 DOI: https://doi.org/10.51723/ccs.v34i04.1385

Avaliação da implantação de um serviço de vacinação para situações especiais

Implantation assessment of a vaccination service for special situations

Vanessa Avelar Mendes[1], André Reynaldo Santos Périssé[2], Dolores Maria Franco de Abreu[2]

RESUMO

Introdução: o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), componente do Programa Nacional de Imunizações, foi implantado no Brasil a partir de 1993 para atender às situações especiais de vacinação.

Objetivo: avaliar o grau de implantação dos CRIE em uma unidade federativa brasileira considerando o contexto político-organizacional.

Método: foi realizada avaliação de implantação, de caráter quanti-qualitativo, com estudo de caso em quatro regiões, como estratégia de pesquisa.

Resultados: o grau de implantação do CRIE nesta unidade federativa foi de 68,5% (parcialmente satisfatório). Contribuíram para esse resultado a falta de estruturas físicas e recursos humanos; ausência de reconhecimento institucional e priorização na gestão; e desconhecimento sobre a população-alvo, falhas na comunicação, baixa participação nas decisões e na divulgação do serviço.

Conclusão: apesar do CRIE ser uma intervenção consolidada e de a vacinação ter sua importância reconhecida mundialmente, os resultados indicaram que são necessários avanços, principalmente quando relacionados à adequação de estrutura e processos.

Descritores: Avaliação de Programas e Projetos de saúde; Avaliação em Saúde; Imunização; Planos e Programas de Saúde; Vacinação.

ABSTRACT

Introduction: the Reference Center for Special Immunobiologicals (CRIE), a component of the National Immunization Program, was implemented in Brazil since 1993 to meet special vaccination situations.

Objective: to evaluate the degree of implementation of CRIE in a brazilian federative unit considering the political-organizational context.

Method: an evaluation of the implementation was carried out, of a quanti-qualitative nature, with a case study in four regions, as a research strategy.

Results: the degree of implementation of the CRIE in the federative unit was 68.5% (partially satisfactory). The lack of physical structure and human resources contributed to this result; lack of institutional recognition and management prioritization; and lack of knowledge about the target population, failures in communication, low participation in decisions and in the dissemination of the service.

Conclusion: despite the CRIE being a consolidated intervention and the importance of vaccination being recognized worldwide, the results indicated that advances are necessary, especially when related to the adequacy of structure and processes.

Keywords: Evaluation of Health Programs and Projects; Health Assessment; Immunization; Health Plans and Programs; Vaccination.

[1] Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF.

[2] Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Rio de Janeiro.

Autor correspondente: **Vanessa Avelar Mendes** – SGAS 608 Módulo A, Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa – HMIB, Brasília – DF, Brasil – Telefone: (61) 2017-1658 – E-mail: vanessavelar@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A vacinação é uma das medidas mais eficazes no combate às doenças. A estratégia que a torna tão relevante é a sua abrangência coletiva. Uma política de vacinação é considerada mais eficaz quanto mais consegue atingir um número maior de pessoas vacinadas[1]. As unidades de CRIE colaboram com essa política à medida que atendem às situações especiais que não poderiam ser realizadas em salas de vacina de rotina.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que entre 2 e 3 milhões de óbitos são evitados anualmente em decorrência da vacinação. Ainda assim, 1,5 milhão de crianças morrem a cada ano porque não receberam as vacinas preconizadas[2]. Segundo Ozawa e colaboradores (2016)[3], a vacinação é a intervenção em saúde infantil de melhor custo-benefício; a cada um dólar gasto em vacinação, 44 dólares podem ser economizados tanto em gastos diretos com a saúde, como também em produção de insumos.

Um marco na história da vacinação no Brasil foi a criação do Programa Nacional de Imunização (PNI) em 1973 pela Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde do Ministério da Saúde[4]. A regulamentação do programa, por meio da Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975, propunha vacinação obrigatória com emissão de certificação, que seria exigida para resgate de salário-família[5]. Tais exigências vinham em favor de um controle das doenças imunopreveníveis que assombravam o país na década de 1970[6].

Apesar dos inquestionáveis avanços do programa de vacinação em todos esses anos, com a experiência da pandemia deflagrada no Brasil em 2020 (covid-19), observa-se a necessidade de, ainda nos dias atuais, reforçar a importância dos avanços científicos na proteção individual e coletiva proporcionada pela vacinação[7]. A divulgação de informações inverídicas sobre essa temática preocupa. Estudo que analisou 329 *fake news* referentes à pandemia no Brasil no primeiro semestre de 2020 concluiu que estas são caracterizadas, principalmente, por conteúdos de posicionamento político e desinformação sobre número de casos e óbitos, bem como medidas de prevenção e tratamento[8]. A perda da confiança nas vacinas pode colocar em risco todas as conquistas obtidas no controle e na eliminação das doenças no mundo[7].

Diante da impossibilidade de distribuição universal e gratuita de novas tecnologias de imunização para toda a população, e conscientes da existência de grupos de pessoas mais expostas a riscos inerentes às doenças imunopreveníveis ou às formas de preveni-las, alguns países começaram a recomendar atendimento diferenciado para a imunização desses grupos de indivíduos[9]. Entre esses grupos, estão os imunodeficientes, os portadores de morbidades que os exponham a uma situação maior de risco, além de indivíduos que apresentam eventos graves quando em contato com imunobiológicos ou com substâncias neles contidas[4].

No Brasil, o PNI buscou atender a essas necessidades específicas por meio da implantação dos CRIE, unidades de vacinação públicas e gratuitas que disponibilizam produtos especiais e atendimento diferenciado, não disponíveis nas salas de vacina de rotina, para indivíduos que necessitam de imunobiológicos específicos ou esquemas diferenciados de vacinação. Tais recomendações são baseadas em *guidelines* internacionais aprovadas em comitês nacionais de imunização e publicadas em manuais periódicos[9]. Além disso, o PNI buscou atender e investigar nessas unidades os casos de Eventos Adversos Pós-Vacinais (EAPV) graves. O atendimento no CRIE preconiza avaliação médica e prescrição de imunobiológicos que atendam aos critérios estabelecidos pelo PNI[10].

A implantação dessas unidades no país iniciou-se em 1993 em cinco diferentes estados brasileiros: Ceará, Paraná, São Paulo, Pará e Distrito Federal. Em 2000, já havia pelo menos uma unidade de referência em cada um deles. Em 2019, o país contava com 51 unidades ativas[10]. Em outros países, como Alemanha, Reino Unido, França, Estados Unidos, México e Argentina, apesar de haver recomendações de vacinação diferenciada para alguns grupos, não há o estabelecimento de unidades físicas para atendimento exclusivo a esse público[9].

A existência dos CRIE contribui para o fortalecimento dos princípios da universalidade e da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que essas unidades garantem ao usuário mais fragilizado clinicamente a oportunidade de ser imunizado de maneira segura, utilizando-se de vacinas ou métodos diferenciados, garantindo-lhe a possibilidade de também participar do programa de imunização disponibilizado no país[10]. No entanto, a existência de unidades em desconformidade com o preconizado pelo Ministério da Saúde pode colocar em risco a qualidade do serviço oferecido, além de dificultar o acesso da população a um atendimento diferenciado e seguro.

O atendimento especializado e o uso de tecnologias mais atuais oferecidos ao usuário do CRIE demandam um esforço público que precisa ser justificado com a qualidade dos serviços oferecidos e com os benefícios consequentes para a população. Este estudo teve como objetivo analisar a implantação dessa estratégia no Distrito Federal (DF), estimando seu grau de implantação e descrevendo características da estrutura, processo e contexto que envolvem essa estratégia. A fim de contribuir para melhor compreensão, organização e reorientação dessa intervenção a partir da sua avaliação.

MÉTODO

Foi realizada uma avaliação de implantação do tipo 1b[11], de caráter quanti-qualitativo, com triangulação dos dados, utilizando-se como estratégia de pesquisa o estudo de caso. Pretendeu-se estimar o grau de implantação dos CRIE no DF, considerando a dimensão conformidade e suas subdimensões (disponibilidade, oportunidade e qualidade técnico-científica) referente à estrutura e ao processo, além de verificar a influência do contexto político organizacional no grau de implantação.

