



BOLETIM DO MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO

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^{1,2, 3, 4, 5, 6, 7}.

Poliomielite

Desde 1990, o Brasil não registra casos de poliomielite e, em 1994, recebeu a certificação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como área livre do Poliovírus Selvagem (PVS). Para manter esse status, o país deve assegurar altas e homogêneas coberturas vacinais e uma vigilância epidemiológica rigorosa através da vigilância paralisias flácidas agudas (PFA), contenção laboratorial do poliovírus, entre outros⁸. No entanto, nos últimos anos, o Brasil foi classificado como de alto risco para a reintrodução do poliovírus

selvagem e o surgimento de poliovírus derivado vacinal, especialmente devido à mobilidade internacional de pessoas vindas de áreas onde o poliovírus ainda circula.

Em 2022, o poliovírus tipo 2 derivado da vacina foi detectado em Nova York, e em 2023, o Peru relatou um caso de poliovírus derivado da vacina em uma criança não vacinada. O Brasil está mudando sua estratégia de vacinação, substituindo as doses de reforço oral por vacinas inativadas aos 15 meses de idade⁹.

No Distrito Federal, no ano de 2023, foram registrados no Sinan 14 notificações de PFA/Poliomielite. Destes, nove eram residentes do Distrito Federal e cinco casos residiam no estado de Goiás, sendo todos os casos locais descartados para poliomyelite, seja pelo critério laboratorial (7), clínico-epidemiológico (1) ou pela evolução clínica (1).

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

Sarampo

O sarampo é uma doença em processo de eliminação. Em 2018, o vírus foi reintroduzido devido às baixas coberturas vacinais, o que facilitou sua disseminação. Em 2019, o país perdeu a certificação de “área livre do vírus do sarampo” após a circulação contínua do mesmo genótipo por um ano, restabelecendo a transmissão endêmica. Entre 2019 e 2022, foram confirmados 29.712 casos de sarampo, mas desde junho de 2022, não houve novos casos confirmados, indicando a interrupção da cadeia de transmissão. Em janeiro de 2024, um caso importado foi registrado, mas uma resposta rápida evitou a disseminação, encerrando o surto em 90 dias¹⁰.

O Distrito Federal não registra casos confirmados desde 2020. No ano de 2023, o Distrito Federal registrou 49 notificações de casos suspeitos de doenças exantemáticas, destes, 30 eram suspeitos de sarampo, não havendo confirmação da doença.

Em novembro de 2024 o Brasil recebeu a recertificação de país livre do Sarampo, apesar da situação sob controle, o risco de reintrodução persiste devido ao fluxo de pessoas vindas de áreas onde o vírus ainda circula, associado à cobertura vacinal insuficiente. A falha na suspeição e resposta inadequada diante de um caso suspeito pode levar a rápida transmissão da doença entre os contatos suscetíveis acarretando a reintrodução da circulação viral.

A campanha de vacinação (MEV) é essencial para proteger crianças menores de 5 anos contra o sarampo e a poliomielite, garantindo uma oportunidade de identificar lacunas na cobertura vacinal e vacinar crianças que ainda não receberam as doses. O sucesso dessas ações é fundamental para reforçar a proteção coletiva, melhorar os serviços de saúde e ampliar o acesso à vacinação.

OBJETIVOS

Geral

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

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.

METODOLOGIA DO MONITORAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO (MEV)

Em 2024, após a Campanha de Vacinação contra a Poliomielite, que foi realizada no período de 27 de maio a 14 de junho, todos os municípios brasileiros tiveram que 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).

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

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

1. Mapeamento da região e setorização conforme o número de salas de vacina;

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

Etapas do Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV)

Etapas do Monitoramento das Estratégias de Vacinação (MEV)

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

Foram utilizados mapas das regiões de saúde, com as Unidades Básicas de Saúde que possuíam salas de vacinação ativas e suas áreas de abrangência. Esse mapa foi mesclado com o mapa de setores censitários atualizados, disponibilizado no site do IBGE, após o censo de 2022.

