

MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE E O SARAMPO NO DISTRITO FEDERAL



JUNHO 2024

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Subsecretaria de Vigilância à Saúde



EXPEDIENTE MS

Ministra da Saúde:

Nísia Verônica Trindade Lima

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:

Ethel Leonor Noia Maciel

Edição-geral:

Eder Gatti Fernandes - DPNI/SVSA

Ana Catarina Melo Araújo - CGICI/DPNI/SVSA

Regina Célia Mendes dos Santos Silva - CGICI/DPNI/SVSA

Organização:

Ana Carolina Cunha Marreiros - CGICI/DPNI/SVSA; Ana Catarina de Melo Araújo - CGICI/DPNI/SVSA; Bruna Battaglia de Medeiros - DPNI/SVSA; Carlos Edson Hott - NGI/DPNI/SVSA; Elder Marcos de Moraes - NGI/DPNI/SVSA; Krishna Mara Rodrigues Freire - CGICI/DPNI/SVSA; Regina Célia Mendes dos Santos Silva - CGICI/DPNI/SVSA; Sirlene de Fátima Pereira - CGICI/DPNI/SVSA

Editoria técnico-científica:

Paola Marchesini - CGEVSA/DAEVS/SVSA

Antonio Ygor Modesto de Oliveira - CGEVSA/DAEVS/SVSA

Revisão:

Yana Palankof - Cgevs/Daevs/SVSA

EXPEDIENTE DF

Secretária de Saúde:

Lucilene Maria Florêncio de Queiroz

Subsecretário de Vigilância em Saúde:

Fabiano dos Anjos Pereira Martins

Diretora de Vigilância Epidemiológica:

Juliane Maria Alves Siqueira Malta

Gerência de Imunização e Rede de Frio

Tereza Luiza de Souza Pereira

Adaptação:

Juliane Miranda da Silva - GRF/DIVEP/SVS/SES-DF, Laís de Moraes Soares - GRF/DIVEP/SVS/SES-DF, Ligiane Seles dos Santos - GRF/DIVEP/SVS/SES-DF, Mariana Mesquita de Oliveira Lima - GEVITHA/DIVEP/SVS/SES-DF, Renata Pella Teixeira - COAPS/SAIS/SES-DF.

Sugestões, Dúvidas e Colaborações DF:

Gerência de Rede de Frio - GRF/DIVEP/SVS/SES-DF

Setor de Grandes Áreas Públicas – SGAP Lote 6 Bloco G, Parque de Apoio de Secretaria de Saúde SIA/DF

CEP: 71200-010

Telefone: 3449-4445/3449-4447

Endereço eletrônico: grf.divep@saude.df.gov.br

APRESENTAÇÃO

O Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV) contra a Poliomielite e o Sarampo no Brasil será realizado no período de 17 de junho a 31 de julho de 2024. Conhecido anteriormente e no País como Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal (MRC), esta ação faz parte dos compromissos assumidos com os países-membros para a erradicação da poliomielite e a eliminação do sarampo, em conformidade com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das suas respectivas Comissões Globais e Regionais.

Esta metodologia permite avaliar o progresso das atividades realizadas e identificar locais com fragilidade de cobertura das ações de vacinação por meio do rastreamento e da vacinação de crianças menores de 5 anos de idade ainda não vacinadas.

Neste ano, todos os níveis de gestão do Brasil, após a Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite, deverão realizar o MEV contra a Poliomielite e o Sarampo, visando, sobretudo, diminuir as lacunas de imunidade nas crianças menores de 5 anos de idade.

Este protocolo apresenta as diretrizes e as orientações técnicas para a realização do MEV, subsidiando o processo de trabalho das equipes do Distrito Federal na capacitação dos recursos humanos envolvidos, bem como na orientação das ações de comunicação e mobilização social. O sucesso desta estratégia depende dos esforços e das ações conjuntas e articuladas de todo o território do Distrito Federal.

Sumário

APRESENTAÇÃO	3
1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1. Poliomielite	5
1.2. Sarampo.....	6
2. OBJETIVOS	7
2.1. Geral.....	7
2.2. Específicos	7
3. METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO (MEV)	8
3.1. Etapas do Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV)	9
3.1.1. <i>Etapa 1 – Mapeamento do município/região e setorização conforme o número de salas de vacinas</i>	9
3.1.2. <i>Etapa 2 – Identificação das áreas/localidades a serem visitadas e monitoradas</i>	9
3.1.3. <i>Etapa 3 – Definição da amostra populacional a ser avaliada</i>	10
3.1.4. <i>Etapa 4 – Identificação dos recursos necessários e logística para o início da ação</i> 17	
3.1.5. <i>Etapa 5 – Abordagem dos pais ou dos responsáveis</i>	19
3.1.6. <i>Etapa 6 – Checagem do cartão ou da caderneta de vacinação</i>	20
3.1.7. <i>Etapa 7 – Coleta e registro dos dados</i>	23
3.1.8. <i>Etapa 8 – Avaliação da proporção de crianças encontradas vacinadas no MEV</i> 24	
4. REGISTRO E INFORMAÇÕES DO MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO (MEV) CONTRA A POLIOMIELITE E O SARAMPO NO BRASIL	25
4.1. Registro e Disseminação das Informações do Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV) no SI-PNI	27
4.2. Registro das doses aplicadas durante o Monitoramento nos Sistemas de Informação	27
4.3. Registro das doses no e-SUS APS.....	29
4.4. Movimentação dos imunobiológicos nos estabelecimentos de saúde.....	30
4.5. Disseminação dos registros de doses aplicadas e painel da campanha	31
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS.....	35

1. INTRODUÇÃO

O Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV) é uma ação que visa avaliar a situação vacinal das crianças menores de 5 anos de idade contra a poliomielite e o sarampo em uma determinada localidade (bairro, distrito, regional, entre outros). Esta ação é desenvolvida por meio de visita casa a casa para verificar a situação vacinal no cartão ou na caderneta de vacinação do público-alvo, possibilitando identificar áreas onde há concentração de não vacinados. Seus resultados auxiliam na avaliação do risco de exposição da população às doenças imunopreveníveis em questão, uma vez que permitem mapear áreas com bolsões de pessoas suscetíveis pela não vacinação, possibilitando a implementação de ações corretivas para elevar as coberturas vacinais nessas áreas^{2, 3, 4, 5, 6, 7}.

1.1. Poliomielite

O Brasil não detecta casos de poliomielite desde 1990, e em 1994 o País recebeu da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a certificação de área livre de circulação do Poliovírus Selvagem (PVS). Depois disso, o Brasil precisa garantir o alcance das metas dos indicadores preconizados para a manutenção do País livre da doença, que englobam as altas e homogêneas coberturas vacinais, indicadores de vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas (PFA), contenção laboratorial do poliovírus, entre outros⁸.

Nos últimos dois anos, o País foi classificado como de muito alto risco (2022) e alto risco (2023) para a reintrodução do poliovírus selvagem e o surgimento de poliovírus derivado vacinal. Esse risco pode ser ainda maior se for considerada a facilidade de deslocamento de pessoas oriundas e que se deslocam para áreas com circulação do poliovírus. Na região das Américas, tida como área livre de circulação do poliovírus, recentemente ocorreu o isolamento do poliovírus tipo 2 derivado da vacina (VDPV2) em Nova York em julho de 2022. Em março de 2023, o Peru notificou à Opas/OMS um caso confirmado de poliovírus derivado da vacina tipo 1 (VDPV1) em criança não vacinada⁹. Para a poliomielite, o MEV é de suma importância, uma vez que o País irá substituir as duas doses de reforço com vacina oral poliomielite (VOP) por um reforço com vacina inativada poliomielite (VIP) aos 15 meses de idade.

