



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
NÚCLEO ESPECIAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES

PROTOCOLO DE MONITORAMENTO RÁPIDO DE COBERTURA (MRC) PÓS-CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE EM CRIANÇAS DE 6 MESES A MENORES DE 5 ANOS DE IDADE E PÓS-CAMPANHA COM A VACINA TRÍPLICE VIRAL EM CRIANÇAS DE 1 ANO A MENORES DE 5 ANOS DE IDADE – JANEIRO DE 2015.

1. Introdução

O Monitoramento Rápido de Cobertura (MRC) é uma atividade de supervisão das ações de vacinação, recomendada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) desde a década de 1980 e vem sendo adotado em vários países das Américas como uma ação rotineira. Caracteriza-se por avaliar a cobertura vacinal a partir da visita em cada domicílio, utilizando como fonte para avaliação da cobertura vacinal a verificação do comprovante de vacinação do indivíduo. É um método bastante útil para avaliação da situação vacinal local. Seus resultados são extremamente importantes para subsidiar a tomada de decisão sobre a definição ou redefinição de estratégias adicionais de vacinação, visando melhorar as coberturas vacinais e sua homogeneidade.

O MRC apresenta como principal vantagem mostrar uma **cobertura vacinal mais real** na área avaliada, uma vez que utiliza a mesma fonte de dados para compor o indicador de cobertura vacinal: o indivíduo participante da entrevista. O numerador é composto pela quantidade de vacinados no grupo de entrevistados, enquanto o denominador é formado pelo número total de entrevistados, multiplicados por 100. A utilização desse método deve ser uma ação de responsabilidade compartilhada intergestores, tendo como parâmetros as metas pré-estabelecidas de coberturas vacinais para cada tipo de vacina, nos respectivos grupos alvo da vacinação.

2. Objetivos

2.1. Geral

Avaliar a situação vacinal das crianças na faixa etária de seis meses a menores de cinco anos, para as vacinas poliomielite (VIP e VOP) e das crianças de um ano a menores de cinco anos de idade, para as vacinas com componente sarampo (tríplice viral ou tetra viral).

2.2. Específicos

- a) Resgatar e vacinar crianças entre seis meses e menores de cinco anos de idade não vacinadas contra a poliomielite;
- b) Resgatar e vacinar crianças de um ano a menores de cinco anos não vacinadas com componente sarampo;
- c) Melhorar a cobertura vacinal e a homogeneidade de coberturas para as vacinas poliomielite e sarampo, em âmbito nacional, contemplando municípios, estados e o Distrito Federal.

3. Metodologia

Para o MRC, o grupo alvo são as crianças entre seis meses e menores de cinco anos de idade, para avaliar a cobertura vacinal contra a **poliomielite** e de 1 a menores de 5 anos, para a vacina **tríplice viral/tetra viral**.

A quantidade de pessoas a ser entrevistada em cada MRC depende do tamanho da população alvo do município e do número de salas de vacina. Cada município deve realizar no mínimo um MRC com no mínimo 25 crianças envolvidas, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Definição do número de entrevistas e de setores* para o MRC

População alvo dividida pelo total de salas de vacina	Nº de pessoas a entrevistar por localidade selecionada município (MRC)	Total de pessoas a serem entrevistadas no município
< 1000	25	25 X nº de salas vacinas
1000 – 4.999	50	50 X nº de salas vacinas
5.000 – 9.999	75	75 X nº de salas vacinas
≥10.000	100	100 X nº de salas vacinas

*O total de setores a ser sorteado é igual ao total de salas de vacinas do município.

Na tabela 2 consta um exemplo de como efetuar o cálculo da população alvo a ser entrevistada, tomando como base uma população alvo da campanha de vacinação.

Tabela 2. População alvo do Monitoramento Rápido de Coberturas de vacinação de poliomielite faixa etária e municípios fictícios, 2014.

