	303.256	-11	0,00	7,99	
Rio Verde	213.138	213.012	-126	-0,06	5,61	
Santa Rosa	208.932	207.989	-943	-0,45	5,50	
Limoeiro do Sul	208.190	208.235	45	0,02	5,48	
Grairu	193.890	192.235	-1.655	-0,85	5,11	
Lima	189.988	189.365	-623	-0,33	5,00	
Varjota	165.516	166.256	740	0,45	4,36	
Moinhos	162.419	160.325	-2.094	-1,29	4,28	PRIORIDADE 2 13,1% da população-alvo
Aracoti	16.722	16.233	-489	-2,92	0,44	
Alameda	14.236	14.122	-114	-0,80	0,37	PRIORIDADE 3 5,6% da população-alvo
Pinhão do Norte	12.980	12.980	0	0,00	0,34	
Potosi	8.568	8.568	0	0,00	0,23	
Santa Marta	5.698	5.258	-440	-7,72	0,15	
Barroquinha	3.612	3.568	-44	-1,22	0,10	
Barreiras	2.365	2.369	4	0,17	0,06	
Total	3.796.828	3.787.664	-9.164	-0,24	100,00	

Fonte: Manual das Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (AVAQ) e processo de Microplanejamento (MP) do Programa de Rotina, vacinação de intensificação e campanhas (OPAS, 2023).

No processo de priorização das localidades que compõem a área de abrangência da UBS, devem considerar aspectos fundamentais, como:

Localidades de risco para importação e disseminação de doenças imunopreveníveis, identificação de problemas nos denominadores por superestimativa ou subestimativa na população-alvo e/ou no numerador, bem como a definição de estratégias e ações de vacinação de acordo com as características da população e, por fim, mapeamento das localidades e áreas intervencionadas.

Nesse sentido, de acordo com a priorização por área de abrangência das UBS, é preciso realizar a ordenação das localidades por população-alvo e por idades simples.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 5 (F5) apresenta a população-alvo de acordo com a concentração populacional e prioridade para estratégias de vacinação segundo localidade, idade simples e faixa etária.

3.1.4 Considerações para alcançar populações vulneráveis e de difícil acesso

Para vacinar a população de difícil acesso e os grupos vulneráveis, que devido a diversos fatores geográficos, econômicos, sociais e culturais não acessam serviços de vacinação de rotina, considerar os seguintes aspectos:

- Avaliações da oferta e demanda dos serviços de vacinação do programa de rotina nos municípios, estabelecimentos de saúde e localidades.
- Identificação da população não atendida (vulnerável), de difícil acesso e grupo de risco.
- Características da população e localidades mais afetadas pela desigualdade.
- Descrição das barreiras (culturais, educacionais, políticas, religiosas, logísticas, entre outras) que impedem o acesso aos serviços de vacinação.
- Mapeamento de grupos isolados não vacinados de acordo com as localidades do município.
- Identificação das estratégias e ações de vacinação para abordar a população vulnerável, de difícil acesso e de risco.
- Estratégia de comunicação, mobilização social e participação da comunidade.

Exemplos de grupos considerados como populações vulneráveis, de difícil acesso e em risco:

População migrante:

A migração acelerada de um país para outro, em busca da melhoria da qualidade de vida ou da migração interna da população rural não vacinada para áreas urbanas de alta concentração (capitais e grandes cidades), representa um risco na epidemiologia das doenças preveníveis por vacinas, de modo que devem ser considerados os seguintes aspectos:

- Realizar a intensificação da vacinação casa a casa.
- Coordenar ações com líderes comunitários, religiosos, educacionais e de outras organizações, para mobilização social e conscientização da população-alvo a ser vacinada.
- Disseminar a informação da importância da vacinação.

População que reside em áreas difícil acesso:

Durante a atividade de vacinação em áreas de difícil acesso geográfico, a exemplo nos períodos de chuva, requer uma abordagem precoce, para a qual devem ser realizadas ações de microplanejamento, dispor de orçamento adicional, equipes de vacinação treinadas para viagens prolongadas e em condições extremas (clima, terreno, outros).

Lembre-se:

- Planejar com antecedência e em tempo hábil.
- Equipes proativas de vacinação, treinadas para trabalhar em condições difíceis.
- Integração dos serviços de APS e vigilância.
- Incorporação comunidade previamente treinados para atividades de vacinação.

Vacinação em áreas de conflito civil ou de alta insegurança:

Alcançar cobertura vacinal adequada é um desafio em regiões e localidades com conflitos civis ou alta insegurança cidadã, considerar:

- Articulação com autoridades e lideranças locais para coordenação das ações de vacinação, desde a organização, o planejamento, a execução e a avaliação da vacinação.
- Formular o plano de intervenção conjunta com os líderes, em todas as etapas da vacinação, de acordo com as normas nacionais.
- Estabelecer, com as autoridades e os líderes locais, que a execução das ações de vacinação deve ser realizada por equipes locais, treinadas com as ferramentas necessárias para a execução e a supervisão.

Profissionais de saúde:

Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado direto da população correm maior risco de contrair infecções e transmitir doenças. A vacinação dos profissionais de saúde deve fazer parte do planejamento da ação e ser realizada previamente à vacinação da população-alvo.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 6 (F6) apresenta a identificação de populações vulneráveis.

3.1.5 Método de cálculo da coorte de não vacinados

A identificação da população não vacinada faz parte das etapas do microplanejamento, a qual auxiliará na avaliação do cenário do território, sendo possível priorizar localidades segundo risco e população-alvo.

Destaca-se que esse método pode ser reproduzido para algumas vacinas, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação. Ainda, para cálculo da coorte, utiliza-se os dados sobre doses aplicadas do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (Sipni) e de população disponibilizadas no Tabnet BD.

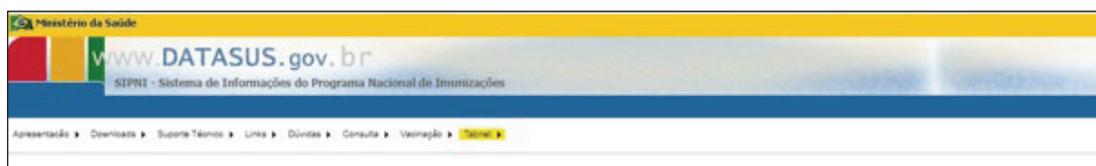
A exemplo, apresenta-se o cálculo da Cobertura Vacinal acumulada para as coortes das crianças menores de 5 anos de idade com a vacina inativada poliomielite (VIP):

O seguimento da coortes da população menor que 5 anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias) com a VIP considera a soma de todas as doses aplicadas das crianças menores de 5 anos, segundo ano e faixa etária.

Nesse sentido, considera-se os passos a seguir:

1. Acessar o sítio eletrônico do Sipni (<http://sipni-gestao.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf>) (Figura 4) e selecionar o filtro Tabnet "Doses Aplicadas"

FIGURA 4 – Sipni



Fonte: SIPNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (BRASIL, [20-?]).

Será direcionado para o Tabnet para consulta de doses aplicadas (Figura 5).

FIGURA 5 – Tabnet – Doses aplicadas

IMUNIZAÇÕES - DOSES APLICADAS - BRASIL

Linha: Dose (Ano/mês), Coluna: Dose (Ano/mês), Medidas: Doses_aplicadas

PERÍODOS DISPONÍVEIS: 2018 - 2022

SELEÇÕES DISPONÍVEIS:

- Região
- Unidade da Federação
- Município
- Capital
- Região de Saúde (RSB)
- Macrorregião de Saúde
- Microrregião (BGE)
- Região Metropolitana - RME
- Território da Cidadania
- Mesorregião PHDR
- Amazônia Legal
- Semiárido
- Faixa de Fronteira
- Zona de Fronteira
- Município de extrema pobreza
- Imunobiológicos
- Dose
- Ano/mês
- Faixa_Etária

Gráficos: Nenhum (selecionado), Linhas, Área, Colunas, Dispersão, Barras, Diário, Setores

Mostra Limpa

Fonte: Tabnet. (BRASIL, [20-?]).

No Tabnet, selecionar os filtros conforme imunobiológico avaliado.

Exemplo:

- No campo "Linha": Ano.
- No campo "Coluna": Faixa Etária.
- Período: 2018 a 2022.

Em "seleções disponíveis", selecionar os campos de acordo com esfera avaliada:

- Unidade da Federação: Pará.
- Município: Conceição do Araguaia.
- Imunobiológicos: Poliomielite Inativada (VIP).
- Doses: 3ª Dose.
- Clicar em "Mostra".

Será direcionado para o relatório de doses aplicadas, conforme seleção (Figura 6).
Após isso, baixe o arquivo Excel.

FIGURA 6 – Relatório doses aplicadas, 2018-2022

Imunizações – Doses aplicadas – Brasil							
Doses_aplicadas por Faixa_Etária segundo Ano							
Unidade da Federação: Pará							
Município: 150270 CONCEIÇÃO DO ARAGUAIA							
Imunobiológicos: Poliomielite inativada (VIP)							
Dose: 3ª dose							
Ano: 2018-2022							
Ano	< 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	7 anos e mais	Total
Total	2.519	196	33	16	10	1	2.775
2018	496	34	4	3	1	-	538
2019	353	20	3	1	-	-	377
2020	526	45	5	3	2	1	582
2021	553	31	7	-	-	-	591
2022	591	66	14	9	7	-	687

[COPIA PARA EXCEL](#) [SALVA COMO CSV](#) [COPIA PARA TABWIN](#)

Fonte: Tabnet. (BRASIL, [20-?]a).

