

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DO**  
**CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Miguel Rocha Neto**

**Proposta para ampliação e monitoramento da cobertura vacinal na Equipe de**  
**Estratégia em Saúde da Família Carla Nogueira III**

**Maceió**  
**2021**

**Miguel Rocha Neto**

**Proposta para ampliação e monitoramento da cobertura vacinal na Equipe de  
Estratégia em Saúde da Família Carla Nogueira III**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Carolina Santana Vieira

**Maceió**

**2021**

**Catálogo na fonte Universidade  
Federal de Alagoas Biblioteca Central  
Divisão de Tratamento Técnico  
Bibliotecária: Lívia Silva dos Santos – CRB-4 –1670**

R672p Rocha Neto, Miguel.

Proposta para ampliação e monitoramento da cobertura vacinal na equipe de estratégia em saúde da família Carla Nogueira III / Miguel Rocha Neto. – 2021.  
27 f. : il.

Orientadora: Ana Carolina Santana Vieira.

Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem, Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 25-27

1. Programa de imunização. 2. Cobertura vacinal - Maceió. 3. Unidade Básica de Saúde Carla Nogueira - Maceió. I. Título.

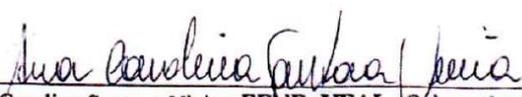
CDU: 614.47(813.5)

## Folha de Aprovação

**AUTOR: MIGUEL ROCHA NETO**

**PROPOSTA PARA AMPLIAÇÃO E MONITORAMENTO DA COBERTURA VACINAL  
NA EQUIPE DE ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA CARLA NOGUEIRA III**

Projeto de Intervenção submetido ao corpo docente do  
Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em  
Saúde da Família, vinculado à Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal de Alagoas, e aprovado em 22 de  
MARÇO de 2021.

  
Dra. Ana Carolina Santana Vicira, EENF- UFAL (Orientadora)

**Examinadora:**

  
Dra. Ingrid Martins Leite Lúcio, EENF- UFA (Examinadora)

## RESUMO

O Brasil é referência mundial quando se fala em vacinação em massa da população. Isso se deve a criação do Programa Nacional de Imunização em 1973 após muita resistência por parte da sociedade. Atualmente, embora o cenário científico seja muito mais promissor, ainda é possível deparar-se com movimentos anti-vacina, consequentemente, a cobertura vacinal decai e isso reflete não só no indivíduo não vacinado, mas em toda a população. Portanto, o presente estudo tem como objetivo propor estratégias para avaliação, controle e ampliação da cobertura vacinal da população atendida pela equipe Carla Nogueira III, em Maceió, Alagoas. Trata-se de um trabalho no qual foi realizada uma mescla da revisão de literatura, com a implantação de uma ferramenta que resulta na intervenção de um problema que é a deficiência para o acompanhamento e monitoramento da vacinação de crianças até 5 anos de idade. Para tal, foram utilizados o Plano Municipal de Saúde, dados do Ministério da Saúde como o DataSUS e SISPNI, bem como bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Bireme, Scielo e PubMed. Foram empregadas as palavras-chave: vacinas, cobertura vacinal e programas de imunização. Além disso, o trabalho propõe a adoção de planilhas eletrônicas para monitoramento da cobertura vacinal de forma mais precisa e específica. Foi realizada a busca ativa dos cartões de vacinação de todas as crianças menores de cinco anos, nesse mesmo processo houve a educação em saúde para reduzir o atraso ou recusa vacinal. Simultaneamente, com o uso das planilhas o monitoramento e acompanhamento das vacinas se tornou tão eficiente que em determinado intervalo de tempo verificou-se uma cobertura acima da meta estabelecida pelo Programa Nacional de Imunização, em uma das microáreas da equipe. Percebeu-se, portanto, que as informações sobre cobertura vacinal são incompletas e inespecíficas e com a adoção de planilhas eletrônicas é possível otimizar o fluxo de informações e planejar ações educativas muito mais eficazes e assertivas.

**Descritores:** cobertura vacinal, estratégia saúde da família, programas de imunização

## ABSTRACT

The Brazil is a world reference when it comes to mass vaccination of the population. This is due to the creation of the National Immunization Program in 1973 after much resistance from society. Currently, although the scientific scenario is much more promising, it is still possible to come across anti-vaccine movements, consequently the vaccine coverage declines and this reflects not only in the non-vaccinated individual, but in the entire population. Therefore, the present study aims to propose strategies for the evaluation, control and expansion of the vaccination coverage of the population served by the team Carla Nogueira III, in Maceió, Alagoas. This is a work in which the literature review was mixed with the implementation of a tool that results in the intervention of a problem that is the deficiency for the follow-up and monitoring of the vaccination of children up to 5 years of age. Therefore, the Municipal Health Plan, data from the Ministry of Health such as DataSUS and SISPNI, as well as databases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs), Bireme, Scielo and PubMed were used. The keywords were used: vaccines, vaccination coverage and immunization programs. In addition, the work proposes the adoption of electronic spreadsheets for monitoring vaccination coverage in a more precise and specific way. An active search was made for vaccination cards for all children under the age of five, in the same process there was health education to reduce the delay or refusal to vaccinate. Simultaneously, with the use of spreadsheets, the monitoring and follow-up of vaccines has become so efficient that in a given time interval there was a coverage above the goal established by the National Immunization Program, in one of the team's micro areas. It was noticed, therefore, that the information on vaccination coverage is incomplete and nonspecific and with the adoption of electronic spreadsheets it is possible to optimize the flow of information and plan educational actions that are much more effective and assertive.