No Distrito Federal, no ano de 2023, foram registrados no Sinan 14 notificações de PFA/Poliomielite. Destes, nove eram residentes do Distrito Federal e cinco casos

residiam no estado de Goiás, sendo todos os casos locais descartados para poliomielite, seja pelo critério laboratorial (7), clínico-epidemiológico (1) ou pela evolução clínica (1).

O cumprimento da taxa de notificação anual de PFA tem por objetivo a certificação da ausência de circulação do poliovírus selvagem, mantendo o território livre da transmissão do poliovírus. De acordo com a projeção populacional da CODEPLAN 2020-2030, a populacional do DF menor que 15 anos de idade para o ano de 2023 corresponde a 594.602 habitantes. Dessa forma, é necessário notificar 6 casos de PFA por ano para o cumprimento deste indicador no DF. O Distrito federal, portanto, atingiu a meta preconizada pelo Ministério da Saúde, mantendo o bom desempenho do ano anterior.

1.2. Sarampo

O sarampo é uma doença em processo de eliminação. Seu vírus foi reintroduzido no Brasil em 2018, e diante do cenário de baixas coberturas vacinais houve sua disseminação no País. Em 2019, após a circulação do mesmo genótipo do vírus no período de um ano, o Brasil perdeu a certificação de “área livre do vírus do sarampo”, restabelecendo a transmissão endêmica da doença no território nacional¹⁰.

No período de 2019 a 2022 foram confirmados 29.712 casos de sarampo no Brasil. O último foi confirmado em junho de 2022, e considerando que são mais de 2 anos sem casos confirmados relacionados a este caso, evidencia-se, portanto, a interrupção da cadeia de transmissão da doença. Não houve casos confirmados de sarampo em 2023. No entanto, em janeiro de 2024, um caso importado da doença foi registrado no Brasil. A resposta rápida empreendida possibilitou a interrupção da cadeia de transmissão identificada, sem ocorrência de casos secundários e consequente encerramento do surto no período de noventa dias. Atualmente, o País encontra-se classificado como “pendente de reavaliação”^{11,12,13}.

O MEV é uma das ações prioritárias para o processo de recertificação da eliminação endêmica do sarampo junto à Comissão Regional de Monitoramento e Reavaliação da Eliminação do Sarampo, da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) nas Américas¹⁴.

A ocorrência de casos de sarampo, independentemente do tipo (importado, relacionado à importação ou autóctone), demonstra a importância de a população estar protegida no âmbito dos territórios, pois, diante da introdução do vírus em uma dada

localidade, a chance de sua disseminação é mínima, devido ao número reduzido de pessoas suscetíveis, considerando a proteção coletiva conferida pela vacinação.

O Distrito Federal não registrou a doença desde 2020, sendo os últimos casos confirmados importados de outros estados brasileiros ou relacionados à importação. No ano de 2023, o Distrito Federal registrou 49 notificações de casos suspeitos de doenças exantemáticas, destes, 30 eram suspeitos de sarampo, não havendo confirmação da doença.

Apesar deste cenário local, a possibilidade de ocorrência de casos existe, pois temos um fluxo de pessoas em deslocamento para países com presença do vírus associado a coberturas vacinais inadequadas, levando ao risco da circulação da doença. A falha na suspeição e resposta inadequada diante de um caso suspeito pode levar a rápida transmissão da doença entre os contatos suscetíveis acarretando a reintrodução da circulação viral.

Diante desses cenários, a realização do MEV é fundamental para reforçar a proteção das crianças menores de 5 anos de idade contra a poliomielite e o sarampo em 2024, representando uma oportunidade adicional para identificar lacunas na cobertura vacinal e vacinação das crianças ainda não vacinadas, cujos resultados alcançados e lições aprendidas servirão para subsidiar a tomada de decisão quanto às ações necessárias para aumentar as coberturas vacinais, incluindo a qualificação dos serviços e a ampliação do acesso.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Avaliar as estratégias de vacinação contra a poliomielite e o sarampo e melhorar as coberturas vacinais no Distrito Federal.

2.2. Específicos

- Avaliar a situação vacinal das crianças menores de 5 anos considerando o esquema primário para poliomielite e a primeira e a segunda doses da vacinação contra o sarampo.
- Resgatar e vacinar crianças menores de 5 anos não vacinadas ou com esquema incompleto contra a poliomielite e o sarampo.

3. METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO (MEV)

Em 2024, após a Campanha de Vacinação contra a Poliomielite, que foi realizada no período de 27 de maio a 14 de junho, todos os municípios brasileiros deverão realizar o Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV), independentemente do registro de casos de sarampo nos últimos anos e do risco identificado para reintrodução do poliovírus selvagem ou aparecimento de poliovírus derivado de vacina (PVDV).

Nesta ação, os serviços de saúde da Atenção Primária em Saúde (APS), em conjunto com a gerência de imunização e vigilância epidemiológica local, deverão trabalhar de forma articulada, com foco no Microplanejamento (MP) para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade para planejar, executar e avaliar as etapas descritas a seguir.



Rotineiramente, o Monitoramento das Estratégias de Vacinação é realizado após campanhas massivas contra a poliomielite e o sarampo. No entanto, em 2024 não será realizada Campanha de Seguimento contra o Sarampo, uma vez que as ações de vacinação contra essa doença vêm sendo intensificadas desde a ocorrência do caso importado neste ano.

Para a execução do MEV, é importante o preparo para o trabalho de campo, que consiste na composição de uma equipe, na definição da liderança (responsável pela tomada de decisão), na delegação de funções na equipe (responsáveis pela administração, pela comunicação, pela articulação, pelo trabalho de campo, pelos recursos humanos e materiais etc.).

De forma geral, a operacionalização do MEV envolve oito etapas:

1. Mapeamento da região e setorização conforme o número de salas de vacina;
2. Identificação das áreas/localidades a serem visitadas e monitoradas;
3. Definição da amostra populacional a ser avaliada;
4. Identificação dos recursos necessários e da logística para o início da ação;
5. Abordagem dos pais ou dos responsáveis;
6. Checagem do cartão ou da caderneta de vacinação;
7. Coleta e registro dos dados;
8. Avaliação da proporção de crianças encontradas vacinadas no MEV.

Destaca-se que os resultados do MEV são representativos da região para fins estatísticos, podendo-se aplicar seus resultados a toda a região.

Para a realização do MEV, as equipes locais serão capacitadas a fim de que possam multiplicar o método nos seus respectivos territórios.

3.1. Etapas do Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV)

3.1.1. Etapa 1 – Mapeamento do município/região e setorização conforme o número de salas de vacinas

O primeiro passo é mapear o município/região. Essa informação é básica para identificar as áreas/ setores de abrangência das salas de vacina no município/região, para que, posteriormente, sejam selecionados os lugares onde será realizada a coleta dos dados.

Para esse mapeamento no Distrito Federal, foram utilizados mapas das regiões de saúde, com as Unidades Básicas de Saúde que possuem sala de vacinação ativas e suas áreas de abrangência. Esse mapa foi mesclado com o mapa de setores censitários atualizados, disponibilizado no site do IBGE, após o censo 2022.