A partir disso, no Excel, acumule (some) as doses aplicadas seguindo o esquema a seguir:

- (i) Crianças vacinadas com idade **menor que 1 ano** = aquelas que foram vacinadas com idade **menor que 1 ano** em 2022.
- (ii) Crianças vacinadas com 1 ano = aquelas que foram vacinadas com **1 ano** em 2022 + aquelas que foram vacinadas com idade **menor que 1 ano** em 2021.
- (iii) Crianças vacinadas com 2 anos = aquelas que foram vacinas com **2 anos** em 2022 + aquelas que foram vacinadas com **1 ano** em 2021 + aquelas que foram vacinadas com idade **menor que 1 ano** em 2020.
- (iv) Crianças vacinadas com 3 anos = aquelas que foram vacinadas com **3 anos** em 2022 + aquelas que foram vacinas com **2 anos** em 2021 + aquelas que foram vacinadas com **1 ano** em 2020 + aquelas que foram vacinadas com idade **menor que 1 ano** em 2019.
- (v) Crianças vacinadas com 4 anos = aquelas que foram vacinadas com **4 anos** em 2022 + aquelas que foram vacinadas com **3 anos** em 2021 + aquelas que foram vacinas com **2 anos** em 2020 + aquelas que foram vacinadas com **1 ano** em 2019 + aquelas que foram vacinadas com idade **menor que 1 ano** em 2018 (Tabela 1).

Com base no acumulado de doses e população de cada faixa etária avaliada, calcule os indicadores de vacinação, conforme indicado no *Guia de Vigilância em Saúde*, 5ª edição, 2021, Capítulo 1 (pág. 25) (https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view).

A seguir, apresenta-se ilustração para cálculo das doses acumuladas, cobertura vacinal (Tabela 2) e não vacinados (Tabela 3) das Coortes da população menor que 5 anos de idade, com a VIP. Conceição do Araguaia (Pará), 2022.

TABELA 2 – Organizar dados na planilha e acumular doses

Ano	Menor de 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	< 5 anos
2018	496	34	4	3	1	
2019	353	20	3	1	0	
2020	526	45	5	3	2	
2021	553	31	7	0	0	
2022	592	66	14	9	7	
Inserir população						
Doses acumuladas	592	619	571	414	528	2.733
População*						
Cobertura Vacinal						
Não Vacinados						

Fonte: Ministério da Saúde/Elaboração Própria.

TABELA 3 – Inserir população e calcular cobertura vacinal (DOSES/POPULAÇÃO X 100)

Ano	Menor de 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	< 5 anos
2018	496	34	4	3	1	
2019	353	20	3	1	0	
2020	526	45	5	3	2	
2021	553	31	7	0	0	
2022	592	66	14	9	7	
Calcular cobertura vacinal (DOSES/POPULAÇÃO X 100)						
Doses acumuladas	592	619	571	414	528	2.733
População*	713	713	703	711	699	3.548
Cobertura Vacinal	83,0	86,8	81,2	58,2	75,5	77,0
Não Vacinados						

Fonte: Ministério da Saúde/Elaboração Própria.

TABELA 4 – Calcular não vacinados (DOSE – POPULAÇÃO)

Ano	Menor de 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	< 5 anos
2018	496	34	4	3	1	
2019	353	20	3	1	0	
2020	526	45	5	3	2	
2021	553	31	7	0	0	
2022	592	66	14	9	7	
Calcular Não vacinados (POPULAÇÃO - DOSES)						
Doses acumuladas	592	619	571	414	528	2.733
População*	713	713	703	711	699	3.548
Cobertura Vacinal	83,0	86,8	81,2	58,2	75,5	77,0
Não Vacinados	121	94	132	297	171	815

Fonte: Ministério da Saúde/Elaboração Própria.

Fonte das Informações

Doses aplicadas:

Sipni (<http://sipni-gestao.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf>).

Censo populacional:

Sinasc População <1 ano e 1 ano de idade (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>).

Estimativas preliminares elaboradas pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?lbge/cnv/popsvsbr.def>).

*Para a população <1 ano e 1 ano de idade, considerou-se o Sinasc 2020. A partir de 2 anos, considera-se as estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 7 (F7) os dados para as coortes de não vacinados da população menor de 5 anos de idade, com a vacina poliomielite (VIP), segundo município. Conceição do Araguaia (Pará), 2022.

O formulário 7.1 (F7.1) apresenta a atividade de identificação da população não vacinada.

Destaca-se que os dados gerados pelo método de cálculo de coorte de não vacinados estão diretamente ligados com a qualidade do dado inserido nos diferentes sistemas de informação. Portanto, o preenchimento correto, completo e oportuno dos sistemas se faz necessário para garantir a confiabilidade dos dados para a tomada de decisão.

Isso posto, o método será proficiente no processo de microplanejamento para as Avaq, uma vez que possibilita a identificação da população não vacinada, tanto no programa de vacinação de rotina quanto nas campanhas, a fim de definir e executar ações de vacinação nas localidades e nos municípios que não atingiram coberturas vacinais adequadas, otimizando os recursos humanos, os materiais e os logísticos para o cumprimento dos indicadores preconizados.

3.1.6 Recursos humanos disponíveis

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 8 (F8) apresenta os Recursos humanos disponíveis.

3.1.7 Levantamento dos líderes comunitários disponíveis para apoiar a Aavaq de acordo com o tipo de liderança

ATENÇÃO

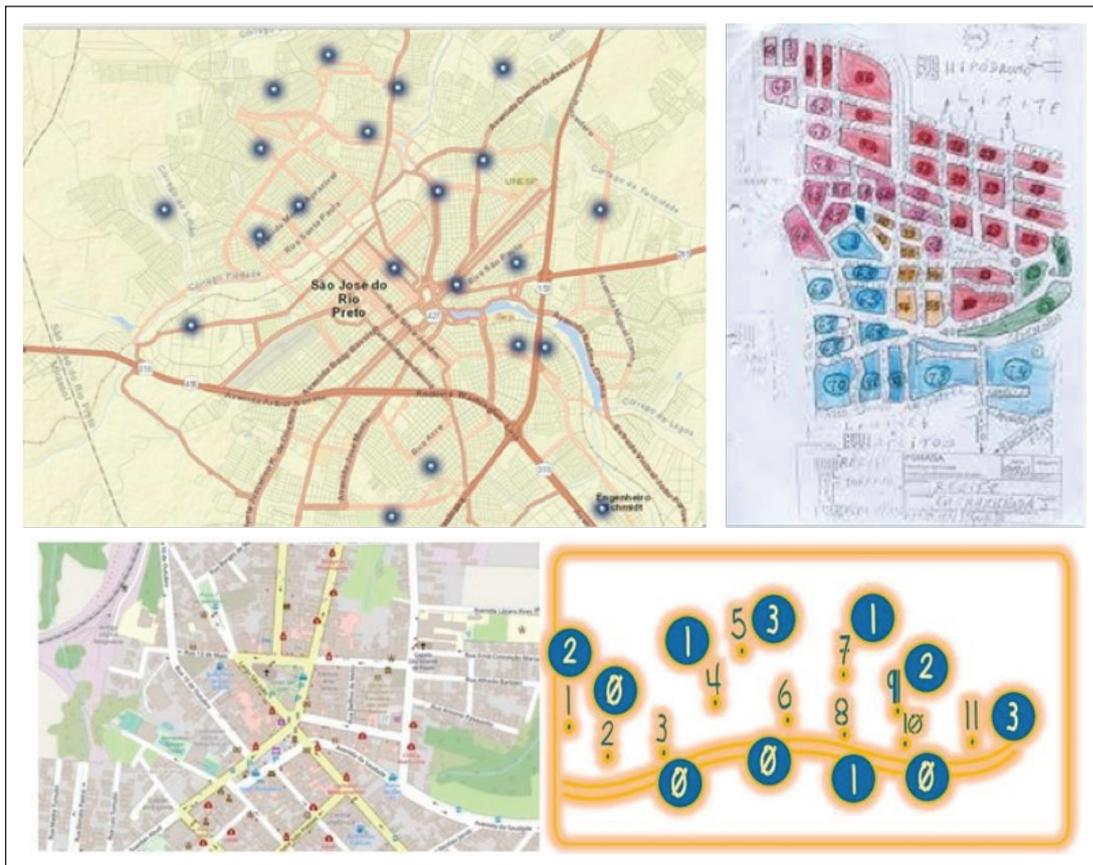
No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 9 (F9) apresenta a lista de líderes por localidade, segundo tipo de liderança.

3.1.8 Mapeamento, setorização e georreferenciamento

Neste passo deve ser realizada a delimitação e setorização dos bairros e das localidades, verificando a população que está na área de abrangência de determinada UBS/US. O mapa/esboço será utilizado para avaliar, ao final de cada dia, o cumprimento das metas estabelecidas no MP e após a realização do MRV. Se mapas ou esboços não estiverem disponíveis, sugere-se que seja elaborado esboço (passo a passo descrito no Anexo) considerando:

- A área geográfica de abrangência e de responsabilidade de cada UBS.
- Informações da população por diferentes fontes, incluindo características geográficas, demográficas, socioeconômicas, descrição das casas habitadas e não habitadas e população-alvo por idades (Figura 7).
- A sede do município como ponto de partida do deslocamento.
- Indicar o norte com uma flecha.
- Registrar onde estão localizadas as fronteiras norte, sul, leste e oeste.
- Indicar os locais de referência, componentes geográficos e distâncias, como rios, estradas, principais formas de acesso, igrejas, centros comunitários, unidades de saúde, centros comerciais, escolas, outros.
- Enumerar as casas indicando o número de pessoas que moram em cada casa, segundo faixa-etária, com foco na população-alvo da ação de vacinação.
- Agrupar as casas, nas áreas urbanas, em quadras e quarteirões que compõem os blocos de vacinação.
- Em cidades pequenas, com uma ou duas ruas, enumerar e agrupar as casas alternadamente de um lado para o outro, especialmente se houver obstáculos naturais (rios, valas, outros.). Se uma nova casa for integrada à comunidade após a numeração, ela deve continuar com a numeração já adotada e não fazer uma nova numeração de toda a comunidade. Não é aconselhável adicionar uma letra ao número da casa que está próxima.
- Identificar características da comunidade utilizando os sinais convencionais para a elaboração de mapas ou esboços desenhados à mão.

