

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RAÍSA SANTOS DE SOUSA

**EFETIVIDADE DO AGENDAMENTO DO ATENDIMENTO DAS VACINAS BCG E
FEBRE AMARELA E SUA DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO.
REGIÃO ADMINISTRATIVA DE CEILÂNDIA-DF, 2014-2015.**

BRASÍLIA, 2015

RAÍSA SANTOS DE SOUSA

**EFETIVIDADE DO AGENDAMENTO DO ATENDIMENTO DAS VACINAS BCG E
FEBRE AMARELA E SUA DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO.
REGIÃO ADMINISTRATIVA DE CEILÂNDIA-DF, 2014-2015.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília,
como requisito para obtenção do título de Bacharel
em Saúde Coletiva.

Orientador: Dr. José Antônio Iturri

BRASÍLIA, 2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares em especial minha mãe Marli, meu pai Edmar e minha irmã Laíse que me proporcionaram durante a graduação o conforto, o cuidado e a paciência de me aguentarem por 4 anos de desespero, choros, sorrisos e alegrias.

Aos meus queridos mestres que me ensinaram a amar a Saúde Coletiva; Olga, Iturri, Everton, Sérgio, Mariana, Walter, Ines, Clélia, Silvia, Antônia e Priscila. Em especial agradeço ao Prof. Dr. Wildo por me oferecer as primeiras oportunidades dentro da Universidade, por acreditar em mim, a conversar sempre que preciso e me aconselhar a não apenas ser uma profissional melhor, mas, além disso, uma pessoa melhor.

Aos meus amigos que desde o início da graduação me suportam; Roberta, Letícia, Gilca, Romário, Rafael, Miqueias, Guido, Jerry, Tamara, Sarah. Agradecimento especial ao meu “personal sanitaria” Florentino, que me convenceu a não desistir da graduação, que me provocou a agir e a seguir na luta pela Saúde Coletiva e pelo SUS.

Agradeço aos profissionais inesquecíveis que conheci durante a minha pequena jornada, por me ensinarem a prática da minha graduação, a me mostrarem a realidade da gestão e os problemas enfrentados pela atenção primária; Camila, Benedita, Márcia, Nadine, Luiz e Walkíria. Em especial, agradeço a galera da AAIS/MS composta por profissionais competentes que me receberam e me inspiraram na minha última e decisória etapa como graduanda; Amanda, Mariana, Aristides, André, JP, Michele, Solange, Luan, Ronaldo, Patrícia, Priscila, Diego...

Agradecimento mais que especial ao meu orientador, Prof. Dr. José Iturri que briga comigo sorrindo e eu nunca entendo se é mesmo uma bronca, que suporta minhas mensagens longas e minha ansiosidade.

Aos professores Sérgio Schierholt e Mariana Sodário por participarem da minha banca e compartilharem este momento, muito obrigada!

E um enorme parabéns a pessoa que me tornei que durante os anos de UnB consegui mudar, ser alguém melhor, mais reflexiva, mais dinâmica, curiosa e sedenta por experiências e descobertas.

RESUMO

A dificuldade em atender a demanda na distribuição de imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações em todo o território nacional provocou a Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal a adotar – seguindo orientação do Ministério da Saúde - como medida emergencial um agendamento de atendimento de vacinas em 15 Regionais do Distrito Federal. Consistindo em diminuição de oferta de dias, horários e Unidades Básicas de Saúde, a intervenção tinha como objetivo otimizar o uso das ampolas e consequentemente evitar o desabastecimento de vacinas. A pesquisa, com foco na Região Administrativa de Ceilândia-DF que adotou o agendamento para a vacina BCG e Febre Amarela, elencou quatro pontos cruciais para atestar se a medida foi efetiva, para isto, foram analisados os 6 (seis) primeiros meses de implantação da medida, de Março a Agosto, em comparação com o mesmo período do ano anterior (2014). Foram analisados: a manutenção da cobertura vacinal, manutenção das aplicações, redução das perdas técnicas; ainda, foi feita uma descrição da estratégia de comunicação da intervenção. A intervenção se mostrou efetiva nos três primeiros pontos, onde conseguiram otimizar as ampolas reduzindo assim as perdas técnicas, as aplicações se mantiveram e chegaram a ser potencializadas e a cobertura superou o ano anterior. A estratégia de comunicação se mostrou com falhas e muito pouco desenvolvida. Conclui-se que, por um lado, situações emergenciais podem significar medidas emergenciais, que ao se adaptarem e se concretizarem podem ser resolutivas e potencializados no sentido de otimizar os recursos, insumos e provocar a gestão a buscarem a eficiência das ações, por outro lado, essas medidas podem, como neste caso, serem implementadas sem levar em consideração as orientações necessárias e as dificuldades que podem causar na população que afetam.

Palavras-chave: Vacinas, desabastecimento, comunicação e efetividade.

ABSTRACT

The difficulty in meeting immunobiologicals distribution demand of the National Immunization Program across the country caused the Health State Secretary of the Federal District to adopt - following the guidance of the Ministry of Health - as an emergency measure one vaccine service scheduling in 15 Regional Federal District. Consisting of decrease of supply days, times and Basic Health Units, the intervention was designed to optimize the use of light bulbs and thus avoid the vaccine shortages. The research, focusing on administrative region of Ceilândia-DF which adopted the schedule for BCG and yellow fever vaccine, has listed four crucial points to verify whether the measure was effective, for this, the six (6) months of implementation were analyzed measurement, from March to August, compared to the same period last year (2014). They were analyzed: the maintenance of vaccination coverage, maintenance of applications, reducing technical losses; also, a description of the intervention communication strategy was made. The intervention was effective in the first three points, which were able to optimize light bulbs thus reducing technical losses, applications remained and came to be leveraged and coverage surpassed the previous year. The communication strategy proved flawed and largely undeveloped. It concludes that, on the one hand, emergency situations can mean emergency measures, to adjust and materialize may be resolving and leveraged in order to optimize resources, inputs and cause the management to seek efficiency of the shares, on the other hand , these measures, as in this case, be implemented without taking into account the necessary guidelines and the difficulties they may have on the population they affect.

Key words: Vaccines, shortages, communication and effectiveness.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1-INTRODUÇÃO | 7 |
| 2-JUSTIFICATIVA..... | 10 |
| 3-OBJETIVOS | 11 |
| 3.1-Objetivo Geral | 11 |
| 3.2-Objetivos Específicos | 11 |
| 4-METODOLOGIA | 12 |
| 5-MARCO TEÓRICO E PROGRAMÁTICO | 14 |
| 5.1-Programa Nacional de Imunização no Brasil | 14 |
| 5.1.1-Calendarário de vacinação/funcionamento da oferta | 14 |
| 5.1.2-Perdas Técnicas de Imunobiológicos | 16 |
| 5.1.3-Cobertura Vacinal | 17 |
| 5.2-Desabastecimento Brasil e DF..... | 18 |
| 5.3-Intervenção “Agendamento do Atendimento de Vacinas” no Distrito Federal..... | 20 |
| 5.3.1-Oferta pós-intervenção | 22 |
| 5.4-Comunicação em Saúde..... | 26 |
| 5.5- Avaliação Normativa..... | 27 |
| 6- RESULTADOS | 29 |
| 6.1- Efetividade na redução do desperdício de doses | 29 |
| 6.2-Efetividade da manutenção do número de doses aplicadas | 30 |
| 6.3-Efetividade da manutenção de cobertura vacinal. | 32 |
| 6.4-Descrição da estratégia de comunicação | 35 |
| 7- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 39 |
| 8- CONSIDERAÇÕES FINAIS | 42 |
| 9- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA | 44 |
| 10- ANEXOS..... | 48 |

1-INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é nacional e internacionalmente reconhecido de forma positiva por técnicos, autoridades de saúde e principalmente pela sociedade brasileira (OSELKA, 2005 citado por BRASIL, 2009). Formulado em 1973 e institucionalizado em 1975, o PNI tem como objetivo coordenar as ações de imunizações que até a época era marcado pela descontinuidade, pelo caráter episódico e cobertura reduzida. (BRASIL, 2013). Logo em 1977, foi instituído o primeiro calendário de vacinação, que no decorrer dos anos foi atualizado, como a separação entre os calendários da criança, adolescente, adulto, idosos e índios quanto à atualização de imunobiológicos que foram inseridos ao longo dos anos. (BRASIL, 2013).

Consolidado e reconhecido dentro da sociedade brasileira, o programa sofreu desde 2014 “desabastecimentos de algumas vacinas, dentre as quais a BCG, dupla adulto, tetraviral, tríplice viral, HIB e IVB, que visam à proteção contra a tuberculose, a influenza, a difteria, o tétano, a caxumba, o sarampo, a rubéola etc” (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2015). Em decorrência, houve uma baixa na distribuição de imunobiológicos via Ministério da Saúde (MS) às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), levando a um desequilíbrio no estoque de vacinas no país por diversos motivos apontados pelo órgão máximo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Por meio de comunicados às SES’s, a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) do MS, em Janeiro de 2015, justifica o desabastecimento citando como motivos: dificuldades no processo produtivo de vacinas fabricadas no país, demoras na liberação alfandegária/liberação do termo da guarda pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária(ANVISA) das vacinas importadas e demoras no processo de controle de qualidade dos imunobiológicos; com previsão de breve resolução dos desabastecimentos. Nos comunicados, a CGPNI/MS sugere às Coordenações Estaduais de Imunizações das SES’s “o agendamento do público alvo para otimizar o uso racional de vacinas”.

Esta situação se agrava pelo problema crônico e anterior ao desabastecimento, de *perda técnica* de doses de vacina nos casos de imunobiológicos que usam *frascos multidoses* (por exemplo, BCG e Febre Amarela) pela eliminação de doses cujo prazo de validade vence antes de acabar o frasco.

No Distrito Federal (DF), visto que o desabastecimento de imunobiológicos não se regularizava ao longo dos meses e como medida para não desassistir a população seguindo a orientação do MS, a SES/DF recomenda, em Fevereiro/2015, “o agendamento do atendimento ao público-alvo” da vacina BCG (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2015), esta recomendação se traduz numa medida denominada “Plano Especial de Vacinação” adotando “um calendário de agendamento das vacinas de acordo com cada regional” (AGÊNCIA BRASÍLIA, 2015). O agendamento consiste na redução da oferta de atendimento, onde dias, horários e Unidades Básicas de Saúde(UBS) específicos foram determinados para as vacinas de BCG e Febre Amarela. Antes da intervenção, a oferta se caracterizava como livre demanda, onde o usuário poderia optar por se vacinar a qualquer dia e horário de funcionamento da Sala da Vacina.

Em Março de 2015, quinze regionais do Distrito Federal elencaram as Unidades Básicas de Saúde que fariam parte do agendamento. A Regional Ceilândia, estudada na pesquisa, possui 11 Unidades Básicas de Saúde e todas foram incluídas no agendamento. O horário de vacinação de BCG e Febre Amarela em todas as UBS foi padronizado das 10h às 12h e das 13h às 15h (total de 4 horas/dia); a vacinação de BCG seria oferecida apenas um dia da semana em quatro das onze UBS's da Regional e a vacina Febre Amarela seria oferecida em dois dias da semana nas onze UBS's. Comparada com o total de horários de oferta da vacinação antes da intervenção, a modificação significou – nos primeiros 3 meses da intervenção, denominada aqui “primeira etapa” – uma redução de 97% dos horários de oferta de BCG e de 82% dos horários de oferta de Febre Amarela. Depois dos primeiros três meses da intervenção (“segunda etapa”), em Junho/2015, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização ampliou a oferta de horários da BCG em 6% (a redução chegou a 91% dos horários que se tinha antes da intervenção).

Diante da grande redução de oferta de atendimento de imunização, é de se supor que a população possa ter sido prejudicada pelo desabastecimento e pela intervenção que reduz suas opções de dias, horários e Unidades, cabe se perguntar qual foi a estratégia de comunicação prevista para explicar e orientar, no caso da Região Administrativa de Ceilândia, meio milhão de habitantes. Este trabalho busca avaliar a efetividade da intervenção de agendamento do atendimento das vacinas BCG e Febre Amarela diante de quatro aspectos da intervenção: efetividade na redução do desperdício, na manutenção do número de doses aplicadas e na manutenção de cobertura populacional. De outra parte, procura-se descrever elementos da estrutura e processo da estratégia de comunicação

desenvolvida pela SES/DF e a Regional de Saúde de Ceilândia para alertar e orientar a população sobre as alterações do calendário de ofertas. Nossos resultados mostram sucesso da intervenção nos três primeiros aspectos e sugerem deficiências na estratégia de comunicação com a sociedade que foi afetada pelas mudanças no calendário.

2-JUSTIFICATIVA

Partindo da premissa que o Programa Nacional de Imunização é uma das intervenções mais importantes em Saúde Pública do nosso país, responsável pela eliminação da varíola e pela interrupção da transmissão da poliomielite (BRASIL, 2013), os desabastecimentos iniciados em 2014 e agendamentos propostos pelo Ministério da Saúde em uma tentativa de evitar danos e evitar ferir o princípio da integralidade da assistência à saúde, podem indicar que o PNI apesar de suas conquistas ocorridas durante seus 42 anos, sofre de fragilidades em sua gestão que afeta diretamente a população brasileira.

A Regional Ceilândia adotou junto a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal o agendamento do atendimento das vacinas, restringindo as vacinas BCG e Febre Amarela em dias, horários e Unidades de Básicas de Saúde. Toda a estratégia – desde o desabastecimento à intervenção – transparece a existência de um planejamento com falhas, entretanto que se esforça para evitar maiores problemas. As medidas de intervenção como o agendamento do atendimento para otimizar o uso de doses supõe-se que é resolutivo de uma maneira emergencial, entretanto é necessária uma atenção sobre a condução da intervenção, suas atualizações e o futuro da mesma onde dentro da área de planejamento/gestão deve-se levar em conta a população objeto da intervenção que será lesada ou contemplada com as medidas.

A pesquisa justifica-se pela inquietude de esclarecer se agendamento do atendimento das vacinas BCG e Febre Amarela atingiu a meta do Ministério da Saúde de desacelerar o desabastecimento e a otimização das ampolas no mesmo instante em que não fere a cobertura vacinal, não prejudicou o número de doses aplicadas, alcançou a diminuição do desperdício por perdas técnicas e se a população alvo foi comunicada sobre a situação com qualidade.

3-OBJETIVOS

3.1-Objetivo Geral

Avaliar a efetividade da intervenção agendamento do atendimento das vacinas BCG e Febre Amarela e sua estratégia de comunicação adotado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal no período de Março a Agosto de 2015 na Regional Ceilândia-DF.

