MINISTÉRIO DA SAÚDE

BRASIL LIVRE DA RUBÉOLA

CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO PARA ELIMINAÇÃO DA RUBÉOLA, BRASIL, 2008

RELATÓRIO

Brasília/DF

TO VACINADO
BRASIL LIVRE DA
RUBÉOLA

BRASIL LIVRE DA RUBÉOLA

CAMPANHA NACIONAL
DE VACINAÇÃO PARA ELIMINAÇÃO
DA RUBÉOLA, BRASIL, 2008

© 2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2009 – 500 exemplares

Elaboração, edição e distribuição
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Organização: Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações
Produção: Núcleo de Comunicação

Endereço
Esplanada dos Ministérios, Bloco G
Edifício Sede, 1º andar, sala 134
CEP: 70058-900, Brasília – DF
E-mail: svs@saude.gov.br
Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs

Produção editorial
Projeto gráfico: Ministério da Saúde
Diagramação: Sabrina Lopes, Fred Lobo
Fotos: Arquivo MS e cedidas pelas secretarias municipais e estaduais de Saúde

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.
Brasil livre da rubéola: campanha nacional de vacinação para eliminação da rubéola, Brasil, 2008: relatório / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
196 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1548-5

1. Campanhas de vacinação. 2. Rubéola. 3. Saúde pública. I. Título. II. Série.

CDU 614.47:659.111.31

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/1086

Títulos para indexação

Em inglês: Brazil free of rubella: vaccination campaign to eliminate rubella, Brazil, 2008: report
Em espanhol: Brasil libre de la rubéola: campaña nacional de vacunación para eliminación de la rubéola, Brasil, 2008: informe

Esta publicação segue as normas do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica

BRASIL LIVRE DA RUBÉOLA

CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO PARA ELIMINAÇÃO DA RUBÉOLA, BRASIL, 2008

RELATÓRIO

Janeiro, 2009

Elaboradores e colaboradores

Presidente da República: Luiz Inácio Lula da Silva
Ministra-Chefe da Casa Civil: Dilma Vana Rousseff
Ministro da Defesa: Nelson Jobim
Ministro da Agricultura, Pecuária e Abastecimento: Reinhold Stephanes
Ministro das Cidades: Márcio Fortes
Ministro da Ciência e Tecnologia: Sergio Machado Rezende
Ministro das Comunicações: Hélio Costa
Ministro da Cultura: João Luiz Silva Ferreira
Ministro do Desenvolvimento Agrário: Guilherme Cassel
Ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: Patrus Ananias de Sousa
Ministro do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior: Miguel Jorge
Ministro da Educação: Fernando Haddad
Ministro do Esporte: Orlando Silva de Jesus Júnior
Ministro da Fazenda: Guido Mantega
Ministro da Integração Nacional: Geddel Quadros Vieira Lima
Ministro da Justiça: Tarso Genro
Ministro do Meio Ambiente: Carlos Minc Baumfeld
Ministro das Minas e Energia: Edison Lobão
Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão: Paulo Bernardo Silva
Ministro da Previdência Social: José Barroso Pimentel
Ministro das Relações Exteriores: Celso Amorim
Ministro do Trabalho e Emprego: Carlos Lupi
Ministro dos Transportes: Paulo Sérgio Passos
Ministro do Turismo: Walfrido dos Mares Guia Neto

Ministério da Saúde

Ministro da Saúde: José Gomes Temporão
Secretária-Executiva: Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli
Secretário de Vigilância em Saúde: Gerson Oliveira Penna
Secretário de Atenção à Saúde: Alberto Beltrame
Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos: Reinaldo Felippe Nery Guimarães
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Francisco Eduardo de Campos
Secretário de Gestão Estratégica e Participativa: Antônio Alves de Souza
Chefe da Assessoria de Comunicação Social: Marcier Trombiere Moreira
Coordenador-Geral de Recursos Logísticos (CGRL): Luiz Roberto da Silva Klassmann

Comunicação do Ministério da Saúde

Assessoria de Comunicação Social: Marcier Trombiere Moreira (coordenador atual); Valderez Caetano (anterior)

Publicidade: José Eduardo D. de Oliveira (coordenador). Equipe: Juliana C. Vieira, Ana Miguel T. da Silva, Fernanda Scavacini

Imprensa: Gabriela Wolthers, Priscila Lambert (coordenadoras atuais), Sandra de Carvalho (coordenadora anterior). Equipe: Paulo Henrique Souza, Rodrigo Caetano, Renato Strauss, Rodrigo Hilário, Adriana Baumgratz, Carolina Valadares, Carolina Oliveira, João Carlos Saraiva Pinheiro, Jorge Vasconcelos, Laura Regina Martins Tosta, Luce Jane Zoccoli, Luciana Carvalho, Ludimila Martinelli, Mariana Alves Oliveira, Renatha Melo, Rosane Garcia, Shirley Marques Carvalho, Taís Rocha, Thaisis Barboza, Tinna Evangelista de Oliveira, Ubirajara Rodrigues, Valéria do Amaral Santos

Secretaria de Vigilância em Saúde

Colegiado Executivo

Eduardo Hage Carmo, Fabiano Geraldo Pimenta Junior, Guilherme Franco Neto, Heloiza Machado de Souza, Mariângela Simão, Otaliba Libânio de Morais Neto, Regina Coeli Pimenta Mello, Maria Regina Fernandes de Oliveira, Sergio Alexandre Gaudêncio, Sônia Maria Feitosa Brito, Vanessa Pinheiro Borges

Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Insumos (Cenadi): João Leonel Batista Estery

Departamento de Vigilância Epidemiológica (Devep)

Eduardo Hage Carmo (Diretor), Carla Magda A. S. Domingues (Diretora Adjunta e Coordenadora/CGDT)

Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV): Ricardo Gadelha de Abreu

Programa Nacional de Eliminação de Hanseníase (PNEH): Maria Aparecida de Faria Grossi

Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT): Draurio Barreira

Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB): Eduardo Guerra

Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT): Carla Magda A. S. Domingues

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): Ruth Glatt (Gerente Técnica)

Coordenação de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica (Coveh): Greice Madelene I. Carmo

Coordenação de Vigilância das Doenças Transmitidas por Vetores e Antopozoonoses (Covev): Ana Nilce S. Maia Elkhoury

Coordenação de Doenças Transmitidas por Vetores (CDTV): João Batista Furtado Vieira

Coordenação de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis (Cover): Marcia Lopes de Carvalho

Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (Cievs): Wanderson Kleber de Oliveira

GT-Exantemáticas: Teresa Cristina Vieira Segatto, Maria Carolina Coelho Quixadá Pereira, Márcia Mesquita Silva, Adriana Zanon Moschen e Fabiano Marques Rosa. **Fiocruz:** Marilda Mendonça Siqueira. **Opas:** Ana Cecília Morice. **Colaboradores:** Maria Salet Parise, Rosane Will (Lacen/BA), Glória Regina da Silva e Sá, Anita Cardoso Gomes (SES/ES), Ingrid Plazzi (SMS/Cariacica), Joelva Ambrozim (SESD/ES), Helena Sato (CVE/SP), Yêda Célia (SES/ES). **Assessores:** Maria Darcília R. Araújo (RO), Vanusa Auto da Silva (AC), Fátima Tereza Praia Garcia (AM), Emerson Ricardo S. Capistrano (RR), Ana Gabriela de Andrade Carreira (PA), Flávia Maia Campos (AP), Vanessa Siqueira Campos (TO), Loide dos Santos Ferreira Wanderley (MA), Lígia Fernanda Vieira Borges (PI), Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti (CE), José Alexandre Menezes da Silva (RN), Diana de Fátima A. Pinto (PB), Gabriela Ferraz Murakami (PE), Maria das Graças Cajueiro Rego (AL), Catarina Sampaio Freire de Mello Lima (SE), Silvone Santa Bárbara da S. Santos (BA), Jean Carla de Lima (BA), Kleber Abreu Santos (MG), Weslei Seibel (ES), Rosana de Souza Lemos (RJ), Ana Lúcia Frugis Yu (SP), Gisleine de Fátima Zanoni Carvalho (PR), Maria Cristina Willemann (SC), Ivone Andreatta Menegolla (RS), Dirce Regina Simczak (MS), Raimunda Rosicler P. Guimarães (MT), Carla Cristina Somenzi (GO), Priscila Mara Araújo de Oliveira (DF)

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI)

Coordenadora-Geral: Marília Mattos Bulhões

Coordenadora da Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola: Marlene Tavares Barros de Carvalho

Assessoria Técnica: Ana Rosa dos Santos, Ernesto Issac M. Renoiner, Marlene Tavares B. de Carvalho, Pedro Cirlini (estagiário)

Grupo Técnico Incorporação Técnica-Científica e Normatização/GT-Intec: Rejane Maria de Souza Alves (responsável pelo GT), Benedita Teles de Souza (estagiária), Catarina Aparecida Schubert, Flávio da Silva Araújo, Giane Rodrigues Costa Ribeiro, Janilce Guedes de Lima, Laura Dina Bedin Bertollo S. Arruda, Luana Melo (estagiária), Mara El-Corab Moreira de Oliveira, Rodrigo Ramirez dos Reis Horário (estagiário), Sandra Maria Deotti Carvalho, Sirlene de Fátima Pereira, Stelamares Vieira Ribeiro Campos (estagiária), Thiago Vinicius Neves de Menezes (estagiário)

Grupo Técnico Análise e Informação/GT-Ainfo: Antonia Maria da Silva Teixeira (responsável pelo GT), Samia Abdul Samad

Grupo Técnico Gestão de Sistemas de Informação/GT-Gesin: Marcelo Pinheiro Chaves (responsável pelo GT), Dailan Amorim Vogado (estagiário), Diego Leite Milhomem (estagiário), Erik Vaz da Silva

Grupo Técnico Gestão de Insumos/GT-Gein: Maria Arindelita Neves de Arruda (responsável pelo GT), Ana Elisa Pagliarini (Gestão de Insumos), Karla Maria Carmona Queiroz, Karla Rosane de Alarcão, Luana Alves d'Almeida (estagiária), Rayana de Castro da Paz (estagiária), Regina Celia Silva Oliveira

Grupo Técnico Gestão da Rede de Frio/GT-Gerf: Walquíria Gonçalves dos Santos Teles (responsável pelo GT), João Rafael Motta Pinheiro (estagiário), Nubia Forzani Ferreira (estagiária), Raísa de Souza Ferreira (estagiária), Wagner Jose da Silva

Coordenadores Estaduais de Imunizações: Adriana da Silva Baltar (PE), Anderson Clementino de Souza (MT), Andréia Ayres (RJ), Arlete Rodrigues de Farias (AL), Beatriz Bastos Thiel (PR), Carmen Lúcia Osterno Silva (CE), Clécia Di Lourdes Vecci Menezes (GO), Elba Miranda (RO), Erotides Maria Garcia Justino (RN), Eudóxia Rosa Dantas (PI), Helena Keico Sato (SP), Iolanda Lúcia Gonçalves Bastos (AP), Jaíra Ataíde dos Santos de Brito (PA), Kátia Mougenot B. Lima (MS), Leonor Gamba Proença (SC), Maria Auxiliadora Leopoldo de Holanda (AC), Maria de Fátima Sá Guirra (BA), Maria Izabel N. do Nascimento (AM), Maria Tereza M. T. Scherman (RS), Marlene A. Lopes Rodrigues (TO), Marta Casagrande Koehler (ES), Mildes Mendes Pereira (MA), Rosilene Rodrigues (DF), Sandala Maria T. S. de Oliveira (SE), Tânia Maria Soares A. C. Brant (MG), Tatiana Seo (RR), Walter Oliveira Albuquerque (PB).

Grupo Técnico do Datasus/Coordenação de Sistemas da Atenção Básica (Cosab): José Carlos de Souza Santos Jorge (Coordenador) Ricardo Freitas Gonçalves (Gerente do GEIPS), Consuelo de S. Freiria (líder do Projeto Vacinômetro), Marlanfe Michaelis R. de Oliveira (Projeto Vacinômetro).

Grupo Técnico de Vacinação Indígena (Funasa): Barbara Cristina M. Souza (responsável pelo Programa de Vacinação Indígena), Cezar Gabriel H. Zaleski, Ricardo Soletti.

Apoio à Gestão: Cristina Maria Vieira da Rocha (responsável pela área), Carmen Lúcia Miranda Silvera, Cleberson Santos de Jesus, Diego Borges de Carvalho (estagiário), Diogo Ferreira de Melo (estagiário), Everton Araújo Fontinele, Kátia Cristina Gonsalves, Luana Aparecida Souza dos Santos (estagiária), Marcos Aurélio de Souza, Maria Edite Pereira de Sousa, Maria Tereza de Lima Santos (secretária), Suellen Amaral de Andrade (estagiária)

Núcleo de Comunicação da Secretaria de Vigilância em Saúde

Vanessa Borges (Coordenação). Valéria Vasconcelos Padrão (Imprensa). Ana Elizabeth Almeida Gomes, Eduardo Dias Abreu, Aline Bouhild (Jornalismo). Fabiano Camilo, Sabrina Lopes, Fred Lobo (Produção Editorial e Gráfica). Eunice de Lima, Carolina Gontijo, Rochelle Patrícia Ferraz de Oliveira, Thiago Freitas, Eduardo Moraes (Eventos e Cerimonial). Sueli Bastos (Secretaria). Fábio Marques, Leonardo de Souza (Estágio)

Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CTAI)

Akira Homma – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Ministério da Saúde (MS)

Brendan Flannery – Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)

Eduardo Hage Carmo – Departamento de Vigilância Epidemiológica (Devep), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Eitan Berezin – Sociedade Brasileira de Pediatria

Expedito José de Albuquerque Luna – Instituto Butantan

Gabriel Wolf Oselka – Universidade de São Paulo (USP)

Helena Keiko Sato – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

José Cássio de Moraes – Faculdade de Ciências Médicas, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

José Geraldo Leite Ribeiro – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

José Luis da Silveira Baldy – Sociedade Brasileira de Imunizações

Lauro Ferreira da Silva Pinto Neto – Sociedade Brasileira de Medicina Tropical

Lily Yin Weckx – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Luís Antônio Bastos Camacho – Escola Nacional de Saúde Publica (ENSP), da Fiocruz/MS

Juliana Bertoli da Silva – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa/MS)

Maria Ângela Wanderley Rocha – Hospital Universitário Oswaldo Cruz, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Marta Heloísa Lopes – Sociedade Brasileira de Infectologia

Maria Inês Costa Dourado – Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Marília Mattos Bulhões – CGPNI/Devep/SVS/MS

Reinaldo Menezes Martins – Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos), da Fiocruz/MS

Susan Martins Pereira – Sociedade Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

Governos Estaduais

Acre: Binho Marques. **Alagoas:** Teotonio Vilela Filho. **Amapá:** Waldez Góes. **Amazonas:** Eduardo Braga. **Bahia:** Jaques Wagner. **Ceará:** Cid Gomes. **Distrito Federal:** José Roberto Arruda. **Espírito Santo:** Paulo Hartung. **Goiás:** Alcides Rodrigues. **Maranhão:** Jackson Lago. **Mato Grosso:** Blairo Maggi. **Mato Grosso do Sul:** André Puccinelli. **Minas Gerais:** Aécio Neves. **Pará:** Ana Júlia Carepa. **Paraíba:** Cássio Cunha Lima. **Paraná:** Roberto Requião. **Pernambuco:** Eduardo Campos. **Piauí:** Wellington Dias. **Rio de Janeiro:** Sérgio Cabral Filho. **Rio Grande do Norte:** Wilma de Faria. **Rio Grande do Sul:** Yeda Crusius. **Rondônia:** Ivo Cassol. **Roraima:** José de Anchieta Júnior. **Santa Catarina:** Luiz Henrique da Silveira. **São Paulo:** José Serra. **Sergipe:** Marcelo Deda. **Tocantins:** Marcelo Miranda.