FIGURA 7 – Mapeamento e setorização



Fonte: Manual das Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (AVAQ) e processo de Microplanejamento (MP) do Programa de Rotina, vacinação de intensificação e campanhas (OPAS, 2023).

3.2. ETAPA 2 – PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

Após ter acesso ao diagnóstico situacional e toda a informação disponibilizada na Etapa 1, procede-se à Etapa II, que é o planejamento e a programação, que incluem a definição de ações de vacinação, o cálculo de necessidades e a operacionalização.

O planejamento deve ser elaborado conforme plano de trabalho das diversas áreas de atuação das equipes, como capacitação, mobilização e comunicação social, vacinação segura, vigilância, gerenciamento de crises de Esavi e de comunicação de risco, bem como o plano de análises, que devem ser realizados nos níveis nacional, estadual e municipal para atividades de vacinação de alta qualidade.

A programação é a ferramenta de execução do planejamento, pois permite especificar as atividades por componentes, devendo considerar as ações de rotina – com metas mensais, as ações de intensificação e campanhas – com metas diária e semanal. Deve definir onde e quando serão realizadas as atividades, com base no meu objetivo.

3.2.1 Definição de estratégias e ações de vacinação

A população-alvo é determinada a partir da definição da população não vacinada. Uma vez definida, calcula-se a meta mensal da estratégia de vacinação de rotina, que corresponde a 8,33% a cada mês, por tipo de vacina. Em vacinação intramuros e extramuros, como campanhas de seguimento, intensificação, multivacinação e varredura, estabelecer-se-á a meta semanal e diária, de acordo com a meta total da população-alvo e duração em semanas e dias das atividades.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 10 (F10) apresenta o cálculo de metas de rotina por tipo de vacina.

Em específico, recomenda-se que o período de execução das ações ocorra em, no mínimo, duas semanas para campanhas de seguimento, multivacinação, intensificação e/ou varredura.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 10.1 (F10.1) apresenta o cálculo de meta semanal e diária para ações extrarrotina.

Identificação de locais e/ou instituições com alta concentração de pessoas, segundo a área de abrangência

A identificação de locais com alta concentração permite alcançar e vacinar várias pessoas da população-alvo na mesma ocasião, o que otimiza o trabalho das equipes. Para tanto, é necessário mapear dentro do território as instituições, as organizações, as escolas, os mercados, os shoppings, os centros comerciais, as praças, os terminais de transporte público, entre outros. Deve ser estabelecido canal de comunicação entre o ponto focal da equipe de saúde e a referência da instituição parceira, bem como cronograma de execução da atividade.

No formulário 10 do Caderno de MP é possível listar e identificar esses locais devidamente e realizar a programação das visitas e vacinação, que devem estar listadas segundo maior concentração de pessoas da população-alvo.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 11 (F11) apresenta como realizar a identificação dos locais de alta concentração de pessoas.

Identificação de áreas para varredura documentada casa a casa

Esta estratégia deve ser utilizada nas últimas duas ou três semanas antes do encerramento da ação de intensificação ou campanha, implementando a varredura documentada.

A recomendação é de que ocorra em horários vespertinos ou à noite, apenas quando os vacinadores não estão em risco, sempre com a participação dos líderes comunitários. Deve ser programada pelo número de casas, população em idade simples, dia, hora, número de telefone, de contato, população-alvo, vacinados e pendentes, número de casas visitadas (abertas e fechadas), data de reprogramação e total de vacinados na reprogramação.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 12 (F12) apresenta como realizar a identificação da área de abrangência da unidade para varredura documentada casa a casa.

Estratégias de vacinação

As ações de vacinação específicas serão identificadas de acordo com a estratégia intra ou extramuros das unidades de saúde. Na oportunidade, deverá ser determinada a proporção de pessoas a serem vacinadas em cada estratégia utilizada. As estratégias planejadas podem ser modificadas durante o processo de execução do microplanejamento, em nível local, de acordo com as áreas de abrangência de cada equipe da unidade de saúde e para cada dia de trabalho. A seguir serão descritas as estratégias e as ações de vacinação.

a) Estratégia de vacinação intramuros

É a oferta de serviços institucionais de vacinação prestados nos serviços públicos e privados, em postos fixos de vacinação durante ações de rotina e campanhas.

Os postos fixos e permanentes de vacinação estão, em sua maioria, nas Unidades Básicas de Saúde, no formato de salas de vacina, e devem ofertar as vacinas à população que busca espontaneamente. Para otimizar a vacinação nesses pontos, é preciso que a equipe da unidade de saúde considere os seguintes aspectos:

- Instalar a sala de vacina em local estratégico e de fácil identificação na Unidade Básica de Saúde.
- Em cenários de epidemias ou pandemia, deve considerar aspectos relacionados à biossegurança, como realizar a vacinação em ambientes abertos ou arejados, mantendo o distanciamento necessário.
- Dispor cartazes visíveis com informações sobre as ações de vacinação, especificando grupos-alvo da vacinação e cronograma.
- Facilitar o acesso em horário estendido (noites, sábados, domingos e feriados).

b) Estratégia de vacinação extramuros (Anexo)

É a oferta de serviços de vacinação fora das instalações da unidade de saúde. Na execução da vacinação extramuros é necessário:

- Participação da comunidade para apoiar as equipes de vacinação nas atividades de campo.
- A vacinação extramuros pode ser realizada nos domicílios, em instituições de longa permanência, na rua e em locais previamente autorizados, como escolas, supermercados, entre outros.
- Realização de ações de divulgação da vacinação junto à comunidade, como enviar mensagem SMS, divulgação em rádio, TV, mídias sociais, parcerias com lojistas, comerciantes, indústrias, escolas, igrejas, entre outras.
- Monitoramento diário com supervisão e avaliação das ações, por localidade, a fim de recomendar a continuidade ou reorientá-las, se necessário.
- Conhecer o cenário epidemiológico para a tomada de medidas preventivas e de biossegurança que reduzam a disseminação de doenças de transmissão respiratória, por exemplo covid-19, gripe, sarampo, entre outras.

3.2.2 Comunicação e mobilização social

As atividades de comunicação e mobilização social possibilitam a promoção das ações de vacinação em importantes encontros e eventos culturais, religiosos e esportivos. Essas atividades devem ser iniciadas um mês antes e intensificadas duas semanas antes do início das ações de vacinação.

O planejamento deve se basear na análise das necessidades inerentes ao processo de informação, educação e comunicação, considerando os seguintes aspectos:

- Incorporação de lições aprendidas e boas práticas em atividades de vacinação de alta qualidade do programa de rotina, intensificação e campanhas anteriores.
- Revisão dos motivos da não vacinação no último MRV realizado.
- Grupos de discussão ou pesquisas sobre comportamento, atitudes e práticas para obter informações sobre:
 1. Efetividade das estratégias de comunicação e mobilização social atuais e passadas aplicadas na atividade de vacinação anterior.
 2. Principais crenças predominantes na população sobre doenças, vacinas e vacinação em geral.

3. Mídia em massa e acesso a canais de comunicação de maior audiência, para divulgação da atividade de vacinação de alta qualidade ao público e população-alvo.
 4. Avaliação da eficácia dos materiais de comunicação e mensagens utilizadas.
 5. Disponibilidade de recursos necessários para a execução das atividades de comunicação.
- Alocação de recursos humanos, financeiros e outros, de acordo com a disponibilidade e as necessidades identificadas.
 - Participação em iniciativas locais de comunicação e mobilização (produção de materiais promocionais, como cartazes, camisetas e bonés).
 - Divulgação no rádio e na televisão em canais nacionais e locais.

No formulário 13 é possível planejar as atividades de comunicação e mobilização social.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 13 (F13) apresenta planejamento das atividades de comunicação e mobilização social.

Planejamento da vacinação segura e organização do monitoramento de Esavi

A vigilância de Esavi deve ser parte integrante das ações de vacinação, incluída no planejamento, o que reduzirá erros de imunização e seus efeitos, possibilitando o monitoramento da ocorrência desses eventos e limitando a publicidade negativa. O detalhamento do processo de notificação, investigação, avaliação e encerramento de Esavi está descrito no *Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação*, 4ª ed. atualizada, 2021, assim como outros documentos técnicos que estão disponíveis na página do Ministério da Saúde.

Atividades técnicas da vigilância de Esavi

- Definição dos representantes responsáveis pela avaliação de Esavi no comitê de coordenação.
- Formação de um comitê *ad-hoc* composto por especialistas reconhecidos (pediatras, imunologistas, infectologistas, neurologistas, epidemiologistas, microbiologistas etc.), para apoiar o processo de pesquisa e classificação final de Esavi.
- Ampla divulgação e utilização do fluxo de notificação compulsória de Esavi grave durante a ação de vacinação e o acompanhamento do sistema de monitoramento e resposta.
- Elaboração, em conjunto com o responsável pela comunicação e mobilização social, de mensagens positivas e informações baseadas em evidências sobre a segurança da vacina para os diversos públicos.

