

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

PROTOCOLO OPERACIONAL 2024



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento do Programa Nacional de Imunizações

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

PROTOCOLO
OPERACIONAL **2024**

Brasília DF 2024



2024 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsm.s.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica – preliminar

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis

Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização

SRTVN, quadra 701, lote D, Edifício PO 700 – 6.º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Disque Saúde: 136

E-mail: cgici@saude.gov.br e pni@saude.gov.br

Site: www.saude.gov.br

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 – NCI/DPNI/SVSA

Elder Marcos de Moraes – NCI/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

Vanessa Cristina Fragoso Farias – CGICI/DPNI/SVSA

Editoria técnico-científica:

Paola Marchesini – CGEVSA/DAEVS/SVSA

Antonio Ygor Modesto de Oliveira – CGEVSA/DAEVS/SVSA

Revisão:

Yana Palankof – CGEVSA/DAEVS/SVSA

Diagramação:

Sabrina Lopes – CGEVSA/DAEVS/SVSA

Capa:

Ademildo Mendes – Nucom/SVSA

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Poliomielite	6
1.2 Sarampo	7
2 OBJETIVOS	8
2.1. Geral	8
2.2. Específicos	8
3 METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO (MEV)	9
3.1 Etapas do monitoramento das estratégias de vacinação (MEV)	10
3.1.1. Etapa 1 – Mapeamento do município e setorização conforme o número de salas de vacina	10
3.1.2 Etapa 2 – Identificação das áreas/localidades a serem visitadas e monitoradas	10
3.1.3 Etapa 3 – Definição da amostra populacional a ser avaliada	11
3.1.4 Etapa 4 – Identificação dos recursos necessários e logística para o início da ação	16
3.1.5. Etapa 5 – Abordagem dos pais ou dos responsáveis	17
3.1.6 Etapa 6 – Checagem do cartão ou da caderneta de vacinação	18
3.1.7 Etapa 7 – Coleta e registro dos dados	22
3.1.8 Etapa 8 – Avaliação da proporção de crianças encontradas vacinadas no MEV	22
4 REGISTRO E INFORMAÇÕES DO MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO (MEV) CONTRA A POLIOMIELITE E O SARAMPO NO BRASIL	24
4.1 Registro e Disseminação das Informações do Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV) no SI-PNI	25
4.2 Registro das doses aplicadas durante o Monitoramento nos Sistemas de Informação	25
4.3 Registro das doses no SI-PNI	27
4.4 Registro das doses no e-SUS APS	29

4.5 Estabelecimentos de saúde com sistemas próprios	29
4.6 Estabelecimentos de saúde sem conexão com a internet	30
4.7 Movimentação dos imunobiológicos nos estabelecimentos de saúde	30
4.8 Disseminação dos registros de doses aplicadas e painel da campanha	31
ANEXOS	33
Anexo 1 Boletim de atividades de campo do Monitoramento das Estratégias de Vacinação	35
Anexo 2 Registro da vacinação individualizada realizada no Monitoramento das Estratégias de Vacinação	36
Anexo 3 Ficha de Cadastro de Cidadão – SIPNI/CADSUS	37
Anexo 4 Monitoramento das Estratégias de Vacinação contra a Poliomielite e o Sarampo 2024 – Relatório simplificado	38
REFERÊNCIAS	39

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 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.

O Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM/MS nº 3.288, de 8 de março de 2024, autorizou o repasse de recursos financeiros da ordem de R\$150 milhões para, mais uma vez, apoiar as ações no âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na operacionalização do MEV. Este recurso também foi destinado ao desenvolvimento da Estratégia de Vacinação nas Escolas e à Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite em 2024¹.

Este protocolo apresenta as diretrizes e as orientações técnicas para a realização do MEV, subsidiando o processo de trabalho das equipes estaduais, municipais e 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 todos os entes federados.

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.

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 23 meses 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 reverificação"^{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 Reverificação 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.

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 no Brasil e melhorar suas coberturas vacinais em âmbito nacional, contemplando os estados, o Distrito Federal e os municípios.