Secretarias Estaduais de Saúde

Acre: Osvaldo de Souza Leal Júnior. **Alagoas:** André Valente. **Amapá:** Pedro Paulo Dias de Carvalho. **Amazonas:** Agnaldo Gomes da Costa. **Bahia:** Jorge José Santos Pereira Solla. **Ceará:** João Ananias Vasconcelos Neto. **Distrito Federal:** Augusto Silveira de Carvalho. **Espírito Santo:** Anselmo Tozi. **Goiás:** Hélio Antônio de Sousa. **Maranhão:** Edmundo da Costa Gomes. **Mato Grosso:** Augustinho Moro. **Mato Grosso do Sul:** Beatriz Figueiredo Dobashi. **Minas Gerais:** Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva. **Pará:** Laura Rossetti. **Paraíba:** Geraldo de Almeida Cunha Filho. **Paraná:** Gilberto Berguio Martin. **Pernambuco:** João Soares Lyra Neto. **Piauí:** Assis Carvalho. **Rio de Janeiro:** Sérgio Luis Côrtes. **Rio Grande do Norte:** George Antunes de Oliveira. **Rio Grande do Sul:** Osmar Terra. **Rondônia:** Milton Luiz Moreira. **Roraima:** Eugênia Glaucy Moura Ferreira. **Santa Catarina:** Carmen Zanotto. **São Paulo:** Luiz Roberto Barradas Barata. **Sergipe:** Rogério Carvalho Santos. **Tocantins:** Eugênio Paceli de Freitas Coelho.

Conselho Nacional de Representantes Estaduais (Conares)[1]

Acre: Fernando José da Costa, Francisco Eduardo Saraiva de Farias, Raimundo Alves da Costa. **Alagoas:** Oneide Regina Camilo S. Cândido, Francisco Carlos Lins da Silva, Pedro Hermam Madeiros. **Amazonas:** Manuel Barbosa de Lima, Manuel Jesus Pinheiro Coelho, Aurimar Simões Tavares. **Amapá:** José da Silva Monteiro, Emanuel Bentes, Luis Carlos Soares da Silva. **Bahia:** Suzana Cristina Silva Ribeiro, José Carlos Raimundo Brito, Mary Guiomar Almeida Rocha. **Ceará:** José Policarpo de Araújo Barbosa, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Wilames Freire Bezerra. **Espírito Santo:** Márcia Cruz Pereira Andriolo, Luiz Carlos Reblin, Juliana Soneghet Baiôcco Louzada. **Goiás:** Rodrigo César Faleiro de Lacerda, Paulo Rassi, Vinícius de Cecílio Luz. **Maranhão:** Raimundo Nonato Lisboa, Terezinha de Jesus Penha Abreu, Gildasio Angelo da Silva. **Minas Gerais:** Mauro Guimarães Junqueira, Helvécio Miranda Magalhães Júnior, Sinvaldo Alves Pereira. **Mato Grosso do Sul:** Norberto Fabri Júnior, Luiz Henrique Mandetta, Sonia Kamitani Yokoro. **Mato Grosso:** Marineze Araujo Meira, Luiz Antonio Vitório Soares, Edinéia da Costa Nonato. **Pará:** Jader Texeira Gardeline, Rejane Olga Oliveira Jatene, Emannuel Silva. **Paraíba:** Porcina dos Remédios G. Trigueiro, Roseana Maria Barbosa Meira, Lindinalva Dantas dos Santos. **Pernambuco:** Roberto Hamilton C. Bezerra, Tereza de Jesus Campos Neta, Oscar Capistrano dos Santos. **Piauí:** Patrícia Maria Santos Batista, João Orlando Ribeiro Gonçalves, Denise de Sousa Leal Martins Moura. **Paraná:** Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Edimara Fait Seegmuller, Mauro Campiolo. **Rio de Janeiro:** Valter Luiz Lavinas Ribeiro, Jacob Kligerman, Maria da Conceição de Souza Rocha. **Rio Grande do Norte:** Maria Neuman de Azevedo, Edmilson de Albuquerque Júnior, Solane Maria Costa. **Rondônia:** Afonso Emerick, Givanilde Alves Nogueira, Paulo Roberto Espíndula Travassos. **Roraima:** Namis Levino da Silva Filho, Francisco Moisés Lopes de Morais. **Rio Grande do Sul:** Roberto Honório Miele, Eliseu Santos, Flavia Richper Antunes. **Santa Catarina:** Celso Luiz Dellagiustina, João José Cândido da Silva, Marlene Madalena Possan Foschiera. **Sergipe:** Murilo Porto de Andrade, Marcos Ramos Carvalho, Lourdes Goretti de Oliveira Reis. **São Paulo:** Jorge Harada, Januário Montone, Maria do Carmo Cabral Carpintéro. **Tocantins:** Aurea Maria Casagrande da Luz, Samuel Braga Bonilha e Marli Pires.

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)

Diego Victoria – Representante da Opas/Organização Mundial da Saúde no Brasil

Brendan Flannery – Consultor Internacional para Imunizações e Doenças Imunopreveníveis, Opas/Brasil

Carlos Castillo-Solorzano – Ponto Focal para a Eliminação de Sarampo e Rubéola das Américas, Opas/Washington, D.C.

Ana Morice – Consultora Internacional para a Eliminação do Sarampo e Rubéola nas Américas, Opas

---

[1]Grupo assessor do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Í N D I C E

Apresentação *11*

Agradecimentos *13*

1. Introdução *15*

1.1 Brasil: o país e sua diversidade ***15***
1.2 A rubéola e a SRC como problema de saúde pública ***19***
1.3 Eliminação da rubéola nas Américas ***20***
1.4 Situação epidemiológica da rubéola e SRC no Brasil ***21***

2. A realização da Campanha de Vacinação para Eliminação da Rubéola no Brasil *28*

2.1 Objetivos ***28***
2.2 Meta e população-alvo ***29***
2.3 Estratégias e etapas da campanha ***31***
2.4 Organização e planejamento ***33***
2.5 Capacitação ***35***
2.6 Microprogramação ***38***
2.7 Imunobiológicos, outros insumos e logística ***38***
2.8 Vacinação em área de fronteira ***40***
2.9 Vacinação segura ***41***
2.10 Sistema de informação ***45***
2.11 Supervisão ***47***
2.12 Monitoramento e avaliação ***49***
2.13 Dinâmica da campanha no Brasil ***52***
2.14 Aspectos facilitadores e limitações ***55***
2.15 Custos da campanha ***73***

3. Comunicação social *74*

3.1 Ações do Ministério da Saúde ***74***
3.2 Ações de comunicação nos estados ***132***

4. Resultados da campanha *161*

4.1 Cumprimento da meta de cobertura ***161***
4.2 Homogeneidade dos resultados ***164***
4.3 Resultados da campanha por UF ***165***

5. Lições aprendidas *171*

Referências *172*

Anexo – Divulgação da campanha em *sites* parceiros *175*

BRASIL LIVRE DA RUBÉOLA

A P R E S E N T A Ç Ã O

Este relatório que o governo brasileiro encaminha à Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) sistematiza o processo vivenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na realização da Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola – a maior já realizada no país, e em todo o mundo, em termos de doses ministradas, logística (recursos humanos e financeiros) e mobilização da sociedade brasileira. Em 20 semanas, de nove de agosto a 30 de dezembro de 2008, 67,1 milhões de brasileiros (homens e mulheres de 20 a 39 anos de todo o país e o grupo de 12 a 19 anos dos estados de Minas Gerais, Maranhão, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro e Mato Grosso) receberam a vacina contra a rubéola, o que representa uma cobertura de 95,79% da população-alvo. Este documento registra os fundamentos técnicos e operacionais que sustentaram a decisão política de realizar esta operação.

A parceria do Ministério da Saúde com as secretarias estaduais e municipais de Saúde, também representadas pelos seus conselhos (Conass e Conasems, respectivamente), foi imprescindível para alcançarmos o nosso maior objetivo: deixar os brasileiros livres da rubéola. Recursos financeiros vultosos, das esferas federal, estaduais e municipais somaram mais de 300 milhões de reais, excetuando-se os custos com salários de pessoal e despesas adicionais, ao encargo dos estados e municípios. O Ministério da Saúde adquiriu e distribuiu, em tempo recorde, 90 milhões de doses de vacinas e seringas. Milhares de profissionais de saúde e parceiros da sociedade civil trabalharam na campanha, sem os quais não teríamos obtido o êxito alcançado.

Esta campanha teve como objetivo a eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC) até 2010 nas Américas, conforme acordo firmado com a Opas. O primeiro passo foi dado: estabelecemos a imunidade de grupo na população e já podemos comemorar, por critérios epidemiológicos, a interrupção da circulação autóctone do vírus da rubéola, ou seja, a transmissão originada entre pessoas residentes no país. Agora, vamos intensificar a vigilância ativa da doença para que nos próximos 12 meses registremos a eliminação do vírus no território nacional, com reconhecimento internacional.

Vale ratificar que a possibilidade de monitorar os dados diários, referentes às pessoas vacinadas por município e por estado, permitiu que tanto gestores quanto a população pudessem acompanhar, passo-a-passo, o andamento da vacinação. O "vacinômetro" fez parte da minha rotina, assim como de vários gestores. Cada mudança de cor no patamar alcançado foi comemorada por toda a nossa equipe.

Desta forma, em nome do Presidente Lula, apresento à sociedade brasileira e à Opas, os resultados desse esforço coletivo que culmina com mais uma vitória e mais um exemplo da capacidade e competência do Brasil no campo das doenças imunopreveníveis e que servirá de exemplo para outras nações populosas do planeta.

José Gomes Temporão
Ministro da Saúde

A G R A D E C I M E N T O S

Nada é mais importante, nesse momento, que atribuir o êxito dessa campanha a um trabalho verdadeiramente integrado entre as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A decisão política tripartite, com expressiva colaboração do Conass e Conasems, em realizar uma tarefa dessa magnitude, em um país de dimensões continentais e em um período de eleições municipais no Brasil, reflete que "...a política é a arte de tornar possível o necessário...".

A relação nominal dos elaboradores e dos apoiadores está descrita nas primeiras páginas desta publicação, que engloba uma pequena parte de dirigentes do SUS, porém não reflete, nem de perto, a imensidão de profissionais de saúde, com destaque às equipes de Saúde da Família, os agentes comunitários de saúde, todos os profissionais da vigilância, que, aliados a parceiros governamentais, em especial o Ministério da Defesa e o Ministério da Educação, os intergovernamentais e os não governamentais, se somaram a essa enorme empreitada. Por tudo isso, atrevo-me, em nome dos brasileiros e das brasileiras, a agradecer a participação cidadã de todos na busca por deixar o nosso país livre da rubéola.

Tudo isto de nada valeria sem o vacinador, sem aquele que fez verdadeiramente a campanha acontecer, que esteve sempre atento e com o devido cuidado quanto à dose correta, ao procedimento adequado de administração da vacina, ao registro da vacina administrada, e ao atendimento e convencimento respeitoso do usuário da vacinação onde quer que ele estivesse, nas praças, nas empresas, nas feiras, nas margens dos rios, nas escola, nos postos, nos rodeios ou campos de futebol. Eles são os verdadeiros heróis de mais esta vitória do país, cuja experiência acumulada na realização de estratégias massivas de vacinação, há pelo menos 35 anos, deve-se ao esforço e empenho dos vacinadores, responsáveis pela construção de um Programa Nacional de Imunizações (PNI) que é modelo e referência para todo o mundo no plano político, técnico, operacional e logístico.

Em nome da Coordenadora-Geral do Programa Nacional de Imunização, Marília Mattos Bulhões, presto homenagem a todos os trabalhadores dos programas de imunizações estaduais e municipais, e, é para essa multidão de profissionais de saúde e apoiadores, que ratifico, em nome dos brasileiros e brasileiras, o respeito dos gestores do SUS.

Gerson Oliveira Penna
Secretário de Vigilância em Saúde

1. Introdução

1.1 Brasil: o país e sua diversidade[1]

O Brasil é uma República Federativa, formada pela união do Distrito Federal e dos 26 estados federados, com seus 5.564 municípios. A organização político-administrativa compreende três poderes: o Judiciário, o Executivo e o Legislativo; com o princípio da autonomia entre União, Distrito Federal, estados e municípios. O Presidente da República é o chefe do Poder Executivo Federal, sendo auxiliado pelos Ministros de Estado.

É uma democracia, ou seja, o exercício do poder é atribuído a órgãos distintos e independentes, cada qual com uma função, prevendo-se ainda um sistema de controle de modo que nenhum desses órgãos possa agir em desacordo com as leis e a Constituição.

É uma nação com mais de 500 anos de história, formada por vários povos, dona de uma cultura variada e de um vasto território que ocupa quase metade (47%) da área da América do Sul, correspondendo a 8,5 milhões de quilômetros quadrados. O país possui 20% da biodiversidade mundial, sendo, assim, detentor da maior diversidade biológica do planeta, tendo como exemplo desta riqueza a Floresta Tropical Amazônica, com 3,6 milhões de quilômetros quadrados. Em termos de clima, predominam o tropical, subtropical, equatorial e semi-árido.