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

Cada setor foi identificado com um número conforme a sala de vacina de abrangência para facilitar a execução da estratégia. Esses setores incluíram, 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, houve uma atenção especial para a presença de áreas de difícil acesso, onde existia a possibilidade de encontrar crianças não vacinadas.

Etapa 3 – Definição da amostra a ser avaliada

Para o MEV, o grupo-alvo foi composto por crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias). A quantidade de crianças que foram avaliadas dependeu do tamanho da população-alvo e do número de salas de vacina públicas e ativas na região.

De posse do número total de crianças de 6 meses a menores de 5 anos (4 anos, 11 meses e 29 dias), identificou-se no Quadro 1 em qual estrato populacional a região de saúde se enquadrava, a fim de verificar o percentual da população a ser avaliada no MEV¹⁵, considerando também as categorias da região, conforme o número de salas de vacina que ela possuía.

QUADRO 1. 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 dos municípios.

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

Fonte: Adaptação DPNI/SVSA.

Os percentuais apresentados no Quadro 1 foram definidos segundo critérios estatísticos de amostragem, considerando o número máximo de crianças em cada estrato.

Levando em conta os níveis de confiança entre 80% e 99%, os percentuais de cada categoria indicaram 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 fosse representativa.

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

$$\frac{\text{Nº de crianças de 6 meses a menores de 5 anos no município}}{100} \times \text{Porcentagem conforme categoria do município}$$

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

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

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

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

Para o cálculo do número de crianças avaliadas por sala de vacina, considerou-se o número de crianças atendidas na área de abrangência da respectiva sala, aplicando-se o mesmo percentual identificado para a região, apresentado no Quadro 1.

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 foi realizado, foi feito o planejamento operacional da ação.

Para tanto, foi estimado os recursos humanos (avaliadores, vacinadores, supervisores, coordenadores), materiais (impressos, tablets, insumos e imunobiológicos) e logísticos (meios de transporte), a serem utilizados na operacionalização.

QUADRO 2. Recursos humanos e cronograma do MEV por Região de Saúde

Região de Saúde	Nº Crianças MEV	Nº duplas OPAS	Período	Dias	Supervisão	Média de criança por dia
Oeste	813	8	01 até 09/07	8	DIRAPS/NVEPI Oeste	12,7
Sudoeste	1.346	10	01 até 11/07	10	DIRAPS/NVEPI Sudoeste	13,5
Central	431	4	13 até 21/07	8	DIRAPS/NVEPI Central	13,5
Norte	601	8	13 até 21/07	8	DIRAPS/NVEPI Norte	12,5
Centro-Sul	567	6	15 até 22/07	8	DIRAPS/NVEPI Centro-Sul	11,8
Leste	606	10	24 até 28/07	5	DIRAPS/NVEPI Leste	12,1
Sul	426	8	24 até 28/07	5	DIRAPS/NVEPI Sul	14,2
Distrito Federal	4.790	18	01 até 28/07	24	DIRAPS	11,1

Fonte: Elaboração própria SES/SAIS/COAPS

A coleta e a tabulação dos dados de cada setor deveriam ser realizadas no mesmo dia e foram operacionalizadas por equipes locais. Cada setor realizou a atividade de campo em um curto período de tempo (preferencialmente no mesmo turno ou dia em que a coleta de dados foi iniciada em cada área).

Etapa 5 – Abordagem dos pais ou dos responsáveis

Critérios de inclusão e exclusão para a avaliação no domicílio:

O domicílio elegível para a avaliação é aquele que tinha 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.
 - Retorno ao local agendado e a criança esteja ausente.

Etapa 6 – Checagem do cartão ou da caderneta de vacinação

Ao receber a permissão dos pais ou responsáveis para a entrevista, foi solicitado o cartão ou a caderneta de vacinação das crianças elegíveis e checado as informações referentes à vacinação contra a poliomielite e o sarampo de acordo com a faixa etária estabelecida para cada vacina.