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 será 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, pelas finanças, pela comunicação, pela articulação, pelo trabalho de campo, pelos recursos humanos e materiais etc.).

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

- i.** mapeamento do município e setorização conforme o número de salas de vacina;
- ii.** identificação das áreas/localidades a serem visitadas e monitoradas;
- iii.** definição da amostra populacional a ser avaliada;
- iv.** identificação dos recursos necessários e da logística para o início da ação;
- v.** abordagem dos pais ou dos responsáveis;
- vi.** checagem do cartão ou da caderneta de vacinação;
- vii.** coleta e registro dos dados;
- viii.** avaliação da proporção de crianças encontradas vacinadas no MEV.

Destaca-se que os resultados do MEV são representativos do município para fins estatísticos, podendo-se aplicar seus resultados a todo o município.

Para a realização do MEV, as equipes estaduais 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 e setorização conforme o número de salas de vacina

O primeiro passo é mapear o município. Essa informação é básica para identificar as áreas/setores de abrangência das salas de vacina no município, para que, posteriormente, sejam selecionados os lugares onde será realizada a coleta dos dados. Para esse mapeamento, as equipes deverão utilizar os mapas e os croquis ou outras ferramentas disponíveis no município a fim de identificar essas áreas/setores. São exemplos de setores: bairros, distritos ou regiões administrativas, localidades do Programa de Controle de Endemias (Sisloc); áreas adscritas da Estratégia Saúde da Família/Agentes Comunitários de Saúde (ESF/PACS), dentre outras, conforme a organização administrativa do município.

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

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

Cada setor deverá ser identificado com um número (Figura 1) conforme a sala de vacina de abrangência para facilitar a execução da estratégia. Esses setores devem incluir, 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.

FIGURA 1 Divisão do município (área/localidade) em setores para o MEV considerando o número de salas de vacina



Fonte: Google Earth (adaptado pelo DPNI/SVSA).

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 no município, seguindo os passos descritos abaixo.

1.º PASSO — Inicialmente, deve-se fazer o levantamento do número de salas de vacina públicas e ativas no município. Esse levantamento deve ser feito por meio de consulta à base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). De posse desse número, classificar o município nas seguintes categorias, conforme o número de salas de vacina (Quadro 1).

QUADRO 1 Classificação dos municípios 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 própria DPNI/SVSA.

Essas categorias foram definidas com base na divisão do número de salas de vacina nos seguintes quartis:

- 25% dos municípios com no máximo duas salas de vacina (categoria Máximo);
- 50% dos municípios com no máximo nove salas de vacina (categoria Intermédio);
- 25% dos municípios com dez ou mais salas de vacina (categoria Mínimo).

Os municípios com uma a duas salas de vacina geralmente apresentam um menor número de crianças como população-alvo quando comparados com os municípios que contam com mais salas de vacina, os quais apresentam uma população-alvo também maior. Para reduzir possíveis desproporções e uniformizar o tamanho da amostra, os municípios com até duas salas serão enquadrados na categoria Máximo para que a amostra calculada seja considerada representativa, enquanto os municípios com dez ou mais salas de vacina serão enquadrados na categoria Mínimo com a mesma finalidade.

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 município. Utilizar as seguintes fontes de dados populacionais:

- para crianças de 6 a 11 meses e de 1 ano de idade, utilizar os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) 2023 para o município;
- para crianças de 2 anos a menores de 5 anos (4 anos 11 meses e 29 dias), utilizar os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), censo 2022, para o município.