3.1.2. Etapa 2 – Identificação das áreas/localidades a serem visitadas e monitoradas

As salas de vacina da região são as referências para a identificação das áreas/localidades/setores a serem visitados e monitorados. Assim, as salas de vacina foram identificadas, verificando-se todos os setores de sua área de abrangência.

Cada setor será identificado com um número conforme a sala de vacina de abrangência para facilitar a execução da estratégia. Esses setores incluirão, preferencial e predominantemente, áreas residenciais, excluindo-se áreas comerciais, industriais e de reservas ambientais, visando aumentar as chances de encontrar o público-alvo da ação. Nas localidades rurais, deve-se atentar para a presença de áreas de difícil acesso, onde existe a possibilidade de encontrar crianças não vacinadas.

3.1.3. Etapa 3 – Definição da amostra populacional a ser avaliada

Para o MEV, o **grupo-alvo são as crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias)**. A quantidade de crianças a serem avaliadas dependerá do tamanho da população-alvo e do número de salas de vacina públicas e ativas na região, seguindo os passos descritos abaixo.

1.º PASSO — Inicialmente, deve-se fazer o levantamento do número de salas de vacina públicas e ativas na região. No Distrito Federal, esse levantamento foi realizado pós consulta aos Núcleos de Vigilância Epidemiológica e Imunização das Regiões de Saúde (NVEPI). De posse desse número, as regiões de saúde foram classificadas nas seguintes categorias, conforme o número de salas de vacina (Quadro 1).

QUADRO 1. Classificação das regiões por categorias, considerando o número de salas de vacina.

N.º de salas de vacina públicas e ativas	Categorias		
	Mínimo	Intermédio	Máximo
1 a 2			X
3 a 9		X	
10 ou mais	X		

Fonte: Adaptação DPNI/SVSA.

2.º PASSO – Levantar o número de crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias) por região. Foram utilizadas as seguintes fontes de dados populacionais:

- Para crianças de 6 a 11 meses e de 1 ano de idade, utilizaram-se os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) 2023 para a região de saúde;
- Para crianças de 2 anos a menores de 5 anos (4 anos 11 meses e 29 dias), utilizaram-se os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), censo 2022, para o DF. Depois a população foi estratificada por região de saúde.

Também é necessário verificar o número de crianças atendidas na área de abrangência da sala de vacina. Este dado foi utilizado para estimar o número de crianças a serem avaliadas em cada setor.

De posse do número total de crianças de 6 meses a menores de 5 anos (4 anos 11 meses e 29 dias), identificou-se no Quadro 2 em qual estrato populacional a região de saúde se enquadra a fim de verificar o percentual da população a ser avaliada no MEV¹⁵, considerando também as categorias da região, conforme o número de salas de vacina que ela possui:

QUADRO 2. Percentual da população de crianças de 6 meses a menores de 5 anos (4 anos 11 meses e 29 dias) para avaliação no MEV conforme estrato populacional e categorias de classificação dos municípios.

Estrato populacional nas regiões	Percentual utilizado para definição do número de crianças de 6 meses a < 5 anos de idade a serem avaliadas no MEV conforme categoria de classificação da região		
	Mínimo (10 ou mais salas de vacina) %	Intermédio (3 a 9 salas de vacina) %	Máximo (1 a 2 salas de vacina) %
Até 500 crianças de 6 meses a < 5 anos	25	50	75
501 a 1.000 crianças de 6 meses a < 5 anos	15	32	60
1.001 a 2.500 de 6 meses a < 5 anos 6 16 38	6	16	38
2.501 ou mais de 6 meses a < 5 anos	3	5	15

Fonte: Adaptação DPNI/SVSA.

Os percentuais apresentados no Quadro 2 foram definidos segundo critérios estatísticos de amostragem, considerando-se o número máximo de crianças em cada estrato. Levando-se em conta os níveis de confiança entre 80% e 99%, os percentuais de cada categoria indicam a menor porcentagem possível a ser aplicada sobre o número de crianças de 6 meses a menores de 5 anos (4 anos 11 meses e 29 dias) para que a amostra seja representativa.

A amostra de crianças a ser avaliada no MEV foi calculada com a seguinte fórmula:

$$\text{Amostra de crianças para o MEV} = \frac{\text{N.º de crianças de 6 meses a menores de 5 anos no município}}{100} \times \text{porcentagem conforme categoria do município}$$

Na Tabela 1, há a quantidade de crianças a serem avaliadas no MEV, calculada para as regiões de saúde, conforme a fórmula apresentada acima.

TABELA 1. Quantidade de crianças a serem avaliadas no MEV, no DF, conforme região de saúde, quantidade de UBS com salas de vacina ativas e porcentagem segundo categoria da região.

Região de Saúde	Salas de vacina ativas	Total de crianças de 6 meses a menores de 5 anos	Percentual para definição do nº de crianças	Nº de crianças AVALIADAS - MEV
Central	10	14.352	3	431
Centro-Sul	15	18.875	3	567
Leste	22	20.173	3	606
Norte	28	20.030	3	601
Oeste	17	27.077	3	813
Sudoeste	23	44.850	3	1346
Sul	19	14.192	3	426

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF.

Para o cálculo do número de crianças a serem avaliadas por sala de vacina, considera-se o número de crianças atendidas na área de abrangência da respectiva sala, aplicando-se o mesmo percentual identificado para a região, apresentado no Quadro 2.

Nas Tabelas 2 a 8, há o quantitativo de crianças a serem avaliadas por UBS com salas de vacinas ativas, conforme as regiões de saúde.

TABELA 2. Quantidade de crianças a serem avaliadas no MEV, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Central.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS
UBS 1 Cruzeiro	Cruzeiro	58
UBS 2 Cruzeiro	Cruzeiro	32
UBS 1 Lago Norte	Lago Norte	54

UBS 1 Asa Norte	Plano Piloto	29
UBS 1 Asa Sul	Plano Piloto	74
UBS 2 Asa Norte	Plano Piloto	54
UBS 3 Asa Norte Vila Planalto	Plano Piloto	34
UBS 5 Granja Do Torto	Plano Piloto	9
UBS 1 Varjão	Varjão	44
UBS Lago Sul	Lago Sul	43

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF.

TABELA 3. Quantidade de crianças a serem avaliadas no MEV, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Centro Sul.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS
UBS 01 Candangolândia	Candangolândia	38
UBS 02 Estrutural	Estrutural	32
UBS 01 Estrutural	Estrutural	100
UBS 04 Guara	Guará	19
UBS 01 Guara	Guará	43
UBS 02 Guara	Guará	39
UBS 03 Guara	Guará	60
UBS 01 Núcleo Bandeirante	Núcleo Bandeirante	33
UBS 01 Riacho Fundo I	Riacho Fundo I	64
UBS 02 Riacho Fundo I	Riacho Fundo I	29

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF.