Municípios (1)	Total 6 meses <5 anos (2)	Número de salas de vacina (3)	Resultado da divisão da população alvo por sala de vacina (4)*	Número de entrevistas necessária (coluna 1 multiplicado por critério definido na tabela 1)	Percentual da pop alvo a ser entrevistada
A	13.711	46	298	1150	8,4
B	9.534	42	227	1050	11,0
C	42.552	93	458	2325	5,5
D	3.652	20	183	500	13,7
E	24.111	57	423	1425	5,9
F	7.205	20	360	500	6,9
G	92.638	169	548	4225	4,6
H	8.824	33	267	825	9,3
I	4.798	13	369	325	6,8
J	3.525	10	353	250	7,1
L	23.502	59	398	1475	6,3
N	1.437	9	160	225	15,7
O	10.110	40	253	1000	9,9
P	24.829	53	468	1325	5,3
Q	5.481	25	219	625	11,4
R	1.759	9	195	225	12,8
Total	277.668	698	5180	17450	6,3

Fonte: elaborada pela equipe da CGPNI/MS.

Observação: A tabela 2 é editável, portanto, para identificar a população a ser entrevistada em cada município, clicar duas vezes na tabela, ela irá abrir em Excel. Digitar o total da população alvo na coluna 2 e o total de sala de vacina do município na coluna 3, os demais resultados serão automaticamente definidos.

Em geral as baixas coberturas vacinais estão relacionadas a problemas de acesso à vacina.

É recomendável que nos municípios mais populosos sejam incluídas, intencionalmente, áreas nas quais é reconhecida ou sugestiva de haver fatores que possam contribuir para uma baixa cobertura vacinal, como, por exemplo: aquelas de difícil acesso geográfico, áreas de pobreza, de violência, áreas onde não existem serviços de vacinação, áreas com intenso fluxo migratório e/ou população flutuante, entre outros. No entanto, as localidades (quadras e ruas) dentro deste setor escolhido intencionalmente devem ser selecionadas aleatoriamente.

O NÚMERO MÍNIMO DE ENTREVISTAS estabelecido em cada setor sorteado varia de 25 a 100 pessoas por setor e o número de setores é igual ao número de salas de vacinas. A critério do município, de acordo com a realidade local pode-se AUMENTAR a amostra sorteando mais setores.

Devem ser observados os seguintes passos:

- Iniciar o MRC ao finalizar a campanha. Isto quando o município atingir a meta de 95% de cobertura vacinal, ou em situações onde todos os esforços foram obtidos para alcançar essa meta e as coberturas vacinais não foram alcançadas julgando-se por superestimação da população alvo.
- A amostra populacional para o MRC deve seguir as orientações desse protocolo:

- **Para municípios com populações a partir de 50 mil habitantes a amostra deve ser no mínimo de 2% da população alvo 6 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias para a poliomielite e 1 ano a 4 anos 11 meses e 29 dias para a tríplice viral/tetra viral (pós-campanha de seguimento).**
 - **Se esse percentual não for atingido, de acordo com o que está orientado na Tabela 1, sortear outras áreas do município de modo que atenda a esse critério de tamanho amostral.**
-
- A coleta de dados deve ser realizada por **equipes locais, preferencialmente adotando o MRC 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.
 - Cada setor sorteado para o MRC deve realizar a atividade de campo em curto período de tempo (**preferencialmente no mesmo turno ou dia em cada área que foi iniciada a coleta de dados**). Esta atividade em um turno é viável, considerando que na maioria das vezes em cada setor serão entrevistadas 25 ou 50 crianças.
 - Utilizar para a coleta de dados na atividade de campo o instrumento anexo a este documento específico para o MRC 2014 (**Anexo 1**) e para consolidação e entrada de dados no site o **Anexo 2**.

4. Critérios de inclusão e exclusão para realização das entrevistas no domicílio

- **Inclusão:** crianças residentes no domicílio na idade entre 6 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias para avaliar a situação vacinal com a vacina poliomielite e entre 1 ano a 4 anos, 11 meses e 29 dias para avaliar a cobertura vacinal contra sarampo (tríplice viral/tetra viral).
- **Exclusão:** deverão ser excluídas crianças fora da idade estabelecida. Ou seja, menores de **seis meses de idade** e a partir de **cinco anos de idade**; crianças **não residentes** que por ventura estejam no domicílio no momento da entrevista, mesmo que sejam da idade elegível.

Observação: Se for informado que tem crianças que residem no domicílio e no momento da visita estavam ausentes e sem comprovantes de vacinação, é recomendável retornar ao domicílio na perspectiva de encontrar essas crianças e avaliar o seu estado vacinal.