Também é necessário verificar o número de crianças atendidas na área de abrangência da sala de vacina. Este dado será 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), identificar no Quadro 2 em qual estrato populacional o município se enquadra a fim de verificar o percentual da população a ser avaliada no MEV¹⁵, considerando também a categoria do município, conforme o número de salas de vacina que ele 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 nos municípios	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 do município		
	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
2.501 ou mais de 6 meses a < 5 anos	3	5	15

Fonte: Adaptação própria 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 deverá ser calculada com a seguinte fórmula:

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

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 o município, apresentado no Quadro 2. A definição da amostra por setor é calculada com a seguinte fórmula:

$$\text{N.º de crianças avaliadas por setor} = \frac{\text{tamanho da amostra por sala de vacina}}{\text{n.º de bairros atendidos pela respectiva sala}}$$

EXEMPLO:

O Município Z apresenta uma população de crianças de 6 meses a menores de 5 anos de 1.345 crianças, contando com duas salas de vacinação para atender a comunidade. Administrativamente, o Município Z é dividido em 30 bairros, sendo 18 bairros da área de abrangência da Sala de Vacina A com 874 crianças e 12 bairros da Sala de Vacina B com 471 crianças.

O Município Z apresenta uma **população de crianças de 6 meses a menores de 5 anos de 1.345 crianças**, contando com **duas salas de vacinação** para atender a comunidade:

- **1.ª pergunta** – Qual o percentual a ser utilizado para a definição do número de crianças de 6 meses a < 5 anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias) que serão avaliadas no MEV, conforme a categoria de classificação do município?
- **Resposta** – Neste exemplo, o Município Z foi classificado na categoria de *Máximo* pelo número de salas de vacina que possui, e considerando a população de crianças, encontra-se no *estrato de 1.001 a 2.500*. Ao cruzarmos os valores, será obtido o percentual da população de crianças do município que deverá ser avaliado, correspondendo a **38%**. Veja o Quadro 3:

QUADRO 3 Percentual da população de crianças de 6 meses a menores de 5 anos (4 anos 11 meses e 29 dias) para avaliação do MEV no Município Z conforme estrato populacional e categorias de classificação dos municípios.

Estrato populacional nos municípios	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 do município		
	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
2.501 ou mais de 6 meses a < 5 anos	3	5	15

Fonte: Adaptação própria DPNI/SVSA.

- **2.^a pergunta** – Qual a amostra de crianças a ser avaliada no MEV no Município Z?
- **Resposta** – O município Z possui 1.345 crianças na faixa etária estabelecida, considerando que o percentual da população de crianças do município que deverá ser avaliado corresponde a 38%. Desse modo, ao aplicar a fórmula, obteremos **511 crianças**.

$$\text{Amostra de crianças para o MEV no município Z} = \frac{1.345}{100} \times 38 = 511$$

- **3.^a pergunta** – Considerando que o município possui duas salas de vacina (salas A e B), qual o tamanho da amostra de cada sala de vacina e quantas crianças por bairro deverão ser avaliadas?
- **Resposta** – Como as Salas A e B são serviços que pertencem ao Município Z, para o cálculo da amostra elas adotarão o mesmo percentual da população de crianças do município que deverá ser avaliado, ou seja, 38% para cada sala. Assim, ao utilizarmos a mesma fórmula já adotada para o cálculo da amostra do Município Z obteremos a seguinte amostra para cada sala:

$$\text{Amostra de crianças para o MEV na Sala A} = \frac{874}{100} \times 38 = 332$$

$$\text{Amostra de crianças para o MEV na Sala B} = \frac{471}{100} \times 38 = 179$$

Assim o tamanho da amostra por sala de vacina é:

Sala A = 332 crianças

Sala B = 179 crianças

Posteriormente deve-se calcular o número de crianças a serem avaliadas por bairro. Sabe-se que a Sala A possui 18 bairros em sua área de abrangência e que a amostra de crianças a serem avaliadas corresponde a 332; e a Sala B possui 12 bairros em sua área de abrangência e a população amostral de crianças é de 179; assim, obteremos o que segue:

Para a Sala A

$$\text{N.º de crianças avaliadas por bairro} = \frac{332}{18} = 18$$

Para a Sala B

$$\text{N.º de crianças avaliadas por bairro} = \frac{179}{12} = 15$$

Então, para as Salas A e B serão avaliadas 18 e 15 crianças por bairro, respectivamente.

Aplicando-se os dados correspondentes neste exemplo, verifica-se que a Sala A vai avaliar 18 crianças por bairro, ao passo que a Sala B vai avaliar 12 crianças por bairro, como representado no Tabela 1:

TABELA 1 Tamanho da amostra para avaliação no MEV por sala de vacina e bairros de abrangência dos serviços de vacinação, Município Z, 2024

Serviços públicos de vacinação	Tamanho da população infantil atendida	% da amostra	Tamanho da amostra	N.º de quadras ou bairros*	Quantidade de crianças a serem avaliadas por bairro ou quadra
Sala de vacina A	874	38%	332	18	18
Sala de vacina B	471	38%	179	12	15
Município Z	1.345	38%	511	-	-

*Conforme organização administrativa do município.

Fonte: Adaptação própria DPNI/SVSA.

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:

- equipes com no mínimo duas pessoas: avaliador e vacinador, preferencialmente de acordo com a disponibilidade desses trabalhadores e as características do território;
- supervisor das equipes de Monitoramento.

Recursos materiais:

- impressos para o registro dos dados (Anexos 1, 2 e 3 e cartões de vacinação);
- vacinas, seringas, agulhas, caixa coletora de material perfurocortante e caixa térmica com termômetro.

Recursos logísticos:

- meios de transporte devidamente abastecidos e com condutores para os deslocamentos necessários.

Ao definir os recursos necessários, considerando o período de 17 de junho a 31 de julho de 2024, estabelecer o melhor dia para realizar a coleta dos dados, levando em conta os horários em que é mais provável encontrar os pais ou os responsáveis pela criança no domicílio.

Nos setores identificados, sugere-se seguir a rota em **sentido horário**, como mostra a **Figura 3**, até completar o número de crianças que precisam ser avaliadas no setor selecionado. Deve-se visitar a quantidade de casas necessárias até completar o número de crianças definido para o Monitoramento, conforme exemplo da Tabela 1.

FIGURA 3 Rota a ser seguida nos setores e nas quadras para o MEV



Fonte: Google Earth (adaptado pelo DPNI/SVSA).

A coleta e a tabulação dos dados de cada setor devem ser realizadas no mesmo dia e devem ser operacionalizadas por **equipes locais, preferencialmente adotando o Monitoramento cruzado**. Ou seja, uma área selecionada deve ser monitorada pela equipe de outra área com o objetivo de garantir a imparcialidade durante a coleta de dados. Durante a tabulação dos dados, caso sejam detectadas inconsistências, deve-se corrigi-las imediatamente e, se necessário, revisitar 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 1 e 2). 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.

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*		
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	Condutas
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.
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).	Vacinada com D1 e D2 (ou DU)	Não administrar nenhuma dose.

Fonte: CGICI/DPNI/SVSA/MS.

Atenção às 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.



Na indisponibilidade de vacinador na equipe operacional, de acordo com a capacidade logística, a criança deverá ser conduzida à unidade de saúde para ser vacinada ou ainda a vacinação deverá ser agendada no posto de vacinação mais próximo e, necessariamente, realizada no período de execução do MEV.

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 2 – 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 negativa** e 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 as orientações dos Quadros 5 e 6.

Para as crianças que necessitem 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 3 – 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.

Orientações para crianças atendidas no âmbito dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie)

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 sarampo¹⁶.

3.1.7 Etapa 7 – Coleta e registro dos dados

Os dados coletados nas atividades de campo durante o MEV deverão ser registrados 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 na faixa etária com cartões de vacinação disponíveis no domicílio.
- **Coluna D:** 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 E:** 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 F:** refere-se às doses aplicadas durante o MEV por tipo de vacina, tipo de dose e faixa etária.

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 1 ano, 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/KujrwOTZC2Mb/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.

Oportunamente serão enviados os procedimentos para registro no sistema e demonstrado no Webinar de apresentação do Monitoramento.

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 SCRIV durante o monitoramento deverão ser registradas com a Estratégia de Vacinação **MONITORAMENTO RÁPIDO DE COBERTURA VACINAL**.

As 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.

Ressalta-se a importância de avaliar sistematicamente o registro vacinal nos diferentes sistemas que alimentam a RNDS com dados de vacinação, obedecendo às regras presentes no **SIMPLIFIER.NET** <https://simplifier.net/redenacionaldedadosemsaude/>:

- 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	1. ^a 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	2. ^a Dose (D2)		
		3	3. ^a Dose (D3)		
28	Vacina pólio oral (VOP)	6	1. ^o Reforço (R1)	1 Rotina	Receberão estas doses somente crianças que estiverem na data de realização da aplicação na Rotina.
		7	2. ^o Reforço (R2)		
24	Tríplice viral (vacina sarampo, caxumba, rubéola – SCR)	1	1. ^a 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	2. ^a 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 – SCRv)	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/estrategiadevacinao>.

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**¹⁶.

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	Grupos prioritários contemplados
000210	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>.



Ressalta-se a importância de os sistemas de informação que registram vacinas serem integrados ao **Cadsus**, <https://servicos-datasus.saude.gov.br/detalhe/tgKoKpju8s>, para consulta e verificação das informações do Cartão Nacional de Saúde (CNS) dos cidadãos.

4.3 Registro das doses no SI-PNI

Antes de iniciar a operacionalização dos registros, o operador do sistema de informação deverá realizar alguns passos:

a. Cadastro e perfil no Sistema de Cadastro de Permissão de Acesso (SCPA).

Ter cadastro ativo no Sistema de Cadastro de Permissão de Acesso (SCPA) com o perfil de acesso Operador Estabelecimento de Saúde solicitado e aprovado por um gestor do sistema.

O SCPA foi desenvolvido com o objetivo de unificar o cadastramento dos usuários dos sistemas WEB do Ministério da Saúde, e o cadastro será feito somente uma vez. O operador já cadastrado para registro das vacinas do Calendário Nacional de Vacinação não precisa fazer novo cadastro. As instruções passo a passo para a realização do cadastro no SCPA constam no Manual de Operações, <https://acesso.saude.gov.br/manual-operador>, o sistema a ser pesquisado é o SI-PNI.

b. Vincular estabelecimento ao SI-PNI.

Com perfil de Gestor Municipal, clicar no menu **Estabelecimentos**.

1. Após clicar no menu Estabelecimentos, irá abrir a tela Estabelecimentos, clicar em **Vincular Estabelecimentos**.
2. Pesquisar o estabelecimento pelo número do CNES, **marcá-lo e clicar em concluir**.

Se o estabelecimento ainda não estiver vinculado, será informado "Estabelecimento vinculado com sucesso". Mas se o estabelecimento já estiver vinculado, será informado que "O valor informado para o campo CNES já existe".

c. Vincular profissional (vacinador) ao estabelecimento.

Seguir estas etapas:

1. com perfil de Gestor Municipal ou Gestor Estabelecimento de Saúde, clicar no menu Estabelecimentos;
2. após clicar no menu Estabelecimentos, irá abrir a tela Estabelecimentos, clicar no campo de pesquisa: Busque o CNES e realize a busca pelo número do CNES;
3. será apresentado o estabelecimento, clicar no botão  do campo Ações;
4. após clicar no botão  do campo Ações, irá abrir a tela Profissionais, clicar no botão Vincular Profissionais;
5. após clicar no botão Vincular Profissionais, irá abrir a tela Vincular Profissionais, clicar no campo de pesquisa, fazer uma busca e realizar a busca pelo número do CNS ou CPF, marcar o Profissional e clicar no botão  para escolher à qual CBO do profissional será vinculado;
6. irá abrir a tela Vincular CBO, digitar no campo Pesquise pelo nome do CBO, por exemplo: "Enfermeiro", escolher a Ocupação e clicar em Concluir.



O vínculo do estabelecimento e do vacinador aplica-se somente àqueles que ainda não estão disponibilizados no sistema. Caso já tenha realizado para o registro de doses aplicadas em outras campanhas ou Calendário Nacional de Vacinação, não há necessidade de realizar esses procedimentos.

As doses aplicadas no Monitoramento deverão ser registradas por intermédio do **Perfil de Acesso Operador Estabelecimento de Saúde** (<https://si-pni.saude.gov.br/#/login>) de forma nominal e dar-se-á com a apresentação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou do Cadastro de Pessoa Física (CPF).

Para realizar o registro, o operador deverá pesquisar o cidadão pelo CNS ou pelo CPF dentro do Painel Geral, em campo específico, e na Ficha do Vacinado clicar no botão Registrar. Após preencher todos os campos do formulário, clicar no botão Concluir.

4.4 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.

4.5 Estabelecimentos de saúde com sistemas próprios

As salas de vacina que utilizam sistemas próprios também podem utilizar o Novo SI-PNI para registro de sua vacinação. Porém, caso optem por utilizar seu próprio sistema, o registro deverá seguir o modelo de informação de integração com a RNDS por intermédio do Portal de Serviços do Datasus, <https://servicos-datasus.saude.gov.br/>, para realização da interoperabilidade. Além disso, todos os registros vacinais da campanha deverão ser enviados diretamente à RNDS por meio do modelo informacional do **RIA Rotina (RIA-R)**.

4.6 Estabelecimentos de saúde sem conexão com a internet

Todos os estabelecimentos públicos de saúde (APS, unidade de atenção à saúde dos povos indígenas, maternidade, clínicas especializadas, CRIE, entre outros) que **NÃO** dispõem de conexão com a internet deverão encaminhar o registro de vacinação de acordo com o fluxo local.



Estabelecimentos de saúde públicos com sistema de informação próprio ou de terceiros deverão providenciar o registro de vacinação de acordo com o modelo **RIA Rotina (RIA-R)**, disponível no Portal de Serviços do Datasus, no link <https://servicos-datasus.saude.gov.br/>. Caso não seja possível tal integração, os registros das doses aplicadas deverão ser realizados exclusivamente por meio do SI-PNI.

Todas as doses registradas na campanha deverão ser enviadas diretamente à RNDS.

4.7. 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.

4.8 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.



Após o período de inserção dos dados do MEV no sistema de informação, as unidades federadas deverão encaminhar ao Ministério da Saúde (lista.cgici@saude.gov.br) o relatório simplificado sobre a realização da estratégia no âmbito do seu respectivo território (Anexo 4).

ANEXOS



ANEXO 1 | BOLETIM DE ATIVIDADES DE CAMPO DO MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO

Estado: _____ Município: _____
 Setor ou localidade: _____
 Responsável pela coleta dos dados: _____ Data: ____/____/____

Instrumento de coleta de dados em campo - Poliomielite e Sarampo- 2024

(A) Nº de casas visitadas	(B) Crianças residentes na faixa etária		(C) Crianças residentes na faixa etária, com cartões de vacinação disponíveis no domicílio.	(D) Crianças com esquema completo para poliomielite*: VIP (D1-D2-D3) Penta acelular (D1-D2-D3) Hexa acelular (D1-D2-D3)	(E) Crianças vacinadas contra o sarampo		(F) Doses de vacinas administradas durante o Monitoramento													
					Com SCR (D1)	Com esquema completo: SCR (D2) SCRv (DU)	VIP			Tríplice viral		Tetraviral								
	Quantidade	Quantidade					Quantidade	Quantidade	D1	D2	D3	D1	D2	DU						
1	6m a <1 ano																			
	1 ano																			
	2 anos																			
	3 anos																			
	4 anos																			
2	6m a <1 ano																			
	1 ano																			
	2 anos																			
	3 anos																			
3	6m a <1 ano																			
	1 ano																			
	2 anos																			
	3 anos																			
4	6m a <1 ano																			
	1 ano																			
	2 anos																			
	3 anos																			
5	6m a <1 ano																			
	1 ano																			
	2 anos																			
	3 anos																			
Total	4 anos																			

*Vacinas com componente VIP: vacina inativada poliomielite VIP; vacina Penta acelular (DTP/Hib/VIP); vacina Hexavalente (DTP/Hib//HB/ VIP).

ANEXO 2 | REGISTRO DA VACINAÇÃO INDIVIDUALIZADA REALIZADA NO MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO

Município/UF _____

Distrito Sanitário Especial Indígena: _____

Polo Base _____

Unidade de Saúde/Aldeia de Referência: _____

Responsável pela atividade: _____

Crianças vacinadas no Monitoramento

1. Nome da criança _____

Endereço: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____

CPF: _____ CNS: _____

Nome da mãe: _____

Imunobiológico: _____

Tipo de dose: _____

Via de administração: _____

Local de aplicação: _____

Fabricante do imunobiológico: _____

Lote do imunobiológico: _____

Data da vacinação: ____/____/____

Vacinador: _____

Grupo de atendimento: _____

Estratégia: Monitoramento das Estratégias de Vacinação – MEV

Condição materna: Nenhuma

ANEXO 3 | FICHA DE CADASTRO DE CIDADÃO – SIPNI/CADSUS

INFORMAÇÕES BÁSICAS

Nome completo*: _____

Nome social: _____

CPF: _____ Ocupação: _____

Sexo*: Masculino Feminino Ignorado Identidade de gênero: _____

Data de nascimento*: ____/____/____

Raça*: Branca Preta Amarela Parda Indígena Sem informação

Etnia* (se raça indígena): _____

Nome da mãe*: _____ Desconheço a informação

Nome do pai*: _____ Desconheço a informação

Nacionalidade*: Brasileiro(a) Estrangeiro(a) Naturalizado(a)

UF de nascimento*: _____ Município de nascimento*: _____

País de nascimento* (se estrangeiro(a) ou naturalizado(a)): _____

Data de entrada no país* (se estrangeiro(a) ou naturalizado(a)): ____/____/____

Portaria de naturalização* (se naturalizado(a)): _____

Data de naturalização* (se naturalizado(a)): ____/____/____

ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

País de residência*: _____ CEP*: _____

UF*: _____ Município*: _____ Bairro*: _____

Tipo de logradouro*: _____ Logradouro*: _____

Complemento: _____ Número*: _____ Sem número

Microárea*: _____ Fora de área

Município internacional* (exceto Brasil): _____

CONTATO

Tel. residencial: _____ Tel. celular: _____

Tel. contato*: _____ E-mail: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Escolaridade: _____

Estado civil: Casado Solteiro Divorciado/Separado Desquitado Viúvo

União estável Ignorado Inválido

Tipo sanguíneo: A+ A- AB+ AB- B+ B- O+ O-

*Informações obrigatórias

ANEXO 4 | MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE E O SARAMPO 2024 – RELATÓRIO SIMPLIFICADO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE
DEPARTAMENTO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES
COORDENAÇÃO-GERAL DE INCORPORAÇÃO CIENTÍFICA E IMUNIZAÇÃO

Monitoramento das Estratégias de Vacinação contra a Poliomielite e o Sarampo 2024 – Relatório simplificado

Unidade Federada (UF): _____ Total de municípios da UF: _____
 Nº de municípios que realizaram o MEV 2024: _____ Data do preenchimento: ____/____/____
 Responsável pelo preenchimento: _____

Crianças residentes na faixa etária		Crianças residentes na faixa etária, com cartões de vacinação disponíveis no domicílio.	Crianças com esquema completo para poliomielite: VIP (D1-D2-D3) Penta acelular (D1-D2-D3) Hexa acelular (D1-D2-D3)	Crianças vacinadas		Doses de vacinas administradas durante o Monitoramento					
				Com SCR (D1)	Com esquema completo: SCR (D2) SCRv (DU)	VIP			Tríplice viral		Tetraviral
Idades	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade		Quantidade			Quantidade		
D1	D2	D3	D1	D2	DU	D1	D2	DU	D1	D2	DU
6m a < 1 ano											
1 ano											
2 anos											
3 anos											
4 anos											
Total de crianças de 6 meses a menores de 5 anos											

Outras informações relevantes reportadas pela Unidade Federada:

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-marco-de-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/Assessing-Vaccination-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/Best-practice-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-em-monitoramento-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/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais_6a-edicao_2023.pdf. Acesso em: 19 de abril de 2024.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE **136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**