- Investigação de aglomerados de Esavi durante as ações de vacinação dos programas de rotina e campanhas.
- Revisão diária das informações de Esavi, ou da ocorrência de aglomerados em uma área ou estabelecimento de saúde em um curto período, ou com frequência incomum, de acordo ao tipo de reação descrita, como erros graves de imunização, mapeando sua localização para detectar outros eventos incomuns e significativos das ações de vacinação.
- Notificação e registro diário de Esavi observados no campo.
- Divulgação de resumos diários com a evolução das investigações.
- A pesquisa e o registro da Esavi informando líderes comunitários, pais ou responsáveis.

3.2.3 Cálculo de necessidades de recursos humanos, materiais, vacinas, seringas, insumos e cadeia de frio

Os cálculos das necessidades de vacinas e insumos são estimados com base na população-alvo, que deve estar disponível por idades simples e tipo de vacina, deve ser considerado o percentual de perdas física e técnica e a necessidade de estoque estratégico.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 14 (F14) apresenta como calcular a necessidade de imunobiológicos e insumos.

Inventário da rede de frio

Avançando nas estimativas, deverá ser feito o inventário dos equipamentos que compõem a rede de frio, considerando os equipamentos que estão em bom estado de uso e a análise da capacidade instalada.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 15 (F15) apresenta o inventário da rede de frio.

3.2.4 Análise do desempenho

Ferramenta de avaliação da fase de preparação para a do microplanejamento

A ferramenta de avaliação de preparação permite monitorar e supervisionar a fase de preparação. Deve ser implementada de acordo com as necessidades levantadas na estratégia definida:

- Proporcionar uma avaliação quantitativa, simples e periódica do planejamento de atividades e do monitoramento do cumprimento da fase de preparação nos níveis municipal, estadual e nacional.
- Identificar oportunamente a preparação para as Avaq como forma de garantir a resolução de pontos críticos, carências e necessidades por componentes.
- Promover a comunicação e o compartilhamento de informações aos gestores sobre o andamento das etapas da Avaq para a realização de intervenções oportunas (suspender ou adiar o início).

A ferramenta está organizada para possibilitar o monitoramento do cumprimento das atividades que precisam ser concluídas oportunamente para seguir com as ações no nível municipal, estadual e nacional, priorizando atividades-chave e mês ideal de sua implementação. Incluem os componentes básicos do planejamento, que são a coordenação e o orçamento, o monitoramento e a supervisão, as vacinas, a rede de frio e a logística, a comunicação e a mobilização social, atribuindo um ponto para cada atividade realizada.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, os Formulários 16.1, 16.2 e 16.3 (F16.1, F16.2 e F16.3) apresentam avaliação da preparação estadual, municipal e local.

3.3 ETAPA 3 – SEGUIMENTO E SUPERVISÃO

Nesta fase do processo de microplanejamento, todos os esforços visam medir o progresso das metas de vacinação, comparar os indicadores alcançados com os parâmetros esperados, bem como checar as atividades planejadas na fase preparatória.

Do que precisamos?

- Instrumentos/guias de supervisão.
- Pessoal designado e treinado no processo de supervisão (aprender fazendo).
- Atribuição de supervisor (sugere-se um para cada cinco a oito equipes locais).
- Cronograma e plano de atividades para vacinadores e equipes de monitoramento.
- Apresentação de relatórios de supervisão.

O que devemos fazer?

- Supervisionar o processo de microplanejamento (em todos os níveis de gestão).
- Utilizar instrumentos e relatórios para verificar o progresso.
- Observar diretamente as ações de vacinação e o treinamento em serviço considerando as fragilidades observadas.
- Incorporar na supervisão o Monitoramento Rápido de Vacinação (MRV).

Quais são os produtos?

- Identificação de atrasos no progresso da cobertura vacinal por dia e semana.
- Definição de ações para captar os não vacinados.
- Informes de supervisão elaborados.
- Lições aprendidas e identificação de boas práticas (indica-se a utilização da FOFA novamente nesta etapa).
- Plano de intervenção elaborado de acordo com as lições aprendidas e boas práticas.

Dessa forma, indica-se que cada equipe de supervisão local considere:

- Permanecer com as equipes de vacinação percorrendo os setores designados, identificando casas não visitadas ou população-alvo não vacinada para decidir sobre a continuidade da equipe na área.
- Verificar o cumprimento de metas dos postos volantes, de acordo com o plano diário de trabalho, segundo o microplanejamento, monitorando o cumprimento da meta atribuída.
- Certificar-se de que a equipe de vacinação visite novamente todas as comunidades onde foram identificadas casas fechadas ou hesitantes.
- Monitorar o progresso da vacinação mapeando-os no mapa/croqui.
- Realizar o MRV quando necessário.
- Supervisionar a qualidade do registro de informações de vacinados nos instrumentos e sistemas de informações estabelecidos, bem como analisar as informações por equipe.
- Participar de reuniões diárias com equipes de vacinação para:
 - analisar os resultados, cumprimento da meta, população não vacinada, problemas identificados e propostas de soluções alternativas;
 - planejar as próximas atividades, de acordo com o plano de trabalho estabelecido no microplanejamento, realizando revisão das ações de vacinação e população-alvo;
 - compartilhar os resultados e decisões com o coordenador das unidades/municípios;
 - descrever no mapa de cobertura vacinal os setores vacinados e cobertura alcançada, identificando áreas em que não houve o alcance esperado.

É responsabilidade da equipe designada programar e executar o cronograma de supervisão estabelecido, utilizando as ferramentas padronizadas para determinar se as práticas seguras de vacinação estão sendo executadas de acordo com as normas e as programações estabelecidas, verificando os aspectos essenciais do serviço.

Nesse sentido, propõe-se o uso do Formulário 17, que pode e deve ser adaptado para uso em cada nível de gestão e de supervisão.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 17 (F17) apresenta uma sugestão de aspectos a serem observados em uma supervisão.

3.3.1 Identificação de bolsões de não vacinados e Monitoramento Rápido de Vacinação (MRV)

Essa metodologia de MRV é uma ferramenta institucional proposta pela Opas que permite identificar bolsões de populações não vacinadas, durante e após a execução das ações de vacinação. Por isso, sugere-se que o MRV seja incorporado às diretrizes técnico-operacionais nas ações de rotina, intensificação e campanhas.

Objetivo geral:

Verificar, em campo, a situação vacinal da população-alvo por território, por meio de um processo de busca da população vacinada e não vacinada. Em pouco tempo, permite a identificação de bolsões de suscetíveis, reorientando ações de vacinação para captar tais populações.

Objetivos específicos:

- Identificar a população vacinada e não vacinada de determinados territórios por meio de visitas casa a casa, verificando a caderneta de vacinação.
- Reorientar as ações de vacinação de acordo com o número de pessoas não vacinadas encontradas durante a verificação.
- Identificar os diferentes motivos para a não vacinação da população-alvo.
- Intervir nos principais determinantes da não vacinação.
- Reverter as barreiras de acesso à vacinação relacionados aos serviços de saúde.

Passos para realização do cálculo do MRV:

- **Passo 1** – Identificar o total da população-alvo.
- **Passo 2** – De acordo com a população-alvo, observar o percentual de população a ser entrevistado:

QUADRO 3 – Percentual de população a entrevistar por intervalo de população

INTERVALO DE POPULAÇÃO	% DE POPULAÇÃO A ENTREVISTAR
> 100.000	2%
50.000-99.000	3%
10.000-49.000	4%
5.000-9.999	5%
2.000-4.999	8%
1.000-1.999	13%
500-999	20%
250-499	35%
< 250	50%-100%

Fonte: Manual das Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (AVAQ) e processo de Microplanejamento (MP) do Programa de Rotina, vacinação de intensificação e campanhas (OPAS, 2023).

- **Passo 3** – Multiplicar a população-alvo pelo percentual identificado no Passo 2. Dessa forma, obter-se-á o total de população a entrevistar em cada MRV.
- **Passo 4** – Dividir o total da população a entrevistar (resultado do passo 3) por 20 (nesta metodologia, 20 pessoas por monitoramento é uma constante). Dessa forma, obter-se-á o total de MRV a ser realizado.
- **Passo 5** – Subdividir o território de acordo com realidade local (por bairros, regiões, áreas das UBS etc.) e sortear de acordo o número de MRV (resultado do Passo 4) os locais onde serão realizados os monitoramentos. Caso as áreas de maior vulnerabilidade não sejam sorteadas, elas devem ser agregadas ao MRV.

Ao realizar o MRV, devem ser observados critérios para inclusão e exclusão, conforme apresentado a seguir.

Inclusão:

- População-alvo.
- Residentes na localidade determinada.
- Residem na casa e não estão presentes durante o MRV, mas o responsável pode confirmar com cartão ou outro comprovante que a criança foi vacinada ou não.
- Moradores que têm um tempo de residência superior a dois meses ou que residem desde o dia em que iniciou a ação de vacinação.

Exclusão:

- População fora da faixa etária da população-alvo.
- População visitante, que não reside na localidade selecionada.
- Pessoas com doenças graves que apresentam contraindicação para a vacina.
- População-alvo sem adultos responsáveis que possam fornecer as informações.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 18 (F18) apresenta o MRV.

3.4. ETAPA 4 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

3.4.1 – Relatório Técnico: Monitoramento e Avaliação das Atividades e Indicadores de Vacinação

O Processo de Monitoramento e Avaliação é realizado em três momentos: antes, durante e após a execução das Atividades de Vacinação.

- **Antes:** orientado para a verificação da fase de preparação das atividades.
- **Durante:** verificar o cumprimento das atividades elencadas.
- **Após:** para avaliação do cumprimento dos objetivos e metas, critérios e indicadores de vacinação.

O que precisamos?