3.2-Objetivos Específicos

Avaliar a efetividade da redução do desperdício de doses de vacinas no período de Março a Agosto de 2015 em comparação com o mesmo período no ano de 2014 na Regional Ceilândia-DF;

Avaliar efetividade da manutenção do número de doses aplicadas no período de Março a Agosto de 2015 em comparação com o mesmo período no ano de 2014 na Regional Ceilândia-DF;

Avaliar a efetividade da manutenção da cobertura vacinal no período de Março a Agosto de 2015 em comparação com o mesmo período no ano de 2014 na Regional Ceilândia-DF e

Descrever a estratégia de comunicação desenvolvida pela SES/DF e a Regional de Saúde de Ceilândia para alertar e orientar a população sobre as alterações do agendamento no período inicial de implantação da intervenção.

4-METODOLOGIA

Este estudo é uma avaliação normativa – consiste em emitir um juízo sobre a estrutura, os processos e os resultados da intervenção em comparação com determinadas normas (CHAMPAGNE et al, 2011) – com objetivo formativo que visa fornecer informações para a melhoria de uma intervenção durante o decorrer de sua implementação (FIQUEIRÓ, 2010). O método utilizado para a pesquisa será de análise de dados, onde será utilizado como tipo de estudo o Estudo de Caso, que representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados (YIN, 2001 citado por VENTURA, 2007).

A amostragem da pesquisa será composta pelas 11 Unidades Básicas de Saúde localizadas na regional Ceilândia-DF e serão analisadas as vacinas BCG e Febre Amarela que são as únicas que entraram no agendamento da Regional. Será feito um recorte de seis meses, começando pelo mês de Março – mês de implantação do agendamento do atendimento de vacinação no Distrito Federal – até o mês de Agosto dos anos de 2014 e 2015 a fim de realizar uma análise comparativa dos dados de ambos os anos, onde no ano de 2014 as vacinas até então eram oferecidas por livre demanda. A coleta de dados será por meio de análise documental e consultas aos departamentos da Assessoria de Comunicação/SESDF (ASCOM/SESDF), Assessoria de Comunicação /HRC (ASCOM/HRC) e o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização/Ceilândia (NUVEP/Ceilândia).

Para avaliar a efetividade da “redução de desperdício” e a “manutenção do número de doses aplicadas” será analisado o Mapa de Controle de Estoque de Vacinas fornecido pelo NUVEP/Ceilândia de todas as 11 Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia-DF durante o período de Março a Agosto de 2014 e 2015. O estoque é o número de doses recebidas pela NUVEP/Ceilândia, distribuídas às UBSs, acondicionadas e prontas para utilização.

Para avaliar a “mudança de cobertura vacinal” será utilizado o Relatório de Cobertura fornecido pelo NUVEP/Ceilândia e o cálculo que estima a proporção da população-alvo vacinada e supostamente protegida para determinadas doenças retirado do “Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação” durante seis meses do ano de 2014 e 2015. Os dados de cobertura vacinal do ano de 2015 até a data final da pesquisa encontrava-se em andamento, com os seis primeiros meses do ano calculados (Jan-Jun), entretanto, a média de vacinas não é prejudicada, pois os dados são calculados por média e não por

números exatos de vacinas aplicadas em cada mês, ou seja, divide-se o número total de doses aplicadas e de população alvo definida inicialmente pelos 12 meses do ano, e assim cada mês possui uma média igual. Assim, os meses analisados na pesquisa (Março-Agosto) terão a mesma média que os seis primeiros meses já contabilizados (Janeiro-Junho) pelo NUVEP/Ceilândia.

Cálculo:

$$\text{Coberturas vacinais} = \frac{\text{Número de doses aplicadas de determinada vacina}}{\text{População-alvo da vacinação}} \times 100$$

Fonte: Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação

A população alvo de vacinação de crianças < 1 ano e 1 ano de idade é definida pelo Ministério da Saúde para cada localidade que utilizam dados do SINASC- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos para o cálculo.

Para descrever a estratégia de comunicação, serão levantadas informações jornalísticas relacionadas aos temas “desabastecimento de vacinas”, “desabastecimento de imunizações”, “vacina BCG” e “vacina Febre Amarela” todas referidas ao DF no ano de 2015 e consultadas a ASCOM/SESDF, ASCOM/HRC e NUVEP/Ceilândia.

5-MARCO TEÓRICO E PROGRAMÁTICO

5.1-Programa Nacional de Imunização no Brasil

A década de 70 foi uma época de contrastes e enfrentamentos aos modelos e projetos no campo da saúde, onde foram determinantes na atual configuração do sistema de saúde brasileiro. Foi uma época em que o planejamento foi usado como instrumento para políticas públicas e do surgimento de iniciativas que propunham a universalização do cuidado e da estruturação de um novo campo de práticas em saúde, o chamado movimento sanitário brasileiro (TEMPORÃO, 2003).

O Programa Nacional de Imunizações-PNI, foi formulado em 1973 com o objetivo de coordenar as ações de imunizações que até a época era marcado pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela cobertura reduzida. Em 1975 foi institucionalizado o PNI, buscando a integridade das ações de imunizações realizadas no país. A legislação específica sobre imunizações e vigilância epidemiológica (Lei 6.259 de 30-10-1975 e Decreto 78.231 de 30-12-76) deu ênfase às atividades permanentes de vacinação e contribuiu para fortalecer institucionalmente o Programa (BRASIL, 2015).

O programa conseguiu superar instabilidades e adversidades ao longo dos anos por ser construído sobre sólidas bases e sustentado pelo fortalecimento técnico das equipes estaduais. No contexto do Sistema Único de Saúde, ele acompanhou o processo de descentralização ocorrido no âmbito da vigilância em saúde. Na esfera nacional e internacional o Programa tem sido avaliado de forma positiva por técnicos, autoridades de saúde, e, especialmente, pela sociedade brasileira. (OSELKA, 2005 citado por BRASIL, 2009).

5.1.1-Calendário de vacinação/funcionamento da oferta

Em 1977, foi instituído o primeiro calendário básico de vacinação, com as vacinas obrigatórias para os menores de um ano em todo o território nacional por meio da portaria nº 452/1977(PNI, 2013). Em 2004, foi instituído o Calendário Básico de Vacinação da Criança, do Calendário de Vacinação do Adolescente e do Calendário de Vacinação do Adulto e Idoso. Nos anos subsequentes (2006; 2010; 2012; 2013 e 2014) os calendários passaram por atualizações (BRASIL, 2013).

Tratar com descuido o calendário básico de vacinação de crianças pode causar diversos agravos, que podem se reverter em graves problemas de saúde pública. (MACINKO et al., RAMOS et al 2010). As vacinas avaliadas na pesquisa são a BCG e Febre Amarela são encontradas no Calendário Básico de Vacinação (Figura 1) e correspondem a diferentes tipos de prevenção de doenças:

A BCG protege contra as formas graves da tuberculose, doença contagiosa, produzida por bactéria que atinge principalmente os pulmões e que, se não tratada, pode provocar sérios problemas respiratórios, emagrecimento, fraqueza e até levar à morte. A vacina Febre Amarela protege contra a febre amarela, doença infecciosa, causada por um vírus transmitido por vários tipos de mosquito. É uma doença grave, que se caracteriza por febre repentina, calafrios, dor de cabeça, náuseas e leva a sangramento no fígado, no cérebro e nos rins, podendo, em muitos casos, causar a morte (TOSCANO, 2003).

| CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------|-----------------|---|---|-------------------|------------------|------------------|-----------------|---------------------|------------|----------------------|-------------|------------------------|------------------------|---|
| Grupo-Alvo | Idade | BCG | Hepatite B | Penta | VIP/VOP | Pneumocócica 10V | Rotavírus Humano | Meningocócica C | Febre Amarela | Hepatite A | Triplice Viral | Tetra Viral | HPV | Dupla Adulto | dTpa |
| Crianças | Ao nascer | Dose única | Dose ao nascer | | | | | | | | | | | | |
| | 2 meses | | | 1ª dose | 1ª dose (com VIP) | 1ª dose | 1ª dose | | | | | | | | |
| | 3 meses | | | | | | | 1ª dose | | | | | | | |
| | 4 meses | | | 2ª dose | 2ª dose (com VIP) | 2ª dose | 2ª dose | | | | | | | | |
| | 5 meses | | | | | | | 2ª dose | | | | | | | |
| | 6 meses | | | 3ª dose | 3ª dose (com VOP) | 3ª dose | | | | | | | | | |
| | 9 meses | | | | | | | | Dose inicial | | | | | | |
| | 12 meses | | | | | | Reforço | | | Uma dose | 1ª dose | | | | |
| | 15 meses | | | 1º reforço (com DTP) | Reforço (com VOP) | | | Reforço | | | | 1 dose | | | |
| Adolescente | 4 anos | | | 2º reforço (com DTP) | Reforço (com VOP) | | | | | | | | | | |
| | | 10 a 19 anos | | 3 doses (a depender da situação vacinal anterior) | | | | | Dose a cada 10 anos | | 2 doses | | 3 doses (11 a 13 anos) | Reforço a cada 10 anos | |
| Adulto | 20 a 59 anos | | 3 doses (a depender da situação vacinal anterior) | | | | | | Dose a cada 10 anos | | 1 dose (até 49 anos) | | | Reforço a cada 10 anos | |
| | | 60 anos ou mais | | 3 doses (a depender da situação vacinal anterior) | | | | | Dose a cada 10 anos | | | | | Reforço a cada 10 anos | |
| Gestante | | | 3 doses (a depender da situação vacinal anterior) | | | | | | | | | | | 3 doses | Uma dose a partir da 27ª semana de gestação |

Figura 1- Calendário Nacional de Vacinação. Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015

Cada vacina tem particularidades como, a idade certa de se vacinar e a quantidade de doses que devem ser aplicadas ao longo dos anos, e em questão técnica, a validade da vacina, o número de doses em cada frasco entre outros.

Vacina BCG: dose única, o mais precoce possível, preferencialmente na maternidade, logo após o nascimento. Vacina Febre Amarela: administrar uma dose a partir dos 9 meses de idade. Indicada para residentes ou viajantes para as áreas com recomendação da vacina (pelo menos 10 dias antes da viagem). Indicadas também para pessoas que se deslocam para países em situação epidemiológica de risco (BRASIL, 2014).

As ofertas de todas as vacinas do Calendário Nacional de Vacinação são de livre demanda, ou seja, o usuário pode chegar a qualquer horário do dia em que a Sala de Vacinação esteja funcionando e ser vacinado. Nas Unidades Básicas de Saúde da Regional Ceilândia-DF os horários de funcionamento da Sala da Vacina são de 7:30 a 12:00 no período da manhã e no período da tarde de 13:00 a 17:30, totalizando 9h de oferta diária de vacinação em cada Unidade Básica de Saúde.

5.1.2-Perdas Técnicas de Imunobiológicos

Tem-se no país um programa que serve como um exemplo mundial ao mesmo tempo em que convive com problemas básicos no dia a dia como as perdas técnicas e físicas (PERREIRA et al., 2013). A perda técnica é decorrente da abertura de um frasco multidoses quando o número de pessoas a vacinar é menor e vence o prazo de uso depois de aberto. A perda física é a decorrente de quebras, problemas na rede de frio e vencimento do prazo de validade (BAHIA, 2011). A vacina BCG é desenvolvida pela Fundação Ataulpho de Paiva, onde segundo o produtor, a vacina diluída deve ser utilizada no mesmo dia, por um prazo máximo de 6 (seis) horas. Já a vacina Febre Amarela é desenvolvida pela Bio-Manguinhos/Fiocruz que estipula que após reconstituição tem o mesmo prazo da BCG de 6 (seis) horas para seu vencimento. (BRASIL, 2013).

Ambos os imunobiológicos alvos da presente avaliação possuem a peculiaridade de serem dispensados em frascos multidose, ou seja, cada frasco possui um quantitativo de 10 (dez) doses, onde após ser diluído, podem ser aplicadas por até 6 (seis) horas. Ou seja, as Secretarias de Saúde além de enfrentarem o desabastecimento também devem enfrentar o fato das poucas vacinas que forem entregues terem um prazo de validade curto e serem multidoses, o que acarretava em desperdícios inevitáveis uma vez que pelo fato da oferta ser de livre demanda, a abertura do frasco se dava a partir do momento que aparecia um usuário, e a partir da primeira dose aplicada, sobrava-se 9 (nove) doses ao longo das horas restantes, entretanto, nem sempre apareciam potenciais usuários para se vacinarem, acarretando no descarte daquelas vacinas. A intervenção avaliada procurou atuar também sobre a perda técnica.

5.1.3-Cobertura Vacinal

Segundo o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação a cobertura vacinal “*expressa a proporção de pessoas de um grupo-alvo que foram vacinadas. A cobertura vacinal mede a capacidade de um serviço em atingir determinada meta de vacinação*” (BRASIL,2014). O monitoramento das coberturas vacinais é uma atividade de rotina no âmbito da gestão do Programa Nacional de Imunizações no Ministério da Saúde e em grande parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (TEIXEIRA e ROCHA, 2010).

A cobertura vacinal é um importante indicador de saúde das populações, sobretudo das crianças e da qualidade da atenção dispensada pelos sistemas e serviços de saúde. O estudo desse indicador subsidia o processo de planejamento, especialmente a reestruturação das ações de prevenção e proteção à saúde (ARAÚJO et al, citado por QUEIROZ et. al.). O período entre 2004 a 2013 evidenciou conquistas ao PNI, pois acorreram altas coberturas vacinais, com médias superiores a 95% para todas as vacinas do calendário de vacinação, com destaque para as vacinas BCG e Tríplice Viral, com percentuais iguais ou maiores que 100% (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015).

No arquivo cedido pela NUVEP/Ceilândia de “COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS < 1 ANO E 1 ANO DE IDADE - POR LOCALIDADE”, pode-se observar a população alvo de cada ano para < 1 ano e 1 ano de idade segundo dados do SINASC-Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos estipuladas pelo Ministério da Saúde para cada localidade. Segundo o Boletim Epidemiológico N°30/2015, “*são consideradas coberturas vacinais adequadas: $\geq 90\%$ para as vacinas VORH e BCG; e $> 100\%$ para as vacinas contra febre amarela e dT (ou dTpa) em MIF e gestantes*”.

Em Ceilândia, segundo o material “COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS < 1 ANO E 1 ANO DE IDADE - POR LOCALIDADE ”, a cobertura vacinal da BCG e Febre amarela alcançou respectivamente 104,57% e 92,68% em crianças <1 ano e 1 ano de idade conforme Quadro (1).

Quadro 1- Quantitativo de População Alvo, Vacinas Aplicadas e Cobertura Vacinal no ano de 2014 na Regional Ceilândia.

| 2014 | | | |
|--------|----------------|-----------|-----------|
| VACINA | POPULAÇÃO ALVO | APLICADAS | COBERTURA |
| BCG | 7.630 | 7.979 | 104,57% |
| FEBRE | 7.630 | 7.072 | 92,68% |

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização, 2014.