Nas situações em que foram encontradas crianças que atendiam aos critérios de inclusão para participação no MEV e que estavam presentes no momento da visita, porém sem a caderneta/comprovante de vacinação, a equipe operacional verificou a possibilidade de os pais ou responsáveis apresentarem esse comprovante posteriormente através de agendamento ou, caso não fosse possível agendar, essas crianças seriam retiradas do

monitoramento. Para casos que de fato não havia como regatar o histórico vacinal das crianças, essas eram consideradas não vacinadas.

Crianças habitualmente atendidas e vacinadas no âmbito dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie) fizeram parte da amostra desde que atendessem aos critérios de inclusão.

Etapa 7 – Coleta e registro dos dados

Os dados coletados nas atividades de campo durante o MEV foram registrados no Boletim de atividades de campo do Monitoramento das Estratégias de Vacinação – Instrumento de coleta de dados em campo no formulário eletrônico no *Google Forms*.

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

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

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

A cobertura vacinal do MEV foi 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 foi avaliada considerando a D1, a D2 e a D3 de vacinas com componente VIP.

Para a vacina tríplice viral, a cobertura vacinal foi avaliada para crianças de 12 a 14 meses, 15 meses a 23 meses, 2 anos, 3 anos e 4 anos de idade e total.

As coberturas vacinais (proporção de vacinados) contra o sarampo foram calculadas para a primeira dose (D1) de tríplice viral e a segunda dose (D2) (SCR (D2) ou SCR (DU)).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a consolidação dos dados nos bancos gerados pelo formulário padronizado eletrônico, foram construídas as análises de dados apresentadas nessa seção.

Foram visitadas 34.540 casas durante o MEV. Em relação ao total de casas, 15.911 estavam abertas, dessas 15.424, o responsável autorizou a coleta dos dados, no entanto, apenas 5.030 casas tinham crianças na idade elegível que satisfaziam o critério de inclusão e estavam presentes na casa com os dados de vacinação disponíveis.

Dentre esse total de casas, foram coletados dados de 5.810 crianças, pois na mesma casa se houvessem 2 ou mais crianças que cumpriam o critério de inclusão, todas elas entravam para o monitoramento.

As tabelas a seguir apresentam a proporção de execução, por UBS e região de saúde, da quantidade de crianças que deveriam ser avaliadas de acordo com a metodologia proposta, em comparação com o número real de crianças avaliadas.

Das 133 UBS que compõem o Distrito Federal, 97,7% conseguiram alcançar ou até superar a meta populacional estipulada, avaliando um número de crianças maior do que o esperado e, consequentemente, atingindo um percentual de execução superior a 100%.

No entanto, as duas UBS da região Leste não conseguiram atingir a meta, pois estão localizadas em territórios rurais. A execução da metodologia foi prejudicada pelas longas distâncias entre as residências, além da dificuldade em encontrar as crianças em casa no momento da coleta de dados.

Já a UBS do Lago Sul não conseguiu realizar o monitoramento dentro do prazo estipulado e enfrentou a falta de recursos humanos para percorrer o território e localizar as 43 crianças previstas.

TABELA 02. Quantidade de crianças que foram avaliadas no MEV e percentual de execução, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Central.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS	nº crianças encontradas	% execução
UBS 1 Cruzeiro	Cruzeiro	58	65	112,1
UBS 2 Cruzeiro	Cruzeiro	32	41	128,1
UBS 1 Lago Norte	Lago Norte	54	59	109,3
UBS 1 Asa Norte	Plano Piloto	29	36	124,1
UBS 1 Asa Sul	Plano Piloto	74	84	113,5
UBS 2 Asa Norte	Plano Piloto	54	56	103,7
UBS 3 Asa Norte Vila Planalto	Plano Piloto	34	35	102,9
UBS 5 Granja Do Torto	Plano Piloto	9	9	100,0
UBS 1 Varjão	Varjão	44	54	122,7
UBS Lago Sul	Lago Sul	43	35	81,4

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF

O percentual de execução que não foi atingido nas unidades encontra-se destacado na cor amarela. A cor verde identifica as unidades que atingiram e/ou ultrapassaram a meta proposta.