5. Procedimentos para verificação da caderneta de vacinação e registro

O registro do MRC será feito de acordo com as informações verificadas no comprovante de vacinação da criança elegível para a entrevista.

Os cálculos de coberturas vacinais **SERÃO FEITOS AUTOMATICAMENTE NO SITE** e levarão em conta o registro das terceiras doses de vacina poliomielite (VIP ou VOP) para avaliar a cobertura vacinal da poliomielite.

Para avaliar a situação vacinal contra o sarampo, deve ser verificada a situação vacinal com a vacina tríplice viral (D1 e D2) e da vacina tetra viral (DU).

- **Poliomielite:** Dose 3 da vacina poliomielite oral – VOP ou vacina inativada poliomielite - VIP;
- **Sarampo:** D1; D2 da vacina tríplice viral e DU da vacina tetra viral. Cuidado especial ao verificar o cartão da criança que tenha recebido a D2 da tríplice viral e **também a Dose Única da tetra viral. Somente neste caso DEVE SER REGISTRADA A DOSE DA TETRA VIRAL PARA EVITAR DUPLICIDADE DE DOSE**, uma vez que as coberturas vacinais de D2 de tríplice viral levam em conta a soma de D2 de tríplice viral + DU de tetra viral;
- Os dados coletados deverão ser registrados no Boletim de atividades de campo (Anexo 1) durante o MRC e registrar no Boletim consolidado do MRC (Anexo 2).

Importante: Será considerada a terceira dose de VOP ou VIP feita antes, durante ou pós-campanha de vacinação, pois o propósito do MRC é avaliar a situação vacinal do indivíduo no momento da entrevista, não apenas se foi vacinado durante a campanha contra poliomielite. A cobertura vacinal será obtida a partir da soma de terceiras doses

administradas de vacina poliomielite (VIP e VOP).

Da mesma forma serão consideradas para avaliação de coberturas vacinais contra sarampo, crianças com uma e/ou com duas doses de vacinas contendo o componente contra o sarampo (vacina tríplice viral ou tetra viral).

6. Avaliação da Cobertura vacinal no Monitoramento Rápido de Coberturas

a) A cobertura vacinal do MRC será avaliada por idade simples, por dose e cobertura vacinal total. Para a vacina poliomielite será avaliada a cobertura nas crianças nas idades de 6 meses < 1 ano; 1 ano; 2 anos; 3 anos, 4 anos de idade e total.

b) Para a vacina tríplice viral, a cobertura vacinal será avaliada para crianças de 1 ano; 2 anos; 3 anos e 4 anos de idade;

c) As coberturas vacinais contra sarampo serão avaliadas com D1 e/ou D2 de tríplice viral e com a DU de tetra. A Cobertura para duas doses de sarampo será calculada somando-se o total de D2 de tríplice viral com o total de dose única de tetra viral.

ATENÇÃO

Para avaliar a cobertura com a D2 leva-se em conta os registros de dose 2 (D2) da tríplice viral somadas com as doses da tetra viral. Por exemplo: numa situação em que você encontrou 5 crianças com a dose 2 de tríplice viral e que duas dessas mesmas crianças receberam também a tetra viral. A Cobertura com duas doses de vacina com o componente sarampo, rubéola e caxumba para esta situação seria: $5+2=7/5*100=140\%$, onde 5 são o total de vacinados com duas doses de tríplice viral e 2 duas dessas crianças que receberam a dose de tetra.

Para minimizar o erro de cobertura vacinal com $D2 > D1$, ao serem encontradas crianças que receberam duas doses de tríplice viral (D1 e D2) e uma dose de tetra viral, registrar no boletim de campo do MRC, somente os campo D1 (tríplice viral) e a dose DU de tetra viral. Não deixar de registrar no campo de D2 de tríplice viral nas situações

em que a criança tem a D2 de tríplice viral e não tem a dose de tetra viral.

Definição de criança “NÃO VACINADA”

a) **Contra sarampo:** criança encontrada SEM NENHUMA dose (D1) da tríplice viral ou tetra viral (vacina com o componente contra sarampo).

b) **Contra poliomielite:** criança encontrada SEM TERCEIRA dose de vacina contendo o componente contra poliomielite (VOP ou VIP)

Apesar do cálculo de coberturas vacinais ser feito automaticamente no site, é necessário durante o MRC, estar atento a quantidade de crianças encontradas não vacinadas, pois é possível que 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.

$$\text{CV em cada área (setor) poliomielite} = \frac{\text{Número de crianças de 6m<5anos vacinadas}}{\text{Total de crianças entrevistadas}} \times 100$$

$$\text{CV em cada área (setor) sarampo} = \frac{\text{Número de crianças de 1 a <5anos vacinadas}}{\text{Total de crianças entrevistadas}} \times 100$$

As áreas onde forem encontradas pelo menos duas crianças entre as 25 crianças alvo da entrevista não vacinadas, no setor sorteado para o MRC, sem nenhuma dose da vacina tríplice viral (CV<95%) ou sem a terceira dose de vacina contra a poliomielite (VOP ou VIP), devem ser consideradas localidades de alerta, para ações de imunização.

7. Setorização e seleção das localidades para realizar o MRC

Mapear o município é o primeiro passo. Essa informação é básica para selecionar os lugares onde será realizada a coleta dos dados. Para isso, as equipes deverão utilizar os mapas e croquis disponíveis no município, como exemplo, os setores censitários; localidades do Programa de Controle de Endemias (SISLOC); áreas territoriais do Programa Saúde da Família/Agentes Comunitários de Saúde (PACS/PSF); divisão de bairros/quadras das regiões administrativas municipais, dentre outras, para identificar os setores colocando um número em cada setor, como mostra a figura 1.

Figura 1. Divisão do município para sorteio de setores onde deverá realizar o MRC



Fonte: Google Earth (adaptado)

A figura 2 exemplifica os setores selecionados para o MRC.

Figura 2. Setores selecionados para o MRC



Fonte: Google Earth (adaptado)

Procedimentos para a coleta de dados durante o MRC.

1. Selecionar aleatoriamente um bloco/quadra/quarteirão do setor sorteado para iniciar a coleta dos dados;
2. Se for um setor muito grande, dividir novamente em setores para selecionar o bloco/quadra/quarteirão que iniciará o MRC;
3. Visitar o número necessário de casas até completar o número de pessoas necessárias para a entrevista definidas no MRC, conforme definido na **Tabela 2**.
4. Seguir a rota em **sentido horário** até completar o número de pessoas que precisam ser entrevistadas como mostra a figura 3.

Figura 3. Rota a ser seguida nos setores e quadras sorteados para o MRC



Fonte: Google Earth (adaptado)

Observação: considerar adequadamente **vacinada**, toda criança na faixa etária definida para o MRC, que tenha registro comprovado da dose da vacina conforme quadros 1 e 2, do item **8**.

Ao chegar ao domicílio o entrevistador 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 entrevista deve iniciar-se pela informação da quantidade de crianças residentes no domicílio, considerando os critérios de inclusão (crianças residentes entre 6 meses < 5 anos), solicitando as cadernetas ou comprovantes de vacinação de todas as crianças que atendem aos critérios de inclusão.

É importante que a equipe anote todas as informações que forem dadas a respeito das crianças, pela mãe ou responsáveis. Na conclusão do monitoramento, a equipe deve tabular os dados coletados. Caso sejam detectadas inconsistências, deve-se corrigir imediatamente e, se necessário, visitar o domicílio. Esse procedimento deverá ser feito antes da entrada dos dados no site.

8. Organização e programação do trabalho de campo

1. Definir o melhor dia para realizar a coleta dos dados, considerando os horários em que é mais provável encontrar os pais ou responsáveis pela criança;
2. A coleta e tabulação dos dados de cada setor, onde se iniciou o MRC, devem ser realizadas no mesmo dia;
3. Crianças não vacinadas deverão ser vacinadas durante a visita, portanto, é importante definir os recursos necessários para o MRC, incluindo transporte, vacina, seringas e agulhas, os instrumentos de registro (planilhas anexas) e boletins de registro diários de vacinação, no caso de vacinar crianças não contempladas no MRC;
4. Designar um supervisor das equipes de monitoramento;
5. Formar as equipes com no mínimo 2 pessoas: entrevistador e vacinador;

6. Solicitar apoio de agentes comunitários e outras lideranças que conheçam a localidade;
7. Padronizar as equipes na metodologia de entrevista, registro e tabulação de dados;
8. O entrevistador deve preferencialmente, ser externo ao estabelecimento responsável pela área, para que o monitoramento seja o mais imparcial e objetivo possível.
9. Registrar de preferência diariamente os dados no site do DATASUS conforme Anexo 2 deste documento;

ATENÇÃO

1. O esquema vacinal adotado para a vacina poliomielite no calendário nacional de vacinação é o esquema sequencial D1 e D2 com VIP, D3 com VOP e R1 e R2 também com VOP. Entretanto, podem ser encontradas crianças que fizeram seu esquema vacinal na rede privada ou no CRIE. Também serão encontradas crianças que fizeram as duas primeiras doses com VOP, visto que a vacina VIP foi introduzida na rotina de vacinação no segundo semestre do ano de 2012. Neste caso considerar adequadamente vacinada a criança para a qual for comprovada a terceira dose (D3) independente do componente da vacina ser de vírus vivo atenuado (VOP) ou inativado (VIP).
2. Todas as crianças encontradas “não vacinadas” durante o MRC devem ter o esquema atualizado e a dose administrada deve ser registrada no boletim específico para o MRC nos campos D1(VIP), D2 (VIP), D3 (VOP), R1 ou R2 (VOP). Registrar os dados **SOMENTE** no site do MRC uma vez que serão exportados automaticamente para compor os dados da vacinação de rotina.
3. Crianças encontradas durante o MRC “não vacinadas” com a D1, ou a D2 de tríplice viral ou a dose única da tetra viral, de acordo com a idade e indicação de cada vacina (tríplice viral ou tetra viral), devem ser vacinadas conforme quadro 2 e a dose administrada deve ser registrada no boletim específico para o MRC nos

campos D1 ou D2 (tríplice viral) ou DU (tetra viral). Estes dados devem ser registrados **SOMENTE** no site do MRC uma vez que serão exportados automaticamente para compor os dados da vacinação de rotina.

Atenção!

Aqueles que utilizam o SIPNI (nominal) deverão atentar para o fato de marcar a opção “Reg. Vacinação Anterior” ao incluírem o registro do vacinado com as respectivas doses aplicadas durante o MRC.

As informações do MRC deverão ser inseridas (digitadas) SOMENTE no site (sipni.datasus.gov.br).

Quadro 1. Situações encontradas durante o MRC e condutas a serem adotadas – Vacina poliomielite em crianças de seis meses a menores de 5 anos de idade.

Estado vacinal anterior	Situação da criança no momento do MRC	Condutas
Criança sem dose de vacina VIP ou VOP.	Não vacinada.	Administrar a D1 da vacina VIP e agendar D2 com VIP, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
Criança que tem apenas D1 de VIP feita há menos de 60 dias ou há 60 dias ou mais.	Esquema incompleto (não vacinada).	Verificar o agendamento da D2 com VIP, se o intervalo for superior a 30 dias avaliar a recomendação de administrar a D2. Se 60 dias ou mais administrar a D2 com VIP e agendar D3 com VOP.
Criança que tem duas doses de VIP (D1 e D2), sendo a última feita há menos de 60 dias ou há 60 dias ou mais.	Esquema incompleto (não vacinada).	Verificar o agendamento da D3 com VOP, se o intervalo é superior a 30 dias, avaliar a recomendação de administrar a D3. Se 60 dias ou mais administrar a D3 com VOP e agendar reforço 1 (R1) com VOP.
Criança que tem duas doses de VIP (D1 e D2) e D3 de VOP.	Vacinada.	Avaliar o intervalo entre a visita e a última dose, se o intervalo for superior a 6 meses fazer o R1 com VOP se a criança tiver completado 15 meses e

		agendar R2 com VOP.
Criança que tem D1 e D2 de VIP, D3 e R1 de VOP.	Vacinada.	Se a criança já está na faixa de idade de 4 anos avaliar o intervalo mínimo de 6 meses entre os reforços e fazer o reforço 2 (R2) com VOP.
Criança que tem D1 e D2 de VIP, D3, R1 e R2 de VOP.	Vacinada.	Não administrar nenhuma dose.
Crianças vacinadas na rede privada com 3 doses ou mais de vacina combinada com VIP.	Vacinada.	Verificar doses administradas.
Crianças vacinadas no CRIE com 3 doses de VIP ou mais.	Vacinada.	Verificar doses administradas. Manter vacinação conforme indicação do CRIE.
Crianças que iniciaram o esquema básico com VOP e não concluíram.	Esquema incompleto (não vacinada).	Administrar dose do esquema vacinal com VOP, conforme situação encontrada, atentando para os intervalos de 60 dias entre as doses e o mínimo de 30 dias do esquema básico.

Nota: Atentar para as situações nas quais as crianças receberam as doses das vacinas fora do prazo recomendado pelo PNI, que consiste em 3 doses do esquema sequencial VIP/VOP administradas aos 2 meses (VIP), 4 meses (VIP), 6 meses (VOP) e dois reforços administrados aos 15 meses e aos 4 anos de idade com a VOP. Lembrar que os intervalos entre as doses do esquema básico é de 60 dias e mínimo de 30 dias. **O intervalo mínimo entre a terceira dose e o primeiro reforço em situações especiais é de 6 meses e entre os dois reforços é de 6 meses também.**

Doses de vacinas aplicadas durante o MRC não são consideradas para a avaliação da cobertura do MRC, entretanto deverão ser registradas no boletim e no site do MRC, nos campos específicos para cada dose (somente as doses aplicadas no MRC). Essas doses serão exportadas para o sistema APIWEB e contabilizadas na vacinação de rotina para cada vacina correspondente (tríplice viral ou tetra viral).

Quadro 2. Situações encontradas durante o MRC e condutas a serem adotadas – vacinas com componente sarampo em crianças de um ano a menores de 5 anos.

Estado vacinal anterior	Situação da criança no momento do monitoramento	Administração da vacina e demais procedimentos
- Criança que não tem 1ª dose (D1) da vacina tríplice viral	Não vacinada	<p>- Administrar a 1ª dose (D1) da vacina tríplice viral e agendar a administração da próxima dose com tetra viral ou tríplice viral, conforme calendário nacional de vacinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se a criança tem entre 12 e 14 meses → agendar a próxima dose com a vacina tetra viral para os 15 meses, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. • Se a criança tem 15 ou mais meses agendar a próxima dose com a vacina tetra viral, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. <p>NOTA: A vacina tetra viral está disponível nos serviços de saúde, para as crianças entre 15 meses e 23 meses e 29 dias de idade, já vacinadas com D1 da vacina tríplice viral.</p> <p>- Se a criança tem 2 anos até 4 anos, 11 meses e 29 dias → agendar D2 de tríplice viral, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.</p>
- Criança que tem a 1ª dose (D1) da vacina tríplice viral administrada há menos de 30 dias.	Vacinada com D1	<p>- Não administrar nenhuma dose e verificar o agendamento da próxima dose com tríplice viral ou tetra viral, conforme calendário nacional de vacinação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se a criança tem entre 12 e 14 meses → verificar o agendamento da vacina tetra viral para os 15 meses, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. • Se a criança tem 15 ou mais meses agendar a próxima dose com a vacina tetra viral, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. • Se a criança tem 2 anos até 4 anos, 11 meses e 29 dias → verificar o agendamento da D2 de tríplice viral, respeitando o

		intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
- Criança que tem a 1ª dose (D1) da vacina tríplice viral administrada há mais de 30 dias	Vacinada com D1	<ul style="list-style-type: none"> • Se a criança tem entre 12 e 14 meses → verificar o agendamento para a vacina tetra viral para os 15 meses, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. • Se a criança tem 15 meses até 24* meses e 29 dias → administrar a vacina tetra viral, • Se a criança tem 3 anos até 4 anos, 11 meses e 29 dias → administrar D2 da vacina tríplice viral. <p>*A vacina tetra viral está disponível nos serviços de saúde, para as crianças entre 15 meses e 23 meses e 29 dias de idade, já vacinadas com D1 da vacina tríplice viral. Crianças que foram previamente agendadas para receber a vacina tetra viral e não receberam por problemas no abastecimento desta vacina, devem ser vacinadas com a <u>vacina tetra viral</u>, mesmo que já tenham completado 2 anos de idade.</p>
- Criança que tem duas doses (D1 e D2) anteriores da vacina tríplice viral ou uma dose de tríplice viral e uma dose de tetra viral ou duas doses de tetra viral.	Vacinada com D1 e D2	- Não administrar nenhuma dose.

9. Procedimentos para coleta e registro dos dados no Boletim e no site do MRC

O Anexo 1 deste documento deve ser utilizado nas atividades de campo. Devem ser preenchidos todos os campos iniciando-se pela identificação do indivíduo. Os campos seguintes são diretamente relacionados com a coleta dos dados na entrevista e devem ser cuidadosamente preenchidos como demonstrado a seguir. Devem ser utilizados tantos boletins quantos forem necessários para completar o mínimo de entrevistas definidas para cada monitoramento.

Coluna A: número de casas visitadas. Esse é um número sequencial iniciando com número 1 na primeira casa até completar o número de domicílios (casas) que foram visitadas até encontrar o total de crianças necessárias para o MRC do setor (25 ou 50 crianças).

Coluna B: número de crianças residentes no domicílio, em cada faixa etária (presentes ou não). *NÃO CONTAR CRIANÇAS QUE NÃO SÃO RESIDENTES E AQUELAS QUE ESTÃO FORA DA FAIXA ETÁRIA (< 6 meses e > 5 anos).*

Coluna C: número de crianças **residentes encontradas** no domicílio que tenham comprovante de vacinação ou não e **crianças ausentes, se para estas crianças ausentes** estiverem disponíveis os comprovantes de vacinação para avaliar a situação vacinal.

Coluna D: nesta coluna deve ser registrada a situação vacinal das crianças.

D.1: número de crianças vacinadas com a terceira dose da vacina poliomielite (VIP ou VOP);

D.2: número de crianças vacinadas com a vacina tríplice viral (D1 e/ou D2).

D.3: número de crianças vacinadas com DU de tetra viral.

A comprovação da vacinação será feita mediante a verificação do cartão de vacinação.

Observar qual a dose registrada no cartão e se está indicada alguma dose da vacina conforme orientado nos Quadros 1 e 2.

Coluna E: número de crianças **NÃO VACINADAS**. Este campo somente será preenchido se a criança não tiver a terceira dose (D3) da vacina poliomielite (VIP ou VOP) e/ou a primeira dose (D1) de tríplice viral.

Coluna F: anotar os motivos informados da criança NÃO VACINADA, conforme relacionados no boletim. Observar que deve ser perguntado ao responsável pela

criança, a razão dela não ter sido vacinada. Esse número não deve ser inferior ao total de não vacinados, entretanto a pessoa pode alegar mais de um motivo, neste caso registrar todas as razões que foram apontadas pelo responsável na entrevista.

Coluna G: registrar o número de doses feitas durante o MRC para as crianças que foram encontradas sem vacinação, conforme orientações do quadro 1.

O Anexo 2 deve ser utilizado para consolidar os dados de cada MRC por idade e proceder a entrada de dados no site (sipni.datasus.gov.br). Feito isto é necessário fazer o acompanhamento dos relatórios disponibilizados no site permitindo avaliar em tempo real o desempenho em cada município. Os procedimentos para a entrada de dados do MRC serão enviados oportunamente, quando disponibilizado pelo DATASUS. De antemão, informamos que seguem os procedimentos habituais para outros registros seguindo o modelo do Anexo 2 deste documento.

INFORMAÇÃO OPORTUNA É FUNDAMENTAL PARA A OPORTUNIDADE DA DECISÃO.

Reforça-se que os resultados dependem do modo como foi coletada e registrada a informação, portanto, é necessário que estejam atentos nos seguintes aspectos:

1. Excluem-se do MRC as crianças fora da faixa etária estabelecida; aquelas que não estejam presentes em casa e que o cartão de vacinação não estava disponível, bem como aquelas que estejam de visita no momento da entrevista.

2. Durante a visita ao domicílio é necessário aproveitar a oportunidade para vacinar as crianças que ainda não foram vacinadas. Essas crianças devem ser registradas como “**NÃO VACINADAS**” na planilha do MRC (esse é o seu estado vacinal no momento do monitoramento).