Dentre os 26 estados, 11 fazem fronteira com 10 países, numa extensão de 15,7 mil quilômetros, com intensa movimentação de populações de países como a Venezuela, a Guiana, o Suriname e com o departamento ultramarino da Guiana Francesa (ao norte); com o Uruguai (ao sul); com a Argentina e o Paraguai (a sudoeste); com a Bolívia e com o Peru (a oeste) e com a Colômbia (a noroeste).

No país, vivem 189.612.814 habitantes, 81% dos quais fixados em áreas urbanas, podendo-se falar de aproximadamente 50 milhões de famílias, numa densidade populacional de 22 habitantes por km^2. O estado com maior número de municípios é Minas Gerais, totalizando 853, e o com menor número é Roraima, com 15. A maioria dos 5.564 municípios brasileiros (60%) tem menos de 20 mil habitantes, mas 60% da população reside, hoje, nas grandes regiões metropolitanas, sendo São Paulo – capital – o município com maior contingente populacional, com cerca de 11 milhões de habitantes. Este cenário coloca o país no 5º lugar entre os mais populosos do mundo.

A mortalidade infantil é de 23,6 por mil nascidos vivos e a taxa de fecundidade é de 2,3 filhos por casal. A esperança de vida ao nascer, hoje, é de 72,7 anos, estimando-se que nas próximas quatro décadas a maioria da população tenha entre 15 e 44 anos, representando um dos maiores mercados de trabalho e de consumo dentre os países das Américas.

---

[1]Disponível em http://www.presidencia.gov.br (acesso em 7/1/2009).

A língua oficial é o português, que chegou ao território brasileiro a bordo das naus portuguesas, no século XVI, para se juntar à família linguística tupi-guarani, em especial o tupinambá, um dos dialetos tupi. Hoje, o português é o oitavo idioma mais falado no planeta, somando 200 milhões de pessoas, e a terceira entre as línguas ocidentais, após o inglês e o castelhano. É, ainda, o idioma oficial de sete países, todos eles ex-colônias portuguesas: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. O português é falado e escrito pela imensa maioria da população brasileira, registrando-se um índice de alfabetização no país próximo dos 90%. O Brasil é o único país de língua portuguesa das Américas.

A unidade monetária brasileira é o Real, adotado desde 1994. O país responde por 3/5 (três quintos) da produção industrial da economia sul-americana e participa de diversos blocos econômicos, como: o Mercosul (mercado comum formado por cinco países da América do Sul); o G-22 (bloco econômico integrado por países emergentes) e o Grupo de Cairns (organização formada por 19 países exportadores de produtos agropecuários). O desenvolvimento científico e tecnológico brasileiro, aliado a um parque industrial diversificado e dinâmico, atrai empreendimentos externos. Os investimentos diretos foram em média da ordem de US$ 20 bilhões/ano, contra US$ 2 bilhões/ano da década passada.

Mantém comércio regular com mais de uma centena de países, sendo que 74% dos bens exportados são manufaturas ou semimanufaturas, tendo como maiores parceiros a União Européia, com 26% do saldo; os Estados Unidos da América (EUA), com 24%; o Mercosul e a América Latina, com 21%, e a Ásia, que responde por 12% desse total. Um setor dos mais dinâmicos nessa troca é o de agronegócio, que mantém o país, há duas décadas, entre os países com maior produtividade no campo.

Dono de sofisticação tecnológica, o Brasil desenvolve de submarinos a aeronaves, e também está presente na pesquisa aeroespacial, possui Centro de Lançamento de Veículos Leves e foi o único país do hemisfério sul a integrar a equipe de construção da Estação Espacial Internacional (ISS).

Pioneiro na pesquisa de petróleo em águas profundas, de onde extrai 73% de suas reservas, foi a primeira economia capitalista a reunir as 10 maiores empresas montadoras de automóvel em seu território.

O agronegócio representa 34% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, 37% de todos os empregos do país e é responsável por 43% das exportações nacionais, sendo o setor superavitário entre todos os setores exportadores do Brasil.

O sistema de saúde brasileiro[2,3]

O sistema de saúde do Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, organizado e regulamentado conforme a Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080/90. Ao completar 20 anos da instituição, o SUS é considerado a maior política de inclusão social do Brasil, atendendo 80% da população, exibindo uma trajetória de importantes conquistas para a sociedade.

Presente em todo o território nacional, o Sistema integra uma rede de mais de 27 mil equipes Saúde da Família, responsável por quase 100 milhões de brasileiros. São mais de 63 mil unidades ambulatoriais e cerca de seis mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos (próprios e conveniados). Realiza, por ano, cerca de dois milhões de partos, 12 milhões de internações hospitalares, 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 150 milhões de consultas médicas.

O SUS, ao mesmo tempo em que consolida e fortalece novas iniciativas, como o financiamento público do transplante de órgãos, em que o Brasil ocupa posição de liderança mundial, com a realização de 14 mil transplantes por ano, dá continuidade e expande ações que merecem reconhecimento internacional, como os programas de imunizações e de controle das DST/Aids. Além disso, vem atuando intensamente em políticas, programas e ações de promoção da saúde, vigilância em saúde, vigilância sanitária e de regulação do sistema de saúde suplementar.

As ações e serviços de saúde, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal, são financiados com recursos próprios e de outras fontes suplementares de financiamento; todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Cada esfera governamental assegura o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde. As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, e ocorrem por meio de transferências 'fundo-a-fundo', realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de saúde.

Para viabilizar a gestão do Sistema, garantindo as diretrizes preconizadas, foram instituídas instâncias de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de gestão do Sistema. Toda e qualquer decisão, relativa a questões técnicas e operacionais, é levada à deliberação desse fórum de gestão.

---

[2]O SUS de A a Z – Tópicos, disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/ (acesso em 7/1/2009).

[3]SUS 20 anos. A saúde do tamanho do Brasil. Carta de Mobilização – SUS 20 anos, disponível em http://conselho.saude.gov.br (acesso em 7/1/2009).

Na esfera federal, ou seja, na direção nacional do SUS, atua a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada por gestores do SUS das três esferas de governo (União, estados/DF e municípios). A Comissão de composição paritária é formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do país. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS.

Já na esfera estadual, o espaço de articulação e pactuação é a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), constituída, paritariamente, por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado da Saúde, e dos secretários municipais de saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos secretários dos municípios da unidade federada, em geral denominado Cosems.

Merece referência, nesse contexto, o Pacto pela Saúde, em suas três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão. Nesses documentos, estão estabelecidos os princípios, diretrizes e compromissos que norteiam a regionalização solidária e cooperativa como eixo do processo de descentralização e a integração das várias formas de repasse dos recursos da saúde e a definição de metas e resultados a serem cumpridos e alcançados nas diferentes esferas.

Referência especial deve ser feita ao PNI, que, nos 20 anos do SUS, exibe 35 anos de trajetória, pois foi oficializado em 1973. Os avanços e expansão do Programa colocam-no como uma das principais intervenções governamentais, na contribuição para o controle, eliminação ou erradicação de doenças imunopreveníveis, sendo inquestionável o impacto do uso sistemático das vacinas no perfil epidemiológico da população brasileira.

A erradicação da varíola no mundo, em 1973, a erradicação da transmissão do poliovírus selvagem nas Américas, em 1989, e a interrupção da transmissão autóctone do sarampo, desde 2001, são resultados marcantes nessa trajetória. Outras conquistas vêm sendo alcançadas como a baixa incidência do tétano neonatal, que já pode ser considerado eliminado como problema de saúde pública, da raiva humana transmitida por animais domésticos que também está próxima da eliminação, além do controle da difteria, coqueluche e tétano acidental, estando bem próxima a concretização da eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC), dentro de um compromisso conjunto com os países das Américas.

A evolução do PNI nesses 35 anos, desde sua instituição, em termos de qualidade, de extensão, bem como de estrutura técnica, operacional e logística, é uma realidade inquestionável. Iniciado com um calendário básico para a criança, com seis vacinas, trabalha, hoje, com três calendários de vacinação (criança, adolescente e adulto/idoso) e com 44 produtos entre vacinas, soros e imunoglobulinas.

O crescimento e a manutenção das coberturas de vacinação é o dado concreto desse período, saindo, por exemplo, de percentuais médios nacionais que giravam em torno

dos 60% no final dos anos 1980, para percentuais médios iguais ou superiores aos preconizados (90% para a BCG e 95% para as demais vacinas) a partir da metade da década de 1990.

Em termos de estratégia, o Programa vem ousando e se superando. Os dias nacionais de vacinação; a multivacinação; a qualificação dos profissionais das salas de vacina; o investimento em infraestrutura da rede de frio (aquisição e distribuição de equipamentos; construção, reforma ou ampliação de centrais de frio; construção de câmara fria) são pontos fundamentais para o êxito alcançado, aliados à consolidação do processo de descentralização do SUS e à progressiva estruturação e expansão da atenção básica em todo o país.

A realização da Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola é o último exemplo da capacidade do programa de imunizações brasileiro de enfrentar e superar grandes desafios.

1.2 A rubéola e a SRC como problema de saúde pública

O Conselho Diretor da Opas, em sua 44ª reunião (2003), por meio da Resolução CD44 R1, definiu para os países das Américas a meta de "Eliminação da rubéola e da SRC" para o ano 2010, considerando os resultados obtidos em imunizações a exemplo da erradicação da varíola, da certificação da eliminação da poliomielite e da circulação autóctone do vírus do sarampo.

A rubéola, doença exantemática aguda, de etiologia viral, que apresenta alta transmissibilidade, tem sua importância epidemiológica relacionada à SRC, quando a infecção ocorre durante a gestação, caracterizando-se pelo risco de abortos, natimortos e malformações congênitas, como cardiopatias, catarata e surdez.

Os custos diretos e indiretos da Síndrome são muito elevados e incalculáveis, principalmente para a família e para a criança que tem a doença. Em função da necessidade de procedimentos diagnósticos e tratamento especializado, assim como pela cronicidade e gravidade das manifestações[4], incluindo o ônus para a sociedade decorrente da incapacidade[5,6], ainda há a questão psicológica familiar a ser superada. A estimativa de custo, em termos da atenção médica de um caso de SRC, durante toda a vida, gira em torno de 120 e 200 mil dólares.

A comparação entre o elevado custo da assistência e a alta eficácia e o baixo custo da vacina contra a rubéola resulta em ponto positivo para a vacinação, numa proporção

---

[4]CUTTS, F. T.; VYBBYCKY, E. Modelling the incidence of congenital rubella syndrome in developing countries. International Journal of Epidemiology, Oxford, v. 28, p. 1176-1184, 1999.

[5]KANDOLA, K. CRS cost burden analysis for Guyana. In: MEETING OF THE ENGLISH-SPEAKING CARIBBEAN EPI MANAGERS, 14., 1997. Castries, St. Lucia. Final report... Washington, DC: Pan American Health Organization, 1998.

[6]HINMAN, A.R. *et al*. Economic analyses of rubella and rubella vaccines: a global review. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, v. 80, p. 264-270, 2002.

estimada de 12:1 (intervalo 8:1 e 16:1)[7]. Este fato é mais urgente diante da expectativa do registro de 20 mil casos da SRC, ao ano, nas Américas, segundo estudos disponíveis, se não for adotada uma estratégia de eliminação.

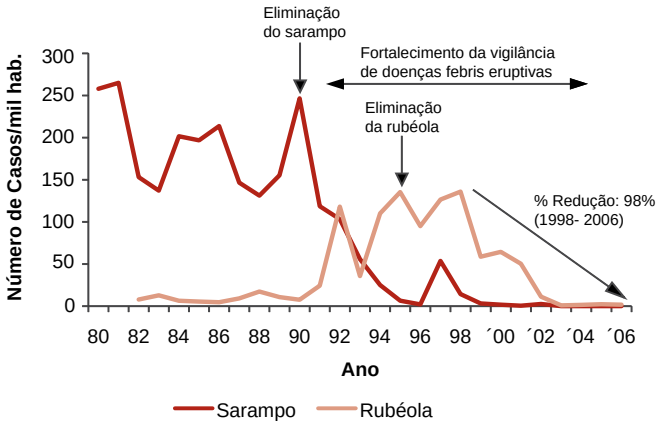
Assim, a disponibilidade de uma vacina com essas características coloca a questão ética de se permitir o nascimento de crianças portadoras da SRC no Brasil, quando se tem uma vacina disponível e, mais ainda, quando se tem um histórico de êxitos na eliminação e erradicação de doenças evitáveis pela vacinação.

1.3 Eliminação da rubéola nas Américas

As Américas vêm mostrando notável progresso na interrupção da transmissão endêmica da rubéola. No fim de 2006, 91% dos países e territórios (o que representa 75% da população da região) haviam utilizado estratégias de vacinação e de eliminação, mediante campanhas em massa voltadas a crianças que frequentavam a escola, adolescentes e adultos, objetivando interromper rapidamente a transmissão do vírus da doença e prevenir a SRC.

O número de casos confirmados diminuiu em 98%, entre 1998 e 2006, passando de 135,9 mil para 2,2 mil. Já os casos de SRC passaram de 23, em 2002, para 10, em 2006. A repercussão na redução da incidência da rubéola e da SRC foi mais forte nos países que, em campanhas, vacinaram homens e mulheres (Figura 1).

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



Fonte: Opas; Ministério de Saúde.

[7]CASTILLO-SOLÓRZANO, C. *et al*. New Horizons in the Control of Rubella and Prevention of Congenital Rubella Síndrome in the Americas. The Journal of Infectious Diseases, Chicago, v. 187, n. S1, p. 146-152, 2003.

Destaque-se, ainda, que além de interromper a transmissão da rubéola, as campanhas de vacinação contribuíram para consolidar a eliminação do sarampo. Os 238 casos confirmados dessa doença ocorridos em 2006, nas Américas, localizaram-se em países que ainda não haviam realizado ou concluído operações de vacinação envolvendo adolescentes e adultos.

De outro lado, a melhoria na vigilância laboratorial para a detecção e caracterização viral aumentou o conhecimento sobre os genótipos do vírus da rubéola endêmica na região, sendo mais frequente o tipo 1C, seguido pelo 1E. Os genótipos 1G e 2B estiveram vinculados a casos importados.