TABELA 4. Quantidade de crianças a serem avaliadas no MEV, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Leste.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS
UBS 03 Itapoã	Itapoã	78
UBS 01 Itapoã	Itapoã	101
UBS 4 Jardim II Paranoá	Paranoá	9
UBS 3 Paranoá Parque	Paranoá	44
UBS 1 Jardins Mangueiral	São Sebastião	26
UBS 8 PADDF Paranoá	Paranoá	4
UBS 7 Café sem troco Paranoá	Paranoá	8
UBS 01 Paranoá	Paranoá	28
UBS 4 Morro Azul São Sebastião	São Sebastião	7
UBS 8 Cavas De Baixo São Sebastião	São Sebastião	4

UBS 2 T R E São Sebastião	São Sebastião	37
UBS 9 Residencial do Bosque 1 São Sebastião	São Sebastião	21
UBS 01 São Sebastião	São Sebastião	129
UBS 3 Residencial Oeste São Sebastião	São Sebastião	21
UBS 7 Morro da Cruz São Sebastião	São Sebastião	16
UBS 05 Quebrada Dos Neres	São Sebastião	7
UBS 10 João Cândido São Sebastião	São Sebastião	12
UBS 12 São José São Sebastião	São Sebastião	10
UBS 11 Residencial Do Bosque 2 São Sebastião	São Sebastião	11
UBS 5 Nova Betânia São Sebastião	São Sebastião	11
UBS 6 São Francisco São Sebastião	São Sebastião	11
UBS 5 Tororó	São Sebastião	11

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF.

TABELA 5. Quantidade de crianças a serem avaliadas no MEV, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Norte.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS
UBS 1 Engenho Velho Fercal	Fercal	20
UBS 2 Catingueiro Fercal	Fercal	7
UBS 3 Lobeiral Fercal	Fercal	7
UBS 1 Planaltina	Planaltina	19
UBS 2 Planaltina	Planaltina	21
UBS 3 Planaltina	Planaltina	10
UBS 4 Planaltina	Planaltina	61
UBS 5 Planaltina	Planaltina	95
UBS 7 Jardim Roriz Planaltina	Planaltina	24
UBS 8 Vale do Amanhecer Planaltina	Planaltina	20
UBS 10 Taquara Planaltina	Planaltina	7
UBS 11 Rajadinha Planaltina	Planaltina	9
UBS 12 Bica do Der Planaltina	Planaltina	9
UBS 13 São Jose Planaltina	Planaltina	4
UBS 14 Tabatinga Planaltina	Planaltina	4
UBS 15 Rio Preto Planaltina	Planaltina	4
UBS 16 Pipiripau Planaltina	Planaltina	6

UBS 17 Jardim Morumbi Planaltina	Planaltina	6
UBS 19 Planaltina	Planaltina	7
UBS 20 Planaltina	Planaltina	43
UBS 1 Sobradinho	Sobradinho	38
UBS 2 Sobradinho	Sobradinho	41
UBS 3 Nova Colina Sobradinho	Sobradinho	41
UBS 4 Rota do Cavalo Sobradinho	Sobradinho	7
UBS 1 Sobradinho II	Sobradinho II	24
UBS 2 Sobradinho II	Sobradinho II	39
UBS 4 Setor de Mansões Sobradinho II	Sobradinho II	6
UBS 7 Buritizinho Sobradinho II	Sobradinho II	22

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF.

TABELA 6. Quantidade de crianças a serem avaliadas no MEV, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Oeste.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS
UBS 4 Veredas II Brazlândia	Brazlândia	7
UBS 2 Brazlândia	Brazlândia	39
UBS 1 Brazlândia	Brazlândia	34
UBS 1 Ceilândia	Ceilândia	48
UBS 9 Ceilândia	Ceilândia	44
UBS 3 Ceilândia	Ceilândia	62
UBS 8 Ceilândia	Ceilândia	56
UBS 12 Ceilândia	Ceilândia	57
UBS 11 Ceilândia	Ceilândia	47
UBS 2 Ceilândia	Ceilândia	51
UBS 7 Ceilândia	Ceilândia	66
UBS 15 Ceilândia	Ceilândia	64
UBS 1 Sol Nascente	Ceilândia	49
UBS 6 Ceilândia	Ceilândia	47
UBS 5 Ceilândia	Ceilândia	57
UBS 17 Ceilândia	Ceilândia	37
UBS 10 Ceilândia	Ceilândia	48

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF.

TABELA 7. Quantidade de crianças a serem avaliadas no MEV, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Sudoeste.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS
UBS 01 Taguatinga	Taguatinga	70
UBS 02 Taguatinga	Taguatinga	56
UBS 03 Taguatinga	Taguatinga	39
UBS 05 Taguatinga	Taguatinga	68
UBS 06 Taguatinga	Taguatinga	68
UBS 07 Taguatinga	Taguatinga	54
UBS 08 Taguatinga	Taguatinga	36
UBS 01 Águas Claras	Águas Claras	61
UBS 01 Vicente Pires	Águas Claras	71
UBS 01 Samambaia	Samambaia	74
UBS 02 Samambaia	Samambaia	74
UBS 03 Samambaia	Samambaia	52
UBS 04 Samambaia	Samambaia	71
UBS 05 Samambaia	Samambaia	52
UBS 07 Samambaia	Samambaia	71
UBS 08 Samambaia	Samambaia	71
UBS 11 Samambaia	Samambaia	39
UBS 12 Samambaia	Samambaia	52
UBS 02 Recanto Das Emas	Recanto Das Emas	71
UBS 03 Recanto Das Emas	Recanto Das Emas	55
UBS 04 Recanto Das Emas	Recanto Das Emas	60
UBS 05 Recanto Das Emas	Recanto Das Emas	53
UBS 08 Recanto Das Emas São Francisco	Recanto Das Emas	28

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF.

TABELA 8. Quantidade de crianças a serem avaliadas no MEV, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Sul.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS
UBS 2 Gama	Gama	25
UBS 7 Gama	Gama	18
UBS 5 Gama	Gama	21
UBS 16 ATP Gama	Gama	36
UBS 9 Engenho Das Lages Gama	Gama	6
UBS 3 Gama	Gama	32

UBS 4 Gama	Gama	23
UBS 1 Gama	Gama	21
UBS 12 Ponte Alta Gama	Gama	8
UBS 6 Gama	Gama	50
UBS 13 Gama Casa Grande	Gama	5
UBS 2 Santa Maria	Santa Maria	22
UBS 10 Santa Maria	Santa Maria	6
UBS 3 Santa Maria	Santa Maria	7
UBS 7 Santa Maria	Santa Maria	18
UBS 1 Santa Maria	Santa Maria	80
UBS 8 Santa Maria	Santa Maria	15
UBS 5 Santa Maria	Santa Maria	13
UBS 6 Santa Maria	Santa Maria	20

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF.

3.1.4. Etapa 4 – Identificação dos recursos necessários e logística para o início da ação

Após a definição da amostra populacional e da setorização das áreas onde o Monitoramento será realizado, deve-se iniciar o planejamento operacional da ação. Para tanto, é necessário estimar os recursos a serem utilizados na operacionalização.

- Recursos humanos: a equipe deverá ser formada por avaliador, um vacinador, um supervisor e um coordenador.
 - Avaliador: checar através do cartão ou a caderneta de vacinação das crianças elegíveis as informações referentes à vacinação contra a poliomielite e o sarampo de acordo com a faixa etária estabelecida para cada vacina;
 - Vacinador: aplicar vacinas conforme o Calendário Nacional de Vacinação seguindo faixa etária e intervalo preconizado;
 - Supervisor: responsável por assessorar na implementação da metodologia, esclarecer dúvidas técnicas, resolver situações de problemas que possam surgir;
 - Coordenador: avaliar e revisar a qualidade dos dados das informações consolidadas pelas equipes do MEV e esclarecer dúvidas técnicas, resolver situações de problemas que possam surgir.

- Recursos materiais:

- Os impressos para o registro dos dados (Anexos 1, 2, 3 e 4 e cartões de vacinação);
- Tablets para inserção dos dados coletados;
- As vacinas, seringas, agulhas, caixa coletora de material perfurocortante e caixa térmica com termômetro, álcool para a antissepsia das mãos;
- Recursos logísticos:
 - Os meios de transporte devidamente abastecidos e com condutores para os deslocamentos necessários.