Análise dos dados e resultados do cumprimento da:

- Programação planejada.
- Cobertura alcançada.
- Cumprimento de indicadores.
- Disponibilidade e abastecimento de insumos.
- Utilização de recursos.
- Relatórios de resultados e qualidade da informação.
- Procedimentos e instrumentos de avaliação.
- Monitoramento (exemplo: Painéis Internos, LocalizaSUS).

O que devemos fazer?

- Verificação do cumprimento do plano de ação, verificação dos recursos, insumos e determinação de avanços segundo a FOFA.
- Determinação do cumprimento da meta dos indicadores planejados.
- Identificação de lições aprendidas e boas práticas.
- Recomendações e oportunidades de melhoria.

Qual é o produto?

- Relatório de evidências e documentos de elaboração da FOFA.
- Relatório com apresentação dos indicadores de vacinação.
- Recomendações para o fortalecimento das lições aprendidas e boas práticas de vacinação.
- Plano de intervenção de contingência para alcançar cobertura em localidades e municípios com bolsões de população não vacinada, posterior à realização do MRV.
- Execução de ações de intensificação (varredura documentada) em locais, setores e municípios com bolsões de suscetíveis.

Avaliação dos indicadores a partir dos critérios das ações de vacinação

Para avaliação das ações devem ser considerados indicadores de **efetividade, homogeneidade, oportunidade e eficiência**, conforme exemplificado no Quadro 4.

QUADRO 4 – Exemplo de indicadores segundo critérios de alta qualidade

INDICADORES DE EFICÁCIA	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	NÍVEL DE APLICAÇÃO	TIPO DE INDICADOR DE QUALIDADE
% de cobertura vacinal atingida no nível nacional, estadual e municipal segundo tipo de vacina	Número de doses aplicadas/ população-alvo X 100	≥95% Obs.: BCG e Rotavírus >90%; HPV e ACWY 80%	Nacional, estadual e municipal	Eficácia
% de cobertura de vacinação com segunda dose ou reforço (quando preconizado)	Número de doses aplicadas/ população-alvo X 100	≥95% Obs.: BCG e Rotavírus >90%; HPV e ACWY 80%	Nacional, estadual e municipal	Eficácia
70% dos municípios que alcançaram coberturas ≥ a meta	Número de municípios com cobertura ≥95% / pelo total de municípios X 100	70%	Nacional e estadual	Homogeneidade
% de municípios com disponibilidade de recursos para realizar a ação de vacinação	N.º de municípios com recursos disponíveis para realizar a ação de vacinação dividido pelo total de municípios X 100	100%	Nacional, estadual e municipal	Eficiência

Fonte: Manual das Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (AVAQ) e processo de Microplanejamento (MP) do Programa de Rotina, vacinação de intensificação e campanhas (OPAS, 2023).

Avaliação e Monitoramento dos indicadores de vacinação

Na Avaliação e no Monitoramento dos indicadores devem ser observados:

- População e meta estabelecida (número e % de vacinados).
- Esquema vacinal (doses necessárias para imunidade).
- Estratégia de vacinação (rotina, campanha).
- Adesão ao programa (taxa de abandono).
- Sistema de informação (registro e monitoramento do desempenho).

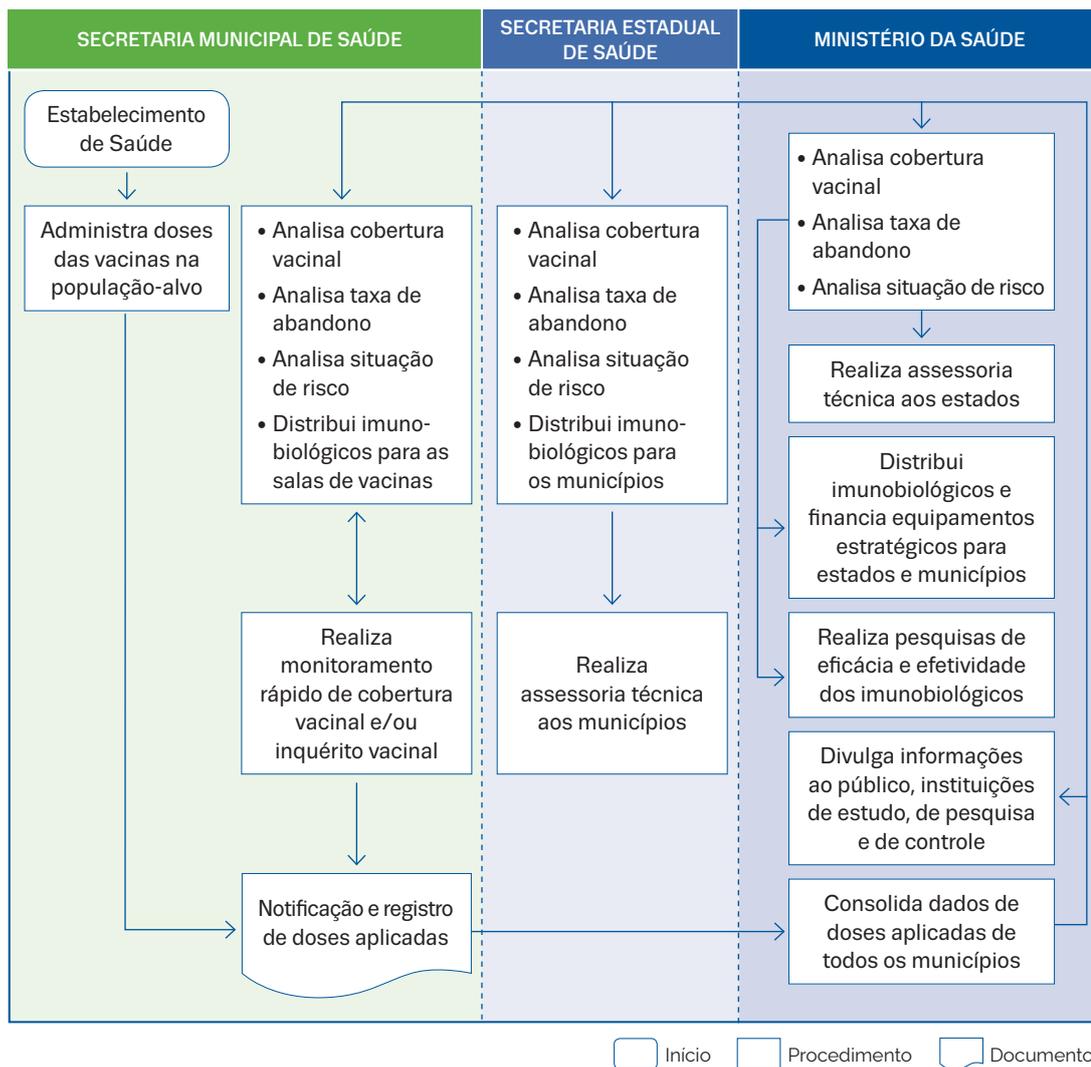
QUADRO 5 – Exemplos de indicadores do Programa Nacional de Imunizações que podem ser utilizados na avaliação de desempenho

COBERTURAS VACINAIS (METAS %)	HOMOGENEIDADE DE COBERTURAS		TAXA DE ABANDONO
	ENTRE MUNICÍPIOS	ENTRE VACINAS (PQAVS*)	
90%: BCG; Rotavírus e Influenza; 80%: HPV e Meningocócica ACWY; 95%: Demais vacinas	≥70% dos municípios com CV adequadas para cada vacina	100% das vacinas com CV adequadas	<5% (baixa) ≥5% a <10% (média) ≥10% (alta)

Fonte: DPNI/SVSA/MS.

É indispensável que as equipes de imunização, atenção primária e vigilância, envolvidas nas ações, compreendam quais e como são construídos os indicadores de desempenho da vacinação, numerador e denominador, considerando que, a partir do monitoramento e da avaliação dos dados, são identificadas as necessidades para melhoria da situação vacinal da população (Figura 8).

FIGURA 8 – Fluxo de vigilância das Coberturas Vacinais



Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2022).

Sistema de Informação e Plano de Análises

Para que se obtenha boas informações, é necessária a organização e o envolvimento das equipes locais, a fim de garantir que os sistemas de informações oficiais tenham dados de qualidade, completos, consistentes, sem duplicidades e com preenchimento oportuno. O sistema de informação deve garantir a disponibilização periódica de informações para conhecimento da equipe que executa as ações de vacinação e para embasar a decisão dos gestores.

Todo o sistema de informação está baseado no acompanhamento de metas das atividades de vacinação, utilizando como ferramenta fundamental o sistema de informação de doses aplicadas, pois traz o entendimento comum dos diversos públicos-alvo das informações.

A partir dos dados registrados nos sistemas de informações, uma rotina de análises deve ser estabelecida pelas equipes locais, por sala de vacina das UBS/US, pelo município e pelo estado.

O Formulário A, ferramenta que apoia a construção do plano de análises, é composto por indicadores que podem ser modificados de acordo com a realidade local, sendo descrita a forma de cálculo, a meta, a fonte, o cumprimento da meta e a ação corretiva, caso haja necessidade.

ATENÇÃO

No Caderno de Microplanejamento, o Formulário 19 (F19) apresenta planejamento de análise.

Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

A vigilância das ações de vacinação permite:

- Avaliar/monitorar/intervir no desempenho do Programa de Imunizações:
 - registro adequado (ou não);
 - resultados desejáveis (ou não).
- Identificar e propor correções/adequações no Sistema de Informação:
 - manuseio inadequado do sistema (usuário);
 - erros de regras de negócio (desenvolvedores);
 - aplicação inadequada das regras de negócio (ex.: idade – Esavi);
 - lacunas na informação (ex.: relatório Sipni sem nome da mãe).
- Reduzir oportunidades perdidas de vacinação: os resultados para coberturas de vacinas com esquemas simultâneos reiteram a necessidade de estimular essa prática.
 - taxas de abandono de vacinas necessitam ser monitoradas com mais frequência;
 - é o melhor indicador de adesão ao Programa de Imunizações.
- Garantia da manutenção corretiva e evolutiva oportuna dos sistemas de informações.
- O *Guia de Vigilância em Saúde* (BRASIL, 2022) apresenta, no capítulo 1, a conceitualização da Vigilância das coberturas vacinais e a sua aplicabilidade na rotina do território: (https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf).

