



Health  
Residencies  
Journal (HRJ).  
2025;6(31):7-18

Artigos  
de Temas Livres

DOI:  
[https://doi.org/10.51723/  
hrj.v6i31.555](https://doi.org/10.51723/hrj.v6i31.555)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 10/03/2022

Aceito: 03/06/2025

## Processo de trabalho na vacinação contra SARS-CoV19 durante a pandemia: experiência de um *drive-thru*

### *Work process in vaccination against SARS-CoV19 during the pandemic: experience of a drive-thru*

Gabriela Lopes da Silva Lustosa<sup>1</sup> , Casandra Genoveva Rosales Martins Ponce de Leon<sup>2</sup> , Patricia Maria Fonseca Escalda<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Mestra em Ciências e Tecnologias em Saúde. Enfermeira na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, Brasil.

<sup>2</sup> Professora na Faculdade de Ceilândia/UnB, Ceilândia, Brasil.

**Correspondência:** [gabriela.lopes.lustosa@gmail.com](mailto:gabriela.lopes.lustosa@gmail.com)

---

## RESUMO

**Método:** com um relato de experiência e observação participante, que permite o conhecimento em profundidade de um dado fenômeno, sem contanto colocar a necessidade de contar a verdade ou todos os pontos de vista do que está sendo descrito, os postos de atuação foram descritos. **Resultado:** foram registrados de forma esquemática o *drive-thru* e os postos de atuação foram traduzidos em forma de figura. A estimativa do quantitativo de agentes necessários para processos de vacinação em massa está apresentado em forma de tabela. **Conclusão:** o *drive-thru* representa uma janela de oportunidade para vacinação de grandes contingentes humanos em tempos de pandemia.

**Palavras-chave:** Fluxo de trabalho; Programas de imunização; Recursos humanos; Vacinação em massa; Vacinação.

## ABSTRACT

**Method:** through a experience report and participant observation, which allows for in depth knowledge of a given phenomenon, without mentioning the need to tell the truth or all the points of view of what is being described, the acting position have been described. **Result:** were recorded schematically from the *drive-thru* and the actuation stations were translated into figure form. The estimate of the quantity of agents needed for mass vaccination processes is presented in a table. **Conclusion:** *drive-thru* represents a window of opportunity for vaccination of large human contingents in times of pandemic.

**Keywords:** Workflow; Immunization programs; Mass vaccination; Vaccination; Workforce.

---

## INTRODUÇÃO

As vacinas são, talvez, a melhor inovação tecnológica descoberta pelos pesquisadores para os seres vivos, tendo em vista que, ao longo de décadas, tem contribuído para a erradicação de certas doenças ou para o controle de outras morbidades.

No entanto, desde o início de 2020, o mundo parou, quase que em estado de choque, diante de um vírus “desconhecido” e altamente contagioso. Rapidamente vários grupos de pesquisadores e laboratórios iniciaram a maratona rumo à descoberta de uma vacina para oferecer à população mundial, pois este novo vírus estava espalhado por vários continentes.

Assim, a pandemia, anunciada em março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde, impôs uma série de restrições ao mundo e trouxe impactos econômicos. Tanto os países desenvolvidos, quanto os subdesenvolvidos, por causa das medidas de precaução de contato, necessárias ao combate do vírus, diminuíram o ritmo de trabalho, do comércio, sendo que o desemprego foi bem maior nos países subdesenvolvidos<sup>1</sup>. A maioria dos trabalhadores mais pobres continuou saindo de casa, para garantir o sustento dos familiares, bem como se expondo constantemente à infecção pelo coronavírus<sup>1</sup>.

Uma nova configuração da organização dos serviços de saúde no Brasil foi imposta, no sentido de atender a altíssima demanda de casos. No Distrito Federal, na rede pública hospitalar, vários ambulatórios foram deslocados para outros serviços, para atender à demanda de atendimento aos pacientes com covid-19. Com essa (re)organização, o processo de trabalho na área da saúde também teve que ser alterado, como, com nova configuração das escalas dos profissionais de saúde, dos serviços que compõem a atenção secundária, para cobertura do trabalho dos *Drive-thru* em vários locais da cidade de Brasília – DF, uma nova modalidade de atendimento desenvolvida na pandemia.

O conceito de processo de trabalho é uma categoria de análise em que, por meio de abstrações teóricas em conjunto com a observação da realidade do cotidiano de um serviço, é possível compreender alguns aspectos da realidade, como as práticas de saúde, cujo trabalho é a base da efetivação. É importante analisar os seguintes componentes: o objeto do

trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, examinados de forma articulada, porque a relação recíproca entre esses componentes configura um processo de trabalho dos profissionais de saúde<sup>2</sup>. Este conceito, refere-se ao cotidiano dos serviços, considerando a dimensão microscópica da prática dos trabalhadores, em que se reproduz toda a dinâmica do trabalho humano.

O setor de vacinas precisou inovar, implementando uma nova forma de praticar a assistência à população. Apesar de haver no Manual da Rede de Frio<sup>3</sup> uma menção à prática da imunização extramuros, esta abordagem não ocorre no sentido de capacitar ou instruir os profissionais de saúde para este processo de trabalho, mas apenas com o foco da preservação da qualidade dos imunobiológicos, olhando para os recursos materiais necessários ao armazenamento seguro das vacinas.