5.2-Desabastecimento Brasil e DF

Segundo um breve levantamento em noticiários eletrônicos, Folha de São Paulo, Correio Braziliense, Agência Brasil entre outros, desde o final do ano de 2014 e início do ano de 2015, indícios de desabastecimento de vacinas surgiram em todo território nacional. Em janeiro de 2015 o Ministério da Saúde por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunização (CGPNI) pelo comunicado nº 02/2015 de 09 de janeiro de 2015 considerou a dificuldade para atender a demanda na distribuição de alguns imunobiológicos (BCG, Febre Amarela, HIB, Dupla Adulto, Tetraviral e Tríplice Viral) com regularidade por motivos concorrentes como; estarem em situação de análise para o controle de qualidade pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde- INCQS, problemas no processo produtivo, processo de desembarço alfandegário e liberação do termo da guarda pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Neste sentido, a CGPNI sugeriu que houvesse remanejamentos locais quando possível, visando a otimização dos imunobiológicos até que os estoques na instância federal fossem regularizados (BRASIL. SVS.,2015).

Ainda no plano das normas de nível federal, encontra-se no comunicado Nº 15/2015 de 30 de janeiro de 2015, a informação pela CGPNI onde relata que continua não atendendo regularmente as demandas estaduais mensais de alguns imunobiológicos e repassa a atual situação dos imunobiológicos, além de sugerir a “otimização e o uso racional” e que os estados façam “o agendamento do público alvo” (BRASIL. SVS., 2015).

O Distrito Federal por sua vez, pela Circular Nº03/2015 de 04 de fevereiro de 2015, reforça o comunicado Nº 15 do Ministério em relação a “alguns imunobiológicos” e, depois, analisa a atual situação da vacina BCG e sugere o agendamento do atendimento desta vacina, e que esse atendimento devia ser “preferencialmente no horário de maior fluxo de usuários na Unidade Básica de Saúde [no]”. (BRASIL. SVS., 2015)

Diante do exposto, nos meses subsequentes a orientação federal, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) adotou como medida emergencial o agendamento do atendimento de vacinação desde março de 2015 restringindo – com o objetivo de gerenciar o desabastecimento – os locais, datas e horários das vacinas: BCG, Dupla Adulto (difteria e tétano), Tetra Viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), HIB (haemophilus influenzae tipo b), Febre Amarela e Antirrábica (AGÊNCIA BRASÍLIA, 2015). Causando assim, a modificação do funcionamento estabelecido do Programa Nacional de Imunizações (PNI), até esse momento pautado pelo atendimento constante em todos os serviços de atenção básica à saúde a demanda por vacinas.

Em Agosto de 2015, o Ministério Público Federal - Procuradoria da República no Distrito Federal, pelo PROCEDIMENTO PREPARATÓR IO nº 1.16.000.001189/2015-27, RECOMENDAÇÃO nº 95 /2015 fez considerações sobre os motivos pelos quais ocorreram os desabastecimentos, considerando que:

Conforme informado pela Secretaria de Estado de Saúde do DF, pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS e pela Coordenadora-Geral do Programa Nacional de Imunizações (PNI) nos autos do PP 1.16.000.001189/2015-27, o País vem enfrentando, há alguns meses, desabastecimentos de algumas vacinas, dentre as quais a BCG, dupla adulto, tetraviral, tríplice viral, HIB e IVB, que visam à proteção contra a tuberculose, a influenza, a difteria, o tétano, a caxumba, o sarampo, a rubéola etc [...]que os motivos do desabastecimento, conforme informou a este órgão a Coordenadora-Geral do PNI, são i) a reformulação das plantas dos laboratórios públicos, para atender a requisitos da ANVISA acerca de boas práticas de fabricação, processo que se iniciou em 2014 e redundou na paralisação da produção de muitas vacinas; ii) a dificuldade de desembaraço aduaneiro, nos aeroportos, das vacinas adquiridas no mercado internacional, pelo Fundo Rotatório (OPAS), por solicitação do Ministério da Saúde, depois de esgotados seus estoques estratégicos de vacinas; iii) as dificuldades operacionais da ANVISA para realizar, com mais rapidez, tanto o desembaraço aduaneiro de um volume muito maior de vacinas importadas quanto as verificações relativas às reformulações de plantas dos laboratórios públicos, para fins de concessão de certificados de boas práticas de fabricação (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2015).

Ainda no procedimento, o Ministério Público cita que,

A previsão de retorno do funcionamento normal dos laboratórios públicos é apenas julho de 2016, situação que prolongará a aquisição internacional de muitas

vacinas, pelo Ministério da Saúde, e continuará sujeitando o público-alvo do Programa Nacional de Imunizações aos atrasos na distribuição e na dispensação das vacinas, em razão de dificuldades no desembarço aduaneiro e nas inspeções de regularidade nas reformulações das plantas dos laboratórios públicos, podendo comprometer inclusive o cumprimento do Calendário Nacional de Vacinação, do Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e das Campanhas Nacionais de Vacinação” (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2015).

Assim, o desabastecimento de imunobiológicos levou o Ministério Público Federal a recomendar ao Diretor-Presidente da ANVISA e ao Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) a adotarem medidas necessárias “*priorizando a fiscalização sanitária e o desembarço aduaneiro de vacinas adquiridas pelo Ministério da Saúde no mercado internacional, a fim de evitar o desabastecimento*”.

O procedimento até o momento final da pesquisa encontra-se em segredo de justiça inviabilizando o acompanhamento do processo e as possíveis respostas que o Diretor da ANVISA e o Secretário de Vigilância em Saúde do MS deram ao Ministério Público. Matérias jornalísticas - Correios Braziliense, Bom Dia Brasil, R7.com- de Outubro e Novembro de 2015 demonstram que o desabastecimento de imunobiológicos ainda persiste no DF e outros Estado.

5.3-Intervenção “Agendamento do Atendimento de Vacinas” no Distrito Federal.

Em março de 2015 a Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) por meio da Agência Brasília – agência de notícias do governo de Brasília – comunica sobre a adoção do agendamento do atendimento das vacinas que consistiria em um calendário especial onde definia dias e horários específicos das vacinas BCG e Febre Amarela nas Unidades Básicas de Saúde de 15 regionais do Distrito Federal, no caso da regional Ceilândia – regional avaliada na pesquisa –, a vacina BCG seria aplicada apenas em 4 UBS’s (Nº2, 6, 7 e 10) das 11, segundo a SVS/HRC, escolhidas por estarem localizadas em pontos estratégicos no território para melhor atender a demanda, onde cada UBS ofereceria a vacina apenas uma vez por semana, no entanto, a vacina Febre Amarela seria aplicada nas 11 Unidades em dois dias da semana em cada UBS.

Quadro 2- Agendamento do atendimento: Relação de UBS's, dias e horários de cada vacina/ Março2015.

| UBS (Nº) | IMUNOBIOLÓGICO | DIA | HORÁRIO |
|----------|----------------|------------------|---------|
| Nº 02 | BCG | Sexta | 10h-15h |
| Nº 06 | BCG | Quarta | 10h-15h |
| Nº 07 | BCG | Quinta | 10h-15h |
| Nº 10 | BCG | Terça | 10h-15h |
| Nº 02 | Febre Amarela | Segunda e Quarta | 10h-15h |
| Nº 03 | Febre Amarela | Segunda e Quarta | 10h-15h |
| Nº 04 | Febre Amarela | Terça e Quinta | 10h-15h |
| Nº 05 | Febre Amarela | Terça e Quinta | 10h-15h |
| Nº 06 | Febre Amarela | Segunda e Quinta | 10h-15h |
| Nº 07 | Febre Amarela | Segunda e Quinta | 10h-15h |
| Nº 08 | Febre Amarela | Terça e Quinta | 10h-15h |
| Nº 09 | Febre Amarela | Quarta e Sexta | 10h-15h |
| Nº 10 | Febre Amarela | Quarta e Sexta | 10h-15h |
| Nº 11 | Febre Amarela | Terça e Sexta | 10h-15h |
| Nº 12 | Febre Amarela | Segunda e Quinta | 10h-15h |

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/ Agência Brasília, 2015

A medida foi tomada para otimizar o uso de ampolas e evitar o desperdício concentrando no atendimento uma vez que os dois imunobiológicos possuem a peculiaridade de serem multidoses, ou seja, um frasco possui dez doses cada e duram aproximadamente 6 horas, e assim, por vezes, apenas poucos usuários eram vacinados por dia em alguns locais, forçando o descarte do restante das doses. O calendário com dias e horários foi disponibilizado na página da notícia (AGÊNCIA BRASÍLIA, 2015).

Em Junho de 2015, a SES/DF, por meio de seu portal eletrônico, noticiou uma atualização sobre o agendamento – iniciando uma “segunda etapa” da intervenção - considerando a Regional analisada na pesquisa, onde antes se aplicava a vacina BCG em apenas 4 UBS's, agora seria aplicada em todas as 11UBS's (Quadro 3), e continuaria sendo oferecida uma vez por semana. A vacina Febre Amarela não sofreu alterações (SES-DF, 2015).

Quadro 3- Agendamento do atendimento: Relação de UBS's, dias e horários de cada vacina (Atualização BCG) Junho/2015.

| UBS | IMUNOBiolÓGICO | DIA | HORÁRIO |
|-------|----------------|------------------|---------|
| Nº 02 | BCG | Sexta | 10h-15h |
| | Febre Amarela | Segunda e Quarta | 10h-15h |
| Nº 03 | BCG | Segunda | 10h-15h |
| | Febre Amarela | Segunda e Quarta | 10h-15h |
| Nº 04 | BCG | Sexta | 10h-15h |
| | Febre Amarela | Terça e Quinta | 10h-15h |
| Nº 05 | BCG | Quarta | 10h-15h |
| | Febre Amarela | Terça e Quinta | 10h-15h |
| Nº 06 | BCG | Quinta | 10h-15h |
| | Febre Amarela | Segunda e Quinta | 10h-15h |
| Nº 07 | BCG | Quinta | 10h-15h |
| | Febre Amarela | Segunda e Quinta | 10h-15h |
| Nº 08 | BCG | Terça | 10h-15h |
| | Febre Amarela | Terça e Quinta | 10h-15h |
| Nº 09 | BCG | Quarta | 10h-15h |
| | Febre Amarela | Quarta e Sexta | 10h-15h |
| Nº 10 | BCG | Terça | 10h-15h |
| | Febre Amarela | Quarta e Sexta | 10h-15h |
| Nº 11 | BCG | Segunda | 10h-15h |
| | Febre Amarela | Terça e Sexta | 10h-15h |
| Nº 12 | BCG | Terça | 10h-15h |
| | Febre Amarela | Segunda e Quinta | 10h-15h |

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/ Agência Brasília, 2015

Observa-se que todos os dias da semana há ofertas dos dois imunobiológicos em Unidades diferentes, ou seja, um rodízio foi pensado para evitar a ausência de oferta de vacinas para a população.

5.3.1-Oferta pós-intervenção

Considerando o horário de funcionamento diário da Sala da Vacina antes da intervenção de 7:30-12:00 as 13:00-17:30, calcula-se 9h por dia de atendimento ao público totalizando 45h semanais de oferta para a população em cada Unidade Básica de Saúde. A regional Ceilândia possui 11 UBS's totalizando – antes da alteração dos horários e locais - semanalmente 495h de oferta para toda a população durante os cinco dias da semana.

Oferta pré-intervenção = 9h diária X 5dias/semana = 45h X 11 UBS's = 495h semanais nas 11 Unidades.

A intervenção propõe uma redução de oferta tanto de dias, horários e Unidades Básicas de Saúde. A vacina BCG passou a ser ofertada no início da intervenção apenas em um dia da semana e a vacina e a Febre Amarela passou a ser ofertada em dois dias da semana, ambas no período de 10:00-12:00 as 13:00-15:00 totalizando 4h por dia de oferta além das particularidades quanto as UBS's explicadas mais adiante.

Quadro 4- Horários de funcionamento do atendimento pré e pós intervenção.

| BCG | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <i>Antes da Intervenção</i> | | <i>Intervenção – 1ª etapa</i> | | <i>Intervenção – 2ª etapa</i> | |
| HORÁRIOS | 7:30-12:00/ 13:00-17:30 | HORÁRIOS | 10:00-12:00/ 13:00-15:00 | HORÁRIOS | 10:00-12:00/ 13:00-15:00 |
| DIAS | Segunda a Sexta | DIAS | 1 dia na semana | DIAS | 1 dia na semana |
| UBS | 11 UBS's | UBS | 4 UBS's | UBS | 11 UBS's |
| FEBRE AMARELA | | | | | |
| <i>Antes da Intervenção</i> | | | <i>Intervenção - 1ª e 2ª etapa</i> | | |
| HORÁRIOS | 7:30-12:00/ 13:00-17:30 | | HORÁRIOS | 10:00-12:00/ 13:00-15:00 | |
| DIAS | Segunda a Sexta | | DIAS | 2 dias na semana | |
| UBS | 11 UBS's | | UBS | 11 UBS's | |

Fonte: /Agência Brasília e NUVEP/Ceilândia2015

A vacina BCG sofreu mais alterações, pois passou a ser inicialmente ofertada apenas em um dia da semana e em apenas 4 UBS's nos três primeiros meses da intervenção, com isto, cada UBS de 45h semanais de oferta de horários passou a ser de 4h considerando a redução dos horários e dias, ou seja, de 495h de oferta semanal nas 11 UBS's durante os cinco dias da semana, passou a ser 16h de oferta semanal nas 4 UBS's durante um dia na semana cada, reduzindo 97% da oferta de horários total. A NUVEP/Ceilândia e a Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS)/Ceilândia escolheram as 4 UBS's por se encontrarem em pontos estratégicos da cidade, UBS's 2 e 7 no "lado Norte" de Ceilândia e UBS's 6 e 10 no "lado Sul" (Figura 2).



Figura 2- Mapa da Regional Ceilândia/DF. Fonte: Diretoria Regional de Atenção Primária em Saúde -DIRAPS /Ceilândia, 2015

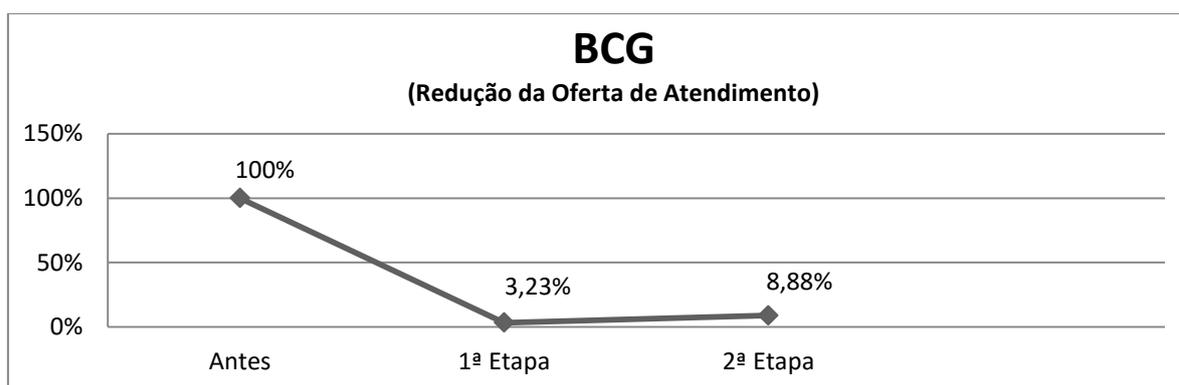
Entretanto, após o NUVEP/Ceilândia monitorar os primeiros 3 (três) meses desta intervenção, percebeu-se uma sobrecarga nas 4 Unidades, e a partir de Junho, houve a atualização do agendamento, onde decidiram que as 11 UBS's voltariam a oferecer a vacina BCG, mantendo um único dia de oferta em cada Unidade, assim, onde antes eram 16h semanais em 4 Unidades, agora seriam 44h semanais nas 11 UBS's, a redução da oferta de horários passou de 97% para 91% da vacina BCG.