Em resumo, o relatório técnico do microplanejamento deve incluir:

- Introdução geral.
- Objetivos e população-alvo a vacinar.
- Estratégias.
- Prioridade política e bases legais.
- Organização e gestão local.

- Planejamento, programação.
- Comunicação e mobilização social.
- Vacinação segura.
- Formação.
- Supervisão.
- Logística e cadeia de frio.
- Monitoramento e avaliação.
- Resultados.
- Conclusões e recomendações.

O relatório deve ser apresentado aos gestores e aos parceiros.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Tabnet**. Brasília, DF: MS, [20-?]a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsvsbr.def>. Acesso em 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **SIPNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações**. Brasília, DF: MS, [20-?]b. Disponível em: <http://sipni-gestao.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf>. Acesso em: 18 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. rev. atual. Brasília, DF: MS, 2022. 1126 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 18 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Manual das Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (AVAQ) e processo de Microplanejamento (MP) do Programa de Rotina, vacinação de intensificação e campanhas**. [S. l.]: OPAS, 2023. No prelo.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações**. 5. ed. Brasília, DF: MS, 2017. 136 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 4. ed. atual. Brasília, DF: MS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília, DF: MS, 2014. 176 p.

BRENZEL, L. *et al.* (ed.) Vaccine-preventable Diseases. *In: Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2. ed. JAMISON, D. T. *et al.* (ed.) Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development; World Bank, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21250343/>. Acesso em: 18 jul. 2023.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Proyecto de plan de acción mundial sobre vacunas: Informe de la Secretaría. *In: ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD*; 65, Ginebra. **A62/22**. Ginebra: OMS; 2012. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_22-sp.pdf. Acesso em: 18 jul. 2023.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Proyecto de plan de acción mundial sobre vacunas: Informe de la Secretaría. *In: ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD*, 65, 2012, Ginebra. **A65/22**. Ginebra: OMS, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_22-sp.pdf. Acesso em: 18 jul. 2023.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Inmunización: retos y perspectivas. *In: CONSEJO DIRECTIVO*, 51; *SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL*, 63., 2011, Washington, D.C. **Informes de Progreso sobre asuntos técnicos**. Washington, D.C.: Paho, 2011. p. 2-5. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/40977>. Acesso em: 17 jul. 2023.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Resolución CD50.R5**: fortalecimiento de los programas de inmunización. *In: CONSEJO DIRECTIVO*, 50.; *SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL*, 62, 2010, Washington, D.C. Resolución CD50.R5. Washington, D.C.: OPS; 2010. Disponível em: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R5-s.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2023.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan de acción sobre inmunización. *In: CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS*, 54.; *SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS*, 67, 2015, Washington, D.C. **CD54/7**. rev. 2. Washington, D.C.: OPS, 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-7-s.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2023.

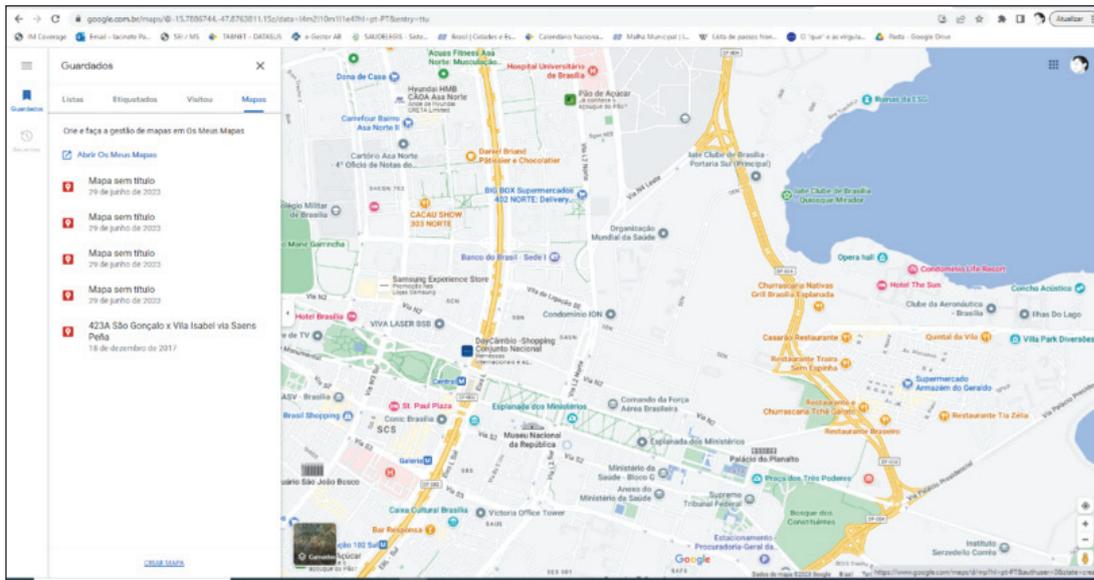
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud:** Estrategias para el desarrollo de equipos de APS los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS, 2008. Série La Renovación de la APS, n. 1. Disponible em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31333?locale-attribute=es>. Acceso em: 18 jul. 2023.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Unidad de Inmunización Salud Familiar y Comunitaria. **Curso de Gerencia para el Manejo Efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI).** Módulo V: Programación de actividades de inmunización. Washington, D.C.: Paho, 2006. Disponible em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51819>. Acceso em: 18 jul. 2023.

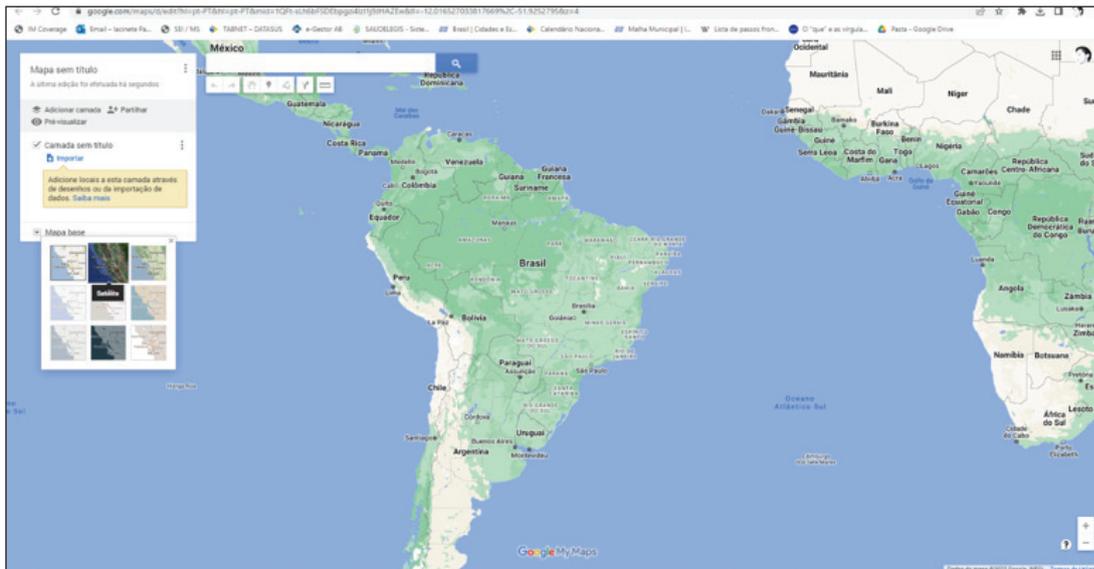
PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Declaracion de Alma-Ata:** Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. [S. l.]: Paho, [2012?]. Disponible em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>. Acceso em: 18 jul. 2023.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud:** La Administración estratégica. Washington, D.C.: Paho, 1992. Série HSD/SILOS, n. 2. Disponible em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38997>. Acceso em: 18 jul. 2023.

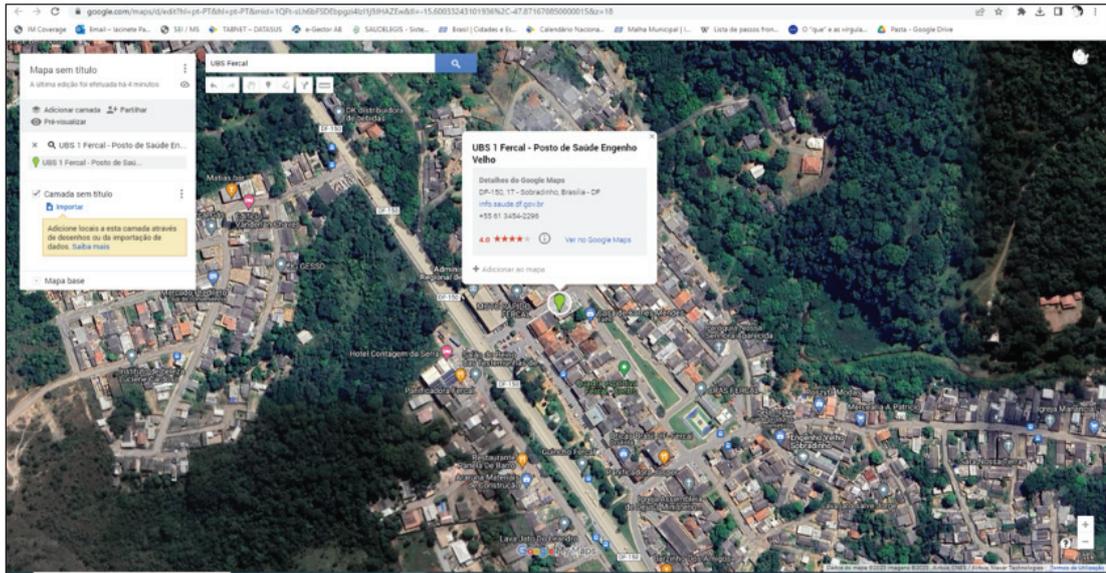
4. Ao lado esquerdo, clique em “Guardados”, após em “Mapas” seguido por “Criar Mapa”.