Assim, o processo de trabalho dos profissionais de saúde atuantes na “Sala de Vacinas”, quase se consolida na “imagem mental” de vacinação, como procedimentos de vacinação de rotina ou de campanhas, sendo pouco ou raramente propagado o procedimento de vacinação de bloqueios e intensificações<sup>3</sup>. Até na formação profissional, a ênfase dada no processo de ensino-aprendizagem, é para uma metodologia estática, passiva, em que os profissionais não precisam realizar a busca ativa pelos usuários que precisam ser vacinados, e a população que parte para a ação de deslocar-se ao serviço de saúde para obter a imunização. No entanto, a pandemia veio “sacudir” esta forma passiva, no entanto, efetiva, de realizar o trabalho da sala de vacinação na população brasiliense. Vários fatores contribuíram, efetivamente, para estas mudanças, como o isolamento da população. Com isso, muitas pessoas não saíram de casa, nem para atualizar seu calendário de vacinação.

Além do exposto, o Brasil teve inúmeras dificuldades de aquisição, armazenamento e de distribuição das vacinas para o SARS-CoV 19, disponibilizadas para a prevenção do coronavírus, além do atravessamento de questões políticas, recorrentes denúncias de corrupção, e estremecimento de relações diplomáticas com a China e a Índia, importantes pólos produtores dos Ingredientes Farmacêuticos Ativos (IFA), necessários à produção das vacinas pelo Instituto Butantã e pela Fiocruz. Esse cenário

foi antagônico ao Programa Nacional de Imunização, anteriormente referência em cobertura de vacinação no mundo.

Na contramão desse cenário, foi preciso investimento em tecnologias de saúde que acelerassem e organizassem a vacinação, uma vez que, ainda existem muitas lacunas no conhecimento, impondo enorme dificuldade para organização e execução do plano de vacinação, ainda mais com as dimensões continentais do território brasileiro. Portanto, a importância da vacinação não está somente na proteção individual, mas principalmente porque ela evita a propagação em massa de doenças que podem levar à morte ou a sequelas graves, comprometendo a qualidade de vida e de saúde da população em geral<sup>5</sup>.

O esforço para o controle da pandemia da SARS CoV 19 nos territórios exigiu, para a prevenção e controle, a adoção de medidas como o distanciamento social, o uso de máscara, a higienização das mãos, a testagem conforme as normativas da Organização Mundial da Saúde e a vacinação em massa. Para isso, houve organização dos serviços de saúde, garantindo a adesão do elevado contingente populacional a ser vacinado para SARS-CoV 19<sup>6,7</sup>.

Outra etapa importante foi a identificação da pessoa vacinada nos postos de vacinação, havendo a necessidade da criação de um sistema nominal simplificado e que conseguisse inserir os dados de forma oportuna, para acompanhamento da evolução da vacinação. Isso dependeu da organização dos serviços de saúde, no que diz respeito à implantação de sistemas nacionais de informação em saúde para esse fim. Nos sistemas de saúde em que a Atenção Primária à Saúde é organizada com base territorial, o cadastramento dos usuários acontece mais favoravelmente<sup>5</sup>.

A primeira documentação do uso de *drive-thru* para vacinação ocorreu no ano de 1995, quando o *Veterans Medical Center* em Dallas disponibilizou o serviço. A tecnologia se popularizou no Canadá. Em Londres, os usuários estacionavam embaixo de uma tenda, que os protegia da neve e dos grãos<sup>8</sup>. Nessa ocasião, a novidade foi grande, porque as pessoas podiam ser vacinadas, sem saírem dos veículos. Pessoas de todas as idades, imunossuprimidas e/ou cadeirantes tinham acesso ao serviço. Além disso, anteriormente, como as vacinações

aconteciam dentro dos estabelecimentos de serviços de saúde, o alcance das campanhas de prevenção era pequeno<sup>8</sup>.

Considerando a necessidade de produção e de compartilhamento de tecnologias de saúde para combater a pandemia do coronavírus e mais especificamente a necessidade de imunização da população como medida eficaz de controle do vírus da covid-19, esta pesquisa tem por objetivo descrever os processos de trabalho de um *drive-thru* de vacinação no Distrito Federal – Brasil.

## METODOLOGIA

A metodologia escolhida para este estudo foi a qualitativa, uma vez que permitia análise e a compreensão de um fenômeno em profundidade. Se parece com a fotografia de um momento, não tendo, portanto, pretensão de mostrar a verdade dos fatos de forma absoluta<sup>9,10</sup>. Não foram consideradas, para a pesquisa, as portarias que organizaram a escolha e montagem do *Drive thru*, nem foram realizadas entrevistas semiestruturadas ao longo do processo. Isso porque a pesquisa qualitativa pode mobilizar-se para o aprofundamento de acontecimentos que transformam a realidade.

Trata-se de um relato de experiência de uma enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que utilizou a observação participante como técnica de pesquisa de campo, a partir da observação do cotidiano de um *drive-thru* de vacinação em diferentes postos de trabalho em tempo de pandemia pelo SARS-CoV 19. A observação participante permite a busca de vários sentidos da realidade, a aproximação das pessoas, dos ambientes, das dinâmicas das relações, e do cotidiano dos serviços no caso desta pesquisa. Por meio da observação da situação concreta, permite ver os detalhes<sup>11</sup>. Além do exposto, a observação participante, como metodologia de coleta de dados, permitiu a construção de uma figura resumo da organização (que é fluida, porque depende dos trabalhadores de saúde do plantão e dos acordos estabelecidos entre todos). O período de observação aconteceu entre janeiro e novembro de 2021, no *drive-thru* do Parque da Cidade Sarah Kubitschek, que funcionou de segunda a sexta-feira das 9h às 17h, algumas vezes nos finais de semana.