Quadro 5- Proporção da oferta de horários pré-intervenção e sua redução pós-intervenção.

| BCG | | | | | | |
|------------------------|--------|---------------|----------|--|-----------------------|-----------------------------------|
| PERÍODO | HORAS | DIAS | UBS'S | RESULTADO | OFERTA DE HORÁRIOS(%) | REDUÇÃO DA OFERTA DE HORÁRIOS (%) |
| Antes | 9h/dia | 5 dias/semana | 11 UBS's | 495h por semana da oferta nas 11 UBS's | 100% | - |
| 1ª Etapa | 4h/dia | 1 dia/semana | 4 UBS's | 16h por semana de oferta nas 4 UBS's | 3,23% | ≈ 97% |
| 2ª Etapa (atualização) | 4h/dia | 1 dia/semana | 11 UBS's | 44h por semana de oferta nas 11 UBS's | 8,88% | ≈ 91% |

Fonte: /Agência Brasília e NUVEP/Ceilândia2015

Gráfico 1- Redução da oferta de atendimento.



Fonte: /Agência Brasília e NUVEP/Ceilândia2015

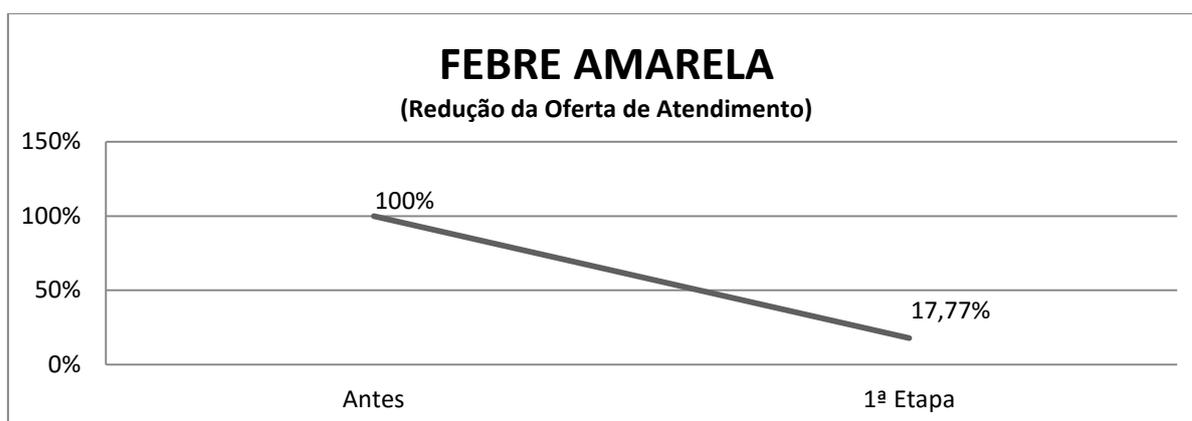
A vacina Febre Amarela por sua vez, também passou por uma redução da oferta, entretanto menor que a BCG. Desde o início da intervenção foi estipulado que as 11 UBS's da regional a ofereceriam, mas em apenas dois dias da semana. Ou seja, onde antes cada UBS tinha uma oferta semanal de 45h durante os cinco dias da semana, totalizando 495h totais nas 11 UBS's, após intervenção passou a ser 8h semanais em cada uma considerando os dias e horários reduzidos, totalizando 88h semanais nas 11 UBS's, o que significa uma redução de aproximadamente 82% da oferta de horários total na regional.

Quadro 6- Proporção da oferta de horários pré-intervenção e sua redução pós-intervenção.

| FEBRE AMARELA | | | | | | |
|---------------|--------|---------------|----------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| PERÍODO | HORAS | DIAS | UBS's | RESULTADO | OFERTA DE HORÁRIOS(%) | REDUÇÃO DA OFERTA DE HORÁRIOS (%) |
| Antes | 9h/dia | 5 dias/semana | 11 UBS's | 495h por semana nas 11 UBS's | 100% | - |
| 1ª e 2ª Etapa | 4h/dia | 2 dia/semana | 11 UBS's | 88h por semana de oferta nas 11 UBS's | 17,77% | ≈ 82% |

Fonte: /Agência Brasília e NUVEP/Ceilândia2015

Gráfico 2- Redução da oferta de atendimento.



Fonte: /Agência Brasília e NUVEP/Ceilândia2015

5.4-Comunicação em Saúde

Para que se tenha um atendimento das necessidades humanas básicas do usuário no serviço de saúde com qualidade, é primordial o tipo de comunicação que ocorre entre o indivíduo e o profissional de saúde que o recebe. Os profissionais devem agregar o uso de tecnologias leves (comunicação, acolhimento, respeito e valorização das experiências e necessidades individuais), pois esta tecnologia é essencial no reconhecimento e na efetivação do profissional e do usuário, o colocando como protagonista na co-produção de saúde e na humanização do SUS. (MACHADO et.al. 2007).

A informação apesar de não ser suficiente para promover mudanças, ela é uma chave que pode contribuir na conquista de melhores condições de vida. A informação repassada de forma clara e objetiva é um poderoso instrumento de promoção da saúde. O processo de repasse de informações deve ser ético, transparente, atendo aos valores e opiniões dos indivíduos (MOREIRA, 2010).

Entretanto, o acesso à informação tem sido objeto de muitas iniciativas onde é utilizado com mais frequência nos recursos de informática para sua disseminação, como as páginas criadas na internet para oferecer informação, fica o questionamento se ela além de necessária resolve o problema do acesso, uma vez que a questão da exclusão digital é uma realidade no país (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

No livro “Comunicação e Saúde”, as autoras expõem um capítulo referente aos princípios do SUS, dentre eles o princípio da Universalidade onde expõem que “O princípio

da universalidade corresponde ao conceito fundador do SUS, que é o da saúde como direito de todos. Seu correspondente na comunicação seria, logicamente, comunicação como direito de todos (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

A comunicação da intervenção analisada perpassou tanto entre órgãos, profissionais e usuários do Sistema. Os órgãos repassando informações via documentos (Comunicados e Circular), os profissionais recebendo as informações via os documentos enviados pelos órgãos e os usuários via portal de notícias eletrônico e orientações pelos profissionais.

5.5- Avaliação Normativa

Avaliar consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes (CHAMPAGNE et al, 2009 citado por FIQUEIRÓ et al, 2010). A avaliação normativa consiste em emitir um juízo sobre a estrutura, os processos e os resultados da intervenção em comparação com determinadas normas. (CHAMPAGNE et al, 2011).

Uma das abordagens da avaliação de qualidade, a denominada como “Pilares da Qualidade” de Avedis Donabedian considera que Efetividade, Eficiência, Eficácia, Aceitabilidade, Equidade, Legitimidade e Otimização seriam os “pilares” da qualidade de um programa ou intervenção (SAMICO et al, 2010). De acordo com Samico (2010), a esses 7 aspectos, diversos autores acrescentam diversas variáveis também relacionadas à qualidade do programa; neste caso nos interessam em especial a “Acessibilidade” e a “Aceitabilidade”. A efetividade define-se como a “capacidade de produzir o efeito desejado” durante o “uso rotineiro” da intervenção; “consiste na relação entre o impacto real e o potencial”, em outras palavras, responde à questão “o programa o serviço funciona” (SAMICO et al, 2010). Neste caso, interessou a capacidade do programa analisado na redução do desperdício, na redução do desabastecimento e na manutenção da cobertura vacinal.

A acessibilidade ou acesso considera-se como a “remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis. A relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde” (SAMICO et al, 2010). A aceitabilidade se relaciona “ao fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais (...) e expectativas dos usuários e seus familiares” (SAMICO et al, 2010).

A descrição feita da estratégia de comunicação pode ser considerada como uma das dimensões da avaliação de qualidade da intervenção. Isto pode ser considerado tanto do ponto de vista da dimensão denominada “Qualidade não-técnica” ou “Dimensão interpessoal” do programa que inclui aspectos de Humanização como o respeito e a comunicação. De acordo com Champagne et al. “A gestão das relações interpessoais depende muito do sistema de valores da sociedade e do contexto em que tais relações se articulam (...) No caso do sistema de saúde, ela concerne às relações psicológicas e sociais entre os provedores de cuidados e de serviços e os beneficiários (...) compreende, por exemplo, o que depende da humanização dos serviços, da cordialidade, da qualidade das comunicações (...)” (CHAMPAGNE et al. 2011, ênfase nossa). Numa intervenção como a estudada, que modifica radicalmente o funcionamento de parte de um programa que já faz parte da cultura sanitária do país, é de se esperar que as instâncias provedoras do serviço desenvolvam explicações para a população beneficiária, acostumada há muito tempo a um horário constante de vacinação.

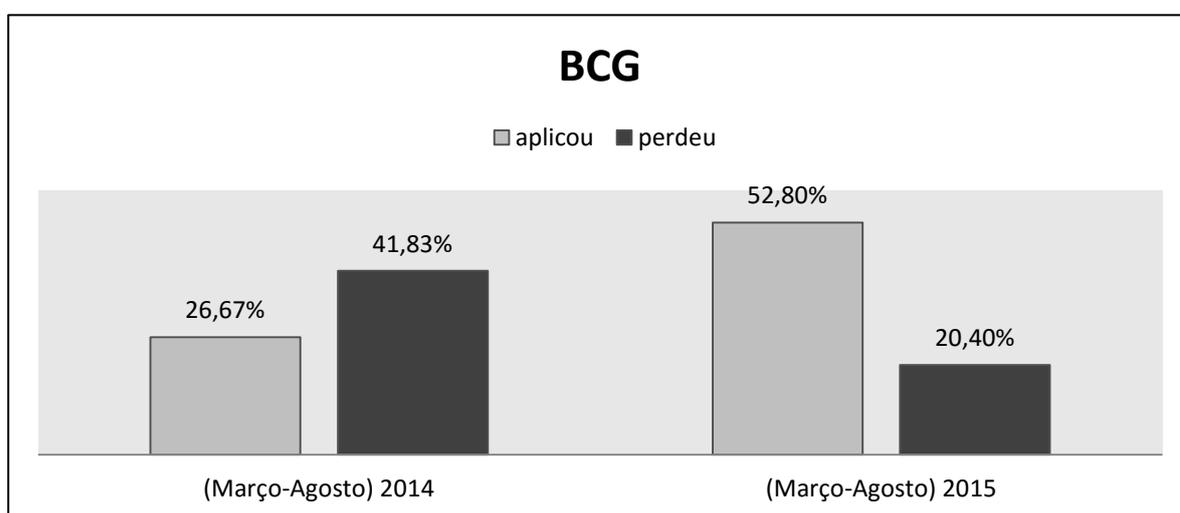
A presente pesquisa tem como foco quatro aspectos da intervenção em busca da comprovação da efetividade baseada na meta do MS e SES/DF de evitar o desabastecimento de imunobiológicos e a otimização de ampolas. Será avaliada a efetividade da redução do desperdício, a efetividade da manutenção de doses aplicadas, a efetividade manutenção da cobertura vacinal e a descrição da estratégia de comunicação desenvolvida pela SES/DF e Regional de Saúde de Ceilândia.

6- RESULTADOS

6.1- Efetividade na redução do desperdício de doses

Considerando que o estoque de vacinas representa 100% do total, podemos observar a proporção de doses aplicadas e perdidas em relação ao estoque nos anos de 2014 e 2015 no período de Março a Agosto. As perdas da vacina BCG em 2014 representaram um maior percentual que as doses aplicadas no mesmo período. Já no período de 2015, as doses aplicadas foram potencializadas e as perdas caíram pela metade em relação as perdas do mesmo período no ano anterior.

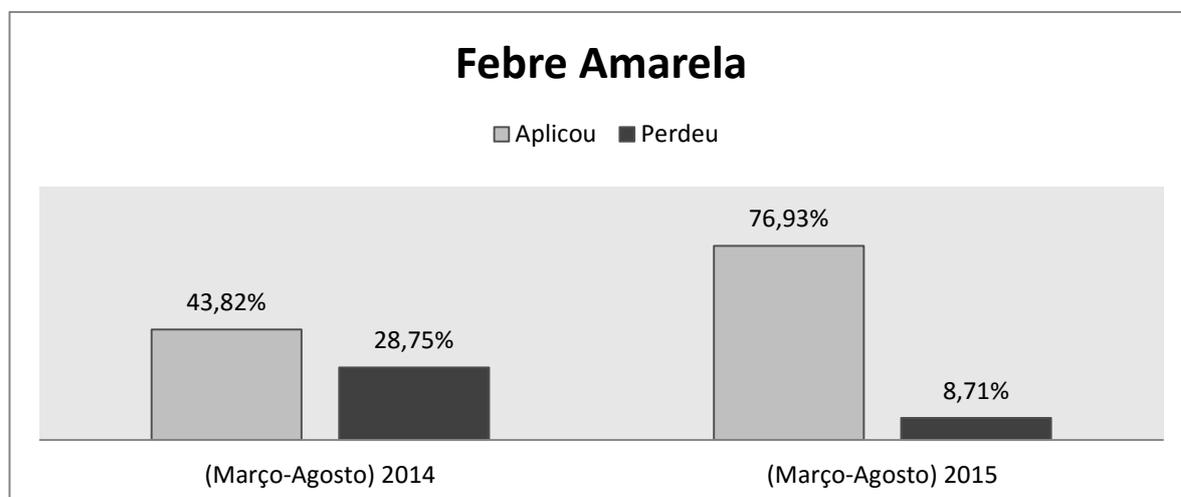
Gráfico 3- Relação entre a proporção de doses aplicadas e as doses perdidas de vacinas.



Fonte: NUVEP/Ceilândia, 2014-2015.

A vacina Febre Amarela também sofreu de perdas significativas no ano de 2014, chegando a quase 30% em relação ao seu estoque, suas doses aplicadas não chegaram a representar nem metade do estoque. No ano de 2015 as doses aplicadas foram potencializadas e as perdas sofreram uma queda significativa comparado ao mesmo período do ano anterior.

Gráfico 4- Relação entre a proporção de doses aplicadas e as doses perdidas de vacinas.

