

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Plano de ação

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

Brasília - DF

Plano de ação

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

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

Plano de ação

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 – 8.000 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.

Plano de ação: 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.

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

ISBN 978-334-1484-6

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 2008/0505

Títulos para indexação:

Em inglês: Action Plan: National Rubella Vaccination Campaign in Brazil, 2008

Em espanhol: Plan de Acción: Campaña Nacional de Vacunación para Eliminación de Rubéola en Brasil, 2008

Sumário

Apresentação	7
1 Justificativa	9
2 Situação epidemiológica da rubéola no Brasil	11
3 Objetivos	18
4 Meta	18
5 População-alvo	18
6 Período da campanha	18
7 Estratégias de campanha	19
8 Fases da campanha	20
9 Organização e planejamento	22
10 Microprogramação	23
11 Imunobiológicos, logística e insumos	23
12 Vacinação segura	24
13 Mobilização social	25
14 Sistema de informação	25
15 Capacitação	26
16 Supervisão	27
17 Monitoramento e avaliação	27
18 Cronograma	28
19 Orçamento	30
Referências	31

Apresentação

A vacinação, no contexto das ações e serviços disponibilizados à população brasileira pelo Sistema Único de Saúde (SUS), constitui uma das iniciativas vista de forma extremamente positiva pela sociedade. Nos últimos 30 anos o aumento da cobertura vacinal média da população menor de um ano, aliado à implementação da atenção à saúde da criança e ao aumento dos serviços de atenção básica, permitiu impacto relevante na redução da mortalidade infantil. Reconhecidamente, as doenças imunopreveníveis vêm apresentando redução na sua magnitude, mesmo que algumas doenças ainda representem uma carga significativa no padrão epidemiológico brasileiro.

Com a ampliação progressiva da oferta de imunobiológicos, a vacinação em massa, tanto na rotina, quanto nas campanhas massivas, tem-se constituído em importante ação para o controle, eliminação ou erradicação de doenças preveníveis pela vacinação, com vários exemplos de sucesso: a erradicação da varíola na década de 70, a eliminação da circulação do vírus selvagem da poliomielite e a eliminação do sarampo nos anos 90.

Para este ano de 2008, as três esferas de gestão do SUS decidem levar adiante mais um desafio nesse campo. Trata-se da eliminação da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC), uma meta perfeitamente factível, pela disponibilidade de uma vacina com efetividade de 97%. Trata-se de compromisso internacional para cuja consecução todos os esforços têm de ser direcionados. Essa operação tem um importante diferencial que é a clientela a ser vacinada: população adulta, feminina e masculina. Há necessidade, portanto, de viabilizar estratégias diferenciadas.

Ao apresentar este Plano de Ação, o propósito do Ministério da Saúde é subsidiar as esferas de gestão no processo de planejamento, programação e avaliação. A experiência acumulada do Brasil e dos brasileiros nesse tipo de operação nos credencia para a realização de mais essa empreitada: vacinar 70 milhões de homens e mulheres.

1 Justificativa

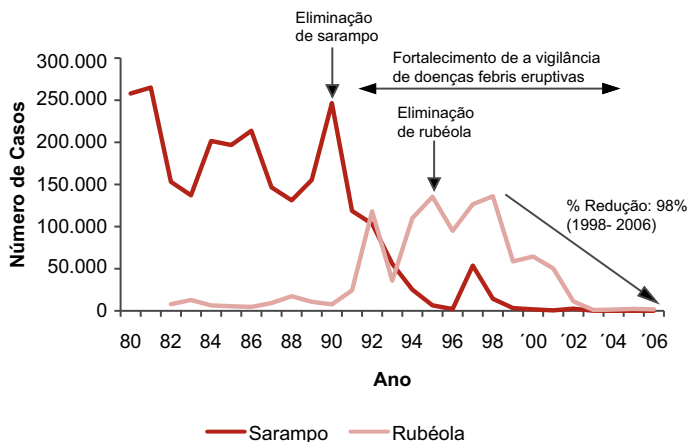
Depois da eliminação da varíola, da certificação da eliminação da poliomielite e da eliminação da circulação autóctone do vírus do sarampo, através da *Resolução CD44 R1*, de setembro de 2003, os países das Américas estabeleceram durante a 44ª reunião do Conselho Diretor da OPAS a meta de “Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)” nas Américas para o ano 2010.

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).^{1,2} Estima-se que o custo da atenção médica de uma criança com SRC está entre 120 a 200 mil dólares durante toda sua vida. Esse número seria incrementado se fossem considerados os custos diretos e indiretos que a incapacidade decorrente da SRC gera para a sociedade.^{3,4}

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.