Considerando o processo de trabalho como o cotidiano dos serviços de saúde, a descrição dos postos de trabalho neste artigo aconteceu por meio da captação da finalidade (objetivo da atividade – vacinação em massa); dos instrumentos (fichas, cartões de vacinação, carimbos, canetas, pranchetas, lápis, borracha); além de estratégias de comunicação (banners, cartazes) para a educação de saúde dos usuários, referente às medidas de precaução de contato e de precaução de aerossóis, à lavagem de mãos, às medidas de distanciamento social, ao período de janela imunológica, em que todas as medidas anteriores precisam ser tomadas como se o usuário não tivesse entrado em contato com o imunobiológico, ao que fazer no caso de reações adversas e a qual o serviço devem procurar; e por fim, do objeto de trabalho (as vacinas Coronavac, Astrazeneca, Pfizer e Janssen)<sup>2</sup>.

O trabalho vivo em ação, consequente da interação interpessoal dos trabalhadores entre si e com o usuário, é definido como tecnologia leve, tão necessário para a construção do trabalho em saúde<sup>2</sup>.

Osso et al.<sup>12</sup> coloca que o observador pode escolher comunicar a posição dele no universo da pesquisa. Neste trabalho, a pesquisadora optou por observações participantes (trabalhando do *drive-thru*) e encoberta, no sentido de haver comunicado apenas à chefia de que seria realizado um relato do que estava sendo vivenciado no posto de trabalho.

Outro ponto importante para este trabalho é a descrição dos dados e reflexões como um relato de experiência, que permite o compartilhamento de uma vivência ou experiência profissional com aporte teórico – o que permite a conexão com a observação participante, por não ser apenas uma experiência subjetiva e emocional do cotidiano do pesquisador. O relato de experiência permite a discussão, a troca e a proposição de ideias para os processos de trabalho de gestão em saúde. Revela os enfrentamentos e potencialidades, podendo indicar novos caminhos para a atuação neste campo prático da saúde<sup>13</sup>.

Este estudo visou dar respostas às seguintes questões: Como facilitar a compreensão das rotinas dos diferentes lugares de atuação para os novos servidores ou novos trabalhadores nos postos de vacinação *drive-thru* do estado do Distrito Federal? Qual o processo de trabalho dos postos de atuação dos

*drive-thru*? Quais são as funções e os instrumentos de trabalho de um *drive-thru*?

O processamento dos dados ocorreu por meio da descrição dos postos de atuação e construção da Figura 1, que resume e explica os processos de trabalho do *drive-thru* com utilização do *software* Microsoft Word® e do recurso “SmartArt”, sequencialmente descritos nos resultados da pesquisa.

A análise dos dados aconteceu à luz dos conceitos de processo de trabalho (com descrição dos objetos, instrumentos, finalidade e agentes), conforme mencionado anteriormente, além de outros conceitos ligados ao processo de trabalho em saúde e ao trabalho em equipe.

Por se tratar de relato de experiência do pesquisador, não houve necessidade de aprovação no Comitê de Ética, estando o estudo de acordo com as normas de participante da pesquisa com seres humanos, considerando as experiências dos pesquisadores responsáveis, ponderando os riscos e os benefícios do estudo, bem como sua relevância social, de acordo com a Resolução 466 de 2012<sup>14</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na vivência no *drive-thru* do Parque da Cidade, houve algumas diferenças e muitas dificuldades que foram contornadas pelo empenho dos trabalhadores, o que tornou o trabalho desgastante. Havia escalação de profissionais de toda a atenção secundária da região central, de diferentes setores, os responsáveis técnicos sabiam ou descobriam sua função no dia de trabalho, sem aviso prévio anterior, o que veio com o tempo (as escalas posteriormente passaram a serem feitas com a designação dos nomes dos servidores para o posto de atuação, por exemplo: Cláudia – aspiração).

A seguir, estão apresentadas as observações resultantes da convivência e de alguns acordos construídos em cada posto de trabalho. Elas embasaram a construção da Figura 1, resumo dos processos de trabalho durante a vacinação contra a covid-19. Na Figura 2, podemos ver fotografia referente à disposição das mesas e à própria organização do *drive-thru*. Por fim, na Figura 3, há representação esquemática do *drive-thru* com a disposição das mesas, dos profissionais, dos carros, ao que segue a descrição dos postos de atuação.



