

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Manual técnico-operacional

Campanha Nacional de
Vacinação para Eliminação
da Rubéola no Brasil, 2008

Manual técnico-operacional

Campanha Nacional de
Vacinação para Eliminação
da Rubéola no Brasil, 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica

Manual técnico-operacional

Campanha Nacional de
Vacinação para Eliminação
da Rubéola no Brasil, 2008

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília - DF
2008

© 2008 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2008 – 35.000 exemplares

Elaboração, edição e distribuição:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância Epidemiológica

Organização: Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações

Produção: Núcleo de Comunicação

Endereço:

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,

Edifício Sede, 1º andar, Sala 134

CEP: 70058-900, Brasília/DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs

Produção editorial:

Capa, projeto gráfico, diagramação e revisão: All Type Assessoria Editorial Ltda

Normalização: Convênio entre Ministério da Saúde e Fundação Universidade de Brasília

Apoio financeiro:

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Manual técnico-operacional: campanha nacional de vacinação para eliminação da rubéola no Brasil, 2008 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

92 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-334-1483-9

1. Vacinação. 2. Rubéola. 3. Síndrome da rubéola congênita. 4. Saúde pública. I. Título. II. Série.

CDU 614.47:659.111.31

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0504

Títulos para indexação:

Em inglês: Technical and Operational Manual: National Rubella Vaccination Campaign in Brazil, 2008

Em espanhol: Manual Técnico y Operacional: Campaña Nacional de Vacunación para Eliminación de Rubéola en Brasil, 2008

Sumário

1	Rubéola e Síndrome de Rubéola Congênita	7
2	Eliminação da Rubéola nas Américas	7
3	Situação epidemiológica da rubéola no Brasil	8
4	Campanha de vacinação para eliminação da rubéola no Brasil	13
4.1	Justificativa.	13
4.2	Objetivos	14
4.3	Meta.	14
4.4	População-alvo	15
4.5	Período da campanha.	15
4.6	Estratégias da campanha	15
4.7	Fases da campanha	16
4.8	Organização e planejamento	17
4.9	Microprogramação	18
4.10	Imunobiológicos, insumos e logística.	18
4.11	Vacinação segura	19
4.12	Mobilização social	21
4.13	Sistema de informação.	22
4.14	Capacitação	23
4.15	Supervisão	23
4.16	Monitoramento e avaliação	24
	Referências.	27
	Apêndices	29
	Apêndice A – Orientação ao vacinador e supervisor.	30
	Apêndice B – Roteiro para a microprogramação da campanha de vacinação para a eliminação da rubéola no Brasil.	37
	Apêndice C – Protocolo	54
	Apêndice D – Orientações para registro de doses aplicadas na campanha de vacinação contra rubéola.	62
	Apêndice E – Planilhas de supervisão da campanha.	71
	Apêndice F – Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais (MRC).	80
	Apêndice G – Perguntas e respostas.	84
	Apêndice H – Vacinação indiscriminada em campanhas de eliminação da rubéola	91

1 Rubéola e Síndrome de Rubéola Congênita

A rubéola é uma doença exantemática aguda, de etiologia viral, que apresenta alta contagiosidade. Clinicamente é caracterizada por exantema máculo-papular e puntiforme difuso, iniciando-se na face, couro cabeludo e pescoço se alastrando posteriormente para tronco e membros. Sua importância epidemiológica está relacionada ao risco de abortos, natimortos e malformações congênitas como cardiopatias, catarata e surdez, denominada Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) quando a infecção ocorre durante a gestação.

As formas inaparentes são freqüentes, entre 30 a 50% dos casos. O agente etiológico é o vírus pertencente ao gênero Rubivírus, família Togaviridae, que é transmitido por meio das secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas.¹

A incidência da SRC durante períodos epidêmicos é de 1 a 4 casos por 1.000 nascidos vivos. Estima-se que a incidência da SRC durante períodos endêmicos é 0.1 a 0.8 casos por 1.000 nascidos vivos.² Peckman calculou que a incidência média da SRC em anos não epidêmicos é 0,5 por 1000 nascidos vivos, com base em dados de incidência da surdez e da cardiopatia congênita atribuída ao vírus da rubéola.³

Os custos diretos e indiretos da SRC são muito elevados como resultado da necessidade de dispor de procedimentos diagnósticos e tratamento especializado, assim como pela cronicidade e pela severidade de suas manifestações.⁴ Estima-se que o custo da atenção médica de uma criança com SRC está entre 120 a 200 mil dólares durante toda sua vida. Este número seria incrementado se fossem considerados os custos diretos e indiretos que a incapacidade decorrente da SRC gera para a sociedade.^{5,6}

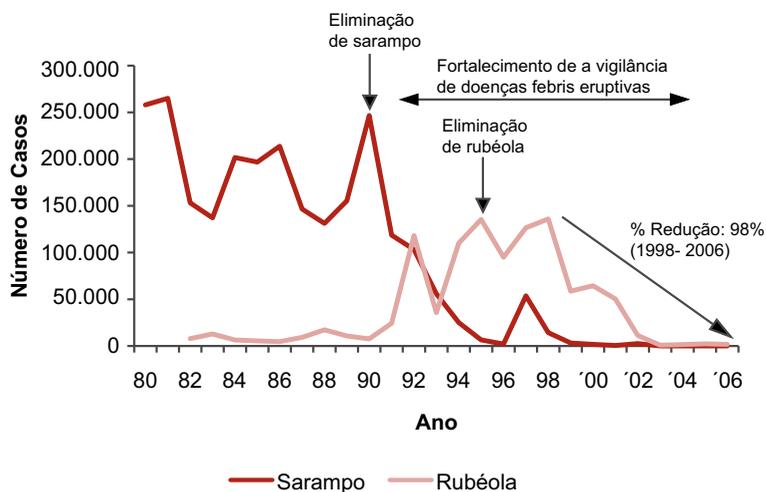
Diversos estudos demonstraram que sem uma estratégia de eliminação da rubéola seriam esperados 20.000 casos de SRC ao ano na Região das Américas. Pelo elevado custo associado à atenção de casos de SRC, alta eficácia e baixo custo da vacina contra a rubéola, o custo benefício da estratégia de vacinação é estimada em 12:1 (Intervalo 8:1 a 16:1).⁷

2 Eliminação da Rubéola nas Américas

Os países da região mostraram um progresso notável para a interrupção da transmissão endêmica do vírus da rubéola. No fim do ano de 2006, 40 países (91%) e territórios (o que representa 90% da população da região) haviam utilizado estratégias de vacinação de eliminação mediante campanhas de vacinação em massa de crianças que freqüentam a escola, adolescentes e adultos, destinadas a interromper rapidamente a transmissão do vírus da rubéola e prevenir a Síndrome da Rubéola Congênita.

O número de casos confirmados de rubéola diminuiu em 98% entre 1998 e 2006 (de 135.947 para 2.288). O número de casos confirmados da síndrome da rubéola congênita passou de 23 em 2002 para 10 casos em 2006 como demonstrados. A repercussão na redução da incidência de rubéola e da SRC foi mais observada nos países que vacinaram os homens e as mulheres em suas campanhas (Figura 1).

Figura 1. Impacto das estratégias de eliminação do sarampo e da rubéola nas Américas, 1980–2006



Fonte: OPAS/Ministérios de Saúde

Além de interromper a transmissão da rubéola, as campanhas de vacinação em massa contribuíram para a consolidação da eliminação do sarampo. Os 238 casos confirmados de sarampo ocorridos durante o ano de 2006 nas Américas ocorreram em países que ainda não haviam realizado ou concluído a campanha de vacinação em adolescentes e adultos.

A melhoria na vigilância laboratorial para a detecção e caracterização viral aumentou o conhecimento sobre os genótipos do vírus da rubéola endêmica na região. O genótipo mais freqüente é o vírus tipo 1C, seguido pelo do tipo 1E. Os genótipos 1G e 2B se vincularam aos casos importados nas pesquisas epidemiológicas.

A iniciativa de eliminação do sarampo e da rubéola fortaleceu a vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas. Em 1998, só 18 países (41%) e territórios notificaram os casos suspeitos de SRC, o percentual se elevou a 100% para 2003. Em 2005, os países começaram a notificar semanalmente os casos suspeitos de síndrome da rubéola congênita. Em 2006, foram notificados 1.227 casos suspeitos de SRC, 10 deles confirmados, o que supõe uma redução no ano de 2005, no qual foram notificados 1.952 casos suspeitos de síndrome da rubéola congênita e 20 casos confirmados.

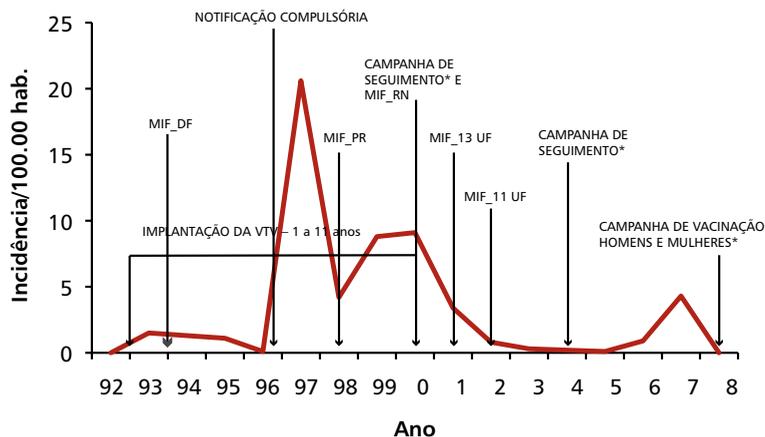
Durante a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana e 59ª sessão do Comitê Regional, realizada em outubro de 2007 em Washington D.C., foram reconhecidos os avanços alcançados e aprovada a formação de um Comitê Técnico responsável pela documentação e comprovação da interrupção da transmissão do vírus endêmico do sarampo e da rubéola nas Américas.

3 Situação epidemiológica da rubéola no Brasil

A estratégia que o Brasil utilizou para implantação da vacina tríplice viral foi a modalidade de campanhas estaduais realizadas de modo gradativo. Iniciando em 1992 teve sua implantação completada em todo país, no ano de 2000. Inicialmente a vacinação foi destinada a crianças de 1 a

11 anos de idade, posteriormente foram realizadas as campanhas para as mulheres em idade fértil – MIF (Figura 2).

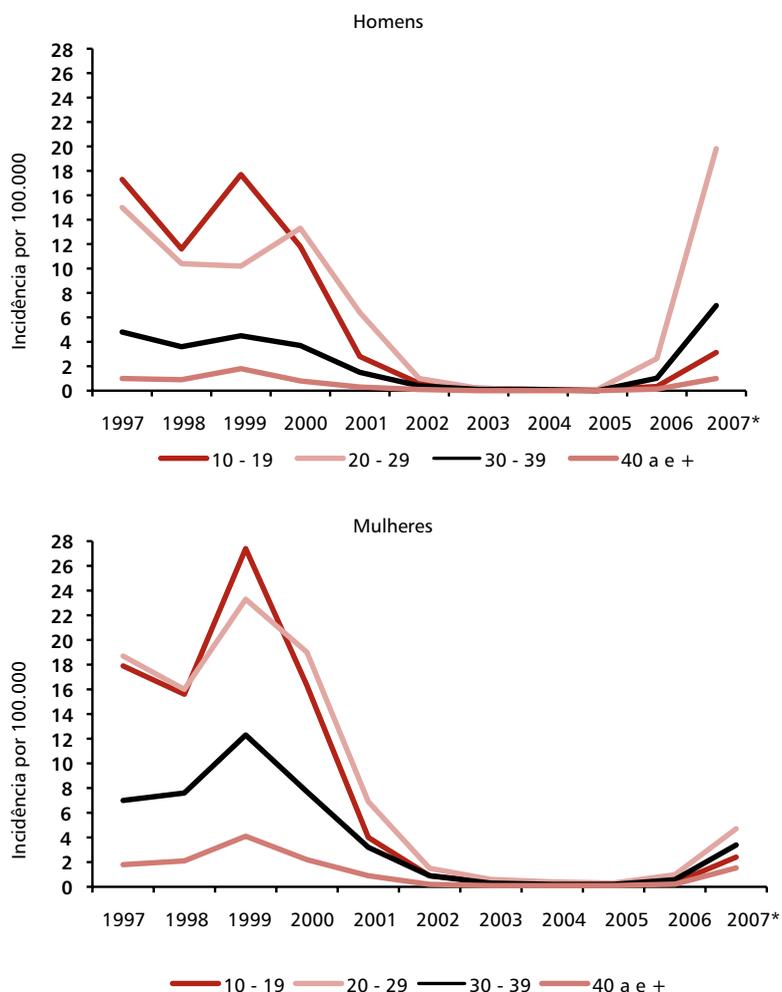
Figura 2. Estratégias de Controle e Incidência Anual da Rubéola – Brasil, 1992 – 2008



Fonte: SVS/MS

*Vacina DV e VTV

Como resultado da vacinação, foi reduzida a circulação do vírus da rubéola e identificada uma mudança no padrão de incidência da doença por grupos de idade (figura 3). A partir de 2001, a taxa de incidência de rubéola, em homens e mulheres, foi superior no grupo de 20 a 29 anos quando comparada com os grupos de menor idade. Esse deslocamento da susceptibilidade para os grupos em idade fértil é mantido até momento, com uma taxa inferior na população feminina.

Figura 3. Taxa de incidência por faixa etária segundo sexo. Brasil, 1997 – 2007*

Fonte: COVER/CGDT/DEVEP/SVS/MS

*Dados preliminares até SE 52/2007

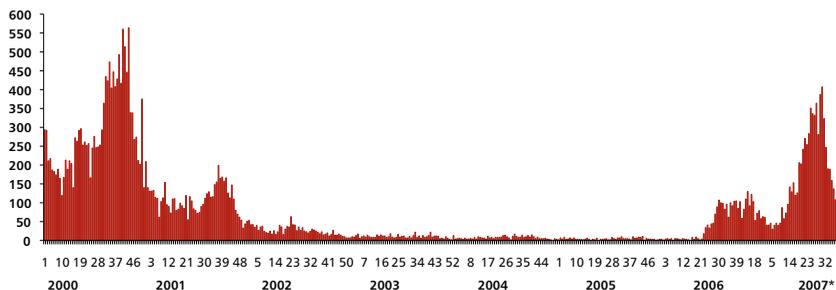
A faixa etária utilizada em 2007 é de 12 a 19 anos

A redução na incidência de rubéola em mulheres é o resultado das ações de vacinação realizadas no Brasil a partir de 2001, mediante um plano de vacinação em duas fases, usando a vacina Dupla Viral com o objetivo de acelerar a prevenção da SRC. A primeira fase foi executada em 13 estados em novembro de 2001, dirigida a 15 milhões de mulheres em idade fértil (MIF).⁸

A faixa etária a vacinar foi definida para cada Estado, mas, em geral, a população-alvo da campanha foi para mulheres de 12 a 39 anos de idade. A segunda fase ocorreu em outros 14 estados, em 2002. A cobertura vacinal das duas fases foi 93,5%, não foi homogênea em todos os municípios, acumulando um grupo de suscetíveis que contribuiu para o surto de rubéola em 2006 e 2007.

Esse conjunto de ações de vacinação dirigido a diversos grupos etários provocou importante redução na incidência da doença e modificou o ciclo dos surtos de rubéola. No entanto, com tais medidas, não se conseguiu interromper a circulação do vírus da rubéola, como se mostra na Figura 4.

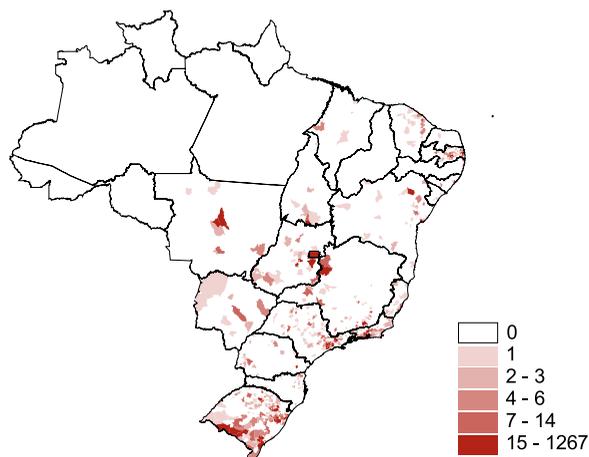
Figura 4. Distribuição dos casos confirmados de rubéola por semana epidemiológica, Brasil, 2000 – 2007*



Fonte: COVER/CGDT/DEVP/SVS/MS
*Dados preliminares até SE 52/2007

No ano de 2006, a partir da Semana Epidemiológica (SE) 33, houve aumento significativo do número de casos confirmados de rubéola. Os surtos ocorreram nos estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais. A disseminação do vírus ocorreu em todo o ano de 2007 afetando 20 dos 27 estados, totalizando 8.156 casos confirmados, distribuídos principalmente nas regiões Sudeste, Sul, Nordeste, e Centro-Oeste (Figura 5). O vírus identificado foi do genótipo 2B.

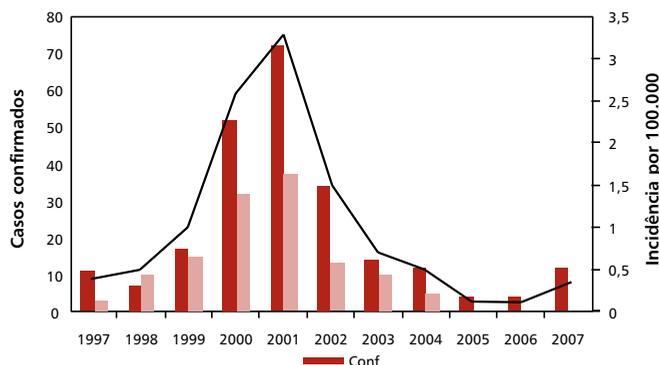
Figura 5. Unidades federadas com casos confirmados de rubéola, Brasil, 2007*



Fonte: COVER/CGDT/DEVP/SVS/MS
* Dados provisórios atualizados em 19/03/2008

Com relação à ocorrência de casos de SRC (Figura 6), a taxa mais elevada (3,3 por 100.000 crianças menores de 1 ano de idade) foi em 2001 com 72 casos confirmados. As estratégias de imunização para MIF reduziram o número de casos de SRC, entre os anos de 2002 e 2006, porém, em 2007, 12 casos foram confirmados pelo critério laboratorial.

