



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO  
Acordo de Cooperação TCU-Reino Unido

TC nº 10.823/1999-9

**RELATÓRIO DE**

**AUDITORIA**

**DE DESEMPENHO**

**PROGRAMA**

**NACIONAL**

**DE IMUNIZAÇÕES - PNI**



<b>1. ÍNDICE</b>	
<b>2. SUMÁRIO EXECUTIVO</b>	<b>3</b>
<b>3. AGRADECIMENTOS</b>	<b>4</b>
<b>4. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
4.1 ANTECEDENTES E VISÃO GERAL DO PROJETO TCU – REINO UNIDO	5
4.2 OBJETIVOS E ESCOPO DA AUDITORIA	5
4.2.1 PROBLEMA E QUESTÕES DE AUDITORIA	6
4.2.2 METODOLOGIA PROPOSTA	6
4.2.3 ANÁLISE DOS RISCOS DA AUDITORIA	8
4.3 VISÃO GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES	8
<b>5. CONSTATAÇÕES</b>	<b>16</b>
5.1 QUESTÃO 1 - A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO PNI EM NÍVEL ESTADUAL E MUNICIPAL É ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS?	16
5.2 QUESTÃO 2 - A ESTRUTURA FÍSICA É ADEQUADA?	22
5.3 QUESTÃO 3 - EM QUE MEDIDA O TREINAMENTO INFLUI NO ÍNDICE DE COBERTURA VACINAL?	26
5.4 QUESTÃO 4 - EM QUE MEDIDA A PUBLICIDADE INFLUI NO ÍNDICE DE COBERTURA VACINAL?	27
5.5 QUESTÃO 5 - HÁ PROBLEMAS DE AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE VACINAS, SERINGAS E AGULHAS?	28
5.6 QUESTÃO 6 - QUAL A INFLUÊNCIA DE FATORES EXTERNOS NO DESEMPENHO DO PROGRAMA?	29
5.7 QUESTÃO 7 - SE NÃO HOUVESSE CAMPANHA DE VACINAÇÃO, COMO SERIA O DESEMPENHO DA VACINAÇÃO DE ROTINA?	34
5.8 QUESTÃO 8 – OS DADOS DE COBERTURA GERADOS PELOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO SÃO CONFIÁVEIS?	37
5.9 BOAS PRÁTICAS	44
<b>6. INDICADORES DE DESEMPENHO</b>	<b>46</b>
<b>7. COMENTÁRIOS DO GESTOR</b>	<b>47</b>
<b>8. CONCLUSÃO</b>	<b>50</b>
8.1 POSSÍVEIS BENEFÍCIOS ESPERADOS	51
<b>9. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO</b>	<b>51</b>
<b>10. ANEXOS</b>	<b>57</b>



## 2. SUMÁRIO EXECUTIVO

O Programa Nacional de Imunizações – PNI foi criado em 1973 e institucionalizado em 1975 e tem por objetivo contribuir para o controle, eliminação e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis, por meio de duas estratégias básicas: vacinação de rotina e campanhas anuais, de maneira descentralizada e hierarquizada.

Uma das metas operacionais básicas do PNI é vacinar 100% das crianças que nascem a cada ano contra as doenças incluídas no chamado esquema básico de vacinação<sup>1</sup>.

Para atingir essa meta, o Programa procura manter alta cobertura vacinal da população-alvo e com índices homogêneos nos municípios brasileiros. Entretanto, um dos principais problemas de desempenho do PNI é a heterogeneidade dos índices de cobertura vacinal, quando se comparam estados e municípios do País.

O objetivo desta auditoria é contribuir para o aumento dos índices de cobertura vacinal no País, identificando as causas dessa heterogeneidade. Para o estudo, foram consideradas crianças menores de um ano e as vacinas BCG (tuberculose), VSPO (sarampo), OPV (poliomielite) e DTP (difteria, tétano e coqueluche).

Para conhecer melhor o PNI e as situações existentes nas diversas regiões do país, optamos pela realização de visitas *in loco*. Na primeira semana de execução, visitamos o Distrito Federal e o Rio de Janeiro, para conhecer a sistemática nacional de armazenamento e distribuição de imunobiológicos, identificar as atividades desenvolvidas nas esferas estaduais e municipais e ajustar os procedimentos de auditoria que seriam aplicados nos estados selecionados. Em seguida, realizamos visitas a Mato Grosso do Sul e Ceará, para conhecer o programa de imunizações em dois estados que têm apresentado bom desempenho. Na semana seguinte, visitamos Pará e Alagoas, para conhecer a situação de estados que apresentam oportunidade de melhoria no desempenho do programa.

As principais constatações foram:

- a) deficiência de recursos humanos, especialmente nas áreas rurais;
- b) ausência de vacinação de rotina nas áreas rurais;
- c) dados do IBGE incorretos para algumas localidades;
- d) sub-registro de vacinas;
- e) falta de supervisão e de treinamento;
- f) alta rotatividade de pessoas treinadas;
- g) quantidade suficiente de vacinas e insumos;
- h) melhoria de resultados quando há boa integração entre o PNI, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família.

Para auxiliar o monitoramento e a avaliação do desempenho do Programa, a longo prazo, propomos a criação (quando não houver) e o acompanhamento dos seguintes indicadores de desempenho:

---

<sup>1</sup> Vacinas contra sarampo, difteria, coqueluche, tétano acidental e neonatal, tuberculose, hepatite B, febre amarela, caxumba e rubéola.



- 1) Cobertura vacinal em crianças com menos de um ano.
- 2) Número de salas de vacina / população ou número de salas de vacina por área.
- 3) Número de pessoas treinadas em sala de vacina.
- 4) % da população-alvo com vacinação em dia.
- 5) Doses aplicadas x Cobertura vacinal.
- 6) % de municípios com cobertura menor que o padrão do Ministério da Saúde.
- 7) Número de supervisões/estado, número de supervisões/município e número de supervisões/unidade de saúde.
- 8) Índice de perdas de vacina (por tipo de vacina).

Considerando essas constatações e visando contribuir para melhorar a efetividade do PNI, apresentamos diversas recomendações, entre as quais, destacamos:

- a) realização de ações que possibilitem a divulgação e o estímulo à vacinação de rotina nos estados e municípios;
- b) realização de estudos no sentido de avaliar o impacto da publicidade nacional unificada para as campanhas de vacinação;
- c) desenvolvimento de indicadores de desempenho que permitam monitorar e avaliar o PNI;
- d) intensificação de treinamento para técnicos da área de imunização;
- e) intensificação das ações de parceria com o Ministério da Educação;
- f) promoção de treinamento para os gestores do SUS;
- g) elaboração de normas quanto ao controle do transporte e distribuição de imunobiológicos;
- h) elaboração de plano anual de supervisão aos municípios.

### **3. AGRADECIMENTOS**

Um dos requisitos necessários ao sucesso das auditorias de desempenho é a parceria entre a equipe auditora e os técnicos do órgão auditado. A propósito, deve ser ressaltado que, durante os trabalhos, esta equipe foi muito bem recebida por todos os servidores envolvidos no PNI, tendo contado com a total colaboração para o cumprimento de suas tarefas.

Nesse sentido, gostaríamos de reconhecer a cooperação, cordialidade e boa vontade dispensadas pelas coordenadoras do PNI e suas respectivas equipes durante a execução dos trabalhos. Em especial, agradecemos o apoio das seguintes pessoas:



- ? Dra. Maria de Lourdes de Sousa Maia – Coordenadora nacional do PNI.
- ? Dra. Ângela Maron – Coordenadora estadual do PNI no Rio de Janeiro.
- ? Dra. Carmem Lúcia Osterno Silva – Coordenadora estadual do PNI no Ceará.
- ? Dra. Ivone Perez de Castro – Coordenadora estadual do PNI no Distrito Federal.
- ? Dra. Kátia Mougnot Barbosa Lima – Coordenadora estadual do PNI em Mato Grosso do Sul.
- ? Dra. Odany Martins de Souza – Coordenadora estadual do PNI no Pará.
- ? Dra. Tânia Kátia de Araújo Mendes – Coordenadora estadual do PNI em Alagoas.

## 4. INTRODUÇÃO

### 4.1 Antecedentes e Visão Geral do Projeto TCU – Reino Unido

Esta auditoria visa, além de buscar implementar melhorias de eficiência, economicidade, eficácia e efetividade no Programa Nacional de Imunizações, capacitar técnicos desta Corte de Contas na prática de auditorias de desempenho. Insere-se no Programa de Auditorias fruto do Acordo de Cooperação TCU - DFID<sup>2</sup> (Reino Unido).

Esse Acordo prevê a realização de treinamentos específicos sobre as técnicas utilizadas em auditorias de desempenho, a realização de auditorias-piloto, a produção de material auxiliar (manuais, guias de referência e roteiros) e viagens de estudos de técnicos ao Reino Unido para conhecer os métodos de verificação de desempenho das unidades do governo britânico.

O atual Plano Especial de Auditoria de Desempenho resultou da Representação Conjunta Segecex/ISC/Arint nº 1/99, apresentada aos Ministros-Relatores das áreas envolvidas e apreciada em Plenário, originando a Decisão nº 506/99-TCU.

O Acordo de Cooperação abrange três áreas prioritárias: saúde, educação e meio-ambiente. Cada área já foi objeto de duas auditorias de desempenho no exercício de 1998. Neste ano, foram executadas outras duas auditorias. Na área de saúde, os temas aprovados foram o Programa Nacional de Imunizações – e o Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde – REFORSUS.

### 4.2 Objetivos e Escopo da Auditoria

A auditoria de desempenho consiste na avaliação sistemática dos programas, projetos e atividades governamentais, assim como dos órgãos e entidades jurisdicionadas ao Tribunal.

Nesse sentido, esta auditoria tem como principal objetivo contribuir para o aumento dos índices de cobertura vacinal<sup>3</sup> no País, identificando as causas de heterogeneidade desses índices entre estados e

---

<sup>2</sup> DFID – *Department for International Development* – Órgão do governo britânico responsável pela cooperação internacional.

<sup>3</sup> Para este estudo, foram consideradas crianças menores de um ano e vacinas contra tuberculose (BCG), sarampo, poliomielite, difteria, tétano e coqueluche (DTP).



municípios. Portanto, foram avaliados os procedimentos operacionais, as redes de distribuição, os treinamentos realizados, a estrutura e funcionamento das redes de frio, a situação quanto a recursos humanos e as supervisões de uma esfera de governo em outra.

#### 4.2.1 Problema e Questões de Auditoria

##### Problema de Auditoria

Uma das metas do Programa Nacional de Imunizações é vacinar 100% das crianças que nascem a cada ano contra as doenças incluídas no chamado esquema básico de vacinação, com o objetivo de contribuir para o controle, eliminação e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis. O programa procura manter alta cobertura vacinal da população-alvo e índices homogêneos nos municípios, de modo a bloquear a suscetibilidade da transmissão dessas doenças. A estratégia básica do programa para o alcance da meta é a vacinação de rotina, tendo como grupo prioritário os menores de um ano.

Entretanto, foi detectado que a meta não vem sendo atingida em muitos municípios e existe heterogeneidade nos índices de cobertura vacinal entre estados e municípios.

##### Questões de Auditoria

1. A estrutura organizacional do PNI em nível estadual e municipal é adequada para a obtenção dos resultados esperados?
2. A estrutura física é adequada?
3. Em que medida o treinamento influi no índice de cobertura vacinal?
4. Em que medida a publicidade influi no índice de cobertura vacinal?
5. Há problemas de aquisição e distribuição de vacinas, seringas e agulhas?
6. Qual a influência de fatores externos no desempenho do programa?
7. Se não houvesse campanha de vacinação, como seria o desempenho da vacinação de rotina?
8. Os dados de cobertura gerados pelos sistemas de informação são confiáveis?

#### 4.2.2 Metodologia Proposta

A metodologia escolhida para o trabalho foi o **estudo de caso**<sup>4</sup>. Para sua execução, visitamos o Distrito Federal e o Rio de Janeiro, com o objetivo de conhecer a sistemática nacional de abastecimento e distribuição de imunobiológicos e ajustar os procedimentos de auditoria utilizados nos estados selecionados. A seguir, visitamos os estados de Alagoas, Ceará, Mato Grosso do Sul, Pará e os seguintes municípios: Cajueiro, Maceió, Porto de Pedras e Santana do Mundaú (AL); Quixeré e Russas (CE); Bandeirantes,

---

<sup>4</sup> Estudo de caso é um método para conhecer uma situação complexa, baseado em uma compreensão abrangente da situação, obtida a partir da ampla descrição e análise dessa situação, considerada como um todo e no seu contexto.



Campo Grande, Corumbá, Jaraguari e Ladário (MS); Belém, Castanhal, Santa Isabel do Pará e São Miguel do Guamá (PA); Areal e Rio de Janeiro (RJ).

Durante as visitas, realizamos entrevistas com, aproximadamente, 160 pessoas, incluindo Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, presidentes de Conselhos de Secretários Municipais de Saúde, Coordenadoras Estaduais e Municipais do PNI, Coordenadores Regionais de Saúde, participantes da Comissão Intergestores Biparte, responsáveis por salas de vacina e vacinadores.

Com base nas informações obtidas e nas análises procedidas, identificamos boas práticas e deficiências na execução do Programa, que subsidiarão as recomendações propostas no sentido de melhorar seu desempenho nos três níveis de governo.

Cabe ressaltar que as visitas *in loco* foram, no entender desta equipe, de fundamental importância para entender o funcionamento do PNI em todos os níveis, bem como para conhecer a realidade dos profissionais que atuam diretamente nas ações de vacinação.

#### 4.2.2.1 Equipe de Auditoria

Carmen Pereira Rêgo Meireles	Matr. 0840-0	SAUDI
Ismar Barbosa Cruz	Matr. 2863-0	ISC
Márcio Emmanuel Pacheco	Matr. 3037-6	SECEX/RJ
Maria Lúcia Oliveira F. de Lima	Matr. 3135-6	4ª SECEX

#### 4.2.2.2 Período dos trabalhos:

Data	Local	Objetivos
20 a 24/09/99	Visita a Rio de Janeiro e Distrito Federal	? Conhecer a sistemática nacional de armazenamento e distribuição. ? Identificar as atividades desenvolvidas nas esferas estaduais e municipais. ? Ajustar os procedimentos de auditoria que serão aplicados nos estados selecionados.
27/09 a 01/10/99	Visita a Mato Grosso do Sul e Ceará	? Avaliar o programa de imunizações em dois estados que têm apresentado bom desempenho.
4 a 8/10/99	Visita a Alagoas e Pará	? Avaliar o programa de imunizações em dois estados que apresentam oportunidade de melhoria de desempenho
11 a 29/10/99	Brasília	? Analisar as informações coletadas, discutir os achados com técnicos da COPNI e elaborar o Relatório de Auditoria.



### 4.2.3 Análise dos Riscos da Auditoria

Considerando que a execução do Programa Nacional de Imunizações compete concorrentemente aos três níveis de governo, refletindo em situação diferenciada em cada localidade, uma das limitações presentes neste trabalho foi a impossibilidade de o Programa ser avaliado em todas as unidades da federação.

Entretanto, para o desenvolvimento da metodologia proposta (estudo de caso), a quantidade de estados e municípios visitados foi suficiente para que a equipe avaliasse o funcionamento do Programa nas esferas federal, estadual e municipal. Além disso, foi possível a obtenção de informações sobre as boas práticas do Programa e as situações em que há possibilidade de melhoria de desempenho.

Outra questão a ser considerada, consistente num risco de auditoria, é a incompatibilidade entre os dados populacionais do IBGE, utilizados pelo Ministério da Saúde para definição das metas do PNI, e a população real de alguns municípios, fator que pode distorcer a análise dos dados de cobertura vacinal, conforme relatado no item 5.8.2.

Outra limitação verificada é que a implementação das medidas necessárias à melhoria do desempenho do PNI depende, em larga escala, da formulação e execução de diretrizes e políticas na área da saúde, por estados e municípios, no âmbito de sua competência discricionária.

## 4.3 Visão Geral do Programa Nacional de Imunizações

O Programa Nacional de Imunizações – PNI foi criado em 1973 e institucionalizado em 1975 (Lei nº 6.259/75 e Decreto nº 78.231/76) como resultado de um conjunto de fatores nacionais e internacionais que convergiram para expandir a utilização de agentes imunizantes no Brasil. É desenvolvido pela Coordenação do Programa Nacional de Imunizações – COPNI, integrante do Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA/MS.

O PNI tem por objetivo contribuir para o controle, eliminação e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis, por meio de duas estratégias básicas: vacinação de rotina e campanhas anuais, de maneira descentralizada e hierarquizada.

No formato atual do Programa, o Governo Federal centraliza a aquisição de imunobiológicos, por meio do fundo rotativo da Organização Pan-americana de Saúde – OPAS, bem como de seringas e agulhas, além de outros suprimentos. As atividades de aquisição de vacinas são da responsabilidade do Departamento de Administração da Fundação Nacional de Saúde, sendo as atividades de recebimento, armazenamento e distribuição de competência da Central Nacional de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos – CENADI/FUNASA/MS, sediada na cidade do Rio de Janeiro – RJ.

A localização da CENADI deve-se à proximidade geográfica com o INCQS e a FIOCRUZ (principal produtora brasileira de imunobiológicos), além de facilitar o recebimento das vacinas importadas, uma vez que a maioria dos vôos internacionais aterrissa no Rio de Janeiro. Sua localização também facilita a distribuição dos imunobiológicos, pois na região Sudeste concentra-se, aproximadamente, 43% da população brasileira.

A qualidade dos produtos distribuídos é garantida pela atuação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – INCQS, da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/MS. As amostras de todos os lotes dos imunobiológicos, nacionais ou importados, são analisadas pelo INCQS antes da distribuição para consumo.



As vacinas e os demais insumos são distribuídos a estados e Distrito Federal, sem nenhum ônus para estes, com base em planejamento de necessidades elaborado a partir dos municípios, consolidado nos estados e no DF e coordenado e aprovado pela Coordenação Nacional do PNI, em Brasília.

Com vistas a proporcionar as condições mínimas necessárias à execução das ações de vacinação de rotina e de campanhas, o Governo Federal celebra, ainda, anualmente, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde, convênios com estados e Distrito Federal com vistas ao financiamento de despesas correntes, tais como diárias, material de consumo, passagens e serviços diversos.

De seu turno, os estados realizam transferências aos municípios, algumas por meio de convênios, para que estes possam adquirir combustível, produzir cartazes de campanha, pagar diárias e alimentação a seus funcionários, entre outras despesas necessárias às atividades de vacinação, tais como treinamentos e supervisões.

De forma geral, assim são definidas, em cada esfera, as competências no âmbito do Programa Nacional de Imunizações:

- nível federal:
  - a) normatização;
  - b) planejamento, coordenação e, excepcionalmente, execução das atividades;
  - c) aquisição, armazenamento e distribuição de imunobiológicos e demais insumos;
  - d) gestão federal dos sistemas de informação;
  - e) cooperação técnica e financeira a estados e municípios; e
  - f) acompanhamento, avaliação e supervisão das ações executadas por estados e municípios.
- nível estadual:
  - a) normatização das estratégias estaduais;
  - b) planejamento, coordenação e execução das atividades, no âmbito de sua competência;
  - c) manutenção de rede de frio para armazenagem e distribuição de imunobiológicos;
  - d) gestão estadual dos sistemas de informação;
  - e) acompanhamento, avaliação e supervisão das ações municipais;
  - f) assessoria aos municípios.
- nível municipal:
  - a) planejamento e execução das ações de vacinação;
  - b) integração das atividades de imunização às ações básicas;
  - c) alimentação dos sistemas de informação;
  - d) acompanhamento, avaliação e supervisão das unidades e equipes de saúde;
  - e) garantia da homogeneidade das coberturas vacinais.

Uma das principais metas operacionais do PNI é vacinar 100% das crianças que nascem a cada ano, de acordo com calendário nacional pré-estabelecido pelo Ministério da Saúde, contra as doenças incluídas no chamado *esquema básico de vacinação*, a saber:

- poliomielite (OPV);
- difteria, tétano e coqueluche (tríplice bacteriana – DTP);
- tuberculose (BCG);
- hepatite B (VHB);
- febre amarela (FA);
- sarampo (VSPO);
- sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral – TV);



- haemophilus influenzae tipo b.

Para atingir a referida meta, o Programa procura manter alta cobertura vacinal da população-alvo e com índices homogêneos nos municípios brasileiros, evitando a formação de grupos suscetíveis, e eliminando, dessa forma, a vulnerabilidade epidemiológica.

Atualmente, os indicadores de cobertura vacinal preconizados pelo Ministério da Saúde como capazes de garantir o controle das doenças imunopreveníveis são os seguintes:

- a) Poliomielite – 90%;
- b) Sarampo – 95%;
- c) BCG – 90%;
- d) DTP – 90%;
- e) Hepatite B - 95%;
- f) Febre amarela - 100%;
- g) Tríplice viral - 95%;
- h) Haemophilus influenzae tipo b - 95%.