TABELA 03. Quantidade de crianças que foram avaliadas no MEV e percentual de execução, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Centro-sul.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS	n° crianças encontradas	% execução
UBS 01 Candangolândia	Candangolândia	38	43	113,2
UBS 01 Estrutural	Estrutural	100	109	109,0
UBS 02 Estrutural	Estrutural	32	33	103,1
UBS 01 Guara	Guará	43	59	137,2
UBS 02 Guara	Guará	39	48	123,1
UBS 03 Guara	Guará	60	85	141,7
UBS 04 Guara	Guará	19	23	121,1
UBS 01 Núcleo Bandeirante	Núcleo Bandeirante	33	38	115,2
UBS 01 Park way	Park way	8	8	100,0
UBS 01 Riacho Fundo I	Riacho Fundo I	64	67	104,7
UBS 02 Riacho Fundo I	Riacho Fundo I	24	24	100,0
UBS 01 Riacho Fundo II	Riacho Fundo II	52	61	117,3
UBS 02 Riacho Fundo II	Riacho Fundo II	13	36	276,9
UBS 04 Riacho Fundo II	Riacho Fundo II	8	8	100,0
UBS 05 Riacho Fundo II	Riacho Fundo II	37	43	116,2

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF

O percentual de execução que não foi atingido nas unidades encontra-se destacado na cor amarela. A cor verde identifica as unidades que atingiram e/ou ultrapassaram a meta proposta.

TABELA 04. Quantidade de crianças que foram avaliadas no MEV e percentual de execução, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Leste.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS	n° crianças encontradas	% execução
UBS 01 Itapoã	Itapoã	101	102	101,0
UBS 03 Itapoã	Itapoã	78	85	109,0
UBS 01 Paranoá	Paranoá	28	41	146,4
UBS 3 Paranoá Parque	Paranoá	44	49	111,4
UBS 4 Jardim II Paranoá	Paranoá	9	9	100,0
UBS 7 Café sem troco Paranoá	Paranoá	8	8	100,0
UBS 8 PADDF Paranoá	Paranoá	4	4	100,0
UBS 3 Residencial Oeste São Sebastião	São Sebastião	21	26	123,8
UBS 1 Jardins Mangueiral	São Sebastião	26	32	123,1
UBS 01 São Sebastião	São Sebastião	129	147	114,0
UBS 05 Quebrada Dos Neres	São Sebastião	7	9	128,6
UBS 10 João Cândido São Sebastião	São Sebastião	12	12	100,0
UBS 11 Residencial Do Bosque 2 São Sebastião	São Sebastião	11	13	118,2

UBS 12 São José São Sebastião	São Sebastião	10	13	130,0
UBS 2 T R E São Sebastião	São Sebastião	37	37	100,0
UBS 4 Morro Azul São Sebastião	São Sebastião	7	7	100,0
UBS 5 Nova Betânia São Sebastião	São Sebastião	11	6	54,5
UBS 5 Tororó	São Sebastião	11	6	54,5
UBS 6 São Francisco São Sebastião	São Sebastião	11	13	118,2
UBS 7 Morro da Cruz São Sebastião	São Sebastião	16	19	118,8
UBS 8 Cavas De Baixo São Sebastião	São Sebastião	4	4	100,0
UBS 9 Residencial do Bosque 1 São Sebastião	São Sebastião	21	22	104,8

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF

O percentual de execução que não foi atingido nas unidades encontra-se destacado na cor amarela. A cor verde identifica as unidades que atingiram e/ou ultrapassaram a meta proposta.