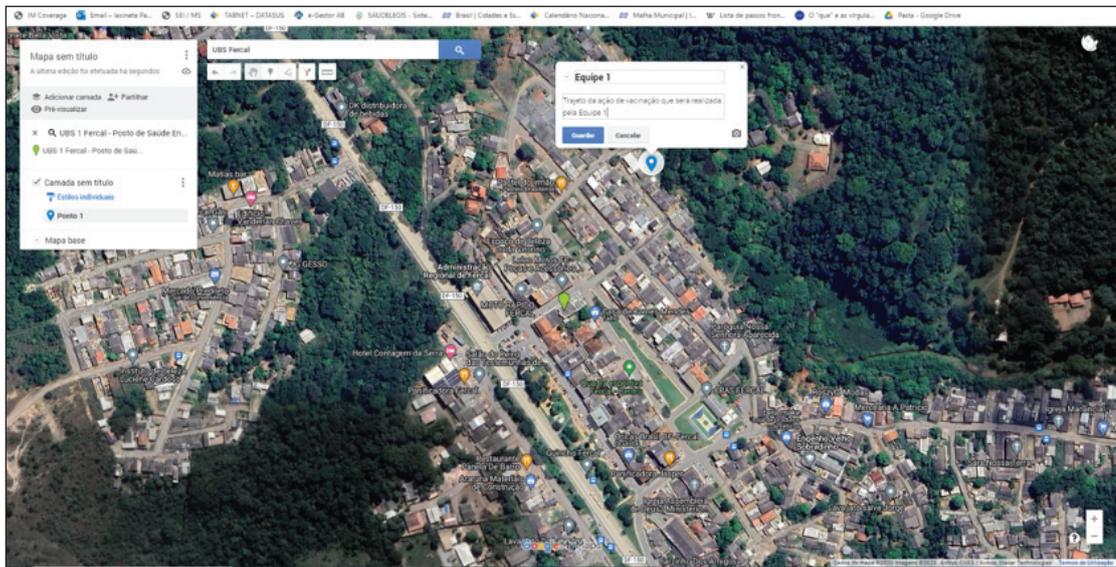
5. Ao abrir a página, clique em “Mapa Base” e selecione a opção “Satélite”.



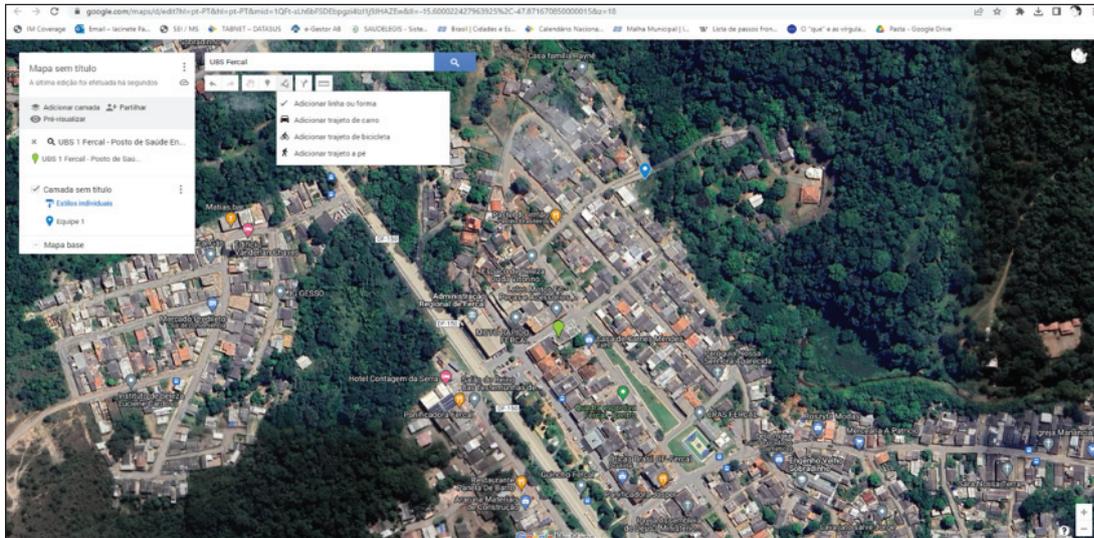
6. Agora, faça uma busca pelo endereço de interesse. Depois, aproxime o zoom para se certificar de que a busca foi feita no local correto.



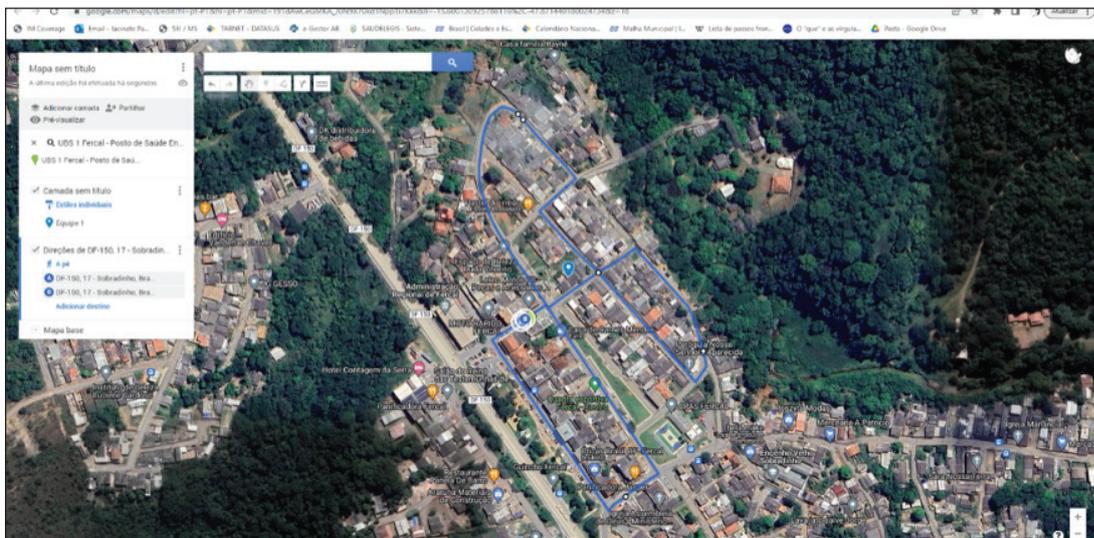
7. Clique no ícone de um balão cinza (Adicionar Marcador), localizado logo abaixo da barra de busca de endereço do mapa, e arraste até o local. Repare que surgirá um balão onde você deve inserir o título e as informações daquele lugar.



8. Depois, selecione o ícone ao lado do balão cinza (Desenhar uma Linha), que permitirá selecionar o meio de deslocamento e desenhar o trajeto da ação.



9. Para traçar, basta clicar no seu local de partida e depois no lugar onde você quer chegar. O Maps fará o caminho automaticamente, disponibilizando a direção completa para chegar ao local desejado. Esse mecanismo pode ser utilizado para traçar a rota das equipes de vacinação em campo e estratégias extramuros.



O mapa georreferenciado é outra ferramenta de trabalho que permite análise geovisual para o microplanejamento e a organização do processo de trabalho nas áreas de imunizações, Vigilância Epidemiológica e Atenção Primária.

Existem diversas ferramentas de georreferenciamento como o QGIS, ArcGIS e o Google Earth, com as quais é possível produzir mapas em séries de informações sobrepostas (camadas) por unidade de saúde, e em séries temporais.

O georreferenciamento proporciona visão ampliada da situação de cobertura de vacinação e vigilância a partir da identificação das áreas de maior risco de adoecimento, complicações ou óbitos por doenças preveníveis por vacinação, de forma a orientar a priorização das ações no microplanejamento, bem como a tomada de decisão.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família e Comunidade
Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade
Coordenação de Apoio à Imunização e Monitoramento das Coberturas Vacinais na Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 1/2023-CIMVAC/CGESCO/DESCO/SAPS/MS

1. ASSUNTO

1.1. Estratégias para recuperação das altas coberturas vacinais na Atenção Primária à Saúde (APS).

2. ANÁLISE

2.1. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como uma de suas prioridades a prevenção da morbimortalidade por meio da estratégia de vacinação, medida essa efetiva no controle, na eliminação e/ou na erradicação de doenças imunopreveníveis. Assim, para que se alcance o resultado esperado, faz-se necessária a administração do esquema vacinal de forma adequada, considerando o número de doses e os intervalos previstos no calendário nacional de vacinação recomendado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI)^[1], bem como a observância às normativas e protocolos vigentes para o manuseio e administração das doses, a fim de garantir a qualidade dos imunobiológicos.

2.2. Ainda, o PNI é o responsável pela política de vacinação, que inclui a aquisição e a distribuição dos imunobiológicos (soros, vacinas e imunoglobulinas) às Unidades da Federação, em cumprimento às normas e diretrizes estabelecidas sobre as indicações e recomendações para utilização^[2].