A cobertura vacinal constitui-se no principal indicador de desempenho do Programa Nacional de Imunizações. O Ministério da Saúde disponibiliza, por intermédio do *site* do DATASUS na Internet, os dados da vacinação (em doses aplicadas e cobertura) em todos os municípios brasileiros, de todas as UFs, relativos aos exercícios encerrados a partir de 1995. Essa fonte de informação, que possibilita a consulta segmentada por imuno e faixa etária, por exemplo, representa um excepcional instrumento de controle, seja por parte da sociedade, seja pelas instituições federais, estaduais e municipais incumbidas da supervisão e da fiscalização das ações públicas na área da saúde.

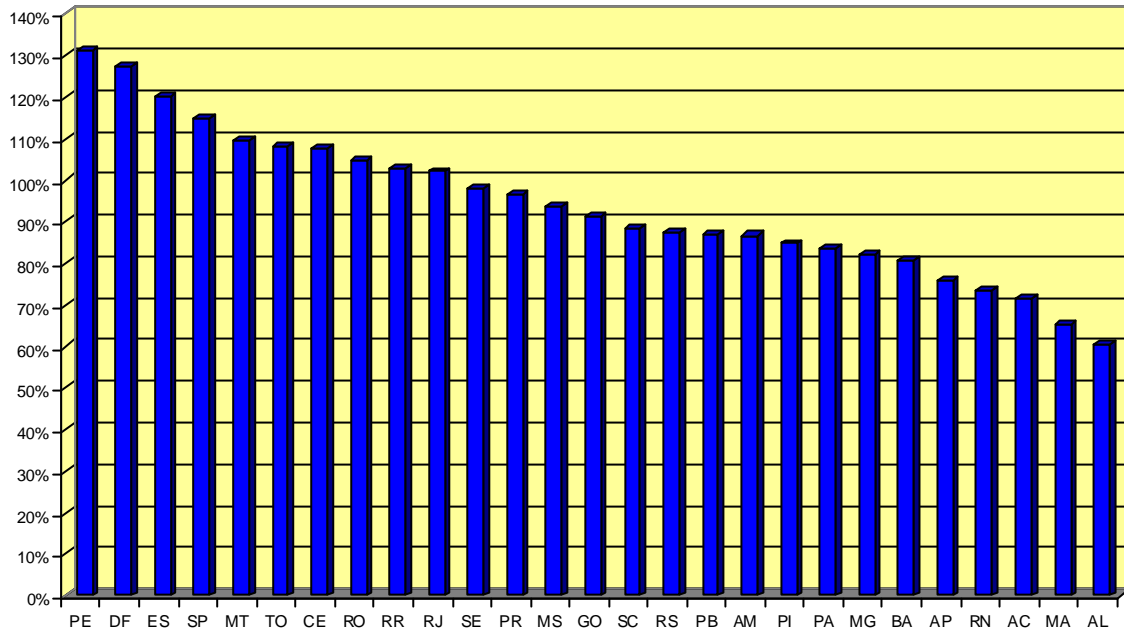
Conforme o planejamento aprovado, o escopo da presente auditoria se limitou a avaliação das coberturas, em crianças menores de um ano, das vacinas contra poliomielite, sarampo, tuberculose (BCG) e difteria, tétano e coqueluche (DTP).

Os parâmetros utilizados para definição dos estados e municípios selecionados para estudo de caso foram as avaliações realizadas pelas coordenações nacional e estaduais do PNI, respectivamente, bem assim a análise dos dados de cobertura do último exercício com apuração finalizada (1998).

Essa análise revela a heterogeneidade dos índices entre os estados e, principalmente, entre os municípios. A situação comparativa entre as Unidades de Federação e Regiões está demonstrada nos gráficos a seguir:

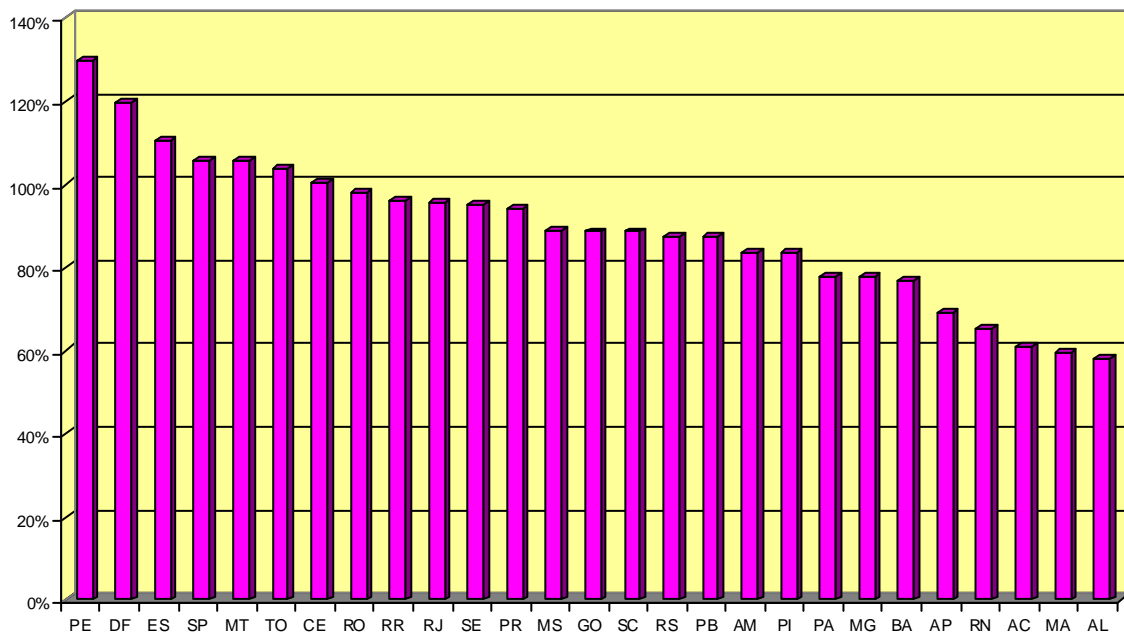


COBERTURA VACINAL POLIOMIELITE - BRASIL (1998)



FONTE: <http://datasus.saude.gov.br/>

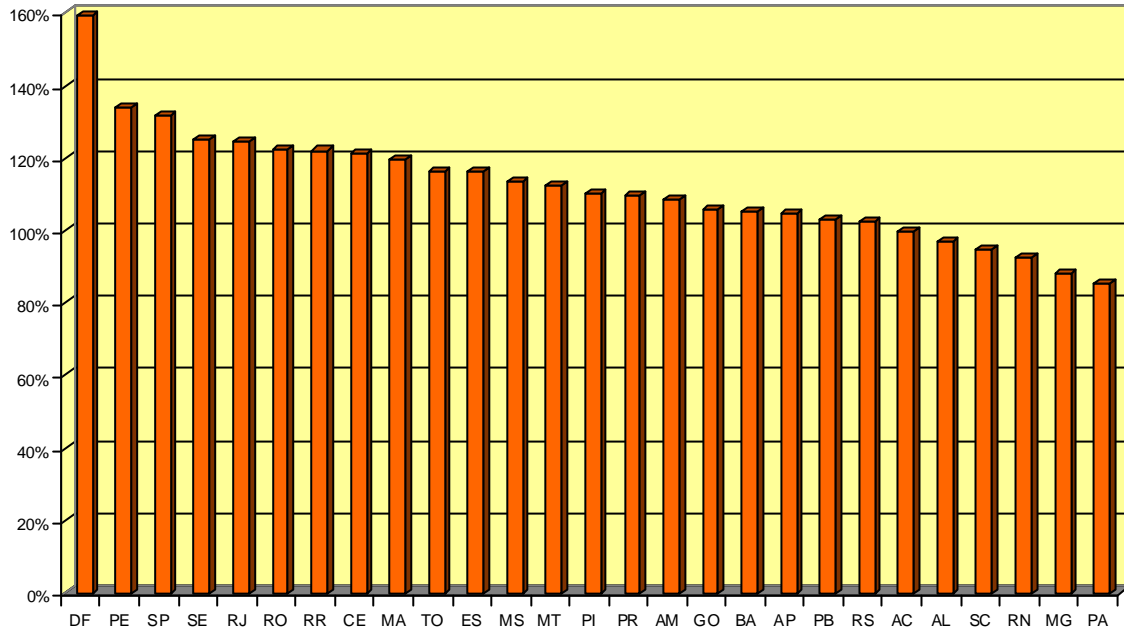
COBERTURA VACINAL DPT - BRASIL (1998)



FONTE: <http://datasus.saude.gov.br/>



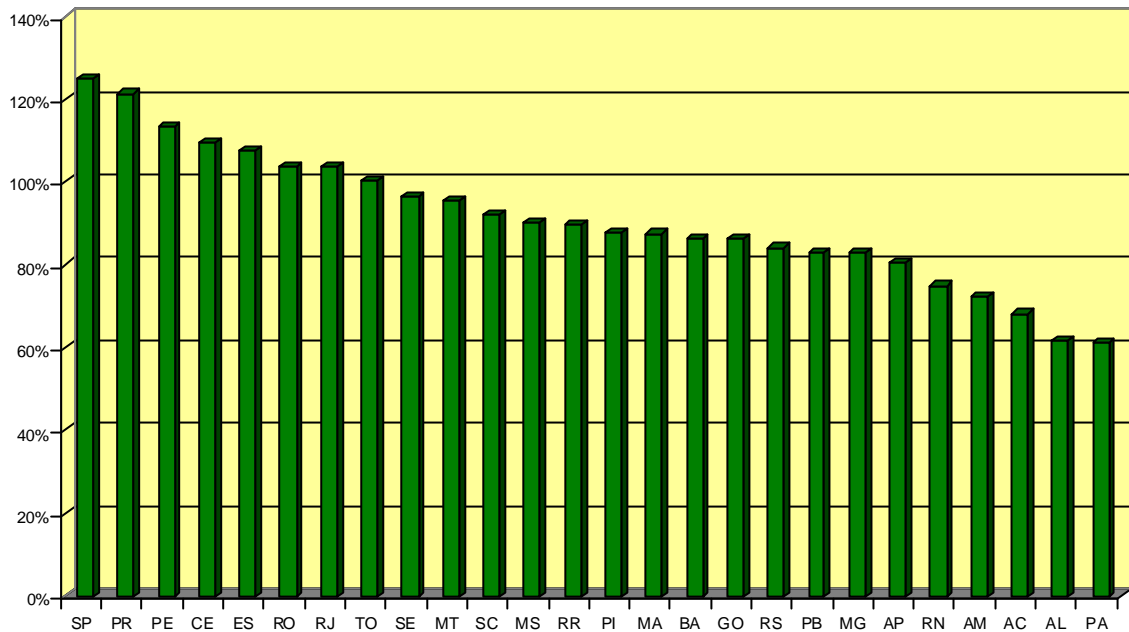
COBERTURA VACINAL BCG - BRASIL (1998)



FONTE: <http://datasus.saude.gov.br/>



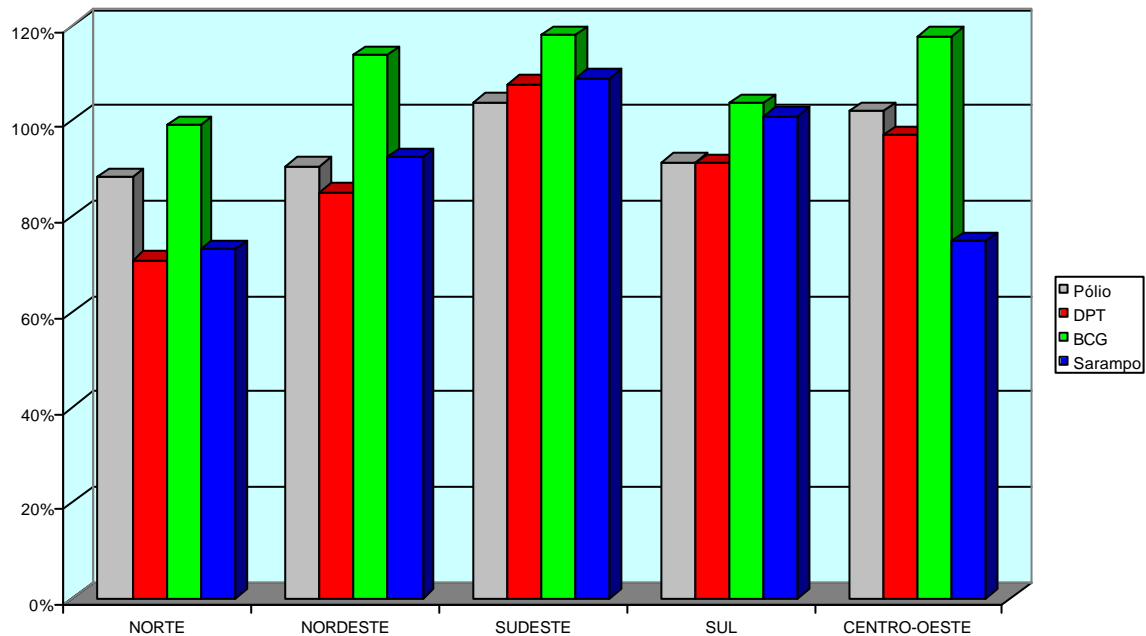
COBERTURA VACINAL SARAMPO - BRASIL (1998)



FONTE: <http://datasus.saude.gov.br/>

NOTA: o Distrito Federal foi excluído do gráfico em função de adotar sistemática diferenciada, vacinando contra sarampo apenas crianças maiores de 1 ano.

COBERTURA VACINAL - BRASIL - REGIÕES (1998)



FONTE: <http://datasus.saude.gov.br/>

As coberturas superiores a 100% devem-se, principalmente, a problemas na fixação das metas (estimativa populacional), bem assim ao fenômeno da migração das pessoas de uma unidade da Federação para outra, ou mesmo entre municípios de um mesmo estado, à época da vacinação. Esse fato é motivado,



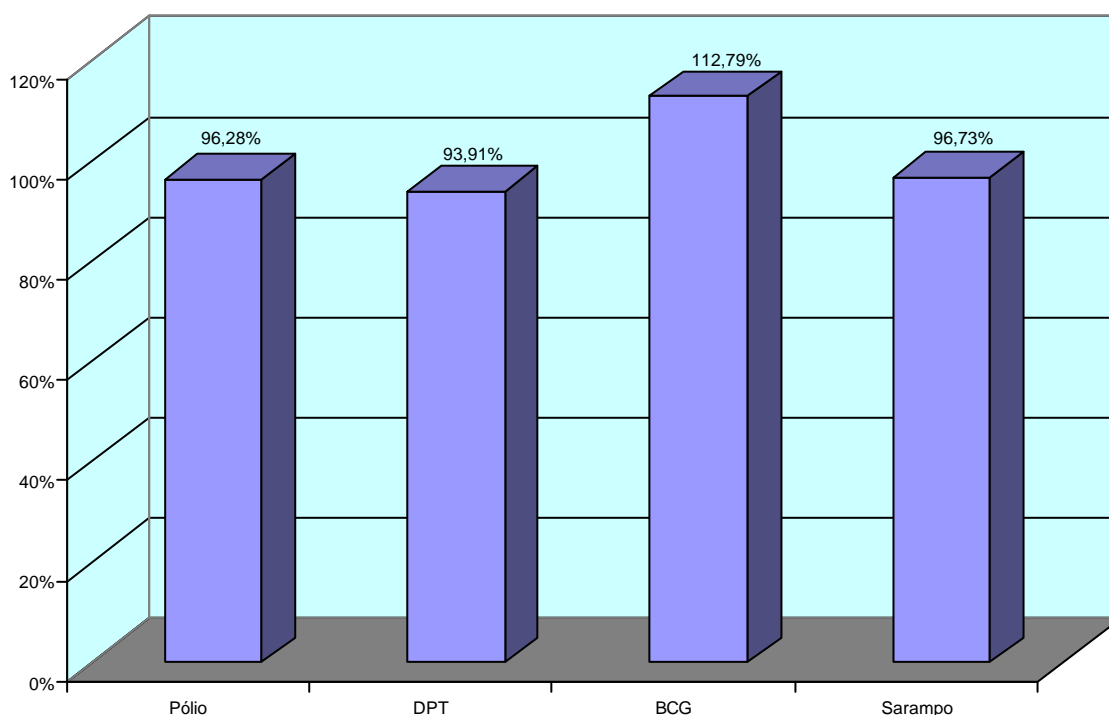
em especial, pela maior facilidade de acesso a determinados postos de saúde de cidades vizinhas comparativamente àqueles dos municípios de origem. Tais aspectos serão abordados com mais profundidade em parte específica deste relatório.

As vacinas contra pólio e tétano, difteria e coqueluche (DTP) são aplicadas em 3 doses dentro da faixa etária selecionada (crianças menores de 1 ano), sendo que a cobertura somente é computada com a aplicação da última dose. Notadamente em regiões de mais difícil acesso, ou onde a educação básica de saúde é deficiente, é comum os pais não completarem o esquema de vacinação, interrompendo-o na primeira ou segunda dose. Ou então, a conclusão do esquema é feita, mas fora da faixa preconizada. Nesse caso, a vacina é computada como dose aplicada em outras faixas etárias. Essas são algumas razões pelas quais, em média, os indicadores desses imunobiológicos são inferiores àqueles aplicados em dose única, como, por exemplo, BCG e sarampo.

Especificamente quanto à vacina contra tuberculose (BCG), devemos ressaltar que seus elevados indicadores de cobertura são decorrentes, também, do fato de, na grande maioria dos municípios, ser ministrada ainda na maternidade, nos primeiros dias de vida da criança, desobrigando, assim, os pais de retornarem à unidade de saúde para a aplicação da vacina.

Se considerado o Brasil como um todo, ou seja, computada a população total e as vacinas aplicadas em todos os municípios, teremos uma situação aparentemente satisfatória. A cobertura das quatro vacinas em análise, segundo tal critério, apresenta-se acima do padrão ideal definido pelo Ministério, senão vejamos:

COBERTURA VACINAL - BRASIL (1998)



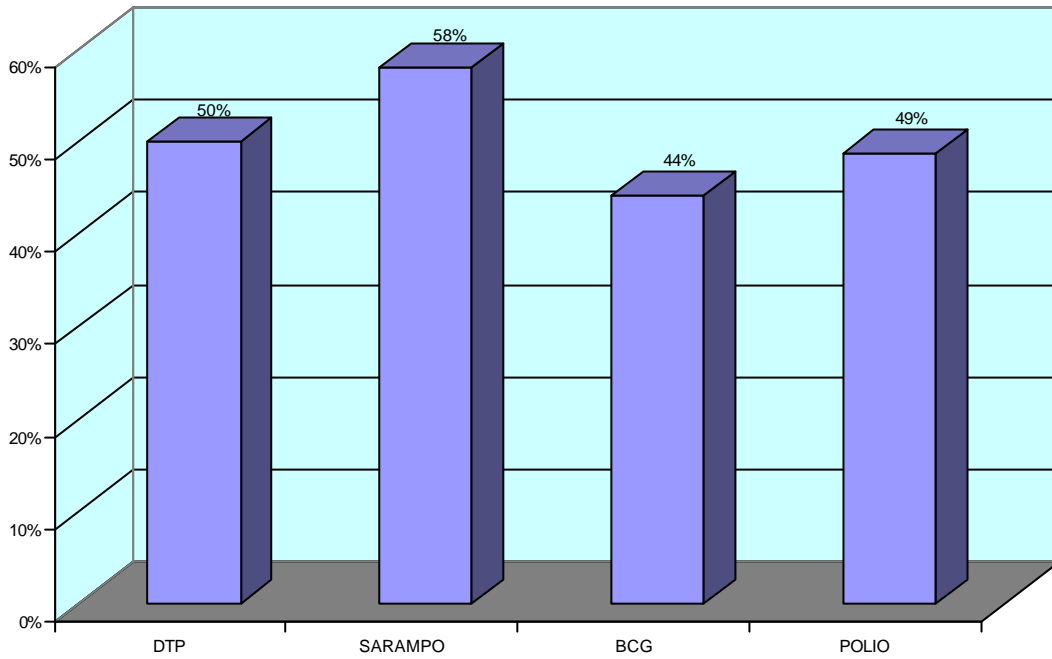
FONTE: <http://datasus.saude.gov.br/>

Contudo, tal dado esconde uma realidade diferente, caso apurada a situação por município brasileiro. De acordo com informação oficial do Ministério da Saúde, do total de 5.507 municípios brasileiros em 1998, 2.678 (ou 49%) apresentaram, por exemplo, cobertura vacinal contra pólio inferior ao padrão MS, que