Descriptors: vaccination coverage, Family health strategy, immunization programs.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MRC	Monitoramento Rápido de Cobertura
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PNI	Programa Nacional de Imunização
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização
SUS	Sistema Único de Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1	Introdução .....	8
1.1	Aspectos gerais do município.....	9
1.2	O sistema municipal de saúde .....	10
1.3	Aspectos da comunidade .....	11
1.4	A Unidade Básica de Saúde Carla Nogueira.....	11
1.5	A Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira III da Unidade Básica de Saúde Carla Nogueira.....	12
1.6	O Funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Carla Nogueira III.....	12
1.7	O dia a dia da equipe Carla Nogueira III.....	13
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	14
1.9	Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção.....	14
2	Justificativa.....	15
3	Objetivos.....	16
3.1	Geral.....	16
4	Método.....	16
5	Revisão Bibliográfica .....	17
5.1	Importância da vacinação.....	17
5.2	Hesitação vacinal .....	18
5.3	Monitoração da cobertura vacinal.....	19
6	Plano de Intervenção.....	20
6.1	Descrição do problema selecionado.....	20
6.2	Explicação do problema selecionado.....	20
6.3	Seleção dos nós críticos .....	20
6.4	Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão .....	20
7	Considerações Finais .....	24
	REFERÊNCIAS.....	25

## 1 Introdução

Há pouco mais de quatro décadas o Brasil é referência mundial quando se discute a vacinação da população. No entanto, para chegar neste patamar, foi percorrido um caminho desafiador. Quando em 1904 o sanitarista Oswaldo Cruz desenvolveu a primeira campanha de vacinação em massa contra a Varíola, o que deveria ser um grande feito para a evolução da saúde pública no país, tornou-se uma guerra de poderes (BRASIL, 2013).

A Revolta da Vacina, marco da história lembrado até hoje, foi protagonizada por uma ideia que se criou, em que as autoridades da época teriam produzido tal feito para dizimar a grande massa da população, uma vez que, a vacinação era obrigatória para todos. Infelizmente, o que se teve na verdade foi uma enorme quantidade de vítimas acometidas pela doença, que se recusaram a tomar a vacina. A partir disso, a vacinação passou a não ser mais obrigatória, diferente da proposta inicial de Oswaldo Cruz. No entanto, sua contribuição foi fundamental para que, anos depois, fosse criado um programa nacional voltado para a vacinação da população (BRASIL, 2013; SATO, 2018).

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi formulado com o objetivo de coordenar as ações de imunização em 18 de setembro de 1973, já sua regulação ocorreu por meio da Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975. Nesse momento houve a regulação das ações de vigilância epidemiológica, notificação compulsória das doenças e vacinação (BARBIERI, COUTO, AITH, 2017).

Já nessa década de fundação do PNI, havia um movimento da Reforma Sanitária que tinha em suas bases profissionais da saúde, especialistas e a universidade. Buscava-se a saúde como um direito de todos, pois ela era restrita aos trabalhadores formais e o resto da população não tinha garantida pelo Estado nenhuma assistência. Lutava-se por diretrizes pautadas na universalização, descentralização e na integralidade, foi no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde que aprovaram as propostas, unificaram o sistema de saúde e a tornaram dever do Estado. Foi em 1987, ano seguinte a essa conferência, que houve discussões na Assembleia Constituinte que um ano após aprovou na Constituição de 1988 o texto sobre a saúde (PAVÃO, 2016).

É com a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 que de fato cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que irá dispor sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sua organização e funcionamento. Três meses depois dela vem a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que vem dispor sobre a participação da comunidade no SUS, bem como sobre os recursos financeiros.

Ao longo dos anos o SUS foi se moldando e o mesmo aconteceu com o PNI que propiciou a redução tanto da incidência como da mortalidade por doenças imunopreveníveis. Aumentando o número na oferta de vacinas totalizando 19 vacinas para mais de 20 doenças no ano de 2019 (DOMINGUES, 2019). No entanto, mesmo com toda eficácia comprovada, o panorama nacional em cobertura vacinal está apresentando falhas.

A partir dessa informação, é preciso entender alguns pontos. O que se passou na Revolta da Vacina, embora atualmente com os avanços da ciência não parece fazer mais sentido, ainda é muito presente na sociedade. Tal fato tornou-se mais visível com a criação do movimento anti-vacina. Mesmo com toda a tecnologia e com as pesquisas avançando, ainda é comum a ideia de que a vacina pode fazer mal à saúde, por diversos motivos (SATO, 2018).

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo demonstrar a importância de atingir a cobertura vacinal e propor um novo método de acompanhamento e monitoramento para a equipe 079 da Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira do município de Maceió, Alagoas.