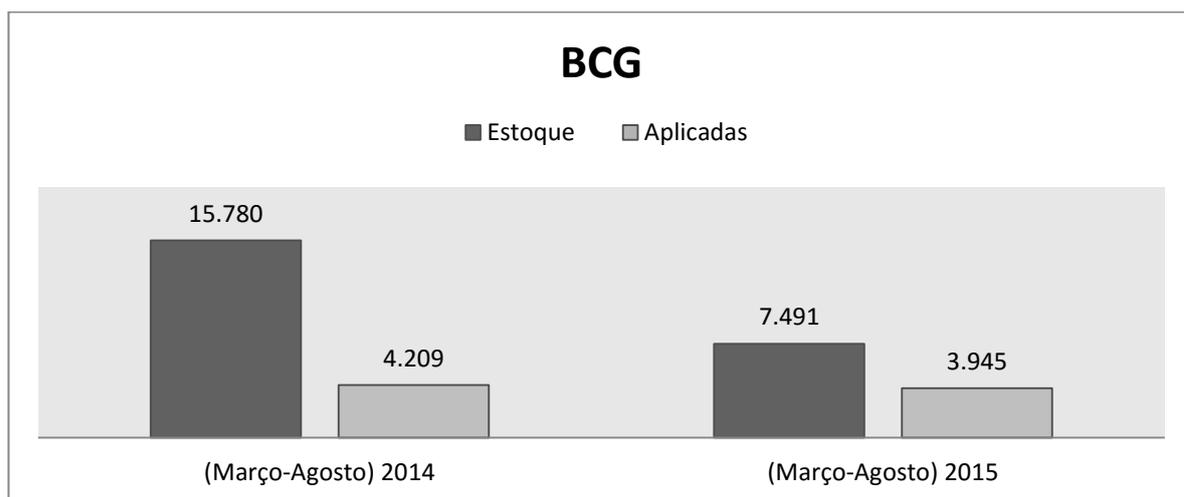


Fonte: NUVEP/Ceilândia, 2014-2015.

6.2-Efetividade da manutenção do número de doses aplicadas

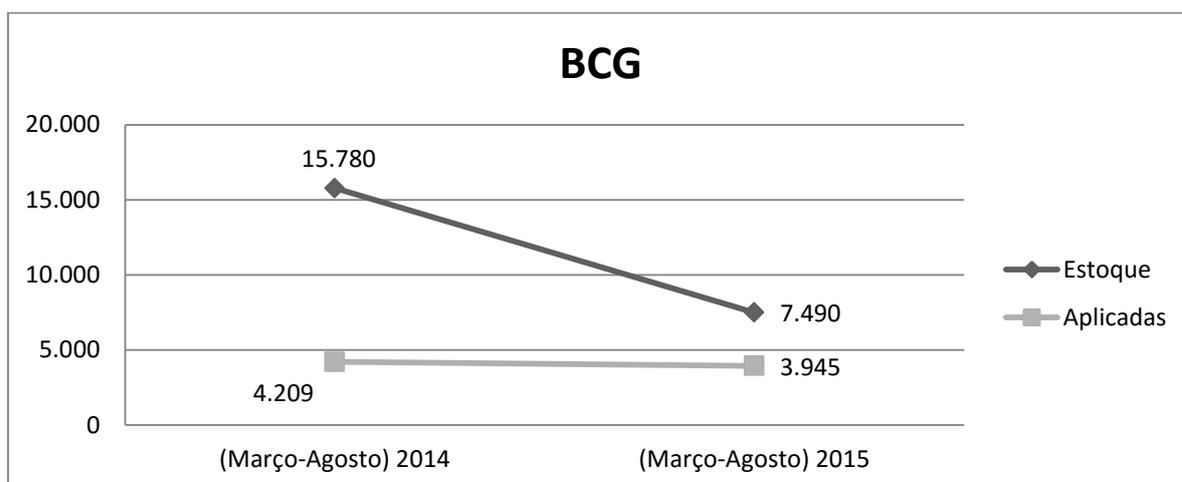
Apesar do estoque de BCG sofrer queda, as doses aplicadas se mantiveram. Observa-se que a quantidade do estoque da vacina sofreu uma queda de mais de 50%, ou seja, mais de 8.000 doses de diferença entre os anos. Entretanto, as doses aplicadas se mantiveram, com uma pequena baixa de um ano para outro.

Gráfico 5- Relação entre o quantitativo do estoque de doses e doses aplicadas de vacina.



Fonte: NUVEP/Ceilândia, 2014-2015.

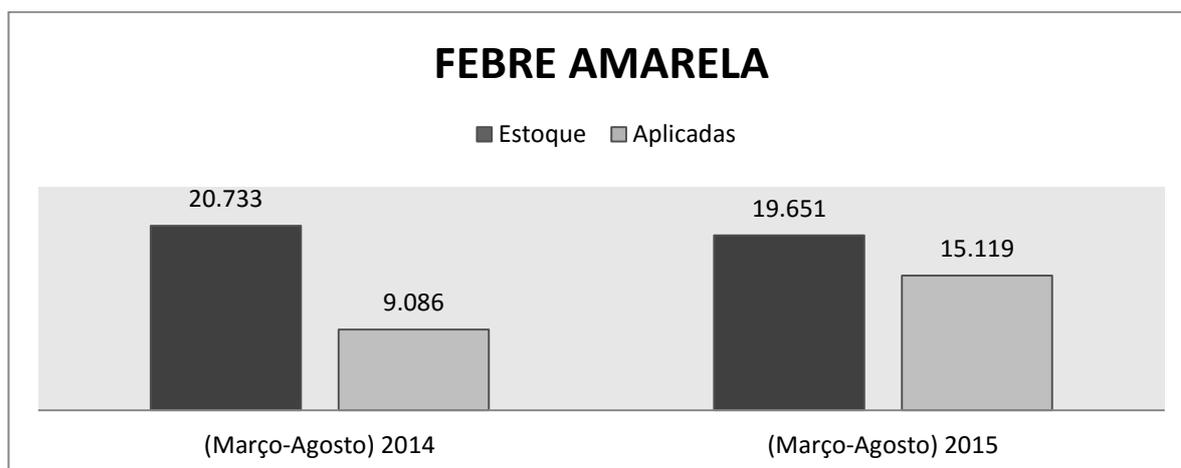
Gráfico 6- Relação entre o quantitativo do estoque de doses e doses aplicadas de vacina.



Fonte: NUVEP/Ceilândia, 2014-2015.

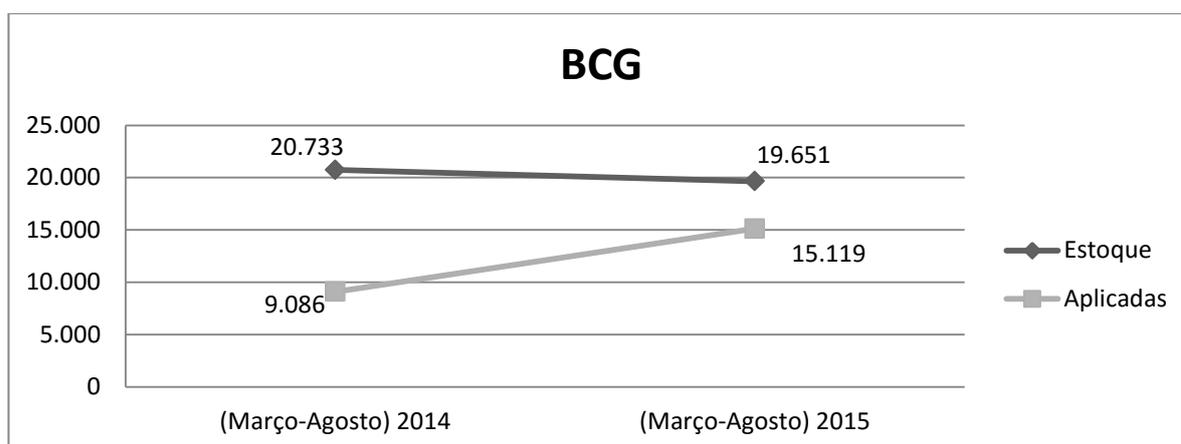
Sobre a vacina Febre Amarela, seu estoque obteve redução de pouco mais de 1000 (mil) doses e as doses aplicadas foram melhor aproveitadas, aumentando consideravelmente (pouco mais de 6.000 doses a mais que o mesmo período do ano anterior) o número de doses aplicadas. Pressupõe que a mudança do calendário de vacinação, onde antes eram aplicadas em crianças menores de 1 e reforço a cada 10 anos e agora para 9 meses de idade e reforço aos 4 anos podem ter potencializado as aplicações, pois crianças que deveriam ser vacinadas apenas com 11 anos, agora são vacinadas com 4 anos de idade (NUVEP/Ceilândia, 2015).

Gráfico 7- Relação entre o quantitativo do estoque de doses e doses aplicadas de vacina.



Fonte: NUVEP/Ceilândia, 2014-2015.

Gráfico 8- Relação entre o quantitativo do estoque de doses e doses aplicadas de vacina.



Fonte: NUVEP/Ceilândia, 2014-2015.

6.3-Efetividade da manutenção de cobertura vacinal.

Em Ceilândia, no ano de 2014 a população alvo foi de 7.630 crianças <1 ano e 1 ano de idade e em 2015 a população alvo é de 7.626 crianças <1 ano e 1 ano de idade segundo dados enviados ao NUVEP/Ceilândia pelo MS. Para o cálculo da média da população alvo por mês, divide-se o valor da população alvo pelos 12 meses do ano.

Quadro 7-Cálculo da população alvo/mês.

| ANO | POPULAÇÃO ALVO | CÁLCULO (média para cada mês) |
|------|----------------|---|
| 2014 | 7.630 | $7.630/12 \text{ meses} = 635,83 \text{ por mês}$ |
| 2015 | 7.626 | $7.626/12 \text{ meses} = 635,5 \text{ por mês}$ |

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização/Ceilândia

Para definir a população alvo de seis meses, multiplica-se a media de cada mês por 6(seis). Justifica-se esta media pela pesquisa ter o recorte dos 6 primeiros meses da intervenção.

Quadro 8-Cálculo da população alvo de 6 (seis) meses:

| ANO | CALCULO (média de 6 meses) |
|------|--|
| 2014 | $635,83 \times 6 \text{ meses} = 3.814,98$ |
| 2015 | $635,5 \times 6 \text{ meses} = 3.813$ |

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização/Ceilândia

Para calcular a média por mês e de 6 meses de doses aplicadas é utilizado os mesmos cálculos da média para população alvo.

Quadro 9- Cálculo da média de doses aplicadas por mês nos anos de 2014 em crianças <1 ano e 1 ano de idade e a média da população alvo.

| 2014 | | |
|---|---|-------------------------------------|
| BCG | | |
| MÉDIA DE DOSES APLICADAS POR MÊS | CÁLCULO- APLICADAS (6 meses) | POPULAÇÃO ALVO (6 meses) |
| <i>7.979/12 meses = 664,91</i> | <i>664,91 X 6 meses= 3.989,46</i> | <i>3.814,98</i> |
| FEBRE AMARELA | | |
| MÉDIA DE DOSES APLICADAS POR MÊS | CÁLCULO-APLICADAS (6 meses) | POPULAÇÃO ALVO (6 meses) |
| <i>7.072/12 MESES = 589,33</i> | <i>589,33 X 6 meses = 3.535,98</i> | <i>3.814,98</i> |

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização/Ceilândia

Quadro 10- Média de 6 meses das doses aplicadas e da população alvo do ano de 2015.

| 2015 | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| BCG | |
| CÁLCULO - APLICADAS (6 meses) | POPULAÇÃO ALVO (6 meses) |
| <i>4.317</i> | <i>3.813</i> |
| FEBRE AMARELA | |
| CÁLCULO - APLICADAS (6 meses) | POPULAÇÃO ALVO (6 meses) |
| <i>4.333</i> | <i>3.813</i> |

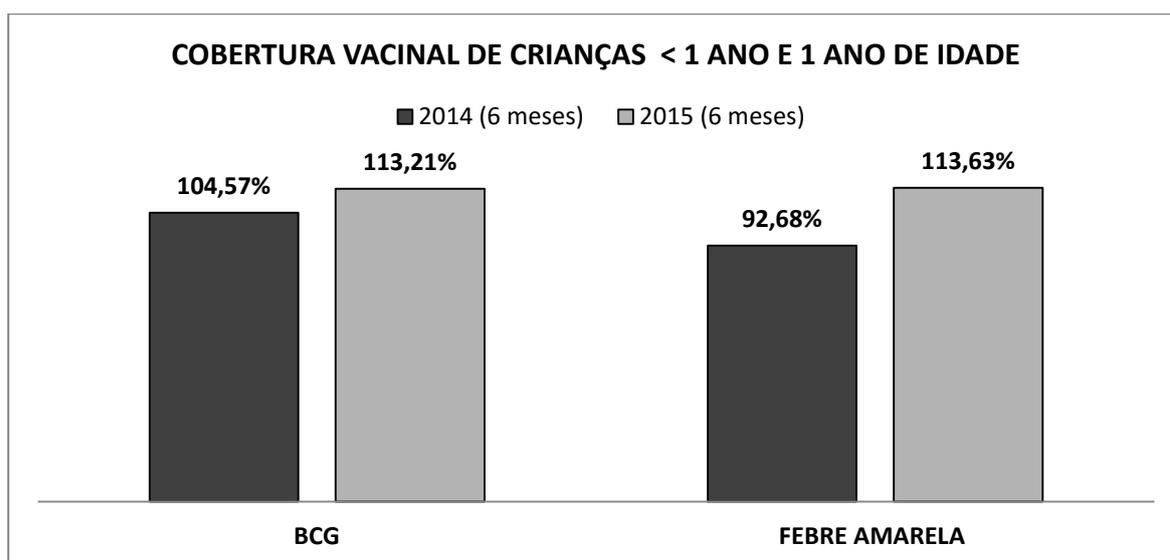
Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização/Ceilândia

Quadro 11-Cálculo de cobertura vacinal segundo o “Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação” de 2014 e 2015.

| 2014 | | |
|--------------|----------------------------------|--|
| VACINA | CÁLCULO (Coberturas vacinais) | RESULTADO (%) (Coberturas vacinais) |
| BCG | 3.989,46/ 3.814,98 X 100 | 104,57 % |
| FEBRE | 3.535,98/ 3.814,98 X 100 | 92,68% |
| 2015 | | |
| VACINA | CÁLCULO (Coberturas vacinais) | RESULTADO (%) (Coberturas vacinais) |
| BCG | 4.317/3.813X 100 | 113,21% |
| FEBRE | 4.333/3.813X 100 | 113,63% |

Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização/Ceilândia

Gráfico 9- Cobertura Vacinal de crianças <1ano e 1 anos de idade 2014 e 2015.



Fonte: Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização/Ceilândia

Observa-se o aumento significativo da cobertura de ambos os imunobiológicos. Em 2014 a BCG superava os 100% de cobertura da população alvo esperada do ano e em 2015 superou a cobertura conquistada no ano anterior. A cobertura da vacina Febre Amarela em 2014 não chegou a 100% de cobertura e em 2015 ultrapassou.