TABELA 05. Quantidade de crianças que foram avaliadas no MEV e percentual de execução, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Norte.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS	n° crianças encontradas	% execução
UBS 1 Engenho Velho Fercal	Fercal	20	23	115,0
UBS 2 Catingueiro Fercal	Fercal	7	8	114,3
UBS 3 Lobeiral Fercal	Fercal	7	7	100,0
UBS 1 Planaltina	Planaltina	19	24	126,3
UBS 10 Taquara Planaltina	Planaltina	7	7	100,0
UBS 11 Rajadinha Planaltina	Planaltina	9	10	111,1
UBS 12 Bica do Der Planaltina	Planaltina	9	10	111,1
UBS 13 São Jose Planaltina	Planaltina	4	5	125,0
UBS 14 Tabatinga Planaltina	Planaltina	4	4	100,0
UBS 15 Rio Preto Planaltina	Planaltina	4	5	125,0
UBS 16 Pipiripau Planaltina	Planaltina	6	6	100,0
UBS 17 Jardim Morumbi Planaltina	Planaltina	6	6	100,0
UBS 19 Planaltina	Planaltina	7	7	100,0
UBS 2 Planaltina	Planaltina	21	25	119,0
UBS 20 Planaltina	Planaltina	43	50	116,3
UBS 3 Planaltina	Planaltina	10	12	120,0
UBS 4 Planaltina	Planaltina	61	74	121,3
UBS 5 Planaltina	Planaltina	95	113	118,9
UBS 7 Jardim Roriz Planaltina	Planaltina	24	28	116,7
UBS 8 Vale do Amanhecer Planaltina	Planaltina	20	30	150,0
UBS 1 Sobradinho	Sobradinho	38	52	136,8
UBS 2 Sobradinho	Sobradinho	41	54	131,7
UBS 3 Nova Colina Sobradinho	Sobradinho	41	44	107,3
UBS 4 Rota do Cavalo Sobradinho	Sobradinho	7	8	114,3
UBS 1 Sobradinho II	Sobradinho II	24	26	108,3
UBS 2 Sobradinho II	Sobradinho II	39	54	138,5
UBS 4 Setor de Mansões Sobradinho II	Sobradinho II	6	12	200,0
UBS 7 Buritizinho Sobradinho II	Sobradinho II	22	24	109,1

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF

O percentual de execução que não foi atingido nas unidades encontra-se destacado na cor amarela. A cor verde identifica as unidades que atingiram e/ou ultrapassaram a meta proposta.

TABELA 06. Quantidade de crianças que foram avaliadas no MEV e percentual de execução, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Oeste.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS	n° crianças encontradas	% execução
UBS 1 Brazlândia	Brazlândia	33	42	127,3
UBS 2 Brazlândia	Brazlândia	37	56	151,4
UBS 4 Veredas II Brazlândia	Brazlândia	48	59	122,9
UBS 1 Ceilândia	Ceilândia	45	61	135,6
UBS 1 Sol Nascente	Ceilândia	46	63	137,0
UBS 10 Ceilândia	Ceilândia	46	71	154,3
UBS 11 Ceilândia	Ceilândia	45	68	151,1
UBS 12 Ceilândia	Ceilândia	54	74	137,0
UBS 15 Ceilândia	Ceilândia	61	86	141,0
UBS 17 Ceilândia	Ceilândia	35	49	140,0
UBS 2 Ceilândia	Ceilândia	48	67	139,6
UBS 3 Ceilândia	Ceilândia	59	93	157,6
UBS 5 Ceilândia	Ceilândia	54	76	140,7
UBS 6 Ceilândia	Ceilândia	45	67	148,9
UBS 7 Ceilândia	Ceilândia	63	94	149,2
UBS 8 Ceilândia	Ceilândia	53	77	145,3
UBS 9 Ceilândia	Ceilândia	41	70	170,7

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF

O percentual de execução que não foi atingido nas unidades encontra-se destacado na cor amarela. A cor verde identifica as unidades que atingiram e/ou ultrapassaram a meta proposta.

TABELA 07. Quantidade de crianças que foram avaliadas no MEV e percentual de execução, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Sudoeste.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS	n° crianças encontradas	% execução
UBS 01 Águas Claras	Águas Claras	61	67	109,8
UBS 01 Vicente Pires	Águas Claras	71	87	122,5
UBS 02 Recanto Das Emas	Recanto Das Emas	71	76	107,0
UBS 03 Recanto Das Emas	Recanto Das Emas	55	60	109,1
UBS 04 Recanto Das Emas	Recanto Das Emas	60	101	168,3
UBS 05 Recanto Das Emas	Recanto Das Emas	53	63	118,9
UBS 08 Recanto Das Emas São Francisco	Recanto Das Emas	28	31	110,7
UBS 01 Samambaia	Samambaia	74	93	125,7
UBS 02 Samambaia	Samambaia	74	93	125,7
UBS 03 Samambaia	Samambaia	52	57	109,6
UBS 04 Samambaia	Samambaia	71	81	114,1
UBS 05 Samambaia	Samambaia	52	69	132,7

UBS 07 Samambaia	Samambaia	71	81	114,1
UBS 08 Samambaia	Samambaia	71	80	112,7
UBS 11 Samambaia	Samambaia	39	41	105,1
UBS 12 Samambaia	Samambaia	52	64	123,1
UBS 01 Taguatinga	Taguatinga	70	91	130,0
UBS 02 Taguatinga	Taguatinga	56	57	101,8
UBS 03 Taguatinga	Taguatinga	39	44	112,8
UBS 05 Taguatinga	Taguatinga	68	74	108,8
UBS 06 Taguatinga	Taguatinga	68	79	116,2
UBS 07 Taguatinga	Taguatinga	54	60	111,1
UBS 08 Taguatinga	Taguatinga	36	44	122,2

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF

O percentual de execução que não foi atingido nas unidades encontra-se destacado na cor amarela. A cor verde identifica as unidades que atingiram e/ou ultrapassaram a meta proposta.

TABELA 08. Quantidade de crianças que foram avaliadas no MEV e percentual de execução, segundo UBS com salas de vacinas ativas na Região Sul.

Unidade Básica de Saúde	Região Administrativa	População por UBS	n° crianças encontradas	% execução
UBS 1 Gama	Gama	22	27	122,7
UBS 12 Ponte Alta Gama	Gama	9	10	111,1
UBS 13 Gama Casa Grande	Gama	6	7	116,7
UBS 2 Gama	Gama	27	34	125,9
UBS 3 Gama	Gama	35	38	108,6
UBS 4 Gama	Gama	25	26	104,0
UBS 5 Gama	Gama	23	28	121,7
UBS 6 Gama	Gama	54	56	103,7
UBS 7 Gama	Gama	20	28	140,0
UBS 9 Engenho Das Lages Gama	Gama	7	14	200,0
UBS 1 Santa Maria	Santa Maria	87	91	104,6
UBS 10 Santa Maria	Santa Maria	6	10	166,7
UBS 2 Santa Maria	Santa Maria	24	39	162,5
UBS 3 Santa Maria	Santa Maria	8	8	100,0
UBS 5 Santa Maria	Santa Maria	14	14	100,0
UBS 6 Santa Maria	Santa Maria	22	25	113,6
UBS 7 Santa Maria	Santa Maria	20	20	100,0
UBS 8 Santa Maria	Santa Maria	16	18	112,5

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF

O percentual de execução que não foi atingido nas unidades encontra-se destacado na cor amarela. A cor verde identifica as unidades que atingiram e/ou ultrapassaram a meta proposta.

Em relação às proporções de vacinados contra a poliomielite, na faixa etária de 6 meses a menores de 5 anos, o Distrito Federal atingiu 96,0%, superando a meta preconizada de 95%. Para o sarampo, considerando a primeira dose (na faixa etária total de 12 meses a

menores de 5 anos), a cobertura foi de 92,7%, enquanto a segunda dose alcançou 80,5% (tabelas 9 e 10).

Observa-se que, para a poliomielite, a meta de cobertura vacinal foi atingida em todas as idades, exceto nas faixas etárias previstas no esquema vacinal contra a doença, aos 2, 4 e 6 meses de idade. Essa faixa etária, inclusive, é a referência para o cálculo da cobertura vacinal, e os dados indicam que a meta não foi atingida, o que está em conformidade com os cálculos administrativos realizados para o Distrito Federal (tabela 9).