Figura 6. Incidência e número de casos confirmados e compatíveis de SRC, Brasil, 1997 – 2007*



Fonte: SVS/MS

* Crianças < 1 ano, fonte: IBGE

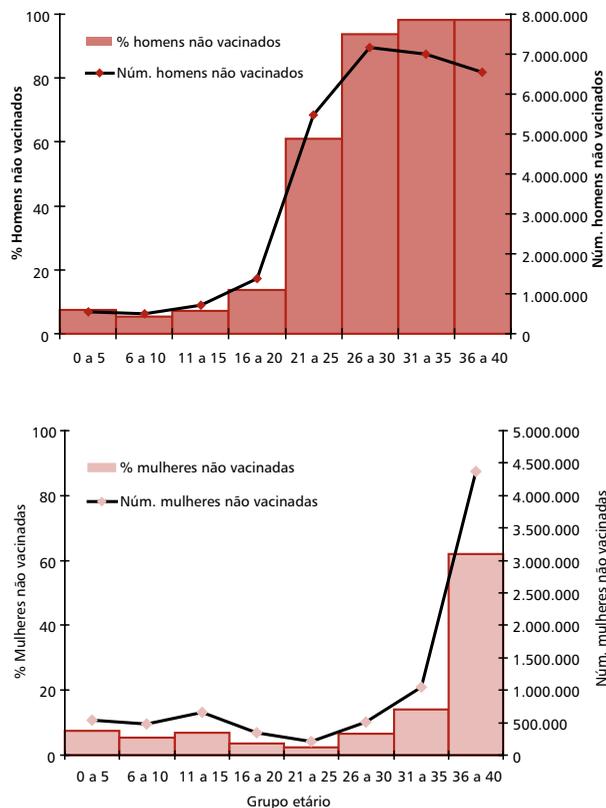
Em 2006, foi realizado no país um estudo da coorte não vacinada para rubéola. As análises foram realizadas utilizando a base de dados do SI-API (Sistema de Informação de Avaliação do Programa Nacional de Imunizações), que contém o registro das doses de vacina Dupla e Tríplice Viral aplicadas, agrupados por faixa etária de interesse e estratégias de rotina e Campanhas realizadas de 1997 a 2006.

Como denominador, foi empregada a população estimada pelo IBGE e calculada a cobertura vacinal administrativa por sexo, desde o ano de implantação da vacina contra rubéola até o ano de 2006. Tendo em vista que as faixas etárias alvo da vacina nas Campanhas iniciais e a implantação de TV na rotina foram diferentes por Estado, ou seja alguns introduziram a vacina em anos anteriores a 1997, as análises das coberturas das coortes foram realizadas, separadamente, para cada um dos Estados.

A Figura 7 mostra os dados em nível nacional, indicando que os grupos de não vacinados estão localizados na faixa etária acima de 20 anos de idade. Essa proporção é de 61% no grupo dos homens de 21 a 25 anos, e atinge o percentual de 94 a 98% a partir dessa idade. Apesar de se observar em mulheres uma menor proporção de não vacinadas, pois foram objeto das campanhas anteriores, é possível observar um acúmulo de “não vacinadas” que, no grupo de 36 a 40 anos, alcança uma cifra de 62% (n= 4.376.617 de mulheres).

A partir desses resultados, definiu-se que Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte irão vacinar a população de 12 a 39 anos de idade, de ambos os sexos.

Figura 7. Estimativa de número e porcentagem de pessoas não vacinadas* contra rubéola por faixa etária e sexo, Brasil, 2007



Fonte: SVS/MS
* Vacina DV e VTV

4 Campanha de vacinação para eliminação da rubéola no Brasil

4.1 Justificativa

Depois da eliminação da varíola, da certificação da eliminação da poliomielite, e da eliminação da circulação autóctone do vírus do sarampo, através da *Resolução CD44 R1* de setembro de 2003, os países das Américas estabeleceram, durante a 44ª reunião do Conselho Diretor da OPAS, a meta de “Eliminação da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)” nas Américas no ano 2010.

A análise da situação epidemiológica e a estimativa da coorte de população não vacinada, demonstrada no estudo desenvolvido no Brasil, definiu a necessidade de ser estabelecida a realização de uma campanha nacional de vacinação para homens e mulheres, tendo como objetivo final

esgotar a totalidade da população ainda suscetível, para que seja interrompida a circulação do vírus da rubéola no país.

A estratégia de Campanha, programada para agosto-setembro de 2008, terá como alvo a população de 69.700.329 homens e mulheres, onde se encontram uma grande proporção de não vacinados. As ações serão diferenciadas com relação às faixas etárias nos estados bem como quanto ao tipo de vacina aplicada. A orientação é de que a aplicação da vacina seja *indiscriminada*, independentemente do antecedente de vacinação ou doença.

Deverão receber a vacina Dupla Viral – DV (Sarampo e Rubéola), 61.875.626 *pessoas de 20 a 39 anos de todo o país*, e a vacina Tríplice Viral – VTV (Sarampo, Caxumba e Rubéola), 7.824.703 *pessoas de 12 a 19 anos* dos estados Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e toda a população indígena aldeada do país. Para a população indígena aldeada a vacinação será realizada de forma *seletiva*.

Para assegurar o êxito da campanha é preciso uma fase de organização e programação detalhada e execução durante cinco semanas. Fatores determinantes do êxito dessa campanha são: o apoio político e a organização por níveis de gestão, a microprogramação local com estratégias diferenciadas de captação da população (em estabelecimentos públicos e privados, transeunte, concentrada e casa a casa), o desenvolvimento de uma estratégia de mobilização e de comunicação social que sensibilize e informe a população-alvo da campanha, a garantia de vacinação segura e de respostas rápidas a crises, o desenvolvimento de sistemas de informação oportunos e o monitoramento e avaliação final de coberturas em todos os municípios.

A vigilância epidemiológica e laboratorial integrada do sarampo, rubéola e SRC serão estratégias que permitirão documentar a ausência de circulação do vírus e a consecução da meta de eliminação da rubéola para o ano de 2010.

4.2 Objetivos

- Interromper a transmissão endêmica do vírus da rubéola mediante a realização de uma campanha nacional de vacinação nas coortes dos homens e mulheres dos grupos de idade identificados com susceptibilidade à rubéola no Brasil.
- Atingir nos grupos de adultos os suscetíveis para o sarampo, para que se consolide a estratégia de eliminação dessa doença no Brasil.
- Alcançar a meta de eliminação da rubéola e SRC estabelecida para a Região das Américas para o ano 2010.

4.3 Meta

Alcançar coberturas de vacinação $\geq 95\%$ em todos os municípios do Brasil para os seguintes grupos de idade:

- Homens e mulheres de 20 a 39 anos das 27 unidades federadas do Brasil, vacinando com Dupla Viral (Sarampo e Rubéola).
- Homens e mulheres de 12 a 19 anos de cinco unidades federadas: Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte, vacinando com Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola).

4.4 População-alvo

Tabela 1. População-alvo da Campanha Nacional de Vacinação, Brasil 2008.

População-alvo (12-39 anos)	Homens	Mulheres	Total
População total	34.369.045	35.331.284	69.700.329
Faixa etária de 20 a 39 anos de idade, (DV contra Sarampo e Rubéola)	30.423.898	31.451.728	61.875.626
Faixa etária de 12 a 19 anos de idade, (VTV contra sarampo, caxumba e rubéola) MA, MG, MT, RJ, RN.	3.945.145	3.879.556	7.824.703

4.5 Período da campanha

A campanha será realizada durante o período de 9 de agosto a 13 de setembro de 2008 com duração de cinco semanas. O lançamento será no dia 9 de agosto com ampla mobilização e acontecerá simultaneamente com a segunda etapa do Dia Nacional de Vacinação contra a Poliomielite. Nesse dia, o enfoque da vacinação será a Vacinação da Família. O dia central da campanha nacional será no dia 30 de agosto de 2008, um sábado, para permitir que a população-alvo (idade economicamente ativa) possa ter acesso à vacinação.

A vacinação dos povos indígenas terá uma ação diferenciada, realizada no mês de abril. Essa estratégia vem sendo realizada anualmente para alcançar os povos que residem em locais de difícil acesso geográfico. O sucesso obtido nos últimos anos, através do resgate e vacinação de resíduo de suscetíveis permite demonstrar o avanço na proteção da população indígena.

A campanha na população indígena será seletiva e a vacina utilizada a Tríplice Viral. Para a população indígena as doses aplicadas a partir de janeiro de 2008 serão consideradas como doses de Campanha.

4.6 Estratégias da campanha

Considera-se que para o desenvolvimento da campanha nacional de vacinação será fundamental:

- Todas as esferas de gestão deverão assumir compromisso político com campanha como ação prioritária para saúde pública.
- Mobilização e participação ampla de todos os segmentos da sociedade.
- Articulação das instituições do setor saúde com as de educação, trabalho, turismo, empresas públicas e privadas, sociedades científicas e acadêmicas, entre outros.
- Organização e programação detalhada do plano de ação, até a microprogramação, por município, com acompanhamento dos planos locais.
- Implementação da campanha por fases, iniciando com a vacinação nos postos fixos e lugares de alta concentração, estendendo para a clientela institucionalizada. Posteriormente à campanha, realizar a vacinação casa a casa, quando indicada. A última estratégia pode ser complementada com monitoramentos rápidos de cobertura.

- Comunicação social efetiva para informar a população sobre a campanha e sensibilizar os não vacinados.
- Capacitação para assegurar que os profissionais das instituições de saúde (e de outros setores participantes da campanha), estejam aptos a desenvolver um adequado planejamento e implementação da campanha, garantindo a eficácia e a segurança da vacinação.
- Vigilância da vacinação segura realizada por profissionais identificados que permitirão dar respostas rápidas a situações específicas de crises, relacionadas a eventos supostamente atribuíveis à vacinação.
- Utilizar o sistema de informação oportuno que permita monitorar o avanço das coberturas e o alcance da meta de vacinação.
- Realização de monitoramento de cobertura em diferentes momentos da execução da campanha e avaliação das coberturas municipais.

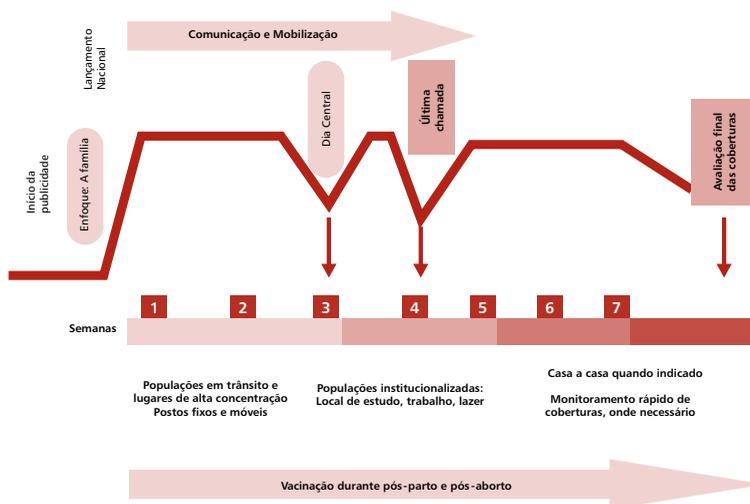
4.7 Fases da campanha

A Figura 8 ilustra que a primeira fase é dirigida a captar a população em lugares de concentração. Embora um período de execução de cinco semanas seja estabelecido, sua duração poderá variar segundo as características de concentração e/ou dispersão de populações nas comunidades urbanas e rurais.

O dia 30 de agosto será considerado o Dia Central e tem como finalidade mobilizar e identificar pessoas que não foram vacinadas até essa data. Por ser um sábado, a população-alvo (trabalhadores e estudantes) disporá desse dia para ter acesso ao serviço de vacinação.

A última semana da campanha terá uma chamada adicional dirigida à população que ainda não foi vacinada. Na etapa final, se realizará uma avaliação de coberturas como metodologia de verificação final do alcance da meta de vacinação nos municípios, de acordo com os resultados de análise local.

Figura 8. Estratégias e fases da campanha de vacinação para eliminar a rubéola, Brasil, agosto-setembro de 2008



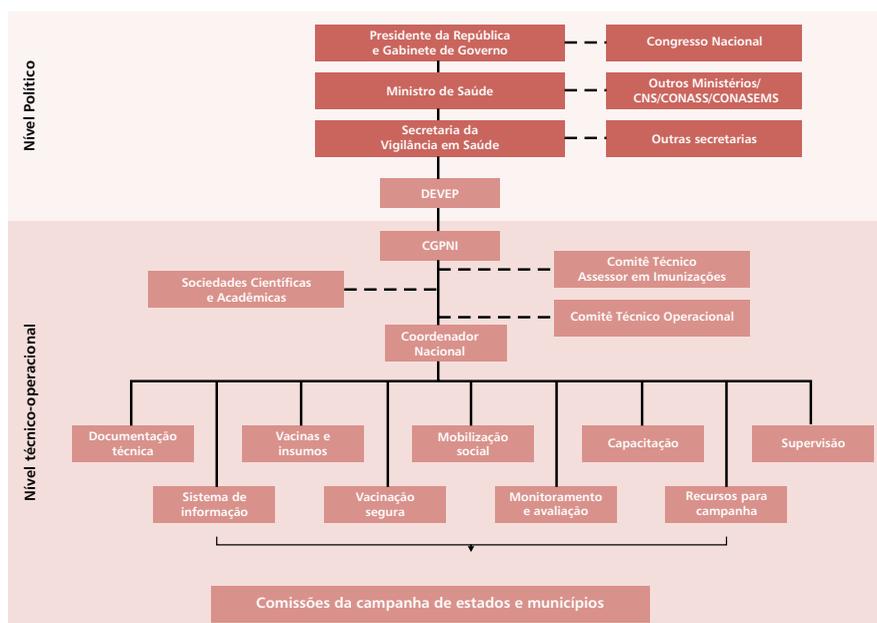
As modalidades de vacinação são diferenciadas em todas as fases, mas complementares entre si e adaptadas às realidades dos níveis locais, como se descreve a seguir:

- **Vacinação em estabelecimentos de saúde:** a oferta da vacina será mantida em todos os serviços de saúde que realizaram a vacinação para atender a demanda espontânea. É recomendável durante a campanha ampliar os horários de vacinação, se possível.
- **Vacinação em trânsito e em lugares de alta concentração:** mercados, centros comerciais, shoppings, portos, aeroportos, rodoviárias, estações de metrô, paradas de ônibus, centros recreativos, igrejas, entre outros. Essa modalidade permanecerá ativa durante toda a campanha, enquanto demonstre ser efetiva para identificar pessoas não vacinadas e poderá ser necessário estabelecer horários especiais, de acordo com cada realidade.
- **Vacinação de populações institucionalizadas:** serão identificadas previamente durante o processo de microprogramação. Essa população se encontra nas empresas, instituições públicas, colégios, universidades, fábricas, entre outras.
- **Vacinação casa a casa:** a finalidade é ofertar a vacina às pessoas que por diferentes motivos não foram vacinadas. Nessa atividade é importante consultar a comunidade para viabilizar as visitas nos horários em que as pessoas se encontram em casa.
- **Vacinação durante o pós-parto ou pós-aborto:** As mulheres grávidas na época da campanha deverão ser vacinadas imediatamente ao pós-parto ou pós-aborto.

4.8 Organização e planejamento

O Plano de Ação da Campanha e suas estratégias programadas deverão ser implementados em cada um dos níveis de gestão, como mostra a Figura 9.

Figura 9. Organização da campanha de vacinação contra rubéola



Para o êxito da campanha, o Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CTAI) e as sociedades científicas, enquanto segmentos importantes nas consultas técnicas, deverão ser parceiros constantes em todas as fases de campanha, desde o microplanejamento até a avaliação final da mesma.

4.9 Microprogramação

Para identificar a população-alvo e conseguir a meta $\geq 95\%$ dos homens e das mulheres de todos os municípios, é fundamental ter informação sobre a população institucionalizada, assim como dos locais de concentração e de alto trânsito, para programar os serviços de vacinação. O primeiro passo é o mapeamento que setoriza ou agrupa “geograficamente” os bairros ou localidades e define as referências de todas as unidades de saúde, com a finalidade de programar adequadamente, no que diz respeito ao suprimento de insumos para a vacinação.

É necessário elaborar a relação de todos os locais com população a vacinar em estratégias extra-muros, com os respectivos horários disponíveis para visitá-los. Esse trabalho requer a articulação das empresas e instituições de diversos setores, assim como a formação de alianças estratégicas com organizações governamentais e não governamentais, conselhos comunitários, dentre outros. Para desenvolver a microprogramação, as equipes locais contarão com matrizes programáticas de instrumentos padronizados (Apêndice B).

4.10 Imunobiológicos, insumos e logística

A vacina contra a rubéola, cepa Wistar RA 27/3 se apresenta em forma monovalente ou combinada. É uma vacina segura e com uma efetividade média maior que 95%. A resposta máxima de anticorpos se observa entre o 14º e o 21º dia após a vacinação e alguns estudos indicam que a imunidade se mantém por toda a vida.⁹

Tanto em sua forma monovalente ou combinada, a vacina se apresenta em forma liofilizada e se reconstitui com um diluente de água estéril formulado especificamente para a vacina. Durante a campanha, frascos de dose múltipla serão empregados com 10 doses, onde uma dose de 0,5 ml é extraída e se aplica por via subcutânea no terço superior externo do braço. Estima-se uma porcentagem de perda de 20% para o cálculo de doses da vacina.

Na população de 20 a 39 anos se administrará a Vacina Dupla Viral, composta por vírus da cepa Wistar RA 27/3 de rubéola e da cepa Edmonston Zagreb do sarampo. Ambos os vírus são atenuados através de passagens sucessivas por cultivos celulares, usando fibroblastos diplóides humanos. Essa vacina, DV, será adquirida por meio do Fundo Rotatório da OPAS, cujo laboratório produtor é o *Serum Institute*.

A vacina Tríplice Viral contra Sarampo, Caxumba e Rubéola que se aplicará na população de 12 a 19 anos de idade contém as cepas Wistar RA27/3 do vírus atenuado da rubéola, Schwarz de sarampo e RIT 4385 derivado da Jeryl Lynn do vírus da caxumba. A vacina será fornecida pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.

A efetividade das vacinas é maior que 95% para cada um dos imunobiológicos. Para garantir sua efetividade deve-se mantê-las em condições adequadas de conservação em +2 a +8 °C. Uma vez reconstituída deve-se administrar em um prazo máximo de 8 horas e, esgotado esse prazo deve-se desprezar seguindo os procedimentos estabelecidos de descarte de resíduos. Não pode ser congelada nem exposta à luz solar. O diluente poderá ser conservado fora de refrigeração, porém deverá ser

resfriado pelo menos seis horas antes da reconstituição, a fim de que esteja na mesma temperatura do líofilo no momento da diluição.

Por ser uma vacina muito segura, as contra-indicações são restritas: antecedente de reação anafilática severa, imunossupressão, doenças agudas graves e embora exista evidência de que não provoca teratogenicidade ao conceito, não se recomenda aplicar durante a gestação. Os efeitos secundários à vacinação são pouco frequentes e passageiros.

Para a distribuição dos imunobiológicos e dos insumos a cada nível, levar-se-á em consideração a capacidade de armazenamento dos imunobiológicos disponíveis em todos os Estados e municípios. A partir do cálculo da meta a vacinar, será estabelecido um cronograma de entrega para todos os estados.

4.11 Vacinação segura

O componente de vacinação segura deste tipo de campanha incorpora vários aspectos:

- A realização de práticas seguras, tornando-se elementos indispensáveis ao uso dos insumos apropriados.
- O emprego de técnicas normatizadas.
- O manejo e destino adequado dos resíduos da vacinação (seringas, agulhas etc).
- O uso de manuais e instrumentos padronizados de capacitação e supervisão para são consideradas ferramentas importantes para se evitar erros programáticos.