6.4-Descrição da estratégia de comunicação

A comunicação em saúde abordada na pesquisa perpassa tanto a comunicação entre os órgãos competentes, a comunicação entre profissionais e a comunicação aos usuários, aqui nomeadas de primeira, segunda e terceira fase. Em uma primeira fase de comunicações, a forma de comunicação enviada sobre a situação dos desabastecimentos e os motivos pelos quais ocorreram foi fornecida por meio de um Comunicado pelo Ministério da Saúde via Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) enviada para as Coordenações Estaduais de Imunização e repassado aos Núcleos de Vigilância Epidemiológica e Imunizações (NUVEP/Ceilândia) das regionais. Dias depois, enviaram outro Comunicado aos mesmos órgãos sugerindo o agendamento do público alvo para a vacina BCG por conta de atrasos na produção e redução do quantitativo fornecido pelo laboratório entre outros. Assim, a SES/DF repassou as NUVEP's uma Circular reforçando o último comunicado do MS sobre a situação da vacina BCG e a adoção de um agendamento do atendimento do público-alvo.

Após os Comunicados e a Circular, 15 (quinze) regionais do Distrito Federal fizeram a análise da sua realidade para definir o agendamento do atendimento nas suas respectivas Unidades de Saúde a pedido da SES/DF . A NUVEP da regional de Ceilândia juntamente com a Diretoria Regional de Atenção Primária em Saúde - DIRAPS em um primeiro momento decidiram que apenas 4 UBS's ofertariam a vacina BCG pois no momento seriam estratégicas no momento e todas as 11UBS's ofereceriam a vacina Febre Amarela.

A segunda fase de comunicações foi realizada por meio de uma reunião pela NUVEP/Ceilândia com os chefes de enfermagem e um representante da Sala da Vacina de cada UBS onde foi exposta a atual situação das vacinas, uma vez que as UBS's já sentiam a diminuição do quantitativo de estoque enviado, e assim, cada Unidade repassou os melhores dias para serem oferecidas as duas vacinas, fecharam assim o calendário de ofertas que começaria no mês de Março, assim, foi enviado a SES/DF os dias, horários e UBS's definidas para publicarem no portal eletrônico da Secretaria. Nesta reunião, foi repassado aos profissionais, que os servidores da Sala da Vacina seriam responsáveis por informar a comunidade sobre o ocorrido e referenciar as Unidades que estariam vacinando caso não fosse o dia da sua UBS vacinar.

Neste momento, se inicia a terceira fase de comunicações. Após o envio dos dias, horários e UBS's que adotariam o agendamento de cada Regional, a SES/DF o torna público

em seu portal de notícias eletrônico com o título de “Saúde adota Plano Especial de Vacinação”, fazendo uma breve explicação sobre o problema, a motivação para a adoção do agendamento e o calendário de ofertas das 15 Regionais com as informações necessárias para que os usuários leitores do portal possam se informar sobre os dias, horário, UBS’s e as vacinas que passaram a fazer parte do agendamento do atendimento. Após a publicação, outros portais locais como Jornal de Brasília, Globo.com e R7.com, republicaram a nota.

Após 3 (três) meses da intervenção ser implantada, percebeu-se uma sobrecarga nas 4 UBS’s, e assim, feita outra reunião com chefes de enfermagem e representantes da Sala da Vacina decidiram junto a NUVEP/Ceilândia que todas as UBS’s de Ceilândia realizariam a vacina BCG, e assim, cada UBS novamente sugeriu os melhores dias para a realização da vacina. A NUVEP/Ceilândia enviou novamente a SES/DF a atualização da oferta para ser publicada no portal de notícias e assim, a SES/DF republicou o agendamento no portal com as atualizações das Regionais.

Após a decisão de atualizar o calendário de ofertas e definido os dias, horários e Unidades que ofereceriam a vacina BCG, a NUVEP/Ceilândia providenciou um informativo impresso para as puérperas que deram a luz na maternidade do Hospital Regional de Ceilândia, o informativo (Figura 3) é colado na Caderneta de Saúde da Criança entregue ainda no Centro Obstétrico e Maternidade a puérpera.

| RELAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE PARA APLICAÇÃO DA VACINA BCG | |
|--|------------------------|
| 2ª FEIRA | CSC 3 e CSC 11 |
| 3ª FEIRA | CSC 8, CSC 10 e CSC 12 |
| 4ª FEIRA | CSC 5 e CSC 9 |
| 5ª FEIRA | CSC 6 e CSC 7 |
| 6ª FEIRA | CSC 2 e CSC 4 |

Figura 3- Relação dos Centros de Saúde para aplicação da vacina BCG. NUVEP/Ceilândia,2015.

Durante a pesquisa, foi consultada a Assessoria de Comunicação da Secretaria de Saúde do Distrito Federal- ASCOM/SVS e a Assessoria de Comunicação do Hospital Regional de Ceilândia-ASCOM/HRC sobre as possíveis estratégias de comunicação para a população que elas poderiam ter produzido. Para a ASCOM/SVS a estratégia adotada por eles foi a introdução do assunto na imprensa onde segundo eles:

Com a divulgação da matéria em nosso site nós passamos a introduzir o assunto na imprensa, com a nota sendo enviada a todo o nosso mailing e com entrevistas. Conseguimos pautar todas as tvs e rádios do Distrito Federal [...], outro canal disponibilizado para a população foi o telefone 160, que é o Disque Saúde. Ligando para este número a pessoa conseguiria obter a informação dos locais, dias e horários em que as vacinas estavam sendo aplicadas [...] e no dia 8 de junho de 2015 disponibilizamos um banner lateral na página de início do nosso site só para constar o agendamento. Ele ficou disponível até outubro[...] (ASCOM/SES-DF, 2015).

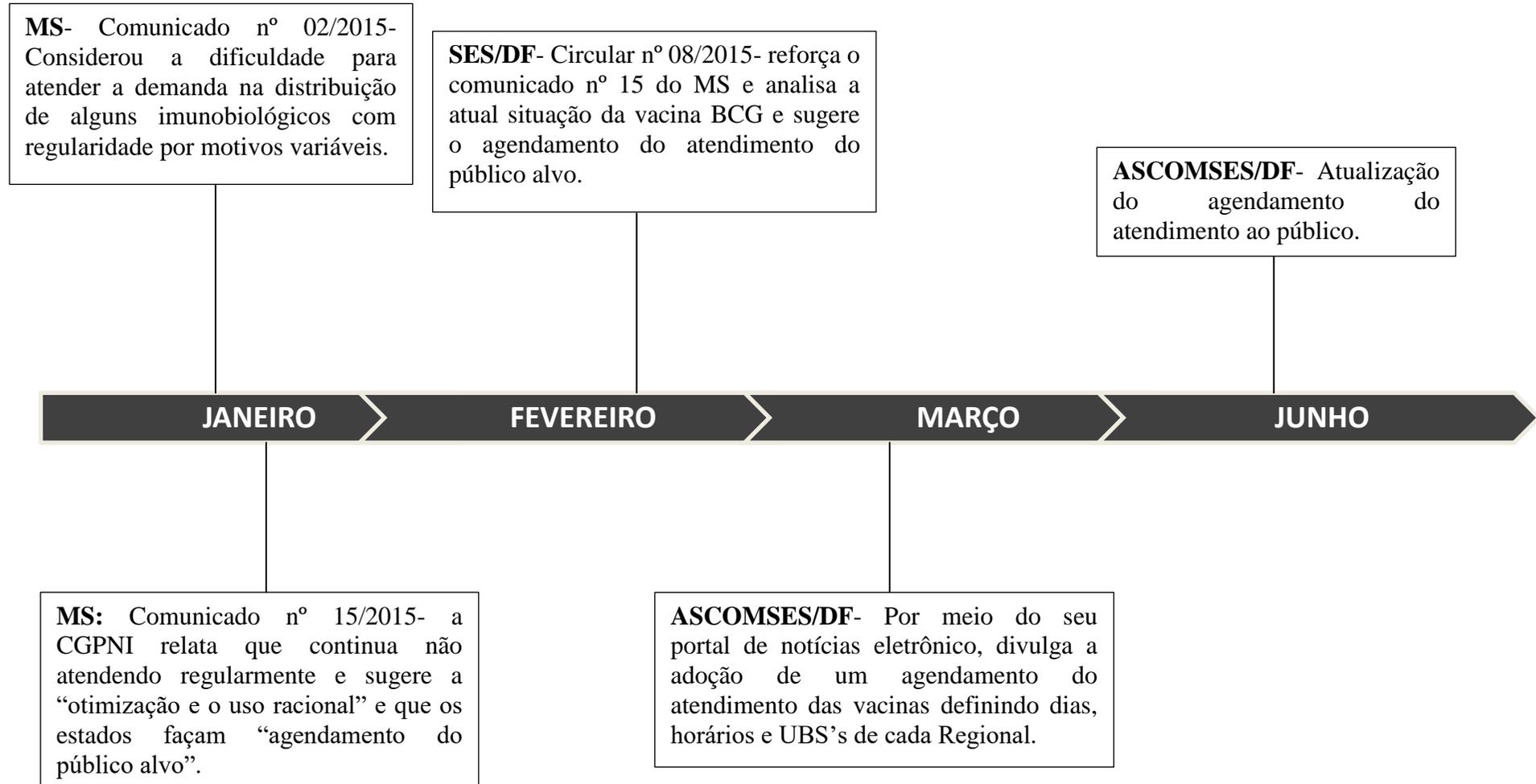
Além disto, foram responsáveis por encaminhar a circular N° 15, citada na pesquisa, para os Núcleos de Vigilância Epidemiológica e Imunização das regionais.

Com a estratégia do calendário adotado, conseguimos atingir o objetivo, otimizar o uso das vacinas e não deixar que elas faltassem no DF, como chegou a ocorrer em outros estados”(ASCOM/SES-DF, 2015)

A nível regional foi contatada a ASCOM/HRC, entretanto, a mesma relatou que *“não chegou a repassar nenhuma informação sobre o agendamento”*, e que apenas repassa informações que a SES/DF envia ou publica, ou seja, eles não produzem estratégias de comunicação, apenas reproduzem o que a SES/DF disponibiliza.

Segundo o NUVEP/Ceilândia, quando foram feitas as reuniões para a exposição do problema e a intervenção, as instruções para os profissionais da Sala da Vacina era informar aos usuários sobre os motivos pelos quais estava acontecendo tal restrição da oferta e se necessário, orientá-los a procurar a UBS da Regional que estaria oferecendo o imunobiológico no dia. Percebe-se que o maior impacto da intervenção ocorreu na “ponta”, atenção primária, pois foram os profissionais, mais especificamente da Sala da Vacina que ficaram responsáveis por informar e redirecionar a população sobre o agendamento de atendimento.

Figura 4- Linha do tempo dos Comunicados(MS), Circular(SES/DF) e notícias(ASCOM/SESDF).



7- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados sobre a efetividade da intervenção sobre o agendamento do atendimento ao público alvo demonstraram-se efetivos nos 6(seis) primeiros meses de sua implantação.

Ao analisar a “efetividade na redução do desperdício de doses”, as porcentagens comparativas dos anos de 2014 e 2015 demonstraram redução nas duas vacinas analisadas, foram comparadas as perdas técnicas e as doses aplicadas em relação ao estoque total, com isto, foram analisadas a porcentagem da perda e o quanto esta pode chegar a superar as próprias doses aplicadas. Em 2014, as perdas técnicas representavam para a vacina BCG um número maior que as suas doses aplicadas, chegando a se perder $\approx 42\%$ do seu total do estoque enquanto suas doses aplicadas representavam $\approx 27\%$. Em 2015, as perdas técnicas da BCG caíram pela metade chegando a $\approx 20\%$ em relação ao seu estoque e suas doses aplicadas chegaram a $\approx 53\%$, observa-se uma inversão das doses aplicadas para as doses descartadas, em 2014 as doses aplicadas representavam um número menor que as doses perdidas e em 2015 as doses aplicadas já representam número maior que as doses perdidas.

A vacina Febre Amarela reduziu seu descarte de imunobiológicos que em 2014 chegou a $\approx 29\%$ e em 2015 a $\approx 9\%$ do total do seu estoque total evidenciando a efetividade e redução conquistada. Apesar de suas perdas técnicas não superarem as doses aplicadas, a sua redução foi significativa e definidora pela potencialização das doses aplicadas que de $\cong 44\%$ foram para $\approx 77\%$ do seu total de estoque. Ainda que o estoque de ambos imunobiológicos sofresse com o desabastecimento, a otimização das ampolas foi realizada com sucesso, conseguindo reduzir as perdas em relação ao estoque disponível, o que reproduz em quantitativos de doses não descartadas e disponíveis para a população.

Para “efetividade da manutenção de doses aplicadas” foi analisado o comparativo do quantitativo do estoque das doses de vacinas em relação às doses aplicadas a fim de avaliar se independente da redução do estoque de vacinas, a garantia do direito de imunização dos usuários foi prejudicada, avaliando assim a efetividade da manutenção das doses aplicadas entre os anos de 2014 e 2015. A vacina BCG sofreu em 2015 uma queda de ≈ 8.000 doses em comparação ao estoque recebido no ano anterior, entretanto, ao comparar as doses aplicadas, elas se mantiveram com pouca diferença entre os anos. A vacina Febre Amarela sofreu uma queda de pouco mais de 1.000 doses, entretanto suas doses aplicadas foram potencializadas, com uma diferença de ≈ 6.000 a mais do ano 2014 para o de 2015. A análise demonstra que

mesmo ocorrendo o desabastecimento no estoque de imunobiológicos, ambos conseguiram manter e no caso da Febre Amarela a potencializar suas aplicações, evidenciando a manutenção das doses aplicadas.

A avaliação da “efetividade da manutenção da cobertura vacinal” tem como objetivo comparar a cobertura de vacinação dos anos de 2014 e 2015 a fim de analisar se houve a manutenção, diminuição ou potencialização de doses aplicadas em crianças <1 ano e 1 ano de idade tendo como meta a população alvo estipulada pelo MS. No ano de 2014 as vacinas BCG e Febre Amarela cobriram respectivamente $\approx 105\%$ e $\approx 93\%$, no ano de 2015, houve uma alta na porcentagem de ambas as vacinas, a BCG chegou a uma cobertura de $\approx 113\%$ e a Febre Amarela uma cobertura de $\approx 114\%$ evidenciando assim, a potencialização da cobertura após a implantação do agendamento de atendimento, comprovando que a população alvo inicialmente estabelecida foi coberta com êxito. Além de superar a cobertura do ano anterior, a Febre Amarela superou a cobertura adequada definida pelo Ministério da Saúde segundo o Boletim Epidemiológico Nº30/2015, que estabelece que “*são consideradas coberturas vacinais adequadas: $\geq 90\%$ para as vacinas VORH e BCG; e $> 100\%$ para as vacinas contra febre amarela e dT (ou dTpa) em MIF e gestantes*”, em 2014, a cobertura de Febre Amarela não alcançou 100% de cobertura e no ano de 2015, após a intervenção, superou a meta de cobertura adequada.