### 1.1 Aspectos gerais do município

Maceió fica localizada na região nordeste, na mesorregião leste do estado e é a capital do estado de Alagoas tendo uma população de 1.018.948 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2019) com uma densidade demográfica em 1.854,10 hab./km<sup>2</sup>, uma porcentagem baixa reside na zona rural da cidade, menos de 0,01% é o estimado. No contexto do estado de Alagoas, Maceió representa, aproximadamente, 29,94% da população do Estado de Alagoas, com uma área territorial total de 509,320 km<sup>2</sup> dividida em 51 bairros.

Sua economia baseia-se no setor industrial com vários tipos de produtos alimentícios, químicos, usinas de açúcar e álcool, comércio e no turismo, esse último propiciou grandes investimentos nos últimos anos bem como o aporte de investimentos estruturais como novos empreendimentos.

Maceió possui um IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é de 0,725, com um PIB (Produto Interno Bruto) per capita de R\$ 21.210,09, com um salário médio mensal de 2,7 salários mínimos. Maceió possui em média 38,8% dos domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, todo esse perfil econômico da população residente na capital alagoana faz com que uma parcela grande se encontre abaixo da linha da pobreza.

No que se refere a educação em Maceió, possui uma taxa de 11,9% (IBGE, 2020), já a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade está em 95% (IBGE, 2020). Obteve notas no

IDEB de 5,0 e 3,8 no ano de 2017 nos anos iniciais do ensino fundamental (rede pública) e anos finais do ensino fundamental (rede pública) respectivamente. No ano de 2018 existiam 118.415 matrículas no ensino fundamental e 32.395 no ensino médio.

Dados divulgados pelo IBGE, mostra que Maceió possui uma cobertura do esgotamento sanitário nos domicílios de 47.1% (rede geral e fossa séptica) encontra-se num nível adequado, a arborização atinge 57.1% dos domicílios urbanos em vias públicas e 32.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Ao comparar com outros municípios do estado, fica na posição 16 de 102, 58 de 102 e 6 de 102, respectivamente. Ao fazer o comparativo no país, sua posição é 2362 de 5570, 3844 de 5570 e 1076 de 5570, respectivamente.

## 1.2 O sistema municipal de saúde

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Maceió de 2018, a atenção à saúde da população residente e referenciada, a rede ambulatorial própria do SUS, no município de Maceió, é constituída de 75 serviços de saúde para atendimento à atenção primária à saúde e especializada, de média complexidade. Desse total, 36 são Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), 16 são Unidades Básicas de Saúde – Modelo Tradicional/Demanda Espontânea, 6 são Unidades Básicas de Saúde Mistas (ESF e Modelo Tradicional), 4 Unidades de Pronto Atendimento – UPA, 5 são Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, 7 são Unidades Especializadas 1, 2 são Centro de Especialidade Odontológica – CEO e 1 Centro de Especialidades (PAM Salgadinho). O sistema de saúde de Maceió, em sua rede própria, conta, também, com 24 dispositivos para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde, nos níveis primário e secundário. Desse total, 6 são Equipes de Consultório na Rua, 8 são Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, 6 são Equipes de Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, 3 são Equipe de Academia da Saúde e 1 é Núcleo de Cultura e Reabilitação Psicossocial.

Com relação à Estratégia Saúde da Família, ela foi iniciada em Maceió em 1994 e atualmente possui 85 equipes, o que dá uma cobertura em torno de 27% da população. Com a nova Lei nº. 2.979 de 12 de novembro de 2019, que normatiza o financiamento da atenção básica, a estratégia foi modificada em Maceió a ponto de haver uma reestruturação das equipes, extinguindo algumas equipes e até unificando outras para obter um maior quantitativo de habitantes, numa busca de aumento da cobertura com um menor número de funcionários. A cidade também está inserida num projeto piloto de informatização da saúde buscando uma melhor eficiência e troca de informações.

### 1.3 Aspectos da comunidade

O Conjunto Professor Paulo Bandeira é uma comunidade por volta de 2.000 habitantes, de acordo com o último levantamento feito pelos ACS. O conjunto fica na periferia da cidade e teve como processo de ocupação por famílias oriundas de um acampamento de lona formado na entrada do bairro, alguns outros de áreas de encostas e uma parcela restante de uma favelinha na parte baixa da cidade. Foi um conjunto residencial doado pelo governo estadual, que deveria contar com uma unidade de saúde, campo para práticas esportivas e uma escola. Porém não houve construção de nada do que foi prometido, sendo somente entregues as casas para a população junto com a associação de moradores.

No total o conjunto possui aproximadamente 1.200 domicílios feitos de alvenaria, com abastecimento de água feito pela companhia de água, saneamento básico, ruas calçadas e com escoamento de água pluviais, recolhimento de lixo três vezes por semana. Por não possuir escolas ou creches, os moradores são obrigados a se locomover para um colégio em outra localidade próxima ou distante que fica dependente de ônibus a serviço do gestor público. A unidade de saúde que eles são atendidos e que a equipe que é responsável por sua cobertura fica em outro conjunto que é em torno de uns dois quilômetros do conjunto, mesma coisa acontece se as pessoas necessitam de um atendimento no CRAS.