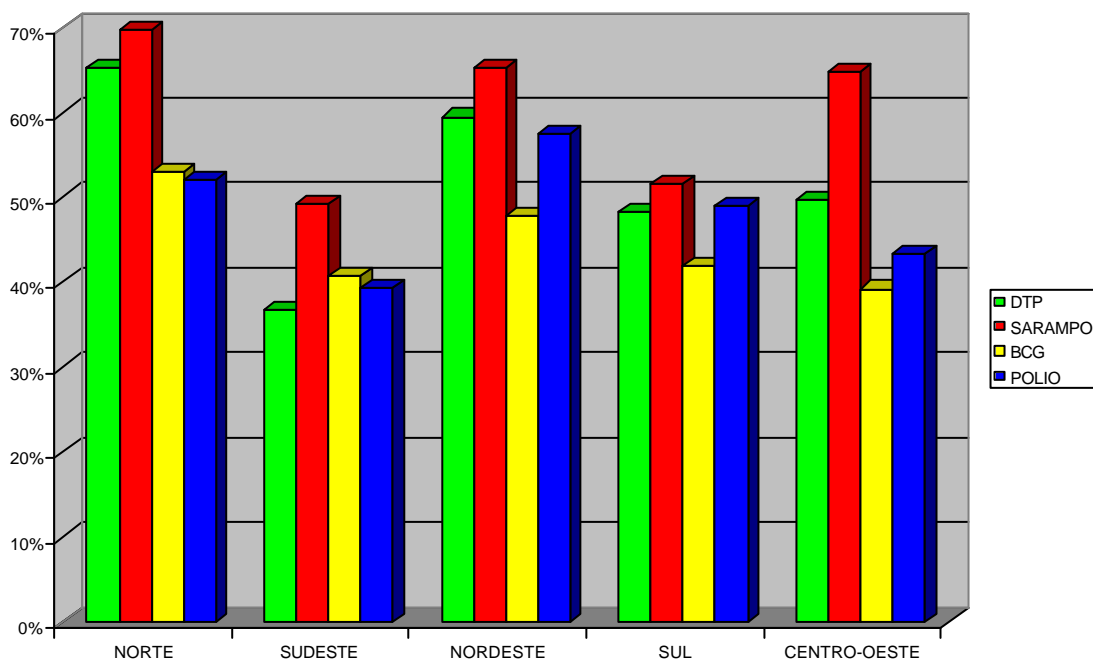
é de 90%. O mesmo fenômeno se repete em maior ou menor escala relativamente às outras vacinas selecionadas, conforme pode se observar nos gráficos a seguir:

PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM COBERTURA VACINAL INFERIOR AO PADRÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL (1998)



FONTE: <http://datasus.saude.gov.br/>

PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM COBERTURA VACINAL INFERIOR AO PADRÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - POR REGIÃO GEOGRÁFICA (1998)





FONTE: <http://datasus.saude.gov.br/>

Além dos já mencionados problemas com as metas do Programa e com a migração populacional, outro importante fator contribuiu para essa situação, qual seja, a deficiente alimentação do sistema de informação, principalmente no nível municipal. Ainda assim, é fato que em grande parte dos municípios brasileiros a baixa cobertura evidenciada no dado oficial<sup>5</sup> é decorrente mesmo da vacinação de apenas uma parcela da população-alvo. Contudo, somente o exame caso a caso permitirá o diagnóstico das razões da baixa cobertura em cada município, função primordial das Coordenações Estaduais do PNI. A presente auditoria objetivou a análise da situação tão-somente nos estados selecionados, cujo resultado passamos a relatar.

## 5. CONSTATAÇÕES

Este capítulo foi estruturado de forma a relacionar as constatações às questões de auditoria definidas no planejamento, fazendo-se acompanhar das recomendações que a equipe de auditoria julga devam ser efetuadas.

Tendo em vista que um dos objetivos do presente trabalho é a identificação de boas práticas na execução das atividades do PNI, para disseminá-las entre todas as unidades da federação, serão apresentadas, no final deste capítulo, as experiências bem sucedidas constatadas pela equipe durante as visitas realizadas.

### 5.1 QUESTÃO 1 - A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO PNI EM NÍVEL ESTADUAL E MUNICIPAL É ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DOS RESULTADOS ESPERADOS?

#### 5.1.1 Recursos humanos

Talvez o principal óbice ao atingimento das metas do PNI pelos estados e municípios seja a falta ou o insuficiente investimento em recursos humanos. Considerando, conforme já mencionado, que o desenvolvimento da maior parcela das ações de imunização é de competência estadual e municipal, a responsabilidade pela alocação adequada de pessoal ao Programa naquelas esferas, nos níveis gerencial e executivo, é atribuição de governadores, prefeitos e secretários de saúde.

Constatamos que, em determinados estados e municípios, o coordenador do Programa de Imunizações é também responsável por outras ações, tais como: vigilância epidemiológica, aleitamento materno, combate às carências nutricionais, entre outras. A depender da área, da população do município e da estrutura da Secretaria de Saúde, a concentração da coordenação de tais atividades em uma só pessoa pode prejudicar o desempenho dos respectivos programas, haja vista o significativo volume de atribuições inerentes a cada um deles, ainda que deva existir inter-relacionamento entre as ações citadas.

---

<sup>5</sup> A relação completa dos indicadores de cobertura vacinal de todos os municípios brasileiros, por Estado, constitui o Anexo II a este relatório.



Além disso, podemos inferir que a efetividade de estados e municípios no cumprimento das metas do PNI depende fundamentalmente do nível de capacitação, envolvimento e dedicação do coordenador de imunizações designado. Tendo em vista que a vacinação configura-se como uma atividade de rotina, portanto, de natureza contínua, independentemente do tamanho do município, faz-se necessário que o coordenador de imunizações tenha dedicação integral, senão ao PNI, mas pelo menos à respectiva Secretaria de Saúde. De forma que, a qualquer momento, possa ser facilmente localizado para solução de problemas ou questões urgentes de que se exija sua presença. Em diversos dos municípios visitados, esta equipe teve dificuldade para agendar reunião com o responsável pelas ações de imunização, em alguns casos em virtude da jornada de trabalho daquele técnico, cujo regime de dedicação ao programa é parcial.

Merece relevo, ainda, o fato de que a constituição de Equipes de Saúde da Família e a contratação de Agentes Comunitários de Saúde não têm se dado de maneira uniforme pelos municípios, com reflexos diretos nos índices de cobertura. Muito embora para aqueles habilitados, hoje a grande maioria (91,17% dos municípios do País), seja assegurado o repasse de recursos federais, a título de incentivo do PACS e do PSF, para pagamento dos citados profissionais, o número de agentes e equipes efetivados pelas diversas prefeituras, proporcionalmente às respectivas populações, é bastante desigual, conforme mostrado no Anexo III. Faz-se necessária uma orientação do nível central quanto à forma de contratação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família.

Outro fato relevante é que em determinadas localidades há problemas decorrentes da falta de interesse dos profissionais em ser contratados para trabalhar em cidades pequenas, pouco desenvolvidas ou distantes da capital. As vagas oferecidas dificilmente são preenchidas caso não se pague um salário atrativo, o que inviabiliza, por consequência e em razão das restrições orçamentárias locais, a contratação do número ideal de agentes de saúde, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Uma das ações que entendemos possa ser implementada para contribuir na solução desse problema seria a formação de auxiliares de enfermagem radicados no próprio municípios.

Sendo assim, recomendamos aos Secretários Estaduais de Saúde que garantam a adequada alocação de recursos humanos ao PNI, de forma a evitar situações que possam vir a comprometer as ações adotadas, no âmbito do Programa, nas três esferas de governo.

## **5.1.2 O Reflexo da Estrutura Organizacional do PNI na Execução de Atividades de Supervisão e Acompanhamento**

### **5.1.2.1 Supervisões**

A Lei nº 6.259/75, que dispõe sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece que constituem funções das Secretarias de Saúde, por meio dos seus órgãos responsáveis pelos programas de vacinação, supervisionar, controlar e avaliar a execução das vacinações no território da unidade federada, pelos centros, postos e agentes de vacinação. No entanto, não há regulamentação quanto à frequência e à periodicidade ideal para a realização dessas atividades.

O Distrito Federal, por exemplo, adota o critério de que as unidades de saúde com sala de vacinas devem ser supervisionadas duas vezes ao ano pelas regionais de saúde. Por seu turno, essas regionais devem submeter-se, também, a duas supervisões a cada ano. Entretanto, a Coordenação do Programa no DF reconhece que, em razão da escassez de recursos humanos e da necessidade de atendimento regular às questões operacionais, as supervisões nas regionais limitam-se, na prática, a apenas uma por ano.



No Ceará, em 1998, as Regionais realizaram supervisões em todas as unidades de saúde com salas de vacina. Os relatórios resultantes dessas verificações foram encaminhados, para conhecimento, à coordenação estadual do Programa. Dessa forma, os problemas detectados foram comunicados aos Secretários Municipais de Saúde, acompanhados de propostas e de soluções de curto e de médio prazos. Vale ressaltar que, de modo geral, as coordenações municipais do PNI analisam mensalmente os dados de execução das atividades desenvolvidas nas salas de vacina.

A coordenação estadual do Programa de Imunizações no Ceará efetuou, ainda, no mesmo período, supervisões em municípios que historicamente apresentaram baixas coberturas vacinais comparativamente à meta, bem assim com relação a outros exercícios e, ainda, naquelas localidades em que foram detectadas irregularidades nos procedimentos de sala de vacina.

Em Alagoas, as atividades de imunizações anteriormente desenvolvidas pelas regionais de saúde, hoje desativadas, passaram a ser responsabilidade da Coordenação Estadual do Programa, adicionalmente a tantas outras que já desempenha. Cabe, dessa forma, àquela Coordenação, executar a supervisão de todos os 102 municípios. Tendo em vista os baixos índices de cobertura vacinal historicamente apresentados por esses municípios, o PNI estadual definiu um plano de acompanhamento mensal de supervisão, objetivando a melhoria das atividades do programa.

De acordo com a Coordenadora de Ações Básicas e de Imunizações de Maceió, os critérios anteriormente definidos para as supervisões naquela capital estão sendo reformulados. Essas atividades passarão a ser executadas por distrito e de forma integrada com outros programas de governo. Entretanto, a baixa cobertura é decorrente, segundo a Coordenação, da falta de recursos financeiros, que tem acarretado problemas, não só relacionados à escassez de recursos humanos necessários à supervisão, mas também à falta de unidades de atendimento para a realização dos demais serviços de saúde do município.

No Estado do Mato Grosso do Sul, as supervisões na rotina das ações de vacinação dos municípios são realizadas pelo nível estadual, com a participação do nível regional. Entre junho/98 e abril/99 foram realizadas supervisões em 13 municípios. O município de Campo Grande-MS realiza atividades de supervisão em sala de vacina ocasionalmente.

No Pará, as Regionais de Saúde adotam abordagens diferentes quando relatam os resultados das supervisões, podendo-se destacar: consolidado, bimensal, por município, registro de irregularidades detectadas e supervisão integrada com outros programas. Vale lembrar, no entanto, que a quantidade e a frequência desses acompanhamentos ainda não foram definidas pelo PNI estadual. Ressalte-se, ainda, que as supervisões realizadas pelas regionais não são específicas para o PNI, mas genéricas.

Segundo a Coordenação Estadual do Programa no Rio de Janeiro, não foi possível realizar supervisões nos municípios do estado em 1999, devido à escassez de recursos humanos e financeiros. As poucas visitas a municípios ocorreram por solicitação destes para sanear problemas. Para isso, os solicitantes tiveram que arcar com os custos de alimentação e hospedagem dos servidores estaduais, haja vista o pequeno valor das diárias que estes recebem.

Dessa forma, e considerando que a supervisão é fundamental para o atingimento das coberturas de vacinação, recomendamos que as coordenações estaduais elaborem plano anual de supervisão com periodicidade definida e também que os Secretários Estaduais de Saúde dêem relevo a tais ações, previstas nas atribuições dos estados segundo a Lei Orgânica da Saúde (art. 17 da Lei n.º 8.080/90).

Após a leitura do relatório preliminar, a coordenação nacional esclareceu que o PNI, a partir de 1999, passou a utilizar o instrumento de supervisão e que foi elaborada uma programação para o ano 2000, estabelecendo a frequência e a periodicidade dos trabalhos.



### 5.1.2.2 Atividades de Acompanhamento

Outro importante mecanismo para o funcionamento do Programa, que sofre reflexos diretos da falta de estrutura, é o acompanhamento do retorno de crianças, gestantes, mulheres em idade fértil e grupo de risco de tétano, para completar o esquema de vacinação iniciado. Como consequência desse acompanhamento, seria efetuada busca aos faltosos, por meio de visita domiciliar, envio de telegrama ou de comunicados em rádio local.

Para tanto, são utilizadas as fichas de registro de imunização (cartões de aprazamento), preenchidas pelos vacinadores, que devem ser organizadas em fichário localizado nas salas de vacina das unidades de saúde. Porém, na maioria das salas de vacina visitadas, o preenchimento desses cartões, bem como seu acompanhamento pelas unidades, não são realizados, especialmente em localidades não cobertas por Agentes Comunitários de Saúde.

Em Mato Grosso do Sul, a coordenação estadual incentiva o controle do aprazamento do cartão de vacina e a prática da busca ativa, mas, em algumas localidades, não há funcionários suficientes para executar esse serviço ou não há incentivo dos gestores municipais para essas ações.

No caso de Alagoas, com a desativação das Regionais de Saúde, os municípios deixaram de receber os cartões em quantidade suficiente para suprir as necessidades das unidades. Assim, o controle e o acompanhamento das crianças vacinadas ficaram comprometidos, provocando, dessa forma, o aumento da taxa de abandono nas localidades não cobertas pelo PACS e pelo PSF. No Ceará, em função da avançada implementação desses programas, os agentes fazem o acompanhamento e a busca ativa das crianças na sua área de cobertura e as encaminham aos Centros de Saúde para completar o esquema de vacinação definido pelo PNI.

No Pará, embora a Coordenação Estadual conte com o apoio dos Centros Regionais de Saúde, os municípios também se ressentem da falta de pessoal suficiente para executar as ações de acompanhamento dos esquemas de vacinação.

Considerando a importância dos cartões de aprazamento para a conclusão do esquema de vacinação, recomendamos que a COPNI incentive o uso desse instrumento nas salas de vacina, com vistas, inclusive, ao desenvolvimento do indicador de número de crianças com vacina em dia.

### 5.1.3 A Importância das Regionais de Saúde

A subdivisão dos estados em Regionais de Saúde, repartindo a organização técnica e administrativa das ações de saúde em função da localização geográfica dos municípios tem trazido inegáveis benefícios às atividades de imunização. Das seis Unidades da Federação visitadas, apenas o Rio de Janeiro e Alagoas não adotam tal mecanismo.

No Distrito Federal, no Ceará, no Pará e em Mato Grosso do Sul as regionais são responsáveis por todo o conjunto de ações de saúde naquela base territorial, abrangendo desde a vigilância epidemiológica até as supervisões técnicas nos municípios abrangidos, relativamente aos programas implantados.

O estado de Mato Grosso do Sul está dividido em 10 regionais de saúde, mas alguns municípios são ligados diretamente à coordenação estadual.



O Ceará é atualmente dividido em 14 regiões, as quais estão sendo transformadas em 21 micro-regiões, de maneira a possibilitar melhores controle e supervisão das atividades da saúde pública no estado. Tal medida é decorrente dos resultados de uma consultoria internacional contratada pela Secretaria Estadual de Saúde com esse propósito.

Em Alagoas estuda-se a divisão do estado em micro-regiões de saúde, as quais não teriam, no entanto, competência para supervisionar a execução das ações municipais, mas tão somente para atuar como receptoras e distribuidoras de imunobiológicos, medicamentos e insumos. Tal estrutura já existe atualmente, em menor escala, em razão da manutenção, como central de distribuição, das extintas Regionais de Saúde.

No Rio de Janeiro não há regionais de saúde. Na área de epidemiologia, existe uma proposta, dentro do projeto Vigisus, de dividir o estado em 12 regiões.

Concluimos que, quanto maior a descentralização da coordenação e supervisão das ações de saúde, mais eficaz tende a se tornar o controle, o monitoramento e o acompanhamento dessas atividades, possibilitando uma atuação mais próxima e tempestiva na solução de problemas verificados, bem assim na correção das falhas identificadas.

#### **5.1.4 Cumprimento do Plano de Trabalho**

O Ministério da Saúde, representado pela Fundação Nacional de Saúde, pactua convênios para operacionalização das ações de vacinação com as Secretarias Estaduais, com recursos voltados para as despesas correntes do Programa, e visando principalmente a treinamentos, supervisões e serviços diversos. Por seu turno, os estados fazem transferências aos municípios, também por meio de convênios, para que estes possam comprar combustível, produzir cartazes de campanha, pagar diárias e alimentação a seus funcionários, entre outras destinações necessárias às atividades de vacinação.

É consenso entre as coordenações estaduais de saúde que os recursos do convênio com o nível federal, destinados a treinamento, supervisão e execução das ações de vacinação deveriam ser repassados em fevereiro ou março do ano de vigência. Atualmente, esses recursos chegam ao estado em agosto, época em que os técnicos estão atribulados, em virtude das campanhas de multivacinação e impossibilitados de realizar treinamentos e supervisões.

O pessoal do PNI estadual estará disponível para a execução financeira dos recursos recebidos somente após a consolidação de dados das campanhas, quando já se encontrará em curso o mês de março do exercício seguinte. Desse modo, bem após as campanhas às quais os recursos destinavam-se originariamente.

Cronologia dos fatos ocorridos com relação ao convênio de Mato Grosso do Sul:

- ? abril/99 – vacinação do idoso;
- ? 09/08/99 – assinatura do convênio;
- ? 12/08/99 – chegada dos recursos;
- ? 14/08/99 – 1ª etapa da campanha nacional de multivacinação;
- ? 18/09/99 – campanha de vacinação anti-rábica;
- ? 16/10/99 – 2ª etapa da campanha nacional de multivacinação;
- ? atividades de vacinação na área rural;
- ? treinamentos em novembro;



- ? fim de fevereiro – disponibilidade do orçamento estadual;
- ? março, abril e maio para execução financeira dos recursos;
- ? junho/2000 – prestação de contas;
- ? junho/2000 – 1ª etapa da campanha de multivacinação;

Sugerimos que a COPNI verifique a possibilidade de adequar o cronograma de desembolso financeiro dos convênios firmados com os estados, de forma a compatibilizar o recebimento dos recursos com as ações de competência do estado na área de imunizações.

Como peça necessária dos convênios existe o plano de trabalho, que deve dispor a respeito de metas, prazos, desembolso, responsabilidades. Verificamos, contudo, a dificuldade existente para se acompanhar a execução do convênio por parte da Coordenação Nacional do Programa, haja vista que a análise efetuada quando do envio de prestação de contas, é, logicamente, posterior ao emprego dos recursos.

Observamos que as duas principais atribuições do estado são treinar as equipes e supervisionar a atuação dos municípios. Contudo, nos estados visitados, ficou patente que, em geral, os treinamentos ministrados são aqueles de iniciativa do Ministério da Saúde, que devem ser repassados aos demais gestores, como, por exemplo, a utilização do sistema de efeitos adversos em vacinação (treinamento realizado em 1999).

Além disso, para que seja comprovado o correto emprego dos recursos, ao tempo e no lugar devidos, faz-se necessário um acompanhamento eficaz. Contudo, lembrando que as ações são, cada vez mais, descentralizadas no que diz respeito à saúde pública, tal atribuição pode e deve recair sobre o controle social exercido por conselhos estaduais e municipais de saúde.

Assim, para que este controle social possa ser efetivo, as ações previstas no convênio, de treinamento e supervisão, devem fazer-se presentes no plano de saúde. A própria existência continuada do PNI favorece a previsão destas receitas de convênio, e a fixação das despesas correspondentes, no orçamento e no documento que deve orientar as ações de saúde locais, o plano municipal ou estadual de saúde.

Outra forma de exercitar o controle social foi a iniciativa do Ministério Público do Estado de Alagoas, no município de Traipu-AL, que instaurou procedimento administrativo, com o intento de apurar as razões pelas quais a cidade figura entre os 20 municípios alagoanos com menor índice de cobertura vacinal. Para tanto, firmou Compromisso de Ajustamento com o Prefeito, visando assegurar as condições operacionais para a execução dos serviços de vacinação daquela localidade, sob pena de pagamento de multa diária.

Mais um aspecto necessário para a efetivação do controle social é o cumprimento do previsto no art. 12 da Lei nº 8.689/93, que prevê o envio, anualmente, ao Poder Legislativo local e ao conselho de saúde respectivo, de relatório contendo as ações e serviços de saúde desenvolvidos.

Ademais, apesar de se constituir em controle posterior, a prestação de contas do convênio poderia ser constituída de relatório do conveniente mais detalhado, que contivesse, obrigatoriamente, a discriminação de cada supervisão e treinamento realizados, e análises sobre a cobertura obtida. A análise da prestação de contas pela Funasa deveria se fazer acompanhar também de parecer técnico emitido pela Coordenação Nacional do PNI. Além disso, a previsão de envio de prestações de contas parciais à Coordenação ensejaria maior atenção por parte dos gestores locais ao Programa durante sua execução, e um monitoramento das ações por parte da Coordenação.