QUADRO 3. Recursos humanos e cronograma do MEV por Região de Saúde.

Região de Saúde	Nº Crianças MEV	Nº duplas OPAS	Período	Dias	Supervisão	Média de criança por dia	Coordenação
Oeste	813	7	01 até 09/07	8	DIRAPS/NVEPI Oeste	12,7	Mariana
Sudoeste	1.346	7	01 até 11/07	10	DIRAPS/NVEPI Sudoeste	13,5	Ligiane
Central	431	4	13 até 21/07	8	DIRAPS/NVEPI Central	13,5	Laís
Norte	601	6	13 até 21/07	8	DIRAPS/NVEPI Norte	12,5	Laís
Centro-Sul	567	6	15 até 22/07	8	DIRAPS/NVEPI Centro-Sul	11,8	Juliane
Leste	606	7	24 até 28/07	5	DIRAPS/NVEPI Leste	12,1	Renata
Sul	426	7	24 até 28/07	5	DIRAPS/NVEPI Sul	14,2	Renata
Distrito Federal	4.790	14	01 até 28/07	24	DIRAPS	11,1	-

Fonte: Elaboração própria SES/SAIS/COAPS

A coleta e a tabulação dos dados de cada setor devem ser realizadas no mesmo dia e devem ser operacionalizadas por equipes locais. Durante a tabulação dos dados, caso sejam detectadas inconsistências, deve-se corrigi-las imediatamente e, se necessário, visitar o domicílio. Esse procedimento deverá ser feito antes da entrada dos dados no sistema de informação. Cada setor deve realizar a atividade de campo em curto período de tempo (preferencialmente no mesmo turno ou dia em cada área onde foi iniciada a coleta de dados).

3.1.5. Etapa 5 – Abordagem dos pais ou dos responsáveis

Ao chegar ao domicílio, o avaliador deverá identificar-se, informar-se sobre quem é o responsável pelo domicílio, explicar o motivo da visita e a importância da entrevista, pedindo permissão para isso. Uma vez autorizada, a avaliação deve se iniciar pela informação da quantidade de crianças residentes no domicílio, considerando os critérios de inclusão (crianças residentes entre 6 meses e menores de 5 anos de idade), solicitando as cadernetas ou os comprovantes de vacinação de todas as crianças que atendem aos critérios de inclusão.

Critérios de inclusão e exclusão para a avaliação no domicílio. O domicílio (casa) elegível para a avaliação é aquele que tem crianças a partir de 6 meses de idade até menores de 5 anos (4 anos 11 meses e 29 dias).

- Inclusão:
 - Crianças residentes no domicílio na idade de 6 meses a menores de 5 anos para avaliar a situação vacinal contra a poliomielite;
 - Crianças de 1 ano a menores de 5 anos de idade para avaliar a situação vacinal contra o sarampo.
- Exclusão: deverão ser excluídas deste Monitoramento as crianças fora da faixa de idade estabelecida
 - Menores de 6 meses de idade e a partir de 5 anos de idade para a poliomielite;
 - Menores de 1 ano e a partir de 5 anos para o sarampo;
 - Não residentes que porventura estiverem no domicílio no momento da avaliação, mesmo que estejam na idade elegível.

Observação: para crianças ausentes e sem caderneta de vacinação, recomenda-se que a equipe retorne posteriormente ao domicílio para verificar a situação vacinal dessas crianças e atualizá-la conforme a necessidade (orientações dos Quadros 4 e 5).



Se após o retorno da equipe a criança e o comprovante de vacinação não forem localizados, não considerar esta criança para a amostra do MEV. Se a criança for localizada e não dispuser de cartão ou caderneta de vacinação ou não houver outra forma de resgatar seu histórico vacinal, considerá-la não vacinada e proceder à atualização da vacinação conforme os Quadros 4 e 5.



O número mínimo de crianças entrevistadas na amostra deve ser atingido, desconsiderando as casas onde as crianças não estiverem presentes ou sem o cartão de vacina onde será necessário retorno da equipe, pois este domicílio **entrará para o MEV**.

É importante que a equipe anote todas as informações dadas pelos pais ou responsáveis a respeito das crianças.

3.1.6. Etapa 6 – Checagem do cartão ou da caderneta de vacinação

Ao receber a permissão dos pais ou responsáveis para a entrevista, solicitar o cartão ou a caderneta de vacinação das crianças elegíveis e checar as informações referentes à vacinação contra a poliomielite e o sarampo de acordo com a faixa etária estabelecida para cada vacina e as orientações contidas nos Quadros 4 e 5.

Considerar a situação vacinal encontrada no MEV para toda criança na faixa etária definida que tenha registro comprovado da (s) dose (s) das vacinas conforme os Quadros 4 e 5.

QUADRO 4. Avaliação e conduta diante da situação vacinal encontrada durante o MEV entre crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade contra a poliomielite.

Crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade contra a poliomielite*		
Estado vacinal anterior	Situação da criança no momento do MEV	Conduta
Crianças que não iniciaram o esquema primário	Não vacinada	Vacinar com D1 de VIP e agendar D2 com intervalo de sessenta dias entre as doses e o mínimo de trinta dias.
Crianças com esquema primário incompleto	Esquema incompleto (esquema iniciado e não completado): considera-se não vacinada para efeitos do Monitoramento	Vacinar com a dose de VIP (D2 ou D3) conforme a situação encontrada. Crianças que necessitem receber a D2, vacinar e agendar a D3, observando o intervalo de sessenta dias entre as doses e o mínimo de trinta dias para o esquema primário. Crianças que receberem a D3, agendar o Reforço 1 (Ref 1) respeitando o intervalo de seis meses entre a D3 e o Ref 1.

Crianças com esquema primário completo	Vacinada	Avaliar a necessidade de administrar ou agendar dose de reforço R1 ou R2. Criança sem Ref 1 e já completado o intervalo de seis meses após o recebimento da D3, vacinar e agendar para 4 anos de idade o Ref 2. Verificar o intervalo mínimo de seis meses entre os Reforços 1 e 2. Criança já vacinada com o Ref 1 antes ou durante o Monitoramento, avaliar a idade da criança e agendar para os 4 anos de idade a dose de Ref 2. O intervalo mínimo de seis meses entre R1 e R2 só será adotado quando for identificada considerável perda de oportunidade de vacinação, uma vez que o R2 é recomendado aos 4 anos de idade.
--	----------	---

Fonte: DPNI/SVSA/MS. *Nesta avaliação, considerar a vacina inativada poliomielite VIP, a vacina Penta acelular (DTP/Hib/VIP) e a vacina Hexavalente (DTP/Hib//HB/ VIP).

QUADRO 5. Avaliação e conduta ante a situação vacinal encontrada durante o MEV entre crianças de 1 ano a menores de 5 anos de idade contra o sarampo.