No início do conjunto não havia um perfil específico dos moradores por terem origens diversas, no que se refere a hábitos, costumes, nível educacional e afins. Com o passar do tempo começou uma aproximação que provavelmente está a caminho de uma homogeneização. A maioria da população tem uma renda baixa e é dependente de auxílios governamentais, como é o caso da bolsa família e ou aposentadorias ou benefícios.

### 1.4 A Unidade Básica de Saúde Carla Nogueira

A Unidade de Saúde é antiga, o primeiro prédio foi construído há mais de 20 anos, seu segundo prédio foi alguns anos após e a reforma mais recente teve término no ano de 2016. Apesar que mesmo com a reforma ficaram alguns problemas, essa unidade é uma das melhores de Maceió, tanto no quesito de estrutura como em dimensão. Antes abrigava somente duas equipes e dessa forma as comportava bem, com a chegada da terceira equipe o espaço ficou pequeno tanto para os profissionais como para a população. Com uma reestruturação de área voltou a ter duas equipes, porém o quantitativo de pessoas foi duplicado e com isso terá pouco espaço para os pacientes que procurarem a unidade.

A área de espera para as consultas é de tamanho pequeno comparada ao quantitativo populacional que as duas equipes possuem, a estrutura física que está incluída cadeiras para a espera, ventiladores, bebedouros e outros estão em estados razoáveis. A unidade ainda conta com sala de reunião que tem seu fim desviado de função e cozinha, não tendo um refeitório ou algo parecido para os funcionários no horário do almoço e descanso.

A sala de vacina segue a maioria das exigências que estão no Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação (2014), a sala possui o tamanho mínimo de 6 metros quadrados, a geladeira atende a necessidade, porém não é específica para vacinação, parede é de cor clara, mas a sala não possui uma iluminação adequada e falha nesse item como no quesito de ser arejada. A mobília apresenta uma distribuição razoável no quesito em ser funcional, a bancada só comporta uma pia quando deveria comportar duas, bem como ela serve de apoio para colocação de gavetas para seringas e o isopor.

#### 1.5 A Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira III da Unidade Básica de Saúde Carla Nogueira

A equipe de saúde da unidade tem a seguinte formação: uma enfermeira, seis agentes comunitários de saúde, uma médica, duas auxiliares de enfermagem, um dentista e uma auxiliar de dentista. É uma equipe que apresenta uma alta rotatividade do profissional médico desde a sua origem, o que prejudica a gestão do processo de trabalho.

Algumas deficiências existentes prejudicam o trabalho como é a questão primordial do planejamento, falta de um plano de estimativa rápida e o constante ato de alguns integrantes tirarem frequentemente licença. No que se refere ao quesito humanização, cuidado e acolhimento com o usuário tem um bom trabalho, não sendo todos da equipe ou unidade devido a não padronização do processo de trabalho.

#### 1.6 O Funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Carla Nogueira III

O horário de funcionamento da unidade é das 7:00 às 17:00, com carga horária de oito horas diárias para os membros da equipe de saúde da família. A sala de vacina abre a partir das 8:30 funcionando até às 16:00 com pausa de uma hora para o almoço. Funciona com distribuição de fichas sem ultrapassar o valor de 35 por período, exceto a vacina BCG, atualmente todas as demais do calendário de vacinação são administradas na unidade.

A unidade tem atendimentos nos dois horários, sendo o período da manhã geralmente mais requisitado, a unidade conta com uma recepção que faz o serviço de inserir os dados dos

usuários no e-SUS para atendimentos, vacinas ou curativos e bem como levar os prontuários físicos (continua sua utilização mesmo com o eletrônico, uma redundância) até os setores responsáveis do primeiro atendimento.

Os ACS em sua maioria costumam fazer visitas domiciliares no período da manhã e permanecendo na unidade no período da tarde, tanto médica como enfermeira só fazem consultas domiciliares em dias específicos da semana acompanhadas pelos ACS das respectivas microáreas. Vale ressaltar que não existe planejamento sobre execução de visita domiciliar, bem como não existe um padrão para seguir. cada profissional é condicionado ao seu julgamento de método e execução. Por conta do ano atípico de 2020 não se trabalhou com grupos, palestras ou qualquer interação que reunisse pessoas, mas anteriormente a pandemia a prática estava sendo deixada de lado sem razão aparente.

### 1.7 O dia a dia da equipe Carla Nogueira III

A equipe de saúde da unidade possui três profissionais que fazem atendimentos diários, o da medicina, enfermagem e odontologia. O foco da agenda desses profissionais é no planejamento e retorno programado, porém atendem alguns casos de demanda considerados precisos e não podendo esperar um agendamento. No caso do agendamento de primeira vez de hipertensos, diabéticos, gestantes e menores de dois anos, os ACS são responsáveis pela identificação e marcação acionando a enfermeira. Os demais retornos são agendados pelos profissionais que fizeram o atendimento.

No caso do atendimento de demanda é necessária a avaliação das técnicas de enfermagem que avaliam a necessidade ou não do atendimento naquele momento, já no caso do dentista ele próprio é quem faz essa avaliação. No caso dos atendimentos domiciliares, existem uma agenda com dias e horários determinados tanto pela médica como enfermeira para que junto com o ACS responsável pela microárea possa acompanhá-las.