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. Além de interromper a transmissão da rubéola, as campanhas de vacinação em massa contribuíram para a consolidação da eliminação do sarampo (Figura 1).

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



Fonte: OPAS/Ministérios de Saúde

A análise da situação epidemiológica e a estimativa da coorte de população não vacinada, demonstrada no estudo das coortes vacinadas contra rubéola, 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 buscarmos esgotar a totalidade da população ainda suscetível, para que seja interrompido 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 grande proporção de não vacinados. As ações serão diferenciadas com relação as 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 e Rio Grande do Norte e toda a população indígena aldeada do país.

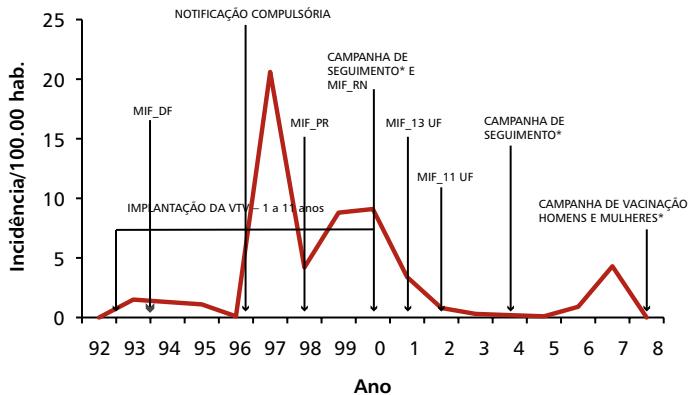
Para assegurar o êxito da campanha, é preciso uma fase de organização e programação detalhada e execução durante cinco semanas. Fatores determinantes do êxito dessa campanha são: o apoio político e a organização por níveis de gestão, a microprogramação local com estratégias diferenciadas de captação 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 à 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 será a estratégia que permitirá documentar a ausência de circulação do vírus e a consecução da meta de eliminação da rubéola para o ano de 2010. Durante a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana e a 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.

2 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 o 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

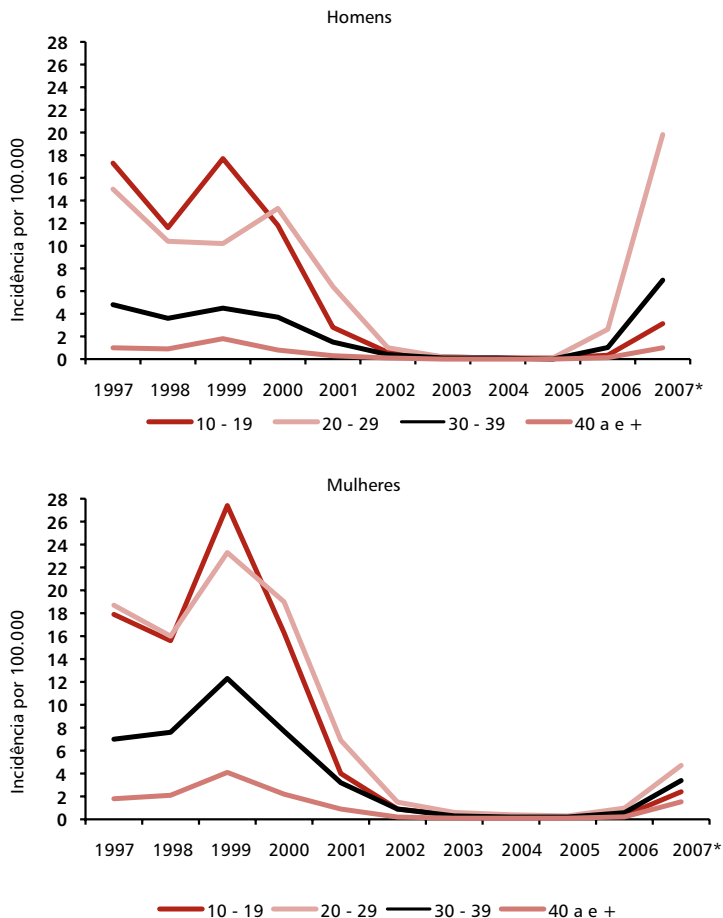


Fonte: SVS/MS

*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 do ano 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