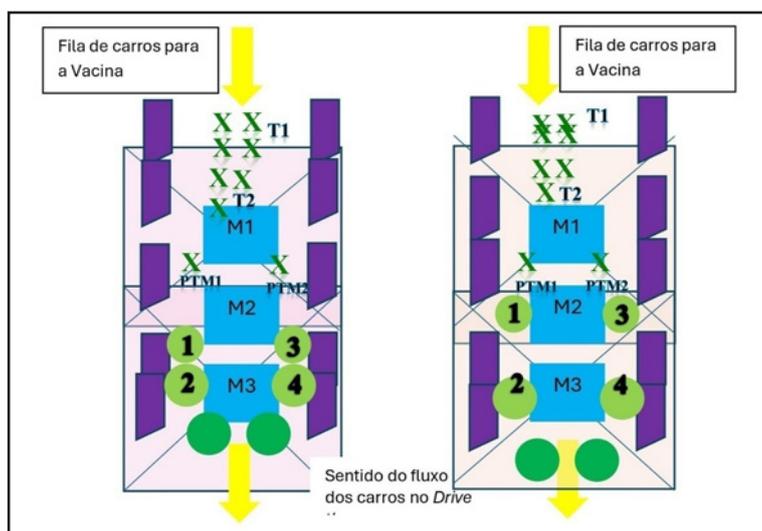
**Figura 1-** Processo de trabalho de um *drive-thru* segundo objetos, instrumentos e finalidade do trabalho, Brasília, 2021.

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Legenda: \* vacinou há menos de 30 dias? Teve febre nos últimos dias? Toma medicação imunossupressora? Está gestante? Explique sobre o imunizante a ser administrado, se necessário.



**Figura 2 -** Foto registro da dinâmica de trabalho do *drive-thru* no Parque da Cidade Sarah Kubitschek, 2021.



**Figura 3 -** Desenho esquematizado do fluxo de trabalho do *drive-thru*, 2021.

Legenda: As mesas 1, 2 e 3 têm funções distintas, podendo ser diferenciadas pela legenda:

● Aplicador 1 e 2; ● Vacinadores 1, 2, 3 e 4; X Profissionais: PTM1 e PTM2 – profissionais de transição da mesa 1 e 2; T1 e T2: profissionais da Triagem 1 e 2. Os trapézios roxos são os carros. Os itens serão descritos no texto a seguir.

## TRIAGEM (T1)

Neste ponto, os profissionais atuavam de acordo com os critérios estabelecidos pela Secretaria de Saúde da região, estabelecidos pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). Os profissionais de saúde circulavam no ambiente, indo até os veículos para recolher as fichas de identificação dos usuários que iriam ser vacinados. Cada usuário preenchia uma ficha com os dados de identificação (nome, CPF, telefone e endereço) e, quando havia necessidade de classificação por idade, comorbidades (informações exigidas, no Distrito Federal, na fase 1 e fase 2 de vacinação para doenças e comorbidades mais graves, como hipertensão, diabetes mellitus, doenças imunossupressoras, gravidez com complicações, puérperas, entre outras). Os profissionais deste posto iniciavam a organização, bem como a classificação para a vacinação. Esta equipe autorizava a passagem de 10 carros aproximadamente, e assim sucessivamente, permitindo que o trabalho dentro da tenda não ficasse estressado e a fila andava com fluidez. Uma parceria que se mostrou efetiva, foi informar ao DETRAN previamente, os *drive-thru* que estariam vacinando a Dose 1 e Dose 2. Desta forma, o próprio DETRAN direcionava a população para os locais de vacinação.

## TRIAGEM (T2)

Neste posto (mesa x), eram observadas as queixas e as dúvidas dos usuários sobre as vacinas, além de algumas questões relativas a poder ou não prosseguir com a vacinação.

A educação em saúde foi necessária para reforçar a importância dos cuidados, mesmo após a vacinação, para explicar o tempo necessário para o sistema imunológico obter uma resposta ótima para proteção contra a covid-19.

Profissionais circulantes em T1 e T2 não trocavam de postos.

## MESA (M1, M2, M3): UM DOS PONTOS NEVRÁLGICOS DA VACINAÇÃO

Quem estava na mesa precisava estabelecer “acordos” para acelerar as atividades, caso contrário, a vacinação inteira ficava travada. Neste ponto, foi preciso ter papéis claros e divididos, em uma organização de trabalho fordista. Uma das organizações efetivas, viáveis no *drive-thru*, foi ter dois trabalhadores senta-

dos, sendo cada trabalhador da mesa responsável por um vacinador (aplicador) apenas ou por dois vacinadores, no máximo; então, o nome do vacinador no cartão não era trocado e a distribuição de casos para cada aplicador ficava igual, promovendo agilidade.

Assim, após a inserção dos *tablets*, houve um ganho de segurança por parte dos pacientes, tendo em vista a inserção do usuário automaticamente no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), permitindo que houvesse o registro de qual imunizante e seu lote, vacinador, dose e dia da aplicação. Isso garantiu que o usuário tivesse o registro de que foi imunizado naquele dia. Este registro era importante para o caso de perda ou extravio do cartão de vacinação impresso, ou como forma de prevenção de que o usuário não antecipasse a próxima dose, ou que fosse vacinado com imunizante diferente do que recebeu na primeira dose.

## PROFISSIONAL DE TRANSIÇÃO

Neste ponto de atividade, a atenção era muito importante, porque existia o risco de vacinar o paciente com a dose ou a vacina errada. A logística da vacinação, organizada por outras coordenações, contribuiu para diminuir os erros, uma vez que, geralmente a vacina A não ficava na mesma caixa e, às vezes, nem na mesma tenda da vacina B, porém, esses cuidados foram levados em consideração, de forma a evitar erros na hora da vacinação.