No caso das vacinas contra o sarampo, as metas foram atingidas na faixa etária dos 4 anos, evidenciando a importância do cálculo da cobertura vacinal por coorte. Isso se deve ao fato de que os esquemas preconizados para essa vacina ocorrem aos 12 e 15 meses de idade e não alcançarem a meta de cobertura (tabela 10).

Durante o monitoramento foram aplicadas 52 doses de VIP e 206 doses de tríplice viral / tetraviral (tabelas 11 e 12).

Foram coletados também os motivos para não vacinação, nota-se que os motivos mais apontados foram estava doente (29,4%), esqueceu (18,9%), não teve tempo (17,1%), além de outros motivos como guarda alternada com os pais, motivos familiares, as vacinas são feitas no sistema privado, família em vulnerabilidade social, dentre outros. Outro dado que merece a atenção é que em 10 formulários, foram respondidos a contraindicação por profissional da saúde (tabela 13).

TABELA 09. Proporção de vacinados contra poliomielite com esquema completo por faixa etária e idade simples.

Crianças residentes na faixa etária	Crianças residentes na faixa etária, com cartões de vacinação disponíveis no domicílio	Crianças com esquema de vacinação completo para poliomielite: VIP (D1-D2-D3) Penta acelular (D1-D2-D3) Hexa acelular (D1-D2-D3)		Proporção de vacinados
		n	n	
Idades	n			%
6 meses a <1 ano	636	521		81,9
1 ano	1319	1266		96,0
2 anos	1250	1220		97,6
3 anos	1293	1276		98,7
4 anos	1312	1295		98,7
Total	5810	5578		96,0

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF

A cor verde identifica as idades que atingiram e/ou ultrapassaram a meta proposta de 95%.

TABELA 10. Proporção de vacinados contra o sarampo com D1 e esquema completo de D2 por faixa etária e idade simples.

Crianças residentes na faixa etária	Crianças residentes na faixa etária, com cartões de vacinação disponíveis no domicílio	Crianças vacinadas contra o sarampo		Cobertura	
		Com SCR (D1)	Com esquema completo SCR (D2) ou SCRv (DU)	Com SCR (D1)	Com esquema completo SCR (D2) ou SCRv (DU)
Idades	n	N	n	%	%
12 até 14 meses	501	326	-	65,1	-
15 até 23 meses	818	704	556	86,1	68,0
2 anos	1250	1200	1127	96,0	90,2
3 anos	1293	1264	1217	97,8	94,1
4 anos	1312	1300	1267	99,1	96,6
Total	5174	4794	4167	92,7	80,5

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF

A cor verde identifica as idades que atingiram e/ou ultrapassaram a meta proposta de 95%.

TABELA 11. Quantidade de doses de vacinas administradas durante o Monitoramento de VIP.

Idades	VIP D1	VIP D2	VIP D3
6 meses a <1 ano	2	8	19
1 ano	3	3	5
2 anos	0	2	4
3 anos	1	0	1
4 anos	1	1	2
Total	7	14	31

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF

TABELA 12. Quantidade de doses de vacinas administradas durante o Monitoramento de tríplice viral e tetraviral.

Idades	SCR D1	SCR D2 / SCR DU
12 até 14 meses	49	-
15 até 23 meses	29	50
2 anos	14	21
3 anos	9	16
4 anos	5	13
Total	106	100

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF

TABELA 13. Motivos para não vacinação contra a poliomielite e sarampo.

Motivos para não vacinação	n	%
Estava doente	162	29,4
Esqueceu	104	18,9
Não teve tempo	94	17,1
Outros motivos	64	11,6
Não quis se vacinar	25	4,5
Desconhece a necessidade / esquema da vacina	24	4,4
Dificuldade em se deslocar até a UBS	21	3,8
Medo da vacina	18	3,3
Falta da vacina e/ou insumo na UBS	17	3,1
Contraindicação por profissional de saúde	10	1,8
UBS fechada	7	1,3
Não sabia onde vacinar	5	0,9
Total	551	100

Fonte: Adaptação própria SES/SVS/DIVEP/GRF

CONCLUSÃO

A execução do MEV atingiu os objetivos de avaliar a situação vacinal de crianças de 6 meses a menores de 5 anos, ainda sim, trouxe a necessidade de intensificar estratégias assertivas para a imunização em cada território.

Além disso, o monitoramento estratégico no Distrito Federal revelou discrepâncias na proporção de vacinados conforme a faixa etária / idade simples analisada. Para a pólio, entre crianças de 6 meses a <1 ano, idade preconizada para o cálculo de cobertura vacinal, a proporção de vacinados com esquema completo foi abaixo da meta de 95%. No entanto, em faixas etárias de 1 a 4 anos, as proporções foram superiores, demonstrando que a maioria das crianças recebe a imunização ao longo do tempo, mas não necessariamente dentro da janela específica atualmente considerada no cálculo. Para a tríplice viral, a mesma conformação ocorreu, a meta foi atingida para a primeira dose nas idades de 2 a 4 anos e para a segunda dose na idade de 4 anos.

Diante desse cenário, é essencial aprimorar a metodologia de cálculo da cobertura vacinal, adotando uma abordagem de coorte que acompanhe a imunização até a idade disponibilizada pela rotina do SUS, ou seja, 4 anos. Essa mudança permitiria um retrato mais realista da adesão ao esquema vacinal, evitando subestimações e contribuindo para estratégias mais efetivas no aumento da cobertura em idades precoces.

O monitoramento também possibilitou traçar o perfil de cada região, identificando barreiras de acesso à vacinação relacionadas aos serviços, além de mapear o perfil da população não vacinada e os motivos que levaram à não vacinação.

Os resultados ressaltaram a importância de ações voltadas para a promoção e educação em saúde, bem como da responsabilização das equipes pelo monitoramento da vacinação em seus territórios de abrangência. Além disso, ficou evidente a necessidade de atualização cadastral da população e do acompanhamento rigoroso dos registros nos sistemas oficiais de informação.

Em síntese, o MEV não apenas forneceu uma análise detalhada das lacunas existentes, mas também se consolidou como uma ferramenta essencial para aprimorar as práticas de imunização e educação em saúde, contribuindo para a recuperação e homogeneização das coberturas vacinais no Distrito Federal.

REFERÊNCIAS

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

for-monitoring-the-quality-of-polio-eradication-campaign-performance.pdf. Acesso em: 16 de abril de 2024.

7. WHO. GPEI. Standard operating procedures: Responding to a poliovirus event or outbreak: Version 3.1, March 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363627/9789240049154-eng.pdf>; 2022. Acesso em: 16 de abril de 2024.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf.

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

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

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

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

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

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

15. Centre for Disease Control and Prevention. Epi-Info Version 7.2. Atlanta Georgia, USA. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo>. Acesso em: 7 de maio de 2024. 16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. – 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/manualdos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais_6a-edicao_2023.pdf. Acesso em: 19 de abril de 2024.



Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Juracy Cavalcante Lacerda Júnior

Subsecretaria de Vigilância à Saúde – SVS

Fabiano dos Anjos Pereira Martins – Subsecretário

Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP

Juliane Maria Alves Siqueira Malta – Diretora

Gerência de Rede de Frio

Tereza Luiza de Souza Pereira – Gerente

Elaboração:

Leilane de Moraes Soares - Área técnica de imunização e Rede de Frio/GRF/DIVEP

Revisão:

Tereza Luiza de Souza Pereira – Gerente/GRF/DIVEP

Karine Araujo Castro - Área técnica de imunização e Rede de Frio/GRF/DIVEP

Julliane Miranda da Silva – Área técnica sistemas/GRF/DIVEP

Endereço:

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

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

Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP/SVS/SES-DF

CEP: 71200-010

Telefone (VOIP): 3349-4445/3349-4447

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