Com efeito, as prestações de contas e os relatórios de gestão podem, segundo o entendimento desta equipe, ser mais bem elaborados, fazendo-se necessário, para tanto, que:



- ? o Ministério da Saúde regulamente os itens que devem ser constar do Relatório de Gestão, previsto no art. 12, da Lei n.º 8.689/93, neles incluindo a análise dos dados de cobertura vacinal, com comentários sobre as razões do não atingimento das metas, se for o caso;
- ? seja informado a estados, para que comuniquem aos municípios, por intermédio do Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, que as metas de cobertura de imunização devem estar presentes nos planos de saúde e nos Relatórios de Gestão, e os recursos para tal, contemplados nos orçamentos locais;
- ? as prestações de contas dos convênios elaborados pelos estados contemplem análises sobre a cobertura vacinal atingida, e que estas prestações sejam submetidas à apreciação técnica da Coordenação Nacional do PNI, para aprovação;
- ? seja analisada a possibilidade de criação de prestações de contas parciais durante o exercício, voltadas para aspectos técnicos, a serem analisadas pela Coordenação Nacional do Programa.

## 5.2 QUESTÃO 2 - A ESTRUTURA FÍSICA É ADEQUADA?

### 5.2.1 Situação da estrutura física das Coordenações e das Salas de Vacina

A estrutura física disponível para o funcionamento do Programa Nacional de Imunizações apresenta algumas deficiências, nos três níveis de governo. Na esfera federal, o espaço físico destinado ao Programa, que funciona no prédio da Fundação Nacional de Saúde, é pequeno, não há sala de reuniões e há carência de equipamentos de informática. Essa situação dificulta a atuação dos técnicos, embora não chegue a comprometer o resultado dos trabalhos.

Nas unidades da federação visitadas, a situação não é muito diferente, principalmente no que se refere a equipamentos de informática.

Em Alagoas, a estrutura da coordenação estadual é precária, carecendo de espaço físico, mesas e linhas telefônicas.

No Pará, a equipe visitou a sede de 3 centros regionais de saúde. Um deles estava sofrendo reformas e, ao final, contará com boas instalações prediais. Nos outros dois, embora as condições físicas não fossem ruins, os funcionários ressentiam-se de falta de espaço para melhor desempenhar suas tarefas.

Outra reivindicação das coordenações estaduais é a aquisição de um veículo exclusivo para o PNI adequado ao transporte de pessoas e imunobiológicos. Em 1998, a Fundação Nacional de Saúde, por meio de convênio, repassou recursos às Secretarias Estaduais de Saúde para a aquisição de veículos que atendessem às necessidades do programa. Entre os estados visitados, apenas a Coordenação do Rio de Janeiro ainda não havia recebido o carro, já licitado e em aquisição. Em Mato Grosso do Sul constatamos que nem sempre o veículo fica à disposição do Programa. Nos demais estados visitados, esse problema não foi detectado.

Quanto às salas de vacinas, há uma grande diversidade de situações. A maior parte das unidades de saúde visitadas dispunha de salas de vacina limpas e organizadas. Em Alagoas, no entanto, verificamos que algumas salas encontravam-se mal organizadas e não adequadamente limpas. No Pará, uma das salas visitadas, mais precisamente no posto de saúde Fátima, em Belém, era muito quente e abafada, sem aparelho condicionador de ar, disponível apenas para a direção do posto. Entretanto, foi possível observar que, em todas as salas visitadas, o padrão de organização das geladeiras era o definido pelo Programa Nacional.



Para aumentar o conforto das salas de vacinação e ajudar a conservar os imunobiológicos (conforme explicado no item 5.2.4), são necessários aparelhos condicionadores de ar, não disponíveis na maioria das salas visitadas no Ceará, Alagoas e Pará.

O Anexo I (Relatório Fotográfico) contém fotos de unidades de saúde e salas de vacina dos estados de Mato Grosso do Sul e Pará.

### **5.2.2 A Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos - CENADI**

A CENADI, criada em 1982, é responsável pelo recebimento, armazenagem e distribuição dos imunobiológicos adquiridos para o Programa Nacional de Imunizações.

Em 1996, foram inauguradas novas instalações, que incluem automação computadorizada das câmaras frigoríficas. Naquele ano, a CENADI recebeu mais atribuições, a saber: responsabilidade pelo treinamento de pessoal na área específica de gerenciamento e desenvolvimento em rede de frio, supervisão e acompanhamento da rede de frio nos seus níveis secundários, desenvolvimento de sistemas de controle de estoque e distribuição de imunobiológicos (EDI/SICON).

A equipe de auditoria visitou as instalações da CENADI e assistiu a demonstração do Sistema EDI e do sistema de monitoramento do funcionamento das câmaras de refrigeração.

Os responsáveis pela rede de frio nos estados visitados informaram que não tem havido problemas de recebimento dos imunobiológicos enviados pela CENADI.

A CENADI distribui imunobiológicos para todos os estados da federação. Os depósitos estaduais encarregam-se de repassar as vacinas para as regionais (quando existem) e para os municípios.

Como já foi dito, o Estado do Rio de Janeiro não é dividido em regionais de saúde. O Departamento Geral de Insumos Básicos – DGIB da Secretaria Estadual de Saúde, responsável pela distribuição de imunos no estado, atende diretamente a 91 municípios, sendo que o município do Rio de Janeiro consome aproximadamente 70% das vacinas do estado.

A distância entre o depósito de vacinas do município do Rio de Janeiro e a CENADI é de apenas um quarteirão. Em decorrência disso, o deslocamento de imunobiológicos da CENADI para o DGIB, localizado em outra cidade (Niterói) e, posteriormente, para o depósito municipal do Rio de Janeiro configura-se um dispêndio de tempo e de recursos, aparentemente, desnecessários.

Sendo assim, recomendamos que a Coordenação do PNI desenvolva estudos com vistas a avaliar a possibilidade de que a CENADI repasse diretamente ao município do Rio de Janeiro os imunobiológicos que lhe cabem. Consideramos que essa providência resultaria em economia para o programa e facilitaria o fornecimento de vacinas pelo DGIB aos outros municípios do estado.

### **5.2.3 Utilização das câmaras para armazenamento de medicamentos e ausência de manutenção preventiva**

O Ministério da Saúde vem realizando convênios com os estados para melhoramento de suas redes de frio. Estes convênios prevêm a compra de equipamentos, a construção de câmaras frias ou a compra de freezers e geladeiras.



Há uma grande tendência de se utilizar a estrutura existente de armazenamento de imunobiológicos para servir também a medicamentos. Ainda que se leve em conta o interesse público superior, tal situação só seria admitida excepcional e provisoriamente, para que não houvesse perdas de medicamentos caros, como por exemplo, a insulina. O uso sistemático de tal expediente termina por vir a comprometer a qualidade dos imunobiológicos oferecidos, pois estes terão que ser armazenados em condições distintas daquelas ideais.

Como exemplo, a situação da rede de frio do Estado do Rio de Janeiro, em que, das quatro câmaras construídas para o armazenamento de imunobiológicos, duas estão sendo utilizadas para medicamentos, o que sobrecarrega as duas restantes. Houve informação de estar a SES/RJ providenciando o aparelhamento de duas outras câmaras já construídas.

Como já citado, há recursos de convênios sendo transferidos para investimentos na rede de frio. Contudo, a manutenção desta estrutura também deve ser considerada, pois os geradores, condensadores, ventiladores, freezers, geladeiras e aparelhos de controle térmico sofrem panes, o que pode acarretar a perda de milhões de reais em insumos, como duas vezes acontecido na rede de frio municipal de Campo Grande/MS, no exercício de 1999. Entendemos que um pequeno investimento em manutenção poderá evitar consideráveis perdas financeiras, decorrentes da má conservação de imunobiológicos.

Assim, urge que sejam definidas as atribuições e responsabilidades também no que diz respeito à manutenção da rede de frio, pois, após sua construção com recursos de convênios federais, deve o estado empregar recursos para sua manutenção. Em Mato Grosso do Sul, no depósito estadual, observamos que três freezers haviam sido colocados fora de uso por falta de peças que, em conjunto, custavam menos de R\$60,00 (sessenta reais).

Conforme relatórios da COPNI, de março e abril de 1998, existe necessidade de ultimar os convênios para melhoramento da rede de frio dos estados, tendo em vista a constatação dos seguintes problemas nas câmaras estaduais:

- a) existência de câmaras frias com geração de crostas de gelo que prejudicam a uniformização da temperatura em seu interior, haja vista o gelo ser isolante térmico;
- b) câmaras frias de pequenas dimensões;
- c) ausência de manutenção preventiva;
- d) sala de manipulação (recebimento e distribuição) não refrigerada;
- e) ausência de gerador de energia.

Portanto, faz-se necessário:

- ? aparelhar as redes de frio de modo a garantir a individualização das câmaras para o armazenamento de imunobiológicos, coibindo práticas, como verificado no depósito do Estado do Rio de Janeiro, de armazenamento comum de imunos e medicamentos. Naquele estado em particular, devem ser concluídas as câmaras próprias para medicamentos;
- ? planejar e contratar a manutenção dos equipamentos nas centrais estaduais e municipais, de forma preventiva e corretiva, evitando panes no sistema de refrigeração que podem levar a perdas de imunos.

Segundo a coordenação nacional, o PNI, por intermédio do Cenepi, solicitou a todos os Secretários Estaduais de Saúde que adotem providências para a contratação de serviços de manutenção da rede de frio. Muitos estados informaram que as medidas já foram adotadas.



#### 5.2.4 Controle da temperatura dos imunobiológicos

O envio de imunobiológicos da CENADI para as centrais estaduais possui controle das temperaturas de saída e de chegada, de modo a garantir a eficiência da vacina após o transporte. Verificamos que esta prática inexistente entre os níveis estaduais e regionais e entre os níveis regionais e municipais.

Existe regulação da disposição dos imunobiológicos nos refrigeradores das salas de vacinação, tendo em vista homogeneizar a temperatura interna. Contudo, o mesmo não existe quanto à arrumação dos imunobiológicos nas caixas de isopor utilizadas no transporte entre os diversos setores da cadeia. Segundo informações de técnicos do PNI, o novo manual de rede de frio (em conclusão) conterá regulamentação sobre esse assunto.

Quanto ao controle da temperatura dos imunos nos municípios e em seus postos de saúde, verificamos não existir o registro das temperaturas de máximo e mínimo das geladeiras e freezers nos finais de semana. Apesar das dificuldades enfrentadas pelos servidores públicos (baixos salários, condições de trabalho desfavoráveis, etc.), vêm sendo encontradas soluções para o registro desta temperatura, como realizado, por exemplo, no 10º Centro Regional de Saúde da SES/PA, onde porteiros e vigias dos postos de saúde que não funcionam nos finais de semana recebem orientação para ler os termômetros.

Em municípios de temperatura média elevada, como, por exemplo, os de Mato Grosso do Sul e do Pará, é fundamental a existência de aparelhos condicionadores de ar nas salas de vacinação, haja vista o choque térmico e a umidade a que ficam sujeitos os imunobiológicos ao ser aberta a porta do refrigerador.

A Coordenação Estadual no Mato Grosso do Sul é diligente no sentido de exigir das Secretarias Municipais a instalação destes equipamentos, mas isto não basta, sendo necessário que os gestores realmente se envolvam para que os problemas sejam solucionados.

Assim, sugerimos que:

- ? a exemplo do controle efetuado pela CENADI, os outros ramos da cadeia de transporte de imunobiológicos também implementem controles sobre as temperaturas de saída e de recebimento;
- ? seja regulamentada a disposição de imunobiológicos e gelo nas caixas utilizadas no transporte;
- ? sejam os municípios informados da necessidade de se controlar a temperatura de armazenamento das vacinas também aos finais de semana, e que as coordenações estaduais atentem para este aspecto em seus treinamentos e supervisões, buscando encontrar as soluções particulares que se façam possíveis;
- ? sejam os municípios informados da necessidade de serem as salas de vacinação providas de equipamentos condicionadores de ar para maior garantia da qualidade dos imunobiológicos.



### 5.3 QUESTÃO 3 - EM QUE MEDIDA O TREINAMENTO INFLUI NO ÍNDICE DE COBERTURA VACINAL?

#### 5.3.1 Estratégias de Treinamento

Os treinamentos fazem-se necessários para que seja ensinado às equipes das salas de vacinação, entre outras técnicas, as particularidades de aplicação de cada vacina, a identificação de efeitos adversos, a utilização e manutenção da rede de frio, a operação dos sistemas de informação. São várias as estratégias e os tipos de treinamento desenvolvidos pelas Coordenações Estaduais do Programa de Imunizações, de forma a atender a suas necessidades específicas.

O Distrito Federal, por exemplo, definiu uma grade básica de cursos que inclui o treinamento em vacinação para pediatras que atendem nas unidades de saúde, vigilância epidemiológica para médicos residentes da rede hospitalar do DF, além de treinamentos em salas de vacinas para profissionais do setor, objetivando sua atualização na teoria e técnicas de procedimentos de imunização. Entretanto, rotineiramente, há inclusão de outros treinamentos necessários à capacitação desses servidores.

No Estado de Alagoas, médicos e enfermeiros recebem treinamento e repassam-no para outros profissionais das salas de vacina. Entretanto, não tem sido possível acompanhar de que forma e com que frequência eles têm acontecido, mas é possível assegurar que a sua não realização é ressentida pelos funcionários. O estado identifica que 30% dos municípios não participaram de treinamento, especialmente de sala de vacina, gerando despreparo técnico do pessoal que atua nessas unidades. Em Maceió, a Coordenação do PNI reconhece que o déficit de pessoal treinado para as atividades de imunizações é de 80%.

No Ceará, os treinamentos de sala de vacina acontecem massivamente a cada quatro anos, para os servidores do nível superior, que os repassam para os servidores de nível médio, nos seus municípios. Outros treinamentos pontuais são oferecidos, quando necessário. Em 1998, foram realizados 28 treinamentos em sala de vacina para monitores, com a participação de 581 servidores e com o objetivo de formar multiplicadores em todas as Regionais. Como consequência, 91 cursos de sala de vacina foram ministrados, contando com a participação de 1.543 pessoas, originárias das 14 Regionais existentes no estado. Em 1999, foram oferecidos treinamentos em rede de frio e em eventos adversos.

Os treinamentos oferecidos, em 1998, em Mato Grosso do Sul foram: sala de vacina, aplicação de vacina BCG, aplicação de vacina anti-hepatite B, uso do sistema API e sistema de eventos adversos. Vêm sendo encontradas dificuldades para dar-se continuidade à política de treinamento, por falta de recursos e pelo cronograma de repasse previsto no convênio federal. Em Corumbá-MS, a maioria dos auxiliares de enfermagem treinados em sala de vacina foi deslocada para os hospitais da cidade.

No Pará, os treinamentos são oferecidos pelos Centros Regionais de Saúde. O elemento multiplicador para o município é o técnico da regional que recebeu o treinamento do estado. Dessa forma, os responsáveis pelo setor consideram que fica garantido aos vacinadores o repasse integral das informações necessárias ao bom desempenho das suas atribuições.

Uma das dificuldades enfrentadas pelos coordenadores do PNI nos estados e municípios é a alta rotatividade entre os técnicos treinados. No Pará, por exemplo, segundo levantamento feito pela Coordenação Estadual, aproximadamente 50% dos servidores treinados em 1998 em sala de vacina não estavam mais atuando na área. Em Porto de Pedras-AL, a enfermeira treinada em sala de vacinação já deixou o Programa e a atual ainda não recebeu capacitação.



Dentre os treinamentos mais comumente oferecidos nos estados visitados pelas equipes de auditoria, destacam-se:

- a) capacitação e/ou atualização em sala de vacina;
- b) gerência de Rede de Frio;
- c) Sistema de Informações SI-PNI;
- d) implantação da vacina tríplice viral;
- e) descentralização das ações de imunizações – nível municipal/regional;
- f) capacitação teórica e prática para administração da BCG;
- g) capacitação pedagógica para monitores de salas de vacina (PSF/PACS);
- h) eventos adversos pós-vacinação;
- i) oficina de soroterapia;
- j) oficina pedagógica para gerentes – importância de rotina da sala de vacina.

Podemos afirmar que a falta de treinamento compromete a execução das atividades de vacinação. É corrente na área de saúde que os profissionais de enfermagem não devem fixar-se num único campo de atuação, vacinação, por exemplo, sob pena de distanciarem-se de outras atividades inerentes à sua formação, restando evidenciada, assim, a necessidade contínua de treinamento, especificamente na área de imunização.

## **5.4 QUESTÃO 4 - EM QUE MEDIDA A PUBLICIDADE INFLUI NO ÍNDICE DE COBERTURA VACINAL?**

### **5.4.1 Publicidade das Campanhas de Vacinação**

Durante a execução deste trabalho, foram identificadas diversas iniciativas municipais para a divulgação das campanhas de vacinação, tais como: parcerias com a Igreja, com lideranças comunitárias e com os programas de agentes comunitários de saúde e de saúde da família, uso de carros de som, confecção de *folders*, faixas e *outdoors*, anúncios e entrevistas no rádio e em jornais, patrocínio de empresas locais, distribuição de brindes, decoração das salas de vacina com balões, presença do Zé Gotinha nos postos de saúde.

Quanto ao material produzido pelo Ministério da Saúde para divulgação das campanhas de vacinação (cartazes, *folders*, selos etc.), houve reclamação, em todos os estados visitados, de que esse material chega aos municípios e às salas de vacinação praticamente na véspera da campanha, às vezes até mesmo depois do dia de vacinação. Por isso, cabe recomendar à COPNI que envide esforços no sentido de antecipar a remessa do citado material aos estados e municípios, para que ele seja recebido nos locais de vacinação em tempo hábil.

Alguns entrevistados questionaram, também, a eficácia da propaganda em nível nacional. Foi sugerida sua regionalização, aproveitando-se artistas ou pessoas conhecidas dentro do estado ou da região que se pretende atingir. Às vezes, os artistas que participam dos comerciais nacionais são reconhecidos apenas em algumas regiões. Segundo a COPNI, é importante haver algumas ações unificadas em todo Brasil, com relação à campanha publicitária, para demonstrar e enfatizar o caráter nacional do PNI. Entretanto, entendemos que poderia surtir maior efeito a realização, em paralelo, de publicidade nos níveis estaduais e municipais.

Nesse sentido, recomendamos ao Ministério da Saúde que realize estudos no sentido de avaliar o impacto da publicidade nacional unificada para as campanhas de vacinação, bem como verificar a



possibilidade de confeccionar ou estimular a produção, por parte de estados e municípios, de material de propaganda regionalizada.

## **5.5 QUESTÃO 5 - HÁ PROBLEMAS DE AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE VACINAS, SERINGAS E AGULHAS?**

### **5.5.1 Planejamento de Necessidades e Perda de Vacinas**

Foi verificado durante os trabalhos que não há padronização, entre estados e municípios, no que se refere à mensuração das necessidades de imunobiológicos. O planejamento é realizado anualmente, a partir do nível municipal, consolidado no estado, e com destino final para a Coordenação Nacional do Programa e, daí, para a CENADI. Alguns estados elaboram sua previsão levando em conta não apenas a população-alvo (meta de cobertura a ser atingida), mas também o número de salas de vacina, exemplo do Ceará. São considerados, ainda, entre outros, o número de doses aplicadas no período anterior e uma previsão de perda de vacinas.

Especialmente nesse ponto, não há uniformidade sobre os critérios que devam ser adotados para cálculo das perdas de vacina. Elas são decorrentes de vários fatores, tais como, expiração do prazo de validade; configuração das seringas; erro de manipulação; quedas de energia; perdas técnicas (ou necessárias), no caso de frascos abertos e não utilizadas todas as doses, entre outras.

Todas essas possíveis causas variam de acordo com as especificidades técnicas de cada imunobiológico, seja no que diz respeito a sua envasagem, seja quanto às características da seringa que deve ser utilizada. Estudo realizado pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará demonstrou que a utilização de determinadas seringas provoca perda de vacinas, haja vista reterem em seu bico uma quantidade de imunobiológico que não é injetável. Nesse caso não há prejuízo quanto à quantidade de vacina que deve ser injetada (a aplicação de uma dose é comprovada), mas o número de doses aplicadas é sempre inferior ao constante originalmente no frasco.

Essa situação nos leva a concluir pela necessidade do estabelecimento de um indicador de perda de vacina, para cada imunobiológico, que considere todas as características e especificações técnicas, de maneira a uniformizar os critérios de planejamento de necessidades e possibilitar a eficaz supervisão do armazenamento, distribuição e utilização das vacinas.

A perda decorrente da não utilização de todas as doses de um frasco aberto merece atenção especial. A Coordenação Nacional estabeleceu diretriz no sentido de que toda e qualquer pessoa que procure um posto de saúde em busca de vacina seja atendida. Entretanto, a equipe de auditoria presenciou, em alguns postos de saúde, agendamento de vacinas, ou seja, alguns tipos de imunobiológicos só estão disponíveis para a população em determinados dias da semana, ou até mesmo do mês.

Como diversas vacinas são apresentadas em frascos multidoses e a validade da vacina, depois de aberta, é de algumas horas, o agendamento é feito para minimizar as perdas. Todavia, na tentativa de economizar-se algumas doses de vacina, pode-se estar deixando de imunizar uma criança que poderá, mais tarde, desenvolver a doença, gerando a necessidade de consultas ou internações e, eventualmente, contagiar outras pessoas. Tal fato acarretaria um custo significativamente àquele eventualmente decorrente das doses perdidas. Isso sem considerar o risco de óbito de uma criança não vacinada, cujo valor é inestimável.

Nesse sentido, consideramos pertinente recomendar à COPNI que reforce, junto às coordenações estaduais, a necessidade de conscientizar os responsáveis por sala de vacina da importância de aproveitar



todas as oportunidades de vacinação, ainda que seja necessária perda de algumas doses de vacina em frascos abertos e não usados em sua totalidade.

### **5.5.2 Desvio de insumos (agulhas e seringas) para área hospitalar**

As agulhas e seringas são adquiridas pelo Ministério da Saúde e distribuídas aos estados, que, por sua vez, repassam-nas aos municípios. A quantidade adquirida, obviamente, leva em consideração a população de cada estado e suas necessidades próprias.

De acordo com informações da COPNI, a partir de 2001, conforme Portaria n°. 1.399/99, o provimento de seringas e agulhas será de competência dos estados.

De maneira geral, não foram observados problemas de aquisição e distribuição de imunobiológicos e insumos. Houve reclamações pontuais, em alguns municípios, quanto a falta de seringas para a realização de vacinação de rotina. Contudo, a quantidade fornecida pelo Ministério da Saúde é reconhecidamente suficiente para as atividades de vacinação, sejam elas de rotina ou de campanha, conforme verificado por esta equipe, e seguidamente declarado por coordenadores estaduais e municipais do Programa.

O problema que surge, então, são as outras destinações dadas às seringas e agulhas. Segundo alguns entrevistados, há casos de uso de agulhas e seringas para suprir outras necessidades da rede municipal que deveriam ser satisfeitas com recursos municipais. Este desvio de insumos pode vir até a comprometer a eficiência do Programa em nível local.

Faz-se necessário alertar os gestores municipais quanto à destinação específica destes insumos, sob pena de ser prejudicada a cobertura vacinal de sua população.

## **5.6 QUESTÃO 6 - QUAL A INFLUÊNCIA DE FATORES EXTERNOS NO DESEMPENHO DO PROGRAMA?**

### **5.6.1 Questões políticas**

Considerando que o Programa Nacional de Imunizações provê aos estados e municípios praticamente todos os recursos necessários à sua execução naquelas esferas, podemos inferir que depende exclusivamente do engajamento e do empenho dos gestores o atingimento das metas estabelecidas, mediante a correta utilização dos meios disponibilizados pelo Governo Federal.

No entanto, alguns fatores têm prejudicado o sucesso de Programa no nível descentralizado, tais como, a insuficiente estrutura administrativa de determinados estados e municípios e o deficiente gerenciamento dos recursos disponíveis. Parte desses óbices são conseqüência da falta de comprometimento para com o resultado do Programa, de responsáveis pela formulação e condução das políticas de saúde, em especial prefeitos e secretários de saúde.

Nesse sentido, o sucesso do Programa depende fundamentalmente da tomada de decisão no sentido de se priorizar as ações de imunização no nível local, garantindo-se, por exemplo, o aporte de recursos próprios como contrapartida das transferências federais, ou ainda, a manutenção das diretrizes e dos técnicos e equipes de saúde envolvidos mesmo após a troca de comando político no estado ou município.



Segundo a Coordenação Estadual do PNI no Ceará, uma das razões do bom desempenho do Programa no estado é a continuidade das políticas públicas de saúde, com priorização das ações básicas, ao longo dos últimos 12 anos. O processo de municipalização no Ceará encontra-se em estágio avançado; aproximadamente 97% dos 184 municípios já foram habilitados nas condições de gestão estabelecidas na NOB-SUS 01/96.

Além disso, no período de 1995 a 1998, o estado apresentou as melhores médias de Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família proporcionalmente à população residente, muito superiores à média nacional, conforme se observa no quadro demonstrativo a seguir:

	1995		1996		1997		1998	
	N.º DE HABITANTES POR ACS	N.º DE HABITANTES POR ESF	N.º DE HABITANTES POR ACS	N.º DE HABITANTES POR ESF	N.º DE HABITANTES POR ACS	N.º DE HABITANTES POR ESF	N.º DE HABITANTES POR ACS	N.º DE HABITANTES POR ESF
Ceará	814	29.709	748	25.127	761	25.442	734	11.928
<b>Brasil</b>	4.510	215.224	3.527	185.443	2.906	98.358	1.818	51.411

Os gráficos e demonstrativos da situação acima evidenciada, em todos os estados, encontram-se no Anexo III.

Some-se a isso o fato de que, no Ceará, os Agentes Comunitários de Saúde contratados pelos municípios são pagos pela Secretaria Estadual de Saúde, garantindo-se, assim, um aporte adicional de recursos, além daqueles recebidos, do Governo Federal, pelas prefeituras, em função da implantação do PACS (incentivo financeiro sobre o PAB).

A propósito, os coordenadores municipais de imunização do referido estado entrevistados neste trabalho (cerca de 35) são unânimes em afirmar que o alto índice de cobertura vacinal do Ceará está diretamente relacionado com a implantação do PACS e do PSF em todo o estado.

Com efeito, esses Programas possibilitam a realização de visitas mensais domiciliares com a finalidade de monitorar a situação de saúde de cada família, orientando-as sobre diversos aspectos relacionados à prevenção de agravos e, principalmente, prestando a assistência integral aos indivíduos. No que diz respeito especificamente à imunização, compete aos Agentes Comunitários de Saúde verificar o cartão de vacinação e, se as aplicações estiverem atrasadas, encaminhar a criança para o Centro de Saúde; de seu turno, as Equipes de Saúde da Família têm condições de, elas próprias, aplicarem as vacinas necessárias.

Conforme verificado neste trabalho (item 5.9), diversas outras ações podem repercutir positivamente na cobertura vacinal. Em comum, todas elas são consequência de uma postura gerencial que privilegia a atenção básica e a prevenção como pilares da assistência à saúde. Tais atitudes são reflexo de uma decisão política, haja vista que, conforme já mencionado, os meios necessários ao cumprimento das metas do PNI são garantidos pela esfera federal.

Outro aspecto que merece ser ressaltado é que a habilitação de municípios às condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional Básica SUS 01/96 – NOB 01/96, as quais permitem o recebimento automático, fundo a fundo, de recursos do Orçamento da União, contribui, também, para a melhoria de desempenho das gestões públicas da área da saúde e, conseqüentemente, do resultado das atividades de imunização.

Entretanto, a maioria dos municípios só se habilitou a algum tipo de gestão (plena da atenção básica ou plena do sistema municipal) a partir de 1998. Muitos municípios ainda estão formando sua estrutura física e de recursos humanos e apenas em 1999 seus dirigentes começaram a compreender o papel de gestor



conforme estabelecido na NOB e a ter condições de assumir esse papel. Só mais recentemente tem sido possível observar algumas ações nesse sentido.

No Estado do Pará, por exemplo, conforme informação obtida em entrevista, a campanha de vacinação de 1999 foi a primeira em que o estado não precisou apoiar diretamente os municípios.

Por sua vez, a Coordenação Estadual de Alagoas, com o propósito de melhor identificar os problemas do estado, promoveu a primeira reunião para Avaliação Estadual do Programa de Imunizações, em parceria com o COSEMS, e que contou com a participação de 97% dos municípios.

Deve-se salientar, também, que a habilitação por si só não assegura a qualidade dos serviços. As Secretarias e Conselhos de Saúde, cuja criação constitui requisito formal para a habilitação, devem ter uma atuação presente, integrada e pró-ativa; voltada para os interesses e as necessidades locais. No entanto, isso nem sempre se verifica.

Ainda no Estado de Alagoas, por exemplo, 100% dos municípios já foram habilitados. Mas, em alguns deles, o Secretário de Saúde parece ter sido nomeado com o objetivo principal de, cumprindo-se a exigência, garantir, ao tesouro municipal, uma fonte segura de recursos. Nesses casos, são pessoas não oriundas daquelas comunidades, que não residem nos municípios e que os visitam esporádica e eventualmente.

Tal situação causa um evidente prejuízo para a sociedade, na medida em que se encontra ausente, na maior parte do tempo, a referência principal, o primeiro responsável pelas ações de saúde nessas localidades. Muito embora não se possa estabelecer uma relação de causa e efeito, tal situação quase sempre repercute no desempenho do Programa Nacional de Imunizações. Sem o envolvimento e o comprometimento daquelas autoridades restam prejudicadas diversas atividades, tais como a gerência e a supervisão das unidades e equipes de saúde.

Constatamos, também, que, algumas vezes, não há o comparecimento de Secretários Municipais de Saúde às reuniões realizadas pelas Coordenações Estaduais do Programa. Estes se fazem representar por auxiliares sem o mesmo poder de decisão.

Outro problema verificado é a descontinuidade das ações, motivada por fatores políticos, gerando a necessidade de re-investimentos. No Distrito Federal, por exemplo, com a posse do Governador eleito em 1998, foram desconstituídas todas as Equipes do Programa Saúde em Casa (equivalente ao atual Saúde da Família) e dispensados os Agentes Comunitários contratados pela gestão anterior, ao longo de 1997 e 1998, todos já devidamente treinados. Em seu lugar, outros profissionais foram contratados, ocasionando a necessidade de novos treinamentos aos recém-ingressos.

À época da execução desta auditoria (setembro e outubro/99) ainda encontravam-se vagos vários cargos comissionados no Departamento de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, exonerados que foram os antigos ocupantes ao início da atual gestão, em janeiro de 1999. De acordo com informações obtidas junto àquele Departamento, essa situação tem causado dificuldades na condução e execução dos diversos programas de responsabilidade do setor, entre os quais insere-se o PNI.

Conclui-se, portanto, que é imprescindível o comprometimento dos gestores da saúde para com as metas do PNI, uma vez que o desempenho do Programa está diretamente relacionado, não somente com as atividades de imunização, como também com o conjunto das ações e serviços de saúde.



## 5.6.2 Integração do PNI com outros Programas

O Programa Nacional de Imunizações, pela sua característica, está inserido no Programa Ampliado de Imunizações da Organização Pan-americana da Saúde e conta com o apoio do seu fundo rotativo na aquisição de imunobiológicos, seringas e agulhas. O Fundo Nacional das Nações Unidas para a Infância – UNICEF tem colaborado com ajuda financeira e no desenvolvimento de técnicas operacionais.

Igualmente importante tem sido o engajamento, em mais de 2.000 municípios, da Pastoral da Criança, Organismo de Ação Social da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB, especificamente com relação ao trabalho de acompanhamento de crianças e educação de famílias carentes nas questões de ações de saúde preventiva e geração de renda. Essas atividades contribuem para o melhoramento dos índices de cobertura da vacinação de rotina.

Nas áreas de difícil acesso, em particular das regiões Norte e Centro-Oeste, e nas fronteiras, o Programa conta com o apoio da Marinha, do Exército e da Aeronáutica no alcance dessa população, fornecendo meios de transporte e executando, se necessário, a vacinação.

Por sua vez, no âmbito do Comunidade Solidária está inserido o Projeto de Redução da Mortalidade na Infância – PRMI, que inclui alguns Programas específicos do Ministério da Saúde. Dentre eles, podemos destacar mais 3 que desenvolvem atividades em parceria com o PNI, todos voltados para a melhoria das condições de vida da população, a saber: o Programa de Combate às Carências Nutricionais - PCCN, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – PAISMCA e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Dessa forma, é possível desenvolver um trabalho conjunto de acompanhamento de todas as crianças assistidas. Ademais, aos municípios que fazem parte do PRMI tem sido dada prioridade na instalação e/ou recuperação da Rede de Frio, além de ações de intensificação vacinal.

No Ceará e no Pará, os núcleos municipais de Informação, Educação e Comunicação - IECs, formados a partir de um plano intersetorial, têm como missão contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, por meio da disponibilização das informações e da educação em saúde. Entre os objetivos dos IECs podemos destacar o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, campanhas educativas e preventivas das doenças, além da divulgação das ações de saúde para a população, entre as quais a vacinação.

Entretanto, o maior parceiro do Programa Nacional de Imunizações tem sido o Programa de Saúde da Família - PSF, que conta, em suas equipes, com médico, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Uma das propostas de trabalho do PSF é a manutenção de salas de vacinas em suas unidades. Esse Programa já está implantado em 1.693 municípios brasileiros (dados de outubro/99)e, conforme apresentado no Anexo III, o PSF tem colaborado para o aumento dos índices de cobertura vacinal dessas localidades.

## 5.6.3 Falta de integração entre médicos (pediatras e ginecologistas) e PNI

A medicina hipocrática na Grécia Antiga previa o pagamento aos médicos quando da existência de boas condições de saúde da população. Sem chegar a este extremo, verifica-se atualmente que há possibilidade de melhoria das ações preventivas e protetivas que devem ser realizadas pelos serviços de saúde.

A população pode e deve ser informada de procedimentos básicos para a manutenção da saúde, como é notoriamente realizado por equipes de saúde da família e por agentes comunitários de saúde. Assim,



embora na prática seja permitido pouco tempo para uma consulta médica na rede pública, tal procedimento de educar a população deve ser incentivado junto aos profissionais de saúde.

Na opinião dos coordenadores do PNI entrevistados, os médicos, em especial pediatras e obstetras, poderiam dispensar maior atenção na orientação de responsáveis quanto à vacinação de seus filhos, e das mulheres em idade fértil quanto à vacina dupla adulto (difteria e tétano). Algumas ações isoladas vêm sendo tomadas para que seja valorizada esta atividade, como, por exemplo, a gratificação de produtividade paga pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro a médicos de postos de saúde. Essa gratificação, entre outros fatores, depende dos resultados da cobertura vacinal.

A maior queixa é que os profissionais médicos, de um modo geral, pensam a saúde em seu aspecto curativo apenas, deixando de lado a proteção à saúde e a prevenção de doenças. Um exemplo que evidencia esta característica é a dificuldade de se conseguir uma eficiente notificação de casos merecedores de tal ação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN, a despeito dos esforços que as coordenações estaduais de epidemiologia realizam. Há casos notificados muito depois do desejado, e outros nem notificados. Isso ocorre porque muitos profissionais de saúde desconhecem a necessidade de notificação e a forma de fazê-lo.

As ações de prevenção e proteção, conforme constatado nas unidades de saúde e secretarias de saúde dos municípios e estados visitados, estão, quase sempre, a cargo de profissionais de enfermagem que recebem, nos bancos escolares, a formação necessária para tal, mais aprofundada do que os profissionais médicos.

É importante não se perder de vista a filosofia de criação do SUS que, além das ações de municipalização e de universalidade do atendimento, vê a saúde de maneira integral, deixando de lado um modelo centrado na doença e nos hospitais e passando a considerar também o que ocorre no ambiente externo. Tendo em vista a dimensão do Sistema e a sua abrangência, talvez já se faça necessário reavaliar a formação dos profissionais médicos para um currículo mais amplo no que diz respeito à saúde preventiva.

Toma-se como exemplo o programa da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde entre 40 disciplinas, apenas 3 destinam-se ao tema: Atenção Integral à Saúde, Epidemiologia e Saúde e Trabalho.

Ainda que a Coordenação de Saúde da Comunidade – COSAC/SAS/MS já venha desenvolvendo trabalho na formação de pólos de capacitação, em parceria com universidades e Secretarias Estaduais de Saúde em 16 localidades, para capacitar os técnicos e disseminar as experiências do Programa de Saúde da Família, julgamos necessária a intensificação desses treinamentos.

#### **5.6.4 Situação das clínicas privadas de vacinação**

No decorrer deste trabalho ficou claro que a situação das clínicas privadas é bastante diferenciada entre os estados visitados pelas equipes de auditoria. Por esta razão, solicitamos à Coordenação Nacional do Programa Nacional de Imunizações informações a respeito das providências adotadas pelo Ministério da Saúde no que se refere a normatização, cadastramento, fiscalização e notificações de efeitos adversos das atividades de vacinação da clínica privada. Segundo aquela Coordenação, está sendo preparada Portaria regulamentando o assunto. Segundo aquela Coordenação, a minuta da portaria para credenciamento das clínicas privadas está sendo encaminhada à Consultoria Pública.

As Coordenações do Programa em Alagoas, Ceará e Distrito Federal, não conhecem o quantitativo de clínicas privadas em suas unidades federativas e a supervisão dessas clínicas é feita somente pela Vigilância Sanitária dos estados. No DF, além disso, ficou constatado que só as emergências dos hospitais



particulares estão credenciadas para aplicar vacinas, com base ainda na Lei n.º 6.259/75, e as clínicas privadas não podem aplicar as vacinas do esquema básico.

Em Mato Grosso do Sul, são poucas as clínicas privadas com sala de vacinação. Porém, estão cadastradas e solicitam o apoio da Secretaria Estadual de Saúde. Em Campo Grande, as vacinas do esquema básico são fornecidas pelo Ministério da Saúde.

No município do Rio de Janeiro, as clínicas privadas estão sendo credenciadas e a fiscalização é feita pela Vigilância Sanitária.

No Estado do Pará, somente Belém conta com duas clínicas privadas, sendo seu acompanhamento efetuado pela Coordenação Estadual do PNI.

Em função disso, entendemos necessária a normatização do funcionamento das clínicas privadas, no que concerne às atividades de imunização.

## **5.7 QUESTÃO 7 - SE NÃO HOUVESSE CAMPANHA DE VACINAÇÃO, COMO SERIA O DESEMPENHO DA VACINAÇÃO DE ROTINA?**

### **5.7.1 Necessidade de fortalecimento da vacinação de rotina**

A maioria dos entrevistados considera que as campanhas de vacinação são fundamentais para a erradicação das doenças no Brasil, pois é por meio delas que se consegue ampliar a cobertura vacinal. Nos grandes centros urbanos, nos locais de fácil acesso e nos municípios que dispõem de equipes de saúde da família, a cobertura de rotina já é boa. Nos estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará e Amazonas, não há vacinação de rotina em alguns locais de difícil acesso e a campanha é a única oportunidade que as crianças têm de receber as vacinas. Para atingir a população residente nessas áreas, além dos dois dias de campanha, algumas iniciativas são feitas, tais como: mutirões de saúde na área rural; unidades móveis de saúde multidisciplinares, que realizam não atividades de vacinação, mas de todas as áreas da saúde; acordos com a Aeronáutica para vacinação utilizando-se de helicóptero (fazendas do Pantanal), acordos com a Marinha (região Amazônica).

Os profissionais que atuam no PNI entendem que vacinação de rotina deve receber mais atenção. Foram apresentadas algumas sugestões para melhorá-la, tais como: intensificação de propaganda, realização de minicampanhas nas unidades de saúde, realização de campanhas por segmentos, divulgação junto às mães e à população escolar.

Com efeito, necessário se faz incrementar a divulgação da importância da vacinação de rotina. Grande parte da população desconhece a existência e a necessidade de manter em dia o esquema de vacinação e acredita que somente nos dias de campanha pode fazê-lo.

Nesse sentido, visando priorizar as atividades de rotina, entendemos deva ser recomendado ao governo federal que realize ações que possibilitem a divulgação e o estímulo à vacinação de rotina em todos os estados e municípios.

Além do mais, é corrente entre os técnicos do setor que a intensificação da vacinação de rotina tende a diminuir a importância e os custos das campanhas de multivacinação.



### 5.7.2 Estratégias de vacinação

São inúmeras as dificuldades de se obter a cobertura vacinal na área rural dos municípios, em razão do alto índice de esquemas vacinais incompletos ou não iniciados. Dessa forma, diversas estratégias de vacinação são desenvolvidas pelos estados com o objetivo de reverter esses indicadores. Várias foram as experiências observadas relativamente às ações de imunizações na área rural, as quais passamos a relatar.

No Distrito Federal, as equipes volantes do sistema de vigilância epidemiológica desenvolvem atividades de vacinação contra poliomielite nas áreas urbanas e rural desde 1980. A partir de 1991, num trabalho de parceria com o Departamento de Saúde Pública/SES-DF, gestor local do PNI, foi desenvolvida estratégia para viabilizar a intensificação das ações de vacinação de rotina definidas pelo Programa e, dessa forma, melhorar as coberturas das vacinas constantes do esquema básico para crianças e adultos, especialmente da área rural.

As atividades de imunizações de rotina e de campanha das Equipes Volantes são desenvolvidas por 22 servidores, oriundos da Funasa, distribuídos em 3 equipes.

Na área urbana, os trabalhos de vacinação são executados a partir de solicitação dos grupos interessados, consideradas as avaliações epidemiológica e operacional dessas situações e da busca ativa dos grupos de risco que possam ser resguardados contra doenças imunopreveníveis. Entre o público (faixa etária acima de 15 anos de idade) atendido pelas Equipes, destacam-se:

- a) contingente das forças armadas (Exército, Marinha e Aeronáutica);
- b) policiais e bombeiros militares;
- c) policiais civis;
- d) trabalhadores da construção civil;
- e) trabalhadores da indústria e do comércio;
- f) profissionais da área de saúde;
- g) servidores de órgãos públicos;
- h) professores e estudantes;
- i) associações;
- j) delegacias;
- k) cadeias públicas;
- l) asilos;
- m) idosos acamados ou impossibilitados de locomoção (vacinação domiciliar).

Na área rural, o Distrito Federal usa como base as localidades cadastradas no Sistema de Localidades – SISLOC, desenvolvido pelo DATASUS/MS, que foram divididas em 4 micro-regiões e são atendidas por 2 Equipes Volantes para as atividades de rotina e de campanha.

A estratégia adotada por essas equipes é considerada pelo Departamento de Saúde Pública-DF uma alternativa válida para comunidades rurais pequenas, com população dispersa ou de difícil acesso. Definem-se pontos de vacinação que são divulgados em escolas, centros comunitários, associações e comércio local sobre as atividades de rotina e campanha. Realiza-se, também, busca ativa de crianças e adultos por meio de vacinação casa-a-casa em chácaras, fazendas e em locais de difícil acesso. A vacinação é estendida, nas épocas de plantio e colheita da safra agrícola, aos grupos de trabalhadores rurais.

As Equipes, quando solicitadas, trabalham em parceria com outros municípios ou órgãos, oferecendo experiência e pessoal treinado, em ações de prevenção tais como imunização, vigilância epidemiológica e orientações básicas sobre várias doenças e vetores.



No Ceará, o estado forma equipes de vacinação extra-muros, integrada por 4 pessoas, que viajam para localidades não cobertas pelo PACS e pelo PSF, montando postos de vacinação para completar esquemas vacinais. A vacinação casa a casa só acontece em situações especiais, para atender casos específicos, como, por exemplo, idosos acamados.

O Estado do Ceará desenvolveu, em 1997, 8 trabalhos de vacinação extra-muros em empresas, hospitais, corporações militares e no município de Fortaleza, além de trabalhos de intensificação de imunização em diversos municípios com baixa cobertura vacinal. Em 1998, esse número aumentou para 37, além de 19 clínicas atendidas com vacina contra hepatite B.

Em Alagoas, o PNI estadual não forma equipes extra-muro ou volantes para ajudar na intensificação da vacina. O Programa estadual assessora os municípios enviando técnicos, quando necessário, com o objetivo de auxiliar no desenvolvimento de estratégias especiais de trabalho. A impossibilidade de formação de equipes deve-se, segundo aquela coordenação, ao reduzido número de pessoal disponível e à ausência de Regionais de Saúde no estado. Por esse motivo, a Coordenação Estadual prioriza o acompanhamento e a análise dos dados de cobertura vacinal dos municípios.

Em Mato Grosso do Sul, tanto a Coordenação Estadual quanto a do município de Campo Grande desenvolvem trabalho de intensificação de vacinas em áreas urbanas e rural, com equipes multidisciplinares formadas por técnicos das diversas áreas da Secretaria Estadual de Saúde, entre os quais médicos e dentistas, de forma a atender as comunidades carentes. Ocorre divulgação de campanhas via frequência de radioamadores e em programas de rádio que atingem a área rural.

No Pará, também há a formação de equipes multidisciplinares para atendimento da população das áreas rurais, não só para ações de imunização, mas também em outros aspectos de atenção básica que se fizerem necessários. O Centro Regional de Saúde de São Miguel do Guamá-PA possui cronograma de vacinação da zona rural. As localidades são visitadas, em média, a cada dois meses. Naquele município, durante campanhas, há vacinação em agências bancárias, na semana do pagamento de aposentados, de modo a abranger pessoas da área rural quando em visita à sede do município.

No entanto, em parte dos municípios paraenses foi alegada a necessidade de disponibilização de mais recursos para as despesas de custeio das campanhas de vacinação e para qualquer incentivo que se deseje fazer da vacinação de rotina. Naquele estado, aproximadamente metade da população vive dispersa na área rural, somente alcançada por meio de barco ou avião e sem energia elétrica disponível. As despesas com combustível, diárias, gelo, transporte aéreo e fluvial não podem ser comparadas com as dos outros estados, à exceção do Amazonas.

Como exemplo, podemos citar a trajetória vivida pelas equipes de vacinação em municípios interioranos (alguns, como Altamira, Alenquer, Almeirim, Marabá, são maiores do que estados como RJ, SE, AL, PB, RN, SC):

- 1) os imunobiológicos são transportados de avião para Altamira;
- 2) de lá saem para os postos de saúde dos distritos de barco, na maioria das vezes, guardados em caixas de isopor, em distâncias de até 300 km;
- 3) dos distritos, adentram o território ainda mais em pequenos barcos por igarapés, durante campanhas ou intensificações da rotina, para atingir as famílias ribeirinhas. Em cada família isolada, o barco deverá parar, em um trabalho que leva até um mês;
- 4) rotineiramente, o barco retorna para a sede do distrito para comprar mais gelo para manter os imunobiológicos conservados;
- 5) existem outras regiões onde as dificuldades são maiores, pois para atingi-las o vacinador deve ir montado em lombo de búfalo.



Consideramos, dessa forma, que o estabelecimento de estratégias diferenciadas de atuação tem auxiliado, de modo especial, a vacinação de rotina, uma vez que as visitas frequentes contribuem para a conclusão dos esquemas de vacinação.

## 5.8 QUESTÃO 8 – OS DADOS DE COBERTURA GERADOS PELOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO SÃO CONFIÁVEIS?

### 5.8.1 A Cobertura Vacinal nos Estados do Ceará, Alagoas, Mato Grosso do Sul e Pará

Conforme já anteriormente mencionado, a seleção dos estados e municípios para estudo de caso levou em consideração, entre outros, os dados de cobertura vacinal, mais precisamente a média dos indicadores de 1998 das seguintes vacinas: pólio, sarampo, BCG e DTP. Por esse critério, assim foram classificadas as Unidades da Federação:

UF	Pólio	DTP	BCG	Sarampo	Total
RO	104,67	105,92	122,22	103,7	109,13
AC	71,71	59,69	99,73	68,15	74,82
AM	86,73	65,4	108,68	72,42	83,31
RR	103,03	94,96	122,06	89,5	102,39
PA	83,76	60,82	85,58	61,11	72,82
AP	76,07	77,63	104,8	80,61	84,76
TO	108,06	96,23	116,11	100,32	105,17
MA	65,17	69,08	119,42	87,46	85,29
PI	84,82	87,41	110,01	87,59	92,46
CE	107,46	105,91	121,43	109,55	111,09
RN	73,31	77,63	92,47	74,91	79,58
PB	87,05	83,65	103,05	83,12	89,22
PE	131,43	100,38	133,72	113,48	119,75
AL	60,33	58,18	96,86	61,49	69,21
SE	98,19	98,26	125,01	96,44	104,47
BA	80,58	76,84	105,09	86,4	87,23
MG	82,27	83,6	88,01	83,04	84,22
ES	120,33	104	116,11	107,62	112,02
RJ	102,14	110,61	124,32	103,65	110,18
SP	114,7	119,79	131,63	124,72	122,71
PR	96,61	95,57	109,45	121,28	105,73
SC	88,56	88,63	94,95	92,2	91,08
RS	87,27	87,62	102,33	84,12	90,33
MS	93,79	88,79	113,7	90,18	96,62
MT	109,78	94,15	112,27	95,64	102,96
GO	91,1	88,63	105,67	86,15	92,89
DF	127,57	130	159,36	1,3	104,56
TOTAL	96,28	93,91	112,79	96,73	99,92

FONTE: <http://datasus.saude.gov.br/>

\* O DF adota sistemática diferenciada na vacinação contra sarampo, aplicando a vacina em crianças maiores de um ano.



Considerando, adicionalmente, as informações gerenciais das coordenações nacional e estaduais do PNI, foram escolhidos, então, os Estados de Alagoas e Pará, à vista das oportunidades de melhoria de desempenho que se apresentavam.

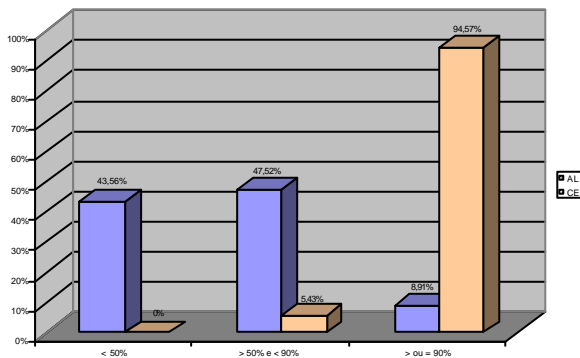
Paralelamente, procuramos selecionar estados com bom desempenho no PNI e que, em função de sua semelhança em termos de localização e características geográficas, condições climáticas, nível de desenvolvimento sócio-econômico e outros indicadores de saúde, pudessem servir de “espelho” para os Estados de Alagoas e Pará.

Ainda que considerando a dificuldade de obtenção de parâmetros ideais, o objetivo pretendido foi a análise dos procedimentos operacionais e práticas gerenciais adotados pelas coordenações estaduais, por assim dizer, bem-sucedidas, e avaliar até que ponto essa experiência poderia ser disseminada entre aqueles estados que mais necessitam melhorar seus indicadores de cobertura vacinal.

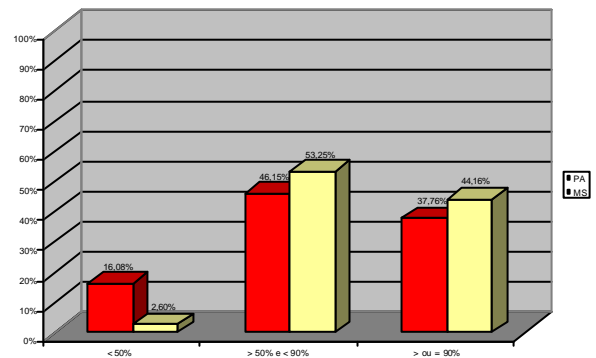
Nesse sentido optamos por eleger os Estados de Mato Grosso do Sul e Ceará, como “espelhos” de Pará e Alagoas, respectivamente.

Os gráficos a seguir demonstram os percentuais de municípios (no confronto entre CE x AL e MS x PA) em três faixas de cobertura vacinal, sendo duas aquém do padrão definido pelo Ministério da Saúde (inferior a 50%; superior a 50% e inferior a 90% - ou 95% no caso do Sarampo), e uma acima desse parâmetro (90% ou 95%, conforme o caso).

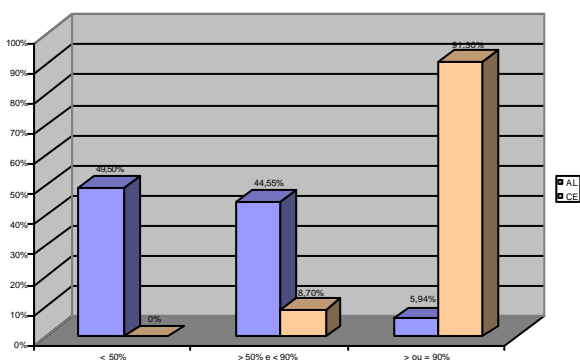
PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS POR FAIXA DE COBERTURA VACINAL  
PÓLIO (1998)



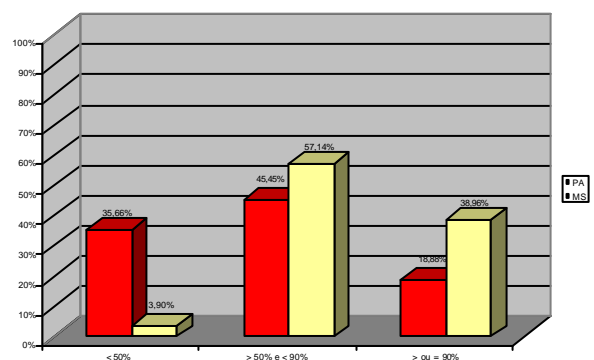
PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS POR FAIXA DE COBERTURA VACINAL  
PÓLIO (1998)

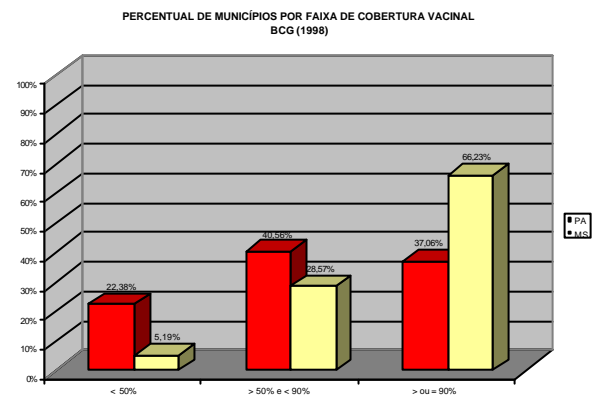
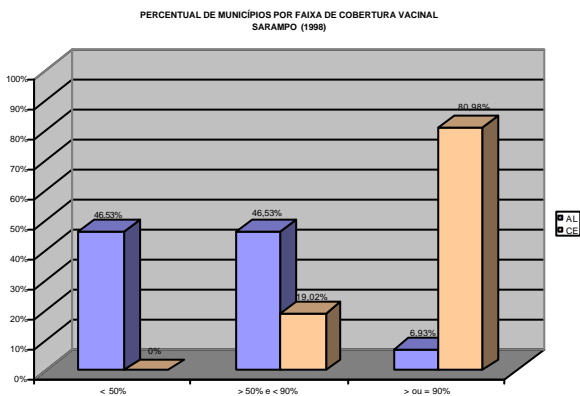
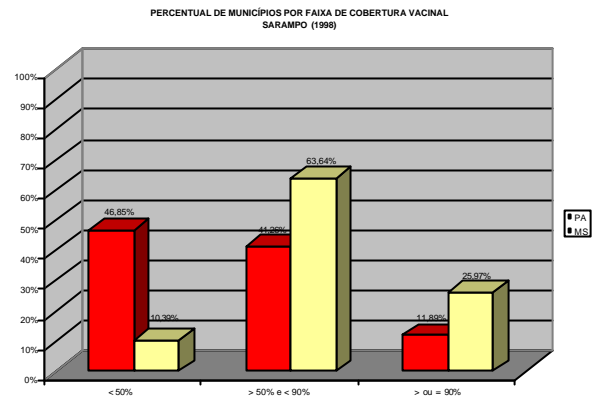
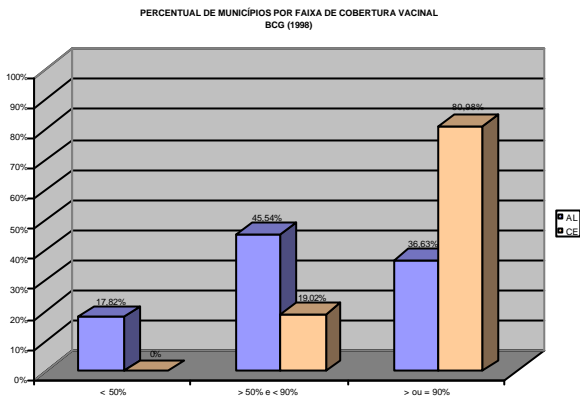


PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS POR FAIXA DE COBERTURA VACINAL  
DTP (1998)



PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS POR FAIXA DE COBERTURA VACINAL  
DTP (1998)





Conforme se observa, os Estados de Alagoas e Pará apresentam proporcionalmente um número maior de municípios com cobertura vacinal insuficiente, em comparação a Ceará e Mato Grosso do Sul.

Esse dado, aliado às outras constatações deste trabalho, reflete o resultado das ações implementadas no nível local, revelando, em certa medida, a eficácia da atuação, não somente da coordenação municipal do programa, mas principalmente da coordenação estadual.

No entanto, em todos os estados visitados, há municípios com baixo desempenho no Programa, em 1998. São diversos os motivos que levam a essa situação. Durante os trabalhos de campo, esta equipe solicitou às Coordenações Estaduais do PNI as razões que estariam motivando as baixas coberturas vacinais em determinadas localidades. De forma geral, as justificativas apresentadas foram as seguintes:

- população do município é inferior ao número estimado pelo IBGE (CE, PA, AL);
- migração populacional (CE, PA);
- falta de prioridade das ações básicas pelo governo municipal (CE, AL);
- problemas políticos ou administrativos na gestão municipal (AL, CE, PA);
- áreas de conflito, assentamento, invasões de áreas rurais (PA);
- municípios recém emancipados, sem equipe de saúde estruturada (PA);
- municípios com deficiência de recursos humanos (AL, PA);
- rotatividade de profissionais de saúde (CE, PA);



- i) municípios com grande extensão territorial, difícil acesso e população dispersa (CE, PA);
- j) falta de regionais de saúde, com centralização das atividades no nível estadual (AL);
- k) atraso ou ausência de alimentação dos dados, bem como falta de retroalimentação aos municípios (AL);
- l) falta de acompanhamento mensal das coberturas, bem como análise insuficiente dos dados, nos níveis municipal e estadual (AL); e
- m) motivos desconhecidos pela Coordenação Estadual (AL, PA).

Concluimos, portanto, que há uma soma de fatores que podem comprometer o desempenho do Programa nos níveis municipal e estadual, com reflexos evidentes nas metas nacionais do PNI. Porém, não há receita que se aplique a todas as realidades regionais visando à melhoria do desempenho. Ainda que considerando imprescindíveis sejam priorizados determinados aspectos, tais como a publicidade, o treinamento de pessoal e as supervisões, a eficácia das ações de cada gestor dependerá, em grande medida, das soluções criativas adotadas, levando-se em conta as características das respectivas localidades, tanto geográficas, quanto da estrutura da rede de serviços de saúde.

Por isso mesmo, é fundamental o comprometimento de todos aqueles que respondem pela gestão do Programa, mais especificamente, e pela área da saúde, como um todo, caso de governadores, prefeitos e secretários de saúde.

Nesse sentido, entendemos pertinente seja recomendado ao Ministério da Saúde que realize estudos com vistas a dar-se ampla divulgação nacional aos municípios que não alcançam o patamar mínimo ideal de cobertura vacinal, por problemas não relacionados às metas populacionais. Tal medida, que poderia ser implementada com a utilização, por exemplo, da Internet, de periódicos especializados, ou de outros meios julgados suficientes, teria o objetivo de, induzindo o engajamento dos responsáveis, contribuir para a melhoria do desempenho final do Programa.

Somos de opinião, também, que deve ser recomendado às Coordenações Estaduais do PNI que atuem no sentido de identificar as causas da baixa cobertura vacinal de seus municípios, visando adotar as medidas necessárias à solução dos problemas identificados.

## **5.8.2 Aspectos Relacionados às Metas de Cobertura Vacinal**

A meta nacional do Programa Nacional de Imunizações é baseada nos dados populacionais divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Há pelo menos dois problemas que prejudicam o planejamento e a execução das ações do PNI relacionados às metas de cobertura.

O primeiro deles é a própria informação do IBGE. Em muitas localidades foi verificado que a população local é por vezes maior, por vezes menor que o dado oficial. Isso repercute no estabelecimento de metas fora da realidade, podendo comprometer todos os esforços realizados em determinada região. Quando a população é superestimada, mais facilmente detectável no município que tenha número ideal de Agentes Comunitários de Saúde, torna-se impossível o cumprimento da meta, maquiando a estatística e penalizando o gestor local que, por mais que faça, não conseguirá nunca a cobertura total. Nos casos em que a dado populacional é subestimado, ou seja, o número de habitantes é maior que o informado, a questão tem maior gravidade. Ainda que se atinja a cobertura de 100%, uma parcela da população estará deixando de ser vacinada. Essa situação falseia o indicador nacional de vacinação e possibilita o surgimento dos chamados “bolsões de suscetíveis”, ou segmentos de pessoas não imunizadas que poderão dar espaço ao surgimento de epidemias.



O segundo problema está relacionado com um fenômeno praticamente inevitável. Trata-se da migração populacional quando das vacinações. Tanto nas campanhas nacionais, quanto nas atividades de rotina, várias pessoas procuram, por motivos diversos, postos de vacinação fora da área de seu município. Nesses casos, com raras exceções, o dado é computado para o “município aplicador” e não para aquele de origem dos vacinados. Tal ocorrência desfigura o índice de cobertura dos dois municípios, dando a falsa idéia de que, em um deles, há mais crianças a serem vacinadas do que a meta do Programa indica e, no outro, que há crianças não imunizadas.

Considerando que os técnicos que trabalham na área são unânimes em afirmar ser impossível, na atual sistemática adotada, o registro da origem da pessoa vacinada, principalmente à época das campanhas nacionais de multivacinação, a única solução que se vislumbra é o cômputo ou a apuração do dado de cobertura a ser efetuado, não apenas por município, mas também por regiões. Nesse caso, as coordenações estaduais e nacional do PNI poderão mapear as regiões nas quais, teórica e historicamente, municípios exerçam influência sobre outros, atraindo, por assim dizer, moradores vizinhos para aplicação das vacinas. Tal análise já é realizada, não-oficialmente, nos estados mais organizados.

A solução definitiva seria o registro da origem do beneficiário, possível somente nas vacinações de rotina. Considerando que as campanhas ainda desempenham importante papel no PNI na maioria dos estados e municípios, parece não haver possibilidade de alteração desse quadro no curto prazo, devendo ser aguardado o próximo censo nacional.

### **5.8.3 Sub-registro de doses aplicadas**

Cada sala de vacina possui um mapa de vacinas aplicadas durante o mês, que é preenchido e enviado à Secretaria Municipal de Saúde. Esses dados alimentam o sistema Avaliação do Programa de Imunizações - API e são, posteriormente, analisados e usados, junto com as informações do sistema Estoque e Distribuição de Imunobiológicos - EDI, para o planejamento e aquisição de imunobiológicos.

Um fato frequentemente citado nas entrevistas foi o sub-registro das informações de vacinas aplicadas. Segundo as Coordenações Estaduais, as principais causas são: treinamento deficiente, erros de anotação, erros na totalização dos dados, carência de recursos humanos (às vezes há apenas uma pessoa para aplicar a vacina e registrar). De acordo com o PNI do estado do Rio de Janeiro, o mapa de vacinas aplicadas durante o mês (padronizado pelo PNI) não vem sendo utilizado rotineiramente. Tal situação foi verificada, igualmente, no município de Porto de Pedras-AL.

O sub-registro, aliado à análise insuficiente dos dados e ao dado populacional incorreto (conforme discutido no item 5.8), prejudicam a obtenção dos números reais de cobertura vacinal.

Para amenizar tal situação, sugerimos que seja intensificado o treinamento na área de registro de dados de doses aplicadas, com ênfase na conscientização dos funcionários da importância de se fazer um lançamento correto e do reflexo desse dado nas informações de cobertura vacinal. Segundo informações obtidas, o treinamento em sala de vacina possui um módulo específico para registro.

Outra sugestão é a criação de um indicador que relacione doses aplicadas e cobertura vacinal, cuja análise possibilitará identificar sub-registro de dados. Segundo técnicos da COPNI, o sistema informatizado Avaliação de Imunobiológicos Utilizados – AIU, ainda em desenvolvimento, já prevê essa comparação.

Além disso, devem ser orientados com precisão os voluntários que participam das campanhas de vacinação como registradores, normalmente leigos, que são treinados no mesmo dia da vacinação. Uma sugestão seria a criação de uma cartilha, condensada e de fácil leitura, que lhes permitisse desempenhar melhor esta não menos importante função, da qual os registros são, em muito, dependentes.



Os registradores não só anotam as doses aplicadas, mas também instruem a população quanto a seu retorno ao posto de vacinação, quanto à necessidade de guardar o cartão e verificam quais as vacinas necessárias.

Nesta auditoria, foram acompanhadas equipes de vacinação em áreas rurais, onde foram constatadas as dificuldades de registro relatadas acima, bem como a grande ocorrência de perda do cartão de vacinação.

As campanhas e os profissionais de saúde devem mostrar à população que os cartões de vacinação são documentos, que devem ser guardados com cuidado. Do mesmo modo, é importante orientar a população, para, se possível, retornar sempre ao mesmo posto onde está seu registro.

Normalmente, ao se realizar vacinação em áreas rurais, são efetuados registros somente no cartão de vacinação, o que prejudicará os dados de consolidação e de lançamento no sistema API. Em Mato Grosso do Sul, para evitar este problema, foram implementadas fichas de vacinação em que são lançados os nomes das crianças ou dos adultos vacinados na área rural, e a dose da vacina recebida. Estas fichas, após o retorno da equipe, são lançadas em registros nominiais que ficam na sede do município. Com isso, evita-se o sub-registro.

O município de Campo Grande-MS vem utilizando sistema onde são lançadas as consultas e exames realizados no SUS por paciente. Nesse sistema, são registradas também as informações de vacinação. Contudo, apesar do ganho aparente, as fichas de aprazamento dos postos de saúde foram dispensadas, o que impede qualquer iniciativa de realização de busca ativa ou de acompanhamento das ações de vacinação, pois o sistema não fornece informações quanto a atraso em vacinação.

#### 5.8.4 Produtos dos Sistemas e Análise de Informações

Conforme especificado no Manual de Informações do EDI (provisório), em seu Capítulo I, os objetivos do Sistema de Informação do PNI (SI-PNI) são: facilitar aos administradores do Programa o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das atividades de vacinação, através do registro de doses aplicadas, em relação à população-alvo, permitindo com isto a comunicação entre gestores federal, estadual, regional e municipal; possibilitar e facilitar a distribuição, o controle de estoque e a avaliação de perdas dos imunobiológicos utilizados.

Os sistemas utilizados ainda não fornecem relatórios com cruzamento de informações entre si (entre SINAN e API ou entre EDI e API, por exemplo), gráficos ou mapas (como é possível com a utilização do aplicativo TABWIN, de ampla atuação nos dados dos Sistemas SIH e SIA), dificultando a análise dos dados apresentados.

Os relatórios produzidos pelos Sistemas são os seguintes:

Relatórios	Sistema	Informação	Importância
Diversos de entradas/saídas de material	EDI	E/S de materiais por fornecedor, por requisitante, por centro de custo, por item, por conta SIAFI, por tipo de movimento.	Acompanhar as transformações dinâmicas do quantitativo de imunobiológicos.
Diversos referentes a saldos atuais	EDI	Inventário por item, validades vencidas e a vencer, movimento de imunobiológicos.	Conhecer a situação estática, em determinado momento, das necessidades e dos saldos.
Previsão de consumo	EDI	Lista lote, validade, saldo, previsão de consumo (baseado no consumo médio dos últimos 11 meses, verificando a	Permite apurar o quantitativo necessário para desenvolvimento das



		validade e informando a quantidade e valor que poderão perder validade no estoque).	atividades do Programa.
Doses aplicadas	API	Quantidade de doses de determinada vacina aplicadas por faixa etária, no período desejado.	Conhecer a parâmetros de cobertura.
Cobertura com resíduo	API	Quantitativo de população já vacinada e o respectivo resíduo (percentual ainda não vacinado).	Avaliar o quantitativo já vacinado e aferir a distância a cumprir para o cumprimento de metas.
Taxa de abandono	API	Para vacinas que possuem mais de uma dose. É o quantitativo de vacinados da 1ª dose, subtraído do da 2ª, dividido pelo quantitativo vacinado na primeira dose.	Aferir o quantitativo de pessoas que deixam de aplicar o número recomendado de doses para uma imunidade eficiente.
Acompanhamento mensal	API	Fornecer todas as doses para todas as faixas etárias, durante o ano.	Permite visão ampla da situação.

Há um terceiro sistema sendo produzido pelo Datasus para unir dados do EDI e do API, o AIU (Avaliação de Imunobiológicos Utilizados), que possibilitará a obtenção direta do confronto de dados de consumo de imunobiológicos com dados de cobertura vacinal. Sua adoção em muito otimizará a obtenção de informações quanto ao desempenho do Programa.

Quanto ao Sistema EDI, conforme constatado em seu Manual Provisório, no Capítulo 11, verifica-se que a previsão de consumo é baseada na média dos últimos 11 meses. Isto pode acarretar dificuldades logísticas para um estado que desejar aumentar seus índices de cobertura, pois, partindo do fato de a cobertura estar baixa, para intensificá-la, serão necessários mais imunobiológicos e mais insumos.

Essa sistemática redundante em problema estratégico para a coordenação estadual. Ao constatar deficiência na cobertura, o responsável pelo PNI no estado precisa decidir se usa metas a serem atingidas baseadas na população ou número de doses enviadas. Dessa forma, a escolha tem que ser, forçosamente, o número de doses enviadas.

Notamos, quanto ao processamento de informações, a ausência de retorno de informações já analisadas para os níveis inferiores. Ou seja, os estados ressentem-se do envio de relatório consolidado informando a situação de cada um no contexto nacional. Do mesmo modo, os municípios não possuem condições de aferir a qualidade do trabalho que vêm desenvolvendo em comparação com seus vizinhos.

De maneira geral, as coordenações estaduais e nacional possuem dados e análises, mas sua apresentação em boletim de ampla divulgação para os participantes do Programa ainda é incipiente, as informações permanecem insuladas.

Como salutar exceção, a Coordenação Regional do PNI em Russas, no Ceará, possui sala de situação (Anexo I) com gráficos e tabelas extraídos dos sistemas do Datasus (SIM, SINAN, SINASC, SIAB), onde é discutida rotineiramente a situação de todos os municípios em reuniões com participação dos responsáveis municipais. Essa estratégia é produto de trabalho desenvolvido pela Rede Nacional de Informação em Saúde – RNIS/RIPSA/MS, cujo modelo pode ser obtido no *site* do Ministério da Saúde, na Internet.

Concluindo, verificamos que, além das rotinas de envio, armazenamento e aplicação de imunobiológicos, torna-se relevante, também, a existência de rotinas de informação para os níveis inferiores, tais como boletins nacional e estaduais, ressaltando pontos de acerto e outros a serem evitados, e a situação da cobertura vacinal de cada unidade da Federação. E também deve ser priorizada a implantação do sistema AIU.

Concluimos, ainda, pela necessidade de ser criada sistemática de atualização constante da previsão de consumo de um estado, levando em consideração medidas que visem ao aumento da cobertura.



## 5.9 BOAS PRÁTICAS

Este trabalho teve como uma das propostas a identificação de boas práticas voltadas para o atingimento das metas de vacinação do Programa Nacional de Imunizações. Foi possível identificar que o sucesso do PNI local depende, em grande parte, da iniciativa dos gestores e dos coordenadores da localidade. Passamos a relacionar algumas experiências bem sucedidas, relatadas à equipe de auditoria nos estados visitados:

- ? adoção do personagem Zé Gotinha, marca-símbolo do Programa Nacional de Imunizações, já identificado com a população como chamariz para a vacinação;
- ? adoção do personagem Maria Gotinha, símbolo do PNI no Distrito Federal;
- ? publicação de coluna semanal em jornal local, reservado à Secretaria de Saúde do DF, que regularmente trata de assuntos de vigilância epidemiológica e imunizações;
- ? utilização de programas de rádio (no Ceará, o oficial “Fala Ceará”);
- ? utilização de sistemas de radioamadores para atingir fazendas em regiões remotas, no Mato Grosso do Sul;
- ? concessão de entrevistas informativas a telejornais locais;
- ? encaminhamento de ofícios a diversos órgãos governamentais, sociedade civil e empresas solicitando apoio nas campanhas e inclusão de comunicados, notas e avisos sobre a data da campanha, em correspondências emitidas, boletos de contas, rodapés de extratos bancários e contracheques;
- ? apoio de igrejas, de diversas religiões, para divulgação do dia da campanha entre os fiéis;
- ? utilização de *slogans* do tipo “Vacinar é um ato de amor” ou “Todo dia é dia de vacinação”, em camisetas, *buttons* e adesivos;
- ? promoção de encontros – Conferências de Saúde e/ou Oficinas de Trabalho - de técnicos de imunizações com Secretários de Saúde para discutir ações de prevenção do estado e/ou do município, no Ceará, em Alagoas e no Mato Grosso do Sul;
- ? intervenção do Ministério Público Estadual, que firmou Compromisso de Ajustamento com o Prefeito, visando assegurar as condições operacionais para a execução dos serviços de vacinação daquela localidade, sob pena de pagamento de multa diária;
- ? obtenção de autorização do Conselho Tutelar para vacinar crianças não autorizadas, pelos pais, a receber imunização, no Ceará;
- ? edição de cartilha explicativa sobre cada tipo de vacina, especialmente preparadas para os vacinadores, a exemplo de Ladário-MS;
- ? confecção de cartazes sobre efeitos adversos afixados em sala de vacina, observado em Belém-PA;
- ? distribuição de kit bebê para mães que completam o pré-natal, em Ourilândia do Norte-PA e Areal-RJ;



- ? instalação de postos de vacina (na campanha) em bancos, serrarias e olarias, em São Miguel do Guamá-PA;
- ? reunião precursora com pessoal selecionado para trabalhar nas campanhas, objetivando, além da motivação, a discussão sobre correção de falhas da primeira etapa e a uniformização da linguagem para a segunda etapa, a exemplo de Mato Grosso do Sul;
- ? uso de “bicicleta de som colorida” nos dias de campanha, oferecida por voluntário, que circula pela cidade convidando as crianças a vacinarem-se, como em Santana de Mundaú-AL (Anexo I);
- ? apoio da rádio comunitária, que faz trabalho educativo e informa sobre imunização, em Caridade-CE;
- ? vacinação a cada 2 meses, em localidades sem unidades de saúde, como forma de intensificar as ações de vacinação. Experiência de Pentecostes-CE e Redenção-CE;
- ? desenvolvimento de trabalho educativo em associações comunitárias e escolas, em parceria com a Secretaria de Educação (Informação, Educação e Comunicação - IEC), além de agendamento mensal em localidades sem unidades de saúde. Em razão do pequeno número de equipes de saúde da família, promove reuniões mensais com responsáveis pelas salas de vacinação, com o objetivo de cobrar metas. Estratégia de Caucaia-CE;
- ? informe sobre ações de imunização pelo rádio, no programa “Saúde no Ar”, além de parceria com o IEC na capacitação de Diretores de Escola como multiplicadores de saúde, a exemplo de Horizonte-CE e Palmácia-CE;
- ? concessão, pelo PSF local, do selo “Casa Nota 10” a famílias que tiverem avaliação satisfatória em 10 itens predeterminados, entre eles indicadores de imunização e consultas pré-natal. Em Itaitinga-CE;
- ? promoção de concurso com prêmio de uma casa a ser entregue na época do Natal. Todas as mulheres grávidas que comprovem o esquema completo de vacina dupla adulto (prevenção do tétano neonatal) podem concorrer ao sorteio. Fortaleza-CE;
- ? lançamento de gincana de mobilização do tétano neo-natal. A escola ensina a criança a levar a mãe ao posto para vacinar. A escola que conseguir levar o maior número de mulheres ao posto de vacinação ganha um computador. Em Fortaleza-CE;
- ? promoção de concursos, em escolas e pré-escolas, de frases, redação e desenho, cujo tema é a vacinação, em Mato Grosso do Sul;
- ? concessão de gratificação de produtividade a profissionais de postos de saúde do município do Rio de Janeiro onde, entre outros fatores, há baixas taxas de esquema de vacinação incompletos;
- ? utilização de fichas com identificação da criança e da dose aplicada, com vistas a atualizar o cartão de aprazamento, adotadas em áreas rurais do Mato Grosso do Sul, mormente no Pantanal;
- ? realização de inquéritos de cobertura vacinal, para certificação da exatidão do indicador apurado, no DF e no Ceará.

Acrescente-se a essas práticas a utilização dos já tradicionais modelos de carros de som, das faixas, das divulgações em rádios AM/FM, além dos cartazes, oferecidos nas campanhas, pelo Ministério da Saúde.



## 6. INDICADORES DE DESEMPENHO

Um dos objetivos desta modalidade de auditoria é o desenvolvimento de indicadores que possam medir o desempenho do programa, nas diferentes instâncias.

O principal indicador do PNI é a cobertura vacinal, já desenvolvido pela Coordenação Nacional. Porém, entendemos oportuno recomendar à COPNI o desenvolvimento de um conjunto de indicadores, com vistas a otimizar o monitoramento do desempenho do Programa, bem assim a realização de estudos com o objetivo de avaliar a viabilidade da inclusão de metas baseadas nos indicadores desenvolvidos, nos planos de trabalho dos convênios celebrados com os estados.

Esta equipe, no decorrer do trabalho, procurou identificar, com o auxílio de técnicos envolvidos no Programa, e com base nos dados disponíveis, indicadores que pudessem contribuir para o monitoramento e a avaliação do PNI.

Nesse sentido, apresentamos as seguintes sugestões:

### 1) Cobertura vacinal em crianças com menos de um ano

$$\frac{\# \text{ de crianças } < \text{ de 1 ano de idade vacinada }}{\text{população de crianças } < \text{ de 1 ano de idade}} \times 100$$

### 2) Número de salas de vacina / população ou Número de salas de vacina / por área geográfica

$$\frac{\# \text{ de salas de vacina }}{\text{população}} \times 100 \quad \text{ou} \quad \frac{\# \text{ de salas de vacina }}{\text{área geográfica}} \times 100$$

Após análise do relatório preliminar, a COPNI apresentou a seguinte sugestão: “entendemos que duas vertentes devem ser levadas em conta: qualidade do serviço prestado e equipe mínima necessária para prestar atendimento de boa qualidade à população daquela área”.

A coordenação informou que está desenvolvendo indicadores que avaliem as coberturas vacinais, levando em conta densidade demográfica e área geográfica.

### 3) Número de pessoas treinadas em sala de vacina

$$\frac{\# \text{ de pessoal treinado em sala de vacina }}{\# \text{ sala de vacina}} \times 100$$

### 4) % da população-alvo com vacinação em dia

$$\frac{\# \text{ de pessoas da população-alvo com vacinação em dia }}{\text{população-alvo}} \times 100$$



## 5) Doses aplicadas x cobertura vacinal

## 6) % de municípios com cobertura menor que o padrão do Ministério da Saúde

$$\frac{\# \text{ de municípios com cobertura vacinal menor que padrão}}{\# \text{ de municípios}} \times 100$$

## 7) Número de supervisões/estado, número de supervisões/município e Número de supervisões/unidade de saúde

## 8) Índice de perdas de vacina (por tipo de vacina)

## 7. COMENTÁRIOS DO GESTOR

De acordo com o estabelecido no item 2.3.3.5 do Manual de Auditoria de Desempenho, foi encaminhada cópia do relatório preliminar de auditoria aos gestores do PNI (presidente da Fundação Nacional de Saúde, coordenadora nacional e coordenadoras estaduais dos estados visitados), a fim de colher suas opiniões e comentários, que, após analisados, foram agregados a este relatório.

A Coordenação Nacional do PNI - COPNI apresentou diversos comentários, informações e sugestões ao relatório preliminar. Todas as correções e sugestões foram incorporadas ao relatório final, com exceção do comentário analisado a seguir.

A COPNI esclareceu que a alimentação do sistema de informação vem deixando a desejar, mas isso ocorre em virtude do atraso na remessa dos dados, principalmente pelos municípios mais distantes. Informa que o atraso vem diminuindo (de seis para dois meses) e que as ocorrências devem ser tratadas como falhas e dificuldades e não como deficiência do sistema.

Comentário: consideramos que a substituição, neste relatório, da expressão “deficiência do sistema” por “falha do sistema” seria inócua, pois os dois vocábulos são sinônimos.

As coordenadoras estaduais do PNI no Distrito Federal e de Mato Grosso do Sul concordaram com o teor do relatório apresentado e não apresentaram comentários.

A Coordenadora do PNI em Alagoas pede que conste do relatório registro de que a equipe de auditoria solicitou a realização de visitas nos municípios mais problemáticos e que contribuíam decisivamente para a baixa cobertura vacinal. Argumenta que informou à equipe a situação que seria encontrada e alega que somente uma posição política radical poderá mudar aquela situação detectada. Sugere que, na próxima auditoria, a equipe visite unidades de saúde pertencentes a municípios organizados e que escolha um período mais tranquilo, pois a auditoria foi feita na véspera da campanha nacional.



Comentário: uma das estratégias usadas na auditoria, como foi explicitado no item 2 do relatório, foi a visita a dois estados (Pará e Alagoas) que apresentassem oportunidade de melhoria no desempenho do programa. Sendo assim, seria natural a visita a municípios com baixas taxas de cobertura vacinal, no intuito de observar a situação naquelas localidades.

Quanto ao período de execução da auditoria, devemos esclarecer que este trabalho insere-se no acordo de cooperação TCU-Reino Unido, que tem a duração de três anos, e cujo cronograma foi definido em 1997. Portanto, não foi possível adequar o cronograma do projeto ao dia da campanha nacional. Entretanto, consideramos que essa época, embora tenha causado alguns transtornos, também serviu para que a equipe observasse o funcionamento do programa em Alagoas e no Pará na semana anterior à campanha, o que trouxe contribuições positivas à auditoria.

A coordenadora ressaltou que “da forma como foi colocada no relatório, deu a entender que todas as salas de vacina no Estado são desorganizadas e sujas. Frisamos mais uma vez que essa realidade existe nesses municípios problemáticos.”

Comentário: O item 5.2.1 do relatório contém a seguinte afirmação: “Em Alagoas, no entanto, verificamos que **algumas** salas encontravam-se mal organizadas e não adequadamente limpas” (grifo nosso). Portanto, a nosso ver, o relatório não deu a entender que todas as salas do estado são desorganizadas e sujas.

Finalizando, a coordenadora admite que uma das dificuldades que enfrenta é a inexistência de regionais de saúde e registra a importância do acompanhamento do TCU, inclusive para fortalecer as ações junto aos gestores municipais.

Comentário: Essa afirmação condiz com o item 5.1.3 do relatório (A importância das regionais de saúde), onde a equipe registra que “a subdivisão dos estados em regionais de saúde (...) tem trazido inegáveis benefícios às atividades de imunização.”

A coordenadora do PNI no Ceará inicia seus comentários afirmando que “o relatório de auditoria de desempenho realizado pelos auditores do TCU é sem sombra de dúvidas um documento muito bem fundamentado das atividades do Programa Nacional de Imunizações nos diversos níveis de atenção. A forma como foi elaborado e a sua consistência demonstram o grande esforço realizado pelos auditores em absorver todas as informações do Programa de forma isenta e concisa.”

A seguir, apresenta algumas observações quanto ao conteúdo do relatório de auditoria.

Página 3 - Os indicadores “Cobertura vacinal para < 1 ano” e “Doses aplicadas versus cobertura vacinal” são os principais para análise e acompanhamento do PNI e sua utilização data do início do programa.

Página 45 - Os indicadores 1, 5 e 6 já são utilizados pelo PNI e o indicador 4 é utilizado pelo PACS.

Comentário: Cabe esclarecer que a equipe de auditoria tem conhecimento dos indicadores utilizados pelo PNI. Entretanto, como alguns dos indicadores apresentados no relatório preliminar ainda não existiam, todos foram tratados de forma genérica, e foram propostos a criação (quando não houver) e o acompanhamento desses indicadores.

Página 13 - 1º parágrafo - Nas regiões de mais difícil acesso ocorrem muitas vezes não a interrupção do esquema, mas sua conclusão fora da faixa etária preconizada para cálculo de cobertura vacinal, que é menor de um ano. Nesses casos, a análise é feita como dose aplicada em outras faixas etárias.

Página 47 - No item “a” dos possíveis benefícios esperados, a redação correta seria: A manutenção da erradicação da poliomielite, a erradicação do sarampo e o controle das formas graves de tuberculose,



difteria, tétano e coqueluche. A coordenadora lembra que o Brasil recebeu, em 1994, o certificado de erradicação da poliomielite e a erradicação do sarampo está prevista para o final do ano 2000.

Comentário: concordamos com as observações, que foram incluídas neste relatório.

Página 15 - A quase totalidade dos municípios brasileiros não dispõe de Coordenadores exclusivos para o PNI.

Comentário: Entendemos que na área da saúde existe grande carência de recursos humanos, principalmente na esfera municipal. Entretanto, cabe reafirmar, como foi registrado neste relatório, que, a depender da área, da população do município e da estrutura da Secretaria de Saúde, a concentração da coordenação de diversas atividades em uma só pessoa pode prejudicar o desempenho dos programas de saúde.

Anexo III - Os quadros demonstrativos não estão muito claros, seria interessante ter a informação do número de equipes de PSF e de agentes comunitários.

Comentário: a principal função dos quadros demonstrativos foi apresentar uma comparação do número de equipes de PSF e de agentes comunitários entre os estados da federação.

A coordenadora do PNI no Rio de Janeiro apresentou a seguinte o seguinte comentário ao item 5.2.2 do relatório: “Gostaríamos de lembrar que o CENADI é um órgão federal. Tradicionalmente já existe uma dificuldade de gerencia entre capital e Estado. A dispensação de imunobiológicos envolve uma nota que é debitada ao Estado que ficaria com o controle absolutamente caótico e o que é mais grave perderia todo o controle sobre a capital. Concordamos que poderia ser um desperdício de tempo, mas salientamos que outros municípios da região metropolitana ficam mais próxima do CENADI, logo a lógica estabelecida para o TCU seria idêntica para os demais, visto que nesta região concentra mais de 80% da população do Estado.” (sic)

Comentário: A proposta da equipe de auditoria é que a COPNI desenvolva estudos com vistas a avaliar a possibilidade de que a CENADI repasse diretamente ao município do Rio de Janeiro os imunobiológicos que lhe cabem. Esses estudos levariam em conta as vantagens e desvantagens desse repasse direto e poderiam contemplar sugestões de novas formas de controle, por parte das três esferas envolvidas, no que diz respeito à movimentação das vacinas. Considerando a população do município do Rio de Janeiro, que, sozinha, consome 70% das vacinas do estado, entendemos pertinente manter a proposta.

Em sua resposta, a Coordenadora do PNI no Pará afirma que “o relatório apresentado retrata a real situação do Programa de Imunizações no estado, descrita de forma clara e objetiva, com subsídios importantes para o redirecionamento das ações do programa.”

Quanto aos problemas identificados e relatados referentes aos centros regionais de saúde e municípios visitados, a coordenadora considerou “pertinentes as colocações dos auditores, embora não haja uma homogeneidade do quadro apresentado na totalidade do estado.”

Finalizando, ressalta “a importância do trabalho integrado do TCU e COPNI, que certamente contribuirá para a melhoria das ações de imunizações oferecidas à sociedade, além do peso conceitual que o TCU exerce sobre os diversos níveis de execução do programa.”



## 8. CONCLUSÃO

Este trabalho objetivou, a partir das questões de auditoria elaboradas, avaliar o desempenho do PNI, utilizando-se, para tanto, de entrevistas, observações e análise de documentos e de dados.

De acordo com as constatações apresentadas no item 5, apresentaremos as respostas obtidas para as questões de auditoria propostas na fase de planejamento.

Com relação à estrutura organizacional do PNI, concluímos que a principal dificuldade é a falta ou o insuficiente investimento em recursos humanos, além da grande rotatividade entre os profissionais treinados. Com a municipalização das ações de saúde, é fundamental a participação dos gestores locais na adequada alocação de pessoal ao Programa.

Outro fator importante é frequência e a quantidade de supervisões e avaliações a que devem se submeter os órgãos responsáveis pela execução do programa de vacinação. As supervisões constituem importante instrumento de acompanhamento dessas ações, permitindo ajustes e correções concomitantes que levam, quase sempre, a soluções dos problemas eventualmente detectados. Na avaliação das coordenações estaduais do PNI, é necessário maior quantitativo de pessoal direcionado para essas atividades.

A importância da atuação de regionais de saúde foi comprovadamente reconhecida no que diz respeito às atividades de imunizações. A proximidade dessas instâncias dos municípios permite um acompanhamento mais estreito dessas ações, tanto no que se refere à detecção dos problemas como nas suas soluções. Foi possível identificar que boa organização regional contribui para o bom desempenho das atividades.

Restou evidenciada, também, a importância da integração do PNI com outros programas, em especial com PACS e PSF, nas atividades de vacinação de rotina e na busca a faltosos.

De forma geral, a estrutura física utilizada pelo Programa é adequada às suas necessidades, embora tenhamos detectado algumas deficiências no que diz respeito a espaço físico, ao suprimento de equipamentos de informática e às condições de funcionamento de redes de frio. Deve-se ressaltar que tais restrições não comprometem decisivamente o desempenho do PNI.

No decorrer do trabalho, ficou patente, ainda, a importância dos treinamentos e da publicidade para o resultado das ações de imunização. No entanto, não há como estabelecer umnexo de causalidade entre essas atividades e os índices de cobertura vacinal, porque tal indicador sofre influência de diversos fatores que não podem ser isolados.

Quanto à aquisição e distribuição de imunobiológicos e insumos, de maneira geral, não foram detectados problemas. Entretanto, há casos de desvio de insumos para outros fins que não a imunização. Além disso, constatamos que não há padronização, entre estados e municípios, no que se refere à mensuração das necessidades de imunobiológicos.

Com relação ao impacto das campanhas de vacinação, podemos concluir que, sem a sua realização, os índices de cobertura vacinal seriam afetados negativamente. Em função disso, entendemos que a vacinação de rotina deva ser mais intensamente divulgada, visando à conscientização da população de sua importância.

Muito embora consideremos um êxito a disponibilização, em nível nacional, dos indicadores de cobertura vacinal, entendemos que o dado oficial do PNI necessita de aperfeiçoamento no que diz respeito



ao estabelecimento de metas, à sistemática adotada de registro das doses aplicadas e à alimentação dos sistemas informatizados.

Diversos fatores externos influem no desempenho do programa, entre os quais podemos citar: questões políticas e geográficas e nível de integração com outros programas.

No entanto, considerando que os meios para a execução das atividades são garantidos pelo nível federal, a solução dos problemas detectados depende, fundamentalmente, do comprometimento das instâncias gestoras da área da saúde nos níveis estadual e municipal.

### **8.1 Possíveis Benefícios Esperados**

Considerando as informações e os dados obtidos nesta auditoria, esperamos obter, com o cumprimento das recomendações propostas, os benefícios listados a seguir, que contribuirão, em última análise, para a melhoria do desempenho do Programa Nacional de Imunizações. Alguns desses benefícios poderão ser medidos, na ocasião do monitoramento, por meio dos indicadores apresentados no item 6.

- a) Manutenção da erradicação da poliomielite, erradicação do sarampo e controle das formas graves de tuberculose, difteria, tétano e coqueluche;
- b) nivelamento da cobertura vacinal de estados e municípios, de modo a que todos atinjam a meta ótima;
- c) maior comprometimento dos gestores com o Programa;
- d) diminuição das perdas de imunobiológicos;
- e) disseminação, entre estados e municípios, de boas práticas na área de imunização.

## **9. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO**

Diante do exposto e visando contribuir para a melhoria do desempenho do Programa Nacional de Imunizações, submetemos este relatório à consideração superior, com as seguintes propostas:

- I) recomendar ao Ministério da Saúde que:
  - a) regulamente os itens que devem constar no Relatório de Gestão, previsto no art. 12, da Lei n.º 8.689/93, neles incluindo a análise dos dados de cobertura vacinal, com comentários sobre as razões do não atingimento das metas, se for o caso;
  - b) informe aos estados, para que comuniquem aos municípios, por intermédio do Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, que as metas de cobertura de imunização devem



- estar presentes nos planos de saúde e nos Relatórios de Gestão, e os recursos para tal, contemplados nos orçamentos locais;
- c) estabeleça que as prestações de contas dos convênios elaborados pelos estados contemplem análises sobre a cobertura vacinal atingida, e que estas prestações sejam submetidas à apreciação técnica da Coordenação Nacional do PNI, para aprovação;
  - d) analise a possibilidade da criação de prestações de contas parciais durante o exercício, voltadas para aspectos técnicos, a serem analisadas pela Coordenação Nacional do PNI;
  - e) realize estudos com vistas a dar-se ampla divulgação nacional aos municípios que não alcançam o patamar mínimo ideal de cobertura vacinal, por problemas não relacionados às metas populacionais;
  - f) promova ações de divulgação e estímulo à vacinação de rotina nos estados e municípios, instruindo os responsáveis, para conduzir seus filhos, preferencialmente, ao posto de saúde onde estes tenham registro;
  - g) intensifique ações no sentido de divulgar a importância da guarda e conservação do cartão de vacinação, tendo em vista ser este documento fundamental para as ações de saúde individual e coletiva;
  - h) realize estudos no sentido de avaliar o impacto da publicidade nacional unificada para as campanhas de vacinação, bem como verificar a possibilidade de confeccionar ou estimular a produção, por parte de estados e municípios, de material de propaganda regionalizada;
  - i) intensifique ações de parceria com o Ministério da Educação, principalmente para divulgação, nas escolas, das ações de vacinação;
  - j) promova treinamentos para gestores do SUS, visando, principalmente, obter seu envolvimento e comprometimento com as atuais diretrizes da política de saúde, voltadas para ações preventivas;
  - i) normatize o funcionamento das clínicas privadas, no que concerne às atividades de imunização;
- II) recomendar à Coordenação Nacional do Programa Nacional de Imunizações – COPNI que:
- a) verifique a possibilidade de adequar o cronograma de desembolso financeiro dos convênios firmados com os estados, de forma a compatibilizar o recebimento dos recursos com as ações de competência estadual na área de imunizações;
  - b) elabore e divulgue regulamentação para controle, por estados e municípios, das temperaturas de saída e de recebimento de imunobiológicos em todos os ramos da cadeia de transporte (estadual, regional, municipal e local), bem como quanto à disposição de imunobiológicos nas caixas utilizadas para transporte;
  - c) desenvolva estudos com vistas a avaliar a possibilidade de que a CENADI repasse diretamente ao município do Rio de Janeiro os imunobiológicos que lhe cabem;
  - d) envide esforços no sentido de antecipar a remessa do material de propaganda das campanhas de multivacinação aos estados e municípios, para que ele seja recebido nos locais de vacinação em tempo hábil;



- e) reforce, junto às coordenações estaduais, a necessidade de conscientizar os responsáveis por salas de vacina da importância de aproveitar todas as oportunidades de vacinação, ainda que seja necessária perda de algumas doses de vacina em frascos abertos e não usados em sua totalidade;
- f) desenvolva o conjunto de indicadores de desempenho propostos no item 6 deste relatório, com vistas a otimizar o monitoramento do desempenho do Programa, bem como realize estudos com o objetivo de avaliar a viabilidade da inclusão de metas baseadas nos indicadores desenvolvidos, nos planos de trabalho dos convênios celebrados com os estados;
- g) intensifique a análise dos dados gerados pelos sistemas informatizados EDI (estoques) e API (cobertura);
- h) desenvolva rotinas de informação para os níveis inferiores, tais como boletins nacional e estaduais, ressaltando pontos de acerto e outros a serem evitados, e a situação da cobertura de cada Unidade da Federação;
- i) desenvolva sistemática para cálculo de necessidade de imunobiológicos, levando em consideração a previsão de consumo, as medidas que visem ao aumento da cobertura e a previsão de perdas;
- j) incentive o uso dos cartões de aprazamento nas salas de vacina e a respectiva busca de faltosos, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família, com vistas, inclusive, ao desenvolvimento do indicador de número de crianças com vacinação em dia;
- k) confeccione e distribua, para vacinadores e registradores, cartilha contendo instruções básicas sobre cada tipo de vacina, forma de administração e periodicidade;
- l) confeccione e distribua, para os postos de saúde, cartilha sobre eventos adversos, para facilitar a orientação à população;
- m) faça constar do cartão de vacinação que ele é um documento prioritário para ações de saúde, e que deve ser guardado com cuidado, bem como que os responsáveis devem, preferencialmente, conduzir seus filhos ao posto onde estes tenham registro;

III) recomendar às Coordenações Estaduais do Programa Nacional de Imunizações que:

- a) identifiquem as causas da baixa cobertura vacinal de seus municípios, visando adotar as medidas necessárias à solução dos problemas identificados;
- b) elaborem plano anual de supervisão aos municípios, definindo escopo e frequência;
- c) intensifiquem o treinamento na área de registro de dados de doses aplicadas e de alimentação dos sistemas informatizados, com ênfase na conscientização dos funcionários da importância de se fazer um lançamento correto e do reflexo desse dado nas informações de cobertura vacinal;
- d) verifiquem, por ocasião das supervisões, se os funcionários treinados estão repassando os conhecimentos aos demais servidores;
- e) promovam encontros periódicos com os coordenadores municipais do PNI para avaliação do programa, com análises por regiões e por municípios, divulgando conquistas, oportunidades de melhoria e dificuldades a serem transpostas;



- f) informem aos municípios da necessidade de se controlar a temperatura de armazenamento das vacinas também aos finais de semana, e que atentem para este aspecto em seus treinamentos e supervisões, buscando encontrar as soluções particulares que se façam possíveis;
- g) envidem esforços no sentido de prover as salas de vacinação de equipamentos condicionadores de ar, para maior garantia da qualidade dos imunobiológicos;
- h) orientem os centros regionais de saúde no sentido de instalar “salas de situação”, visando demonstrar os dados epidemiológicos e de imunização de cada um de seus municípios;

IV) recomendar aos Secretários Estaduais de Saúde que:

- a) cumpram o previsto no art. 17 da Lei nº 8.080/90, no sentido de garantir a adequada alocação de recursos humanos e materiais ao Programa de Imunizações, de forma a evitar situações que possam vir a comprometer as ações adotadas nas três esferas de governo, e também de maneira a permitir a realização de treinamentos, supervisões e demais ações gerenciais necessárias à consecução do Programa;
- b) incentivem, nos municípios, o treinamento e a formação de auxiliares de enfermagem radicados na própria localidade;
- c) forneçam às Coordenações Estaduais do PNI os meios necessários à celebração de contratos de manutenção dos equipamentos de rede de frio, de forma preventiva e corretiva, evitando panes no sistema de refrigeração que podem levar a significativas perdas de imunobiológicos;
- d) adotem as medidas necessárias no sentido de aparelhar as redes de frio estaduais de modo a garantir a individualização das câmaras para o armazenamento de imunobiológicos, coibindo práticas de armazenamento comum de imunos e medicamentos;

V) recomendar ao Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro que adote as medidas necessárias à conclusão das câmaras frias, em construção no Depósito Geral de Insumos Básicos, destinadas à armazenagem de medicamentos;

VI) recomendar aos Presidentes de Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS que:

- a) divulguem este relatório junto aos respectivos Secretários Municipais de Saúde e ressaltem a importância de que eles envidem esforços no sentido de garantir a adequada alocação de recursos humanos e materiais ao Programa de Imunizações;
- b) alertem os gestores municipais da necessidade de assumirem as funções previstas no art. 18, da Lei n.º 8.080/90, em especial participando do planejamento, em nível estadual, das ações necessárias a programas de saúde;



- c) alertem os gestores municipais quanto à destinação específica dos insumos do PNI, sob pena de ser prejudicada a cobertura vacinal de sua população;
- d) alertem os gestores municipais quanto à necessidade de serem as salas de vacinação providas com aparelhos condicionadores de ar, para garantia da qualidade dos imunobiológicos;

VII) encaminhar este Relatório à Presidência da Fundação Nacional de Saúde, bem assim aos seguintes gestores, com solicitação de comentários por escrito sobre as constatações e recomendações apresentadas, conforme estabelecido no item 2.3.3.5 do Manual de Auditoria de Desempenho;

- a) Coordenadora Nacional do PNI;
- b) Coordenadora do PNI no Distrito Federal;
- c) Coordenadora do PNI no Estado de Alagoas;
- d) Coordenadora do PNI no Estado do Ceará;
- e) Coordenadora do PNI no Estado de Mato Grosso do Sul;
- f) Coordenadora do PNI no Estado do Rio de Janeiro;
- g) Coordenadora do PNI no Estado do Pará;

VIII) após a incorporação dos comentários referidos no item VII acima, encaminhar cópia da Decisão, bem como do Relatório e do Voto que a fundamentarem, para as responsáveis referidas no item VII e para:

- a) Conselho Nacional de Saúde;
- b) Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;
- c) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;
- d) Comissões Intergestores Bipartite;
- e) Conselhos Estaduais de Saúde;
- f) Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS.

Finalmente, propomos que o Tribunal autorize a manutenção do presente processo aberto e seu encaminhamento à 4ª Secex, para que seja realizado o monitoramento da implementação das recomendações constantes do item 8 deste relatório, a exemplo dos TC n° 930.133/1998-6 (Decisão n° 574/1999-P) e TC n° 930.263/1998-7 (Decisão n° 651/1999-P).



Adicionalmente, sugerimos que o TCU determine a constituição de grupo de estudo com o objetivo de analisar a conveniência e a oportunidade de se alterar a IN/TCU nº 09/95, para que nela conste o referido procedimento de monitoramento da implementação das recomendações emanadas por este Tribunal, nos relatórios de Auditoria de Desempenho, nos termos propostos pelos participantes do Projeto TCU/Reino Unido (Anexo IV).

Brasília, 05 de novembro de 1999.

Carmen Pereira Rêgo Meireles  
AFCE – Mat. 0840-0

Ismar Barbosa Cruz  
AFCE – Mat. 2863-0

Márcio Emmanuel Pacheco (\*)  
AFCE – Matr. 3037-6

Maria Lúcia Oliveira F. de Lima  
AFCE – Matr. 3135-6  
Coordenadora

(\*) À época da assinatura do relatório final, o analista já havia voltado à Secretaria de origem (SECEX-RJ).



## **10. ANEXOS**

- 10.1 ANEXO I – RELATÓRIO FOTOGRÁFICO**
- 10.2 ANEXO II – DADOS DE COBERTURA VACINAL**
- 10.3 ANEXO III – QUADRO DEMONSTRATIVO DAS EQUIPES DE PACS E PSF**
- 10.4 ANEXO IV – PROCEDIMENTOS PARA MONITORAMENTO**