Em uma avaliação de implantação do tipo 1b, analisa-se os determinantes contextuais que influenciam e ajudam na compreensão dos diferentes graus de implantação de uma intervenção. Segundo Brouselle *et al*. (2011), "A integralidade está relacionada à validade de conteúdo da intervenção, à intensidade com que as atividades são realizadas e à adequação de tais atividades às normas existentes"[11].

Optou-se por um estudo de casos imbricados, tomando-se como referência os CRIE existentes em diferentes unidades do DF. Apesar de existirem, anteriormente à coleta de dados, sete unidades que realizavam vacinação especial, optou-se por selecionar cinco unidades. O critério para essa seleção foi o reconhecimento formal dessas unidades como Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, tendo como referência o Manual do CRIE[9]. No entanto, apenas quatro unidades participaram da coleta de dados, já que no momento desta uma das unidades encontrava-se desativada.

A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2021, combinando-se diferentes técnicas de investigação. Dados primários e secundários serviram como fontes de informação. Para o levantamento dos dados primários, foram utilizados como instrumentos de coleta um roteiro de entrevista semiestruturado aplicado à gerência estadual, um roteiro semiestruturado e um formulário eletrônico, aplicados aos responsáveis pelos CRIE. Os roteiros de entrevista e do formulário eletrônico contemplavam questões referentes à estrutura e modo de funcionamento dessas unidades, a fim de compará-los às normatizações que orientam o funcionamento dessas unidades. Além disso, buscou-se também abranger questões que permitissem explorar o contexto político-organizacional que envolve as unidades de CRIE e a gerência estadual. Os dados secundários foram obtidos a partir da análise dos documentos referentes à normatização e à operacionalização dos CRIE, como: Manual do CRIE, Manual de Normas e Procedimentos em Sala de Vacinação e documentos oficiais da Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar (GEVITHA).

Foram construídos três instrumentos que auxiliaram na análise deste estudo: um modelo lógico, uma matriz de análise e julgamento e uma matriz para análise de contexto.

O modelo lógico de uma intervenção é uma representação visual do seu modo de funcionamento. Geralmente, é exibido em formato de fluxograma, mapa ou tabela, a fim de expor a sequência de etapas que poderiam levar aos resultados esperados da intervenção. Uma de suas vantagens é sua capacidade de visualização dos vínculos existentes entre os processos e seus possíveis efeitos. Além disso, um modelo lógico pode exibir a infraestrutura necessária para que a intervenção funcione. Os elementos neles expostos podem variar, mas, comumente, incluem estrutura, processos e resultados (de prazos imediatos, intermediários e longos)[12].

O modelo lógico construído neste estudo embasou-se em um modelo já existente[13], que havia sido utilizado para avaliação normativa de salas de vacina de rotina, com adaptação às realidades específicas do atendimento no CRIE. Esse modelo foi estruturado sob a perspectiva da Tríade de Donabedian (1978), que prevê uma relação entre os componentes estrutura, processo e resultado. Estrutura corresponde às características físicas necessárias para realização dos processos, incluindo os instrumentos, os recursos tecnológicos e estruturais, as instalações físicas e organizacionais. Processo refere-se às atividades e serviços oferecidos, bem como à maneira com que são operacionalizados. Resultado trata dos efeitos esperados a

partir da realização dos processos, considerando os objetivos da intervenção[14].

Para a construção de uma proposta de valoração, foram considerados dois componentes do modelo lógico da intervenção (estrutura e processo) e construída uma matriz de análise e julgamento. As perguntas avaliativas, mencionadas nos instrumentos de coleta de dados, orientaram a organização do desenho da matriz e auxiliaram no processo de definição dos critérios/indicadores que melhor retratariam o grau de implantação dos CRIE no DF a partir das normatizações existentes.

A dimensão conformidade foi escolhida como dimensão principal para análise de implantação dos CRIE e as subdimensões disponibilidade, oportunidade e qualidade técnico-científica foram adotadas para análise da estrutura e dos processos que envolvem o funcionamento das unidades do CRIE do DF. Os componentes estruturais foram avaliados quanto a sua disponibilidade e os componentes de processos foram avaliados quanto à subdimensão oportunidade e qualidade técnico-científica. Neste estudo não foi analisado o componente resultados.

A subdimensão disponibilidade refere-se à relação entre o serviço e estrutura disponível e a necessidade dos usuários e profissionais[15]. A subdimensão oportunidade refere-se à existência de recursos no lugar e momento em que são requeridos e necessários; aqui ela foi entendida como as condições que possam favorecer o atendimento oportuno, tanto de vacinação quanto de eventos adversos pós-vacinais. A qualidade técnico-científica é a adequação da estrutura e processos ao público-alvo da intervenção e ao conhecimento científico e tecnologias existentes[16].

Tanto a escolha dos critérios/indicadores quanto a pontuação especificada como esperada foram definidos pelos autores com base nas normatizações publicadas sobre imunização e sobre os serviços do CRIE, o que está representado no Quadro 1 a seguir. Os dados das entrevistas foram tabulados com uso do programa Microsoft Excel® e acrescentou-se na análise das entrevistas e dos formulários eletrônicos uma coluna de pontuação alcançada, o que permitiu valorar cada item proposto para cada unidade entrevistada.

Os parâmetros adotados para estabelecer os intervalos dos escores dos componentes (estrutura e processos) da matriz de análise e julgamento foram baseados no estudo de Cosendey, Hartz e Bermudez (2003)[17], conforme expresso no Quadro 2. Tais parâmetros, considerados rigorosos, foram adotados pelo entendimento de que as normatizações que orientam a implantação dos CRIE no país já existem há muitos anos, desde 1994, e que o DF teve a sua primeira iniciativa de implantação em 1993. O cálculo do grau de implantação do DF considerou a média dos quatro CRIE avaliados.

Quadro 1

Pontuação esperada total por subdimensões e componentes.

Dimensão	Subdimensão	Componentes	Pontuação Esperada
Conformidade	Disponibilidade	Estrutura	135 pontos
	Oportunidade	Processo	105 pontos
	Qualidade técnico-científica		118 pontos
	Total pontuação esperada (estrutura + processo) = 358 pontos		

Fonte: Elaboração própria

Quadro 2

Intervalo de escores para determinação do grau de implantação.

Grau de implantação dos CRIE	Percentual
Implantado	≥ 80%
Implantado parcialmente	40% a 79,9%
Implantação crítica	≤ 39,9%

Fonte: Elaborado a partir de Cosendey, Hartz e Bermudez (2003, p.402).

Optou-se, neste estudo, por analisar o contexto político organizacional a partir do modelo político e contingente proposto por Denis e Champagne (1997)[18]. Esse modelo foi construído com inspiração nas abordagens política e estrutural, que visam a responder perguntas como: As características dos gestionários, do ambiente e da organização favorecem a implantação da intervenção? As relações entre atores são modificadas pela implantação da intervenção? Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção? Os atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção[18]?

A construção de uma matriz de análise do contexto foi feita a partir das questões propostas pelos autores do modelo, com algumas adaptações.

A análise de contexto visa identificar os fatores que podem favorecer ou dificultar a implantação de uma intervenção e a sua eficácia. Mudanças nos fatores contextuais podem ser decisivos na sustentabilidade de uma intervenção e podem estar relacionados às situações organizacionais, políticas, socioeconômicas e até mesmo comportamentais.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), com parecer 5.357.792, e pelo CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde (FEPECS), com parecer 5.242.978. O estudo atendeu aos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e à Resolução CNS nº 510, de 4 de abril de 2016.

RESULTADOS

O grau de implantação do CRIE verificado no DF foi de 68,5% (parcialmente satisfatório), variando de 60,4% (Unidade D – parcialmente satisfatório) a 82,1% (Unidade B – satisfatório). Importante ressaltar que no componente processo concentram-se as maiores e menores pontuações com a subdimensão qualidade técnico-científica e oportunidade atingindo 79,7% e 53,8% da pontuação esperada, respectivamente. Destaca-se que a Unidade A, apesar de apresentar uma implantação satisfatória quanto à qualidade técnico-científica, foi considerada crítica quanto à subdimensão oportunidade, ficando com uma classificação geral de implantação parcialmente satisfatória, conforme se verifica no Quadro 3.