Vigilância de eventos adversos pós-vacinação – EAPV

Durante a campanha de vacinação, a vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV) será ampliada devido ao incremento no número de pessoas vacinadas. Considera-se importante salientar que facilmente poderá ser atribuído à vacina qualquer sinal ou sintoma originado por outras causas, em indivíduos vacinados.

A vacina contra a rubéola é segura, entretanto em 5% das pessoas vacinadas suscetíveis poderão ser observados os eventos, relacionados na Tabela 2.

Quais EAPV devem ser notificados imediatamente?

- Os eventos adversos graves (choque anafilático, hospitalizações e óbito) devem ser informados imediatamente por telefone ou por fax.

Tabela 2. Eventos adversos pós-vacina tríplice viral

Evento adverso	Descrição	Tempo/aplicação/evento	Frequência
Ardência, hiperestesia, eritema, enduração.	Vermelhidão e edema no local da aplicação.	1º dia.	Pouco frequentes
Nódulo ou pápula com rubor.	Podem ocorrer em indivíduos com hipersensibilidade aos componentes da vacina.		
Febre $\geq 39,5^\circ\text{C}$.	Está associada a qualquer um dos componentes da vacina.	Entre o 5º e o 12º dia após vacinação.	5 a 15% dos primo-vacinados
Cefaléia, irritabilidade, febre baixa, conjuntivite e/ou manifestações catarrais.	Estão associadas aos componentes do sarampo e da rubéola	Entre o 5º e o 12º dia após vacinação.	0,5 a 4 % dos primo-vacinados
Exantema.	Pode ter extensão variável. Dura em torno de 2 dias.	Entre o 7º e o 12º dia após vacinação.	5% dos primos vacinados.
Linfadenopatia.	Associada ao componente da rubéola.	Entre o 7º e 21º dia após a vacinação.	Menos de 1% dos primos-vacinados
Meningite.	Está relacionada ao componente da caxumba.	Entre o 15º e 21º dia após a vacinação.	O risco de meningite viral associada a cepa Jeryl Lynn é bem menor quando comparada com a cepa Urabe e Leningrad – Zagreb
Púrpura trombocitopênica.	Geralmente de evolução benigna.	2 a 3 semanas após a vacinação.	1/30.000 a 1/40.000 vacinados.
Artralgia e ou artrite.	Associado ao componente da rubéola, com duração de 1 a 3 semanas	Entre 1 a 3 semanas após a vacinação.	25% das mulheres vacinadas com a cepa RA 27/3.
Reações de hipersensibilidade.	Urticária no local ou, menos frequentemente, em outras áreas do corpo	Geralmente nas primeiras 24 a 72 horas após a vacinação.	Raras
Reação anafilática.	Urticárias, síbilo, laringoespasmo, edema de lábios, hipotensão e choque.	Habitualmente na primeira hora após a aplicação da vacina.	Extremamente raras.

Fonte: Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasil, 2007.¹⁰

- Aqueles eventos causados por erros programáticos (dose maior ou via de administração diferente às indicadas, uso equivocado de diluição ou má assepsia) também devem ser notificados e investigados.
- Os rumores devem ser investigados imediatamente para informar corretamente e para não levantar dúvidas quanto à credibilidade, eficácia e segurança da vacina.

É necessário instituir as equipes para dar respostas rápidas e acertadas referentes aos EAPV e para o manejo de crise. Nesse particular, contamos com os membros do Comitê Técnico Assessor de Imunizações, Sociedades Científicas e comunicadores sociais que assessoram a interlocução com os meios de comunicação para a informação à população.

Gestantes vacinadas inadvertidamente

Embora a vacina não tenha efeitos teratogênicos no feto, não é indicado seu uso durante a gestação.^{11, 12, 13, 14} Nas situações em que ocorrer a vacinação em gestantes, é imprescindível fazer o registro e o acompanhamento destas mulheres, através do protocolo definido e recomendado pelo Ministério da Saúde (Apêndice C).

Abastecimento de sangue

O Ministério da Saúde, através da Anvisa, RDC nº 153, de 14 de junho de 2004, estabelece que as pessoas após receberem vacinas de vírus vivos atenuados não devem doar sangue por um período de 4 semanas.

Considerando que a maioria de doadores está nos grupos de idade incluídos na população-alvo da campanha de vacinação (20 a 39), e para evitar uma possível escassez de oferta de sangue durante o período da campanha, deve-se estabelecer uma coordenação prévia e um trabalho integrado com os responsáveis pelos hemocentros. Os doadores de sangue cadastrados poderão ser orientados e chamados para doar sangue antes de receberem a vacina.

4.12 Mobilização social

O desenho da estratégia de mobilização social deve contemplar a necessidade de captar grupos de população diversos em uma só campanha de vacinação, e a importância de estabelecer estratégias específicas para cada um desses grupos. As mensagens serão diferenciadas de acordo com as estratégias da campanha e das fases de execução da mesma. Todas essas atividades são realizadas no nível nacional, bem como nos níveis estaduais e municipais.

Para implementar um plano de mobilização efetivo deve-se projetar uma estratégia de comunicação social que empregue diversos meios para difusão da campanha. A mensagem deve deixar claro o risco que os adolescentes e adultos enfrentam, tanto os homens como as mulheres, por não estarem vacinados. Importante envolver líderes e personagens reconhecidos pela sociedade que possam influenciar positivamente o público-alvo.

A participação dos meios de comunicação de cobertura nacional, estadual e local é essencial para informar à população e alertar sobre crises potenciais que se possam suscitar durante a campanha. As sociedades científicas, especialmente as de pediatria, obstetrícia, ginecologia, infectologia e

imunologia, e o Comitê Técnico Assessor em Imunizações têm a função fundamental de porta-voz e formadores de opinião.

O plano inclui os meios de comunicação de massa com a edição de vídeos e mensagens apropriadas, e pautados para os diferentes momentos, assim como materiais informativos (cartazes, folders, etc.) para a população e a elaboração de uma pasta informativa contendo todo material de divulgação e sensibilização contemplando a diversidade de atores (gestores, governadores, aliados etc.).

A articulação intersetorial com os setores como trabalho e educação, principalmente, facilitará a microprogramação e a vacinação em instituições de ensino e em locais de trabalho. É de suma importância a integração com instituições formadoras de recursos humanos em saúde, educadores, forças armadas e policiais para ter disponível número suficiente de vacinadores, registradores e promotores locais.

4.13 Sistema de informação

A informação oportuna e de qualidade permitirá traçar ajustes e correções durante e depois da campanha, para o alcance da meta de cobertura vacinal. Será disponibilizada uma ferramenta de consolidação de dados via internet, por município, utilizando o código de cada município e Estado, fornecido pelo IBGE, para identificação no sistema de informação. Este estará disponível por meio do *site* <http://pni.datasus.gov.br> (Apêndice D). Essa ferramenta foi construída em conjunto pela equipe do Datasus Regional do Rio de Janeiro e a gerência de informações do PNI.

Os dados serão coletados por sala de vacina, com boletim padronizado para os 5.564 municípios, com informações diferenciadas por sexo, faixa etária de 12 a 14; 15 a 19; 20 a 29 e 30 a 39 anos de idade para os Estados de MA, MT, MG, RJ e RN, e os demais estados de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos de idade.

Por essa razão, serão disponibilizados três modelos de boletim diário de registro:

1. Por sexo e tipo de vacina. Vacina tríplice viral para as faixas etárias de 12 a 14 e 15 a 19 anos e dupla viral para as idades de 20 a 29 e 30 a 39 anos. Será utilizado em todas as salas de vacina do Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte.
2. Por sexo para a vacina dupla viral nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos de idade. Será utilizada em todas as salas de vacina de 22 Unidades Federadas (RO, AC, AM, RR, PA, AP, TO, PI, CE, PB, PE, AL, SE, BA, ES, SP, PR, SC, RS, MS, GO e DF).
3. Para as populações indígenas, para vacina tríplice viral, por sexo, nas faixas etárias de 12 a 39 anos.

No fim de cada jornada de trabalho, as equipes de vacinação, com o apoio do supervisor, devem consolidar as doses aplicadas no município. As informações deverão ser repassadas para o boletim de consolidação do município. Os dados deverão ser validados pela equipe local, identificando inconsistências e revisando a informação antes de digitá-la no *site* <http://pni.datasus.gov.br>, no campo campanha de vacinação contra rubéola.

Posteriormente, os dados consolidados deverão ser digitados no sistema Avaliação do Programa de Imunizações (*on-line*) por município. Todos os responsáveis pela informação em cada município terão acesso ao sistema por meio de senha criptografada pelo Datasus, que permitirá a digitação pelo código do IBGE, de cada local acessível pela tabela do sistema. A informação do quantitativo de doses aplicadas em cada município será gravada pela senha do informante através do site e a cobertura vacinal será calculada por residência do vacinado através dos dados informados.

Os resultados preliminares e finais da campanha serão apresentados via acesso ao *site*. Os dados deverão ser digitados por sala de vacina e por município no sistema API informatizado, cumprindo o fluxo estabelecido de envio por meio do município, regional, estado e país, garantindo a informação descentralizada em todos os níveis de prestação de serviço, o que permite a análise e a tomada de decisão nas fases de execução e avaliação da campanha, pelos níveis periféricos.

4.14 Capacitação

Para facilitar a capacitação e a padronização dos conteúdos, a equipe do nível nacional elaborou uma série de documentos impressos e em meio eletrônico para as equipes do nível estadual e municipal que contém as estratégias programáticas, apêndices e orientações ao vacinador e ao supervisor.

A capacitação se iniciou com um encontro nacional com as equipes do nível estadual para discutir a campanha e para estabelecer um plano de trabalho com os Estados, que contemplasse cada um dos componentes da campanha: microprogramação, vacinação segura, sistema de informação, logística e rede de frio, supervisão, monitoramento e avaliação.

Nesse processo, foram capacitados monitores nacionais e estaduais para colaborar com as capacitações descentralizadas, além de contribuir com as supervisões nos Estados. Serão desencadeados encontros regionais sucessivos com os Estados, para capacitar as equipes e discutir os avanços na programação e na organização da campanha, assim como reforçar alguns aspectos-chave para as diferentes etapas de planejamento da mesma.

Cada Estado deverá reproduzir a capacitação em seus municípios. No nível local se deve assegurar a capacitação de todas as equipes de vacinação nos seguintes aspectos: informações sobre a campanha, indicações e contra-indicações da vacina, o funcionamento da rede de frio e descarte de materiais, o registro e consolidação de dados, o acompanhamento de EAPV e Gestante Vacinada Inadvertidamente – GVI e o monitoramento e avaliação de coberturas da campanha.

4.15 Supervisão

Nesse tipo de campanha é importante estabelecer a supervisão por níveis, de acordo com as fases de execução da campanha. Cada uma delas tem objetivos diferentes, que são complementares.

- **Durante a organização e programação** – Seu objetivo básico é verificar se os níveis locais e estaduais têm uma adequada organização e capacitação, dispõem dos recursos necessários e se realizarão uma programação que lhes permitirá alcançar a meta de vacinação.
- **Durante a execução** – É eminentemente operacional. Deve ser observado como está sendo executada a campanha, avaliar a implementação das estratégias e seu cumprimento segundo o cronograma. Um componente importante nessa fase é o monitoramento rápido de coberturas vacinais ao concluir a vacinação nas diferentes localidades.
- **A conclusão da campanha** – Os supervisores deverão participar no processo final de Avaliação da Cobertura Vacinal para verificar a consecução da meta de vacinação em todos os municípios.

O Apêndice E inclui as planilhas de supervisão da campanha de vacinação para a fase de planejamento e a fase de execução.

Aos supervisores nacionais da campanha cumprem as seguintes funções:

- Participar nas capacitações para a organização e programação da campanha em nível estadual e municipal.
- Monitorar o processo de microprogramação local e planejamento estadual, de acordo com as diretrizes técnicas da Campanha.
- Supervisionar os avanços da campanha relativos à implementação das práticas de captação efetiva e monitoramento rápido de coberturas.
- Apoiar as equipes de resposta imediata, em casos de uma situação de crise, dando-lhes a devida atenção e resposta oportuna.
- Participar da avaliação externa das coberturas da Campanha, informar os resultados alcançados e conclusões finais.
- Apoiar os estados que necessitam de suporte técnico para obtenção de êxito nas coberturas da Campanha de Vacinação.

Os assessores estaduais colaborarão nas capacitações e supervisões, monitoramento e avaliação das coberturas vacinais junto aos coordenadores estaduais.

4.16 Monitoramento e avaliação

Em campanhas de eliminação de doenças imunopreveníveis e em face da diversidade de modalidades de vacinação de adultos, é necessário realizar o monitoramento e uma avaliação final, para verificar o alcance da meta de cobertura de vacinação 100%.

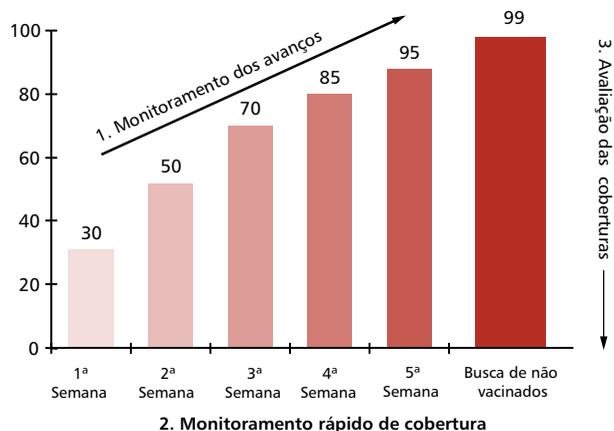
Existem dois tipos de monitoramento:

1. Monitoramento de avanço

As equipes estaduais e locais deverão monitorar diariamente o avanço das coberturas de vacinação. Para isso, acompanharão e analisarão os dados diários de vacinados e apresentarão as coberturas em “vacinômetros”, elaborados de acordo com cultura local, além dos gráficos e mapas das localidades vacinadas na sala de situação das unidades de saúde, municípios, estados e no nível nacional.

O monitoramento das coberturas de vacinação varia de acordo com a semana da campanha (Figura 10). Depois da 4ª semana, o desafio é encontrar as pessoas que ainda não foram vacinadas.

Figura 10. Monitoramento e avaliação das coberturas vacinais da campanha



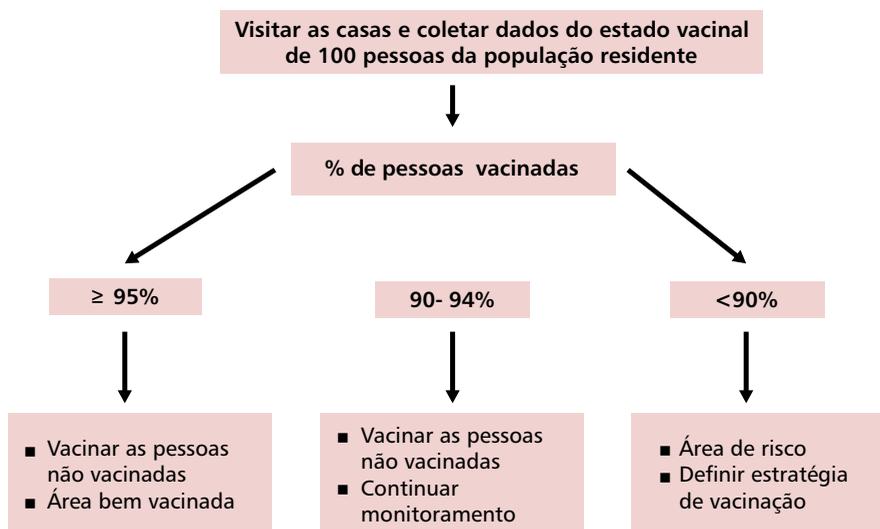
2. Monitoramento rápido de coberturas

O monitoramento rápido de cobertura é uma metodologia de supervisão das atividades de vacinação. Deverão ser identificadas as áreas que após avaliação do supervisor sejam as de menor probabilidade de serem visitadas pelos vacinadores (de difícil acesso, afastadas das ruas principais e estrato social A, etc.), além das áreas bem vacinadas após concluir a vacinação.

Para cada monitoramento, deverão ser visitadas as casas requeridas para coletar dados de 100 pessoas de 20 a 39 anos de idade, ou 12 a 39 anos nos Estados do MA, MT, MG, RJ e RN. Os dados serão registrados no formulário de monitoramento de cobertura casa a casa (Apêndice F).

Durante este monitoramento, uma equipe de vacinação, com o imunobiológico e outros insumos necessários, deverá estar disponível para vacinar as pessoas “não vacinadas”. Em cada casa perguntar se ali habitam homens e mulheres de 20 a 39 anos de idade (ou 12 a 39 anos em MA, RJ, MG, MT e RN e se os mesmos estão presentes).

É necessário determinar as razões pelas quais as pessoas não foram vacinadas. O supervisor deve zelar pela qualidade dos dados em cada área ou local. Os resultados dos MRC interpretam-se segundo a Figura 11.

Figura 11. Interpretação dos resultados do monitoramento rápido de cobertura

A análise dos dados coletados no monitoramento das coberturas vacinais deve responder pelo menos as seguintes perguntas:

1. O município alcançou a meta de cobertura vacinal $\geq 95\%$?
2. As coberturas são $\geq 95\%$ em ambos os sexos?
3. Se não alcançou as coberturas, quais são as possíveis explicações?
4. Quais são as razões que levaram essa população a não se vacinar?
5. Onde estão as pessoas não vacinadas? Casa, escola, trabalho?
6. Quais seriam as estratégias mais efetivas para captar as pessoas não vacinadas?
7. Quais ações devem ser tomadas?

Avaliação final

Ao concluir a campanha de vacinação se realizará um processo de avaliação e verificação da cobertura da meta de vacinação $\geq 95\%$ nas unidades federadas do país. O âmbito geográfico para estimar a cobertura por monitoramento cruzado é o município.

Alguns indicadores do processo e de resultados da campanha são:

- % de cobertura por faixa etária e sexo.
- % avanço de coberturas de vacinação por semanas.
- % vacinação de população institucionalizada (%): Instituições programadas/ instituições visitadas.
- % de doses de vacinas perdidas.
- 100% dos EAPV graves/raros/inusitados notificados e investigados (48 horas início do processo de investigação).
- Total de GVI com seguimento.
- Cobertura de vacinação pós-parto e pós-aborto.

Ao ser concluída a campanha será elaborado um relatório final incluindo os resultados do processo de verificação de coberturas vacinais. Se for constatado que o país alcançou a meta de vacinação da campanha $\geq 95\%$, a OPAS entregará oficialmente ao Presidente da República e Ministro da Saúde, uma certificação indicativa do alcance da meta. Deverá ser marcada uma reunião oficial na qual o Ministro da Saúde apresentará os resultados da campanha, junto com as Secretarias Estaduais de Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e outros parceiros da campanha.