A “descrição da estratégia de comunicação” foi elaborada no intuito de analisar a forma como as informações foram repassadas tanto entre órgãos (MS, SES/DF e NUVEP/Ceilândia), entre os profissionais (NUVEP, chefe de enfermagem de cada UBS e representante da Sala da Vacina) e os usuários. A nível Regional, o NUVEP/Ceilândia teve contato apenas com 3 (três) documentos oficiais (2 Comunicados/MS e 1 Circular/SES-DF). Analisando os conteúdos dos documentos os comunicados focam em explicar os motivos pelos quais estaria havendo desabastecimentos e sugerem a otimização, o uso racional dos imunobiológicos e no ultimo documento, o agendamento. Por meio dos comunicados, o NUVEP/Ceilândia ficou responsável por disseminar a informação as UBS's e organizar o agendamento da Regional e repassá-lo para SES/DF divulgar no seu portal eletrônico.

Os profissionais das Unidades foram oficialmente informados do agendamento a partir da reunião realizada pelo NUVEP/Ceilândia e também foram informados que se tornariam responsáveis por informar aos usuários sobre o agendamento. A população então poderia ter acesso às informações sobre o agendamento por duas vias, pelos portais eletrônicos ou se

deslocando até a Unidade mais próxima de sua residência e receber as orientações dos profissionais.

Os usuários ficaram assim, a mercê de notícias disseminadas em meios eletrônicos ou passando pela frustrante experiência de ao se deslocar a Unidade – por muitas vezes por conta da vacina BCG ser realizada nos primeiros dias de vida, mães em recuperação do parto, pessoas que deixaram de trabalhar, estudar, adiar compromissos entre outros – serem informados da não realização da vacina pretendida ou se preferirem, poderiam se deslocar para qualquer outra UBS dentre as 11 que estaria oferecendo a vacina naquele dia.

A consulta realizada a ASCOM/SESDF evidenciou que a Secretaria ao publicar o agendamento de atendimento no seu portal eletrônico e enviar aos demais portais do DF, seria suficiente para que a população fosse informada com qualidade, deixando assim, as Regionais e as UBS's desenvolverem suas próprias estratégias de comunicação para proteger a Universalidade do acesso à informação a população. Segundo ARAÚJO e CARDOSO (2007), *“o que transforma um bem privado em bem público é sua circulação e possibilidade de apropriação. Enquanto não circula e não é apropriado, pode ser considerado um bem privado, mesmo que produzido por instituições públicas”*, todos os indícios apontam para uma estratégia de comunicação muito pouco elaborada com escassos conteúdos dirigidos à população para explicar a modificação e orientando-a para evitar o risco de crianças que poderiam atrasar ou ficar sem vacinação. A estratégia de disseminação da informação elaborada pelo NUVEP/Ceilândia para a vacina BCG, onde um papel informando sobre o agendamento é colado na Caderneta de Saúde da Criança ainda na maternidade, apontou ser a estratégia mais resolutiva e direta para informar a população até o momento.

O custo social da estratégia de comunicação falha pode ser questionado uma vez que esta pareceu não ser um objeto relevante para a intervenção, a ASCOM/SESDF por sua vez, deixou a desejar por não elaborar estratégias efetivas em parceria com as Regionais e a ASCOM/HRC pela sua total ausência sobre a intervenção. Os profissionais da “ponta” e principalmente usuários foram diretamente afetados. Ao passar dos meses, a intervenção começou a se concretizar, mas não graças às estratégias de comunicações elaboradas pela ASCOM/SESDF, mas graças aos profissionais da “ponta”, a NUVEP/Ceilândia com seu pequeno comunicado colado na Caderneta de Saúde da Criança e aos próprios usuários que são importantes disseminadores da informação.

Os claros indícios da ausência de uma estratégia de comunicação institucional orientada à população afetada pela intervenção sugerem que os aspectos (“pilares”) de Acessibilidade e Aceitabilidade foram atendidos de forma insuficiente; as instituições de saúde foram orientadas quase que totalmente pela busca, bem sucedida, da Efetividade da intervenção e pouco se atentaram “à remoção de obstáculos” que uma redução acima de 90% das horas de oferta das duas vacinas estudadas poderia impor para a população.

Diante do problema “desabastecimento” e da intervenção “ agendamento” surgida no intuito de prevenir o agravamento da situação, a efetividade da otimização das ampolas para evitar o desabastecimento foi comprovada pela avaliação dos primeiros 6(seis) meses da intervenção realizada pela pesquisa, analisando 3(três) pontos principais que seriam afetados: as aplicações, a cobertura e as perdas técnicas. No entanto, a efetividade dos três pontos analisados ocorreu à custa de uma intervenção que pouco foi divulgada para a população, ao mesmo tempo em que o foco da intervenção é evitar o desabastecimento e conseqüentemente evitar que a população fique desassistida, ela falha em desconsiderá-la ao ponto de não pensar em estratégias de comunicações que sejam efetivas.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que a motivação para a adoção de uma intervenção que desestrutura a lógica do PNI, programa já concretizado na população, nos leva a refletir sobre o quão frágil o

Sistema de Saúde possa ser. O planejamento está exposto a incertezas futuras, no entanto, analisando os motivos pelos quais houve desabastecimentos, nota-se que o acúmulo de problemas foi o principal fator causal.

A intervenção foi motivada pela tentativa de impedir o desabastecimento de vacinas do DF, a lógica era simples, reduzir a oferta, aproveitar todas as doses das ampolas multidoses e assim as Salas da Vacina dificilmente sofreriam com a escassez de imunobiológicos. Baseando apenas nos resultados expostos sobre a manutenção de aplicações e cobertura e redução de perdas, a intervenção foi um sucesso, digna de ser continuada até após a normalização da distribuição do estoque.

Descrevendo a estratégia de comunicação desde os primeiros documentos às notícias em meios eletrônicos, observa-se que ao mesmo tempo em que o usuário foi ator principal - uma vez que é mais sensato realizar a redução da oferta ao admitir que a população fique desassistida - ele também foi ignorado quanto à forma efetiva de ser informado. Após os 6(seis) meses da implantação, a intervenção começa a ser concretizada, pelo “*boa a boca*” e pela dedicação dos profissionais em informar a população.

A intervenção foi um sucesso quanto a sua efetividade em cumprir com o objetivo de não desabastecer, mas a maneira pela qual tentaram disseminá-la se demonstrou falha. A estratégia da NUVEP/Ceilândia em colocar um pequeno papel na Caderneta de Saúde da Criança, demonstrou ser um exemplo simples, barato e efetivo no que diz respeito à informação para população, questiona-se em como uma Assessoria de Comunicação não elaborou estratégias semelhantes. Ao analisar a estratégia da NUVEP/Ceilândia, podemos pensar que uma medida ideal de controlar as doses de BCG e garantir o direito a vacinação com qualidade seria sua aplicação nas maternidades dos hospitais.

Para o controle e monitoramento do estoque, das doses aplicadas e perdidas, a utilização do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização-SIPNI funciona como uma excelente ferramenta. A sua inserção nas Unidades Básicas dependeria da utilização da rede de internet e de profissionais treinados e dispostos a alimentá-lo, esta sugestão surge pela dificuldade em somar todos os dados utilizados na pesquisa, uma vez que estes são feitos manualmente, ficando sujeitos a erros.

A comunicação, no entanto, deve ser cuidadosamente pensada, principalmente quando afeta tanto os profissionais quanto a população, uma informação de qualidade com

orientações pontuais e com metas se sujeitam a ser avaliadas e assim modificadas. A comunicação com a população deve ser pensada dentro da realidade de cada região, uma estratégia em massa apenas seria efetiva ao usar de materiais visuais e propagandas na televisão em horário nobre, entretanto, agir conjuntamente com as Regionais, mais especificamente com os NUVEP's e DIRAPS, pode representar uma medida efetiva para disseminar as informações, uma vez que fazendo acordos com as maternidades, com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, dos Conselhos de Saúde e outros meios acessíveis, a efetividade de levar informação à população pode ser alcançada.

Durante a elaboração da pesquisa, alguns aspectos descobertos como; o parecer do Ministério Público Federal, a atualização das UBS's para a BCG, o parecer da ASCOM/SESDF informando obter sucesso em sua estratégia, a total ausência da ASCOM/HRC na intervenção e a estratégia simples e direta elaborada pela NUVEP/Ceilândia, desencadeia uma série de questionamentos quanto à forma de gestão e de adaptação que cada setor analisado sofreu. Uma intervenção que se provou efetiva não pode ser agora ignorada uma vez que otimizou o uso de ampolas sem prejudicar sua cobertura e aplicações, deve-se repensar o modo de gerir os recursos e insumos. A intervenção como medida emergencial se mostrou vantajosa e aplicável considerando que o estoque dos imunobiológicos até o fechamento da pesquisa não foram regularizados.

Pensar na intervenção após a análise dos seus efeitos, que se provaram efetivos, é questionável em como uma difícil situação enfrentada devido a dificuldade do MS em atender a demanda de distribuição de imunobiológicos, provocou a SES/DF a pensar em uma medida resolutiva e com tempo mínimo para sua implantação. Situações emergenciais provocam medidas emergenciais, adaptá-las ao decorrer do tempo e evitar que novas situações ocorram é um modo de ser fazer uma gestão eficiente. O agendamento do atendimento provou ser uma intervenção efetiva e sua continuidade após a regularização do estoque deve ser pensada e até adaptada, como a expansão de dias, para além da sua efetividade, satisfazer o maior interessado, os usuários.

9- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AGÊNCIA BRASIL. Pode faltar vacina BCG em diversos estados brasileiros. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-03/pode-faltar-vacina-bcg-em-diversos-estados-brasileiros>. Acesso em: 29 nov. 2015.

_____. Saúde adota plano especial de vacinação no DF. Disponível em: <http://www.df.gov.br/conteudo-agencia-brasilia/item/18791-sa%C3%BAde-adota-plano-especial-de-vacina%C3%A7%C3%A3o-no-df.html>. Acesso em: 20 nov. 2015.

ARAÚJO, I.S e CARDOSO, J.M. Comunicação e Saúde [online].Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. Temas em saúde collection.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual de Imunizações. Manual de procedimento para vacinação. Salvador: DIVEP; 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BEZERRA, L.C.A, CAZARIN, G. e ALVES, C.K.A. Modelagem de Programas: Da Teoria à Operacionalização. In: FIGUEIRÓ, A.C. (Org.). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Editora Medbook .2010. p.65-78.

BOM DIA BRASIL. G1. Falta vacina para cumprir calendário básico de vacinação infantil no país. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2015/11/falta-vacina-para-cumprir-calendario-basico-de-vacinacao-infantil-no-pais.html>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BRASIL. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Volume 46 N° 30 – 2015.

_____. Calendário Nacional de Vacinação. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>. Acesso em: 20 de Nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) fichas de qualificação dos indicadores. Brasília,

_____. Prazo de utilização das vacinas multidoses após abertura dos frascos segundo vacina e laboratório produtor. Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2013/06/PRAZOD1.pdf>. Acesso em: 14 de Out. 2015.

_____. SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>. Acesso em: 27 de jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Comunicado nº 15/2015. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Comunicado nº 02/2015. 2015.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Distrito Federal 1º Ofício de Seguridade e Educação. PROCEDIMENTO PREPARATÓRIO nº 1.16.000.001189/2015-27 RECOMENDAÇÃO nº 95 /2015. 2015.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Núcleo de Imunização. Circular nº 03/2015-NI/GEVEI/DIVEP. 2015.

CHAMPAGNE et al. A Apreciação Normativa. In: BROUSSELLE, A., et al. (Org.). Avaliação em Saúde: Conceitos e Métodos. Editora Fiocruz, 2011. p. 77-94

CORREIO BRAZILIENSE. Pode faltar vacina BCG em diversos estados brasileiros. Disponível em: http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2015/03/06/internas_polbraeco,474385/pode-faltar-vacina-bcg-em-diversos-estados-brasileiros.shtml. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Três tipos de vacinas estão com estoque zerado no DF. Disponível em:

http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2015/10/30/interna_cidadesdf,504482/tres-tipos-de-vacinas-estao-com-estoque-zerado-no-df.shtml. Acesso em: 20 nov. 2015.

DF RECORD. R7. Vacinas continuam em falta no DF. Disponível em: <http://noticias.r7.com/distrito-federal/df-record/videos/vacinas-continuam-em-falta-no-df-30102015>. Acesso em: 20 nov. 2015.

FIGUEIRÓ, A.C., FRIAS, P.G e NAVARRO, M.N. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: FIGUEIRÓ, A.C. (Org.). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Editora Medbook. p.1-13. 2010

FOLHA DE SÃO PAULO. Falta de vacinas atinge postos de saúde de ao menos seis Estados. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/03/1604398-falta-de-vacinas-atinge-postos-de-saudes-de-ao-menos-seis-estados.shtml>. Acesso em: 20 nov. 2015.

HARTZ, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books .

MACHADO, E.P., HADDAD, J.G. e ZOBOLI, E.L.C.P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. Revista - Centro Universitário São Camilo - 2010;4(4):447-452

MOREIRA. J.B. Comunicação: Tecnologia leve para a interação dos saberes e práticas do cuidado- Enfermeiro e usuários. 2010. 49 f. Especialização. Universidade Federal de Minas Gerais. 2010.

PEREIRA, D.D.S., NEVES, E.B., GEMELLI, M e ULBRICHT,L. Análise da taxa de utilização e perda de vacinas no programa nacional de imunização. Cad. saúde colet. vol.21 no.4 Rio de Janeiro 2013

QUEIROZ, L.L.C et al. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(2):294-302, fev, 2013.

RAMOS, C. F., et al. Cumprimento do calendário de vacinação de crianças em uma unidade de saúde da família. Rev Pan-Amaz Saude 2010; 1(2):55-60

SAMICO, I., FELISBERTO E., FIGUEIRÓ A.C., FRIAS P.G. (orgs.) 2010. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro. IMIP - MedBook

TEIXEIRA, A.M.S e ROCHA, C.M.V. Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 19(3):217-226, jul-set 2010.

TEMPORÃO, J.G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. Hist. Cienc. Saude-Manguinhos v.10 supl.2 Rio de Janeiro 2003.

TOSCANO, C. Cartilha de vacinas: para quem quer mesmo saber das coisas / Cristina Toscano, Ligia Kosim . - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

VENTURA, M.M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. Rev SOCERJ, Rio de Janeiro (RJ). 20(5):383-386 setembro/outubro. 2007.