Crianças de 1 ano a menores de 5 anos de idade		
Estado vacinal anterior	Situação da criança no momento do MEV	Conduta
Crianças de 1 ano a menores de 5 anos sem registro da D1 de vacinas com componentes sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral ou tetraviral)	Não vacinada	Administrar D1 de tríplice viral e agendar a próxima dose com a vacina tetraviral ou tríplice viral + varicela (na indisponibilidade de tetraviral) para os 15 meses de idade. Se a criança tiver 15 meses ou mais de idade, agendar a próxima dose respeitando o intervalo mínimo de trinta dias entre elas.
Crianças de 1 ano a menores de 5 anos com registro da D1 de vacinas com componentes sarampo, caxumba e rubéola) tríplice viral ou tetraviral) administrada há menos de trinta dias.	Vacinada com D1	Verificar o agendamento da dose subsequente com a vacina tetraviral ou tríplice viral + varicela (na indisponibilidade de tetraviral) para os 15 meses de idade. Se a criança tiver recebido a D1 há menos de trinta dias e tiver menos de 15 meses de vida, verificar o agendamento e orientar quanto à necessidade de receber a próxima dose respeitando o intervalo mínimo de trinta dias entre elas. Se a criança tiver recebido a D1 há mais de trinta dias e tiver 15 meses ou mais de idade, verificar o agendamento da próxima dose e proceder à vacinação respeitando o intervalo mínimo de trinta dias entre elas.

<p>Crianças de 1 ano a menores de 5 anos com registro de duas doses de vacina contendo o componente sarampo (D1 e D2 de tríplice viral ou D1 de tríplice viral e DU de tetraviral ou duas doses de tetraviral).</p>	<p>Vacinada com D1 e D2 (ou DU)</p>	<p>Não administrar nenhuma dose.</p>
---	-------------------------------------	--------------------------------------

Fonte: CGICI/DPNI/SVSA/MS.



Atenção: crianças encontradas **NÃO VACINADAS!** Esse é o estado vacinal delas encontrado no momento do MEV. A equipe operacional deverá atualizar a situação vacinal dessas crianças ainda no domicílio de acordo com as orientações dos Quadros 5 e 6.

Com relação à vacinação contra o sarampo, a dose zero não será considerada válida para este MEV. Desse modo, somente as doses de tríplice viral administradas a partir dos 12 meses de idade deverão ser consideradas para a avaliação.

As crianças que forem vacinadas durante a realização do MEV deverão ter seus dados coletados, conforme o Anexo 3 — Registro da vacinação realizada no Monitoramento das Estratégias de Vacinação, para posterior inserção desses dados nos sistemas de informação correspondentes.

Nas situações em que forem encontradas crianças que atendam aos critérios de inclusão para participação no MEV que estejam presentes no momento da visita, porém sem a caderneta/comprovante de vacinação, a equipe operacional deverá checar a possibilidade de os pais ou os responsáveis apresentarem este comprovante posteriormente:

- Se a resposta for positiva, uma nova visita deverá ser feita para que a caderneta de vacinação seja avaliada;
- Se a resposta for a recusa, essa criança não deve ser considerada para o Monitoramento;
- Se não houver outra possibilidade de resgatar o histórico vacinal, estas crianças deverão ser classificadas como não vacinadas, e a situação vacinal deverá ser

atualizada para a poliomielite e o sarampo, seguindo a orientação dos quadros 5 e 6.

Para as crianças que necessitarem ser vacinadas durante o MEV, a equipe deve checar se ela possui o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e/ou do Cadastro de Pessoa Física (CPF). Na hipótese de a criança não possuir CNS nem CPF, a equipe operacional deverá coletar os dados da criança, conforme Anexo 4 – Ficha de cadastro do cidadão, para cadastrá-la no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) ou no Cadastro do Sistema Único de Saúde (Cadsus), a fim de que os dados da vacinação realizada sejam devidamente registrados nos sistemas de informação de vacinação.

Durante a realização do MEV, caso sejam encontradas crianças habitualmente atendidas e vacinadas no âmbito dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), elas farão parte da amostra desde que atendam aos critérios de inclusão. Na hipótese de a equipe operacional encontrar crianças não vacinadas ou com esquema incompleto para a poliomielite e o sarampo, a atualização da situação vacinal não deve ser feita no domicílio durante a visita do MEV. Os pais ou responsáveis devem ser orientados quanto à manutenção da vacinação dessas crianças nos referidos Centros, se identificada a necessidade de atualizar a situação vacinal para a poliomielite e/ou sarampo.

3.1.7. Etapa 7 – Coleta e registro dos dados

Os dados coletados nas atividades de campo durante o MEV deverão ser registrados conforme o no Anexo 1 – Boletim de atividades de campo do Monitoramento das Estratégias de Vacinação – Instrumento de coleta de dados em campo em municípios – Poliomielite e sarampo – 2024. Todos os campos deste instrumento deverão ser preenchidos para permitir uma avaliação adequada e qualificada das estratégias de vacinação.

Itens a serem preenchidos em cada coluna no Anexo 1

- Coluna A: número de casas visitadas. Este é um número sequencial iniciando com o número 1 na primeira casa até completar o número de domicílios (casas).
- Coluna B: número de crianças residentes no domicílio em cada faixa etária (presentes ou não).

- Coluna C: número de crianças residentes e presentes na faixa etária com cartões de vacinação disponíveis no domicílio.
- Coluna D do boletim de pólio: deve ser registrado, em cada faixa etária, o número de crianças com esquema vacinal completo para a poliomielite, considerando as vacinas contendo o componente VIP.
- Coluna D do boletim de sarampo: deve ser registrada a situação vacinal encontrada contra o sarampo para cada criança. Neste campo, informar a quantidade de crianças vacinadas com D1 (SCR (D1)) e com D2 de tríplice viral (SCR (D2)) ou com dose única (DU) de tetraviral (SCRV (DU)).
- Coluna E: refere-se às doses aplicadas durante o MEV por tipo de vacina, tipo de dose e faixa etária.

No Distrito Federal, disponibilizaremos a opção do registro do Boletim de atividades de campo do Monitoramento das Estratégias de Vacinação em formato digital, por meio do Instrumento no formulário eletrônico no *Google Forms*.

Cada região de saúde terá o seu link exclusivo para monitoramento dos dados registrados.

Adicionalmente, haverá um Boletim de atividades de campo do Monitoramento das Estratégias de Vacinação para o monitoramento da vacinação de crianças com a vacina COVID-19 monovalente (XBB) contra a covid-19 (Anexo 2).

3.1.8. Etapa 8 – Avaliação da proporção de crianças encontradas vacinadas no MEV

A cobertura vacinal do MEV será avaliada por idade simples nas crianças nas idades de: 6 a 11 meses, 1 ano, 2 anos, 3 anos e 4 anos e total para a vacina poliomielite. A cobertura vacinal para poliomielite será avaliada considerando a D1, a D2 e a D3 de vacinas com componente VIP.

Para a vacina tríplice viral, a cobertura vacinal será avaliada para crianças de 12 a 14 meses, 15 meses a 23 meses, 2 anos, 3 anos e 4 anos de idade e total. As coberturas vacinais (proporção de vacinados) contra o sarampo serão calculadas para

a primeira dose (D1) de tríplice viral e a segunda dose (D2) (SCR (D2) ou SCR (DU)). Por isso, reforça-se que para a mesma criança que tenha registro de D2 de tríplice viral e DU de tetraviral, **registrar apenas no campo D2 de tríplice viral** para evitar duplicidade de doses.

Apesar de o cálculo de coberturas vacinais ser feito automaticamente no sistema de informação, é necessário, durante o MEV, estar atento à quantidade de crianças encontradas não vacinadas, pois é possível que se esteja diante de uma área com possibilidade de formação de bolsões de não vacinados (os prováveis suscetíveis) e que mereça atenção especial do serviço de imunizações. Uma maneira rápida de avaliar a cobertura em cada área é utilizar a fórmula a seguir, aplicando-se para cada dose da vacina e idade:

$$\text{CV poliomielite em cada área (setor)} = \frac{\text{N.º de crianças de 6 meses a menores de 5 anos vacinadas}}{\text{Total de crianças avaliadas}} \times 100$$

$$\text{CV sarampo em cada área (setor)} = \frac{\text{N.º de crianças de 1 ano a menores de 5 anos vacinadas}}{\text{Total de crianças avaliadas}} \times 100$$

Os setores nos quais forem encontradas pelo menos duas crianças não vacinadas com a dose 1 (D1) da vacina tríplice viral ou não vacinadas com D1, D2 e D3 de vacinas com componente VIP devem ser considerados localidades de alerta para ações de imunização. Nesta situação, recomenda-se realizar intensificação da vacinação de rotina, de acordo com as indicações do Calendário Nacional de Vacinação.

4. REGISTRO E INFORMAÇÕES DO MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO (MEV) CONTRA A POLIOMIELITE E O SARAMPO NO BRASIL

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – RDC no 197, de 26 de dezembro de 2017, publicada no DOU no 248, de 28 de dezembro de 2017, compete aos serviços de vacinação registrar as informações referentes às vacinas no sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde (MS).

Essa atividade está de acordo com o Decreto no 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei no 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a

organização das ações de Vigilância Epidemiológica e do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a transferência, pelos estabelecimentos de saúde, das informações sobre vacinação ao Ministério da Saúde.

Os estabelecimentos de saúde, públicos e privados, que realizam serviço de imunização devem estar cadastrados e com atualizações regulares no cadastro do sistema CNES.

A Portaria no 2.022, de 7 de agosto de 2017 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2022_15_08_2017_rep.html), regulamenta a metodologia de cadastramento e atualização cadastral no quesito **Tipo de Estabelecimentos de Saúde**.

A Portaria no 1.883, de 4 de novembro de 2018 (https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/56641437), define o cadastramento dos estabelecimentos de saúde enquadrados como **Central de Abastecimento** e de estabelecimentos que realizam **Serviço de Imunização** no CNES e inclui no Módulo Básico do CNES o campo “**abrangência de atuação**” com o intuito de enquadrar o estabelecimento de saúde em sua respectiva instância de atuação, observando ainda o disposto na RDC no 197, supracitada, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de vacinação humana.

Ressalta-se que todo trabalhador de saúde também deve estar cadastrado no CNES em relação ao estabelecimento de saúde de atuação. Em especial, deve ser observada a completude do registro referente aos profissionais de saúde que realizam a imunização.

Tendo em vista que a RNDS realiza validações das informações do CNES, é recomendável o envio da base de dados ao Ministério da Saúde em tempo oportuno, ou seja, à medida que mudanças nos quadros de profissionais forem realizadas, tanto pela gestão municipal quanto pela gestão estadual de saúde.



As equipes operacionais terão 30 dias após o encerramento do MEV para a inserção dos dados do sistema de informação.

4.1. Registro e Disseminação das Informações do Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV) no SI-PNI

O registro do Monitoramento dar-se-á **somente** no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por meio do Perfil de acesso **Operador Estabelecimento de Saúde** no banner específico para a ação, e as informações a serem captadas estão especificadas no Anexo 1.

4.2. Registro das doses aplicadas durante o Monitoramento nos Sistemas de Informação

O registro deverá ser nominal e dar-se-á com a apresentação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou do Cadastro de Pessoa Física (CPF) da criança vacinada nas visitas realizadas por ocasião do MEV. Esses dados serão enviados à base nacional da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e disponibilizados nos relatórios para uso de profissionais e gestores das três esferas de governo e na Carteira Nacional de Vacinação Digital do cidadão no **Meu SUS Digital** (anteriormente ConecteSUS).

As doses aplicadas, descritas no Anexo 1, das vacinas VIP, SCR e SCRv durante o monitoramento deverão ser registradas com a Estratégia de Vacinação **MONITORAMENTO RÁPIDO DE COBERTURA VACINAL**.

A doses aplicadas durante o MEV, descritas no Anexo 1, serão extraídas diretamente da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), considerando as doses da estratégia acima descrita.



O registro das doses aplicadas no Monitoramento será realizado considerando o modelo informacional do RIA Rotina (RIA-R). É de extrema importância que os registros das doses aplicadas durante o Monitoramento sejam realizados de forma oportuna, indicando corretamente a estratégia de vacinação. Manter o sistema e-SUS APS atualizado com a última versão e com a configuração de envio direto à RNDS realizada e os sistemas próprios devem estar integrados diretamente à RNDS. Todas as doses no MEV deverão ser enviadas diretamente à RNDS.



Oportunizando o resgate de não vacinados com a vacina VOP nos reforços, as doses aplicadas deverão ser registradas na Estratégia de Vacinação **ROTINA** e não serão computadas para o Monitoramento.

- a) Quanto à vacina, aos tipos de dose e à estratégia de vacinação utilizados no MEV, estes deverão seguir o Quadro 6.

QUADRO 6. Vacinas e tipos de dose a serem utilizados no MEV

Código da vacina	Nome da vacina	Códigos das doses	Tipos de dose	Código = nome da estratégia	Observações
22	Vacina pólio injetável (VIP)	1	1ª Dose (D1)	9 Monitoramento rápido de cobertura vacinal	Receberão esta dose somente crianças menores de 5 anos de idade não vacinadas ou com esquema incompleto, ou seja, sem as três doses de VIP no esquema primário ou com indicações do Crie
		2	2ª Dose (D2)		
		3	3ª Dose (D3)		
28	Vacina pólio oral (VOP)	6	1º Reforço (R1)	1 Rotina	Receberão estas doses somente crianças que estiverem na data de realização da aplicação na Rotina
		7	2º Reforço (R2)		
24	Tríplice viral (vacina sarampo, caxumba, rubéola – SCR)	1	1ª Dose (D1)	9 Monitoramento rápido de cobertura vacinal	Receberão esta dose somente crianças menores de 5 anos de idade não vacinadas com D1 de tríplice viral
		2	2ª Dose (D2)		Receberão esta dose somente crianças menores de 5 anos de idade não vacinadas com D2 de tríplice viral ou DU de tetraviral.
56	Tetraviral (vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela – SCR/V)	9	Dose Única (DU)	9 Monitoramento rápido de cobertura vacinal	Receberão esta dose somente crianças menores de 5 anos de idade não vacinadas com D2 de tríplice viral ou DU de tetraviral

Fontes: Imunobiológico: <https://simplifier.net/redenacionaldedadosemsaude/brimunobiologico>
Dose de vacina: <https://simplifier.net/redenacionaldedadosemsaude/dosedevacina> Estratégia de vacinação: <https://simplifier.net/redenacionaldedadosemsaude/estratgiadevacinao>. Instrução normativa referente ao Calendário Nacional de Vacinação – 2024: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-calendario-nacional-de-vacinacao-2024.pdf>.



Criança menor de 5 anos de idade nas indicações dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), NÃO administrar VOP

b) Quanto ao Grupo de Atendimento utilizado no MEV, deverá seguir o Quadro 7.

QUADRO 7. Grupo de Atendimento a ser utilizado no MEV

Código do grupo (registro)	Categoria	Grupos prioritários para registro	Observações
210	Faixa etária	Faixa etária	Crianças menores de 1 ano (<1A) Crianças de 1 a 4 anos 11 meses e 29 dias (≥1A a <5A)

Fonte: Grupos de Atendimento:

<https://simplifier.net/redenacionaldedadosemsaude/grupo%20de%20atendimento>.

4.3. Registro das doses no e-SUS APS

a) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)

Para os estabelecimentos pertencentes à Atenção Primária à Saúde, o operador deverá realizar os seguintes passos:

1. Realizar o login no sistema;
2. Ir para o módulo da Lista de atendimentos;
3. Na Lista de atendimentos, em Tipo de serviço, selecionar a opção Vacina e clicar no botão Adicionar;
4. Para atender o cidadão, clicar no botão representado pelo ícone que remete a uma seringa;
5. Na aba Calendário vacinal da criança, buscar pela VIP, VOP, Tríplice Viral ou Tetra Viral;
6. Para registrar o imunobiológico, preencher os dados obrigatórios e clicar em Salvar;

7. Após o registro da vacinação, aparecerá uma tela para o registro da aplicação da dose.

b) Coleta de Dados Simplificada (CDS)

O registro de vacinação do imunobiológico VIP, VOP, Tríplice Viral ou Tetra Viral no e-SUS APS, CDS, deverá ser feito conforme a seguir:

1. Ao fazer login no sistema e-SUS APS, dirigir-se ao módulo CDS, menu Vacinação;
2. Para registrar o imunobiológico, preencher pelo menos os dados obrigatórios e clicar em Confirmar.



A dose deve ser registrada **APENAS UMA VEZ** em um único sistema de informação. Doses registradas no SI-PNI ou em sistemas próprios **NÃO DEVERÃO** ser transcritas ou ser realizado novo registro no e-SUS APS. Todas as doses registradas na campanha deverão ser enviadas diretamente à RNDS.

4.4. Movimentação dos imunobiológicos nos estabelecimentos de saúde

A movimentação de imunobiológico na sala de vacina – entrada e saída – será feita no módulo exclusivo do SI-PNI, conforme modelo descrito a seguir. A movimentação do imunobiológico deverá ser atualizada toda vez que houver recebimento de vacina ou quando houver saída pelos seguintes motivos: transferência de doses, quebra do frasco, falta de energia elétrica, falha de equipamento, validade vencida, procedimento inadequado, falha de transporte, indisponibilidade ou perda por orientação regulatória, visando controlar os estoques no município e no estabelecimento de saúde, possibilitando o planejamento e a logística de distribuição das vacinas.

O quantitativo de doses aplicadas será calculado automaticamente pelo sistema de informação.

Implementar os seguintes passos:

1. Adicionar lote: com o perfil de Gestor Estabelecimento de Saúde ou Operador Estabelecimento de Saúde selecionado, clicar no menu Movimento de imunobiológico;
2. Selecionar um lote, irá abrir a tela “Selecionar Lote”, e no campo de pesquisa “Informe o número do lote”, digitar o número do lote recebido no Estabelecimento;
3. Após pesquisar o número do lote recebido no Estabelecimento, selecioná-lo e clicar em Concluir.

4.5. Disseminação dos registros de doses aplicadas e painel da campanha

A disseminação das informações e dos indicadores trabalhados no âmbito do Programa Nacional de Imunizações será realizada por meio de painéis de informação, sob a responsabilidade do Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (Demas/SEIDIGI/MS) em parceria com o Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI/SVSA/MS).

É importante o acompanhamento diário dos registros das doses aplicadas realizadas durante o MEV com o objetivo de monitorar oportunamente o avanço deste, bem como auxiliar na correção de possíveis erros de registro. Para isso, será disponibilizada a exportação dos dados e a visualização em dashboards, por meio da página do Demas, na plataforma LocalizaSUS, disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas>. A disseminação das doses aplicadas e da cobertura vacinal da VIP, da VOP e da Tríplice Viral será disponibilizada no painel “Vacinação do Calendário Nacional”.

No caso de detecção de inconsistências relativas às informações apresentadas nos painéis de informação, estas serão analisadas e tratadas pelos setores técnicos responsáveis pelos processos de coleta, consolidação, processamento e disponibilização dos dados vacinais, o que envolve, no âmbito do Ministério da Saúde, a SVSA, a Saps e a SEIDIGI.

Tendo em vista que as informações sobre residência do usuário estão relacionadas ao cadastro individual no CADWEB/Cadsus, torna-se fundamental a intensificação do trabalho para a atualização dos cadastros individuais no âmbito local.

Os dados vacinais serão apresentados por local de residência do usuário e por local de ocorrência da aplicação da vacina.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Portaria no 3.288, de 8 de março de 2024. Estabelece incentivo financeiro de custeio, de caráter excepcional e temporário, para o desenvolvimento da Estratégia de Vacinação nas Escolas, da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e do Monitoramento das Estratégias de Vacinação no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2024. Brasília-DF: Diário Oficial da União. Publicado em: 11/03/2024, Edição: 48, Seção: 1, Pág. 227. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.288-de-8-de-marcode-2024-547513183>. Acesso em: 19 de abril de 2024.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de monitoramento rápido de cobertura (MRC) pós-campanha de vacinação contra a poliomielite e contra o sarampo. Brasil, 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
3. WHO. Measles and rubella strategic framework 2021–2030. Geneva: World Health Organization; 2020.
4. WHO. Assessing vaccination coverage levels using clustered Lot Quality Assurance Sampling: field manual – version edited for the Global Polio Eradication Initiative (GPEI). Disponível em: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/AssessingVaccination-Coverage-Levels-Using-Clustered-LQAS_Apr2012_EN.pdf. Acesso em: 16 de abril de 2024.
5. WHO. GPEI. Global Guidelines Independent Monitoring of Polio Supplementary Immunization Activities (SIA) [Internet]. [cited 2021 May 10]. Disponível em: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/08/IndependentMonitoringGuidelines_20101124.pdf. Acesso em: 16 de abril de 2024.
6. WHO. GPEI. Genebra: Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite; 2018. Disponível em: <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/Bestpractice-for-monitoring-the-quality-of-polio-eradication-campaign-performance.pdf>. Acesso em: 16 de abril de 2024.
7. WHO. GPEI. Standard operating procedures: Responding to a poliovirus event or outbreak: Version 3.1, March 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363627/9789240049154-eng.pdf>; 2022. Acesso em: 16 de abril de 2024.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI):

40 anos, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf.

9. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Atualização Epidemiológica: pólio na Região das Américas. 7 de abril de 2023, Washington, D.C.: Opas/OMS; 2023.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Boletim Epidemiológico 6, Volume 51, março de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2020/boletim-epidemiologico-vol-51-no-06.pdf/view>.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Boletim Epidemiológico 46, Volume 53, Dezembro de 2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no46/view>.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Caso de sarampo confirmado no Brasil está em monitoramento e sob controle. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/janeiro/caso-de-sarampo-confirmado-no-brasil-esta-emmonitoramento-e-sob-controle>.

13. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório – Terceira Reunião Anual da Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita (virtual), 14 a 16 de novembro de 2023. Washington, D.C, 2023.

14. WHO. Measles and rubella strategic framework 2021-2030. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/measles-and-rubella-strategic-framework-2021-2030>.

15. Centre for Disease Control and Prevention. Epi-Info Version 7.2. Atlanta Georgia, USA. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo>. Acesso em: 7 de maio de 2024. 16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. – 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde,

2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/manualdos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais_6a-edicao_2023.pdf. Acesso em: 19 de abril de 2024.