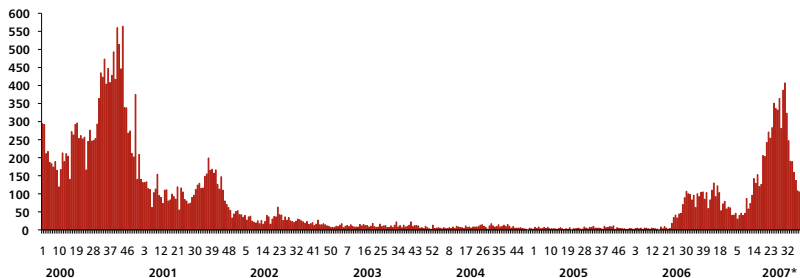
A redução na incidência de rubéola em mulheres é resultado das ações de vacinação realizadas no Brasil a partir de 2001, mediante um plano de vacinação em

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).⁵

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*

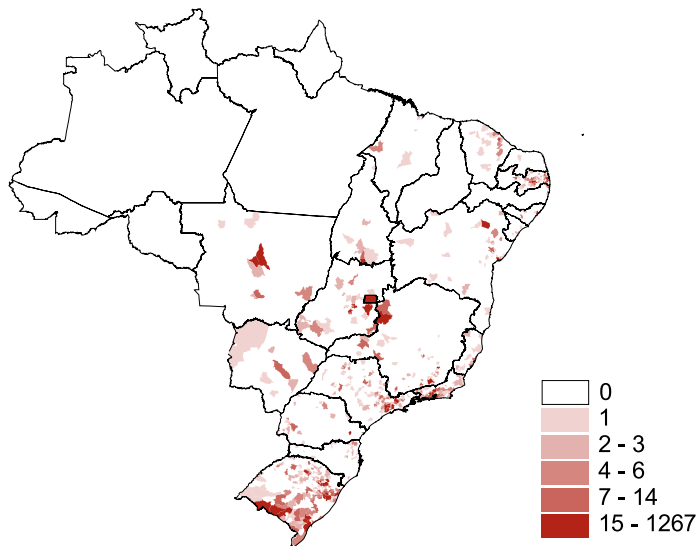


Fonte: COVER/CGDT/DEVEP/SVS/MS

*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 por 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

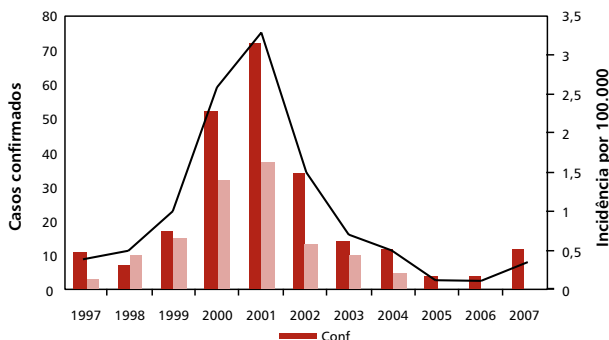


Fonte: COVER/CGDT/DEVEP/SVS/MS

*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 a 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.

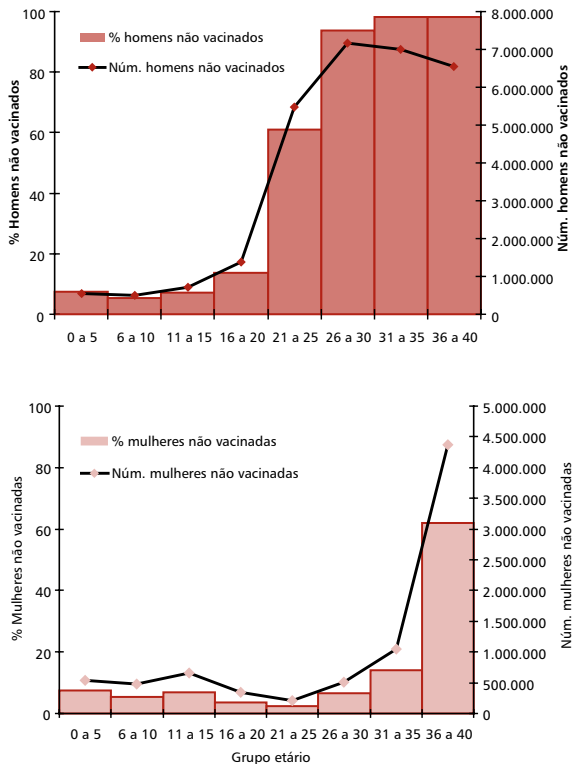
Como denominador foi empregada a população estimada pelo IBGE e calculada a cobertura vacinal administrativa por sexo, desde o ano de implantação da vacina contra rubéola até o ano de 2006. Tendo em vista que as faixas etárias alvo da vacina nas Campanhas iniciais e a implantação de TV na rotina foram 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 desta idade. Apesar de se observar em mulheres uma menor proporção de não vacinadas, pois foram objeto das campanhas anteriores, é pos-

sível 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

3 Objetivos

- 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 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 no ano 2010.