Antes existia uma agenda de eventos, com cada semana ocorrendo grupos ou roda de conversa, bem como uma vez ao mês durante a manhã ocorria a pesagem e preenchimento do perfil alimentar das crianças que possuíam bolsa família.

No que se refere às visitas domiciliares dos ACS não existe padronização, planejamento em conjunto e nenhuma ordenação de prioridade ou algo parecido. Cada profissional age da melhor forma que acredita ser, única padronização e que foi determinação

por parte da gerência da unidade é entrega das marcações de consultas e exames na casa dos pacientes.

### 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Em um primeiro momento foram levantados todos os problemas de saúde que se tinha registro no e-SUS, dessa lista foram observadas todas as doenças, suas implicações e o que seria a causa dos mesmos. Pelo fato de a ESF trabalhar com foco na prevenção, essa estimativa rápida foi considerada como a maior importância para o problema de atraso na vacinação que deveria ser trabalho, mesmo havendo mais problema com a avaliação alta.

### 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

#### **Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Carla Nogueira III, Unidade Básica de Saúde Carla Nogueira, município de Maceió, estado de Alagoas**

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Atraso vacinação	Alta	8	Total	1
Dificuldade de controle de diabetes e hipertensão arterial	Alta	6	Parcial	2
Pessoas com sofrimento mental	Alta	5	Parcial	3
Aprazamento consulta de retorno	Alta	4	Total	4
Gravidez não planejada	Alta	4	Parcial	5
Problemas relacionados às drogas	Média	2	Fora	6

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020

\*Alta, média ou baixa

\*\* Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2 Justificativa

De acordo com o DATASUS (2019), dentre as cinco regiões do país, o Nordeste ocupava a última posição no que diz respeito à cobertura vacinal com apenas cerca de 67% da população imunizada. Levando em conta que a taxa esperada pelo Programa Nacional de Imunização é de 95%, entende-se que esta região, assim como todas as outras, precisa melhorar nesse quesito.

É preciso entender que a não vacinação pode gerar inúmeros prejuízos tanto para o indivíduo em sua particularidade, como para a sociedade em geral. É inaceitável que doenças imunopreveníveis ainda provocam epidemias e mortes. Portanto, é preciso constantemente relembrar à população, com dados e comprovação científica, da importância da vacinação e o quão responsável cada indivíduo é perante a sociedade (SATO, 2018).

As vacinas não têm a finalidade de tratar sintomas e dessa forma não são medicamentos, sua função ao ser administrada é de prevenir as doenças, fazendo a sensibilização do organismo e com isso impedir que agentes evoluam e levem o indivíduo a um hospital ou até mesmo a óbito (ROTHBARTH, 2018).

Com uma cobertura vacinal mínima de 95%, é alta a probabilidade que a população adscrita não tenha determinadas doenças e caso tenha seja de forma mais amena, ajudando ao serviço de saúde que evitará a superlotação, como também evitar doenças cujo tratamento requer um recurso financeiro bem maior do que o custo da dose da vacina. Tal afirmação é comprovada pela experiência pela incidência zero no ano de 2001 do sarampo, o feito só foi alcançado por causa do Plano de Controle e Eliminação do Sarampo que começou no ano de 1992 e atingiu uma cobertura de 96% (MOURA et al, 2018).

Dessa forma, fica clara a necessidade de aumento da cobertura vacinal, principalmente na região onde possui a ESF e que possua a presença do ACS que de acordo com a Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018 tem a obrigação de verificar o estado vacinal daqueles que pertencem a sua microárea. Mesmo não sendo algo oficial existe um movimento da prática do desuso do cartão espelho de vacina pelos ACS, bem como os dados fornecidos pelo DATASUS não são detalhados por equipes da ESF e suas microáreas, sendo praticamente impossível o detalhamento e o acompanhamento com números em tempo real da situação vacinal de cada equipe.

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Geral**

Propor estratégias para avaliação, controle e ampliação da cobertura vacinal da população atendida pela equipe Carla Nogueira III, em Maceió, Alagoas.

### **4 Método**

Para a realização da metodologia do presente trabalho, foi utilizado o método de estimativa rápida, trabalhando os dados obtidos para chegar aos problemas presentes na área em questão, determinando seus nós críticos, as ações a serem adotadas para, então, definir o Planejamento Estratégico Situacional dos problemas observados (CAMPOS et al, 2018).

Trata-se de um trabalho onde existe uma mescla da revisão de literatura, com a implantação de uma ferramenta que resulta numa intervenção em um problema que é a deficiência para o acompanhamento e monitoramento da vacinação de crianças até 5 anos de idade.

Para tal, foram utilizados o Plano Municipal de Saúde, dados do Ministério da Saúde como do do DataSUS e SISPNI, bem como bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Bireme, Scielo e PubMed. Os artigos foram na língua portuguesa e para sua definição das palavras-chaves foi utilizada a base de Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). As palavras selecionadas foram: vacinas, cobertura vacinal e programas de imunização.

## 5 Revisão Bibliográfica

### 5.1 Importância da vacinação

Vacinas são preparações que induzem o sistema imunológico a produzir anticorpos, sendo utilizadas para prevenir ou reduzir a morbimortalidade de doenças imunopreveníveis. A vacinação em massa se sustenta na característica de imunidade de rebanho, ou seja, uma vez que a grande maioria dos indivíduos esteja vacinada, a pequena minoria que não esteve em contato com a imunização será também beneficiada pela provável eliminação do agente infeccioso e a proteção da coletividade (BARBIERI, COUTO E AITH, 2017).

Como estratégia para organização das atividades de vacinação e prevenção de doenças infectocontagiosas, surgiu em 1973 o Programa Nacional de Imunizações (PNI), antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Com o seu surgimento houve uma melhoria na situação de saúde da população brasileira (Domingues et al., 2019). Atualmente são disponibilizadas mais de 300 milhões de doses anuais e 44 diferentes tipos de imunobiológicos, o que o torna um dos programas de vacinação mais completos e complexos do planeta (BARBOZA et al., 2020).

O sucesso do PNI é evidenciado pela erradicação da varíola, eliminação da poliomielite e da febre amarela urbana, até o ano de 2015 do vírus da rubéola e 2016 do vírus do sarampo. Bem como a redução da ocorrência das seguintes doenças: difteria, coqueluche, meningite (*H. influenzae* tipo B), tétano, tuberculose (menores de 15 anos), meningites e pneumonias (Domingues et al., 2018). Ainda continuando o pensamento dos autores, houve uma redução da incidência e da mortalidade por doenças imunopreveníveis, especialmente nos primeiros anos de vida, isso reflete no aumento da esperança de vida e principalmente na redução de custos que o estado teria com hospitalizações.

Para Levi (2013), atualmente existe uma exigência científica não só da sua eficácia, como também da segurança para que ela seja aprovada para o uso. Dessa forma é melhor a produção de imunidade produzida com a administração da vacina que é eficiente e duradoura do que o paciente ter contato com o vírus para desenvolver de forma natural os anticorpos, dessa forma iria requerer atendimento médico, medicações e uma série de coisas que ocasionaria um custo e sofrimento pessoal sem necessidade.

Por fim, um estudo feito por Magalhães et al. (2018) mostra a diferença entre o custo de uma vacina com o tratamento de uma doença. No artigo dos autores é mostrada a estimativa de custos para a implantação e efetivação da vacinação contra o HPV no Estado do Amazonas.

Somado os valores com o custo total para a campanha e dividido pela quantidade de doses o valor era de R\$ 49,71 por dose, já o custo anual por paciente com câncer de colo do uterino era de R\$ 8.711,00.

## 5.2 Hesitação vacinal

Para Sato (2018) a hesitação vacinal é o ato de aceitar ou a recusa das vacinas recomendadas que são disponibilizadas pelo sistema de saúde. Esse fenômeno tem uma tendência de variação temporal, tipo de vacina e localidade. Ainda para a mesma autora, os hesitantes situam-se entre os dois polos de aceitação e recusa total da vacinação.

Sobre esse mesmo tema, Levi (2013) enfatiza que não só leigos enchem a mídia, em particular a eletrônica, mas também um grupo de médicos que se dedicam a alimentar informações negativas sobre as vacinas e apelos contra o uso delas. O autor afirma que a origem dessas informações é tanto por má-fé, erros científicos, por crenças religiosas ou filosóficas ou pelo simples fato de desconhecimento.

Fernandes e Monuori (2020), frisam que em um ambiente onde as crenças pessoais se sobrepõem à lógica e aos fatos, surgem novas relações da mídia com a sociedade. O jornalismo tradicional e respaldado perde espaço para uma postagem numa rede social, feito por uma pessoa que não tem nenhum conhecimento e mesmo assim consegue mobilizar a opinião pública de um determinado grupo. Para os autores, o sistema de vacinação é vítima frequente de informações inverídicas e prejudiciais para a população.

Já Domingues et al. (2019), acreditam que as pessoas perderam a noção do risco das doenças imunopreveníveis e ao mesmo tempo criaram medo com supostas reações que as vacinas poderiam causar, justamente por conta de notícias falsas sobre os riscos das vacinas. Outro ponto abordado é a atuação dos movimentos antivacina, que apesar de não ter uma grande visibilidade no Brasil eles divulgam informações sem bases científicas e com isso seu poder de persuasão está a cada dia com mais força.

### 5.3 Monitoração da cobertura vacinal

Apesar de todo um investimento em vacinas no Brasil para evitar e controlar doenças imunopreveníveis, muitas das vezes se faz necessário o seu monitoramento e acompanhamento. De acordo com Silva (2005), é preciso observar que existe uma diferença entre o monitoramento e a avaliação pontual. O primeiro corresponde ao acompanhamento sistemático sobre algumas características e o outro seria o julgamento sobre eles em um determinado ponto do tempo. Observa-se que em alguns casos o monitoramento pode produzir informações de uma avaliação que não corresponde à implementação dela.

Grimm (2016), afirma que desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), vem se tornando cada vez mais necessário o monitoramento e avaliação como componentes importantes para a gestão do serviço em saúde, que ao incorporar no trabalho terá como retorno a rapidez de informações para um melhor resultado do trabalho.

A partir disso, uma atividade importante que tem sido utilizada é o Monitoramento Rápido de Cobertura (MRC), que visa avaliar a cobertura vacinal por meio de visita domiciliar solicitando a comprovação do cartão de vacina. Os resultados obtidos são de grande importância sobre a definição e modificação de estratégias buscando melhorar a cobertura vacinal (BRASIL, 2015).

## 6 Plano de Intervenção

O presente trabalho refere-se ao problema intitulado “Atraso na vacinação”, no qual buscou-se descrever e explicar o problema selecionado e definir seus nós críticos. Os quadros foram modelados a partir do Planejamento Estratégico Simplificado e descrevem todo o processo de elaboração das operações e, para cada “nó crítico”, a operação, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização do plano de intervenção (FARIA et al, 2018).

### 6.1 Descrição do problema selecionado

Atualmente não se tem um registro de dados exato que comprove a porcentagem de cobertura vacinal por microárea. Existe apenas o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) que, no entanto, não supre essas informações. O problema apresentado é enfrentado atualmente na forma de busca ativa e não se tem uma padronização do processo de trabalho. Com a adoção das planilhas eletrônicas é possível monitorar e obter esses dados de toda a população em tempo real, evitando assim o atraso na vacinação.

### 6.2 Explicação do problema selecionado

Esse problema é motivado pela falta de informação e por informações falsas provenientes da mídia e por crenças que levam a hesitação da população em se vacinar. Além disso, o fato de as pessoas não conviverem mais com as consequências provocadas por doenças imunopreveníveis faz com que elas não percebam o risco que se corre pela não prevenção destas doenças. Assim como, a dificuldade no controle e acompanhamento dessa população dificulta o trabalho do agente de saúde na busca ativa dos indivíduos não vacinados.

### 6.3 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados como nós críticos a Baixa cobertura vacinal, Fluxo operacional e Controle da cobertura de vacinação.

### 6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão

**Quadro 2 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Baixa cobertura vacinal”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira III, do município de Maceió, estado de Alagoas**

<b>Nó crítico 1</b>	Baixa cobertura vacinal
<b>Operação</b> (operações)	Busca ativa e educação em saúde
<b>Projeto</b>	Controle e educação vacinal
<b>Resultados esperados</b>	Aumento do número de pacientes vacinados
<b>Produtos esperados</b>	Taxa de vacinação elevada Educação em saúde evitando a hesitação em vacinar
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Ir em busca dos faltosos e troca de conhecimentos Político: adesão dos profissionais
<b>Viabilidade do plano</b>	Cognitivo: levantamento de dados (favorável) Político: Agentes de Saúde (favorável) Financeiro: impressão de folders (favorável)
<b>Ações estratégicas</b>	Ir na casa dos pacientes para verificar os cartões de vacina; Fazer grupos ou ações em educação para troca de conhecimentos acerca dos benefícios das vacinas
<b>Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Responsáveis: Enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde Prazo: dois meses
<b>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Verificar os cartões de vacina começando por menores de cinco anos, logo após adolescente e por fim adultos e idosos. Sensibilizar os pacientes para que façam parte de ações educativas.

**Quadro 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Fluxo operacional”, no processo de trabalho sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira III, do município Maceió, estado de Alagoas**

<b>Nó crítico 2</b>	Fluxo operacional
<b>Operação</b> (operações)	Melhorar a interação e sistematização
<b>Projeto</b>	Trabalho Multiprofissional
<b>Resultados esperados</b>	Padronizar os processos de trabalho da equipe
<b>Produtos esperados</b>	Reuniões mais frequentes; esquematizar a sequência do fluxo operacional.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: elaboração de um roteiro. Político: adesão da equipe
<b>Viabilidade do plano - Recursos críticos</b>	Cognitivo: estudo de dados e casos (favorável) Político: adesão da equipe (favorável)
<b>Ações estratégicas</b>	Planejamento
<b>Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Responsáveis: Toda a equipe da Estratégia Saúde da Família Prazo: dois meses
<b>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Reuniões mais frequentes: aos dois meses: realizar reuniões quinzenais Esquematizar a sequência do fluxo operacional: aos dois meses: determinar atribuições, fluxos e orientações dentro da equipe.

**Quadro 4 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Controle da cobertura de vacinação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira III, do município Maceió, estado de Alagoas**

<b>Nó crítico 3</b>	Controle da cobertura de vacinação
<b>Operação</b> (operações)	Cobertura vacinal igual ou superior a 95%
<b>Projeto</b>	Implantação ferramenta de acompanhamento e monitoramento.
<b>Resultados esperados</b>	Atualização da caderneta de vacinação e ampliação da cobertura vacinal
<b>Produtos esperados</b>	Adoção das planilhas; fotos dos cartões de vacina
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: preenchimento das planilhas. Político: adesão dos Agente Comunitários de Saúde
<b>Viabilidade do plano - recursos críticos</b>	Cognitivo: Inserção de dados (favorável) Político: Agentes Comunitários de Saúde (favorável)
<b>Ações estratégicas</b>	Implementar o funcionamento das planilhas
<b>Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>	Responsáveis: Agentes Comunitários de Saúde Prazo: dois meses
<b>Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Registro digital ou físico: aos dois meses: na visita domiciliar fazer o registro de todos os cartões de vacina Adoção das planilhas: aos quatro meses: digitar as informações obtidas nos cartões de vacina de cada micro área

## **7 Considerações Finais**

A partir do que foi exposto é possível concluir que não existem informações suficientes no que diz respeito à cobertura vacinal das áreas e microáreas da unidade avaliada. Com isso, a adoção de planilhas eletrônicas será de grande valor para monitoramento de cobertura vacinal e servirá como um guia para planejamento de ações que visem melhorar a informação da população acerca desse tema.

Atualmente, muitos indivíduos se negam à vacinação por falta de informação ou por informações errôneas. Isso reflete diretamente no surgimento de casos de doenças já erradicadas e que poderiam ser facilmente prevenidas através da vacinação. Desta forma, a atenção primária à saúde é essencial na sensibilização dos profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde para assim, obter uma cobertura vacinal segura para toda população.

## REFERÊNCIAS

BARBIERI, C. L. A.; COUTO, M. T.; AITH, F. M. A. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v. 33, n. 2, mar. 2017. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000205004&script=sci_abstract&tlng=pt)

[311X2017000205004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000205004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 28 set. 2020.

BARBOZA, T. C. et al. Estudo retrospectivo dos erros de imunização notificados em um Sistema de Informação on-line\*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 28, jun. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692020000100352&script=sci_arttext&tlng=pt)

[11692020000100352&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692020000100352&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 29 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações - 40 anos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nacional\\_imunizacoes\\_pni40.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf).

Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **PROTOCOLO DE MONITORAMENTO RÁPIDO DE COBERTURA (MRC) PÓS CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE EM CRIANÇAS DE 6 MESES A MENORES DE 5 ANOS DE IDADE E PÓS-CAMPANHA COM A VACINA TRÍPLICE VIRAL EM CRIANÇAS DE 1 ANO A MENORES DE 5 ANOS DE IDADE**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em:

[http://pni.datasus.gov.br/sipni/documentos/Protocolo\\_MRC\\_vers%E3o\\_27-01-](http://pni.datasus.gov.br/sipni/documentos/Protocolo_MRC_vers%E3o_27-01-2015_(Cear%E1).pdf)

[2015\\_\(Cear%E1\).pdf](http://pni.datasus.gov.br/sipni/documentos/Protocolo_MRC_vers%E3o_27-01-2015_(Cear%E1).pdf). Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ESUS**. Brasília, 2016. Disponível em:

<http://www2.esus.maceio.al.gov.br/esus/#/pec>

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia**: trabalho de conclusão de curso. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em:

[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo\\_Iniciacao-](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf)

[Metodologia\\_TCC.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf).

DOMINGUES, C. M. A. S. et al. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.28, n.2, jun. 2019. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742019000200001&lng=pt&nrm=iso)

[49742019000200001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742019000200001&lng=pt&nrm=iso)

[49742019000200001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742019000200001&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 jul. 2020.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>.

FERNADES, C. M.; MONTUORI, C. A rede de desinformação e a saúde em risco: uma análise das fake news contidas em 'As 10 razões pelas quais você não deve vacinar seu filho'. **Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 444-460, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41958>. Acesso em: 19 jul. 2020.

GRIMM, S. C. A.; TANAKA, O. Y. Painel de Monitoramento Municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 25, n.3, jul./set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2016.v25n3/585-594/pt/#>. Acesso em: 19 jul. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conheça cidades e estados do Brasil, 2020**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/maceio/panorama>.

LEVI, G. C. **Recusa de vacinas - causas e consequências**. São Paulo: Segmento Farma editores, 2013. Disponível em: [https://sbim.org.br/images/books/15487-recusa-de-vacinas\\_miolo-final-131021.pdf](https://sbim.org.br/images/books/15487-recusa-de-vacinas_miolo-final-131021.pdf). Acesso em: 18 jul. 2020.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde. **Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021**. Maceió, 2017. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/pdf/2018/10/PLANO-MUNICIPAL-ATUALIZADO-EM-18-09-20181.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

MAGALHÃES, P. S.; NEVES, A. L. M; SOUZA FILHO, Z. A. Estimativa de custos diretos para a implantação e efetivação da vacinação contra o HPV no Estado do Amazonas. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina, v. 39, n. 1, p. 41-50, jan./jun. 2018. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/semnabio/article/view/30182>. Acesso em: 19 jul. 2020.

MOURA, A. D. A. et al. Monitoramento Rápido de Vacinação na prevenção do sarampo no estado do Ceará, em 2015. **Epidemiol. Serv. Saude**. Brasília, v. 27, n.2, jun. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000200600](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200600). Acesso em: 30 set. 2020.

PAVÃO, A. L. B. SUS: em construção ou desconstrução. **RECIIS – Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul./set. 2016. Disponível em:

<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1192>. Acesso em: 19 jul. 2020.

**ROTHBARTH, R. VACINAÇÃO: DIREITO OU VEVER? A emergência de um paradoxo sanitário e suas consequências para a Saúde Pública.** 2018. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SANTOS, Z. M. S.; A, V. L. M.; Sampaio, F. H. S. Vacinação: o que o usuário sabe? **Rev. Bras. Promoção Saúde.** Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 24-30, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/863/2081>. Acesso em: 19 jul. 2020.

SATO, A. P. S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2018.v52/96/pt/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

SILVA, L. M. V. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde.** In: Hartz, ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-03.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.