3. Interrogar e registrar na planilha sobre os motivos pelos quais essa criança é “**não vacinada**”. Esta informação é de muita importância para o planejamento e

definição de estratégias para buscar a adesão da população ao programa de imunizações.

4. Utilizar “**outros motivos**” **somente** se durante a entrevista não for possível determinar o motivo. Especificar o número de crianças “NÃO VACINADAS”, de acordo com motivo informado.

5. Mesmo que, somente os dados das crianças presentes na residência sejam registrados na planilha do MRC, é indispensável perguntar pelo estado vacinal das crianças que não estejam presentes. Se os familiares informarem que existem crianças que ainda não tenham sido vacinadas, é necessário que a equipe informe sobre as indicações e os números correspondentes de doses para que sejam vacinadas.

6. Atentar para o fato de que o número de vacinados no MRC nunca é maior que o número de entrevistados, portanto, **a cobertura vacinal SERÁ NO MÁXIMO igual a 100%**, uma vez que o numerador é um subconjunto do denominador.

Erros comuns no MRC que devem ser evitados:

- **NENHUM** campo pode ficar sem ser preenchido, pois compromete os cálculos e a análise do MRC.
- O Número de vacinados (numerador) **NUNCA** é maior do que o número de crianças entrevistados (denominador), portanto a cobertura vacinal **NUNCA** é maior que 100%.
- O Número de entrevistados do MRC em geral é inferior à população alvo. Pode ser igual, somente quando se aplica um censo vacinal (quando toda a população alvo é entrevistada). Raramente pode ser maior. Isso só pode ocorrer se as estimativas populacionais (denominador administrativo) estiverem subestimadas, contudo merece avaliação cuidadosa. Em uma amostra da população geral (como no MRC) isso não é possível.
- **NUNCA** o número de **RESIDENTES ENCONTRADOS** (coluna C) e de **VACINADOS** pode ser maior que o número de **RESIDENTES** (coluna B).

10. Algumas perguntas para orientar a tomada de decisões

1. A cobertura vacinal foi alcançada segundo a meta?
2. Se não alcançou as coberturas, quais são as possíveis explicações?
3. Quais são as razões dos não vacinados?
4. Quais seriam as estratégias mais efetivas para captar as crianças não vacinadas?
5. Quais ações devem ser tomadas para tornar as estratégias efetivas?

11. Acompanhamento dos dados registrados no site e Informe dos resultados.

É importante que os dados coletados no MRC, sejam o mais rápido possível revisados e digitados no site específico para essa atividade. Ao finalizar o MRC, no município, deve-se elaborar um Informe Técnico com informações sobre os resultados da campanha indiscriminada, destacando-se as estratégias; as coberturas alcançadas; a situação vacinal dos menores de cinco anos de idade; doses aplicadas por vacinas oferecidas na campanha (tríplice viral e tetra viral) e da mesma forma sobre o MRC. Isto servirá para planejamento de ações e garantir o registro para histórico das atividades de controle e eliminação dessas doenças no município.

Roteiro para orientar a análise da campanha de vacinação indiscriminada e do MRC

1. Durante a campanha de vacinação foram identificadas muitas crianças ainda sem vacinação?
2. Qual têm sido o comportamento nos últimos cinco anos das coberturas de vacinação de rotina?
3. Quantos MRC foram realizados e qual o percentual da população foi entrevistada?
4. Qual a cobertura alcançada no MRC? Existem diferenças de coberturas importantes entre setores dos municípios onde foi realizado o MRC?

5. Existem informações que indicam que a estimativa populacional do IBGE e o registro do SINASC desse município são diferentes (superiores ou inferiores) das que realmente residem no município?
6. Existem condições socioeconômicas, demográficas ou de acesso aos serviços de saúde que sugerem que este município registrou como sendo do município as pessoas vacinadas que residem em outros municípios?
7. Quais as principais medidas que devem ser tomadas com base nos resultados encontrados para a campanha e para o MRC?

12. Bibliografia

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Protocolo de monitoramento rápido de cobertura (MRC) pós-campanha de vacinação contra poliomielite em crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade e pós-campanha com a vacina tríplice viral em crianças de 1 ano a menores de 5 anos de idade, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Portaria nº 1.498, de 19 de julho de 2013. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1498_19_07_2013.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília. 2014.