Referências

1. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita*: guía práctica. Washington, D.C., 2007. (Publicación Científica y Técnica, n. 606).
2. STRAY-PEDERSEN, B. Economic evaluation of different vaccination programmes to prevent congenital rubella. *NIPH Ann* (Norway). [S.l.], v. 46, p. 115-119, 1982.
3. PECKMAN, C. Congenital rubella in the United Kingdom before 1970: the prevaccine era. *Reviews of infectious diseases*, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 11-16, 1985. Suplemento.
4. CUTTS, F. T.; VYNNYCKY, E. Modelling the incidence of congenital rubella syndrome in developing countries. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 28, p. 1176-1184, 1999.
5. KANDOLA, K. CRS cost burden analysis for Guyana. In: MEETING OF THE ENGLISH-SPEAKING CARIBBEAN EPI MANAGERS, 14., 1997. Castries, St. Lucia. *Final report...* Washington, DC.: Pan American Health Organization, 1998.
6. HINMAN, A. R. et al. Economic analyses of rubella and rubella vaccines: a global review. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 80, p. 264-270, 2002.
7. CASTILLO-SOLÓRZANO, C. et al. New Horizons in the Control of Rubella and Prevention of Congenital Rubella Síndrome in the Americas. *The Journal of Infectious Diseases*, Chicago, v. 187, n. S1, p. 146-152, 2003.
8. BRASIL. Ministério de Salud de Brasil. Brasil acelera el control de la rubéola y la prevención del síndrome de rubéola congénita. *Boletín Informativo PAI*, Washington, DC, v. XXIV, n. 2, p. 1-3, 2002.
9. GREAVES, W. L. et al. Clinical efficacy of rubella vaccine. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, [S.l.], v. 2, p. 284-286, 1983.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação*. Brasília, 2007.
11. BAR-OZ, B. et al. Pregnancy Outcome Following Rubella Vaccination: A Prospective Controlled Study. *American Journal of Clinical Genetics*, [S.l.], v. 130A, p. 52-54, 2004.
12. BADILLA, X. et al. Fetal risk associated with rubella vaccination during pregnancy. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, [S.l.], v. 26, n. 9, p. 830-835, 2007.
13. HAMKAR, R. et al. Inadvertent rubellavaccination of pregnant women: evaluation of possible transplacental infection with rubella vaccine. *Vaccine*, [S.l.], v. 24, n. 17, p. 3558-3563, Apr. 2006.
14. SÁ, G. R. da Silva et al. Seroepidemiological profile of pregnant women after vaccination in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 2001-2002. *Pan American Journal of Public Health*, [S.l.], v. 19, n. 6, p. 371-378, Jun. 2006.

Apêndices

Apêndice A – Orientação ao vacinador e supervisor

1 Introdução

Este apêndice apresenta conteúdo de orientações relativas às vacinas indicadas na campanha nacional contra a rubéola e se destina a atender aos profissionais de saúde que trabalharão nesse evento de extrema magnitude para o país.

Fundamental enfatizar o vacinador como um dos componentes mais importante da equipe e ao mesmo tempo reforçar que a execução dessa atividade requer zelo e qualidade na qual deve ser adotado procedimento adequado antes, durante e após administração da vacinação com garantia da segurança na aplicação desses imunobiológicos.

2 A vacina

2.1 Eficácia

- A cepa Wistar RA 27/3 da vacina contra a rubéola é muito segura e apresenta uma eficácia média maior que 95%.
- A cepa Edmonston-Zagreb da vacina contra o sarampo é muito segura e apresenta uma eficácia média maior que 95%.
- A cepa Jeryl Lynn da vacina contra a caxumba é muito segura e apresenta uma eficácia média maior que 96%.
- A resposta máxima de anticorpos se observa entre o 14º e o 21º dia depois da vacinação. Alguns estudos indicam que a imunidade se mantém por toda a vida.

2.2 Composição e apresentação

- São vacinas de vírus vivos atenuados apresentados em frasco ampola na forma liofilizada e é reconstituída com ampola de diluente de água estéril formulada especificamente para a vacina.
- A vacina Dupla Viral previne contra a Rubéola (cepa Wistar RA 27/3) e Sarampo (cepa Edmonston-Zagreb).
- A vacina Tríplice Viral previne a Rubéola (cepa Wistar RA 27/3), Sarampo (cepa Schwarz) e Caxumba (cepa RIT 4385 derivada de Jeryl Lynn).
- As duas apresentações serão administradas durante a campanha (Dupla Viral e Tríplice Viral) são vacinas de vírus vivos atenuados.

2.3 Dose e volume

- Serão utilizados frascos ampolas de 10 doses com extração de 0,5 ml por dose.

2.4 Conservação e validade

- Conservar em refrigerador na temperatura entre +2°C e +8°C.

- Depois de diluída é mantida na mesma temperatura e deve ser aplicada no prazo máximo de oito horas (ou de acordo com laboratório produtor), após esse período deverá ser desprezada.
- Não pode ser exposta à luz solar.
- Não deve ser congelada no nível local.
- O prazo de validade é indicado pelo fabricante e deve ser respeitado rigorosamente.
- O diluente poderá ser conservado fora do refrigerador, porém deverá ser resfriado pelo menos seis horas antes da reconstituição, a fim de que esteja na mesma temperatura do líofilo no momento da diluição.

2.5 Reconstituição e administração

- Lavar as mãos e higienizar.
- Escolher as seringas e agulhas apropriadas.
- Montar a seringa, adaptando a agulha e mantendo-a protegida.
- Remover a proteção metálica do frasco-ampola, limpar a tampa de borracha com algodão seco e mantê-lo na caixa térmica.
- Aspirar o diluente, desprezar a ampola em recipiente adequado.
- Injetar o diluente vagarosamente pelas paredes do frasco ampola.
- Fazer um movimento rotatório com o frasco para uma perfeita homogeneização da vacina, a fim de obter uma solução clara e sem resíduo.
- Registrar no frasco ampola a hora e a data da abertura do frasco.
- Orientar a pessoa vacinada ou o acompanhante sobre a vacina a ser administrada.
- Aspirar o volume a ser administrado (0,5 ml), verificando na graduação da seringa se a dosagem está correta.
- Administrar 0,5 ml da vacina por via subcutânea na face posterior do braço na região do deltóide.
- Uma vez injetada a vacina, retire a agulha, não esfregue e com um chumaço de algodão realize uma leve pressão sobre o local da administração.
- Desprezar na caixa de descarte a seringa e agulha utilizadas sem reencapar.
- Não deixar preparadas seringas com vacinas nas caixa térmicas.
- Registrar no cartão de vacina e no boletim de informação a dose aplicada de acordo com a idade e o sexo da pessoa vacinada.



2.6 Equipamentos e materiais

- Armazenar em refrigeradores ou freezer, com condições apropriadas de refrigeração na temperatura +2°C e +8 °C.
- Caixas térmicas de acordo com o volume a ser utilizado conforme a localidade e a distância.
- As seringas utilizadas para a administração destas vacinas são:
 - Para injetar: seringa acoplada de 3 ml. com agulha 13 x 4,5.
 - Para reconstituir: seringa de 5ml. com agulha 25 x 8,0.
- Formulários de registros de vacinas.
- Cartão de vacinação.
- Recipiente apropriado para desprezar material perfuro-cortante.
- Recipiente apropriado para descarte de outros materiais.
- Material informativo para a população.

2.7 Descarte de resíduos

- Os resíduos imunobiológicos se descartam quando alcançam a data de vencimento. Após 8 horas (ou de acordo com laboratório produtor) de sua reconstituição, ou quando se comprova o congelamento após reconstituído, o conteúdo do mesmo mostra partículas em suspensão ou aspecto turvo.
- Para descartar as seringas e agulhas utilize as caixas de descarte, que deverão estar devidamente rotuladas.
- Devem ser classificados como resíduo perigoso e descartar adequadamente conforme normas vigentes. Não deixá-los nos locais onde se vacina, após encerramento das atividades.

2.8 Contra-indicações

- Antecedente de reação anafilática sistêmica após dose prévia de vacina contra rubéola ou sarampo. Entende-se por reação anafilática a reação imediata que se instala habitualmente na primeira hora após o estímulo do alérgeno, podendo apresentar urticária generalizada, dificuldade respiratória, edema de glote, hipotensão ou choque.
- Durante a gravidez, embora fosse demonstrado que a vacina não tem efeitos teratogênicos no feto, podem ocorrer diversos eventos (abortos, natimorto, etc.) que são coincidentes com a vacinação. Se alguma gestante for vacinada inadvertidamente, não é indicado o aborto.
- Pessoas com imunodeficiências congênicas ou adquiridas. Na possibilidade de exposição ao vírus selvagem avaliar risco benefício individual. Infecção assintomática pelo HIV não constitui contra-indicação.
- Pessoas em uso de corticosteróides em doses imunossupressoras devem ser vacinadas com intervalo de pelo menos 1 mês após a suspensão da droga.
- Pessoas em uso de quimioterapia imunossupressora só devem ser vacinadas 3 meses após a suspensão do tratamento.
- Transplantados de medula óssea recomenda-se vacinar com intervalo de 2 anos após o transplante.

2.9 Falsas contra-indicações:

- Amamentação.
- Gravidez em pessoas próximas, parentes ou companheiros.
- Contatos de imunossuprimidos.
- Infecção HIV assintomática ou sintomática de acordo com a carga viral.
- Tratamento com antibióticos e/ou convalescença de enfermidade leve.
- Tratamento com corticóides (por via oral) em baixas doses, em aplicações tópicas e aerossol para tratar a asma.
- Doenças agudas benignas: rinite, catarro, tosse, diarreia.
- Menstruação.
- Ingestão de álcool.

2.10 Situações que indicam o adiamento da vacinação

- Administração de imunoglobulina humana (gamaglobulina) sangue total ou plasma nos três meses anteriores e imunossupressão por doença ou terapêutica. Essa recomendação tem como justificativa a possibilidade de não ocorrer resposta imunogênica.
- Pacientes com doenças graves febris, principalmente para que seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos relacionados à vacina.
- As mulheres grávidas devem receber a vacina contra rubéola após o parto ou pós-aborto.

2.11 Eventos adversos

- De maneira geral, as vacinas dupla e tríplice virais são pouco reatogênicas e bem toleradas. Os eventos adversos podem ser devidos a reações de hipersensibilidade a qualquer componente das vacinas ou manifestações clínicas semelhantes às causadas pelo vírus selvagem (replicação do vírus vacinal), geralmente com menor intensidade.
- Cerca de 5% a 15% dos adultos suscetíveis podem apresentar febre e erupção cutânea leve (exantema) que surge entre sete e 12 dias depois da vacinação.
- Ocasionalmente podem aparecer gânglios aumentados no pescoço e atrás das orelhas (<1% primo-vacinados).
- Ocorrem cefaléia, irritabilidade, febre baixa, manifestações catarrais em cerca 0,5% a 4% das pessoas suscetíveis.
- As manifestações são leves com duração de poucos dias.
- O tratamento dos sintomas de febre e dor é feito com antitérmicos e analgésicos comuns, de acordo com orientação médica.

Quais Eventos Adversos que devem ser notificados?

- Os eventos adversos graves (choque anafilático, hospitalizações e óbito) devem ser informados imediatamente por telefone, fax ou por endereço eletrônico.
- Eventos causados por erros programáticos (dose maior ou via de administração diferente às indicadas, uso equivocado de diluente ou má assepsia) também devem ser notificados e investigados.

- Os rumores devem ser investigados imediatamente e é necessário que sejam informados corretamente para que não haja dúvidas quanto a credibilidade, eficácia e segurança da vacina.

2.12 Seguimento de grávidas vacinadas inadvertidamente (GVI)

- A evidência disponível atualmente indica que não existe risco de SRC se a vacina contra a rubéola for aplicada em uma mulher grávida, ou antes, da concepção. Dados de seguimento atualizados no ano de 2006 reportam que em 24.924 mulheres gestantes vacinadas inadvertidamente contra a rubéola durante as campanhas de vacinação na Região das Américas, não se identificou nenhum caso de SRC.
- Para a realização da campanha foi elaborado um protocolo para seguimento de grávidas vacinadas inadvertidamente. O propósito desse acompanhamento é dar a informação apropriada e evitar que eventos coincidentes que ocorram durante a gestação sejam atribuídos à vacinação.

3 Atribuições do vacinador

- Participar do planejamento das estratégias de vacinação mais adequadas à população em conjunto com o supervisor e/ou coordenação da campanha.
- Conhecer a população a ser vacinada na área sob sua responsabilidade e ter mapas atualizados do setor.
- Programar as atividades e as necessidades para a operacionalização da vacinação em sua área.
- Atender e orientar a população quanto ao tipo de vacina, doença que protege, eventos adversos esperados, gravidez e cartão de vacina.
- Apresentar-se pontualmente à unidade de saúde, revisar ou preparar diariamente o material necessário para a vacinação em conjunto com a equipe e o supervisor.
- Cumprir com as normas de preparação, administração, conservação e descarte do material biológico.
- Na vacinação em estabelecimentos públicos e privados, anotar os ausentes e programar a data de retorno, caso não tenha alcançado a vacinação de 100% da população.
- Em postos de vacinação fixos ou em áreas de alta concentração populacional, assegurar local coberto e onde haja sombra. Colocar cartazes e informações referentes à campanha para chamar a atenção e atrair o público-alvo para a vacinação.
- Na realização da vacinação casa a casa, é importante ter um mapa da área a vacinar e iniciar pelo local mais distante. A meta é visitar 100% dos domicílios.
- Ao final do dia, identificar o domicílio onde parou o trabalho e reiniciar a partir do mesmo no dia seguinte.
- Acompanhar a programação e solicitar vacinas e outros insumos para a implementação das atividades, se necessário.
- Manter o refrigerador e caixas térmicas na temperatura entre +2°C e +8°C.
- Controlar e registrar a temperatura do refrigerador e das caixas térmicas.
- Registrar as doses aplicadas oportunamente e consolidar a informação de vacinados.
- Encaminhar diariamente as informações consolidadas para o supervisor de área.

- Controlar o estoque de vacinas e outros insumos para as atividades diárias/semanais e/ou mensais.
- Descartar as seringas, agulhas e vacinas conforme as normas vigentes.

4 Atribuições do supervisor

Antes da campanha

- Participar do processo de planejamento e da microprogramação de sua área.
- Identificar as necessidades de capacitação e apoio da equipe da área a ser acompanhada.
- Conhecer a área de trabalho, e dispor de um mapa da área a ser acompanhada.
- Visitar e reconhecer a área.
- Estabelecer o quantitativo de vacina e insumos necessários para a vacinação em sua área.
- Propiciar o cumprimento dos horários e atividades dos vacinadores.
- Definir estratégias e locais adequados para as atividades de vacinação.
- Definir em conjunto com as equipes seus locais de atuação.
- Informar sobre o avanço de suas atividades ao grupo de coordenação.

Durante a campanha

- Apresentar-se na unidade de saúde no dia e horário programados para a vacinação.
- Realizar reuniões com as equipes para distribuir o material e dar as últimas instruções.
- Assegurar que a equipe de vacinadores esteja completa e tenha os insumos necessários.
- Levar sempre uma caixa térmica com vacinas e outros materiais para suprir as necessidades dos vacinadores e contribuir com material adicional.
- Colaborar com a equipe de vacinação para sensibilizar e convencer às pessoas que ainda tenham resistência para receber a vacina.
- Participar de coleta de dados, avaliação das inconsistências, verificando a qualidade dos registros, a consolidação e o envio oportuno (diariamente) dos dados.
- Recomendar aos coordenadores ou diretores de cada área ou estabelecimento, alternativas para a remanejamento das equipes de vacinação e de insumos conforme as necessidades.
- Realizar Monitoramentos Rápidos de Cobertura (MRC) para verificar se as pessoas estejam vacinadas, as razões pelas quais não se vacinaram e identificar e vacinar os não vacinados.
- Supervisionar as técnicas de administração da vacina, qualidade do registro, condições da rede de frio e descarte dos resíduos da sala.
- Propiciar o cumprimento de práticas de vacinação segura.
- Anotar as situações que precisam ser analisadas com a equipe sistematicamente.
- Emitir recomendações para corrigir distorções e problemas da campanha nas áreas acompanhadas.
- Avaliar a atividade de vacinação ao final de cada jornada de trabalho.
- Informar diariamente sobre o avanço da campanha.
- Consolidar a informação de vacinados da área de sua responsabilidade.

- Encaminhar diariamente as informações consolidadas para o coordenador da campanha ou coordenação municipal de imunizações.
- Participar da elaboração do relatório final da campanha.

Aspectos a serem observados na área a ser trabalhada

- Organização do trabalho e do posto de vacinação.
- Disponibilidade e conservação da vacina.
- Técnica de aplicação da vacina.
- Registros de doses aplicadas nos formulários específicos e se estão sendo respeitadas as periodicidades de envio de dados recomendadas.
- Distribuição do cartão de vacinação.
- Descarte de vacina e outros materiais perigosos.
- Oportunidades perdidas de vacinação.
- Informação à população-alvo da campanha.
- Atenção para o cumprimento de meta $\geq 95\%$ de cobertura.
- Desenvolvimento dos Monitoramentos Rápidos de Cobertura, de acordo com a necessidade local.
- Práticas de vacinação segura.

5 Avaliação

A avaliação quantitativa:

- O supervisor junto às equipes deve avaliar **quantitativamente** o trabalho realizado, devendo atentar para o número de vacinados por dia, por semana e durante toda a campanha.

A avaliação qualitativa:

- Preparação da equipe e materiais necessários para as atividades de vacinação.
- Técnica correta na preparação, administração e conservação da vacina.
- Qualidade nos registros de vacinação.
- Qualidade da orientação e informação à população.
- Consolidação de registro das pessoas vacinadas.
- No término da campanha, certificar-se que a população-alvo residente do município se encontra vacinada. Para isso, é preciso analisar as coberturas administrativas e os resultados do monitoramento rápido de coberturas de vacinação.

Apêndice B – Roteiro para a microprogramação da campanha de vacinação para a eliminação da rubéola no Brasil

Unidade Federada	Município

1 Justificativa

A microprogramação é uma etapa fundamental da campanha e é essencial para alcançar a meta $\geq 95\%$ das coberturas de vacinação em cada município. Mediante esse processo se identificam as populações institucionalizadas e em locais concentrados, definem-se as estratégias de vacinação (data, locais), calculam-se os recursos humanos, financeiros e a logística necessária para alcançar a meta de cobertura vacinal.

O plano local quantifica todos os recursos necessários e existentes (humanos, materiais e financeiros), e facilita a mobilização de recursos adicionais mediante participação social e o estabelecimento de alianças com diversos parceiros.