Em referência ao componente estrutura, na subdimensão disponibilidade (Quadro 4), a classificação do DF foi de implantado parcialmente, com a pontuação percentual de 72,04%. Três das quatro unidades contribuíram para a classificação do DF em referência a esse componente. Apenas a Unidade B foi classificada como implantado, apresentando percentual de 82,22%.

Em referência à subdimensão disponibilidade, no que tange aos recursos humanos, nenhuma unidade atingiu a pontuação máxima, que considerava a existência de um médico, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem.

Das quatro unidades do CRIE, três estão vinculadas ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHEP), inclusive com recursos humanos compartilhados, mesmo que, em alguns casos, apenas para situações esporádicas, como cobertura de afastamentos.

Quadro 3

Grau de implantação do CRIE no Distrito Federal por unidades – Brasília, DF, Brasil, 2021.

Componentes	Dimensão	Subdimensão	PE	Unidade de CRIE				Média DF
				A	B	C	D	
Estrutura	Conformidade	Disponibilidade	135	96	111	92	90	97,25
			100%	71,11	82,22	68,15	66,67	72,04
Processo		Oportunidade	105	40	78	58	50	56,50
			100%	38,10	74,29	55,24	47,62	53,81
		Qualidade técnico-científica	118	101	106	90	79	94,00
			100%	85,59	89,83	76,27	66,95	79,66
TOTAL PONTUAÇÃO			358	237	295	240	219	247,75
Pontuação em Percentual (%)			100%	64,93	82,11	66,55	60,41	68,50

Implantado (≥ 80%), Implantado parcialmente (40% a 79,9%), Implantação crítica (≤ 39,9%).

Fonte: Elaboração própria.

A única unidade que funciona com recurso humano exclusivo para o CRIE possui uma enfermeira e uma técnica de enfermagem formando a equipe, não havendo, na sua ausência, possibilidade de remanejamento de outros profissionais. Segundo o gestor entrevistado, havia dois outros profissionais com vínculo nessa unidade, mas uma, por estar gestante, encontrava-se em teletrabalho e outra, afastada por motivos de saúde, por tempo indeterminado.

> *A minha equipe é pequenininha, é só uma técnica. É só eu e ela. (...) Menina, ela chegou depois de mim, porque todo mundo... Não, você imagina, todo mundo que era do CRIE saiu, entendeu? Quando eu cheguei lá, tinha uma técnica, não é? E aí eu fiquei com ela umas duas semanas assim, isso tudo em janeiro e ela foi removida. Entendeu? E a enfermeira, (...) estava grávida quando eu cheguei. Então, eu nem encontrei com ela, ninguém me passou.*

É possível perceber, em uma das falas dos gestores, a falta de suprimento das necessidades de recursos humanos pelas instituições onde estão inseridos:

> *(...) A que eu tinha de 40 horas precisou ser remanejada para o hospital, porque eles estavam precisando de enfermeiros de 40 horas. E aí a vigilância sempre fica para o final, não é? (...) Sempre é: 'Ah, vocês não precisam'. É sempre assim.*

Com relação ao espaço físico, nenhuma das unidades possui consultório para avaliação dos pacientes, nem sanitário exclusivo para pacientes no local de atendimento. Duas unidades (A e C) possuem um local onde são realizadas triagem e aplicação de imunobiológicos conjuntamente. As outras duas unidades (B e D) possuem um espaço exclusivo para administração de imunobiológicos.

Todas as unidades referiram alguma necessidade em relação ao espaço físico atualmente disponível para as atividades do CRIE, como é possível constatar nessa fala:

> *(...) Eu ainda não acho muito adequada (estrutura), principalmente pela questão do ar-condicionado, a gente não tem ar-condicionado lá na sala, e a sala é bem quente, porque não tem janelas. Na verdade, tanto CRIE como a VE e até a rede de frios, eles têm esse problema. Só tem ar-condicionado só na sala mesmo das vacinas e nesse período assim, que é muito quente, as caixas não suportam, entendeu? Quando vai dando à tarde assim, a gente tem que ficar trocando constantemente o Gelox, porque a caixa não suporta a temperatura.*

Em uma das unidades, o espaço físico é limitador para a chegada de novos profissionais:

> *(...) para o CRIE especificamente seria muito bom eu poder ter pelo menos uma terceira pessoa, porque agiliza a parte administrativa e me permite abrir mais tempo. Por exemplo, o horário do almoço, não é? Se eu tenho mais gente fazendo a parte de digitação, de solicitação, aquela coisa de todo dia, eu conseguiria fazer tipo um plantão, não é? (...) Mas eu não tenho, a minha sala não comporta. (...) Então acaba que é o famoso se correr o bicho pega, se ficar o bicho come.*

Duas unidades (B e C) atingiram pontuação máxima no que se refere à adequação da sala de administração de vacina. Possuíam metragem mínima de 6 m², parede lavável, pia e bancada disponíveis no local, climatização e iluminação adequadas e presença apenas de objetos impermeáveis que possibilitassem a higienização.

Nenhuma unidade tem disponíveis equipamentos/insumos para atendimentos de emergência no local. Contudo, em todas as unidades, há disponibilidade de serviço de emergência hospitalar que funciona em outro local dentro do hospital. Nas unidades A e D, a emergência não fica próxima ao CRIE.

Todas as unidades atingiram pontuação máxima no que se refere à disponibilidade de equipamentos adequados para o armazenamento de longa e curta duração e transporte de imunobiológicos. As unidades possuem câmaras frias e caixas térmicas com controle de temperatura, exclusivas para imunobiológicos. Também estava de acordo com o preconizado o armazenamento de insumos para vacinação (seringa, álcool gel, algodão).

As unidades dispõem de computadores com acesso à internet e sistemas de imunização em funcionamento. Duas unidades (C e D) não dispunham de linha telefônica. A Unidade A relatou dificuldade no funcionamento da linha telefônica; nessa unidade o atendimento é feito por agendamento por *e-mail*: "(...) Nem telefone, porque esse VOIP nunca funciona, a gente coloca o telefone também, mas as demandas estão sendo por *e-mail*, a grande maioria é por *e-mail*.".

Em todas as unidades há laboratório hospitalar, mas nenhuma o utiliza para auxílio de avaliação dos pacientes do CRIE diretamente pelos profissionais que atuam nessa unidade, o que pode ser explicado pela falta de avaliação médica dentro das unidades do CRIE. Normalmente, os pacientes já chegam nessas unidades com a avaliação do

médico que os assistem e com prescrição e/ou parecer solicitando imunização especial.

No momento da coleta de dados, não havia falta de imunobiológico especial nas unidades, apesar do histórico recente da falta de imunobiológicos em todo o país.

(...) Da Penta o grande problema foi que ela não passou no controle do INCQS, a ANVISA reprovou, os frascos vieram com problema, e tivemos que devolver todos. E até você conseguir, oh o tempo que demorou, foram meses sem ter a disponibilidade dessas vacinas.

Quadro 4

Grau de implantação do componente estrutura, na subdimensão disponibilidade, por unidade do CRIE no Distrito Federal, 2021 – Critérios normativos.

ESTRUTURA							
Dimensão: conformidade – subdimensão: disponibilidade							
			Unidades de CRIE				
Indicador/Critério	Descrição do Valor	PE	A	B	C	D	DF
Recursos humanos – equipe mínima (diária) para realização de atividades do CRIE – 1 médico (M), 1 enfermeiro (E) e 2 técnicos de enfermagem (T)	Mínimo: 1M+1E+2T=30 1M+1E+1T=25 1E+2T=20 E/M ext +2T=13 1E + 1T=8 1E=5 1T=3	30	13	20	13	8	13,50
Percentual (%)			43,33	66,67	43,33	26,67	45,00
Espaço físico – possuir: recepção, consultório, sala de vacina e sanitário	Recepção=2 Consultório=2 Sanitário=2 Sala de vacina=4	10	4	6	4	6	5,00
Percentual (%)			40	60	40	60	50,00
Espaço físico – sala exclusiva para administração de vacina	Sim=5 Não=0	5	0	5	0	5	2,50
Percentual (%)			0	100	0	100	50,00
Espaço físico – sala de vacina com estrutura adequada	Metragem mín (6 m²)=1 Parede lavável=1 Pia=2 Bancada=1 Climatização=2 Iluminação=2 Objetos impermeáveis=1	10	9	10	10	6	8,75
Percentual (%)			90	100	100	60	87,50
Espaço físico – existência de apoio de emergência	Equipamentos/insumos no local=5 Emergência hospitalar=5	10	5	5	5	5	5,00
Percentual (%)			50	50	50	50	50,00
Equipamentos – existência de câmara fria exclusiva para imunobiológicos	Câmara=10 Ref. Doméstico=7 Caixa térmica (apenas)=2	10	10	10	10	10	10,00
Percentual (%)			100	100	100	100	100,00

ESTRUTURA							
Dimensão: conformidade – subdimensão: disponibilidade							
			Unidades de CRIE				
Indicador/Critério	**Descrição do Valor**	**PE**	**A**	**B**	**C**	**D**	**DF**
Equipamentos – existência de caixa térmica com termômetro acoplado	Sim=5 Não=0	5	5	5	5	5	5,00
Percentual (%)			100	100	100	100	100,00
Computadores com sistemas funcionando	SIES=2 SIPNI=4 EAPV=4 Não=0	10	10	10	10	10	10,00
Percentual (%)			100	100	100	100	100,00
Linha telefônica funcionando	Sim=5 Não=0	5	5	5	0	0	2,50
Percentual (%)			100	100	0	0	50,00
Acesso à internet	Todos computadores=5 Um computador=3 Nenhum=0	5	5	5	5	5	5,00
Percentual (%)			100	100	100	100	100,00
Manuais e normas disponíveis	Sim=5 Não=0	5	5	5	5	5	5,00
Percentual (%)			100	100	100	100	100,00
Laboratório hospitalar de apoio para atendimento do CRIE	Existe + uso=10 Existe – uso=5 Não existe=0	10	5	5	5	5	5,00
Percentual (%)			50	50	50	50	50,00
Insumos estratégicos disponíveis e armazenados adequadamente (seringa, algodão, álcool gel)	Guarda adequada=5 Guarda não adequada=2 Ausentes=0	5	5	5	5	5	5,00
Percentual (%)			100	100	100	100	100,00
Imunobiológicos disponíveis	Sim (todos)= 15 Parcialmente (alguns)=5 Ausentes= 0	15	15	15	15	15	15,00
Percentual (%)			100	100	100	100	100,00
TOTAL	Pontuação esperada (PE)	135	96	111	92	90	97,25
	Percentual (%)	100	71,11	82,22	68,15	66,67	72,04

Implantado (≥ 80%), Implantado parcialmente (40% a 79,9%), Implantação crítica (≤ 39,9%).

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao componente processo, na subdimensão oportunidade (Quadro 5), a classificação do DF foi de implantado parcialmente, com a pontuação percentual de 53,8%. Nenhuma unidade no DF classificou-se como implantado para essa subdimensão. A Unidade A apresentou classificação implantação crítica, com pontuação de 38,1%. Para essa unidade, o grande influenciador da baixa pontuação nessa subdimensão foi o reduzido horário de funcionamento, nesse caso, de 20 horas semanais.

Em referência às outras unidades, apesar de terem alcançado pontuações mais altas para esse indicador, nenhuma alcançou pontuação máxima, por não funcionarem em horário integral.

Ressalta-se que não há padrão de horário de funcionamento entre as unidades e, de acordo com a fala dos gestores, esse horário é estruturado a partir de outro indicador: a disponibilidade de recursos humanos.

> *(...) a gente já abriu a agenda de maio já. Só que aqui eu estou trabalhando com dois técnicos de enfermagem só.*

> *(...) porque hoje a equipe só é eu e uma técnica, não é? (...) Aí eles estão querendo remanejar mais um, no mínimo uma servidora para a gente abrir nesses outros horários.*

Nenhuma unidade do CRIE dispõe de um fluxo de referência e contrarreferência para situações em que não é possível avaliar *in loco*. A única exceção é a Unidade B, onde há possibilidade de atendimento para pacientes com quadro de alergia. A agenda desses pacientes é feita no ambulatório do hospital e eles são reencaminhados com orientações sobre a vacinação para o CRIE. As demais situações são encaminhadas informalmente para o centro de saúde de referência da residência do paciente, onde ele deverá aguardar por vaga com especialista.

Em relação ao componente processo na subdimensão qualidade técnico-científica (Quadro 5), a classificação do DF foi de implantado parcialmente, com a pontuação percentual de 79,7%. As unidades A e B apresentaram classificação implantado, com pontuação de 85,6% e 89,8%, respectivamente. Essa foi a subdimensão mais bem avaliada no DF como um todo. A pontuação atingida, apesar de obter classificação implantado parcialmente, chegou bem próxima da classificação implantado.

As unidades atingiram pontuação máxima em três pontos: monitoramento da temperatura dos equipamentos com registro de temperatura em mapa, tratamento adequado do lixo infectante e comum e alimentação dos sistemas de informação.

Todas as unidades responderam estarem preparadas para respostas rápidas em situações inesperadas que possam comprometer a qualidade dos imunobiológicos, como queda de energia, quebra de equipamento de guarda ou alteração de temperatura dos equipamentos. No entanto, as unidades C e D não possuem um plano de contingência formalmente registrado, conforme se depreende essa fala:

> *(...) eu acredito que vai muito a experiência prática das meninas, porque elas sabem qual a temperatura de cada vacina que está lá. 'Então, essa que vai perder, essa não perdeu.' E aí nas estatísticas, vai fazer os relatórios do que aconteceu.*

Quanto ao atendimento de Eventos Adversos Pós-Vacinais (EAPV) nas unidades, nenhuma atingiu pontuação máxima nesse item por não possuírem avaliação médica nas unidades em referência a essas ocorrências. Quando o evento ocorre na unidade do CRIE, o paciente é encaminhado para o pronto-socorro e a unidade do CRIE notifica. Os eventos que ocorrem em outras unidades são avaliados por profissional médico de outras unidades e encaminhados ao CRIE com solicitação de vacinação especial ou assistida.

Com relação à capacitação da equipe para atendimento no CRIE, a classificação desse indicador no DF recebeu pontuação de 75,0%, atingindo o grau de implantado parcialmente. Três unidades (A, B e C) receberam pontuação máxima por algum membro da equipe ter recebido capacitação há menos de dois anos. A unidade D ainda não havia recebido treinamento para atuar no CRIE. Os profissionais que atualmente estão lotados nessa unidade iniciaram suas atividades no ano de 2020.

Duas unidades (A e B) possuem envolvimento com estudos ou pesquisas envolvendo o CRIE. As mesmas unidades possuem parceria com residências na área de saúde e realizam atividades educativas internamente, por vezes não planejadas. A única unidade que relatou a realização de reuniões periódicas para planejamento e gestão das atividades do setor foi a Unidade B:

> *Nós temos, sim, vínculo com os residentes médicos, com os residentes de enfermagem e com alguma escola de enfermagem. (...) O último documento foi o trabalho que foi feito foi sobre a influenza e foi apresentado por uma servidora daqui e por um residente. (...) Existe uma educação continuada, não formalizada, mas assim, todas as notas técnicas, todas as novidades que aparecem são chamados todos os servidores do setor, é discutida a nota técnica e discutidos todos os atendimentos. Uma vez por mês é feita uma reunião com todos os servidores para discutir as questões técnicas e administrativas.*

Quadro 5

Grau de implantação do componente processo, na subdimensão oportunidade e na subdimensão qualidade técnico-científica, por unidade do CRIE no Distrito Federal, 2021 – Critérios normativos

PROCESSO							
Dimensão: conformidade – subdimensão: oportunidade							
			Unidades do CRIE				
Indicador/Critério	**Descrição do Valor**	**PE**	**A**	**B**	**C**	**D**	**DF**
Localidade da unidade do CRIE de fácil acesso para população	Parada de ônibus próxima=10 Identificação externa da unidade=5 Sem fácil acesso (ônibus/ identificação)=0	15	15	15	10	15	13,75
Percentual (%)			100	100	66,67	100	91,67
Funcionamento em horário integral	0 a 10 horas=15 >10 ≤ 20 horas=25 >20 ≤ 30horas=35 >30 ≤40horas=45 >40 horas=55 Integral=80	75	25	55	45	35	40,00
Percentual (%)			33,33	73,33	60	46,67	53,33
Inexistência de restrição do número de atendimentos diários	Restrição=0 Não restrição=2	2	0	2	2	2	1,50
Percentual (%)			0	100	100	100	75,00
Administração de outros imunobiológicos (que não apenas os especiais) – por ocasião de recebimento dos especiais	Sim=3 Não=0	3	0	3	3	0	1,50
Percentual (%)			0	100	100	0	50,00
Existência de fluxo de referência e contra-referência	Sim=10 Para alguns casos=5 Não=0	10	0	5	0	0	1,25
Percentual (%)			0	50	0	0	12,50
TOTAL – processo (Oportunidade)	Pontuação esperada (PE)	105	40,00	78,00	58,00	50,00	56,50
	Percentual (%)	100	38,10	74,29	55,24	47,62	53,81

PROCESSO							
Dimensão: Conformidade – subdimensão: qualidade técnica científica							
			Unidades do CRIE				
Indicador/Critério	**Descrição do Valor**	**PE**	**A**	**B**	**C**	**D**	**DF**
Monitoramento da temperatura dos equipamentos (registro de temperatura em mapa)	Registro sistemático=25 Parcial=10 Ausente=0	25	25	25	25	25	25
Percentual (%)			100	100	100	100	100
Existência de plano de contingência	Sim (formalizado)=15 Sim (prático)=13 Não=0	15	15	15	13	13	14
Percentual (%)			100	100	86,67	86,67	93,33
Uso adequado de aparelhos de refrigeração	Tomada exclusiva=1 Uso exclusivo (imuno)=3 Organização interna=1	5	5	5	5	4	4,75
Percentual (%)			100	100	100	80	95
Tratamento adequado do lixo	Caixa coletora=3 Lixo infectante=2 Lixo comum=2	7	7	7	7	7	7
Percentual (%)			100	100	100	100	100
Tratamento dos frascos de vacinas vivas antes do descarte	Sim=5 Não=0	5	5	5	0	0	2,5
Percentual (%)			100	100	0	0	50
Atendimento de EAPV na unidade do CRIE	Avaliação médica=5 Administração após avaliação=5 Notificação=5	15	10	10	10	10	10
Percentual (%)			66,67	66,67	66,67	66,67	66,67
Atendimento vacinação especial	Avaliação médica no CRIE=5 Supervisão enfermagem=5 Administração imunobiológicos=5	15	10	10	10	10	10
Percentual (%)			66,67	66,67	66,67	66,67	66,67

PROCESSO							
Dimensão: Conformidade – subdimensão: qualidade técnica científica							
			Unidades do CRIE				
Indicador/Critério	**Descrição do Valor**	**PE**	**A**	**B**	**C**	**D**	**DF**
Alimentação dos sistemas de informação	SIES=2 SIPNI=4 EAPV=4 Não=0	10	10	10	10	10	10
Percentual (%)			100	100	100	100	100
Realização de reuniões periódicas no setor (planejamento, gestão)	Sim=5 Não=0	5	0	5	0	0	1,25
Percentual (%)			0	100	0	0	25
Pelo menos um membro da equipe capacitado nos últimos dois anos (para atendimento no CRIE)	2 anos ou menos=10 Mais de 2 anos=3 Não capacitado=0	10	3	3	3	0	2,25
Percentual (%)			30	30	30	0	22,50
Realização de atividades educativas	Internas=2 Externas=2 Não=0	4	2	2	0	0	1
Percentual (%)			50	50	0	0	25
Parceria com residências na área de saúde	Sim=1 Não=0	1	1	1	0	0	0,50
Percentual (%)			100	100	0	0	50
Envolvimento com estudos ou pesquisas envolvendo o CRIE	Sim=1 Não=0	1	1	1	0	0	0,50
Percentual (%)			100	100	0	0	50
TOTAL – processo (qualidade tec. científica)	Pontuação esperada (PE)	118	94	99	83	79	88,75
	Percentual (%)	100	79,66	83,90	70,34	66,95	75,21

Implantado (≥ 80%), Implantado parcialmente (40% a 79,9%), Implantação crítica (≤ 39,9%).

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à análise do contexto, foi possível identificar como ponto favorável à implantação do CRIE as características dos gestores, tanto em relação à formação e à experiência, quanto ao relato da participação ativa em reuniões. Por outro lado, mostraram-se desfavoráveis as questões do contexto relacionadas às características do ambiente, como a estrutura e a ambiência (luz, temperatura e limpeza) e o compartilhamento do espaço para outras atividades que não as do CRIE no local, apesar de a localização e a identificação favorecerem o acesso do usuário. Outro ponto desfavorável ao contexto referiu-se às características organizacionais, como a falta de reconhecimento institucional das unidades do CRIE no DF.

As unidades do CRIE não constam do organograma da Secretaria de Estado de Saúde do DF e das instituições onde esses centros estão inseridos. Em uma das falas, é possível perceber o impacto que essa ausência pode acarretar na organização do serviço:

> *Então essa é a minha grande angústia, porque eu acho que a gente está deixando de atender muita gente, a gente está atendendo, na minha opinião, praticamente a mesma população, digamos assim, a mesma característica de população. (...) Então é a necessidade de realmente ter um serviço formal com organograma, pertencendo a algum lugar e existindo, que ele existindo a gente pode dizer: 'Olha, é ligado a isso, ou aquilo, aí a gente estará pertencendo a algum lugar, não é?'*

Nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) da Secretaria de Estado de Saúde do DF referentes aos anos de 2018 e 2019 consta a intenção de implantar um Projeto de Reestruturação dos CRIE do DF com o estabelecimento de duas unidades: uma para atender ao público adulto e outra, o infantil, contribuindo para o alcance do objetivo de "fortalecimento da Vigilância Epidemiológica e controle de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis". No entanto, no relatório de 2020, não há menção sobre os CRIE.

Em relatório de "Diagnóstico Situacional dos Serviços que ofertam Imunobiológicos Especiais no Distrito Federal" de 2020, a gerência alerta para a atual situação das unidades e para falta de cumprimento da Portaria nº 48, de 28/8/2004, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. No ano de 2021, a gerência propôs a estruturação de uma única unidade do CRIE no DF como meta para o ano de 2022. Essa proposta traz também a intenção de mudança no modo de funcionamento daquele centro:

> *(...) A gente não quer funcionar mais nesse modelo antigo de que as pessoas chegam: 'Ah, eu tenho tal problema. Vai para o CRIE.' Não, a gente quer o CRIE, usar ele como um ambulatório de orientação e de verificar o que eles precisam, qual vacina precisa tomar, a gente quer um atendimento também mais ampliado, não visando só o paciente, visando também seus familiares, seus contatos. Porque o que a gente tem visto, muitas vezes, o adoecimento por esse desconhecimento, você não vacina às vezes um paciente oncológico, mas eu poderia ter vacinado os familiares.*

No que concerne às relações entre os atores, a maioria dos gestores entrevistados, apesar de assinalarem dificuldades no desempenho de seus trabalhos, disseram se sentir motivados a executá-los. No entanto, como barreira dessa relação entre os atores, encontram-se dificuldades na comunicação e na falta de participação nas decisões.

Foram considerados como fatores contribuintes ou não para uma comunicação eficiente os relatos dos entrevistados sobre oportunidades de comunicação, tanto em nível institucional quanto em instâncias superiores envolvidas com as atividades do CRIE. Em um dos relatos, percebe-se dificuldade de comunicação na esfera federal e em uma unidade local:

> *(...) teve aqui até alguns eventos e a gente não foi chamado para discutir. Então quem foi colocando isso foi o próprio Ministério.*

> *(...) Não avisaram a gente como área técnica, aí disseram de uma hora para outra que iam atender só adulto e depois começaram a atender dia sim dia não, a gente nunca sabia como que estava atendendo.*

Todos os entrevistados demonstraram em suas falas conhecimento sobre o trabalho executado, o objetivo, a importância e a possibilidade de acesso a dados operacionais atualmente disponíveis, com exceção de um entrevistado que mencionou ainda não possuir acesso a dados operacionais. No entanto, a falta de publicações nos âmbitos local e estadual de boletins informativos aparece como dificultador desse processo, além da falta de investimento financeiro para o funcionamento das unidades.

Apesar de todos os entrevistados, profissionais do CRIE, mencionarem o desconhecimento sobre al-

gum incentivo financeiro recebido para o funcionamento das unidades, durante uma das entrevistas, a entrevistada relatou a publicação recente de verba disponível para estruturação dessas unidades. Entretanto, relatou também dificuldade para utilizar tais recursos:

> *É, a gente tem aquele dinheiro do incentivo financeiro que saiu o ano passado, não é? Do tempo que eu estou aqui, desses três anos e nove meses, realmente essa foi a primeira vez que a gente teve contato mesmo e a gente tem que dar um jeito de usar, inclusive eu falei com a (...) para ver se a gente consegue na próxima semana, depois da reunião da Campanha da gente discutir sobre isso, porque a gente tem que ver, (...) porque eu acho que a gente tem que entrar com isso na área dos pedidos. Que vai ser bem difícil, como sempre pela Secretaria, não é? Usar o dinheiro, mas a gente precisa ver os processos e correr, já que tem o dinheiro, não é? (...) E esse dinheiro tem que ser gasto esse ano.*

Apesar de a maioria dos gestores entrevistados acreditarem ser essencial o funcionamento das unidades no DF e deixarem claro em suas falas o conhecimento sobre os benefícios do seu funcionamento, nem todos se encontram em posições governamentais influenciadoras ou decisórias. Outro fator desfavorável é o fato de pouco se conhecer sobre a população assistida e sobre a população almejada para o alcance dos serviços do CRIE no DF.

Em uma das falas, é possível identificar a baixa divulgação do serviço para a população, o que dificulta o conhecimento sobre a população que deveria ser atendida no CRIE:

> *Então a gente acaba saindo numa situação assim, a gente acaba dizendo do CRIE, explica o que é o CRIE... às vezes numa entrevista, uma reportagem, mas essa divulgação que eu tenho muita vontade de fazer e que estava no nosso planejamento, eu gostaria que estivesse com alguma coisa implantada. (...) Estruturado, porque como é que eu vou lá na sociedade da Reumatologia, da Imunologia, da Oncologia dizer que tem um sistema, chego lá, incho o sistema e eu não tenho nem gente para atender? (...) A gente não consegue mensurar qual é o número de pessoas que vão, porque a gente não tem isso, a gente não conseguiu divulgar para todo mundo.*

O sistema de registro de doses, no modo de acesso público, não permite tabular a quantidade de pessoas atendidas no CRIE. Caso a unidade deseje obter essa informação, precisa contabilizar manualmente a quantidade de nomes fornecida em relatório. Ainda assim, todos os dados fornecidos não distinguem as doses aplicadas pelo serviço do CRIE daquelas aplicadas por outras unidades assistenciais intra-hospitalares, impossibilitando o acesso a dados reais de produção.

DISCUSSÃO

O grau de implantação do CRIE obtido no DF evidenciou que, apesar de essa estratégia ter sido iniciada em âmbito nacional em 1993 e o DF ter aderido a ela desde o início, ela ainda não está plenamente implantada nesta Unidade da Federação. No DF, essa intervenção encontrou mais dificuldade no que se refere à dimensão estrutura do que em referência aos processos. Verifica-se importante diferença entre o que está previsto para que o programa funcione e o que realmente está disponível para que a intervenção seja efetiva em sua plenitude.

Fica claro que a análise do grau de implantação dos CRIE, apesar de propor a pontuação de indicadores separadamente, revela durante a sua análise um complexo e imbricado sistema de influência de um indicador sobre o outro. Cassiolato e Gueresi (2010)[19] lembram que, a depender da complexidade do programa, um produto pode contribuir para mais de um resultado intermediário e da mesma forma que alguns resultados podem levar a outros, que, por sua vez, alcançarão o resultado final.

A qualidade técnico-científica foi a subdimensão que mais favoreceu o processo de implantação em todas as unidades, o que evidencia que, no DF, a limitação da implantação dos CRIE está mais diretamente relacionada à falta de estrutura e de oportunidade do que ao preparo técnico-científico das unidades. Esse resultado diverge do que foi encontrado em estudo que avaliou o grau de implantação do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA contínuo) no município do Recife, em que se chegou à conclusão de que era mais fácil obter a estrutura necessária à implantação desse sistema do que executar as suas ações[20].

Contribuíram para melhor pontuação da subdimensão qualidade técnico-científica indicadores que refletiam a experiência dos profissionais sobre a rotina adequada de atividades relacionadas à imunização, como o uso adequado e o monitoramento da temperatura dos equipamentos, existência de plano de contingência, tratamento ade-

quado do lixo e alimentação dos sistemas de informação. A adequação a tais práticas parece estar relacionada ao tempo dos profissionais no serviço. Nos locais onde os gestores estavam atuando há mais tempo, essa subdimensão recebeu melhor pontuação. Porém, ela também pode refletir uma limitação do instrumento de coleta de dados, uma vez que não foi explorada a observação direta dos critérios avaliados.

Mintzberg (2010)[21] acredita que a gestão ocorre no encontro de três coisas: arte, habilidade prática e utilização da ciência. Habilidade prática refere-se à aprendizagem adquirida com a experiência durante o trabalho. A arte traz as ideias e a integração; a habilidade prática faz as conexões, alicerçadas em experiências tangíveis; e a ciência utiliza a análise sistemática do conhecimento para criar a ordem.

Ainda sobre a subdimensão qualidade técnico-científica, apenas duas unidades de CRIE mencionaram a realização de atividades educativas, o envolvimento com pesquisas e a realização de parcerias com residências na área de saúde. A Educação Permanente na Saúde (EPS) tem como estratégia de ensino a incorporação das necessidades emanadas do próprio processo de trabalho com vistas à produção de mudanças, de qualificação e aperfeiçoamento do trabalho, a partir das diferentes realidades vivenciadas[22]. Ela acontece no cotidiano dos profissionais e das organizações e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem[23]. Essa estratégia poderia ser mais explorada no dia a dia dos profissionais que atuam nos CRIE do DF, ambiente de muita complexidade e constantes atualizações.

A espera de treinamento ou capacitação periódica, apenas oferecido de maneira centralizada pelo Estado, pode incorrer em situações indesejadas como o sentimento de despreparo dos profissionais recém-chegados ao serviço. Segundo Silva (2001)[24], a educação deve ocorrer em todos os momentos, e não apenas em programas preestabelecidos. A interação entre os profissionais interfere na efetivação e no sucesso do programa em que estão inseridos. Sendo assim, o profissional "passa a ser agente ativo do processo educativo, construtor do seu conhecimento, e não somente um ouvinte de programas muitas vezes dissociados de sua necessidade e realidade"[24]. A discussão de fluxos de atendimentos, pontos de referência técnica e a experiência dos profissionais que atuam há mais tempo nesse serviço poderia colaborar para o estabelecimento de estratégias permanentes que auxiliassem na constante atualização dos profissionais que atuam no CRIE.

Um estudo que avaliou a conformidade das salas de vacina da região Oeste de Minas Gerais em 2016 chegou à conclusão de que o grande entrave para adequação das salas, que estavam, em sua maioria, inadequadas em relação à estrutura e ao processo, era a ausência de capacitação dos trabalhadores: "O desconhecimento em qualquer etapa da imunização pode comprometer de forma grave a qualidade desta ação e interferir em seu tão exitoso resultado de reduzir e eliminar as doenças imunopreveníveis"[13].

Além disso, os CRIE possuem alto potencial para a realização de atividades educacionais e pesquisa, que estão, inclusive, previstas em portaria[25]. A baixa adesão a essas atividades pode ser explicada pela falta de condições físicas para o recebimento no local de outras pessoas (pesquisadores, residentes ou estudantes da área), pela escassez de recursos humanos preparados para promover tais atividades, falta de tempo e, ainda, apesar de não mencionado, mas depreendido no contexto das falas, a deficiência de apoio e incentivo da SES. Condições similares foram encontradas na avaliação nacional realizada por Nóbrega (2015)[9], em que 31% dos serviços tinham envolvimento com ensino e/ou pesquisa e quase um terço não recebia nenhum tipo de estagiário.

Segundo a Portaria nº 48/2004-SVS/MS, a SES deveria disponibilizar as instalações físicas dos CRIE[25]; no entanto, o espaço físico dos serviços, não só no DF, mas também em outras unidades do país, geralmente é cedido pela instituição que abriga o CRIE, assim como seus funcionários[9]. O contexto local da instituição que abriga o CRIE parece ser determinante em relação ao grau de implantação das unidades e seu posterior desempenho[9]. A estrutura física em não conformidade dificulta a promoção da segurança do paciente e do profissional, pelo risco de contaminação durante o procedimento de imunização, já que é uma área classificada como semicrítica[4].

Ainda em relação à estrutura física, um item importante para garantia da qualidade e da segurança dos imunobiológicos é a estruturação de uma rede de frio que permita o armazenamento e a conservação desses produtos. O Manual de Rede de Frio recomenda, portanto, a utilização de câmaras refrigeradas cadastradas pela ANVISA, que operam na faixa entre +2 ºC e +8 ºC[25]. No DF, todas as

unidades estavam estruturadas com esses equipamentos, recentemente adquiridos pela SES, o que contribui para a qualidade e a segurança do produto oferecido à população, já que os imunobiológicos são extremamente termolábeis. Tal cenário mostrou-se divergente ao encontrado pelo estudo de Nóbrega (2015)[9], em que mais da metade dos serviços de CRIE do país ainda não dispunham de câmeras de vacinas.

Outro fator que parece ter influenciado na maneira como as unidades estavam estruturadas foi a forma que as atividades do CRIE foram iniciadas. No DF, o atendimento do CRIE teve início em uma estrutura já existente, dentro do serviço de vigilância epidemiológica instalado em uma instituição hospitalar. A mesma equipe, no mesmo espaço, precisou responder a essa nova demanda, que só foi aumentando com o passar do tempo. Segundo Pluye, Potvin e Denis (2004)[26], além de recurso financeiro para a implantação e sustentabilidade de um programa, faz-se necessário haver profissionais treinados e estrutura adequada para o desenvolvimento das atividades.

Segundo Nóbrega (2015)[9], os atendimentos do CRIE no Brasil aumentaram 66% em um período de cinco anos (2005 a 2009). Tal aumento já era esperado, naquela época, pelos avanços na medicina em relação ao público-alvo de atendimento no CRIE, como: aumento da expectativa de vida dos pacientes que vivem com HIV; melhores recursos para a manutenção da vida de bebês extremamente prematuros; melhorias das técnicas e ampliação dos procedimentos de transplante de órgãos e medula e, também, no tratamento de pacientes com câncer; além do aumento na própria expectativa de vida da população como um todo[9].

A falta de legitimação dos CRIE, constatada pela ausência dessa estrutura no organograma da SES, parece dificultar o reconhecimento, nas diferentes instâncias de governo, da existência desse serviço, o que pode impactar de diversas formas na sua estruturação e no seu desempenho. Segundo Teixeira (2005)[27], um dos objetivos da formalização das estruturas de uma organização é a definição e a distribuição das tarefas necessárias para o alcance dos objetivos traçados. Ainda assim, não menos importante, é a organização informal que normalmente ocorre externamente às organizações, construídas pelos próprios indivíduos que se aproximam e criam grupos de comunicação e de resolução não normatizados. Tal estrutura pode contribuir com o desenvolvimento do trabalho, uma vez que podem funcionar como motivação para avanços, trocas de experiências, apoio emocional e com a quebra de barreiras na comunicação[27].

Nas normas do PNI não foi encontrada menção para o cálculo de profissionais necessários para o atendimento no CRIE. A Portaria nº 48/2004-SVS/MS faz referência à formação dos profissionais que devem compor a equipe, mas não ao quantitativo[25]. Na esfera estadual, também não se encontrou nenhuma referência aos parâmetros para cálculo da estrutura de recursos humanos nesse serviço. O CRIE não está contemplado no Manual de Parâmetros para Dimensionamento da Força de Trabalho da SES/DF, e agrava essa situação a falta de contemplação também do setor de vigilância epidemiológica, local que abriga grande parte dessas unidades.

> *A garantia do direito à saúde e o cuidado de qualidade perpassa pela discussão aprofundada e adequação quantitativa e qualitativa da equipe de assistência. Dessa forma, o planejamento da força de trabalho é um dispositivo de gestão fundamental para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)*[28].

A escassez de recursos humanos é um problema persistente nas unidades do CRIE e realidade de outras unidades no país. Estudo de avaliação da implantação das unidades de CRIE no Brasil, publicado em 2015, já mencionava a frequente falta de recursos humanos nesse serviço, registrando que 22% das unidades não tinham presença de médico e 10%, de enfermeiro. Nesse estudo, já havia sido identificada a ausência de médico em todas as unidades do DF, realidade não modificada no atual estudo[9]. A ausência dos profissionais médico e enfermeiro constatada neste estudo prejudica a realização das atividades inerentes a essas especialidades previstas em normas regulamentadoras[4,25].

É de competência da SES o estabelecimento "de um fluxo de referência e contrarreferência, quando da ocorrência de casos de indicações de imunobiológicos especiais e de investigação clínica ambulatorial e laboratorial especializada e para os casos de eventos adversos notificados"[25]. Os achados apontam que esse fluxo ainda não foi estabelecido no DF, o que dificulta o atendimento do usuário e seu correto encaminhamento para outros serviços, gerando insegurança em relação à continuidade do cuidado ao usuário e um importante obstáculo para imunização em tempo hábil. O funcionamento do sistema de referência e contrarreferên-

cia, em qualquer serviço de saúde, contribui para a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que visam garantir a integralidade e a continuidade do cuidado ao indivíduo[29]. O mecanismo formalizado de comunicação permite a troca de informação sobre o usuário entre os diferentes serviços e profissionais, contribuindo para a qualidade do cuidado oferecido[30].

Sobre o horário de atendimento, estudo realizado por Nóbrega (2015)[9] considerou como adequado o horário de pelo menos 40 horas semanais e esquema de plantão para a dispensação de imunobiológicos em casos de urgência. Nesse estudo, 80% das unidades nacionais atendiam ao critério preconizado, diferentemente do cenário encontrado no DF no atual estudo, em que apenas uma unidade atendeu a esse critério[9]. A restrição de horários, o fechamento em horário de almoço e a falta de horários alternativos dificultam o acesso oportuno à imunização, principalmente das pessoas inseridas no mercado de trabalho, contribuindo para a baixa cobertura vacinal[31].

O agendamento de vacinas, apesar de evitar a aglomeração de pessoas, fator importante em um momento de pandemia, precisa ser melhor discutido, de modo a permitir benefício no acesso, e não o contrário. A vacinação contra a covid-19 produziu intensa mobilização nesse sentido e poderá fornecer o amadurecimento dessa estratégia a partir das inúmeras experiências vivenciadas no país.

Apesar de não haver determinação nos instrumentos normativos do CRIE sobre a vacinação de rotina da população que acessa o serviço para imunização especial, este estudo, assim como aquele realizado por Nóbrega (2015)[9], considerou importante tal prática, a fim de contribuir para o aumento da cobertura vacinal como um todo[9].

Uma oportunidade de imunização é considerada perdida quando uma pessoa candidata à vacinação visita um serviço apropriado a essa prática e, sem possuir nenhuma contraindicação ou indicação de adiamento, não tem as vacinas preconizadas em calendário administradas[32]. Estudo realizado na região norte do município de São Paulo em 2006 identificou que os problemas logísticos foram mencionados como a causa dessa perda de oportunidade em 42,4% das salas de vacina dessa região, ficando atrás apenas para as falsas contraindicações de imunobiológicos[32]. As unidades do CRIE, se bem estruturadas, poderiam colaborar para o aumento da cobertura vacinal do estado em referência à vacinação de rotina.

Ainda sobre cobertura vacinal, em referência à vacinação especial, é um grande desafio, já que não há uma estimativa nacional precisa da população-alvo. Far-se-ia necessário um grande esforço de diversos setores nos diferentes níveis de assistência para propiciar o conhecimento dessa população[9]. A divulgação do serviço, ainda incipiente no DF, poderia colaborar para a formação de parcerias entre o CRIE e outros serviços que também assistem à população-alvo dessas unidades, como os da atenção básica (inclusive as salas de vacinas de rotina) e os especializados (oncologia, transplante, neonatologia, imunologia, infectologia, cardiologia, entre outros). Uma ferramenta utilizada no DF a partir de 2016 poderia auxiliar nesse processo de divulgação entre os profissionais e a população. Trata-se da Carta de Serviços ao Cidadão, um documento de publicidade dos serviços públicos oferecidos pelo governo, que deve possibilitar à sociedade apropriar-se das informações básicas sobre os órgãos e entidades públicas, além de orientar os públicos-alvo em suas decisões sobre como, quando, onde e para que utilizar os serviços disponibilizados[33].

A construção da autonomia dessas unidades pressupõe que elas tenham acesso a informações que permitam um planejamento de atividades, o monitoramento e a avaliação e consequentes tomadas de decisão mais conscientes. Da mesma forma, a falta de mensuração de produção não permite o acompanhamento pelo Estado da magnitude de cada unidade do CRIE, dificultando o reconhecimento da importância dessas unidades para a imunização da população do DF, o que pode acabar por interferir na falta de priorização desse serviço. Maranhão e Macieir[34], ao trazerem reflexões sobre a importância desse controle para a gerência de processos, citam frase célere de William Edwards Deming (1900-1993), que reforça essa questão: "Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define e não se define o que não se entende. Não há sucesso no que não se gerencia."

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que ainda é preciso avançar na implantação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais no DF. Apesar de ser uma intervenção que existe há quase trinta anos, os resultados indicaram que ela ainda se encontra apenas parcialmente implantada.

A precariedade da oferta do serviço de algumas unidades pode ser explicada em parte pela carência de recursos humanos e pela ausência de um fluxo formalizado de referenciamento. Recomenda-se, a partir desse estudo, o reconhecimento formal dessas unidades para que possam ser incluídas nas pautas de gestão de recursos, além de serem consideradas no funcionamento da rede de referência e contrarreferências da Secretaria de Saúde do DF.

Espera-se que esta avaliação possa contribuir para o aprimoramento do serviço de imunização no DF, despertando nos profissionais e gestores a necessidade de adequação de estrutura e processos para o melhor atendimento da população assistida, além de despertar a necessidade de avaliações contínuas para tomadas de decisões mais estratégicas, conscientes e participativas.

REFERÊNCIAS

1. Silva RR. Vacinação: direito ou dever? A emergência de um paradoxo sanitário e suas consequências para a saúde pública. text – [*s.l.*] Universidade de São Paulo, 4 out. 2018. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-11102018-123140/pt-br.php.

2. World Health Organization. Immunization. 2019. Disponível em: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization. Acesso em: 7 jan. 2020.

3. Ozawa S *et al*. Return On Investment From Childhood Immunization In Low- And Middle-Income Countries, 2011–20. Health Affairs, v. 35, n. 2, p. 199-207, fev. 2016. DOI: 10.1377/hlthaff.2015.1086.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf.

5. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1975.

6. Benchimol JL. Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/XBrzcJRfZCMYST8nRyyWWgx/?format=pdf.

7. Lima EJF, Almeida AM, Kfouri RA. Vaccines for COVID-19 – state of the art. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, [*s.l.*]. v. 21, nº suppl 1, fev. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100002.

8. Barcelos TN, Muniz LN, Dantas, DM, Junior DFC, Cavalcante JR, Faerstein E. Análise de *fake news* veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, [*s.l.*]. v. 45, n. 1. maio, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.65.

9. Nóbrega LAL. Avaliação da implantação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs) no Brasil. 2015. Doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.11606/T.5.2015.tde-11082015-161857.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf.

11. Brouselle A *et al*. (EDS.). Avaliação: conceitos e métodos. Tradução: Michel Colin. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

12. Center for Disease Control and Prevention (USA). Framework for Program Evaluation in Public Health: Morbidity and mortality weekly report. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, 17 set. 1999. Disponível em: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/5204. Acesso em: 17 jan. 2020.

13. Santos YRD. Avaliação normativa das salas de vacina do Programa Nacional de Imunização da Região Oeste de Minas Gerais. 2016. Dissertação Mestrado – Divinópolis: Universidade Federal de São João Del-Rei, 2016. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1037940.

14. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Quality Review Bulletin, [*s.l.*]. v. 18, n. 11, p. 356-360, 1992. DOI: 10.1016/s0097-5990(16)30560-7.

15. Penchansky R, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Medical Care, [*s.l.*]. v. 19, n. 2, p. 127-140, fev. 1981. DOI: 10.1097/00005650-198102000-00001.

16. Cruz MMD. Avaliação de programas de prevenção de DST/AIDS para jovens: estudo de caso numa organização governamental e numa organização não-governamental do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), ago. 2006. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4458.

17. Cosendey MAE, Hartz ZMA, Bermudez JAZ. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. Cadernos de Saúde Pública, [*s.l.*]. v. 19, n. 2, p. 395-406, abr. 2003. Available from: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200006.

18. Denis JL, Champagne F. Análise da Implantação. In: Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p. 49-88. Disponível em: https://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-05.pdf.

19. Cassiolato M, Gueresi S. Nota Técnica – Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação, set. 2010. Disponível em: https://www.betterevaluation.org/en/resources/guide/Modelo_Logico/Modelo_Logico_guide. Acesso em: 4 mar. 2022.

20. Abath MDB. Avaliação da implantação do componente contínuo do sistema de vigilância de violências e acidentes no Recife, Pernambuco. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10654.

21. Mintzberg H. Gestão em Primeiro Lugar. Managing: Desvendando o dia a dia da gestão. 1. ed. [*s.l.*] Bookman, 2010. p. 15-29. ISBN 978-85-778-0669-0.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde, 2018. Acesso em: 1 mar. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 1 fev. 2022.

24. Silva LAA. Treinamento em Serviço ou Educação Continuada. v. 1, n. 1, p. 63-73, dez. 2001.

25. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 48 de 28 de julho de 2004. Institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE, define as competências da Secretária de Vigilância em Saúde, dos Estados, Distrito Federal e CRIE e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2004.

26. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. Evaluation and Program Planning, [*s.l.*]. v. 27, n. 2, p. 121-133, maio, 2004. Available from: https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001.

27. Teixeira S. Organização, Processo e Estrutura. In: Gestão das Organizações. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana de Espanha, 2005. p. 75-115. Disponível em: https://www.academia.edu/35967940/Gestao_das_organizacoes_Sebastiao_Teixeira.

28. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Gestão de Pessoas, Diretoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação do Trabalho. Manual de Parâmetros para Dimensionamento da Força de Trabalho SES/DF – 2015. 2. ed. Brasília, DF: Subsecretaria de Gestão de Pessoas, 2018 (1).

29. Cassiolato M, Gueresi S. Nota Técnica – Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação, set. 2010. Disponível em: https://www.betterevaluation.org/en/resources/guide/Modelo_Logico/Modelo_Logico_guide. Acesso em: 4 mar. 2022.

30. Oliveira CCRB, Silva EAL, Souza MKB. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. Physis: Revista de Saúde Coletiva, [*s.l.*]. v. 31, n. 1, p. e310105, 2021. Available from: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105.

31. Homma *et al*. Vacinas e vacinação no Brasil: horizontes para os próximos 20 anos. 1. ed. Rio de Janeiro, RJ: Edições Livre, 2020. v. 1. Disponível em: https://portolivre.fiocruz.br/vacinas-e-vacina%C3%A7%C3%A3o-no-brasil-horizontes-para-os-pr%C3%B3ximos-20-anos.

32. Paulo EF. Oportunidades perdidas de vacinação em crianças menores de dois anos de idade, ocorridas nas salas de vacinação, das unidades de saúde da região norte do município de São Paulo. 2010. (Mestrado) São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da SES de São Paulo, 2010. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-934324.

33. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Carta de Serviços ao Cidadão Secretaria Estadual de Saúde – SES-DF, 2019a. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/category/carta-de-servicos/.

34. Maranhão M, Macieira MEB. Implementação de Processos. In: O Processo Nosso de Cada Dia – Modelagem de Processos de Trabalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2008. p. 131-140.