Este é o ponto crucial da checagem dos documentos, do cartão de vacinação (preenchimento correto), do paciente certo, da dose certa, da vacina certa, para orientação de quando será a segunda dose e para o reforço da necessidade de continuar com os cuidados com o uso da máscara, do álcool 70% e do distanciamento social.

## ASPIRAÇÃO E APLICAÇÃO

Para vacinar, era preciso observar os cuidados com o uso dos Equipamentos de Proteção Individual, além da dose correta, do paciente correto, se os documentos já foram ou não entregues ao usuário e se o nome do vacinador que estava escrito no cartão era o correto. No momento da aplicação, era solicitado que o usuário desligasse o carro e que verificasse a dose do imunobiológico sendo aspirado, e a seringa vazia após a aplicação. Após a vacinação, o usuário era orientado a observar algum desconforto nas próximas

72h, além de procurar o posto de saúde próximo de casa na ocorrência de reações adversas, informando aos usuários que as reações que podiam ocorrer, que geralmente eram leves e se dissipavam rapidamente, como febre, coriza, diarreia e dor no corpo.

No momento de aspiração do imunobiológico, era importante manter observação constante na temperatura da caixa térmica onde ficavam os imunizantes. A verificação da temperatura da caixa térmica ocorria a cada uma hora, realizando o registro das temperaturas ambiente, máxima e mínima, respectivamente. Outro detalhe importante e que era realizado em equipe, era a abertura de um novo frasco do imunizante, pegava-se a quantidade de seringas, para a quantidade de doses correspondentes (padrão de 10 seringas por frasco de imunizante). Deste modo, era possível fazer a contagem mais acurada da quantidade de doses por cada frasco, sabendo que variavam entre 8 a 12 aplicações, dependendo do fabricante dos imunizantes.

## RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT)

O profissional que ficava como Responsável Técnico da atividade de saúde do *drive-thru*, acabava por vivenciar uma experiência pedagógica. Ele podia observar os conflitos relacionados à indefinição dos papéis em cada posto de trabalho e via a solução das questões surgidas a partir da construção dos acordos e parcerias entre os próprios trabalhadores dos postos, podendo determinar ou não o fluxo. Considerando a segunda opção, o RT podia atuar na facilitação do acordo e do estabelecimento da organização dos fluxos dos instrumentos. Logo, a presença de uma liderança “escutativa” facilitava para que o acordo entre os profissionais de saúde acontecesse. Outras ações deste profissional eram: organizar o processo de trabalho dos profissionais atuantes no *drive-thru*, orientar cada função, conferir ou fiscalizar a medição da temperatura das caixas térmicas dos imunizantes, verificar o estoque, compilar fichas de acordo com as idades, elaborar a estatística de aplicação de doses ao final do turno, juntamente com o coordenador do dia.

## COORDENAÇÃO

A função do coordenador era: organizar o processo de trabalho, gerenciar os conflitos internos de equipe, comunicar as orientações sobre os processos

de trabalho, organizar as doses remanescentes, conversar com a vigilância epidemiológica do hospital de referência, organizar o quantitativo de pessoal, orientar a população, nos casos de dúvida quanto ao imunizante e organizar a estatística das doses aplicadas no período com o RT.

Todos os dias pela manhã, aproximadamente 30 minutos antes de iniciar o trabalho, o coordenador, o responsável técnico e os trabalhadores se reuniam para rever e construir os acordos que iriam reger as atividades daquele dia, revisar o que não deu certo nos dias anteriores, por exemplo, quem iria ficar em cada posto de atuação, onde os imunizantes ficariam, quantas filas de *drive-thru* seriam abertas, se seriam utilizadas somente as fichas ou também os *tablets*, quais materiais ainda faltavam no *drive-thru*, como seria a distribuição das doses remanescentes e sua organização. Posteriormente, de acordo com as necessidades de vacinação, os trabalhadores se comunicavam com o RT e o coordenador para ajustes necessários, como reposição de imunizantes, controle de temperatura e, retirada de dúvidas.

Além das informações já apresentadas na Figura 1 referente ao processo de trabalho de um *drive-thru* segundo objetos, instrumentos e finalidade do trabalho, a seguir seguem os materiais necessários para a atuação do RT e do coordenador.

- Responsável Técnico  
Material: ficha de controle de doses, ficha de controle de temperatura, folha de registro de qual imunizante, lote e validade, prancheta, ficha de anotação da produtividade diária, lista de presença dos trabalhadores.
- Coordenador  
Material: prancheta, carimbo, caneta.

Ao final de cada período de vacinação, os coordenadores e os responsáveis técnicos divulgavam os números de vacinação do dia ou do período. Os *drive-thru* funcionavam das 9h às 17h, no entanto, os turnos de trabalho eram divididos das 8h às 12h30 e das 12h30 às 17h. Desta forma, a relação do dimensionamento de pessoal observado em dias de movimento leve (200 doses), moderado (até 400 doses) e intenso (de 500 a 1.200 doses) é apresentada na Tabela 1. Importante salientar que, nos dias de movimento moderado, poderia haver uma ou duas tendas e, no movimento intenso, eram necessárias duas tendas.

**Tabela 1** – Dimensionamento de pessoal para o processo de trabalho nos *drive-thru* de vacinação, Brasília, 2021.

	Leve	Moderado	Intenso
<b>Triagem 1</b>	2 a 3	3 a 4	3 a 4
<b>Triagem 2</b>	2 a 3	4 a 5	6 a 8
<b>Mesa (máx. 2 por mesa)</b>	2 a 3	4 a 6	6 a 8
<b>Profissional de transição</b>	1 a 2	2 a 3	3 a 4
<b>Aspirador</b>	1 a 2	2 a 3	3 a 4
<b>Vacinador</b>	2 a 3	3 a 5	6 a 8
<b>Total</b>	11 a 16	18 a 26	27 a 36

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

## DISCUSSÃO

Considerando o aprofundamento no conhecimento de tecnologias de cuidado em saúde, por meio da descrição do processo de trabalho de um *drive-thru* de vacinação em Brasília, cabe destrinchar uma ancoragem teórica que permita a reflexão sobre os postos de atuação.

Com relação ao momento de entrada no *Drive*, nomeada de “Triagem”, é interessante discutir sobre um estudo que captou a percepção dos usuários sobre a escuta durante o cuidado em saúde. Eles expressaram suas frustrações quando: não eram ouvidos pelos profissionais de saúde; suas opiniões expressas eram ignoradas ou desprezadas; eles se deram ao trabalho de pesquisar informações sobre sua condição de saúde e, ao apresentarem aos prestadores de cuidados de saúde, eles foram ou questionados sobre sua fonte ou a informação foi deixada de lado<sup>15</sup>. Portanto, era importante que o profissional de saúde conhecesse recursos educativos e detivesse conhecimento para que pudesse instruir e favorecer o conhecimento e o autocuidado do usuário.

O uso de uma abordagem colaborativa significava apenas relacionar nossa avaliação com os problemas sobre os quais o paciente desejava nossa ajuda. Portanto, o momento da “Triagem” foi um importante espaço de escuta rápida, com um diálogo sobre a doença “*covid-19*”, focado na necessidade de aprendizado do usuário e sobre a importância do cuidado consigo e

com os familiares dos usuários. Parecia contraditório, devido à necessidade da rapidez para que a vacinação fluísse, porém, existia espaço para a educação em saúde rápida e focada.

Outro ponto importante era garantir a segurança dos usuários em campanhas de vacinação, considerando alguns itens: a identificação do paciente, o cuidado limpo e seguro, a comunicação para que o usuário estivesse envolvido no seu próprio cuidado, a prevenção de quedas, a segurança na utilização de tecnologias, e a aplicação das normas da rede de frio para garantia da temperatura adequada no armazenamento dos imunobiológicos<sup>16</sup>.

A interprofissionalização refere-se à articulação de, pelo menos, dois profissionais de diferentes áreas profissionais para o desenvolvimento do cuidado em saúde<sup>17</sup> e a colaboração é entendida como um processo em que diferentes profissionais trabalham juntos para impactar positivamente no cuidado em saúde, portanto, requer a construção de consensos e de reconhecimento dos papéis de cada profissional envolvido na equipe. Ela, quando vivenciada em potência, por meio do trabalho em equipe, permite a segurança do paciente ao longo de todo o processo de vacinação<sup>15,18</sup>.

Sendo assim, o trabalho na “*mesa*” permitia a construção de objetivos de trabalho em conjunto, além da organização das tarefas de cada profissional e da conexão com os outros postos de atuação no *drive-thru*. Sullivan apud <sup>15</sup> definiu o termo “colaboração” como um processo dinâmico e transformador, que promove parceria de compartilhamento de poder para a aplicação na prática de cuidados de saúde, podendo também ser composto por processo, parceria, prática e resultados.

Além do espaço acima descrito, considerou-se necessários os períodos de reunião no início de cada turno de trabalho, descritas no espaço da função do coordenador, quem iniciava a atividade, mas geralmente todos contribuíam e organizavam a montagem do *drive-thru* para a abertura das filas.

Alinhando e aplicando os conceitos anteriores e considerando que as categorias profissionais envolvidas na construção do cuidado dos *Drives thru* eram técnicos de enfermagem, técnicos administrativos, técnicos em higiene dental, enfermeiros, assistentes sociais, médicos e dentistas com diferentes especializações, psicólogos, terapeutas ocupacionais

e fisioterapeutas, a construção dos acordos para que o processo de trabalho fluísse no posto de trabalho *drive-thru* era intenso, não sendo de fácil comunicação, tendo em vista os diferentes processos formativos e culturais do cuidado ao ser humano.

Geralmente no *drive-thru*, a comunicação era feita em reunião no início da manhã com toda a equipe presente e posteriormente, o responsável técnico e o coordenador continuavam observando os processos de trabalho individuais, ouvindo as queixas e dúvidas dos profissionais e fazendo os ajustes necessários sobre a atuação dos agentes, além das divisões e acordos com os agentes. Outro ponto a destacar, nos casos de alteração do horário da vacinação, da abertura de frascos retificados pela vigilância epidemiológica, as alterações eram comunicadas pelos coordenadores em voz alta, para que todos ouvissem.

A contribuição dos responsáveis técnicos e dos coordenadores era importante para a integração dos processos de trabalho. Uma equipe integrada tem comunicação efetiva, reconhece os trabalhos uns dos outros e suas especificidades, questiona a desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e respectivos agentes, constrói objetivos comuns, promove a tomada de decisão compartilhada, exerce autonomia profissional tomando em consideração a interdependência das diversas áreas e constrói um projeto assistencial comum, além de manter convivência do trabalho especializado e do trabalho comum compartilhado e colaborativo<sup>19</sup>.

Uma equipe que usa as habilidades, as competências e os recursos de todos os seus membros, planeja suas atividades, é sistêmica em seu processo decisório e de resolução de problemas e empenha-se para chegar à produtividade máxima<sup>19</sup>. Nem todas essas habilidades e competências eram observadas nos contextos de serviço, mas poderiam ser aplicadas.

Nesse período de trabalho, também pôde-se observar o cuidado e a observação dos postos de trabalho e da necessidade de colaboração dos colegas entre si, quando em alguns postos havia maior acúmulo de trabalho, como também algum colega necessitava parar, se alimentar ou ir ao banheiro, principalmente nos dias em que havia produtividade maior que 1.000 vacinações (geralmente quando havia mudança de idade ou de categoria de vaci-

nação). Outras ações de colaboração observadas foram o compartilhamento de lanches doados por amigos (microempresários) de quem estava trabalhando, compartilhamento entre os próprios colegas de trabalho. Então essas pequenas ações fortaleciam o clima de tranquilidade e de trabalho articulado entre os membros das equipes.

Desta experiência poder-se-ia extrair a discussão sobre as tecnologias leve, leveduras e duras para a constituição do cuidado em saúde. Exemplificando-as, as tecnologias leves se relacionam com a produção dos acordos que facilitam a agilidade na vacinação. A segunda diz respeito aos saberes técnicos das categorias profissionais envolvidas no cuidado, fabricando o trabalho vivo em ato. As últimas, tecnologias duras, correspondem às seringas, caixas de estoque, vacinas, algodão, os *tablets*, canetas, lápis, enfim, trabalho morto (porque já estava pronto e decorreu de desenvolvimento tecnológico prévio)<sup>2</sup>.

Nas tecnologias leves, o fator subjetivo era o elemento central do cuidado, mediado por ética, o trabalho era produzido imanentemente ao próprio processo, com os trabalhadores em relação. Havia liberdade em conjunto com a autonomia técnica em relação a quem estava envolvido no cuidado. “A subjetividade, portanto, é uma das muitas dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde”<sup>20</sup>.

Com relação ao trabalho da coordenação, as características necessárias para uma liderança colaborativa eram: permitir que houvesse a contribuição de outros colegas com o seu trabalho, buscar a entrada de outros nas suas decisões, pedir aos outros pontos de vista sobre o tratamento dos pacientes, delegar aspectos do trabalho para outros colegas e estabelecer metas de cuidado para os pacientes<sup>15</sup>.

Em alguns períodos de trabalho, pôde-se observar ausência da reunião no início do turno da manhã para explicar de forma geral o papel de quem trabalharia e das funções do *drive-thru*. Desse modo, não havia clareza do fluxo de informações e dos cartões de vacinação, nem divisão de quantos profissionais ficariam em cada posto de atuação. Então, ao longo do turno de trabalho, havia bastante atrito entre os profissionais, desarticulação entre as ações, velocidade diminuída de vacinação, clima de tensão e estresse. Outra pesquisa que descreve um *Drive*, mostra as articulações neces-

sárias para o bom andamento do serviço, incluindo o controle do tráfego de carros<sup>21</sup>.

Geralmente no período da tarde, não havia problema para a compreensão das funções, tendo em vista que havia a passagem de plantão de um profissional para o outro. Então, se pela manhã não havia clareza do que precisava ser feito, o restante do dia de trabalho ficava comprometido.

Outro fator que não podia ser desconsiderado no trabalho dos *drive-thru* era o contato com o usuário, considerando o ponto de vista das relações envolvidas e dos objetivos da equipe de saúde que podiam estar em acordo ou em desacordo com os dos usuários. Os coordenadores e os responsáveis técnicos orientavam a organização dos postos de trabalho, estavam em contato com a população para explicação sobre os critérios de vacinação, sobre as comorbidades e restrições relacionadas às etapas de vacinação.

No trabalho vivo em ato há essa riqueza de construção do cuidado e, considerando as dificuldades políticas, o trabalho da vacinação passou a ser um trabalho de convencimento da população, de utilização da educação em saúde para alertar sobre a proteção, independentemente do imunizante a ser administrado.

Era necessário explicar sobre as diferenças de risco de eventos adversos relacionados à coagulação e sobre a eficácia das vacinas. Isso constituía parte importante da atuação desses profissionais e de todos os outros que trabalhavam nos postos de vacinação, não somente nos *Drives*.

Para a segurança do paciente e do profissional, o nome do profissional aplicador era registrado no cartão de vacinação, o Cadastro de Pessoa Física do vacinador cadastrado no sistema da Secretaria de Estado ou Municipal de Saúde, o usuário tinha o direito de filmar e de ver o processo de aspiração, de aplicação e, posteriormente, o profissional devia mostrar a seringa vazia para o usuário.

Era importante ressaltar que a segurança do paciente precisava ser garantida durante todo o processo de trabalho da vacinação, portanto, permitir que o usuário participasse da produção do

cuidado ativamente era garantia da segurança do trabalho realizado.

## CONCLUSÕES

Embora o Programa Nacional de Imunização tenha experiência em vacinação desde a produção até a distribuição de diferentes imunizantes, o processo de trabalho da vacinação contra a covid-19 teve muitas peculiaridades.

Nos *Drives thru*, no DF, o desenvolvimento das tecnologias de trabalho para a vacinação de grande número de pessoas exigiu engajamento e colaboração entre profissionais da atenção secundária em diferentes regionais de saúde. A descrição do processo de trabalho neste estudo foi detalhada e procurou ser acessível para que outras pessoas leiam e seja possível a montagem de mais *drive-thrus* para a aceleração da vacinação de grandes contingentes populacionais.

Uma das limitações do estudo foi a falta de material que descrevesse os processos de trabalho de outros *drive-thrus*, além de outras metodologias de coletas de dados para controle do *bias* (juízo de valor) do pesquisador, o que foi contornado pelo período de observação dos processos, além da diversidade de participação de postos de trabalho da pesquisadora.

Recomenda-se que mais estudos quantitativos, por exemplo, sejam feitos para explicar com mais exatidão a quantidade de pessoas vacinadas e quais etapas do processo de trabalho tem influência sobre esse número. Também, que haja mais estudos qualitativos com a análise documental do ponto de vista da gestão para organização, além de entrevistas semiestruturadas para registro das vivências dos profissionais ao longo dos atendimentos, como o carinho dos pacientes, as recusas de receber a vacinação, o processo de orientação em saúde para escolha do melhor imunizante a ser aplicado.

Sendo assim, este estudo foi importante por mostrar uma tecnologia capaz de vacinar grandes contingentes populacionais, além de possibilitar a facilitação da capacitação de novas pessoas para trabalharem nos *drive-thrus*.

## REFERÊNCIAS

1. Silva DSC, Santos MB, Soares MJN. Impactos causados pela COVID-19: um estudo preliminar. *Revbea* [Internet]. 2020;15(4):128-147. Disponível em: <https://doi.org/10.34024/revbea.2020.v15.10722>
2. Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de rede de frio / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 144 p. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_rede\\_frio4ed.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rede_frio4ed.pdf)  
Acesso em: 27 agosto 2021.
4. World Health Organization. *Coronavirus (COVID-19) Dashboard* (<https://extranet.who.int/publicemergency>). Disponível em: <https://covid19.who.int/>  
Acesso em: 30 de junho de 2021.
5. Domingues CMAS. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet] 2021 [2021 jun 30]; 37 (1):e00344620. doi: 10.1590/0102-311X00344620.
6. Aquino EML et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [periódico na internet] 2020 [2020 jul 14]; 25 (suppl 1): 2423-2446. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: [https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2017/08/GUIA\\_SEGURANA\\_PACIENTE\\_ATUALIZADA-1.pdf](https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2017/08/GUIA_SEGURANA_PACIENTE_ATUALIZADA-1.pdf)  
Acesso em: 30 junho 2021.
8. Canadian Medical Association Journal (CMAJ). Drive thru, prevent flu. *CMAJ* [periódico na internet] 2003 Nov [cited 2021 may 22]; 169 (11). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC264973/>
9. Goldenberg M. Pesquisa qualitativa: problemas teórico metodológicos. *In: A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. RJ: Ed. Record, 2011.
10. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rj. Ed. Vozes, 2012.
11. Silva RM et al. Observação aplicada à pesquisa qualitativa. *In: Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações*. Sobral: Edições UVA; 2018. p.258-67. Disponível em: <https://portais.univasf.edu.br/medicina-pa/pesquisa/producao-cientifica/experiencias-qualitativas-ebook>  
Acesso em: 22 maio 2021.
12. Osso B, Berenguera A et al. Escuchar, observar y comprender: recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. *Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, IDIAP J. Gol; 2014.

13. Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares. Instituto de Ciências da Vida. Departamento de Nutrição. Instrutivo Para Elaboração De Relato De Experiência. Estágio em Nutrição em Saúde Coletiva, 2016. Disponível em:  
<https://www.ufjf.br/nutricaoqv/files/2016/03/Orienta%C3%A7%C3%B5es-Elabora%C3%A7%C3%A3o-de-Relato-de-Experi%C3%Aancia.pdf>  
Acesso em: 22 julho 2021.
14. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília (DF). Disponível em:  
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
15. Orchard CA. Persistent isolationist or collaborator? The nurses role in interprofessional collaborative practice. *Journal of Nursing Management* [periódico na internet] 2010 [cited 2021 Apr 23]; 18: 248-257. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01072.x.
16. Tertuliano GC, Maszlock VP. Segurança do paciente e sala de vacinas. *Revista Cuidado em Enfermagem* [periódico na internet] 2016 Jan [2021jul24]; 2 (2): 33-43, ISSN 24472913.
17. Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, v.2, 2012.
18. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice, *Journal of Interprofessional Care* [periódico na internet] 2018 [cited 2021 jul 05], 32 (1): 1-3, DOI: 10.1080/13561820.2017.1400150.
19. Peduzzi M, Leonello VM, Ciampone MHT. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Paulina Kurcgant. (Org.). *Gerenciamento em Enfermagem*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114.
20. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva* [periódico na internet] 2012 [2021 jul 14]; 6 (2).
21. Bayley LC et al. Successful Drive-thru Point-of-Distribution Influenza Vaccination Program for Veterans Affairs Medical Center Employees. *American Journal of infection control* [periódico na internet] 2020 Aug [cited 2021 sept 16]; 48 (issue 8): s.31. DOI:  
<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.06.201>