2 Procedimentos

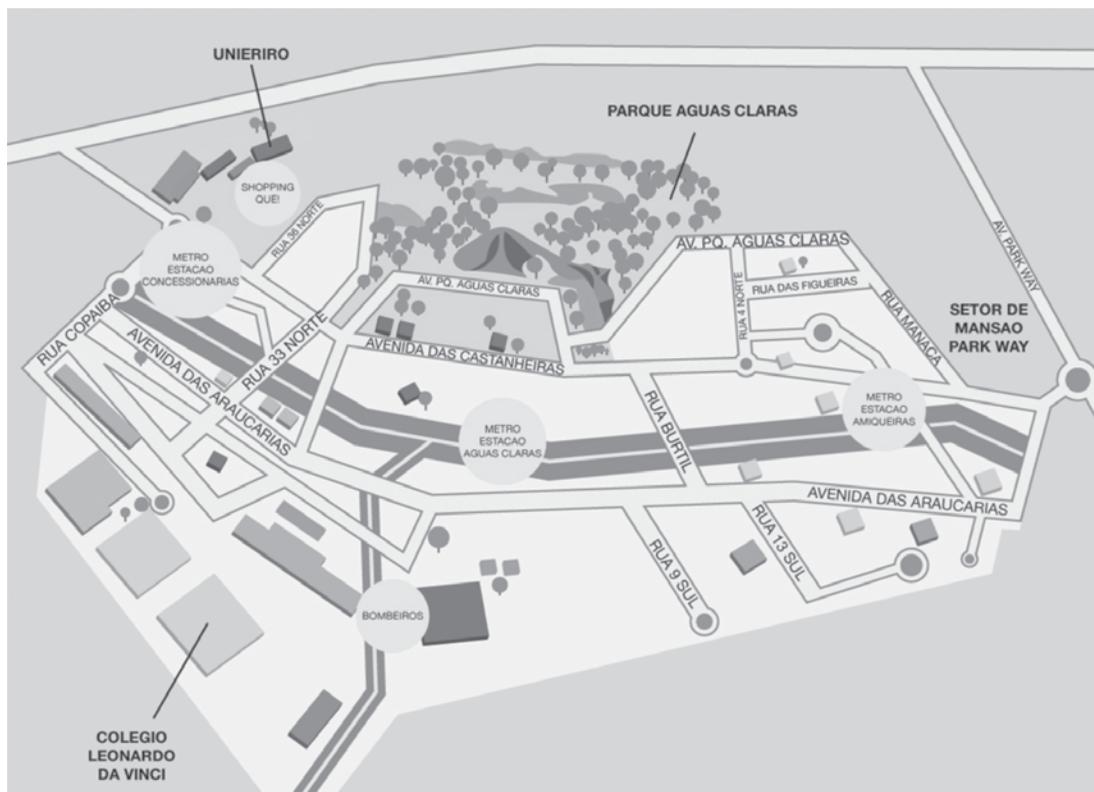
2.1 Organização da equipe

Formulário 1. Equipe da campanha

- Lista e identifica as pessoas que estarão a cargo de cada um dos componentes da campanha de vacinação.

2.2 Definição da meta populacional por microárea

- Para captar a população-alvo de todos os municípios é fundamental ter um censo de instituições e suas populações, locais de concentração e alto trânsito para programar a localização de estabelecimentos de vacinação.
- O primeiro passo da microprogramação é o zoneamento que agrupa geograficamente os bairros ou localidades e define as responsabilidades de todos os estabelecimentos de saúde com relação à população, utilizando o mapa para identificar as instituições (hospitais, igrejas, escolas, universidades e outros) para o acompanhamento das atividades realizadas na microárea.



- Para definir a meta populacional da campanha em cada município serão utilizados os seguintes instrumentos.

Formulário 2. População residente

- Refere-se à população-alvo que residente no município e por localidade que deverão ser vacinadas. Para isso devem empregar as projeções oficiais de população do município fornecidas pelo IBGE e nos municípios com 100% de cobertura de PSF comparar os dados do SIAB.
- A população será desagregada por grupos de idade (20 a 29 anos e 30 a 39 anos de idade) e por sexo. Os Estados (Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro e o Rio Grande do Norte) que farão a vacinação com Tríplice Viral na população de 12 a 19 anos, deverão desagregar os grupos de idade (12 a 14 anos e 15 a 19 anos de idade).
- É importante lembrar que as mulheres grávidas durante o mês da campanha se vacinarão imediatamente no pós-parto ou pós-aborto. Portanto, é necessário conhecer o total de grávidas estimadas no município para calcular quantas mulheres estariam nessa situação durante o período de campanha, a fim de que as vacinas sejam disponibilizadas nas maternidades.
- Para isso, divide-se o total de mulheres grávidas esperadas no ano por 12 meses e multiplica por nove para estimar o total de mulheres grávidas durante o mês de campanha.

Essa vacina deve estar disponível nos serviços de maternidade para aplicá-la à coorte de mulheres que estavam gestantes durante a campanha.

Formulário 3. População institucionalizada

- Nesses formulários se estima a população institucionalizada, ou seja, a quantidade de pessoas que se vacinarão em locais de trabalho, escolas, universidades, serviços de saúde e outros locais (presídios, conventos, quartéis etc.). Quando da visita a essas instituições para estabelecer a população, é importante identificar qual será o melhor horário e dia para a vacinação nesses estabelecimentos. Esse formulário também é de utilidade para determinar se faltaram pessoas por vacinar e se é necessário re-visitar a instituição.

Formulário 4. População em trânsito

- Essa população corresponde às pessoas em trânsito ou que se vacinarão em locais de alta concentração como centros comerciais, estações de ônibus, rodoviárias, ruas, supermercados, shoppings centers, igrejas, assentamentos populacionais, entre outras.

2.3 Estimativa de recursos humanos

Formulário 5. Estimativa de recursos humanos

- Permitirá identificar os recursos humanos disponíveis e os que são necessários adicionar para executar a campanha (vacinadores, registradores e outros).

2.4 Consolidado de vacina e insumos

Os insumos necessários, para execução da campanha, tais como: vacinas, seringas, caixas e bobinas térmicas, caixas de descarte, cartões de vacinação, boletins de doses aplicadas, instrumento para consolidar as doses administradas, deverão ser estimados e programados a partir da meta a ser alcançada. Quanto ao planejamento referente às necessidades dos imunobiológicos deve-se adicionar 20% de perda à meta da campanha.

Formulário 6. Consolidado de vacinas e insumos

- Prevê um formato padrão.

2.5 Mobilização social

Formulário 7. Contribuição dos parceiros

- Registrar, para cada uma das instituições, organizações e outros, a contribuição esperada e a pessoa responsável.

2.6 Divulgação

Formulário 8. Divulgação

- Fazer a programação das atividades. Utilize também um esboço para fazer a programação da comunicação local.

2.7 Capacitação

Formulário 9. Capacitação

- Fazer a programação das oficinas de capacitação da campanha e sua avaliação final.

2.8 Supervisão

Formulário 10. Supervisão

- Programar os locais, dias e recursos requeridos para o desenvolvimento das atividades de supervisão durante campanha.

2.9 Cronograma

Formulário 11. Cronograma de atividades da campanha

- Incluir todos os componentes e adicionar um cronograma das atividades de vacinação segundo as estratégias utilizadas.

2.10 Orçamento

Formulário 12. Orçamento segundo atividade e fonte planejada

- Integrar o orçamento da campanha para cada atividade e componente.

Formulário 1. Equipe da campanha

Município	Unidade Federada	Instituição/estabelecimento				
		Nome da pessoa	Função /cargo	Lugar de trabalho	Telefone/Celular	Fax
			Coordenador de campanha			
			Planificação, monitoramento e supervisão			
			Logística e rede de frio			
			Participação e comunicação social			
			Capacitação e supervisão			
			Vigilância e vacinação segura			
			Sistema de informação			
			Administração e finanças			

Formulário 12. Orçamento segundo atividade e fonte planejada

Município	Unidade Federada	Instituição/estabelecimento									
Orçamento segundo atividade											
Atividade	Alimentação/hospedagem			Transporte			Total				
	Nº Dias Re-gistrador	R\$	Nº Dias Vacinador	R\$	Subtotal	Nº Veí-culos		Km Programa-dos	Combustível Nº litros	R\$	Subtotal
Atividades de Campo											
Supervisão											
Capacitação											
Mobilização social											
Total											
Orçamento segundo fonte											
Componente	Fonte de Financiamento										
											Total
Atividades de campo											
Supervisão											
Capacitação											
Mobilização social											
Total											

Apêndice C – Protocolo

Acompanhamento das gestantes vacinadas inadvertidamente (GVI) com a vacina dupla viral (sarampo e rubéola) ou tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola).

1 Justificativa

No início da década de 1960, a infecção de mulheres grávidas com o vírus da rubéola e a consequente ocorrência de abortamento ou da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) impulsionou a realização de pesquisas para desenvolver a vacina contra a doença.

A vacina contra a rubéola RA 27/3 é muito segura e efetiva. Vários países como Estados Unidos, Alemanha e Reino Unido com mais de 30 anos de experiência em vacinação contra rubéola, vacinando inclusive mulheres em idade fértil durante as campanhas de vacinação, não registraram nenhum caso de SRC pelo vírus vacinal.

Entre os anos de 2001 e 2002, durante realização da campanha de vacinação contra a rubéola para as mulheres em idade fértil (MIF), foram vacinadas inadvertidamente, 20.395 gestantes com a vacina dupla viral (cepa RA 27/3), dessas 2.330 (11,4%) apresentaram anticorpos IgM reagente para a rubéola, consideradas, naquele momento, como gestantes suscetíveis à rubéola e portanto deveriam ser acompanhadas.

Dessas gestantes consideradas suscetíveis no momento da vacinação, 1.797 (77,1%) dos seus conceptos foram avaliados sorologicamente e 63 (3,5%) apresentaram IgM reagente para rubéola. Essas crianças foram monitoradas durante o primeiro ano de vida e os resultados apresentados até o momento não diferem da literatura, demonstrando que não houve ocorrência de SRC pelo vírus vacinal, reforçando a segurança da vacina. Entretanto, mesmo confirmando esta segurança, esses estudos mantiveram a recomendação de acompanhar toda mulher vacinada contra a rubéola durante a gestação.

Apesar da estratégia de vacinar em massa as mulheres em idade fértil, implantação das duas doses na rotina da vacinação infantil, da utilização da vacina em bloqueios durante a ocorrência de casos e surtos de rubéola e doses adicionais nas campanhas de seguimento para menores de cinco anos, ocorridas no país em 2000 e 2004, o Brasil seguiu apresentando surtos da doença. Assim o país decidiu realizar uma campanha de vacinação contra a rubéola de forma indiscriminada para homens e mulheres de 20 a 39 anos de idade; para os estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro, Maranhão, Rio Grande do sul, Rio Grande do Norte e Mato Grosso essa faixa etária se estende para 12 a 39 anos de idade.

Como a estratégia utilizada de vacinação é indiscriminada, essa ação expõe as gestantes uma vez mais à possibilidade de serem vacinadas inadvertidamente. Para tanto, é de fundamental importância avaliar o perfil sorológico para a rubéola das gestantes vacinadas inadvertidamente, realizar o acompanhamento daquelas consideradas suscetíveis e o seu recém-nascido (RN). Esse seguimento irá resguardar a responsabilidade ética do Ministério da Saúde para com a população, além de evitar que eventos coincidentes que ocorram durante a gestação sejam atribuídos à vacinação.

2 Objetivo

- Acompanhar as gestantes vacinadas inadvertidamente (GVI) contra rubéola.
- Investigar o perfil sorológico para rubéola em GVI.
- Monitorar, avaliar e classificar o recém-nascido das GVI consideradas suscetíveis segundo a definição de infecção congênita por rubéola (IRC) e Síndrome de Rubéola Congênita (SRC).

3 Metodologia

3.1 Fonte de dados

- Fichas e planilhas de notificação de gestantes vacinadas.

3.2 Critério de inclusão no protocolo

- Gestante vacinada inadvertidamente com a vacina dupla ou tríplice viral até 12 semanas (ou 3 meses) de gestação.
- Mulher em idade fértil que recebeu a vacina dupla ou tríplice viral e engravidou até 30 dias após a data do recebimento da vacina.
- Recém-nascido (RN) de gestante vacinada inadvertidamente suscetível para rubéola (**IgM reagente para rubéola**).

3.3 Conduta diante da notificação de GVI

- Preencher a ficha de notificação da GVI pelo profissional de saúde do local de atendimento (**Ficha Única**).
- Coletar imediatamente uma amostra de sangue da GVI para pesquisa de anticorpos IgM e IgG específicos para rubéola. Para detalhes, consultar os procedimentos indicados para a coleta de sangue para sorologia de rubéola e sarampo no manual de vigilância de exantemáticas.
- Encaminhar a amostra de sangue ao Lacen para pesquisa de anticorpos específicos (IgM e IgG) para rubéola, com cópia de ficha de encaminhamento. A pesquisa de anticorpos será realizada pelo método ELISA;
- Enviar a ficha de notificação para a vigilância epidemiológica da Secretaria Estadual da Saúde, a fim de iniciar o acompanhamento e avaliação da gestante.
- Acompanhar a GVI suscetível no pré-natal de rotina. Não há indicação para o acompanhamento no pré-natal de alto risco.

3.4 Procedimento para coleta, armazenamento, envio e resultados laboratoriais dos espécimes coletadas

- Coletar, armazenar e enviar amostra de sangue ao laboratório seguindo o mesmo fluxo estabelecido para os casos suspeitos de sarampo e rubéola, anexando a ficha de notificação de **GVI**.
- Enviar os resultados laboratoriais para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, a fim de que possam monitorar e encerrar os casos notificados de **GVI**.
- Coletar secreção nasofaríngea nos casos em que a gestante apresente clínica compatível da rubéola após a vacinação, independentemente do intervalo da data da vacina, coleta e data do início do exantema.
- **ATENÇÃO:** nas cidades onde ocorrerem surtos de rubéola durante a campanha, coletar materiais clínicos para detecção viral de casos confirmados.

3.5 Avaliação Imunológica da GVI para decidir pelo acompanhamento

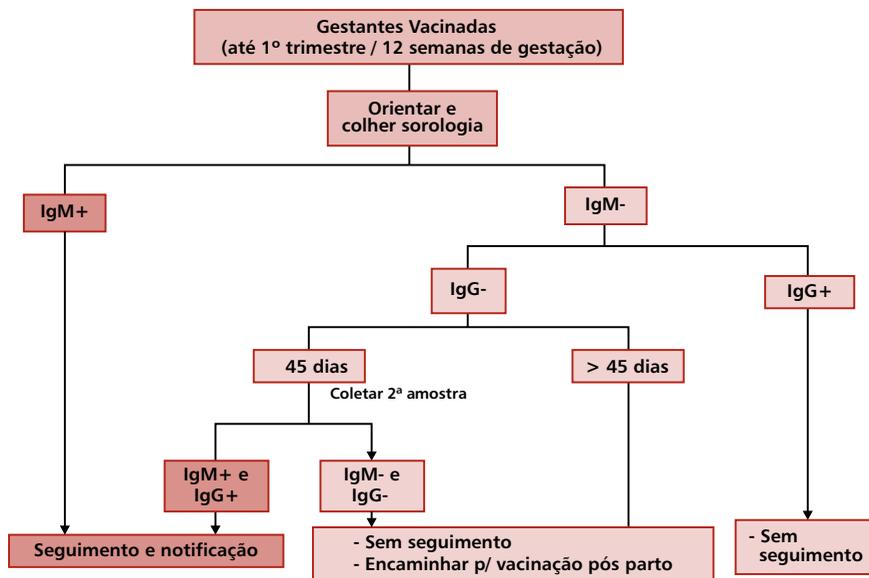
Figura 1

- **IgM (+) (independentemente do IgG) →** A gestante **será acompanhada** e a coleta de sangue do RN é obrigatória ao nascimento, preferencialmente na maternidade. **Gestante suscetível.**
- **IgM (-) considerar a IgG:**
 - **Se IgG (-) →** Caso a coleta ocorra até 45 dias após a data do recebimento da vacina, realizar a segunda amostra de sangue. O intervalo entre a primeira e segunda coleta da amostra de sangue deverá ser de 20 até 30 dias.
 - **Se IgG (+) →** A gestante **não será acompanhada. Gestante Imune.**

Resultados da segunda coleta:

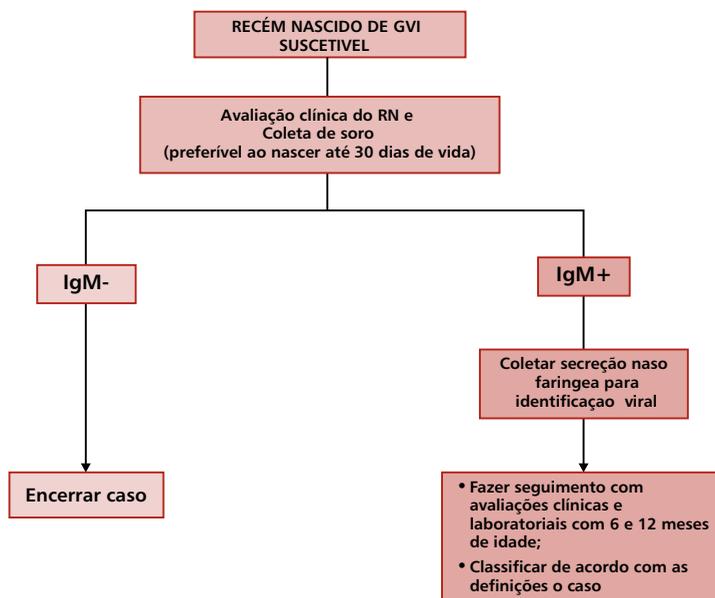
- **Se IgM (+) e IgG (+) →** A gestante **será acompanhada** e a coleta de sangue do RN é obrigatória ao nascimento, preferencialmente na maternidade. **Gestante suscetível.**
- **Se IgM (-) e IgG (-) →** **No houve soroconversão.** A gestante **não será acompanhada**, porém deverá receber a vacina dupla ou tríplice viral imediatamente após o parto ou aborto.

Figura 1. Algoritmo para Seguimento das Gestantes Vacinadas Inadvertidamente contra Rubéola



3.6 Conduta diante da notificação do RN (Figura 2):

- Preencher a ficha de notificação do RN pelo profissional de saúde do local da assistência ao parto (**Ficha Única**).
- Coletar, preferível ao nascer até 30 dias após, uma amostra de sangue do RN para pesquisa de anticorpos IgM e IgG específicos para rubéola. Para detalhes, consultar os procedimentos indicados para a coleta de sangue para sorologia de rubéola e sarampo no manual de vigilância das doenças exantemáticas.
- Encaminhar a amostra ao Lacen para pesquisa de anticorpos específicos IgM e IgG, com a ficha de notificação. A pesquisa de anticorpos será realizada pelo método de **Ensaio Imunoenzimático – ELISA**.
- Enviar a ficha de notificação do RN para a vigilância epidemiológica da Secretaria Estadual da Saúde, a fim de iniciar o acompanhamento e avaliação do RN.
- Fazer avaliação clínica do RN e manter o acompanhamento em consultas de puericultura até que os resultados de exames sorológicos sejam divulgados e analisados.

Figura 2. Seguimento do RN das Gestantes Suscetíveis Pós-Vacinação contra Rubéola

3.7 Avaliação imunológica e conduta com o RN de GVI suscetível

- **IgM+** → Indica que o vírus da rubéola (vacinal ou selvagem) infectou o RN em sua fase fetal (infecção pelo vírus da rubéola). Isso não implica, necessariamente, a apresentação de malformações, com evolução para a SRC. Para seguir e concluir o caso, será necessário:
 - coletar secreção de nasofaringe com o objetivo de identificar o vírus e diferenciar o vírus selvagem do vacinal;
 - agendar consulta em serviços de referência com diversos especialistas (cardiologista, neuropediatra, oftalmologista, nutricionista, fonoaudióloga) para avaliação;
 - coletar uma 2ª amostra de sangue aos seis meses de vida para monitorar e comparar os resultados sorológicos e concluir o diagnóstico;
 - após a avaliação dos especialistas e dos resultados dos exames sorológicos e afastado o diagnóstico de malformações congênicas e/ou SRC, a criança será seguida na rotina de puericultura para crianças saudáveis;
 - se forem detectadas malformações congênicas não associadas ao vírus selvagem ou vacinal, a investigação diagnóstica prosseguirá para definir o diagnóstico etiológico (citomegalovírus, toxoplasmose, sífilis, herpes, fatores genéticos e outros), a fim de que a criança possa ser classificada de acordo com outras definições e ser referenciada para acompanhamento por especialistas.

- **IgM (-) verificar a IgG:**
 - **Se IgG (-) →** Nessa situação, descarta-se a infecção congênita por rubéola e a criança será seguida na rotina de puericultura para crianças saudáveis.
 - **Se IgG (+) →** Coletar a segunda amostra após os seis meses de vida. Se houver manutenção dos títulos de IgG, o caso será classificado como infecção congênita por rubéola e a mesma rotina indicada para os casos IgM+ será seguida. Se ocorrer queda acentuada no título de IgG a infecção congênita será descartada.

3.8 Classificação final de caso

- RN ou menor de um ano de GVI suscetível ao vacinar com soroconversão:
 1. **Caso descartado de infecção congênita pelo vírus vacinal da rubéola:** Recém-nascido ou criança menor de um ano de idade sem infecção congênita pelo vírus vacinal da rubéola. O RN **não apresentou** IgM reagente e os resultados dos anticorpos IgG não foram reagentes ou apresentaram queda acentuada no título de IgG após os seis meses de idade e sem manifestações clínicas da SRC.
 2. **Infecção congênita associada ao vírus vacinal da rubéola:** RN ou criança apresenta IgM reagente para rubéola ou IgG reagente e persistente para rubéola depois de seis meses de vida, com ou sem identificação viral e sem manifestações clínicas da SRC.
 3. **Caso confirmado de SRC associado ao vírus vacinal da rubéola:** RN ou criança menor de um ano que apresenta manifestações clínicas compatíveis de SRC com resultados laboratoriais de anticorpos IgM reagente para rubéola ou IgG reagente e persistente para rubéola depois de seis meses de vida e identificação do **vírus vacinal**.
 4. **Caso confirmado de SRC associada ao vírus selvagem da rubéola:** RN ou criança menor de um ano apresenta manifestações clínicas de SRC e resultados laboratoriais com anticorpos IgM reagente para rubéola ou IgG reagente e persistente para rubéola depois de seis meses de vida e com a identificação do **vírus selvagem**.

Definição de caso da SRC

Toda criança menor de um ano que apresentar catarata congênita unilateral ou bilateral e/ou glaucoma congênito e/ou déficit auditivo e/ou malformação cardíaca (persistência do canal arterial, estenose aórtica, estenose da artéria pulmonar e cardiopatia não especificada) associadas ao vírus da rubéola.



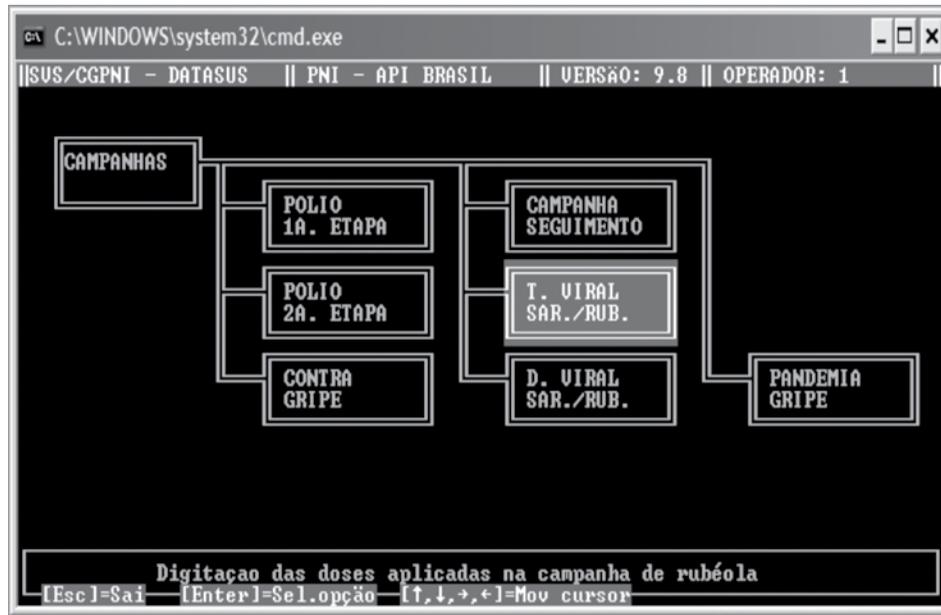
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Ficha de notificação e acompanhamento da gestante vacinada inadvertidamente contra rubéola e do recém-nascido ou da criança nascida de gestante vacinada inadvertidamente - GVI

DADOS GERAIS	1. Município de ocorrência		2. Código (IBGE)		3. Data da notificação _/_/___		
	4. Unidade de Saúde de ocorrência				5. Código (CNES)		
DADOS PESSOAIS DA GESTANTE	6. Nome da Gestante					7. Número do Cartão do SUS	
	8. Data de Nascimento _/_/___	9. Idade em anos <input type="checkbox"/>	10. Raça/cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorada		11. Escolaridade (em anos de estudo) 1- Nenhum 2- De 1 a 3 3- De 4 a 7 4- De 8 a 11 5- De 12 e mais 6-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
DADOS DE RESIDÊNCIA	12. Logradouro (rua, avenida...)			13. Nº		14. Complemento (apartamento, casa...)	
	15. Bairro		16. Ponto de Referência			17. CEP	
	19. Município de Residência			20. Código (IBGE)		21. Código UF	
	22. Telefone		23. País (se reside fora do Brasil)				
DADOS DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE	24. Foi vacinada contra rubéola na campanha de 2008? 1-Sim 2-Não 3-Desconhece <input type="checkbox"/>		25. Data da última dose da vacina _/_/___		26. Data da última menstruação _/_/___	27. Data provável do parto _/_/___	
	28. Data da coleta do sangue (S1) _/_/___		29. Resultado dos exames (S1) 1- Reagente 2- Não reagente 3- Inconclusivo 4- Não realizado IgM <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/>		30. Data da coleta do sangue (S2) _/_/___		31. Resultado dos exames (S2) 1- Reagente 2- Não reagente 3- Inconclusivo 4- Não realizado IgM <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/>
	32 - Classificação 1- Imune/encerrado 2 - Suscetível - acompanhar <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado.		33- Observações				
DADOS DE ACOMPANHAMENTO RECÉM-NASCIDO	34. Nome Do Recém-Nascido			35. Data de nascimento RN _/_/___		34. Idade (dias/mês) <input type="checkbox"/>	
	36. Nascimento 1- Pré-termo 2- A termo 3- Pós-termo <input type="checkbox"/>			37. Peso ao nascer			
	38. Data da coleta do sangue (S1) _/_/___		39. Resultado dos exames (S1) 1- Reagente 2- Não reagente 3- Inconclusivo 4- Não realizado IgM <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/>		40. Data da coleta do sangue (S2) _/_/___		41. Resultado dos exames (S2) 1- Reagente 2- Não reagente 3- Inconclusivo 4- Não realizado IgM <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/>
	42. Amostra para identificação viral: 1-Sim 2-Não		43. Data da coleta para identificação viral. _/_/___		44. Descarte por outro agente etiológico ou diagnóstico: 1-Citomegalovírus 2- Sífilis 3- Herpes Vírus 4-Toxoplasmose 5-Genético 6- Outro: <input type="checkbox"/>		
	45. Sinais e sintomas detectados no RN: 1-Sim 2-Não 3- Não avaliado 9-Ignorado <input type="checkbox"/>			46. Avaliação otorrinolaringológica: Data: _/_/___ Alteração: <input type="checkbox"/>		47. Potencial Evocado Data: _/_/___ Alteração: <input type="checkbox"/>	
	Catarata (uni ou bilateral) <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Retinopatia <input type="checkbox"/>			Estenose aórtica ou pulmonar <input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Outra Cardiopatia <input type="checkbox"/>		Alterações ósseas <input type="checkbox"/> Meningocefalite <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/>	
Déficit auditivo <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Retardo mental <input type="checkbox"/>			Ictericia <input type="checkbox"/> Persistência do Conduto Arterial <input type="checkbox"/>		1- Sim 2- Não 3- Inconclusivo 4- Não realizado		
48. Classificação final: 1- Descartado 2 - Infecção congênita associada ao vírus vacinal 3 - SRC associado ao vírus vacinal 4 - SRC associado ao vírus selvagem 9- Ignorado							
Nome do responsável pela investigação			Data _/_/___		Assinatura		
Observações							

Apêndice D – Orientações para registro de doses aplicadas na campanha de vacinação contra rubéola

Campanha de vacinação contra rubéola



Campanha Nacional de Vacinação Contra Rubéola

A informação oportuna e de qualidade permitirá tomar medidas corretivas durante e depois da campanha para verificar a consecução da meta de cobertura.

Os dados serão coletados por sala de vacina em boletins padronizados para os 5.564 municípios, com informações diferenciadas por sexo, faixa etária e população indígena. Serão disponibilizados três modelos de boletim de registro de doses aplicadas e dois modelos de registro consolidado dessas informações:

Boletim diário 1: Será utilizado em todas as salas de vacinas do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Mato Grosso, Maranhão e Rio Grande do Norte, com informações por sexo e por tipo de vacina. Para a vacina tríplice viral nas faixas etárias de 12 a 14 e 15 a 19 anos e para a vacina dupla viral nas idades de 20 a 29 e 30 a 39 anos.

API VERSÃO 9.8

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEV/PC/CGPNI

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

CÓD. UF:

CAMPANHA CONTRA RUBÉOLA - BOLETIM DE DOSES APLICADAS

UNIDADE DE SAÚDE: _____ CÓD. US: _____ MÊS: _____ ANO: _____ RESPONSÁVEL: _____

FAIXA ETÁRIA →	TRÍPLICE VIRAL												DUPLA VIRAL																																							
	12 A 14 ANOS						15 A 19 ANOS						20 A 29 ANOS						30 A 39 ANOS																																	
	DOSES APLICADAS						DOSES APLICADAS						DOSES APLICADAS						DOSES APLICADAS																																	
MULHERES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36				
	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48				
	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60				
	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72				
	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84				
	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90				
	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102				
	103	04	05	06	07	08	09	10	11	11	12	13	14	103	04	05	06	07	08	09	10	11	11	12	13	14	103	04	05	06	07	08	09	10	11	11	12	13	14	103	04	05	06	07	08	09	10	11	11	12	13	14
	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	25	26	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	25	26	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	25	26	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	25	26				
	127	128	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	127	128	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	127	128	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	127	128	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38				
139	140	41	42	43	44	145	146	147	148	149	150	139	140	41	42	43	44	145	146	147	148	149	150	139	140	41	42	43	44	145	146	147	148	149	150	139	140	41	42	43	44	145	146	147	148	149	150					
151	152	153	54	155	156	157	158	159	160	161	162	151	152	153	54	155	156	157	158	159	160	161	162	151	152	153	54	155	156	157	158	159	160	161	162	151	152	153	54	155	156	157	158	159	160	161	162					
163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174					
175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186					
187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198					
199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210					
Total MULHERES																																																				

FAIXA ETÁRIA →	TRÍPLICE VIRAL												DUPLA VIRAL																																							
	12 A 14 ANOS						15 A 19 ANOS						20 A 29 ANOS						30 A 39 ANOS																																	
	DOSES APLICADAS						DOSES APLICADAS						DOSES APLICADAS						DOSES APLICADAS																																	
HOMENS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36				
	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48				
	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60				
	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72				
	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84				
	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90				
	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102				
	103	04	05	06	07	08	09	10	11	11	12	13	14	103	04	05	06	07	08	09	10	11	11	12	13	14	103	04	05	06	07	08	09	10	11	11	12	13	14	103	04	05	06	07	08	09	10	11	11	12	13	14
	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	25	26	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	25	26	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	25	26	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	25	26				
	127	128	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	127	128	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	127	128	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	127	128	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38				
139	140	41	42	43	44	145	146	147	148	149	150	139	140	41	42	43	44	145	146	147	148	149	150	139	140	41	42	43	44	145	146	147	148	149	150	139	140	41	42	43	44	145	146	147	148	149	150					
151	152	153	54	155	156	157	158	159	160	161	162	151	152	153	54	155																																				

Boletim diário 2: Será utilizado nas salas de vacinação de 22 unidades federadas (RO, AC, AM, RR, PA, AP, TO, PI, CE, PB, PE, AL, SE, BA, ES, SP, PR, SC, RS, MS, GO e DF), contendo informações somente sobre a vacinação com dupla viral nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos de idade.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEVEP/CGPNI

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

API VERSÃO 9.8

CÓD. UF:

CAMPANHA CONTRA RUBÉOLA - BOLETIM DE DOSES APLICADAS

UNIDADE DE SAÚDE: CÓD. US: MÊS: ANO: RESPONSÁVEL:

DUPLA VIRAL - MULHERES

20 A 29 ANOS DOSES APLICADAS																				30 A 39 ANOS DOSES APLICADAS																					
FAIXA ETÁRIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	FAIXA ETÁRIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80		81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120		101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140		121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160		141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180		161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200		181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	
201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220		201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	
221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240		221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	
241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260		241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	
261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280		261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	
281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300		281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	
301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320		301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	
321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340		321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	
341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360		341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	
Total MULHERES → <input type="text"/>																				Total MULHERES → <input type="text"/>																					

DUPLA VIRAL - HOMENS

20 A 29 ANOS DOSES APLICADAS																				30 A 39 ANOS DOSES APLICADAS																					
FAIXA ETÁRIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	FAIXA ETÁRIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80		61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120		101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140		121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160		141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180		161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200		181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	
201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220		201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	
221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240		221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	
241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260		241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	
261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280		261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	
281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300		281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	
301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320		301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	
321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340		321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	
341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360		341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	
Total HOMENS → <input type="text"/>																				Total HOMENS → <input type="text"/>																					

Boletim de consolidação 1: para consolidação de doses aplicadas por sala de vacina (no caso de acompanhamento municipal), ou por município (no caso de acompanhamento regional) que facilitará o repasse dos dados no *site* ou no API.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEVEP/CGPNI

API VERSÃO 9.8

CÓDIGO DA UF:

BOLETIM DE CONSOLIDAÇÃO DE DOSES APLICADAS CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA RUBÉOLA

MUNICÍPIO ou SALA DE VACINA:	MULHERES	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL
		12 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL	
	12 A 14 ANOS		15 A 19 ANOS		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS
CÓDIGO DO MUNICÍPIO:	MULHERES	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL
		12 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL	
	12 A 14 ANOS		15 A 19 ANOS		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS

MUNICÍPIO ou SALA DE VACINA:	MULHERES	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL
		12 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL	
	12 A 14 ANOS		15 A 19 ANOS		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS
CÓDIGO DO MUNICÍPIO:	MULHERES	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL
		12 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL	
	12 A 14 ANOS		15 A 19 ANOS		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS

MUNICÍPIO ou SALA DE VACINA:	MULHERES	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL
		12 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL	
	12 A 14 ANOS		15 A 19 ANOS		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS
CÓDIGO DO MUNICÍPIO:	MULHERES	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL
		12 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL	
	12 A 14 ANOS		15 A 19 ANOS		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS

MUNICÍPIO ou SALA DE VACINA:	MULHERES	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL
		12 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL	
	12 A 14 ANOS		15 A 19 ANOS		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS
CÓDIGO DO MUNICÍPIO:	MULHERES	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL
		12 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL		TOTAL	
	12 A 14 ANOS		15 A 19 ANOS		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS

Boletim de consolidação 2: para consolidação de doses aplicadas por aldeia, pólo base ou Distrito Sanitário que facilitará o repasse dos dados no *site* ou no API.

API VERSÃO 9.8

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEVEP/CGPNI

CÓDIGO DA UF:

**BOLETIM DE CONSOLIDAÇÃO DE DOSES APLICADAS
CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA RUBÉOLA**

MUNICÍPIO :	MULHERES	DUPLA VIRAL		TOTAL
		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
	HOMENS	DUPLA VIRAL		TOTAL
		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
CÓDIGO DO MUNICÍPIO :				

MUNICÍPIO :	MULHERES	DUPLA VIRAL		TOTAL
		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
	HOMENS	DUPLA VIRAL		TOTAL
		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
CÓDIGO DO MUNICÍPIO :				

MUNICÍPIO :	MULHERES	DUPLA VIRAL		TOTAL
		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
	HOMENS	DUPLA VIRAL		TOTAL
		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
CÓDIGO DO MUNICÍPIO :				

MUNICÍPIO :	MULHERES	DUPLA VIRAL		TOTAL
		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
	HOMENS	DUPLA VIRAL		TOTAL
		20 A 29 ANOS	30 A 39 ANOS	DOSES
CÓDIGO DO MUNICÍPIO :				

Um sistema *on-line* para registro das doses aplicadas será disponibilizado aos 5.564 municípios no site <http://pni.datasus.gov.br>, para inclusão **contínua** dos dados de campanha depois de

validados pela equipe local. **Os resultados preliminares e finais da campanha serão apresentados via acesso ao site.**

Todos os responsáveis pela informação em cada município terão acesso ao sistema por meio de senha criptografada pelo Datasus, que permitirá a digitação pelo código do IBGE de cada local acessível pela tabela do sistema.

REGISTRO NO SITE: SISTEMA ON-LINE DE REGISTRO PARA A CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA RUBÉOLA.

SEXO	TRÍPLICE VIRAL		DUPLA VIRAL	
MULHERES	12 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39
HOMENS	12 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39

Somente preencherão os campos de 12 a 19 anos (MESMO PARA INFORMAÇÃO DE ÁREA INDÍGENA) os Estados de MA, MG, MT, RJ e RN. As demais UF informarão 0 (zero) para este grupo etário, preenchendo informações somente de 20 a 39 anos.

Exemplos:

a) Informações das demais 22 unidades federadas (utilização da vacina dupla viral de 20 a 39 anos)

Sexo	Tríplice Viral				Dupla Viral	
	12 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	20 a 29	30 a 39
Mulheres	0	0	0	0	XYZ	XYZ
Homens	0	0	0	0	XYZ	XYZ

b) Informações dos Estados de MA, MG, MT, RJ e RN (utilização da vacina tríplice viral de 12 a 19 anos e dupla viral de 20 a 39 anos)

Sexo	Tríplice Viral				Dupla Viral	
	12 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	20 a 29	30 a 39
Mulheres	XYZ	XYZ	0	0	XYZ	XYZ
Homens	XYZ	XYZ	0	0	XYZ	XYZ

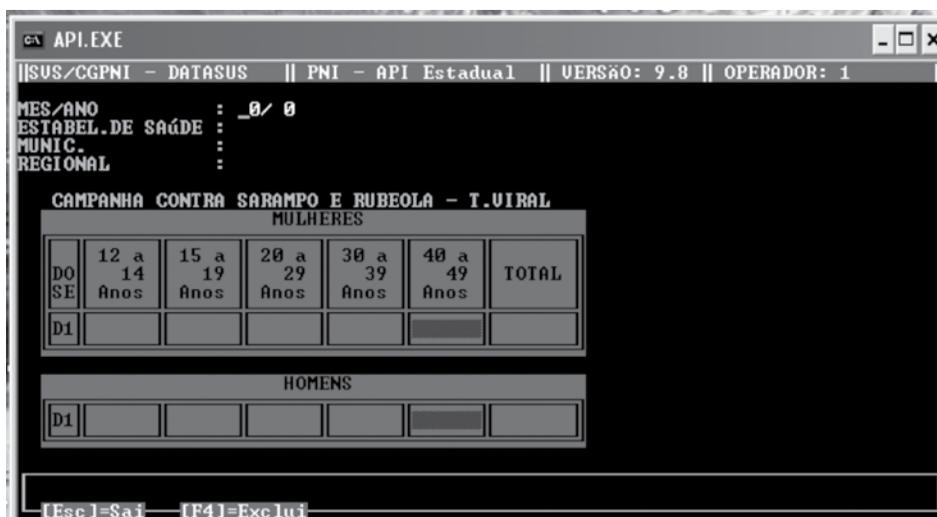
c) Informações em Áreas Indígenas dos Estados NAS DEMAIS UF (utilização somente da vacina tríplice viral em todas as idades)

Sexo	Tríplice Viral				Dupla Viral	
	12 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	20 a 29	30 a 39
Mulheres	0	0	XYZ	XYZ	0	0
Homens	0	0	XYZ	XYZ	0	0

d) Informações em Áreas Indígenas dos Estados de MA, MG, MT, RJ e RN (utilização somente da vacina tríplice viral em todas as idades)

Sexo	Tríplice Viral				Dupla Viral	
	12 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	20 a 29	30 a 39
Mulheres	XYZ	XYZ	XYZ	XYZ	0	0
Homens	XYZ	XYZ	XYZ	XYZ	0	0

Encerrando a campanha de vacinação contra rubéola, os dados de doses aplicadas deverão ser digitados por sala de vacina e por município no **sistema API** informatizado versão 9.8, cumprindo o fluxo estabelecido de envio por meio do município, regional, UF e país, garantindo a informação descentralizada em todos os níveis de prestação de serviço.



IMPORTANTE:

Na área indígena, a vacinação de campanha iniciou desde janeiro de 2008. Será utilizada somente a vacina tríplice viral (rubéola, sarampo e caxumba) em toda a população. Todas as doses aplicadas a partir de JANEIRO serão consideradas doses de campanha e deverão ser registradas no API no campo campanha, de acordo com a idade e sexo. O campo campanha está aberto para registro e leitura em qualquer mês.

Na área indígena, por apresentarem censo vacinal por nome e tipos de vacinas, há a possibilidade de identificar todas as pessoas vacinadas e com esquema completo.

Para a campanha contra rubéola em área indígena, será considerado esquema completo, a pessoa que tiver duas doses da vacina tríplice viral até o ano de 2008. A população alvo para a campanha de vacinação contra rubéola utilizando a vacina tríplice viral será formada pelas pessoas que receberam somente uma dose dessa vacina ou aqueles que nunca antes haviam sido vacinados com tríplice viral.

A D1 aplicada ou a D2 por pessoa vacinada, será registrada como dose de campanha no boletim específico para a área indígena e digitada no *site* e no API na sala de vacina indígena. Não serão registradas mais de uma dose por pessoa no campo campanha mesmo que tenha recebido duas doses em 2008.

Considerando que as pessoas já vacinadas com duas doses da vacina tríplice viral não farão parte da população-alvo da campanha, será necessário que seja repassado ao município sede da aldeia indígena ou pólo base, o número de doses consideradas válidas para a campanha, referente ao grupo já vacinado. Caso contrário a meta de 100% de cobertura não será alcançada.

Durante o período de apuração da campanha de vacinação contra rubéola, utilizaremos os parâmetros de avanço na cobertura vacinal, para acompanhamento dos resultados.

Semanas	Parâmetros para avanço semanal na cobertura vacinal		
	Bom (igual ou maior que)	Regular (entre)	Deficiente (menor que)
1	30%	25 e 29.99%	25%
2	50%	45 e 49.99%	45%
3	70%	65 e 69.99%	65%
4	85%	80 e 84.99%	80%
5ª semana e até o final	95%	90 e 94.99%	90%

OBS: Este documento é parte da "Cartilha de Orientações Técnicas do PNI" (versão - 3/3/2006). Revisado em 2/5/2008.

Apêndice E – Planilhas de supervisão da campanha
Guia para supervisionar a etapa de planejamento e organização da campanha no nível estadual e municipal

Estado:	Município:	Supervisor/monitor:	Data:
Pontos: Sim = 2	Parcial (1)	Não = 0	Pontuação ideal 96 (2 em cada item)
Componente	Item	Pontos	Comentários/observações/ Problemas
PROGRAMAÇÃO E ORGANIZAÇÃO	1. Existe um Plano Operacional da Campanha, com todos os componentes?		
	2. Foi criada uma Equipe da campanha?		
	3. Existe um mapa de localização dos estabelecimentos de saúde por município, para acompanhamento das atividades de vacinação da campanha?		
	4. Foi estabelecida a ampliação do horário de atendimento das unidades de saúde durante a campanha?		
	5. A coordenação tem a estimativa da população a vacinar de todos as Unidades de Saúde de todos os municípios?		
	6. A coordenação tem conhecimento das instituições de trabalho, educacionais e outras com a estimativa do número de pessoas a vacinar?		
	7. Tem conhecimento da meta programada da população-alvo a vacinar?		
	8. Na programação orçamentária da campanha está previsto valores por rubrica de custos?		
	9. Para a realização da campanha foram identificados outras fontes de financiamento?		Quais? () Doações () Parcerias () Contrapartidas () Outras
	10. Para realização da campanha conta com parcerias para disponibilizar recursos humanos, materiais ou insumos?		
	11. Existe um quadro de distribuição dos recursos orçamentários por município?		
Pontuação ideal PI: (22)		Subtotal PA / PI * 100	
Pontuação alcançada PA: ()			

Componente	Item	Pontos	Comentários/Observações/Problemas
CAPACITAÇÃO E SUPERVISÃO	1. Existe um plano com cronograma das atividades de capacitação?		
	2. A distribuição do material de capacitação da campanha para os municípios está sendo realizada em tempo hábil e de acordo com quantidade estimada de profissionais por sala e equipe de vacinação?		
	3. Os municípios realizam as atividades de capacitação para a campanha dentro do tempo previsto no cronograma?		Qual é o percentual?
	4. Os multiplicadores, supervisores, vacinadores e registradores foram capacitados de acordo com as orientações do processo de capacitação da campanha?		
	Pontuação ideal PI: (8)		
SISTEMA DE INFORMAÇÃO – SI – PNI	1. A Coordenação estadual/regional de saúde conta com uma equipe de técnicos responsáveis e capacitados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI, módulo campanha, para receber, consolidar e informar os dados da campanha?		
	2. Existem técnicos responsáveis e capacitados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI, módulo campanha, para receber, consolidar e informar os dados da campanha nos municípios?		
	3. Os equipamentos de informática e a rede de internet existentes na coordenação estadual e municipal estão preparados para atender as demandas da campanha?		
	4. Qual o percentual de municípios que contam com equipamentos de informática e rede de internet preparados para atender as demandas da campanha?		
	5. Os formulários para registro, processamento e consolidação dos dados foram reproduzidos e disponibilizados em número suficiente para municípios e estabelecimento de saúde?		
Pontuação ideal PI: (10)			Subtotal PA / PI * 100

Componente	Item	Pontos	Comentários/Observações/Problemas
REDE DE FRIO	1. A Central de Distribuição Estadual está preparada para atender adequadamente a demanda estimada para o armazenamento e distribuição dos imunobiológicos e insumos destinados à campanha?		
	Espaço Físico		
	Equipamentos de refrigeração e câmaras frias		
	Equipe de técnicos capacitados		
	Veículos adequados para o transporte de imunobiológicos		
	2. Dispõe da quantidade de doses de vacina solicitada para vacinar a população-alvo?		Se não: Qual percentual de doses necessárias?
	3. Dispõe de seringas e agulhas em quantidade suficiente conforme a estimativa de utilização para a campanha?		
	4. A solicitação para a aquisição de seringas e agulhas foi providenciada?		
	5. A Central de distribuição estadual/regional e municipal dispõe de caixas térmicas e termômetro em quantidade suficiente para as equipes volantes de campanha?		
	6. A solicitação para a aquisição de caixas térmicas e termômetros para as equipes volantes foi providenciada?		
7. Existe um quadro para distribuição de vacinas, insumos e materiais?			
8. Existe cronograma de distribuição de vacinas, insumos e materiais?			
9. O cronograma de distribuição de vacinas, insumos e materiais está sendo cumprido?			
10. Foi elaborado um plano emergencial em caso de falhas elétricas, mecânicas ou outras que possam ocorrer na central estadual de armazenamento e distribuição?			
Pontuação ideal PI: (20)		Subtotal PA / PI * 100	
Pontuação alcançada PA: ()			

Componente	Item	Pontos	Comentários/Observações/Problemas
PARTICIPAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL	1. Existe um plano de comunicação e participação social?		
	2. Existe um censo dos parceiros envolvidos na campanha?		
	3. Foram realizadas atividades de sensibilização sobre a campanha para gestores de recursos (financeiros, humanos, transporte, materiais e outros)?		
	4. A coordenação estadual tem relação com os contatos dos comunicadores da mídia falada, televisada, rádio?		
	5. Ocorreu ou está programada uma reunião com a comunicação social?		
	6. Foi inserido o assessor da secretaria de saúde para a elaboração do plano estadual de comunicação social?		
	6. Existe um plano de mídia para divulgação da campanha no estado financiado pelo governo estadual?		
	7. No plano estadual da campanha está previsto o lançamento da campanha no estado e nos municípios?		
	8. Tem programação prevista para o dia "central" da campanha?		
	9. Estão previstos algumas atividades de divulgação para a última semana da campanha?		
	10. Foi elaborado e reproduzido pelo estado ou municípios algum material de divulgação para campanha, como: cartilhas educativas direcionadas para população, cartazes, folhetos, folders e outros?		
	11. No plano de ação da campanha consta um cronograma de entrevistas, editoriais, colunas com formadores de opinião em saúde?		
	12. A coordenação estadual tem um profissional responsável pela programação e monitoramento de mídia para campanha?		
	13. O material de comunicação foi disponibilizado e distribuído para todos os municípios em tempo hábil?		
	14. O material de comunicação foi disponibilizado e distribuído para todas as unidades de saúde em tempo hábil?		
15. O Comitê Técnico Assessor tem contribuído para a organização da campanha?			
Pontuação ideal PI: (30)		Subtotal PA / PI * 100	
Pontuação alcançada PA: ()			

Componente	Item	Pontos	Comentários/Observações/Problemas
EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO	1. Na coordenação estadual existe uma equipe técnica para segmento e monitoramento dos EAPV?		
	2. Existe na Coordenação Estadual do Programa de Imunizações técnico responsável pela análise e sistematização e informação dos casos notificados de EAPV?		
	3. Este técnico foi capacitado na metodologia aplicada conforme o protocolo de Vigilância de EAPV pela CGPNI para a campanha?		Se sim: Qual tipo de capacitação recebeu?
	4. Este técnico foi capacitado e conhece o protocolo de atenção e acompanhamento das GVI?		
Pontuação ideal PI: (8)		Pontuação alcançada PA: ()	Subtotal PA / PI * 100
Pontuação ideal total PI: (98)		Pontuação alcançada PA: ()	Subtotal PA / PI * 100
Pontuação ideal PI: (8)		Pontuação alcançada PA: ()	Subtotal PA / PI * 100

Guia para supervisionar a etapa de execução da campanha no nível estadual e municipal

Objetivo: Detectar dificuldades na execução e rever as estratégias da campanha

Estado:	Município/Distrito:	Data:	Estabelecimento de Saúde:		Supervisor/monitor:
Pontos: Sim = 2		Parcial (1)	Não = 0		Pontuação ideal 96 (2 em cada item)
Componente	Item	Pts.	Comentários/Observações/Problemas		
ESTADUAL / MUNICIPAL	1. As atividades programadas foram executadas?				
	2. São realizadas supervisões?				
	3. Os supervisores são suficientes em número?				
	4. Conta com logística adequada até o fim da campanha?				
	5. Analisa metas por município, faixa etária, sexo?				
	6. O plano de comunicação para o "Dia Nacional de Vacinação" foi cumprido?				
	7. O plano de comunicação para o "Dia Central" da campanha de vacinação foi cumprido?				
	8. O plano de comunicação da "Última Chamada" foi executado?				
	9. O fluxo de informação está sendo cumprido?				
	10. Há ocorrência de eventos adversos pós-vacinação?				
	11. Os EAPV estão sendo notificados e investigados em tempo oportuno?				
	12. As salas de situação foram instaladas?				
	13. As salas de situação estão atualizadas e acessíveis?				
	14. Realizam monitoramento semanal de alcance de meta?				
	15. São emitidas notas periódicas à imprensa informando a evolução da campanha?				
Pontuação ideal PI: (30)		Pontuação alcançada PA: ()		Subtotal PA / PI * 100	

Componente	Item	Pts.	Comentários/Observações/Problemas
SUPERVISÃO / MONITORAMENTO	Estabelecimento de Saúde		
	1. O gerente da unidade de saúde supervisiona o cumprimento do cronograma de campanha?		
	2. Os gestores (distrital, municipal, regional) realizam acompanhamento das unidades de saúde comparando coberturas administrativas e monitoramento rápido de cobertura.		
	3. Acompanha os avanços e analisa a população que falta vacinar?		
	4. Utiliza sala de situação para divulgação dos resultados da campanha?		
	5. Realiza monitoramento diário de avanço de vacinados?		
	6. Realiza monitoramento rápido de cobertura?		
Pontuação ideal PI (12)		Pontuação alcançada PA ()	Subtotal PA / PI * 100
COMUNICAÇÃO	1. O posto de vacinação está devidamente identificado?		
	2. O estabelecimento de saúde possui cartazes, panfletos, folder, cartilhas, divulgando a campanha?		
	3. Os profissionais de saúde participam da divulgação da campanha?		
	4. Utiliza sala de espera como espaço de divulgação da campanha?		
	5. O agente de saúde participa ativamente da divulgação da campanha na sua área de abrangência?		
	6. Outros membros da equipe de saúde participam da divulgação da campanha de sua área de abrangência?		
	7. Utiliza outros espaços de divulgação?		
Pontuação ideal PI (14)		Pontuação alcançada PA ()	Subtotal PA / PI * 100

Componente	Item	Pts.	Comentários/Observações/Problemas
ESTRATEGIAS	1. Utiliza mapas identificando os locais de vacinação?		
	2. Foi ampliado e divulgado o horário de vacinação?		
	3. Há oferta de vacina nos locais de trabalho?		
	4. Vacinadores conhecem as estratégias de vacinação?		
	5. As equipes de vacinadores vão a campo em data e hora conforme agendadas?		
	6. Possui e cumpre cronograma de vacinação na população conforme programado: 6.1 Residente 6.2 Institucionalizada 6.4 Transeunte		
	7. Têm equipes em quantidade suficiente para vacinar conforme meta prevista?		
	8. A equipe de vacinadores faz revisita na existência de faltosos?		
	9. Programa horários alternativos para revisita?		
	10. Tem mapa para registrar o monitoramento rápido?		
Pontuação ideal PI (20)		Pontuação alcançada PA ()	Subtotal PA / PI * 100
VACINAÇÃO SEGURA	1. As equipes utilizam as normas de rede de frio: armazenamento, conservação e transporte?		
	2. A técnica de aplicação da vacina utilizada é correta?		
	3. As seringas são descartadas adequadamente?		
	4. Elimina os resíduos segundo normas estabelecidas?		
	5. Notifica-se/investiga-se algum caso de EAPV?		
Pontuação ideal PI (10)		Pontuação alcançada PA ()	Subtotal PA / PI * 100

Componente	Item	Pts.	Comentários/Observações/Problemas
INFORMAÇÃO	1. Conhece os indicadores da campanha?		
	2. Possui todos os formulários da campanha?		
	3. Preenche corretamente as planilhas?		
	4. Realiza crítica dos dados entregues pelas equipes?		
	5. Consolida a informação para o seu envio à Instância Superior?		
Pontuação ideal PI (10)		Pontuação alcançada PA ()	Subtotal PA / PI * 100
Pontuação ideal total PI (96)		Pontuação alcançada PA ()	Subtotal PA / PI * 100

Apêndice F – Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais (MRC)

A. Orientações gerais

1. O MRC realiza-se nas áreas que, na avaliação do supervisor ou monitor, tenha as seguintes características:
 - Menor probabilidade de serem visitadas pelos vacinadores (de difícil acesso, afastadas das ruas principais e estrato social A, etc.).
 - Tenham alcançado coberturas vacinais acima $\geq 95\%$ pela necessidade de determinar se a área está efetivamente vacinada.
2. Seleciona-se uma quadra e uma esquina para iniciar as visitas, casa a casa, seguindo o sentido horário (ponteiros do relógio).
3. O monitoramento concluirá quando se coletar a informação de 100 pessoas da população-alvo (12-39 anos nos estados do MA, MT, MG, RJ, RN e de 20 a 39 anos de idade, nos outros estados).
4. Caso não se encontrem as 100 pessoas da quadra selecionada, continuar-se-á com a quadra mais próxima até completar a quantidade de pessoas requeridas no estrato.
5. Excluem-se do monitoramento as pessoas fora da faixa etária estabelecida para a campanha, mulheres grávidas, pessoas que não estejam presentes em casa ou que estejam de visita no momento da entrevista.
6. Durante a visita às casas é necessário aproveitar a oportunidade para vacinar as pessoas que ainda não tenham sido vacinadas. Essas pessoas devem ser registradas como “não vacinadas” na planilha do MRC (esse é o seu estado vacinal no momento do monitoramento).
7. Mesmo que somente os dados das pessoas presentes na residência sejam registrados na planilha do MRC, é indispensável perguntar pelo estado vacinal das pessoas que não estejam presentes. Se os familiares informarem que existem pessoas que ainda não tenham sido vacinadas, deverá motivar e dar as indicações correspondentes para que sejam vacinadas.

B. Coleta dos dados

- Quando chegar a casa, o entrevistador deverá identificar-se e informar sobre o motivo da entrevista. Deve-se pedir autorização das pessoas que morem na casa para fazer a entrevista.
- Os dados devem ser registrados na planilha de MRC da seguinte forma:

Identificação:

- Registrar o nome do Estado, município e localidade onde se realizou o MRC, assim como a data e a pessoa responsável pela coleta dos dados.

Coluna (A): Nº casa

- Colocar o número 1 na casa de início do MRC. Continuar com uma numeração seqüencial até concluir a coleta de dados.

Coluna (B): Pessoas residentes na faixa etária

- Registrar o número de pessoas residentes na faixa etária que moram na casa.
- Anotar o total de pessoas conforme grupo de idade (12-19, 20-29 ou 30-39 anos).