10- ANEXOS

Anexo I- Comunicado nº 02/2015- MS/SVS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
 Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações
 SCS, Quadra 04, Edifício Principal, 4º andar
 Brasília/DF - CEP: 70.304-000
 Tel. (061) 3213-8297

Da: Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações

Para: Coordenadores Estaduais de Imunização

COMUNICADO Nº: 02/2015

Data: 09/01/2015

MENSAGEM

Prezados (as) Coordenadores (as),

Considerando que atualmente a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) tem enfrentado dificuldades para atender a demanda de distribuição de alguns imunobiológicos com regularidade, compartilhamos as seguintes informações:

VACINAS

- *BCG*: O quantitativo entregue pelo laboratório no mês de dezembro encontra-se em análise para controle de qualidade pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – INCQS. Há previsão de liberação parcial para a segunda quinzena do mês corrente.
- *Febre Amarela*: O quantitativo entregue pelo laboratório no mês de dezembro encontra-se em análise para controle de qualidade pelo INCQS, com previsão de liberação para a segunda quinzena do mês corrente. Tão logo a vacina esteja disponível, será distribuída.
- *HIB (vacina Haemophilus Influenzae tipo B)*: devido ao descumprimento do cronograma de entregas pelo laboratório produtor nacional, ocasionado por problemas no processo produtivo da referida vacina, não haverá distribuição no mês de janeiro. Para suprir a demanda nos próximos meses, o fornecedor nacional do referido imunobiológico (FIOCRUZ/Biomanguinhos) já está providenciando compra internacional emergencial da vacina, no entanto, ainda não há previsão de entregas.
- *Dupla Adulto, Tetraviral e Tríplice Viral*: Foram recebidos no país lotes das referidas vacinas no mês de dezembro. No entanto, todas encontram-se em processo de desembaraço

alfandegário e liberação do termo de guarda pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Após a liberação do termo de guarda, estas deverão por testes para controle de qualidade pelo INCQS e então estarão disponíveis para distribuição. Tão logo isso ocorra, serão encaminhadas aos estados.

SOROS

• *Antirrábico humano*: devido a atrasos no cronograma de entrega da produção compartilhada, o quantitativo distribuído no mês de janeiro foi reduzido. Novas entregas pelos laboratórios produtores estão previstas para a segunda quinzena do mês de janeiro. Ressaltamos que é necessária a realização de testes para controle de qualidade realizados pelo INCQS antes que o mesmo esteja disponível para distribuição.

Nesse sentido, contamos com a compreensão e colaboração de seu estado para que sejam realizados remanejamentos locais, quando possível, visando à otimização dos imunobiológicos citados, até que os estoques na instância federal sejam regularizados.

Na oportunidade, agradecemos a parceria de sempre.

Atenciosamente,


Carla Magda A. S. Domingues
Coordenadora-Geral do Programa Nacional de Imunizações

Anexo II- Comunicado nº 15/2015- MS/SVS

| | |
|---|--|
|  | MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações SCS, Quadra 04, Edifício Principal, 4º andar Brasília/DF - CEP: 70.304-000 Tel. (061) 3213-8297 |
| De: Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações | |
| Para: Coordenações Estaduais de Imunizações | |
| COMUNICADO Nº: 15/2015 | Data: 30/01/15 |
| MENSAGEM | |
| <p>Prezados (as) Coordenadores (as),</p> <p>Considerando o não atendimento regular das demandas estaduais mensais de alguns imunobiológicos, esta Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) compartilha as seguintes informações:</p> <p><u>VACINAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>BCG</i>: em virtude de atrasos na produção e na redução do quantitativo fornecido pelo laboratório produtor, somente será encaminhado, no dia 03/02, cerca de 50% da média mensal calculada pela CGPNI para os estados. A liberação do quantitativo complementar (50%), em análise no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), está prevista para o dia 26/02, com distribuição aos estados na semana do dia 02/03. <p>Para a rotina do mês de março, considerando os mesmos motivos referidos, será distribuído aproximadamente 40% da média mensal.</p> <p>Segundo o cronograma de entregas do laboratório produtor e considerando o prazo de análise de controle de qualidade do imunobiológico pelo INCQS, a regularização da situação está prevista para o mês de maio.</p> <p>Em oportuno, contamos com a colaboração do estado para a otimização e uso racional da vacina. Nesse sentido, sugerimos o agendamento do público alvo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dupla Adulto e Tetraviral</i>: todo o quantitativo recebido em dezembro no país aguarda a liberação do termo de guarda pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Após essa liberação, as vacinas serão analisadas pelo INCQS, para então serem distribuídas aos estados. • <i>Triplíce Viral</i>: o termo de guarda pela Anvisa foi liberado no dia 26/01 e os lotes estão em análise no INCQS, com previsão de liberação para a distribuição na semana do dia 29/01. <p>Contamos com a compreensão de todos e agradecemos a parceria de sempre.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p style="text-align: center;">  Carla Magda A. S. Domingues Coordenadora-Geral do Programa Nacional de Imunizações </p> | |

Anexo III- Circular nº03/2015- SES/DF

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E DE IMUNIZAÇÃO
NÚCLEO DE IMUNIZAÇÃO

Circular nº 03/2015-NI/GEVEI/DIVEP

Brasília, 04 de fevereiro de 2015.

Para: Núcleos de Vigilância Epidemiológica e Imunização com vistas as Salas de Vacina do DF
Assunto: Vacina BCG

Atualmente a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) tem encontrado dificuldades para atender a demanda de distribuição de alguns imunobiológicos com regularidade, de acordo com o comunicado nº15/2015 emitido por esta Coordenação.

Considerando a vacina BCG, em virtude de atrasos na produção e na redução do quantitativo fornecido pelo laboratório produtor, no mês de fevereiro receberemos apenas 50% do quantitativo mensal dessa vacina, utilizadas no Distrito Federal. A liberação do quantitativo restante será entregue apenas na primeira semana de março. Sendo assim, a previsão de regularização dessa distribuição está prevista para o mês de maio.

Diante do exposto, recomendamos a otimização e o uso racional da vacina BCG em todas as salas de vacinação. Nesse sentido, sugerimos o agendamento do atendimento ao público alvo. Ressaltamos que o horário de atendimento, preferencialmente, deve ser o horário de maior fluxo de usuários na unidade de saúde.

Atenciosamente,

Eudóxia Rosa Dantas
Eudóxia Rosa Dantas

Chefe do Núcleo de Imunização
GEVEI/DIVEP/SVS/SES-DF

Ciente e de acordo,

Teresa Cristina Vieira Segatto
Gerência de Vigilância
Epidemiológica e Imunização
DIVEP/SVS/SES-DF

Anexo IV- RECOMENDADAÇÃO Nº 95/2015- Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Distrito Federal.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL
1º OFÍCIO DE SEGURIDADE E EDUCAÇÃO

PROCEDIMENTO PREPARATÓRIO nº 1.16.000.001189/2015-27

RECOMENDAÇÃO nº 95/2015

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, pela procuradora da República que esta subscreve, no exercício de suas atribuições legais e constitucionais,

Considerando que o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, a teor do art. 127, *caput*, da Carta Republicana;

Considerando que ao Ministério Público incumbe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis e que o Ministério Público tem como funções institucionais a promoção do inquérito civil e da ação civil pública para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos, de conformidade com a Constituição Federal, artigos 127, *caput*, e 129, incisos II e VI, e Lei Complementar 75/93, artigo 5º;

Considerando que dispõe o art. 129, inciso II, da Constituição Federal ser função institucional do Ministério Público *“zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia”*;

Considerando que a saúde é direito social previsto na Constituição da República Federativa do Brasil, em seu art. 6º, *caput*;

Considerando que é dever do Estado garantir a saúde mediante a *“formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”*, conforme o art. 2º, § 1º, da Lei 8.808/90;

Considerando que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde tem o objetivo de **erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis**, sendo a vacinação de toda a população, de acordo com o calendário oficial, essencial para alcançar esse objetivo;

Considerando que compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de vigilância em saúde no âmbito da União, cabendo à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (art. 5º, da Portaria 1.378/2013);

Considerando que compete à SVS/MS, dentre outras atribuições, promover as ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância em saúde, nas emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, bem como prover insumos estratégicos como as vacinas (art. 6º, da Portaria 1.378/2013);

Considerando que, conforme informado pela Secretaria de Estado de Saúde do DF, pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS e pela Coordenadora-Geral do Programa Nacional de Imunizações (PNI) nos autos do PP 1.16.000.001189/2015-27, **o País vem enfrentando, há alguns meses, desabastecimentos de algumas vacinas, dentre as quais a BCG, dupla adulto, tetraviral, tríplice viral, HIB e IVB, que visam à proteção contra a tuberculose, a influenza, a difteria, o tétano, a caxumba, o sarampo, a rubéola etc;**

Considerando que os motivos do desabastecimento, conforme informou a este órgão a Coordenadora-Geral do PNI, são i) a **reformulação das plantas dos**

laboratórios públicos, para atender a requisitos da ANVISA acerca de boas práticas de fabricação, processo que se iniciou em 2014 e redundou na paralisação da produção de muitas vacinas; ii) a dificuldade de desembaraço aduaneiro, nos aeroportos, das vacinas adquiridas no mercado internacional, pelo Fundo Rotatório (OPAS), por solicitação do Ministério da Saúde, depois de esgotados seus estoques estratégicos de vacinas; iii) as dificuldades operacionais da ANVISA para realizar, com mais rapidez, tanto o desembaraço aduaneiro de um volume muito maior de vacinas importadas quanto as verificações relativas às reformulações de plantas dos laboratórios públicos, para fins de concessão de certificados de boas práticas de fabricação;

Considerando que vacinas são medicamentos biológicos sujeitos a controle da vigilância sanitária, conforme RDC n° 81/2008 e RDC n° 55/2010;

Considerando que a importação de soros hiperimunes e vacinas na forma de matéria-prima, produto semi-elaborado, produto a granel ou produto acabado, conforme enquadramento dos produtos disponível no sítio eletrônico da ANVISA, estará sujeita ao registro de Licenciamento de Importação no SISCOMEX, submetendo-se à fiscalização pela autoridade sanitária antes de seu desembaraço aduaneiro (item 16 da SEÇÃO IV do Regulamento RDC n° 81/2008);

Considerando que as vacinas costumam ter prazos de validade exíguos e qualquer atraso no seu desembaraço aduaneiro **dificulta a organização da distribuição aos Estados/ Municípios e sua dispensação aos usuários**, além de gerar maior desperdício de produtos vencidos;

Considerando que a falta de vacinação pode comprometer não somente a saúde dos bebês, crianças e adultos que deixam de ser imunizados devidamente, mas também todos os esforços empreendidos nos últimos anos para a erradicação e o controle de diversas doenças graves e contagiosas;

Considerando que a previsão de retorno do funcionamento normal dos laboratórios públicos é apenas **julho de 2016**, situação que prolongará a aquisição internacional de muitas vacinas, pelo Ministério da Saúde, e **continuará sujeitando o público-alvo do Programa Nacional de Imunizações aos atrasos na distribuição e na dispensação das vacinas, em razão de dificuldades no desembaraço aduaneiro e nas**

inspeções de regularidade nas reformulações das plantas dos laboratórios públicos, podendo comprometer inclusive o cumprimento do Calendário Nacional de Vacinação, do Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e das Campanhas Nacionais de Vacinação;

Considerando que compete à ANVISA, dentre outras atribuições, a promoção, implementação e apoio, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, de estudos, pesquisas e ferramentas que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações na área de Vigilância Sanitária (art. 7º, da Portaria 1.378/2013);

Considerando que compete à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) *“adotar as medidas necessárias para a implantação e o cumprimento do Calendário Nacional de Vacinação, do Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e das Campanhas Nacionais de Vacinação”*, nos termos do art. 9º da Portaria MS nº 1.498/2013;

Considerando que o acúmulo de serviço e as dificuldades operacionais eventualmente experimentados pela ANVISA **não podem prejudicar o atingimento de finalidades de relevante interesse público das mais prioritárias**, tal qual o funcionamento do Programa Nacional de Imunizações;

Considerando que os princípios constitucionais da **dignidade da pessoa humana**, da **prevalência dos direitos fundamentais**, do **acesso à assistência integral e eficaz às ações e serviços de saúde**, além da **razoabilidade**, da **proporcionalidade** e da **eficiência**, **recomendam** que, em existindo acúmulo de demandas, os órgãos públicos devem **priorizar as medidas que visem a garantir direitos fundamentais de maior relevância**, como o **direito à prevenção de agravos à saúde proporcionado pelo acesso às vacinas do Programa Nacional de Imunizações**;

Considerando, nesse contexto, que, a exemplo da RDC nº 16/2015 (que visa a agilizar a avaliação sanitária de outros produtos sujeitos a controle, em casos de calamidade pública com risco de desabastecimento para atendimento das necessidades básicas da população), **é possível que a ANVISA, em consonância com as diretrizes da SVS/MS, adote medidas para simplificar os procedimentos de fiscalização das vacinas importadas pelo poder público, facilitando seu desembaraço, tendo em vista a situação de excepcionalidade e urgência que se apresenta;**

Considerando que o atraso na liberação sanitária e alfandegária das vacinas também traz **prejuízos financeiros ao erário**, tendo em vista que o Poder Público não possui mais isenção de taxas e encargos de armazenagem dos produtos de saúde nos aeroportos brasileiros concedidos a entidades privadas;

Considerando, ainda, que a adoção de providências, por parte da ANVISA e da SVS/MS, para **priorizar os atos administrativos necessários à finalização dos processos de reformulação das plantas fabris dos laboratórios públicos brasileiros, para fins de certificação de boas práticas**, tende a diminuir o prazo de indisponibilidade desses laboratórios (julho de 2016) e, assim, minimizar a alta demanda pela importação de vacinas;

Considerando que, na forma do art. 6º, XX, da Lei Complementar nº 75/93, compete ao **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** expedir recomendações visando à melhoria dos serviços de relevância pública, bem como o respeito aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, fixando prazo razoável para a adoção das providências cabíveis (LC 75/93, art. 6º, XX);

O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, resolve, com fundamento no art. 6º, XX, da Lei Complementar n. 75/93, RECOMENDAR:

- i) ao **Diretor-Presidente da ANVISA** e ao **Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS)** que, no prazo de 15 (quinze) dias, adotem as medidas necessárias para priorizar a fiscalização sanitária e o desembaraço aduaneiro de vacinas adquiridas pelo Ministério da Saúde no mercado internacional (via OPAS), a fim de evitar o desabastecimento – ainda que temporário – observado nas unidades de saúde pública de todo o país;
- ii) ao **Diretor-Presidente da ANVISA** que, no prazo de 15 dias, adote as medidas necessárias para priorizar os processos de inspeção e regularização de plantas fabris para a concessão de certificados de boas práticas aos laboratórios públicos brasileiros, a fim de que possam retomar sua produção o mais rápido possível.

Requisita, no mesmo prazo, contado do recebimento do presente

documento, resposta dos órgãos destinatários acerca do acatamento desta Recomendação, especialmente a descrição das medidas a serem adotadas, com o respectivo cronograma e os agentes públicos incumbidos das providências futuras.

Brasília, 20 de agosto de 2015.

LUCIANA LOUREIRO OLIVEIRA
Procuradora da República