2.3. Cabe à APS executar as ações de vacinação no território. Neste sentido, com o objetivo de fortalecer a oferta de cuidados e reforçar o compromisso da esfera federal na ampliação das coberturas vacinais no país, em 2023, foi instituída a Coordenação de Apoio à Imunização e Monitoramento das Coberturas Vacinais na Atenção Primária (Cimvac), na Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde (Saps/MS).

2.4. Nessa perspectiva, com vistas à definição e priorização de ações que oportunizem medidas efetivas para a operacionalização da vacinação na APS, esta Coordenação reitera a necessidade de cadastro da sala de vacina das Unidades de Saúde, junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) – conforme fluxo apresentado no Anexo I (0032539866) – e, recomenda e reforça algumas estratégias aos estados, municípios e ao Distrito Federal, segundo os **dez passos para a ampliação das coberturas vacinais na Atenção Primária à Saúde:**

1. Garantir a sala de vacina aberta todo o horário de funcionamento da unidade.

a) Implantar sala de vacina em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e quando necessário e viável ampliar o horário de funcionamento, conforme critérios definidos no Saúde na Hora em unidades estratégicas.

2. Evitar barreiras e a burocratização do acesso.

a) Avaliar a possibilidade de parcerias para a instalação de pontos de vacinação em locais de grande circulação.

b) Permitir o acesso à vacinação das pessoas que estiverem sem o cartão de vacina ou sem o comprovante de residência.

c) Planejar e oferecer vacinação de rotina extramuros para usuários com dificuldade ou impossibilidade física de deslocamento até uma UBS e para populações vulneráveis (população em situação de rua, indígenas, quilombolas, população privada de liberdade e locais de difícil acesso).

d) Recomendar as pessoas e suas redes de apoio a buscarem sempre a unidade mais próxima.

3. Aproveitar as oportunidades de vacinação.

a) Orientar as equipes médicas, de saúde bucal, de enfermagem e outros profissionais de saúde nas UBS para o encaminhamento dos usuários em consultas de rotina à sala de vacina, para orientações e atualização do cartão de vacina.

b) Durante o pré-natal, vacinar gestantes e parcerias.

c) Na maternidade, administrar as vacinas BCG e hepatite B nos recém-nascidos.

d) Monitorar as gestantes, a partir das datas prováveis do parto (DPP) registradas, para a captação das crianças após o nascimento e realização de agendamento de consulta de puericultura para a primeira semana de vida, e realizar a vacinação em caso de pendências.

e) Implantar/implementar a integração e referenciamento entre as maternidades e salas de vacina das UBS.

4. Monitorar a cobertura vacinal.

a) Aprimorar o conhecimento técnico do agente comunitário de saúde para identificação da situação vacinal e intensificação da busca ativa dos faltosos a partir da avaliação do cartão de vacina de todos os membros das famílias da sua área adstrita.

b) Aprimorar o conhecimento técnico dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para identificação da situação vacinal.

- c) Aprimorar o conhecimento técnico dos profissionais para o uso dos sistemas de informação em saúde disponíveis e de suas funcionalidades para o aprimoramento dos mecanismos de monitoramento de coberturas vacinais.
- d) Realizar mapeamento da situação vacinal de toda a população adstrita para busca ativa.
- e) Após análise, definir prioridades para intensificar a vacinação.
- f) Na rotina, estabelecer prazos para acompanhar e discutir as coberturas vacinais, com as equipes da APS e da vigilância em saúde.
- g) Envolver os vacinadores, as equipes de saúde da família e os agentes comunitários de saúde no monitoramento das coberturas vacinais.
- h) Produzir e divulgar periodicamente documentos informativos com análises locais das coberturas vacinais da APS.

5. Garantir o registro adequado da vacinação.

- a) Identificar pessoas que não possuam cartão de vacina, assegurar a distribuição, administrar as doses recomendadas e registrá-las nos sistemas.
- b) Garantir o registro de 100% das doses administradas nos sistemas de informação, em tempo oportuno.
- c) Durante as visitas e atendimentos domiciliares de rotina e as atividades coletivas de saúde nas escolas, solicitar o cartão de vacina para verificação e atualização das doses administradas nos sistemas de informação.

6. Orientar a população sobre atualização do calendário vacinal.

- a) Promover ampla divulgação nos três níveis de atenção de saúde sobre a importância da atualização do calendário vacinal.
- b) Divulgar nas redes sociais e nos demais meios de comunicação a atualização do calendário vacinal.
- c) Divulgar a atualização do calendário vacinal nos conselhos de saúde e nos conselhos das categorias profissionais.
- d) Manter a vacinação em todos os grupos e faixas etárias, conforme calendário de vacinação.

7. Combater qualquer informação falsa (*fake news*) sobre vacinação.

- a) Promover encontros entre coordenadores, profissionais de saúde locais e especialistas, a fim de sanar dúvidas e desmistificar crenças, mitos, tabus e preconceitos sobre as vacinas, estimulando a reflexão sobre os benefícios para a saúde da comunidade, reforçando seu caráter de prevenção.
- b) Divulgar nos veículos de comunicação informações para desmistificar crenças, mitos, tabus e preconceitos sobre as vacinas, estimulando a reflexão sobre os benefícios para a saúde da comunidade, reforçando seu caráter de prevenção.
- c) Desenvolver atividades de educação em saúde e de mobilização político-social.
- d) Ampliar a divulgação de informações obtidas com as melhores evidências científicas, como sites da Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, do Ministério da Saúde, e de sociedades científicas.
- e) Estimular os equipamentos sociais do território para o desenvolvimento de ações de vacinação compartilhadas com os serviços de saúde.
- f) Aprimorar o conhecimento técnico dos profissionais de saúde para realização de adequada abordagem e orientação aos pais e responsáveis sobre os benefícios da vacinação.
- g) Estabelecer parcerias com a educação, a assistência social, a justiça, para disseminar informações de credibilidade das vacinas.
- h) Envolver a sociedade civil na elaboração e divulgação de campanhas de comunicação de vacinação.

8. Intensificar as ações de vacinação em situações de surto.

- a) Manter ativa a vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis.
- b) Planejar as ações de vacinação, incluindo o total de pessoas a serem vacinadas, total de doentes por faixa etária.
- c) Realizar ações oportunas de bloqueio vacinal, seguindo rigorosamente as recomendações do Programa Nacional de Imunizações e no Guia de Vigilância Epidemiológica.
- d) Registrar oportunamente as doses administradas nos sistemas de informação.
- e) Aproveitar a oportunidade para atualizar o cartão dos suscetíveis.

9. Promover a disponibilidade e a qualidade das vacinas ofertadas à população.

- a) Garantir a disponibilidade das vacinas do calendário vacinal em todas as salas de vacina, de acordo com o planejamento mensal de administração das doses.
- b) Utilizar criteriosamente as vacinas, segundo normas do Programa Nacional de Imunizações.

10. Garantir profissional treinado e habilitado para vacinar durante todo o tempo de funcionamento da unidade.

- a) Oferecer educação permanente para formação e atualização dos profissionais que atuam em sala de vacina.
- b) Manter o cadastro atualizado dos vacinadores treinados e habilitados.
- c) Realizar reuniões periódicas entre os coordenadores da APS e de imunização para alinhamento das ações.
- d) Produzir vídeos sobre boas práticas em vacinação na APS.

3. CONCLUSÃO

31/05/2023, 14:14

SEI/MS - 0032266188 - Nota Técnica

3.1. Diante desse contexto, esta Coordenação de Apoio à Imunização e Monitoramento das Coberturas Vacinais na Atenção Primária ressalta a importância do planejamento, da organização contínua do processo de trabalho e do monitoramento para recuperar as altas coberturas vacinais. Para tanto, as estratégias supracitadas configuram-se como sugestões a serem avaliadas e empregadas conforme realidade local, podendo ser ampliadas.

3.2. Ante o exposto, encaminha-se às Coordenações Estaduais e Municipais da Atenção Primária à Saúde, para ciência e ampla divulgação aos profissionais e trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

RICARDO GADELHA DE ABREU

Coordenador de Apoio à Imunização e Monitoramento das Coberturas Vacinais na Atenção Primária - Substituto

JOSÉ EUDES BARROSO VIEIRA

Coordenador-Geral de Saúde da Família e Comunidade

ANA LUIZA F. R. CALDAS

Diretora do Departamento de Saúde da Família e Comunidade

[1] BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Calendário Nacional de Vacinação, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>; Acesso em: Março de 2023.

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. PNI, 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/pni-entenda-como-funciona-um-dos-maiores-programas-de-vacinacao-do-mundo#:~:text=O%20PNI%20%C3%A9%20respons%C3%A1vel%20por,vacina%C3%A7%C3%A3o%20em%20todo%20o%20Brasil](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/pni-entenda-como-funciona-um-dos-maiores-programas-de-vacinacao-do-mundo#:~:text=O%20PNI%20%C3%A9%20respons%C3%A1vel%20por,vacina%C3%A7%C3%A3o%20em%20todo%20o%20Brasil.). Acesso em: Março de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Gadelha de Abreu, Coordenador(a) de Apoio à Imunização e Monit. das Cob. Vacinais na Atenção Primária substituto(a)**, em 16/05/2023, às 12:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Eudes Barroso Vieira, Coordenador(a)-Geral de Saúde da Família e Comunidade**, em 30/05/2023, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família e Comunidade**, em 31/05/2023, às 12:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0032266188** e o código CRC **742D83E3**.

Referência: Processo nº 25000.031506/2023-96

SEI nº 0032266188

Coordenação de Apoio à Imunização e Monitoramento das Coberturas Vacinais na Atenção Primária - CIMVAC
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

http://sei.saude.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=34856051&infra_si... 3/3

ANOTAÇÕES

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
Responda a pesquisa disponível por meio
do QR Code ao lado:





Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE **136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal