

O papel dos agentes comunitários de saúde na vacinação contra a COVID-19

guia de apoio à
implementação

26 de abril de 2021

unicef 
para cada criança

OPAS

 Organização
Pan-Americana
da Saúde

 Organização
Mundial da Saúde
Escritório Regional para as Américas

A OMS e o UNICEF continuam a monitorar a situação de perto para identificar quaisquer mudanças que possam afetar esta orientação provisória. Se houver mudança em algum dos fatores, a OMS e o UNICEF publicarão uma nova atualização. Caso contrário, esta orientação provisória será válida por dois anos após a data de publicação.

© Organização Pan-Americana da Saúde 2021 e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 2021.

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

Número de referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/21-0073

O papel dos agentes comunitários de saúde na vacinação contra a COVID-19

guia de apoio à
implementação

26 de abril de 2021

unicef 

para cada criança

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

Sumário

Sumário	1
Agradecimentos	2
Abreviações	3
Sumário executivo.....	4
1. Introdução	5
1.1 Materiais de base.....	5
1.2 Atualizações de documentos e limitações.....	5
1.3 Público-alvo.....	6
2. Funções principais dos agentes comunitários de saúde na implementação das vacinas contra a COVID-19	7
2.1 Planejamento e coordenação	7
2.2 Identificação das populações-alvo	8
2.3 Aceitação e adesão às vacinas	8
2.4 Mobilização comunitária para prestação de serviços	9
2.5 Rastreamento e acompanhamento da operacionalização das vacinas	9
3. Recursos humanos para a saúde: como otimizar funções e apoiar o sistema	11
3.1 Preparação para políticas públicas e regulamentação.....	11
3.2 Recursos e financiamento.....	11
3.3 Treinamento e supervisão.....	12
3.4 Contagem e vacinação de ACSs.....	12
3.5 Prevenção e controle de infecção.....	13
3.6 Fortalecimento do sistema de saúde	14
4. Referências	16

Agradecimentos

Principais autores

Madeleine Ballard (Community Health Impact Coalition); Anne Detjen (UNICEF); Catherine Kane (Organização Mundial da Saúde [OMS]); Maureen Momanyi (United Nations Children's Fund [UNICEF]).

Contribuidores

Este documento de orientação foi coletivamente elaborado pela OMS, UNICEF e pela Community Health Impact Coalition.

OMS: Benedetta Allegranzi, Jhilmil Bahl, Diana Chang-Blanc, Shalini Desai, Carole Fry, Shoshanna Goldstein, Tracey Goodman, Michelle McIsaac, Lisa Menning, Teri Reynolds, Amani Siyam, Victoria Willet.

UNICEF: Sanghita Bhattacharyya, Julianne Birungi, Karin Källander, Jiawen Elyssa Liu, Imran Mirza, Alex Muhereza, Remy Mwamba, Rory Nefdt, Deepa Pokharel, Claudia Vivas Torrealba, Ahmadu Yakubu.

Community Health Impact Coalition: Rebecca Alban (VillageReach); Julia Bishop (One to One); Nandini Choudhury (Possible); Molly Christiansen (Living Goods); Kevin Fioiri (Integrate Health); Jennifer Foth (Living Goods); Ari Johnson (Muso); Stella Kanyere (Living Goods); Andrew Karlyn (Living Goods); Jordan Lerner (Dimagi); Sarah Lindsay (Living Goods); Kyle Muther (Last Mile Health); Helen Olsen (Medic Mobile); Dr Daniel Palazuelos (Partners in Health); Mallika Raghavan (Last Mile Health); Ash Rogers (Lwala Community Alliance); Debbie Rogers (Praekelt); Ami Waters (Last Mile Health); Melissa West (VillageReach); Carey Westgate (Living Goods).

Revisão de especialistas técnicos

Este relatório conjunto baseia-se em perspectivas de muitas pessoas:

Arnhold Institute for Global Health: Duncan Maru, Sheela Maru

BRAC: Adam Schwartz

Bwindi Community Hospital (Uganda): Nahabwe Haven

CARE: Feven Mekuria

Core Group: Nicole Grable

Digital Medic: Victoria Ward

Johns Hopkins: Henry Perry

London School of Hygiene & Tropical Medicine: Nikita Arora, Luisa Enria

Pan American Health Organization: Malhi Cho

+Afiliação: Robert Steinglass.

Abreviações

EAPV	eventos adversos pós-vacinação
ACS	agente comunitário de saúde
REV	registros eletrônicos de vacinação
PEI	Programa Expandido de Vacinação
IFRC	Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho
PCI	prevenção e controle de infecção
MSH	Ciências de Gestão em Saúde
NCC	Comitê Nacional de Coordenação
NDVP	Plano Nacional de Implementação e Operacionalização de Vacinas
EPI	equipamentos de proteção individual
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIRAT	Ferramenta de Avaliação de Prontidão para Vacinação
OMS	Organização Mundial da Saúde

Sumário executivo

Este guia destina-se a apoiar os governos nacionais na elaboração de um plano nacional de implementação e operacionalização (NDVP - *national deployment and vaccination plans*) para as vacinas contra a COVID-19, definindo responsabilidades, necessidades e oportunidades de contribuição dos agentes comunitários de saúde (ACSs) (Organização Internacional do Trabalho, 2007)¹.

Esta nota foi baseada e estruturada em linha com o documento *Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines* [Orientação para a elaboração de um plano nacional de implementação e operacionalização de vacinas contra a COVID-19] (1) e a Ferramenta de Prontidão para Introdução das Vacinas contra a COVID-19 (VIRAT/VRAF 2.0) (2), elaborados pela OMS e UNICEF. Este documento fornece opções de recursos humanos para a saúde e considerações para os governos nacionais quanto à elaboração de NDVPs robustos para introdução da(s) vacina(s) contra a COVID-19, aproveitando o potencial dos recursos comunitários.

Metade da população mundial não tem acesso a serviços de saúde essenciais (3); esta e outras desigualdades na saúde, que acabam levando a desigualdades nos desfechos de saúde, estão dificultando a vacinação contra a COVID-19. Entre as questões-chave para o sucesso global do trabalho de vacinação estão recursos humanos e infraestruturas insuficientes e injustamente distribuídos; desigualdades de acesso baseadas em gênero e outros estratificadores sociais; e desconfiança de sistemas de saúde que já abandonaram muitas pessoas.

A maioria dos ACSs são membros das comunidades nas quais trabalham, e são um reflexo delas; portanto, são um elo essencial entre as respectivas comunidades e os sistemas de saúde. Estão bem posicionados para ajudar a superar barreiras de acesso e equidade (4). Os governos nacionais e subnacionais podem destravar esse potencial:

- **Identificando os papéis de contribuição dos ACSs em cada estágio** da operacionalização de vacinas contra a COVID-19.
- **Contando e vacinando os ACSs na alocação inicial das vacinas** como parte da força de trabalho essencial de saúde, oferecendo máximo apoio à resposta à COVID-19 e à continuidade dos serviços essenciais de saúde.
- **Reconhecendo e remunerando os ACSs** proporcionalmente às tarefas realizadas e às qualificações. Os ACSs vinculados a sistemas de saúde com remuneração regular, supervisão dedicada e acreditação estão em excelente posição para apoiar uma resposta efetiva à pandemia e prevenir eventos futuros.
- **Considerando a representatividade dos agentes comunitários de saúde** em comitês nacionais de coordenação (NCC - *national coordination committees*) e grupos subnacionais de planejamento, assim como sua possível contribuição com conhecimento das comunidades.
- **Garantindo capacitação apropriada** (5–10) e **supervisão constante** para os ACSs que prestam serviços relativos à COVID-19, principalmente para novas funções e tarefas.

Eles criam uma ponte entre os prestadores de serviços sociais, comunitários e de saúde e as comunidades que podem ter dificuldade de acesso a esses serviços. *Updating the International Standard Classification of Occupations* (ISCO). Draft ISCO-08 Group

Definitions Occupations in Health. ILO; 2012 (<https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/docs/health.pdf>, acesso em 6 de março de 2021).

1 Os ACSs fornecem educação em saúde e encaminhamentos para uma ampla gama de serviços, e prestam suporte e assistência às comunidades, às famílias e aos indivíduos com medidas preventivas de saúde e acesso a serviços sociais e de saúde apropriados.

1. Introdução

Este guia destina-se a apoiar os governos nacionais na elaboração de um plano nacional de implementação e operacionalização (NDVPs) para vacinas contra a COVID-19, definindo responsabilidades, necessidades e oportunidades de contribuição dos agentes comunitários de saúde (ACSs)².

Esta nota foi baseada e estruturada no documento *Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines* [Orientação para a elaboração de um plano nacional de implementação e operacionalização de vacinas contra a COVID-19](1). Ao fornecer considerações relevantes sobre ACSs para a Ferramenta VIRAT (2), este documento visa apoiar os governos nacionais na elaboração de NDVPs robustos para introdução das vacinas contra a COVID-19, que aproveitem as ferramentas de operacionalização, implementação e monitoramento de base comunitária atualmente disponíveis.

1.1 Materiais de base

Para informações de base sobre a COVID-19, consulte o Capítulo 1 dos documentos *Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines* [Orientação para a elaboração de um plano nacional de implementação e operacionalização de vacinas contra a COVID-19] (1), *SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination* [Esquema de valores do SAGE para alocação e priorização da vacinação contra a COVID-19](11) e *WHO SAGE Roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines in the context of limited supply* [Roteiro do SAGE da OMS para priorização de uso das vacinas contra a COVID-19 em um contexto de oferta limitada](12).

A OMS, a UNICEF e a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (IFRC - *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*) também publicaram a orientação provisória *Guidance on community-based health care in the context of the COVID-19 pandemic* [Orientação sobre atenção comunitária à saúde no contexto da pandemia de COVID-19] (13). Além disso, a orientação provisória da OMS *Interim guidance on health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response* [Orientação provisória sobre políticas e gerenciamento da força de trabalho em saúde no contexto da resposta à pandemia de COVID-19] (4) define, em termos gerais, as possíveis responsabilidades dos ACSs durante a pandemia de COVID-19, incluindo a prestação de serviços essenciais de saúde.

A partir do início de 2021, a maioria das vacinas candidatas em avaliação clínica requer duas doses para alcançar imunogenicidade e eficácia ideais. O documento *landscape analysis of COVID-19 vaccines in clinical development* [análise de panorama das vacinas contra a COVID-19 em desenvolvimento clínico] (14) é atualizado periodicamente.

1.2 Atualizações de documentos e limitações

A primeira autorização de uso para vacinas contra a COVID-19 foi concedida no final de 2020, com vacinas adicionais previstas para o início de 2021. Espera-se que as vacinas sejam enviadas logo após a autorização, embora as quantidades iniciais ainda sejam limitadas (1).

Considerando-se a rápida evolução do desenvolvimento das vacinas contra a COVID-19, esta orientação baseia-se em informações disponíveis até março de 2021 e será atualizada à medida que novas informações forem disponibilizadas. Os requisitos das vacinas (incluindo cadeia de frio e manuseio),

2 Conforme definido pela ILO International Standard Classification of Occupations (ISCO), os ACSs são um grupo ocupacional distinto (ISCO 3253).

instituições financiadoras e características dos sistemas de saúde em âmbito nacional, terão um impacto significativo nas estratégias mais eficazes que os países poderão adotar para implementar as vacinas contra a COVID-19. Sempre que possível, são descritas considerações relevantes para diferentes cenários potenciais.

O documento foi elaborado após a leitura de orientações e evidências específicas sobre imunização, recursos humanos para a saúde, ACSs e COVID-19, incluindo documentos importantes sobre vacinas contra a COVID-19, prevenção e controle de infecção (PCI), engajamento comunitário e força de trabalho em saúde. Um grupo interorganizacional composto por pontos focais da OMS e do UNICEF e especialistas da sociedade civil em saúde comunitária forneceu um parecer de que as orientações explícitas carecem de maior granularidade ou estão vinculadas a conhecimentos em evolução sobre a recente implementação global da maior campanha de vacinação já realizada.

Este documento será adicionado ao portal [WHO Country Readiness and Deployment portal](#) [Portal de Prontidão e Operacionalização dos Países] (15) da OMS, que contém orientações, ferramentas e treinamento para apoiar a operacionalização de vacinas contra a COVID-19. O portal inclui a ferramenta [COVID-19 Vaccine Introduction and Deployment Costing Tool](#) [Ferramenta de Cálculos dos Custos de Introdução e Operacionalização das Vacinas contra a COVID-19] (16).

Neste documento, falamos sobre as possíveis funções dos ACSs durante a implementação das vacinas contra a COVID-19. Juntamente com o pacote geral de materiais de treinamento e capacitação fornecidos pelas equipes de Prontidão e Administração dos Países, esta nota fornece opções aos países de como incorporar e tirar proveito dos recursos comunitários dentro de seus Planos Nacionais de Implementação e Operacionalização de Vacinas (em inglês, *National Deployment and Vaccination Plans*, ou NDVPs).

1.3 Público-alvo

Este documento destina-se aos Ministérios da Saúde, com apoio dos escritórios nacionais da OMS e do UNICEF.

2. Funções principais dos agentes comunitários de saúde na implementação das vacinas contra a COVID-19

Os agentes comunitários de saúde geralmente têm funções críticas na introdução de uma nova vacina, incluindo planejamento, identificação de grupos-alvo, engajamento e mobilização das comunidades, prestação de serviços, rastreamento e acompanhamento.

Juntamente com outros profissionais comunitários, os ACSs são interlocutores essenciais, com seus conhecimentos sobre a prestação de serviços de saúde de “última milha”, experiência em promoção de aceitação e adesão às vacinas, assim como sua experiência e vivência compartilhadas, que promove confiança e credibilidade nas comunidades. Definir e custear claramente a contribuição dos ACSs dentro do NDPV ajudará os governos e os encarregados do planejamento da implementação, em todos os níveis, a determinar a escala, velocidade e complexidade envolvidas na implementação das vacinas contra a COVID-19.

A Seção 3.1 (Preparação para políticas públicas e regulamentação) inclui considerações críticas caso os governos nacionais pretendam considerar as implicações de se fornecer autorização temporária para os ACSs administrarem uma vacina específica contra a COVID-19. Outros prestadores de serviços devem ser conscientizados sobre a função dos ACSs, para facilitar um trabalho efetivo dentro das equipes interdisciplinares.

2.1 Planejamento e coordenação

- Incluir representantes dos ACSs nos comitês de planejamento nacionais e subnacionais.
- Incluir os ACSs como parte da primeira onda de vacinações da força de trabalho essencial em saúde.
- Definir e custear claramente a função dos agentes comunitários de saúde na implementação das vacinas.

A OMS recomenda que os comitês de coordenação nacional (em inglês, *National Coordinating Committees*, ou NCC), responsáveis pelo planejamento, pela coordenação e pela supervisão da implementação de vacinas contra a COVID-19, “sejam presididos pelo alto escalão dos Ministérios da Saúde, e tenham representatividade multissetorial do alto escalão de outros ministérios relevantes (por exemplo, bem-estar social, previdência, direitos das mulheres e igualdade de gênero, comunicação, finanças, transporte etc.), parceiros externos, representantes de prestadores de serviços do setor privado e organizações da sociedade civil, com autonomia para tomada de decisões” (1). Os trabalhadores da saúde, incluindo os ACSs, também devem estar representados nos NCCs, por meio dos respectivos diretórios de saúde comunitária ou equivalentes e/ou representatividade da sociedade civil.

Considerando-se o conhecimento dos ACSs sobre as comunidades em que atuam, sua presença nos NCCs, bem como em órgãos regionais e locais de tomada de decisões, certamente pode agregar valor (17). Os ACSs estão em uma excelente posição para conduzir pesquisas de opinião, grupos de foco e encontros da comunidade para antecipar as preferências relativas à estratégia e aos locais de vacinação, maximizar a adesão e combater prontamente a desinformação, de modo a reduzir a relutância.

Eles estão em uma boa posição para participar do microplanejamento com outros trabalhadores da saúde e partes interessadas, desenvolvendo e executando estratégias para alcançar as pessoas fora dos contextos clínicos (principalmente aqueles que são itinerantes, “difíceis de encontrar”, ou que possam ter dificuldade de se deslocar até um local fixo) e identificar idosos ou outros grupos-alvo na comunidade. Suas contribuições podem servir para embasar processos de microplanejamento nos âmbitos subnacional, institucional e local, para a distribuição de vacinas contra a COVID-19.

2.2 Identificação das populações-alvo

A vacinação contra a COVID-19 para adultos pode estabelecer novos programas para a vacinação de adultos ou aproveitar os programas semelhantes já existentes. As populações mais vulneráveis são as mais difíceis de vacinar, devido à falta de contato com o sistema de saúde; os ACSs talvez já estejam em contato com essas pessoas e podem ajudar a identificar esses grupos “ocultos”, inclusive pessoas com comorbidades (18). Evidências iniciais de rastreamento de contatos de COVID-19 indicam que o conhecimento abrangente dos ACSs tem valor “inestimável” para a superação de dificuldades de rastreamento e pode ajudar a encurtar o tempo de deslocamento até o local de vacinação, levando a melhores resultados (19).

Com treinamento adequado, os ACSs também podem conduzir campanhas itinerantes e coleta de dados, idealmente por meio de plataformas e ferramentas existentes (20), com a introdução da vacina contra a COVID-19 servindo de catalisador para o fortalecimento dos mecanismos existentes, com o potencial de expandir o uso dos sistemas digitais:

- **Previsão:** em alguns casos, a previsão de estoque é prejudicada pelo fato de que o Programa Expandido de Imunização (em inglês, *Expanded Programme on Immunization*, ou EPI) usa estimativas populacionais provenientes de censos desatualizados; e os níveis de reabastecimento geralmente não são compatíveis com as populações reais. O registro e mapeamento de domicílios realizados pelos ACSs melhoram a capacidade de previsão, informando denominadores mais precisos.
- **Rastreamento:** identificar e localizar populações-alvo, assegurando a identificação de “populações ocultas e de alto risco”. Os registros eletrônicos de imunização (REV) podem identificar falhas na cobertura. Os ACSs podem acompanhar pacientes que ainda não concluíram sua vacinação (21). Independentemente da existência de REV na comunidade, os ACSs podem trabalhar em estreita colaboração com os estabelecimentos de saúde adequados para acompanhar pacientes não comparecentes e solucionar as lacunas de cobertura.
- **Identificação:** a distribuição de vacinas com múltiplas doses requer verificação de identidade e acompanhamento longitudinal. Em muitos casos, os ACSs são interlocutores de confiança, que podem ajudar a identificar as pessoas nas comunidades em que atendem, para assegurar que os indivíduos façam realmente parte dos grupos-alvo e que ninguém receba menos ou mais doses do que o necessário.

Um esquema de dados compartilhados para administração de vacinas está atualmente em desenvolvimento.

2.3 Aceitação e adesão às vacinas

Os ACSs são essenciais para atividades de engajamento com líderes e decisores das comunidades e promovem mudanças no âmbito comunitário trabalhando dentro da dinâmica social e das estruturas institucionais e sociais.

A eficácia dos programas de vacinação, incluindo a administração de vacinas contra a COVID-19, depende da adesão e aceitação de vacinas pela população, obtidas por meio de uma série de estratégias (22). Também requer confiança, algo que muitos ACSs já conquistaram em suas comunidades. Evidências globais mostram que ACSs desempenham um papel importante na promoção e aceitação das

vacinas: seja pelo diálogo e engajamento da comunidade, pela educação, pela geração de confiança, pelo combate a mitos, pela escuta social on-line e off-line ou pela facilitação da entrada na comunidade (23).

Existem esforços globais coordenados para espalhar informações incorretas (não intencionalmente) e informações falsas (informações incorretas criadas e compartilhadas com a intenção de causar danos) sobre as possíveis vacinas contra a COVID-19 (24). A infodemia e a desconfiança no trabalho de vacinação contra a COVID-19 são fenômenos globais, que afetam os países em graus variados (25–30), exigindo gestão em multicamadas, comunicação de risco, comunicação social e com o intuito de mudar comportamentos e esforços para engajamento das comunidades.

Isso inclui coordenação e alinhamento das partes interessadas com os jornalistas e os meios de comunicação, além de escuta social que sirva de base para estratégias e mensagens contextualmente adequadas de divulgação de informações.

As estratégias de divulgação multinível e de diálogo bidirecional podem englobar uma série de meios de comunicação contextualizados por público, monitorados e adaptados ao longo do tempo, para que sejam identificados receios, motivos para desconfiança, mitos e boatos, e para que estes sejam adequadamente esclarecidos e solucionados. O engajamento comunitário e a mobilização social serão fundamentais para atender às necessidades contextualmente específicas de comunidades em todo o mundo.

Uma abordagem abrangente de educação sobre vacinas, engajamento e consentimento informado requer excelente comunicação interpessoal por parte de fontes confiáveis de informações sobre saúde. Quando bem treinados e adequadamente apoiados, os ACSs podem revelar e compreender percepções, crenças e barreiras individuais e comunitárias, e abordá-las com soluções baseadas em evidências e contextualmente apropriadas (“combate a mitos”) (31).

2.4 Mobilização comunitária para prestação de serviços

Considerando-se o custo e a possibilidade de receber vacinas que requeiram cadeia de ultrafrio e outras considerações logísticas, os países podem optar por usar locais fixos para operacionalização das vacinas. Em países com infraestrutura limitada de serviços de saúde, sem refrigeração e com um número significativo de contextos rurais/remotos, a manutenção efetiva da cadeia de frio pode não ser viável. Os ACSs podem mobilizar populações-alvo e acompanhá-las até os centros de vacinação (32).

Se houver vacinação itinerante, os ACSs também podem providenciar transporte, acomodação e alimentação para os vacinadores e identificar locais adequados e propícios para o alcance das populações, garantindo-se medidas adequadas de distanciamento e PCI (17). Como membros da comunidade, os ACSs estão em uma excelente posição para conduzir o trabalho de verificação de identidade e agendamento.

As evidências quanto ao uso de ACSs treinados e supervisionados na administração de vacinas contra a COVID-19 ainda são insuficientes, inclusive em locais fixos onde existam profissionais de saúde para atender a eventos adversos. A questão está sendo analisada, e os autores estão monitorando continuamente as experiências de países em que essa função está sendo atribuída aos ACSs.

2.5 Rastreamento e acompanhamento da operacionalização das vacinas

Os ACSs podem ajudar a superar desafios no alcance de uma alta cobertura vacinal de novas populações, realizando o registro de pacientes (33), acompanhando a entrega das vacinas e os intervalos entre doses, monitorando os eventos adversos pós-vacinação (EAPV) e direcionando as pessoas com

EAPVs para os serviços de saúde (34, 35). Estudos controlados sugerem que os ACSs têm um papel fundamental na identificação, no acompanhamento e na condução de indivíduos não comparecentes aos serviços de vacinação (35, 36).

Atividade	Funções dos Agentes Comunitário de Saúde
Planejamento e coordenação	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contribuir com o seu conhecimento sobre a prestação de serviços de saúde de “última milha”, promovendo a aceitação e adesão às vacinas, e com sua experiência em mobilização comunitária, inclusive garantindo a representatividade dos ACSs em NCCs e equipes subnacionais de planejamento. ■ Realizar enquetes, grupos de foco e encontros comunitários relativos às vacinas, como parte do processo preparatório/de planejamento.
Identificação das populações-alvo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mapear as localizações dos grupos-alvo prioritários dentro das comunidades a serem vacinados na primeira onda de vacinação e outros conforme mais vacinas estiverem disponíveis, além de registrar os domicílios para assegurar um trabalho mais preciso de previsão (37).
Aceitação e adesão às vacinas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ouvir feedback da comunidade e monitorar as conversas na comunidade. Com base na escuta social, trabalhar para ganhar confiança, combater mitos e/ou facilitar a entrada e a aceitação nas comunidades-alvo (ou seja, geração de demanda). ■ Mobilizar os influenciadores comunitários, como professores, grupos de jovens, grupos de mulheres e homens e organizações comunitárias, para criar um ambiente propício à adesão e aceitação da vacinação contra a COVID-19. ■ Engajar as comunidades em um diálogo contínuo para promover a vacinação COVID-19, ganhar a confiança da comunidade e fornecer informações sobre saúde pública e medidas sociais, como o uso de máscaras, a lavagem das mãos e o distanciamento físico.
Rastreamento e acompanhamento da operacionalização das vacinas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Os ACSs podem mobilizar populações-alvo e acompanhá-las até os locais de vacinação. ■ Durante as campanhas de vacinação itinerante, identificar locais mais propícios para o alcance das populações-alvo e, se possível, identificar opções de acomodação e alimentação para os vacinadores que precisarem passar a noite no local. ■ Ajudar na verificação da situação vacinal e no agendamento.

3. Recursos humanos para a saúde: como otimizar funções e apoiar o sistema

De acordo com os princípios norteadores do SAGE da OMS, que os países devem seguir durante o planejamento e a implementação de uma nova vacina, é indispensável assegurar recursos financeiros e humanos suficientes para garantir a continuidade de serviços de saúde essenciais paralelamente à administração das vacinas.

Conforme observado nas orientações para o desenvolvimento de NDVPs (1), uma série de atividades são necessárias para alinhar requisitos, políticas e apoio aos recursos humanos em saúde. A otimização do papel dos ACSs nas equipes interdisciplinares de trabalhadores da saúde deve incorporar os seguintes princípios e atividades de preparação e resposta.

3.1 Preparação para políticas públicas e regulamentação

- Criar políticas e regulamentos de apoio para reconhecer e remunerar os ACSs.
- Personalizar as tarefas de acordo com o contexto local.
- Emitir isenções de práticas regulatórias por períodos limitados para tarefas relevantes.
- Inscrever os ACSs na força de trabalho regular dos sistemas de saúde.

Em alguns países, os ACSs rotineiramente administram medicamentos intramusculares (5–10, 38). Em situações em que os governos nacionais avaliam a viabilidade de os ACSs administrarem uma vacina específica contra a COVID-19, isso deve ser amplamente apoiado por: treinamento em manuseio e administração de vacinas, bem como manejo de eventos adversos; supervisão – consulte os módulos disponíveis no OpenWHO (39); e fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados. Os ministérios talvez precisem solucionar dúvidas de outros grupos profissionais no que diz respeito à capacitação e ao treinamento, à estrutura de supervisão e à concorrência econômica percebida.

3.2 Recursos e financiamento

- Definir claramente os processos e os custos envolvidos no engajamento dos ACSs.

Os custos que devem ser orçados para todas as funções incluem treinamento antes e durante a atuação; operacionalização; insumos, inclusive artigos para higiene das mãos e EPIs; supervisão e gestão de desempenho; e remuneração. Embora vários dos investimentos para a rápida implementação das vacinas sejam os mesmos necessários para fornecer serviços essenciais de saúde e criar ou reforçar a infraestrutura para prevenir a próxima pandemia, ainda serão necessários recursos adicionais. As vacinas contra a COVID-19 não devem afetar os orçamentos de outros serviços essenciais de saúde, incluindo a vacinação de rotina.

Ferramentas existentes, como a [Community Health Planning and Costing Tool](#) [Ferramenta de Planejamento e Custeamento de Saúde Comunitária] do UNICEF/Management Sciences for Health [MSH] (40), [COVID-19 Vaccine Introduction and Deployment Costing Tool](#) [Ferramenta de Custeamento da Introdução e Operacionalização das vacinas contra a COVID-19](16) e [Improving immunisation coverage and equity through the effective use of geospatial technologies and data landscape analysis](#) [Como melhorar a cobertura vacinal e a equidade por meio do uso efetivo de tecnologias geoespaciais e análises de panorama de dados] da GAVI/UNICEF(41) podem ajudar a estabelecer estimativas rápidas de custos em todos os domínios relevantes.

3.3 Treinamento e supervisão

Com a evolução dos conhecimentos e da disponibilidade de vacinas, os Ministérios da Saúde e NCCs podem identificar suas necessidades em termos de recursos humanos, preparar materiais de ensino e modalidades de treinamento e delinear os requisitos para uma supervisão de apoio.

Os ACSs, que provavelmente refletem a população geral, podem ter opiniões localizadas e subjetivas, que contrastam com os conhecimentos de saúde pública.

Em um treinamento on-line para 1.100 ACSs em Moçambique em setembro de 2020 (42), somente 48% responderam corretamente que a propagação inter-humanos da COVID-19 se dá pelo contato com uma pessoa infectada, quando esta tosse ou espirra próximo de outra pessoa; 42% responderam que a COVID-19 é uma doença de ricos, que não afeta os pobres; enquanto 38% responderam que essa afirmativa era falsa; e 20% não tinham certeza.

Serão necessários programas de educação e ensino baseados em competências e adaptados ao contexto, para preparar os ACSs e suas comunidades para campanhas de vacinação, com ênfase na importância de se prevenir a propagação da COVID-19; no uso e descarte de EPIs; nas vacinas contra a COVID-19; nas habilidades interpessoais e de comunicação; e no engajamento da comunidade.

A OMS está desenvolvendo (1):

- ferramentas para quantificar os trabalhadores da saúde necessários para as equipes de vacinação;
- um pacote de treinamento on-line para [trabalhadores da saúde](#) (39) e [pontos focais nacionais](#) (43);
- sala de aula e materiais de ensino combinados (slides, vídeos etc.);
- materiais de referência e apoio pós-aprendizagem (auxílios visuais de tarefas, listas de verificação e materiais de consulta resumidos).

Pode ser necessário traduzir e adaptar culturalmente os materiais para diversos trabalhadores, inclusive aqueles com baixa escolaridade. Evidências qualitativas sugerem que ACSs se sentem mais motivados a participar de atividades de treinamento se seu tempo for remunerado, e se receberem certificados ou outros tipos de reconhecimento após terem sido aprovados em competências relevantes, como forma de abrir portas em sua trajetória de carreira.

Os países também podem querer criar ou ampliar ferramentas digitais para treinamento e supervisão de apoio, além das fornecidas através do OpenWHO (43).

3.4 Contagem e vacinação de ACSs

- Incluir os ACSs nos recursos humanos para sistemas de informação de saúde, atualizando ou criando uma lista que, no mínimo, estratifique os ACSs de acordo com sua localização geográfica e competência.
- Incluir ACSs entre os trabalhadores essenciais de saúde priorizados para vacinação, com base em suas funções relativas à COVID-19 e à continuidade da prestação de serviços essenciais de saúde.

Os documentos [WHO SAGE values framework](#) [Esquema de valores do SAGE da OMS] (11), [WHO SAGE prioritization roadmap](#) [Roteiro de priorização do SAGE da OMS] (12) e [Fair allocation mechanism for COVID-19 vaccines through the COVAX Facility](#) [Mecanismo de alocação justa de vacinas contra a COVID-19 por meio do COVAX Facility](44) recomendam que os países priorizem os trabalhadores da saúde entre os primeiros grupos a serem vacinados.

A OMS reconhece que o grupo-alvo de trabalhadores da saúde, com base nas tarefas realizadas e não no vínculo empregatício, inclui os ACSs. Para operacionalizar a alocação inicial de vacinas para trabalhadores da saúde, os encarregados do planejamento devem acessar ou criar uma lista mestra ou, no mínimo, estimativas geograficamente estratificadas de ACSs.

Principalmente em países de baixa e média renda, os ACSs são informais, geograficamente dispersos e, muitas vezes, não são acreditados ou registrados nacionalmente. Os dados recolhidos para enumeração dos trabalhadores da saúde para vacinação prioritária podem aumentar os recursos humanos nacionais para sistemas de informações de saúde.

Contar e vacinar os ACSs tem implicações críticas de capital. Predominantemente mulheres e de classe socioeconômica mais baixa, os ACSs costumam receber menos atenção e recursos do que outros trabalhadores da saúde, mas, em muitos contextos, eles são o primeiro ponto de atendimento para populações vulneráveis em geral, e, particularmente, para gestantes, crianças e bebês. As campanhas de vacinação frequentemente envolvem os ACSs e grupos auxiliares (agentes comunitários de saúde “voluntários”), no curto prazo e de forma não remunerada, para apoiar a geração de demanda, o engajamento das comunidades, as campanhas itinerantes, bem como a educação das comunidades e o combate aos mitos. Apesar do seu papel importante, sua informalidade piora a desigualdade de condições e reforça os papéis estereotipados de gênero.

Caso os voluntários sejam solicitados a reforçar a capacidade para atendimento a picos de demanda no início da vacinação contra a COVID-19, deve-se fornecer remuneração, quando esse trabalho for prestado de forma regular. Voluntários não devem ser coagidos – do ponto de vista trabalhista – a desempenhar funções não remuneradas durante as campanhas de vacinação. A vacinação contra a COVID-19 é uma oportunidade de se corrigir isso e de se reforçar a equidade e os objetivos econômicos do fortalecimento do sistema de saúde.

Os trabalhadores da saúde envolvidos nas atividades de vacinação devem ser priorizados nos exercícios de quantificação de vacinas, inclusive aqueles que apoiam os ACSs, são geridos por organizações não governamentais ou fazem parte de grupos de voluntários (por exemplo, agentes comunitários de saúde remunerados e voluntários na Zâmbia; equipe remunerada de extensão de saúde e voluntárias do Exército de Mulheres pelo Desenvolvimento na Etiópia; 40.000 ACSs apoiados pelo BRAC em Bangladesh).

A precisão na alocação de recursos, na compra de vacinas, no planejamento de operacionalização e na medição de cobertura vacinal depende de dados desagregados precisos sobre os trabalhadores da saúde.

3.5 Prevenção e controle de infecção

Os países terão que planejar, contratar recursos e implementar atividades de PCI e de limpeza dos ambientes ao fornecer vacinação, incluindo uso apropriado dos EPIs recomendados pelos trabalhadores da saúde, disponibilidade de água, instalações para higiene e saneamento ou, no mínimo, estoques de álcool em gel. Para mais informações, consulte o treinamento sobre vacinação contra a COVID-19 para trabalhadores da saúde (45).

Os ACSs terão que usar máscaras cirúrgicas (46) se estiverem realizando vacinação contra a COVID-19. Para evitar que eventos de vacinação se tornem eventos de transmissão para populações de alto risco, é importante que os ACSs sejam treinados nas medidas de PCI definidas no documento *Aide memoire: infection prevention and control (IPC) principles and procedures for COVID-19 vaccination activities* [Auxílio de memória: princípios e procedimentos de prevenção e controle de infecção (PCI) para atividades de vacinação contra a COVID-19] (45); e que sejam implementadas medidas, incluindo higiene das mãos e respiratória, rastreamento de sintomas de COVID-19 (vacinadores e público), uso de máscaras pelo público, distanciamento físico e estratégias de gerenciamento de resíduos.

Serão necessários outros EPIs nas salas de vacinação, caso os trabalhadores da saúde precisem se proteger para lidar com eventos adversos relacionados às vacinas, evitando a exposição de pele não intacta ao sangue ou fluidos corporais, ou se houver algum caso suspeito de COVID-19 durante o processo de rastreamento (45).

Seja em locais fixos ou na comunidade, os ACSs podem mobilizar a comunidade para criar estações de PCI e apoiar as medidas de IPC (47).

3.6 Fortalecimento do sistema de saúde

A introdução de uma nova vacina oferece a oportunidade de melhorar não só o programa de imunização do país, mas também sistema de saúde de forma mais ampla. É uma oportunidade importante para se adotar uma perspectiva de gênero, equidade e direitos humanos, inclusive empoderando os ACSs, já que muitos deles são mulheres. Muitas das atividades realizadas para preparar, implementar e monitorar a introdução da vacinação contra a COVID-19 são as mesmas necessárias para se aumentar a eficiência na prestação de serviços de saúde de rotina.

ACSs profissionalizados e institucionalizados, que recebem remuneração regular, supervisão dedicada, acreditação e desenvolvimento profissional contínuo, estarão bem colocados para assumir as funções acima definidas – não só nesta pandemia, mas no futuro.

De acordo com o documento [WHO Guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes](#) [Diretriz da OMS sobre políticas e suporte ao sistema de saúde para otimizar os programas de agentes comunitários de saúde] (20) e com as recomendações do UNICEF (40, 48), os países podem aproveitar a oportunidade para conseguir uma força de trabalho em saúde bem treinada e motivada, e para avançar nas questões de gênero e equidade, alinhando:

- **Função e recrutamento:** os países devem definir, documentar e comunicar claramente a função que os ACSs desempenharão na implementação da vacina e como os ACSs serão recrutados/escolhidos para essas atividades.
- **Treinamento:** os ACSs devem receber treinamento inicial e contínuo sobre as funções que deverão desempenhar e sobre medidas de PCI.
- **Acreditação:** os conhecimentos/competências dos ACSs devem ser avaliados para garantir atendimento a um padrão mínimo antes que eles possam assumir qualquer função na vacinação contra a COVID-19, com definição das exigências de reavaliação, se necessário.
- **Equipamentos e insumos:** todos os insumos necessários, incluindo acesso a higiene das mãos, EPIs, itens para gerenciamento de resíduos, como caixas para perfurocortantes e auxílios visuais de tarefas, devem estar disponíveis aos ACSs e ser monitorados continuamente, para se reduzir o risco de períodos longos de desabastecimento (45). Como pré-requisito, os ACSs devem ser desobrigados de realizar atividades de vacinação contra a COVID-19 na ausência de EPIs adequados.
- **Supervisão:** Os ACSs envolvidos em campanhas de vacinação, assim como em qualquer outro trabalho, devem ser apoiados por supervisores dedicados e capacitados, com treinamento em medidas de PCI.
- **Incentivos/remuneração:** os ACSs devem ser remunerados para fazer esse trabalho com um salário competitivo em relação às referências no mercado de trabalho nacional (pelo menos um salário-mínimo, se não mais competitivo). De acordo com a Diretriz da OMS sobre ACSs (20), eles não devem ser remunerados predominantemente com incentivos baseados em desempenho.
- **Envolvimento da comunidade:** os ACSs devem ser incentivados a participar de um diálogo contínuo com as comunidades sobre problemas de saúde, inclusive usando os dados que conseguirem reunir.
- **Oportunidade de progressão:** oportunidades de progressão na carreira devem existir para os ACSs que tiverem um bom desempenho durante as atividades da campanha de vacinação.
- **Dados:** os ACSs devem documentar visitas domiciliares e atividades de vacinação em um formato padronizado (preferencialmente digital) que possa ser prontamente analisado pelos supervisores, no-

tificado aos sistemas de monitoramento e avaliação do setor público, e compartilhado com as comunidades.

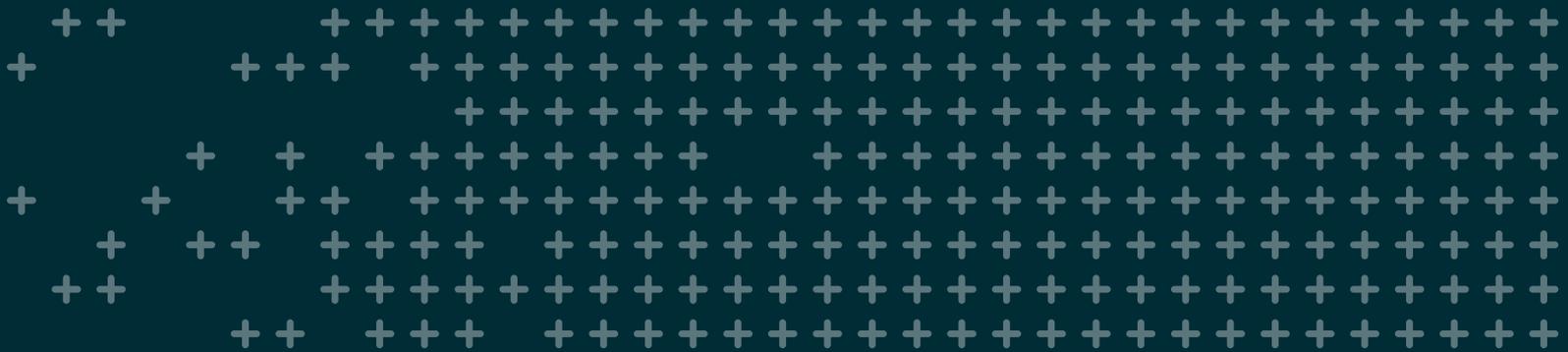
- **Integração com o sistema de saúde:** o papel dos ACSs nos trabalhos de vacinação deve ser reconhecido como parte do sistema de saúde formal, ou seja, deve haver políticas definindo suas funções, suas tarefas e sua relação com o sistema de saúde. O orçamento nacional de saúde deve incluir as disposições adequadas.

4. Referências

1. Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines. [Orientação para a elaboração de um plano nacional de implementação e operacionalização de vacinas contra a COVID-19]. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccine_deployment-2020.1, acesso em 8 de março de 2021).
2. COVID-19 Vaccine Introduction Readiness Assessment Tool. [Ferramenta de Avaliação da Prontidão para a Introdução de Vacinas contra a COVID-19] Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336188>, acesso em 8 de março de 2021).
3. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. [Acompanhamento da cobertura universal de saúde: relatório de monitoramento global de 2017]. Geneva: World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development/World Bank; 2017 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/, acesso em 8 de março de 2021).
4. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response. [Políticas e gerenciamento da força de trabalho em saúde no contexto da resposta à pandemia de COVID-19.] Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020.1, acesso em 8 de março de 2021).
5. Malarcher S, Meirik O, Lebetkin E, Shah I, Spieler J, Stanback J. Provision of DMPA by community health workers: what the evidence shows. *Contraception*. 2011;83(6):495-503. doi: 10.1016/j.contraception.2010.08.013.
6. Chin-Quee D, Bratt J, Malkin M, Nduna MM, Otterness C, Jumbe L et al. Building on safety, feasibility, and acceptability: the impact and cost of community health worker provision of injectable contraception. *Glob Health Sci Pract*. 2013;1(3):316-27. doi: 10.9745/GHSP-D-13-00025.
7. Olawo AA, Bashir I, Solomon M, Stanback J, Ndugga BM, Malonza I. "A cup of tea with our CBD agent ...": community provision of injectable contraceptives in Kenya is safe and feasible. *Glob Health Sci Pract*. 2013;1(3):308-15. doi: 10.9745/GHSP-D-13-00040.
8. Abdul-Hadi RA, Abass MM, Aiyenigba BO, Oseni LO, Odafe S, Chabikuli ON et al. The effectiveness of community based distribution of injectable contraceptives using community health extension workers in Gombe State, Northern Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2013;17(2):80-8.
9. Hoke TH, Wheeler SB, Lynd K, Green MS, Razafindravony BH, Rasamihajamanana E et al. Community-based provision of injectable contraceptives in Madagascar: 'task shifting' to expand access to injectable contraceptives. *Health Policy Plan*. 2012;27(1):52-9. doi: 10.1093/heapol/czr003.
10. Stanback J, Mbonye AK, Bekiita M. Contraceptive injections by community health workers in Uganda: a nonrandomized community trial. *Bull World Health Organ*. 2007;85(10):768-73. doi: 10.2471/blt.07.040162.
11. SAGE Values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination. [Esquema de valores do SAGE para alocação e priorização de vacinas contra a COVID-19] Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299>, acesso em 8 de março de 2021).
12. WHO SAGE Roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines in the context of limited supply. [Roteiro do SAGE da OMS para priorização de uso das vacinas contra a COVID-19 no contexto de oferta limitada] Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>, acesso em 8 de março de 2021).
13. Guidance on community-based health care in the context of the COVID-19 pandemic. [Orientação sobre saúde comunitária no contexto da pandemia de COVID-19] Geneva: World Health Organization and UNICEF; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1, acesso em 8 de março de 2021).
14. Draft landscape and tracker of COVID-19 candidate vaccines. [Panorama preliminar e monitor de vacinas candidatas contra a COVID-19] Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>, acesso em 8 de março de 2021).
15. COVID-19 vaccine country readiness and delivery. [Prontidão e administração de vacinas contra a COVID-19 nos países] Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax/covid-19-vaccine-country-readiness-and-delivery>, acesso em 8 de março de 2021).
16. COVID-19 vaccine introduction and deployment costing tool (CVIC tool). [Ferramenta de custeamento da introdução e operacionalização das vacinas contra a COVID-19 (ferramenta CVIC)] Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/10665337553>, acesso em 8 de março de 2021).
17. Training for mid-level managers (MLM): Module 2: Partnering with communities. [Treinamento para gerentes de nível médio: Módulo 2: Parcerias com as comunidades] Geneva: World Health Organization; 2008 https://www.who.int/immunization/documents/MLM_module2.pdf, acesso em 8 de março de 2021).

18. Patel AR, Nowalk MP. Expanding immunization coverage in rural India: a review of evidence for the role of community health workers. *Vaccine*. 2010;28(3):604–613 (<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2009.10.108>, acesso em 8 de março de 2021).
19. Mueller U, Omosehin O, Akinkunmi A, Ayanbadejo J, Somefun E, Momah-Haruna A. Contact tracing in an African megacity during COVID 19: lessons learned. *Afr J Reprod Health*. 2020;24(2) (<https://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/199062>, acesso em 8 de março de 2021).
20. Guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. [Diretriz sobre políticas e suporte ao sistema de saúde para otimizar os programas de agentes comunitários de saúde] Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf>, acesso em 8 de março de 2021).
21. Inau E. Common functional user requirements for electronic registries supporting the provision of contraceptive methods. Deggendorf Institute of Technology, Germany; 2019 (https://figshare.com/articles/thesis/Common_Functional_User_Requirements_for_Electronic_Registries_Supporting_the_Provision_of_Contraceptive_Methods/13550567, acesso em 8 de março de 2021).
22. Pandey P, Sehgal AR, Riboud M, Levine D, Goyal M. Informing resource-poor populations and the delivery of entitled health and social services in rural India: a cluster randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;298(16):1867–1875. doi:10.1001/jama.298.16.1867.
23. Kuhn L, Zwarenstein M. Evaluation of a village health worker programme: the use of village health worker retained records. *Int J Epid*. 1990;19(3):685–692 (<https://doi.org/10.1093/ije/19.3.685>, acesso em 8 de março de 2021).
24. Smith R, Cubbon S, Wardle C. Under the surface: Covid-19 vaccine narratives, misinformation and data deficits on social media. First Draft. 2020 (https://firstdraftnews.org/wp-content/uploads/2020/11/FirstDraft_Underthesurface_Fullreport_Final.pdf, acesso em 8 de março de 2021).
25. Kasstan B. Vaccines and vitriol: an anthropological commentary on vaccine hesitancy, decision-making and interventionism among religious minorities. *Anthropol Med*. 2020;1–9. doi: 10.1080/13648470.2020.1825618.
26. Chou WYS, Budenz A. Considering emotion in COVID-19 vaccine communication: addressing vaccine hesitancy and fostering vaccine confidence. *Health Commun*. 2020;35(14):1718–1722. doi: 10.1080/10410236.2020.1838096.
27. Du F, Chantler T, Francis MR, Sun FY, Zhang X, Han K et al. The determinants of vaccine hesitancy in China: a cross-sectional study following the Changchun Changsheng vaccine incident. *Vaccine*. 2020;38(47):7464–7471. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.09.075.
28. Hou Z, Du F, Zhou X, Jiang H, Martin S, Larson H et al. Cross-country comparison of public awareness, rumors, and behavioral responses to the COVID-19 epidemic: infodemiology study. *J Med Internet Res*. 2020;22(8):e21143. doi: 10.2196/21143.
29. Wilson SL, Wiysonge C. Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health*. 2020;5:e004206.
30. Lazarus JV, Ratzan SC, Palayew A, Gostin LO, Larson HJ, Rabin K et al. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nat Med*. 2021;27:225–228 (<https://doi.org/10.1038/s41591-020-1124-9>, acesso em 8 de março de 2021).
31. Conducting community engagement for COVID-19 vaccines: interim guidance. [Como obter engajamento comunitário para as vacinas contra a COVID-19: orientação provisória] Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccination-community-engagement-2021.1>, acesso em 8 de março de 2021).
32. Saleh A, Kahn M, Cash RA. Beyond the rhetoric of equity: will the frontline healthcare workers who serve the poor be prioritized for the COVID vaccine? Washington (DC): Center for Global Development; 2020 (<https://www.cgdev.org/blog/beyond-rhetoric-equity-will-frontline-healthcare-workers-who-serve-poor-be-prioritized-covid>, acesso em 8 de março de 2021).
33. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: What do we know about them? Geneva; World Health Organization; 2007 (https://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf, acesso em 8 de março de 2021).
34. Nabirye J, Okwi LA, Nuwematsiko R, Kiwanuka G, Muneza F, Kanya C et al. Health system factors influencing uptake of human papilloma virus (HPV) vaccine among adolescent girls 9–15 years in Mbale District, Uganda. *BMC Pub Health*. 2020;20(171) (<https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-020-8302-z>, acesso em 8 de março de 2021).
35. Snidal S. Lessons learned from Uganda: delivering HPV vaccines to hard-to-reach girls. Clinton Health Access Initiative; 2018 (<https://www.clintonhealthaccess.org/lessons-learned-uganda-delivering-hpv-vaccines-hard-reach-girls/>, acesso em 8 de março de 2021).
36. Brugha RF, Kevany JP. Maximizing immunization coverage through home visits: a controlled trial in an urban area of Ghana. *Bull World Health Organ*. 1996;74(5):517–524.

37. Establishing and strengthening immunization in the second year of life: practices for vaccination beyond infancy. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260556/9789241513678-eng.pdf>, acesso em 8 de março de 2021).
38. Ethiopia launches human papillomavirus vaccine for 14 year old girls. Addis Ababa: WHO Regional Office for Africa; 2018 (<https://www.afro.who.int/news/ethiopia-launches-human-papillomavirus-vaccine-14-year-old-girls>, acesso em 8 de março de 2021).
39. OpenWHO: COVID-19 vaccination training for health workers. [OpenWHO: treinamento sobre vacinação contra a COVID-19 para trabalhadores da saúde] Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://openwho.org/courses/covid-19-vaccination-healthworkers-en>, Acesso em 8 de março de 2021).
40. Community Health Planning and Costing Tool. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://www.unicef.org/documents/community-health-planning-costing-tool>, acesso em 8 de março de 2021).
41. Improving immunisation coverage and equity through the effective use of geospatial technologies and data. GAVI, the Vaccine Alliance and UNICEF. 2020 (https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/GIS-and-Immunisation-Landscape_EN.pdf, acesso em 8 de março de 2021).
42. Skoll Foundation. Answering the call: how VillageReach's COVID 411 campaign fights the pandemic with innovative mobile solutions. 2020 (<https://skoll.org/2020/07/30/answering-the-call-how-villagereachs-covid-411-campaign-is-fighting-the-pandemic-with-innovative-mobile-solutions/>, acesso em 8 de março de 2021).
43. OpenWHO: Orientation to national deployment and vaccination planning for COVID-19 vaccines. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://openwho.org/courses/covid-19-ndvp-en>, acesso em 8 de março de 2021).
44. Fair allocation mechanism for COVID-19 vaccines through the COVAX Facility. [Mecanismo de alocação justa de vacinas contra a COVID-19 por meio do COVAX Facility] Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/fair-allocation-mechanism-for-covid-19-vaccines-through-the-covax-facility>, acesso em 8 de março de 2021).
45. Aide-memoire: infection prevention and control (IPC) principles and procedures for COVID-19 vaccination activities. [Auxílio de memória: princípios e procedimentos de prevenção e controle de infecção (PCI) para atividades de vacinação contra a COVID-19] Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338715>, acesso em 8 de março de 2021).
46. Mask use in the context of COVID-19: interim guidance. [Uso da máscara no contexto da COVID-19: orientação provisória] Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337199>, acesso em 8 de março de 2021).
47. Miller NP, Milsom P, Johnson G, Bedford J, Kapeu AS, Diallo AO et al. Community health workers during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *J Glob Health*. 2018;8(2):020601. doi:10.7189/jogh-08-020601.
48. Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM). Updated program functionality matrix for optimizing community health programs. Community Health Impact Coalition, Initiatives Inc., UNICEF, USAID; 2018 (<https://www.unicef.org/media/58176/file>, acesso em 8 de março de 2021).



OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