4 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).

5 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

6 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 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, já iniciada 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.

Como o acompanhamento da vacinação da população indígena se faz através do registro nominal de cada aldeia, as doses das vacinas aplicadas serão consideradas como dose de campanha e o histórico da vacinação anterior será considerado como dose válida. A campanha nessa população será seletiva e a vacina utilizada será a VTV.

7 Estratégias de campanha

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

- Todas as esferas de gestão deverão assumir compromisso político com essa 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.

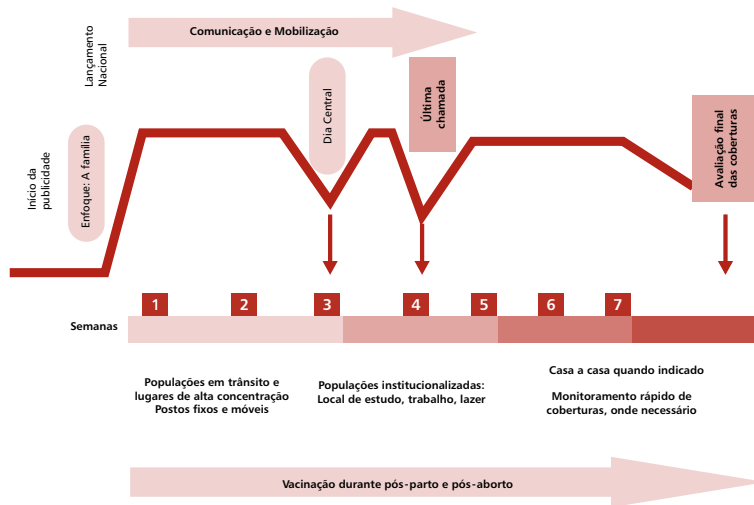
8 Fases da campanha

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 esta 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 um avaliação de coberturas com 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:

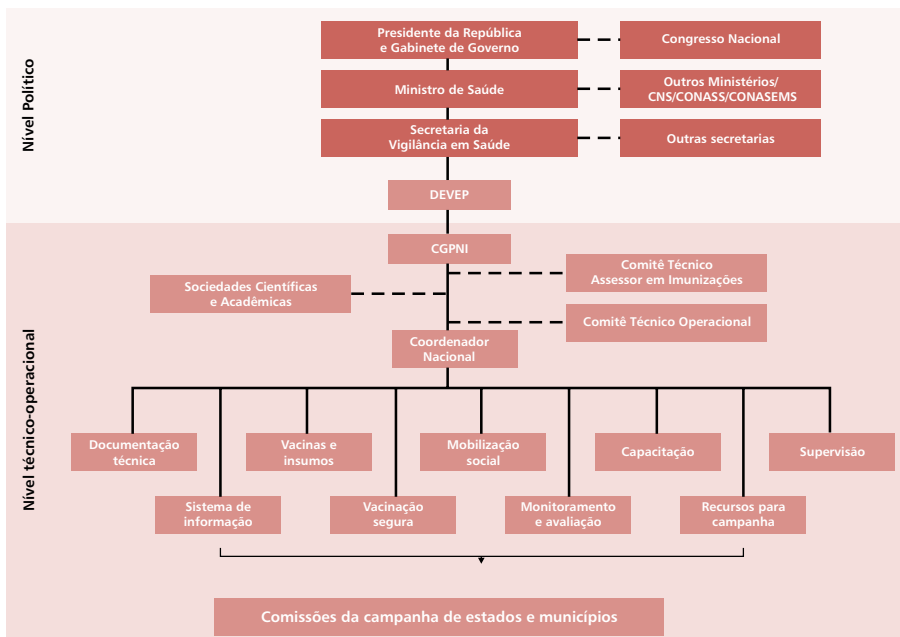
- **Vacinação em estabelecimentos de saúde:** a oferta da vacina será mantida em todos os serviços de saúde que realizaram a vacinação para atender a demanda espontânea. É recomendável durante a campanha ampliar os horários de vacinação, se possível.
- **Vacinação em trânsito e em lugares de alta concentração:** 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.

9 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.

10 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 populações a vacinar em estratégias extramuros, com os respectivos horários disponíveis para visitá-los. Esse trabalho requer a articulação da coordenação com 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.

11 Imunobiológicos, logística e insumos

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 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. Essa vacina será fornecida pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos da Fundação Oswaldo Cruz -Fiocruz.