Coluna (C): Pessoas residentes com informação sobre o estado vacinal

- Registrar o número de pessoas residentes na casa com informação sobre o estado vacinal durante a entrevista.
- Anotar o total de pessoas conforme grupo de idade (12-19, 20-29 ou 30-39 anos).

Coluna (D): Pessoas vacinadas (*verificadas com cartão*)

- Registrar o número total e por grupos de idade das pessoas residentes na casa com o cartão de vacinação para verificar a dose da vacina recebida (Dupla Viral (DV) ou Tríplice Viral (SCR)).
- Incluem-se na planilha o número de pessoas que receberam a vacina durante a campanha de 2008, como também as que foram vacinadas anteriormente, independentemente do local e tempo de vacinação (doses recebidas durante a vacinação de rotina, durante os bloqueios, nas escolas, universidades, trabalho, etc.).

Coluna (E): Pessoas NÃO vacinadas

- Caso encontrem pessoas não vacinadas, anotar o total na Coluna (E) assim como as razões pelas quais essas pessoas ainda não foram vacinadas.
- Para isso, marque na coluna correspondente o número absoluto de pessoas não vacinadas e segundo o motivo:
 - (1) Os vacinadores não vieram em casa e não foram ao meu trabalho
 - (2) Os vacinadores vieram quando eu não estava
 - (3) Não tive tempo para me vacinar
 - (4) Não conhecia nada a respeito da vacinação
 - (5) Recuso-me a vacinar por diversas razões
 - (6) Indicação médica
 - (7) Perdi o cartão de vacinação
 - (8) Outros motivos

C. Cálculo de coberturas

- As coberturas do MRC são calculadas com a seguinte fórmula:
- A cobertura é calculada para o total da população-alvo (12-39 anos ou 20-39 anos dependendo do Estado) e para cada faixa etária (12-19, 20-29 e 30-39 anos).
- A avaliação dos motivos pelos quais o indivíduo não se vacinou é de muita utilidade. Para isso, analisa-se a frequência, em números absolutos e porcentagens. Os resultados dessa avaliação orientam novas estratégias de vacinação tanto para campanhas como também para a vacinação de rotina.

Apêndice G – Perguntas e respostas

A rubéola

1. O que é a rubéola?

A rubéola é uma doença viral, exantemática, aguda e de alta contagiosidade, geralmente tem uma evolução benigna e raramente apresenta complicações, porém de extrema gravidade durante a gestação, pelo risco de malformações crônicas que o feto e o recém-nascido podem apresentar.

2. Quais são as manifestações da rubéola?

A rubéola caracteriza-se por apresentar discreto exantema róseo, maculopapular e puntiforme difuso, com distribuição crânio-caudal, ou seja, se inicia na face, no couro cabeludo e no pescoço, espalhando-se, posteriormente, para todo o corpo. O exantema apresenta máxima intensidade no segundo dia e desaparece até o sexto dia, durando em média de 5 a 10 dias, coincidindo, geralmente com o início da febre, que é baixa. Observa-se linfadenopatia, principalmente retroauricular, cervical e occipital, que aparecem cinco a 10 dias antes do exantema. Esses sinais colaboram para o diagnóstico diferencial frente a outras doenças exantemáticas. Alguns sintomas gripais, dor de cabeça, dores generalizadas, conjuntivite, coriza e tosse podem estar presentes durante este mesmo período. Até 50% dos casos de rubéola são assintomáticos, mas podem contagiar outras pessoas suscetíveis e disseminar a infecção.

3. Qual é o modo de transmissão da rubéola?

A rubéola é transmitida de pessoa a pessoa, por meio do contato direto com gotículas de secreções nasofaríngeas de indivíduos infectados. A transmissão indireta, mesmo sendo pouco frequente, ocorre mediante contato com objetos contaminados com secreções nasofaríngeas, sangue e urina. A rubéola congênita é transmitida pela via transplacentária, com infecção da placenta e feto, logo depois da viremia materna. A infecção pode resultar em malformações de vários tipos, dependendo da fase em que a viremia se instalou.

4. Qual é o período de incubação da rubéola?

O período de incubação varia de 14 a 21 dias. A média é de 17 dias.

5. Qual é o período de transmissão do vírus da rubéola?

O período de transmissibilidade é de 5 a 7 dias antes do início do exantema, aproximadamente, e pelo menos de 5 a 7 dias depois.

6. Os países das Américas estabeleceram a meta de “Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)” para o ano 2010?

Todos os países da região das Américas se comprometeram no ano de 2003, durante a 44ª reunião do Conselho Diretor da OPAS, em eliminar a rubéola e SRC, reafirmando esse compromisso em outubro de 2007 por meio da *Resolução CD44. R1*, em alcançar a meta de “eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC)” para o ano 2010.

Síndrome da rubéola congênita

7. O que é a síndrome da rubéola congênita (SRC)?

É a infecção do feto pelo vírus da rubéola, causando um conjunto de malformações, em especial quando ocorre no primeiro trimestre da gravidez.

8. Quais são as manifestações mais frequentes da SRC?

As malformações mais freqüentes são: catarata, glaucoma, surdez, cardiopatia congênita (persistência do canal arterial, estenose aortica e pulmonar) e neurológica.

9. Por quanto tempo as crianças que nascem com a SRC podem transmitir o vírus?

As crianças com SRC podem transmitir o vírus e contaminar outras pessoas até um ano após o nascimento. É necessário evitar o contato dessas crianças infectadas com gestantes.

A transmissão do vírus é maior nos primeiros meses de vida e ocorre por meio de objetos recém-contaminados pelas secreções nasofaríngeas, sangue, urina e fezes de recém-nascidos infectados.

10. Existe tratamento ou cura para a SRC?

Não existe tratamento específico para a SRC. Essas crianças necessitam tratamento cirúrgico para corrigir suas malformações e também requerem de reabilitação. Essa enfermidade pode provocar graves seqüelas e incapacidade nas crianças afetadas.

Situação epidemiológica

11. Qual é a situação da rubéola no Brasil?

Antes da introdução da vacina nos programas de imunização, ocorriam surtos da rubéola a cada 3-6 anos. Essa ciclicidade foi mantida no Brasil durante a década de 1990, com pico em 1997 e outro incremento entre 1999-2000. Como resultado da vacinação na infância, foi reduzida a circulação do vírus de rubéola, modificando o perfil de suscetibilidade para os grupos de idade fértil. No ano 2006 dois estados apresentaram surtos, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Em 2007 esse surto estendeu-se para mais 18 estados, totalizando 20 estados com surtos.

12. Quais são os gastos que a SRC ocasiona à saúde pública?

Os custos diretos e indiretos da SRC são muito elevados como resultado da necessidade de dispor de procedimentos diagnósticos e tratamento especializado, assim como pela cronicidade e pela severidade de suas manifestações. Estima-se que o custo da atenção médica de uma criança com SRC esteja entre 120 a 200 mil dólares durante toda sua vida. Esse gasto pode ser aumentado, considerados os custos diretos e indiretos que a incapacidade do SRC gera para a sociedade. Estima-se que para cada R\$ 1,00 que se investe na vacinação se economizam R\$ 12,00 em tratamento médico dos casos de SRC, aproximadamente.

13. Qual é a situação da rubéola nas Américas?

Os países da região mostraram um progresso notável para a interrupção da transmissão endêmica do vírus da rubéola. No fim do ano de 2006, 40 países (91%) e territórios (o que representa 90% da população da região) haviam utilizado estratégias de vacinação de eliminação mediante campanhas de vacinação em massa de crianças que freqüentam a escola, adolescentes e adultos, dirigidas a interromper rapidamente a transmissão do vírus da rubéola e prevenir a síndrome da rubéola congênita. O número de casos confirmados de rubéola diminuiu em 98% entre 1998 e 2006 (de 135.947 para 2.288). O número de casos confirmados da síndrome da rubéola congênita passou de 23 em 2002 para 10 casos em 2006 como demonstrados. A repercussão na redução da incidência de rubéola e da SRC foi mais observada nos países que vacinaram os homens e as mulheres em suas campanhas.

A campanha de vacinação

14. Quais são os objetivos da campanha nacional de vacinação do Brasil?

- Interromper a transmissão endêmica do vírus da rubéola mediante a realização de uma campanha nacional de vacinação nas coortes dos homens e das mulheres dos grupos de idade identificados com maior nível de suscetibilidade à rubéola no Brasil.
- Elevar o nível de imunidade ao sarampo nos grupos de adultos suscetíveis para consolidar a estratégia de eliminação dessa doença no Brasil.
- Alcançar a meta de eliminação da rubéola e SRC estabelecida para a Região das Américas para o ano 2010.

15. Quando se realizará a Campanha Nacional de Vacinação no Brasil?

A campanha inicia no dia 9 de agosto com término em 13 de setembro do ano de 2008. O dia central será em 30 de agosto.

16. Quais são as pessoas que receberão a vacina? E qual o imunobiológico utilizado durante a campanha?

A aplicação da vacina será indiscriminada nos homens e nas mulheres de 20 a 39 anos em todas as 27 unidades federadas do Brasil. A vacina será a Dupla Viral (Sarampo e Rubéola), independentemente do antecedente de vacinação ou doença.

Em cinco unidades federadas, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte, a faixa etária será de 12 a 39 anos de idade. A vacina para o grupo etário de 12 a 19 anos de idade será a tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola).

17. Qual a estimativa de pessoas vacinadas durante a campanha?

A população-alvo da campanha é de 69.700.329 pessoas. Está composta por 61.875.626 homens e mulheres de 20 a 39 anos de idade de todo o país e 7.824.703 pessoas de 12 a 19 anos de idade dos estados do Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte. A meta é conseguir coberturas de vacinação de 100% em todos os municípios do Brasil.

18. Onde se vacinarão as pessoas?

Nos serviços públicos de saúde e através de equipes volantes de vacinação que irão aos locais de trabalho, colégios, universidades, empresas, fábricas, supermercados, centros comerciais, igrejas, rodoviárias, terminais de ônibus e trens, parques e centros recreativos, entre outros. Numa segunda etapa se fará o monitoramento da cobertura vacinal com visita casa a casa nas áreas definidas pela equipe local para garantir que 100% da população seja vacinada.

19. Por que toda a população-alvo deverá ser vacinada independentemente do estado vacinal anterior e/ou antecedente de ter tido a doença? Quem tomou a vacina há pouco tempo deve se vacinar na campanha ?

O caráter da campanha de vacinação é de realizar a eliminação da circulação do vírus da rubéola no país, assim a mesma deverá ser realizada de forma indiscriminada para a população-alvo. Existem muitas doenças com manifestações idênticas à rubéola, pelo qual o antecedente de enfermidade exantemática não indica que a pessoa teve rubéola. A vacina é muito segura e a pessoa vacinada sempre terá um benefício: se não estiver protegida ficará imunizada e se já está protegida, reforçará seu nível de imunidade, tanto para rubéola como para sarampo.

20. Por que é necessário alcançar coberturas de vacinação de 100%?

Esta é uma campanha que tem como objetivo a eliminação da circulação do vírus em todas as localidades, necessitando vacinar 100% da população-alvo .

21. Por que não está indicada a vacina contra a rubéola para os maiores de 40 anos?

Estudos de soroprevalência demonstraram que as pessoas maiores de 40 anos já estão protegidas, pois adoeceram em algum momento de suas vidas. Além disso, os surtos demonstram que as faixas etárias mais acometidas foram entre 12 a 39 anos, sendo a maior incidência de 20 a 29 anos (12,6/100000hab).

22. Mulheres que estão amamentando podem tomar a vacina contra rubéola?

Podem, por isso que a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações recomenda a vacinação no pós-parto e puerpério.

23. Quando o usuário não lembra se foi vacinado, e caso já tenha sido vacinado, uma outra dose pode ser aplicada se ele não possuir o cartão de vacinação?

Sim, na campanha, independentemente da história vacinal, ele deve ser vacinado, conforme a faixa etária indicada. Relembramos que é importante guardar consigo o cartão de vacinação. Ele é um documento de saúde de todo cidadão.

A Vacina

24. Qual é a segurança e a eficácia da vacina?

A vacina RA 27/3 é muito segura e com uma eficácia maior que 95% em média. A resposta máxima de anticorpos se observa entre os 14 e 21 dias depois da vacinação e existem estudos que indicam que a imunidade se mantém por toda a vida. É uma vacina pré-certificada por organismos internacionais que cumpre todos os controles de qualidade e regulações nacionais.

25. Como se aplica a vacina?

A vacina aplica-se por via subcutânea, na região do deltóide na face ântero-lateral externa do braço.

26. A que temperatura se conserva a vacina?

Para garantir sua efetividade deve-se mantê-la em condições adequadas de refrigeração e conservação +2°C a +8 °C. Uma vez reconstituída deve-se administrar em um prazo máximo de 8 horas.

27. Quais os principais eventos adversos que a vacina contra a rubéola e sarampo pode apresentar?

Os principais eventos adversos que poderá apresentar são:

- Febre e erupção cutânea leve (exantema) que surgem entre cinco a doze dias depois da vacinação (cerca 5% das pessoas suscetíveis).

- Artralgias e artrites transitórias ocorrem mais freqüentemente em mulheres adultas e se iniciam entre uma e três semanas após a vacinação, com duração de um dia a três semanas.
- As manifestações são leves e desaparecem em poucos dias.

28. Quais situações indicam o adiamento da vacinação?

- Pessoas com imunossupressão por doença ou terapêutica. Essa recomendação tem como justificativa a possibilidade de não ocorrer resposta imunogênica.
- Pacientes com enfermidades graves febris, justificando-se o adiamento para que seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos relacionados à vacina.
- As mulheres grávidas devem receber a vacina contra rubéola após o parto ou no pós-aborto. Importante informar que a administração inadvertida durante a gestação não indica a interrupção da gravidez.

29. Se o usuário estiver tomando algum tipo de medicamento (antibiótico) pode se vacinar contra rubéola?

Sim. A contra-indicação à vacina é orientada em caso de pessoas com antecedente de reação anafilática sistêmica após uso de neomicina ou dose prévia de vacina contra rubéola/sarampo. Entende-se por reação anafilática sistêmica a reação imediata (urticária generalizada, dificuldade respiratória, edema de glote, hipotensão ou choque) que se instala habitualmente na primeira hora após o estímulo do alérgeno.

30. Uma pessoa vacinada na infância pode manifestar a doença quando adulta?

Se a pessoa apresentou resposta imune após a primeira dose, terá proteção duradoura, provavelmente para a vida toda.

Vacinação e gestação

31. Existe algum risco de se vacinar uma mulher grávida com a vacina contra a rubéola?

A evidência disponível atualmente indica que não existe risco de SRC se a vacina contra a rubéola for aplicada em uma mulher grávida, ou antes, da concepção. Dados de seguimento atualizados em 2006 informam que, de 24.924 mulheres vacinadas inadvertidamente contra a rubéola durante as campanhas de vacinação da Região das Américas, não se identificou nenhum caso de SRC.

32. Por que não se recomenda vacinar as mulheres grávidas durante a campanha contra a rubéola?

Embora já esteja demonstrado que a vacina não tem efeitos teratogênicos no feto, durante uma gestação podem apresentar-se diversos eventos (abortos, natimortos, etc) que são apenas coincidentes com a vacinação. Por isso, é importante fazer o acompanhamento de cada gestante vacinada inadvertidamente para evitar que seja atribuída à vacina qualquer evento que aconteça à gestante.

Apêndice H – Vacinação indiscriminada em campanhas de eliminação da rubéola

As campanhas de vacinação de eliminação da rubéola e sarampo requerem “imunidade total”. Para alcançar essa meta, a estratégia deve ser a vacinação indiscriminada, ou seja, vacina-se toda a população, independentemente do antecedente de doença ou vacinação. A seguir se apresentam as razões que justificam por que é necessário aplicar uma estratégia indiscriminada nesse tipo de campanha.

Por que a estratégia de vacinação deve ser indiscriminada?

1. Oferece uma oportunidade adicional e um benefício à população ao aplicar uma dose adicional contra o sarampo e rubéola – e parotidite nos adolescentes – pois:
 - Vacinará as pessoas “não vacinadas”.
 - Imunizará as pessoas que não responderam a doses prévias, ou seja, os “não imunizados”.
 - Elevará o nível de anticorpos nas pessoas previamente imunizadas.
2. Facilita a operação e logística requerida para alcançar coberturas de vacinação homogêneas próximas ao 100% em cada município, pois:
 - A definição da população-alvo a vacinar é mais precisa e confiável.
 - A mensagem de comunicação é única, clara e mobilizadora.
 - O período de execução é curto.
 - Aproveita melhor os recursos humanos, insumos e logística.
 - Permite monitorar o avanço e resultado da meta de cobertura, ao empregar um denominador de base populacional.
3. É a opção mais efetiva e de maior benefício/custo pois:
 - Alcança maior nível de cobertura.
 - Eleva rapidamente a imunidade populacional.
 - Resulta em um maior impacto na incidência da doença.

Por que não se recomenda a estratégia seletiva de vacinação numa campanha de eliminação?

1. O cálculo da população-alvo de vacinação de cada município, subtraindo as pessoas “vacinadas” é complexo e pouco preciso, pois:
 - Deve considerar a proporção de perda do cartão. Esse dado é difícil de estimar pois varia segundo o tempo transcorrido, idade da população, tipo de cartão, lugar onde se vacina a população e outros fatores sócio-culturais.
 - O registro administrativo de pessoas “vacinadas” geralmente não tem informação de quantas pessoas “residentes” se vacinaram noutros municípios e quantas pessoas de outros municípios “não residentes” se vacinaram no município.

- Mesmo se tiver o registro de residência, as populações são móveis e dinâmicas, isso implica mudanças de domicílio com o passar do tempo de pessoas vacinadas e não vacinadas.
2. **O período de execução é prolongado e requer aportes de maiores recursos, pois:**
 - O vacinador deve avaliar, uma a uma, cada pessoa, para determinar se foi vacinada ou não.
 - As pessoas, com frequência, não se lembram se estão vacinadas, motivo pelo qual solicitam tempo para procurar seu comprovante ou se negam a serem vacinadas.
 - Estende-se a duração das atividades de vacinação.
 - Eleva a perda de biológico e o requerimento de recursos humanos e logísticos.
 - Dificulta o alcance da meta, pois se investe tempo avaliando as pessoas que têm maior probabilidade de estarem vacinadas, as que consultam os serviços de saúde reduzindo os recursos para procurar as populações de “não vacinados”.
 3. **A mensagem de comunicação é complexa e difícil de compreender para a população e o pessoal de saúde. A vacinação seletiva eleva a proporção de recusa, pois as pessoas sem cartão recusam a vacinação ao referir que já estão vacinadas, sem que o vacinador tenha certeza de que isso seja certo.**
 4. **Ao dificultar o alcance de metas homogêneas de coberturas, eleva-se o risco de não interromper a circulação endêmica dos vírus de sarampo e rubéola, gerando uma percepção negativa na população e trabalhadores de saúde, pois não se alcança a meta de eliminação.**

ISBN 978-85-334-1483-9



9 788533 41483 9

disque saúde:
0800 61 1997

www.saude.gov.br/svs
www.saude.gov.br/bvs



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde