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, assim como as rotas de acesso para organizar centros de coleta e distribuição dos insumos. Durante a campanha, frascos de dose múltipla serão empregados com 10 doses, em que 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. A partir do cálculo da meta a vacinar, serão estabelecidas as cotas e o cronograma de entrega para todos os estados.

12 Vacinação segura

O componente de vacinação segura desse tipo de campanha incorpora vários aspectos. A realização de práticas de vacinação segura é um elemento indispensável ao dotar os insumos apropriados, capacitar e supervisionar o pessoal de saúde, além de manipular adequadamente os resíduos de vacinação (seringas, agulhas, algodão, etc.). O emprego de técnicas, manuais e instrumentos padronizados de supervisão são ferramentas importantes para evitar erros programáticos.

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 a vacina qualquer sinal ou sintoma originado por outras causas, em indivíduos vacinados.

Embora a vacina não tenha efeitos teratogênicos no feto, não é indicado seu uso durante a gestação.^{6,7,8,9} Nas situações em que ocorrer a vacinação em gestantes, é imprescindível fazer o registro e o acompanhamento dessas mulheres, através do protocolo definido e recomendado pelo Ministério da Saúde.

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

É necessário instituir as equipes para dar respostas rápidas e acertadas referentes aos EAPV e para o manejo de crise. Neste 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.

13 Mobilização social

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

A articulação intersetorial, com as áreas do 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 outros colaboradores locais.

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 reconhecidas pela sociedade que possam influenciar positivamente o público-alvo.

14 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>>. 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.

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.

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 fase de execução e avaliação da campanha, pelos níveis periféricos.

15 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 e 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.

16 Supervisão

Nesse tipo de campanha é importante estabelecer a supervisão por níveis, de acordo com as fases de execução da campanha: durante a organização e programação, durante a execução e na finalização da campanha. Os supervisores nacionais da campanha e assessores estaduais colaborarão nas capacitações e supervisões, monitoramento e avaliação das coberturas vacinais junto aos coordenadores estaduais.

17 Monitoramento e avaliação

Em campanhas de eliminação de doenças imunopreveníveis e em face da diversidade de modalidades de vacinação de adultos, é necessário realizar um monitoramento e uma avaliação final para verificar o alcance da meta de cobertura de vacinação $\geq 95\%$.

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 de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e parceiros da campanha.

Fases de planejamento, componentes e atividades	2007					2008									
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ag.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Sistema de informação															
Desenho dos formatos, site e fluxo de informação															
Implantação do sistema de informação em todos os níveis															
Mobilização social															
Estabelecimento do Plano de mobilização social em todos os níveis															
Participação dos parceiros, formadores de opinião, instituições e associações como aliados da campanha															
Comunicação social															
Desenho e validação dos materiais de comunicação social (cartazes, spots de TV e rádio, folhetos, etc).															
Envio dos materiais eletrônicos da comunicação social aos Estados															
Reprodução e distribuição dos materiais de comunicação aos Estados e municípios															
Supervisão															
Formação das equipes e implementação do plano de supervisão antes, durante e no final da campanha															
Fase de execução															
Lançamento da campanha em todos os níveis														9	
Execução da campanha															
Dia Central da Campanha de Vacinação														30	
Fim de Semana da "Última chamada"														13	
Vacinação pós-parto															
Realização dos Monitoramentos Rápidos de Cobertura															
Fase de avaliação															
Verificação final das coberturas da campanha															

19 Orçamento

Componentes/Atividades da campanha	Total (R\$)	%
1. Organização e coordenação	238.537	0,1
2. Capacitação	13.315.779	6,6
3. Imunobiológicos e insumos	130.701.879	64,5
4. Logística e rede de frio	4.466.500	2,2
5. Vacinação segura	659.684	0,3
6. Sistema de informação	491.327	0,2
7. Mobilização Social	8.856.032	4,4
8. Supervisão	2.525.250	1,2
9. Implementação das estratégias de vacinação e monitoramento (<i>TFVS – Teto Financeiro da Vigilância em Saúde</i>)	41.000.000	20,2
10. Avaliação	340.579	0,2
Total	202.595.565	100,0

Custo por pessoa vacinada: R\$2,9.

Referências

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. BRASIL. Ministerio 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.
6. 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.
7. 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.
8. HAMKAR, R. et al. Inadvertent rubella vaccination of pregnant women: evaluation of possible transplacental infection with rubella vaccine. *Vaccine*, [S.l.], v. 24, n. 17, p. 3558-3563, Apr. 2006.
9. 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.

ISBN 978-85-334-1484-6



9 788533 41484 6

disque saúde:
0800 61 1997

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



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde