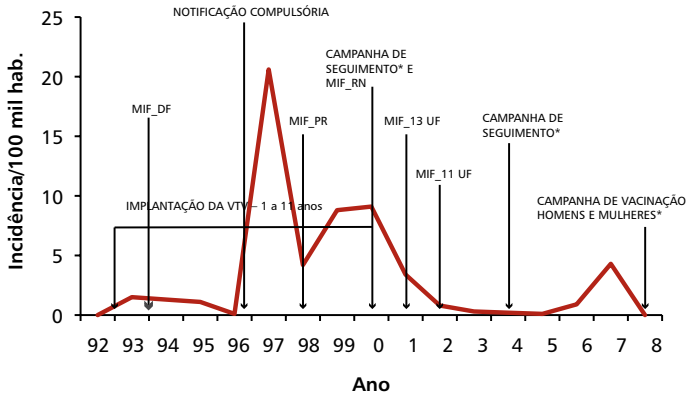
É incontestável que a iniciativa de eliminação do sarampo e da rubéola fortaleceu a vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas. Em 1998, apenas 41% dos países e territórios notificavam casos suspeitos de SRC, chegando a 100% em 2003. A notificação semanal de casos suspeitos da SRC pelos países começou em 2005, quando foram registrados 1.952 casos suspeitos com 20 confirmações. Em 2006, houve uma redução, registrando-se 1.227 notificações e 10 casos confirmados da síndrome.

Durante a 27ª Conferência Sanitária Pan-americana e 59ª Sessão do Comitê Regional, realizada em outubro de 2007, em Washington DC, foram reconhecidos os avanços alcançados tendo em vista a eliminação da rubéola e da SRC, quando foi aprovada a formação de um Comitê Técnico, responsável pela documentação e comprovação da interrupção da transmissão do vírus endêmico do sarampo e da rubéola nas Américas.

1.4 Situação epidemiológica da rubéola e da SRC no Brasil

A estratégia utilizada pelo Brasil para implantação da vacina tríplice viral (VTV) – contra sarampo, caxumba e rubéola – foi pautada na realização de campanhas pelas unidades federadas (UF) de modo gradativo, começou em 1992, e foi concluída, em todo o país, no ano 2000. Inicialmente, o público-alvo foi de crianças de um a 11 anos de idade, ampliando-se, posteriormente, para o grupo de mulheres em idade fértil (MIF) (Figura 2).

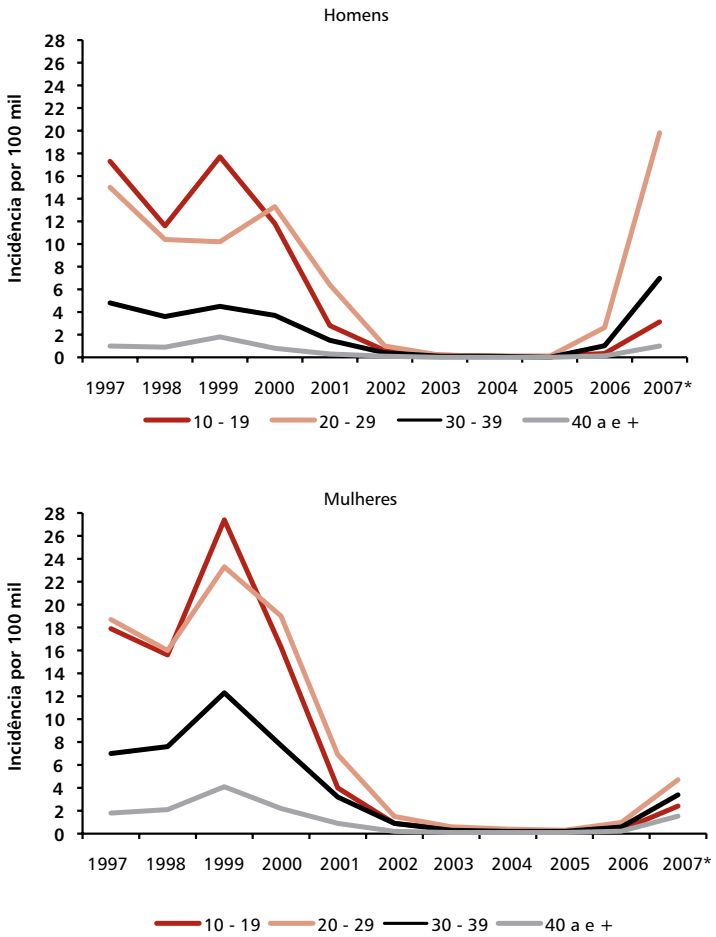
Figura 2. Estratégias de Controle e Incidência Anual da Rubéola – Brasil, 1992-2008



*Vacina DV e VTV.
Fonte: SVS/MS.

Essa estratégia resultou na redução da circulação do vírus da rubéola e consequente mudança no padrão de incidência por grupos de idade (Figura 3). A partir de 2001, essa taxa, em homens e mulheres, foi superior na faixa de 20 a 29 anos, quando comparada aos grupos de menor idade. O deslocamento da suscetibilidade para a população em idade fértil é mantido até o momento, com uma taxa inferior no segmento feminino.

Figura 3. Taxa de incidência por faixa etária, segundo sexo – Brasil, 1997-2007*



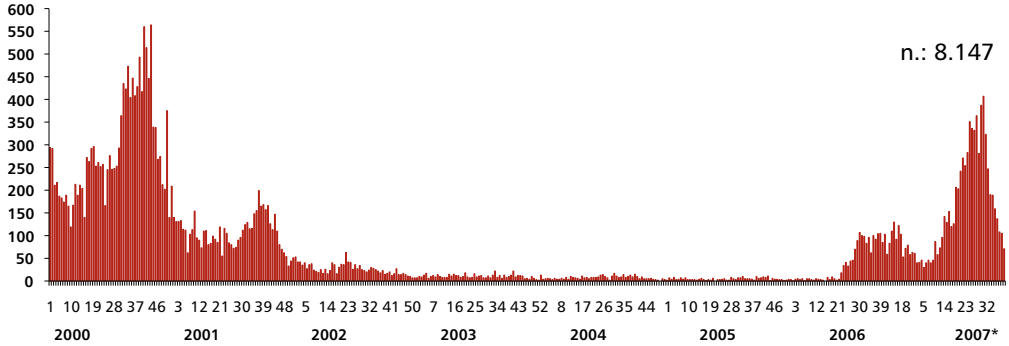
*Dados preliminares até SE 52/2007.
A faixa etária utilizada em 2007 é de 12 a 19 anos.

Fonte: SVS/MS.

A redução da incidência em mulheres é resultado das ações de vacinação realizadas no país a partir de 2001, mediante plano de vacinação em duas fases, usando a vacina dupla viral (VDV) com o objetivo de acelerar a prevenção da SRC. A primeira fase foi executada em 13 UF, em novembro de 2001, dirigida a 15 milhões de MIF[8], com faixa etária específica para cada realidade, de modo geral, o grupo de mulheres de 12 a 39 anos de idade. A segunda fase ocorreu em 2002, nas UF restantes. A cobertura vacinal média (CV) nesses dois momentos foi de 93,5%, mas não foi homogênea entre os municípios, acumulando suscetíveis e contribuindo para ocorrência dos surtos de 2006 e 2007.

Esse conjunto de ações de vacinação, dirigido a diversos grupos etários, sem dúvida, provocou importante redução na incidência da doença e modificou o ciclo e extensão dos surtos de rubéola no país, mas não foi capaz de interromper a circulação do vírus, como pode ser visto na Figura 4.

Figura 4. Distribuição dos casos confirmados de rubéola por semana epidemiológica – Brasil, 2000-2007*



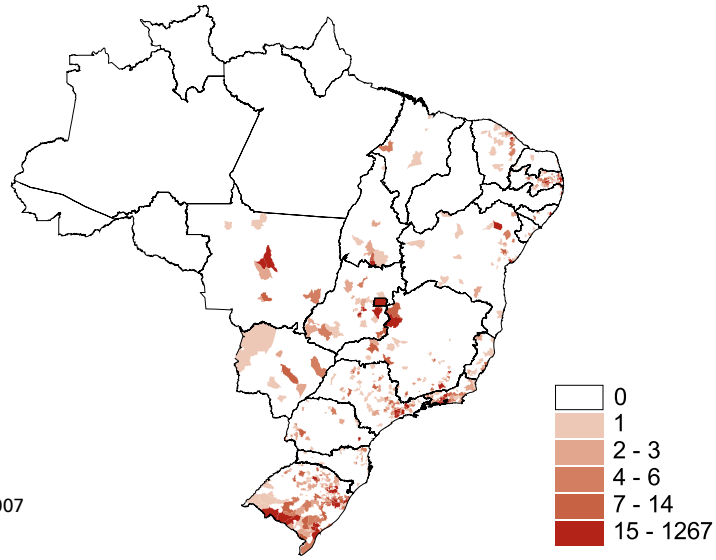
*Dados preliminares até SE 52/2007.

Fonte: SVS/MS.

Em 2006, a partir da Semana Epidemiológica (SE) 33, houve um aumento significativo do número de casos confirmados, caracterizando surtos no Rio de Janeiro e Minas Gerais. A disseminação do vírus ocorreu em todo o ano de 2007, afetando 20 UF, totalizando 8.753 casos confirmados, distribuídos principalmente em quatro macrorregiões: Sudeste, Sul, Nordeste e Centro-Oeste (Figuras 5 e 6). O vírus identificado foi do genótipo 2B.

[8]BRASIL. Ministerio de Salud de Brasil. Brasil acelera el control de la rubéola y la prevención del Síndrome de Rubéola Congênita. Boletin Informativo PI, Washington, DC, v. XXIV, n. 2, p. 1-3, 2002.

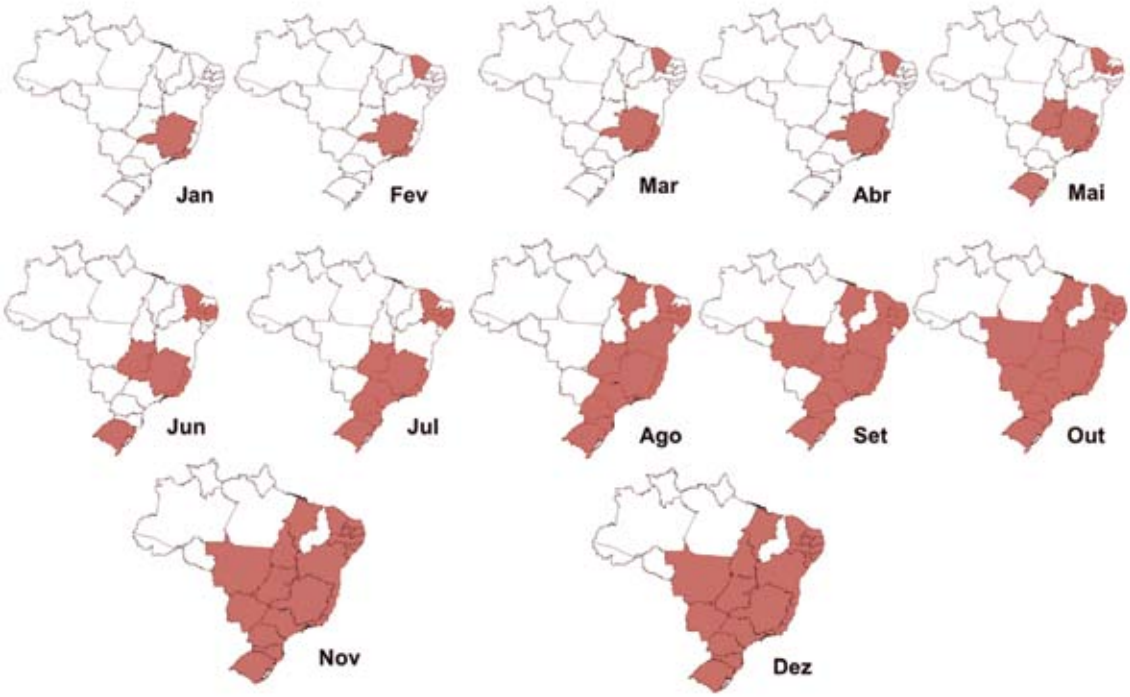
Figura 5. Unidades federadas com casos confirmados de rubéola – Brasil, 2007



S.E: 52/2007
N.: 8.147

*Dados provisórios atualizados em 19/3/2008.
Fonte: SVS/MS.

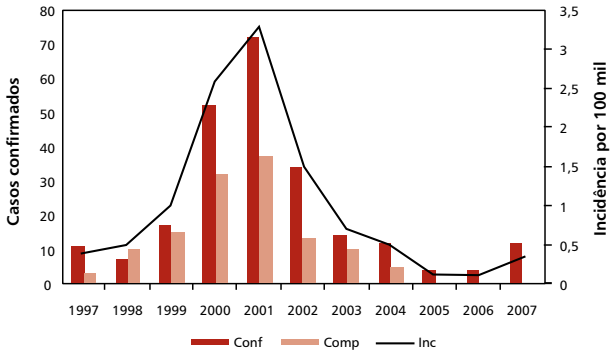
Figura 6. Evolução do surto de rubéola por mês – Brasil, 2007



Fonte: SVS/MS.

Com relação à ocorrência de casos de SRC (Figura 7), a taxa mais elevada (3,3 por 100 mil crianças menores de um ano de idade) foi registrada em 2001 (72 casos confirmados). A despeito da vacinação nas MIF ter reduzido o número de casos de SRC, no período 2002 a 2006, em 2007 foram confirmados 17 casos pelo critério laboratorial.

Figura 7. Incidência e número de casos confirmados e compatíveis de SRC. Brasil – 1997-2007*

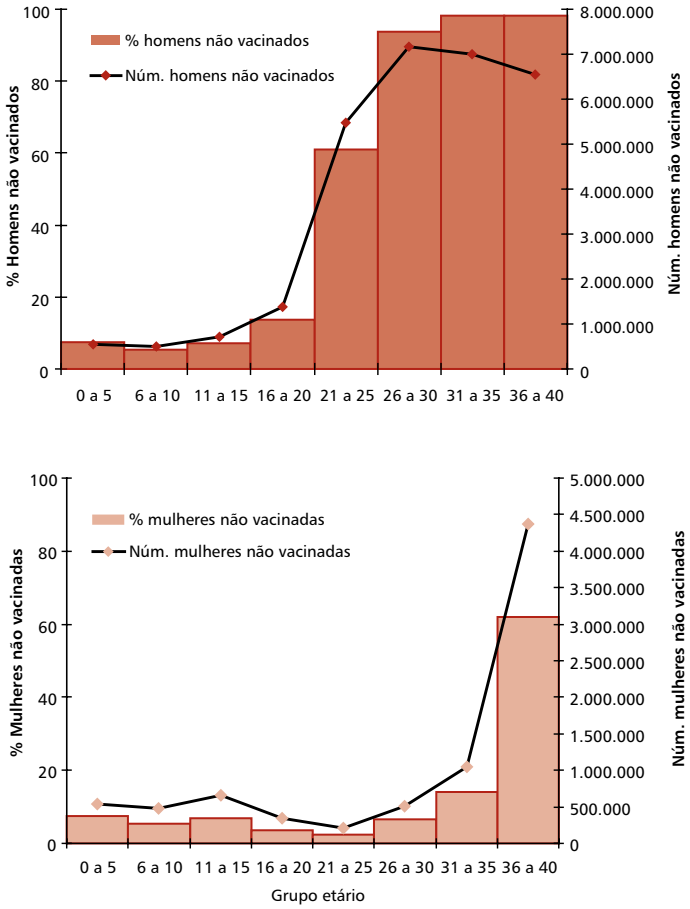


*Crianças <1 ano, fonte: IBGE.
Fonte: SVS/MS.

Para decidir sobre uma estratégia de eliminação da rubéola e da SRC no país, seria necessário ter uma informação mais precisa sobre a população suscetível. Para tanto, foi realizado, em 2006, um estudo da coorte da população não vacinada para rubéola entre 1997 e 2006. Para a realização do estudo foi utilizada a base de dados do Sistema de Informação de Avaliação do PNI (SI-API), que disponibiliza o registro VDV e da VTV, por faixa etária e estratégia adotada (rotina ou campanha).

Na Figura 8, têm-se os dados para todo o país, observando-se que os não vacinados localizam-se, especialmente, na faixa acima de 20 anos, numa proporção de 61% nos homens de 21 a 25 anos, ficando entre 94% e 98% a partir dessa faixa. Nas mulheres, embora a proporção de não vacinadas seja menor, em razão das campanhas anteriores, é possível observar um acúmulo de 'não vacinadas' que no grupo de 36 a 40 anos alcançava um índice de 62%.

Figura 8. Estimativa de número e porcentagem de pessoas não vacinadas* contra rubéola, por faixa etária e sexo – Brasil, 2007



*Vacina DV e VTV.
Fonte: SVS/MS.

Assim, em função desses dados, foi definida a faixa etária de 20 a 39 anos como a população suscetível para vacinação contra rubéola em todo o país. Nos estados do Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro, foram acrescentados ao grupo a vacinar homens e mulheres de 12 a 19 anos de idade, que, conforme a análise citada, registrava alta suscetibilidade nesses estados.

2. A realização da Campanha de Vacinação para Eliminação da Rubéola no Brasil

A definição da necessidade da campanha nacional de vacinação para homens e mulheres, tendo em vista o esgotamento da população ainda suscetível, de forma a interromper a circulação do vírus da rubéola no país, deixando assim a população brasileira livre dessa doença, foi fundamentada na análise da situação epidemiológica, na estimativa da coorte da população não vacinada e na experiência internacional, conforme já referido.

Em 2007, foram iniciadas as articulações no âmbito do SUS e a decisão política foi adotada de forma conjunta pelas três esferas de gestão, após processo de discussão dos aspectos técnicos, operacionais e logísticos, bem como da factibilidade e viabilidade da proposta. Os gestores do SUS – Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde – assumiram o compromisso e envidaram todos os esforços para o alcance da meta preconizada.

Programada inicialmente para os meses de agosto e setembro, a campanha se estendeu até dezembro de 2008. A vacinação foi indiscriminada, independentemente do antecedente de vacinação ou de doença.

2.1 Objetivos

A campanha foi proposta e estruturada na perspectiva de três objetivos fundamentais:

- interromper a transmissão endêmica do vírus da rubéola no território brasileiro;
- atingir, nos grupos de adultos, os suscetíveis para o sarampo, consolidando a estratégia de eliminação desta doença no país;
- alcançar a meta de eliminação da rubéola e SRC, deixando o país livre dessa doença.

2.2 Meta e população-alvo

Foi estabelecido como meta alcançar coberturas de vacinação iguais ou maiores que 95% da população-alvo nos 5.564 municípios brasileiros.

O grupo-alvo correspondeu a 70.149.025 homens e mulheres (Quadro 1). Na faixa de 20 a 39 anos de idade, onde se localizam os não vacinados, o quantitativo correspondeu a 63.410.755. Nos cinco estados em que a população a vacinar foi acrescida do grupo de 12 a 19 anos, o contingente correspondeu a 6.738.270 adolescentes. Incluem-se no total do grupo-alvo a população indígena aldeada e a população que se movimenta entre os municípios da fronteira do Brasil.

Quadro 1. População-alvo da Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola, conforme faixa de idade e diferencial em termos de UF – Brasil, 2008

População-alvo	Homens	Mulheres	Total
População total	34.771.925	35.377.100	70.149.025
Faixa etária de 20 a 39 anos (VDV contra sarampo e rubéola), em todas as UF	31.354.395	32.056.360	63.410.755
Faixa etária de 12 a 19 anos de idade (VTV contra sarampo, caxumba e rubéola), no MA, MG, MT, RJ e RN	3.417.530	3.320.740	6.738.270

Fonte: IBGE; Datasus/MS; SVS/MS, 2008.

Quadro 2. População-alvo da Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola, segundo UF e sexo – Brasil, 2008

Unidade Federada	Homens	Mulheres	Total
Brasil	**34.771.925**	**35.377.100**	**70.149.025**
Região Norte	**2.605.285**	**2.588.276**	**5.193.561**
Acre	114.756	116.070	230.826
Amazonas	573.083	590.336	1.152.399
Amapá	103.427	107.731	211.158
Pará	1.234.115	1.213.718	2.447.833
Rondônia	275.495	274.510	550.005
Roraima	73.786	66.149	139.935
Tocantins	230.623	230.782	461.405
Região Nordeste	**9.386.763**	**9.603.161**	**18.989.924**
Alagoas	487.393	512.847	1.000.240
Bahia	2.399.611	2.418.304	4.817.915
Ceará	1.330.753	1.391.428	2.722.181
Maranhão	1.574.224	1.557.068	3.131.292
Paraíba	591.820	612.745	1.214.565
Pernambuco	1.409.445	1.485.778	2.895.223
Piauí	503.295	512.696	1.015.991
Rio Grande do Norte	753.534	761.385	1.514.919
Sergipe	336.688	350.910	687.598
Região Sudeste	**15.720.062**	**16.030.967**	**31.751.020**
Espírito Santo	594.937	606.357	1.201.294
Minas Gerais	4.678.705	4.631.249	9.309.954
Rio de Janeiro	3.447.761	3.562.695	7.010.456
São Paulo	6.998.659	7.230.666	14.229.325
Região Sul	**4.479.795**	**4.499.947**	**8.979.742**
Paraná	1.728.227	1.752.800	3.481.027
Rio Grande do Sul	1.739.472	1.740.188	3.479.660
Santa Catarina	1.012.096	1.006.959	2.019.055
Região Centro-Oeste	**2.580.020**	**2.654.749**	**5.234.769**
Distrito Federal	430.806	480.047	910.853
Goiás	1.016.663	1.056.213	2.072.876
Mato Grosso do Sul	387.315	391.044	778.359
Mato Grosso	745.236	727.445	1.472.681

Fonte: Datasus/MS; SVS/MS.

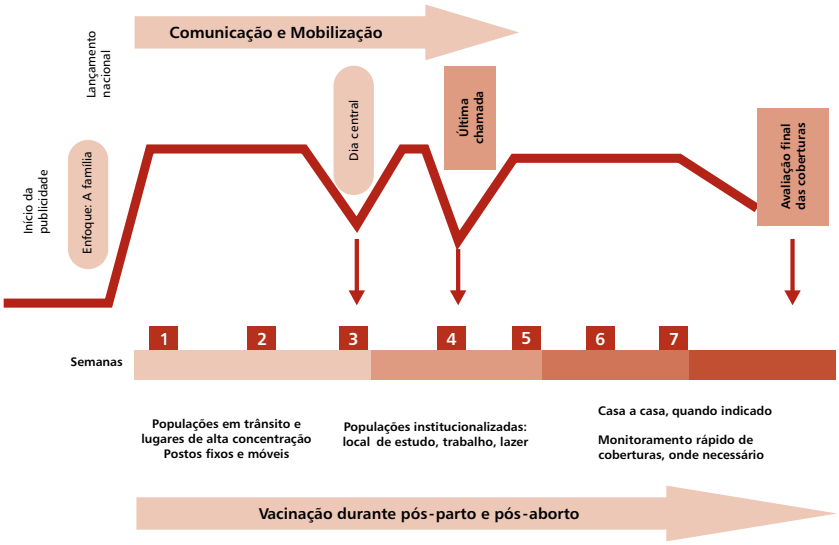
2.3 Estratégias e etapas da campanha

A campanha nacional, conforme esquema apresentado na Figura 9, a seguir, foi desenvolvida basicamente em três etapas.

O início, no dia 9 de agosto, foi marcado pela concomitância com o 2º dia nacional de vacinação contra a poliomielite, focalizando a vacinação da família, considerando os grupos-alvos a vacinar nas duas estratégias: crianças menores de cinco anos e adultos jovens que poderiam ser pais, mães, tios ou responsáveis.

As peças publicitárias utilizando a família 'Zé Gotinha' e casais famosos com seus filhos adotou o *slogan* "VACINAÇÃO VIROU PROGRAMA FAMÍLIA", numa perspectiva que vem sendo trabalhada pelo Ministério da Saúde em várias frentes. A primeira etapa objetivou captar o grupo-alvo em lugares de grande concentração e fluxo de população, mas também com oferta da vacina na rede de serviços do SUS.

Figura 9. Estratégias e etapas da campanha de vacinação para eliminar a rubéola – Brasil, agosto-setembro de 2008



Fonte: SVS/MS.

O dia central da campanha nacional foi 30 de agosto – um sábado –, para permitir que a população em idade economicamente ativa, ainda não vacinada até esta data, especialmente trabalhadores e estudantes, tivesse mais uma oportunidade de acesso à vacinação, em postos fixos ou móveis. Nesta 2ª etapa, a chamada da campanha publicitária adotou o *slogan* "BRASIL LIVRE DA RUBÉOLA".

A vacinação prolongou-se até 30 de dezembro de 2008, totalizando 20 semanas de campanha. A duração variou de estado para estado, de município para município, em razão de características de concentração e/ou dispersão das populações nas comunidades urbanas e rurais. Outro fato que exigiu adequações foi a coincidência com o período de eleições para o Executivo e o Legislativo municipal nos 5.564 municípios brasileiros.

No mês de dezembro, a mobilização foi estimulada por uma chamada adicional, dirigida especialmente aos não vacinados, alertando sobre a responsabilidade destes na manutenção da transmissão da doença e os riscos da SRC para as crianças brasileiras. O *slogan*, neste momento, foi: "AGORA SÓ FALTA VOCÊ!", parodiando o refrão de música bastante popular no país, de autoria da cantora Rita Lee.

Na etapa final, que se estendeu até 20 de fevereiro de 2009, foi realizada uma avaliação das coberturas, utilizando a metodologia de verificação final do alcance da meta. Essa avaliação tomou como base os resultados da vacinação em cada localidade e a análise feita pela equipe de saúde, tendo como referência a sala de vacinação.

Destaque-se que a extensão do prazo desta etapa foi necessária em função do grande número de municípios (5.564) e em consequência do número de salas de vacinação (mais de 30 mil) e a verificação ou checagem da cobertura alcançada.

As estratégias adotadas foram diferenciadas em cada etapa, com as equipes de coordenação buscando a melhor alternativa, mas sempre trabalhando de forma a se complementarem e se adequarem a cada realidade. Algumas UF adotaram desde o início uma estratégia mais agressiva, antecipando ações de busca em instituições, na indústria e no comércio, aliada à manutenção de equipes nos horários de pico em locais de movimentação, o que permitiu avanços significativos na cobertura e o alcance da meta mais rapidamente.

Deve ser ressaltada, de outro lado, a retomada de iniciativas e medidas fundamentais em operações massivas de curta duração que estavam esquecidas ou eram descartadas em função de justificativas muitas vezes falaciosas, como é o caso de colocar a vacina em risco térmico por fazer vacinação extramuros.

A intensidade da mobilização brasileira para a campanha foi uma experiência inédita no país. Pode-se afirmar, sem exageros, que todos os brasileiros foram informados sobre a campanha. A população masculina, especialmente o grupo de 20 a 29 anos, que no primeiro momento manifestou resistência à vacinação, colocando-se como possíveis razões: o medo de injeção; o fato de não se considerar como integrante do grupo suscetível; o não conhecimento da alta incidência da rubéola em homens, sendo o grupo responsável pela manutenção da cadeia de transmissão; o insuficiente entendimento das razões da campanha (eliminação da rubéola e da SRC) e dos argumentos que justificavam a vacinação de homens e mulheres, aderiram à participação na campanha, conforme os dados demonstram.

Como exemplos de estratégias que merecem destaque:

- **Vacinação em estabelecimentos de saúde:** a oferta da vacina foi mantida em todos os serviços de saúde que realizam vacinação na rotina, atendendo à demanda espontânea, busca de não vacinados no atendimento da unidade, e com recomendação para que no período da campanha fossem ampliados os horários de vacinação, inclusive noturno.
- **Vacinação em trânsito e em lugares de alta concentração:** a vacina foi ofertada nos mais diferentes locais e horários mais adequados: mercados, centros comerciais, shoppings, portos, aeroportos, rodoviárias, estações de metrô, comércio ambulante, paradas de ônibus, estádios, centros recreativos e esportivos (jogos do campeonato brasileiro de futebol), igrejas, festas regionais, como a do Peão Boiadeiro em Barreiras/SP, entre outros. Essa foi uma estratégia mantida durante toda a campanha, pela sua efetividade em identificar pessoas não vacinadas e por permitir a flexibilidade de horários, de acordo com cada realidade.
- **Vacinação de populações institucionalizadas:** na fase pré-campanha, por ocasião da microprogramação, foram identificadas instituições que abrigavam populações permanentes, a exemplo de empresas, instituições públicas, colégios, universidades, fábricas, entre outras. Também largamente utilizada, possibilitou que uma grande parcela da população-alvo fosse vacinada nestes locais.
- **Vacinação casa a casa:** a finalidade foi ofertar a vacina àqueles que, por diferentes motivos, não foram vacinados nas chances oferecidas. Esta atividade, bastante complexa nas grandes cidades e periferias, em especial nas áreas expostas à violência, foi viabilizada mediante consulta à comunidade, inclusive para que a visita fosse feita em horários mais convenientes ou com maior probabilidade de encontrar as pessoas em suas residências.
- **Vacinação no pós-parto ou pós-aborto:** as mulheres grávidas à época da campanha foram orientadas a não tomarem a vacina, devendo ser vacinadas imediatamente após o parto ou aborto, disponibilizando-se a vacina e o vacinador em grandes maternidades e nas unidades de saúde.

2.4 Organização e planejamento

A Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola, pela sua magnitude e complexidade, caracterizou-se pela oportunidade de aprendizado para todos os envolvidos em todas as esferas de gestão do SUS, direta ou indiretamente vinculados à vacinação ou ao PNI. A necessidade de estabelecer um plano de ação, com definição de estratégias específicas, foi sentida e desenvolvida em cada canto deste país.

Um Grupo de Gestão Estratégica da campanha foi liderado pelo Secretário de Vigilância em Saúde e integrado por representantes de todos os setores que, de diferentes formas, tinham responsabilidades por atividades vitais para o andamento do trabalho. Nas reuniões semanais, iniciadas em maio, eram procedidas avaliações do andamento das atividades e definidas tarefas específicas para cada um dos setores envolvidos.

Este foi, sem dúvida, um dos pontos de sustentação da campanha, superando impasses, resolvendo questões, articulando setores, dirigentes e pessoas, fazendo com que todos vissem que a campanha não era da CGPNI, ou da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e, sim, do Ministério da Saúde, do SUS.

Assim foram superadas questões relacionadas aos recursos logísticos (licitações; aquisição e distribuição de imunobiológicos; desembaraço de produto importado; aquisição, distribuição e remanejamento de seringas/agulhas; transporte de imunobiológicos e outros insumos; impressão de material; dentre outros), mas também em relação à campanha publicitária; à supervisão e cooperação técnica; aos recursos financeiros; e à formação do comitê de mobilização e às alianças com parceiros. O papel desempenhado pela autoridade maior do Ministério, o Ministro da Saúde, foi fundamental no acompanhamento de todos os passos da operação, lançando mão do seu prestígio e credibilidade para mobilizar a população, autoridades governamentais e gestores do SUS, autoridades dos governos federal, estadual e municipal e a sociedade civil organizada.

O detalhamento da organização e programação por esferas de gestão e a microprogramação formulada na base do Sistema, com identificação e efetivação de estratégias diferenciadas de captação da população, foram fundamentais para o êxito da campanha, inclusive pela necessidade de prorrogar a execução de cinco para 20 semanas, num esforço adicional para alcançar a meta proposta.

A estratégia de mobilização e de comunicação social foi importantíssima. A população-alvo da campanha foi informada e sensibilizada para a vacinação. Todas as ferramentas, desde as mídias tradicionais até o uso pioneiro da internet em uma campanha de vacinação, foram usadas e potencializadas de forma inteligente para informar e esclarecer não somente a população, mas, também, os profissionais de saúde ávidos por conhecimentos atualizados, e também aos incansáveis parceiros e aliados.

A interatividade do nível nacional com as coordenações estaduais e municipais da campanha foi presente de forma contínua e ininterrupta. Isso garantiu a confiança e uma interlocução eficiente e produtiva de sustentação tanto no plano técnico, operacional, quanto no da manutenção de um clima de entusiasmo durante a campanha.

Destaque-se no contexto desta megaoperação a preocupação e a montagem de toda uma estratégia específica para a garantia da vacinação segura e de respostas rápidas a situações que poderiam caracterizar-se como crise e perturbar o andamento do trabalho, a exemplo de notícias 'plantadas' de que a vacinação objetivava a esterilização da população jovem ou de histórias de eventos graves após a vacinação. Todos os níveis do trabalho estavam atentos a essas situações, que rapidamente foram contornadas e solucionadas. Pode-se afirmar, sem exageros, que na história do PNI nunca antes um contin-

gente tão grande de pessoas havia sido vacinado num clima de tamanha tranquilidade.

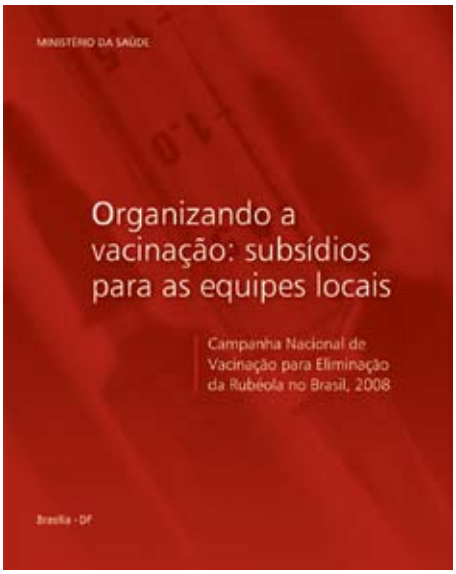
Mencione-se, por fim, a formulação e disponibilização do sistema de informação *on line* que permitiu a obtenção e o acompanhamento de resultados quase em tempo real e inaugurou o salutar costume da consulta constante dessa ferramenta, batizada de vacinômetro. Uma representação do símbolo do PNI (o Zé Gotinha) em um gráfico figurativo automaticamente atualizável que, num lance, mostrava a situação da cobertura de vacinação total e em homens e mulheres, para o país.

A disponibilização de metodologia de monitoramento e avaliação final de coberturas também pode ser destacada como marco do esforço por modernizar e atualizar as possibilidades de verificação de resultados pelo setor saúde.

2.5 Capacitação

A capacitação desencadeada a partir da esfera nacional e pautada na formação de multiplicadores atendeu, principalmente, à necessidade de padronização de conteúdos e de um mínimo de unidade em termos de logística e organização da estratégia de forma ascendente, a partir das necessidades locais.

Para tanto, foi elaborada uma série de documentos disponibilizados em meio impresso e eletrônico, com distribuição para as equipes de coordenação nas UF, chegando, em alguns casos, até aos municípios, a saber: "Plano de ação", com distribuição direta aos gestores (tiragem 8 mil); "Manual técnico-operacional", destinado a subsidiar a campanha em todas as etapas (tiragem 50 mil) e "Organizando a vacinação: subsídios para as equipes locais", para uso dos vacinadores (tiragem 50 mil).



Publicações disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs

O conteúdo desses materiais abrangeu os fundamentos históricos, políticos, técnicos e científicos da decisão pela eliminação da rubéola e da SRC, as estratégias programáticas e todas as orientações necessárias ao desenvolvimento das várias etapas da operação, visando em especial ao vacinador e ao supervisor de campo.

Um cronograma de capacitações foi desencadeado a partir da esfera nacional, iniciando com um encontro entre coordenadores de imunizações das UF para discutir a campanha e estabelecer um esboço do plano de trabalho, contemplando a microprogramação, a vacinação segura, o sistema de informação, a logística, a rede de frio, a supervisão, o monitoramento e a avaliação. A partir daí, num processo em cascata e num prazo de cerca de 30 dias, foram cobertas as cinco macrorregiões do país.

Nos 26 estados e no Distrito Federal, entre maio e julho, da mesma forma, foram elaboradas programações e desencadeados processos de capacitação. Ao fim desse período, portanto, as equipes de saúde do país inteiro conheciam a proposta para eliminação da rubéola no Brasil, formando-se, assim, em curto espaço de tempo, uma considerável massa crítica de profissionais conhecedores da estratégia, e, principalmente, envolvidos com a missão.

Um grupo de profissionais com experiência em imunizações foi preparado para um trabalho de cooperação técnica com estados e municípios, participando das capacitações descentralizadas, da supervisão e do suporte técnico e operacional. Foram realizados encontros regionais para capacitar as equipes e discutir os avanços na programação e na organização da campanha, assim como reforçar alguns aspectos-chave nas diferentes etapas.

Em cada UF as capacitações foram reproduzidas junto aos municípios. No nível local, foi assegurado o treinamento das equipes executoras, abordando, dentre outros, os seguintes aspectos: bases da campanha (justificativa, objetivos, grupos-alvo, estratégias); vacinas (indicações e contraindicações); conservação da vacina (rede de frio); descarte do material utilizado; registro e consolidação de dados; acompanhamento de eventos adversos pós-vacinação (EAPV); conduta em relação à gestante vacinada inadvertidamente; monitoramento e avaliação de coberturas.

Foram mais de 230 mil pessoas envolvidas, entre supervisores, profissionais de saúde, especialmente enfermeiros e médicos, gerentes de serviços, vacinadores, estudantes universitários e de nível médio, motoristas, líderes comunitários, parceiros e aliados nos diferentes pontos do território brasileiro. Do menor ao maior município, todos estavam trabalhando com o mesmo objetivo: fazer a campanha de vacinação contra rubéola acontecer no Brasil.

Cerca de 230,2 mil[9] agentes comunitários de saúde e de controle de endemias tiveram participação ativa na microprogramação nas áreas sob sua responsabilidade, possibilitando, inclusive, a ampla e permanente mobilização da população. Foram fundamentais em todo o processo, inclusive no monitoramento para verificação final de coberturas.

Nesse particular, destaque-se a inclusão do tema da campanha contra rubéola na programação de atividades da III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, concomitante com o III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família, e o IV Seminário Internacional de Atenção Primária/Saúde da Família realizados no período de 5 a 8 de agosto de 2008. Esses eventos ocorreram na semana que antecedeu o lançamento da campanha nacional, oportunizando vários momentos de sensibilização junto a milhares de profissionais da rede do SUS, a exemplo do encontro temático sobre "Atenção Básica/Saúde da Família e vacinação: protegendo grupos-alvo e controlando doenças imunopreveníveis" e da roda de discussão "Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola: o papel das ESF fazendo-a acontecer nos municípios".

---

[9] Fonte: *site* do Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde/MS, com base nos dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). www.saude.gov.br/dab

2.6 Microprogramação

A elaboração da microprogramação constituiu medida fundamental para o êxito da campanha nacional. O objetivo maior era localizar a população-alvo e identificar as formas de alcançá-la em cada município brasileiro, em especial aquela vinculada a uma instituição (indústria, empresa, escola etc.) ou em locais de concentração e de fluxo contínuo (estações rodoviárias, estações de trem, pontos de ônibus, metrôs, dentre outros), principalmente com o intuito de programar as atividades a serem desenvolvidas fora do serviço de saúde.

O primeiro passo consistiu em mapear a área a ser trabalhada para, em seguida, fazer a setorização e o agrupamento de pequenas áreas, como quarteirões, bairros ou localidades. A definição de uma população de referência para cada unidade de saúde foi medida imprescindível, a partir do que foi estabelecida em relação a esta população a ser trabalhada uma adequada programação considerando a necessidade de recursos humanos, adequação de horários das atividades, transporte e suprimento de insumos para a vacinação.

Todos os locais com populações a vacinar foram relacionados e definidas estratégias extramuros, com previsão de horários disponíveis para visitas, num trabalho que exigiu permanente articulação e coordenação com empresas e instituições diversas, assim como a formação de alianças estratégicas com organizações governamentais e não governamentais, conselhos comunitários, dentre outros.

Na prática, foi constatado que nos municípios onde a microprogramação foi feita com critério e atenção às peculiaridades e especificidades, os resultados favoráveis foram obtidos desde o início da campanha. Diferentemente, naqueles municípios que não cumpriram essa etapa do processo de planejamento, o mapeamento foi feito durante a operação, fazendo-se necessário rever roteiros e realizar levantamentos emergenciais capazes de localizar a população-alvo da campanha, exigindo, muitas vezes, recursos adicionais não pensados na fase de organização. Exemplos dessa situação foram identificados durante a execução da campanha, em municípios que tiveram de recorrer, em diferentes etapas da campanha, à reprogramação das ações para alcance das metas.

2.7 Imunobiológicos, outros insumos e logística

A vacina contra a rubéola utilizada na campanha nacional é produzida a partir da cepa Wistar RA 27/3. Essa vacina pode ser apresentada na forma monovalente ou combinada. É liofilizada, sendo reconstituída utilizando diluente de água estéril formulada especificamente para a vacina.

É uma vacina segura e com efetividade média maior que 95%. A resposta máxima de anticorpos é observada entre o 14º e o 21º dia após a vacinação e alguns estudos indicam que a imunidade se mantém por toda a vida[10].

Na campanha foram utilizados frascos de dose múltipla da vacina combinada – VDV ou VTV – contendo 10 doses. Uma dose corresponde a 0,5 ml, devendo ser administrada por via subcutânea no terço superior externo do braço. Para o cálculo da necessidade da vacina, foi considerado um percentual de perda estimado de 20%.

A VDV, utilizada na campanha nacional para a população de 20 a 39 anos, foi adquirida por meio do Fundo Rotatório da Opas do laboratório Serum Institute. É composta pelo vírus da cepa Wistar RA 27/3 da rubéola, conforme já referido, e da cepa Edmonston Zagreb do sarampo.

A VTV, utilizada para a população de 12 a 19 anos de idade, fornecida pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos, da Fiocruz, do Ministério da Saúde, contém as cepas Wistar RA27/3 do vírus atenuado da rubéola, Schwarz de sarampo e RIT 4385 derivado da Jeryl Lynn do vírus da caxumba.

Para garantir a efetividade dessas vacinas num percentual maior que 95%, buscou-se garantir a manutenção das condições adequadas de conservação entre +2ºC a +8ºC, em todos os níveis da rede de frio. A vacina após reconstituição pode ser utilizada até um prazo máximo de oito horas. Da mesma forma, foram orientados os procedimentos para o descarte dos resíduos em relação às sobras de vacinas no final de cada turno de trabalho.

As contraindicações à VDV e à VTV são bastante restritas: antecedente de reação anafilática grave, imunossupressão e doenças agudas graves. Os efeitos secundários à vacinação são pouco frequentes e passageiros. Com relação à grávida, embora exista evidência de que a vacina não provoca malformação ao produto da concepção, optou-se, nesta campanha, por recomendar não vacinar as mulheres gestantes.

A distribuição de quase 90 milhões de doses dessas vacinas, desde o nível nacional para estados e municípios, a partir da Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Insumos (Cenadi), da Secretaria de Vigilância em Saúde, atendeu a cronograma estabelecido a partir da meta de vacinação de cada UF. O cronograma também considerou a capacidade de armazenamento em centrais estaduais e regionais, sendo necessário, em alguns casos, adquirir ou locar equipamentos de refrigeração para complementar a necessidade de estocagem dos produtos. A Cenadi foi, sem dúvida, importante componente desse processo, envidando todos os esforços para garantir o transporte em tempo hábil, dentro das condições adequadas de conservação.

Na reunião de avaliação da campanha, realizada no final de outubro, este item foi pontuado positivamente por técnicos das UF e capitais, vez que, a despeito da grandiosidade da campanha, não houve atrasos na entrega, problemas relacionados à conservação, nem perdas que prejudicassem o andamento das atividades.

---

[10]GREAVES, W. L. *et al*. Clinical efficacy of rubella vaccine. The Pediatric Infectius Disease Journal, [S.1.], v.2, p. 284-286, 1983.

Os estados, por sua vez, montaram esquemas logísticos de distribuição para o nível local, de forma a atender às necessidades sem comprometer a qualidade dos produtos, nem as estratégias estabelecidas para vacinação da população em cada município.

Com relação a seringas e agulhas, que são insumos críticos para a realização da campanha, deve-se destacar o empenho das equipes técnica e administrativa na esfera nacional na busca de soluções para superar impasses no processo de aquisição centralizado e limitações de mercado. O objetivo de todo esse esforço foi o de garantir o quantitativo de mais de 90 milhões de seringas e de agulhas, destinados à diluição da vacina e à vacinação da população. Deve ser ressaltado que a compra centralizada destes insumos (seringas e agulhas) foi uma decisão específica para a Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola, que fugiu do padrão de rotina adotado pela SVS, que, tradicionalmente, elabora uma ata de registro de preços à qual a UF adere, assume o pagamento e o processo de entrega. Além disso, dado o volume a ser adquirido, o parque produtor nacional teve de superar a capacidade de produção para atender às cotas em tempo recorde, ou seja, menos de três meses, entre aquisição e entrega do produto.

Uma das lições aprendidas com este fato diz respeito à necessidade de maior atenção e antecedência no planejamento dos insumos para uma campanha desse porte, evitando-se o estresse vivido pelas equipes em todas as esferas. O esforço despendido e a superação dos impasses, entretanto, permitiram que este também fosse um aspecto bem avaliado pelas equipes estaduais, que reconheceram no Ministério da Saúde a capacidade de resposta às demandas e às intercorrências.

A logística para distribuição de materiais impressos foi estabelecida considerando a capacidade de liberação das publicações pelas gráficas e em função do atendimento às necessidades de utilização dos documentos para o desenvolvimento das atividades previstas como capacitações e mobilizações.

Nesse particular, o transporte de imunobiológicos, seringas e agulhas e materiais impressos resultou em competente e eficiente logística, considerada, na história do PNI, a maior operação já realizada nas últimas décadas pelo Ministério da Saúde, com a efetiva intervenção e atuação da Coordenação-Geral de Recursos Logísticos (CGRL), da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, bem como da Unidade de Gerência de Projetos (UGP), responsável na SVS pela gestão de insumos estratégicos.

2.8 Vacinação em área de fronteira

Dentre os 26 estados basileiros, 11 fazem fronteira com países da América do Sul. São 15,7 mil quilômetros de extensão terrestre, com intensa movimentação de populações.

O Ministério da Saúde desenvolve trabalhos com o objetivo de aprofundar a articulação e a ação integrada interpaíses, para contribuir na organização e fortalecimento dos serviços locais no campo da vigilância em saúde, prevenção e controle de doenças.

Em função da Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola, foram implementadas ações nos pontos de fronteira para garantir a vacinação de cerca de um milhão de pessoas, destacando-se as seguintes iniciativas:

- definição de estimativas populacionais (população flutuante) com maior probabilidade de não estar vacinada contra a rubéola;
- elaboração de plano de vacinação integrado nos municípios de fronteira, contemplando pontos formais e informais de acesso;
- operacionalização da vacinação da população em trânsito identificada nos municípios de fronteira;
- monitoramento rápido da cobertura vacinal (CV) em municípios fronteiriços.

2.9 Vacinação segura

Os aspectos relacionados à vacinação segura receberam uma atenção especial na Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola, em todas as esferas, ressaltando-se: a capacitação de todos os envolvidos, em especial dos responsáveis pela administração das vacinas; a vigilância dos eventos adversos pós-vacinação; o monitoramento das gestantes vacinadas inadvertidamente e o abastecimento de sangue.

Na esfera federal podem ser destacadas a definição de diretrizes, normativas e protocolos, a articulação intersetores dentro do Ministério da Saúde, a capacitação de pessoal, a consulta a *experts* e o estabelecimento de referências por intermédio do Comitê Técnico Assessor de Imunizações (CTAI). Nas demais esferas, além da capacitação dos profissionais e da definição de especialistas como referência, foi efetivada uma vigilância ativa e a pronta investigação das ocorrências.

Vacinadores capacitados para administração de imunobiológicos

A capacitação do pessoal na administração dos imunobiológicos é crucial para a vacinação segura, ainda mais quando se considera o tamanho da rede de vacinadores do SUS e a magnitude da campanha. Assim, tanto os profissionais que atuaram na supervisão como na administração de imunobiológicos foram envolvidos em processo de capacitação continuada, focalizando os procedimentos e indicações para o manejo dos produtos, uso e descarte de seringas, agulhas e sobras de vacinas, o que permitiu maior segurança na realização das atividades.

Para a campanha foram disponibilizados um manual operativo e um módulo específico para subsidiar o desenvolvimento das ações locais destinado a cada supervisor e vacinador, facilitando o treinamento e possibilitando o acesso à consulta em diferentes situações. Um dos destaques deste módulo foi a seção específica sobre a vigilância de eventos associados à vacinação, que, conforme relato das equipes locais, contribuiu para o encaminhamento adequado de notificação indevida de eventos associados à vacinação, descartados pela equipe ainda no serviço de saúde.

Vigilância de eventos adversos pós-vacinação

Uma operação do porte da Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola, com a perspectiva de vacinar cerca de 70 milhões pessoas, representa, como se sabe, a possibilidade do aumento da ocorrência de eventos adversos associados temporalmente à vacinação, além de ser uma realidade o fato de que, nessa situação, é mais comum atribuir à vacina qualquer sinal ou sintoma originado por outras causas, em especial por conta da vacinação de adultos. Essas questões exigiram a adoção de providências e de iniciativas relacionadas a uma melhor preparação das equipes, à definição de protocolos e à indicação de referências técnicas especializadas no nível nacional e nos estados.

A vacina contra a rubéola é segura, mas em 5% das pessoas vacinadas suscetíveis poderão ser observados eventos adversos, na sua maioria sem complicações.

Um aspecto bastante positivo que facilitou a vigilância foi a definição e a disseminação da informação sobre os eventos adversos pós-vacinação (EAPV) a serem notificados imediatamente:

- os EAPV graves, como choque anafilático, hospitalizações e óbito seriam informados imediatamente, por telefone ou por fax;
- os EAPV causados pelos chamados erros programáticos: dose maior ou via de administração diferente da indicada, uso equivocado da diluição ou má assepsia;
- os rumores sobre ocorrências (conversas da população ou dos profissionais, notícias de jornais), os quais deveriam ser investigados de imediato para informar corretamente à população ou aos profissionais envolvidos, especialmente para não levantar ou fortalecer dúvidas quanto à credibilidade, eficácia e segurança da vacina.

No tocante à questão dos rumores, foi necessário orientar as equipes para dar respostas rápidas e acertadas referentes aos EAPV e para o manejo de situações que poderiam resultar em crise para a campanha de vacinação. No nível nacional foi fundamental a atuação dos membros do CTAI e representantes de sociedades científicas e de comunicadores e formadores de opinião trabalhados mediante interlocução com a mídia, tendo em vista a correta informação à população.

Vinculados à Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola, foram notificadas no Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SI-EAPV), até 10 de fevereiro de 2009, 1.372 ocorrências, para um total de 66,7 milhões de pessoas vacinadas, correspondendo a 2,06 para cada 100 mil doses administradas, sendo inferior à freqüência de 2,8 relatada na literatura.

A maior proporção dos eventos notificados foi registrada entre as mulheres (843: 61,4%). A região Sul contribuiu com 449 (36,4%), seguida das regiões Sudeste (399: 29,0%) e Nordeste (265: 19,3%). Nas regiões Norte e Centro-Oeste os registros foram mais escassos, correspondendo a 82 (5,9%) e 177 (12,9%), respectivamente. Quatro estados das regiões Sul e Sudeste concentraram 50% das notificações: Santa Catarina, Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo, respectivamente, 346 (25,3%), 132 (9,6%), 112 (8,2%) e 95 (6,9%).

Com relação aos tipos de eventos, os mais presentes foram: exantema generalizado (471: 28,6%); a tríade – exantema, linfadenopatia e febre (258: 15,7%); e as reações locais intensas (dor/rubor/calor) (226: 13,7%).

A despeito de reconhecer a provável subnotificação de casos, pode-se considerar, diante desses resultados, que o número e o tipo de ocorrências registradas, tendo em conta, especialmente, o universo de pessoas vacinadas com o quantitativo de mais de 66,7 milhões de doses administradas, evidenciam que a vacina é pouco reatogênica e que as equipes estavam devidamente preparadas para a operação. Destaque-se, além disso, a vigilância eficiente em todos os níveis, a atenção dos profissionais e a ação pronta diante de qualquer ocorrência conhecida, tornando esta experiência uma referência para outros países no desenvolvimento de ações coletivas semelhantes.

Gestantes vacinadas inadvertidamente

A vacina contra a rubéola, embora não tenha efeitos teratogênicos no feto, não é indicada durante a gestação[11,12,13,14]. Entretanto, considerando que a vacinação de grávidas pode ocorrer, especialmente quando de operações massivas, é imprescindível o registro e o acompanhamento dessas mulheres. Para tanto, o Ministério da Saúde definiu protocolo de abordagem e orientações para o monitoramento dessas situações.

---

[11]BAR-OZ, B. *et al*. Pregnancy Outcome Following Rubella Vaccination: A Prospective Controlled Study. American Journal of Clinical Genetics, [S.1.], v.130A, p.52-54, 2004.

[12]BADILLA, X. *et al*. Fetal risk associated with rubella vaccination during pregnancy. The Pediatric Infectius Disease Journal, [S.1.], v.26, n.9, p.830-835, 2007.

[13]HAMKAR, R. *et al*. Inadvertent rubella vaccination of pregnant women: evaluation of possible transplacental infection with rubella vaccine. Vaccine, [S.1.], v.24, n.17, p.3558-3563, Apr. 2006.

[14]SÁ, G. R. da Silva *et al*. Seroepidemiological profile of pregnant women after vaccination in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 2001-2002. Pan American Jounal of Public Healt, [S.1.], v.19, n.6, p. 371-378, Jun. 2006.

Na Campanha quando foram vacinadas mais de 34,2 milhões de mulheres, o percentual ficou muito abaixo da estimativa de 5% de gestantes vacinadas inadvertidamente (GVI), conforme estudos já realizados, estando muito abaixo da expectativa em uma operação dessa magnitude. Até a data referida, 13.215 grávidas foram vacinadas, correspondendo a 0,04% do total de mulheres.

Deste total, de acordo com o protocolo definido, foram descartados para acompanhamento 8.256 casos (62,4%) e 4.518 (34%) estão em fase final da análise laboratorial. Serão acompanhadas até o final da gestação, 441 grávidas vacinadas inadvertidamente (3,3%) e seus filhos, na seqüência após o parto. Caso a projeção se confirme, este será o maior estudo já realizado no mundo, no que diz respeito a mulheres grávidas vacinadas contra rubéola, resultando em informações fundamentais confirmando que a vacina é inócua para a gestação e seus conceptos.

Nesse particular, deve ser destacado o trabalho de informação desenvolvido junto à população e aos profissionais de saúde. O uso da internet, especialmente a partir do Ministério da Saúde, com equipes na área de comunicação devidamente treinadas, associada à permanente e atenta equipe da coordenação da campanha, recebendo e respondendo *e-mails*, telefonemas e fax sobre a vacinação, informando e esclarecendo dúvidas e inquietações. A iniciativa de oferecer informações sobre a campanha, com atualização em tempo real, pode explicar a baixa ocorrência de problemas de entendimento sobre a questão e é uma experiência a ser seguida por outros países, em estratégias de vacinação similares.

O outro lado da questão, ou seja, o uso da internet para divulgação de interesses diversos (pessoais, religiosos) e para propagar informações equivocadas ou caluniosas, na tentativa de desviar a atenção do objetivo maior da campanha, também foi enfrentado pela equipes nas três esferas de gestão.

Foram mensagens, muitas vezes anônimas, que questionavam a segurança das vacinas utilizadas ou a justificativa para a realização da vacinação em massa, mensagens de outros países, de grupos 'antivacinas', disseminando informações de que as vacinas possuíam hormônios humanos que provocavam a esterilidade em homens e mulheres. A ofensiva, a exemplo de outros países, foi tão intensa que amostras das vacinas foram enviadas para laboratórios internacionais com o objetivo de obter dados que comprovadamente desfizessem os rumores disseminados.

O Ministério da Saúde também elaborou um plano de comunicação para combater o clima de desconfiança e neutralizar a ação danosa, tanto assim que em menos de quinze dias, os rumores foram, pouco a pouco, desaparecendo, rompendo a cadeia de inquietações e aumentando a adesão da população à campanha.

Esta, sem dúvida, foi uma das experiências gratificantes durante a operação, pois a cada dia aumentava a confiança da população nos profissionais das equipes técnica e de comunicação que atendiam a essas demandas. Esses resultados apontam para uma situação bastante positiva, envolvendo uma questão preocupante pela repercussão emocional na mulher submetida a essa situação (gravidez sob suposto risco de aborto ou malformação do feto).

Abastecimento de sangue e hemoderivados

A questão do abastecimento de sangue para a rede pública de saúde foi alvo de atenção, em função da Campanha de Vacinação para Eliminação da Rubéola, pelo fato do Ministério da Saúde, por intermédio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), estabelecer que as pessoas que forem vacinadas com vacinas de vírus vivos atenuados, não devem doar sangue por período de quatro semanas (RDC nº 153, de 14 de junho de 2004).

Assim, em função de que grande parte do público-alvo da campanha (homens e mulheres de 20 a 39 anos) está, também, incluída como grande parte dos doadores de sangue, foram articuladas diversas iniciativas para não afetar o abastecimento de sangue e seus derivados, a exemplo da realização de campanha nacional de doação de sangue antes do desencadeamento da campanha publicitária relativa à vacinação contra rubéola.

Com os hemocentros foram viabilizadas ações integradas e os doadores de sangue cadastrados foram orientados e chamados para fazerem a doação antes de receberem a vacina. Várias estratégias foram desenvolvidas, destacando-se: a elaboração de um protocolo com orientações para a vacinação de doadores de sangue; a efetiva articulação das coordenações de imunizações, responsáveis pela campanha, com as gerências dos hemocentros, procedendo a um trabalho planejado e eficiente; a organização dos bancos de sangue para, ao receberem os doadores, orientar sobre a importância da vacinação; e a instalação de equipe de vacinação no próprio hemocentro para recebimento da vacina logo após a doação e orientações sobre outras questões.

Com tudo isso não houve solução de continuidade no armazenamento e estoque de sangue e seus derivados nos hemocentros de todo o Brasil. Toda a rede de serviços esteve preparada para atender, fazer a coleta de sangue dos doadores e realizar a vacinação contra rubéola e orientar para a próxima doação, de forma adequada e segura.

2.10 Sistema de informação

Na Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola, a informação oportuna e de qualidade fez o diferencial, em função da disponibilização de uma ferramenta construída em conjunto, pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus) e a CGPNI/Devep/SVS. Acessível via internet, a ferramenta construída permitiu a alimentação e a consolidação dos dados pelo município.

Os dados foram coletados por sala de vacina, por meio de boletim padronizado para os 5.564 municípios, com informações desagregadas por sexo e faixa etária. No tocante aos grupos de idade, houve diferença para os estados que vacinaram a partir dos 12 anos (Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do

Norte) com registro feito em quatro faixas etárias: de 12 a 14; de 15 a 19; de 20 a 29 e de 30 a 39 anos. Para as demais UF foram duas faixas: de 20 a 29 e de 30 a 39 anos de idade.

Para o registro da vacinação foram disponibilizados três modelos de boletim diário:

1. boletim para registro de dados por sexo e tipo de vacina: VTV para as faixas etárias de 12 a 14 e de 15 a 19 anos e VDV para os grupos de 20 a 29 e de 30 a 39 anos, utilizado nos estados do Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte;
2. boletim para registro de dados por sexo para a VDV nas faixas de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos, utilizado nas demais UF;
3. boletim para registro de dados da vacinação com a VTV na população indígena, por sexo, nas faixas etárias de 12 a 39 anos.

O processo de consolidação dos dados tinha início ao fim de cada jornada de trabalho, quando as equipes de vacinação, com o apoio do supervisor, faziam a somatória das doses administradas no município, transferindo-as para o boletim de consolidação do município. Após validação desses dados pela equipe local, para revisão e identificação de inconsistências, estes eram digitados no *site* http://pni.datasus.gov.br, no campo 'Campanha de Vacinação para Eliminação da Rubéola'.

Todos os responsáveis pela informação, em cada município, tinham acesso ao sistema de informação por meio de senha criptografada pelo Datasus, que permitiu a digitação pelo código do IBGE, de cada local, acessível pela tabela do Sistema. A informação do quantitativo de doses administradas em cada município foi gravada pela senha do informante e a CV foi calculada por residência do vacinado a partir dos dados informados, cumprindo fluxo estabelecido: município, regional, estado e Ministério da Saúde.

Os resultados, ao longo de toda campanha, estavam disponíveis para consulta pública, visualizados mediante acesso ao *site* já referido, o que permitiu a transparência em termos de resultados da vacinação, a informação descentralizada e, em consequência a garantia da análise e da tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão e de coordenação das ações, nas fases de execução e avaliação da campanha. Esse sistema também foi disponibilizado para consulta do público, em página da internet, e ficou conhecido como "vacinômetro".

2.11 Supervisão

A Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola, a exemplo de outras ações de caráter massivo e de larga escala, teve na supervisão importante suporte em todas as fases da operação e em todas as situações que exigiam o cumprimento de procedimentos e requisitos de garantia da qualidade e da segurança. Destaque-se como foco específico da supervisão em cada fase do processo:

- durante a organização e programação: como suporte ao adequado planejamento da estrutura necessária à realização da campanha, envolvendo o processo de capacitação, a disponibilidade de recursos materiais e financeiros, o desenho da microprogramação e a programação de atividades, a logística, a rede de frio, a divulgação, o enfrentamento de situações de crise, dentre outras;
- na execução, a finalidade foi verificar, orientar e adequar a condução do processo da vacinação: pró-atividade das equipes; capacidade de superar eventuais impasses; implementação de estratégias diferenciadas; cumprimento de cronograma; acompanhamento de resultados, bem como a realização do monitoramento rápido de cobertura na sequência da vacinação, de acordo com o preconizado;
- na etapa final, de conclusão da campanha, a equipe de supervisão participou ativamente do processo de avaliação da CV para verificar a consecução da meta de vacinação em todos os municípios.

Ainda no tocante ao processo de supervisão e cooperação técnica, durante a campanha todas as UF receberam mais de uma visita técnica ou política, com tempo de permanência que variou conforme a necessidade específica da situação da unidade visitada. Além de dirigentes da SVS, coordenador e técnicos da CGPNI e coordenador nacional da campanha, foram, aproximadamente, 15 supervisores nacionais, três consultores nacionais e sete consultores internacionais (total de 25 profissionais). A atuação, o deslocamento desses técnicos, percorrendo e, conforme a necessidade, fixando-se em alguns pontos do país recebeu o apoio técnico e financeiro da Opas, durante os cinco meses de campanha.

Reunião dos observadores internacionais em Brasilia, 1º de setembro de 2008

Cabe destacar que os consultores internacionais, com grande experiência nesse tipo de campanha, iniciaram os trabalhos a partir do dia 30 de setembro, apoiando as UF com situações de maior complexidade, em especial os cinco estados que adotaram população-alvo diferenciada (Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte) e aquelas UF com grande contingente populacional, como São Paulo e Bahia. Num segundo momento, foram deslocados para áreas que apresentaram dificuldades no alcance da meta, como Tocantins e Goiás.

Essas assessorias, nacionais e internacionais, foram fundamentais no estímulo e orientação às equipes estaduais e municipais para o alcance dos resultados, vencendo barreiras estruturais, capacitando recursos humanos, mobilizando e implementando estratégias diferenciadas para áreas urbanas, rurais e de difícil acesso, para o monitoramento e avaliação de coberturas, e também executando a vacinação, dando o exemplo e liderando equipes em locais de concentração populacional.

A presença de observadores internacionais durante a campanha foi outro aspecto a ser destacado nesta megaoperação. Provenientes dos Estados Unidos da América, do Canadá e da Suíça, estes técnicos foram distribuídos por quatro estados (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia) considerando características específicas, a exemplo do tamanho da população e a existência de grandes áreas periurbanas e periferias com complexidades sociais e econômicas que interferem no andamento da vacinação, que eram de especial interesse dos referidos observadores, e participarem de estratégias que fossem aplicáveis a outros países de grande extensão, a exemplo do Brasil.

A avaliação dos observadores, a despeito de expressarem o inusitado de operação com tal magnitude e complexidade, trouxe contribuições ao desenvolvimento dos trabalhos, com sugestões de estratégias diferenciadas especialmente para os grandes centros urbanos.

2.12 Monitoramento e avaliação

As características e especificidades da Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola exigiram a organização e a estruturação de processo de monitoramento e avaliação para verificar o alcance da meta de cobertura de vacinação, a saber: o fato de ser a etapa inicial de um processo que tem por objetivo a eliminação de uma doença; a necessidade de utilizar diferentes modalidades de vacinação, considerando um público-alvo de adultos; e a meta de vacinar a população masculina.

Em função disso, dois tipos de monitoramento foram adotados: o monitoramento de avanço e o monitoramento rápido de cobertura.

Monitoramento de avanço

No chamado monitoramento de avanço, as equipes estaduais e locais acompanhavam e analisavam os dados diários referentes a pessoas vacinadas e registravam essas coberturas em painéis apelidados de "vacinômetro". Foram também utilizados gráficos e mapas organizados como "salas de situação" em unidades de saúde, nas secretarias municipais e estaduais e na esfera nacional.

A verificação constante no site fez parte da rotina de todos: Ministro da Saúde, secretários de Saúde estaduais e municipais, gestores, dirigentes, profissionais de saúde e população. O próprio Ministro dirigiu uma carta aberta aos profissionais, reproduzida na página seguinte.

O monitoramento das coberturas de vacinação variou de acordo com a semana da campanha, mas depois da 4ª semana o grande desafio era localizar as pessoas ainda não vacinadas, o que exigiu das equipes maior esforço e criatividade em encontrar o mecanismo capaz de possibilitar o alcance da meta, conforme descrito a seguir no item "dinâmica da campanha".

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO
ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS E CERIMONIAL
Esplanada dos Ministérios, Bl. G, sala 525 – 70058-900 Brasília – DF
Telefone: (61) 3315.3592 – Fax nº: (61) 3315.2863 – 3224.8747
E-mail: cerimonial@saude.gov.br

DATA: 02.09.08 **FAX:**

Às equipes de Vacinação, Comunicadores e todos os trabalhadores envolvidos na Campanha Nacional de Eliminação da Rubéola

Total de páginas incluindo esta:

Prezadas e Prezados do nosso Programa Nacional de Imunização, das equipes de Comunicação e de trabalhadores em todo esse grande Brasil,

Visitar o vacinômetro da maior campanha de vacinação já realizada em todo o planeta, que é esta de eliminação da rubéola, já faz parte da minha rotina.

Vibro com cada registro novo, com cada aumento na gradação do vacinômetro, e neles vejo refletido o esforço, o trabalho e a dedicação de cada um e de todos vocês.

No ano em que comemoramos os 20 anos do SUS, tenho a alegria de ver na ação de proteger 70 milhões de brasileiros contra a rubéola, mais um passo firme na solidificação do nosso sistema de saúde. Vejo, não apenas a concretude do ideário sanitarista de um sistema universal e solidário, mas também a possibilidade de eliminar essa doença em nosso país.

Cumprimento a todas e todos pelo trabalho que estamos construindo junto com as equipes dos estados e municípios.

Recebam meu abraço solidário,

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Estado da Saúde

Monitoramento rápido de coberturas

O monitoramento rápido de cobertura foi uma metodologia estruturada para a Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola, baseada em experiências de outros países que realizaram estratégias semelhantes, porém adaptada para a realidade brasileira. O objetivo desse monitoramento é verificar e identificar dois aspectos do resultado da vacinação, de acordo com avaliação do supervisor, a saber: as áreas que apresentam menor probabilidade de terem sido visitadas pelos vacinadores (áreas de difícil acesso, afastadas das ruas principais, áreas de exclusão social etc.) e aquelas áreas consideradas como bem vacinadas.

A metodologia preconiza que para cada monitoramento deveria ser visitado um quantitativo de domicílios que permita, ao final, coletar dados de 100 pessoas na faixa de 20 a 39 anos de idade, ou na faixa de 12 a 39 anos (Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte). Os dados são registrados em formulário próprio de monitoramento de cobertura casa a casa.

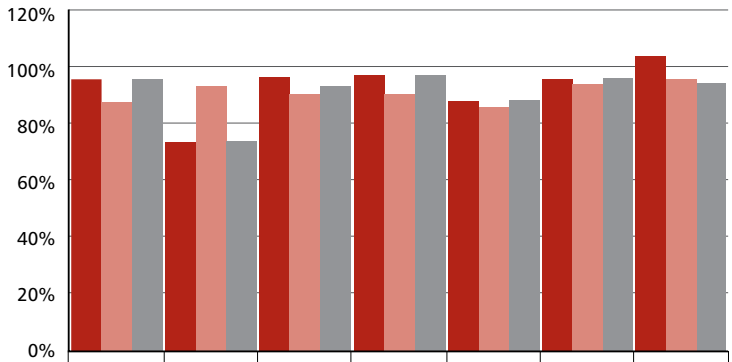
Na oportunidade de visitas domiciliares para o monitoramento, a equipe de vacinação, portando caixa térmica com a vacina e outros insumos necessários, realizou o trabalho de identificar as pessoas não vacinadas. Tendo em vista o devido registro desses determinantes, a equipe perguntou, a homens e mulheres, as razões para a não vacinação.

Um ponto importante da capacitação das equipes responsáveis pelo monitoramento foi o cuidado e a atenção com a coleta dos dados no sentido de garantir a qualidade das informações obtidas, de forma que as análises dos resultados possam apontar as razões concretas da não vacinação. Em alguns monitoramentos chamaram atenção os seguintes aspectos:

- a verificação por meio do monitoramento é fundamental para a confirmação de coberturas elevadas;
- a necessidade de revisão das estratégias de vacinação nos locais em que as altas coberturas administrativas não coincidem com aquela verificada no monitoramento (a exemplo de Cordeiro e Macuco, no RJ);
- verificação de municípios em que a população oficial não coincide com a realidade local (exemplo de Palmas), verificando coberturas maiores no monitoramento do que aquelas registradas administrativamente.

No último exemplo acima referido, gestores de duas capitais, Palmas (TO) e Campo Grande (MS), enviaram documentos oficializando essas discordâncias.

Figura 10. Coberturas vacinais na Campanha de vacinação contra rubéola, comparando diferentes bases de dados – Brasil, 2008



	São Paulo	Palmas	Belo Horizonte	Salvador	Rio de Janeiro	Olinda	Vitória
Cobertura administrativa	97,0%	75,0%	97,7%	98,5%	89,5%	97,2%	105,7%
MRC	90,0%	95,0%	92,6%	91,9%	87,6%	96,0%	97,0%
Cobertura final	97,3%	75,0%	95,0%	98,5%	90,0%	97,0%	95,7%

Fonte: MS/SVS

Pode-se observar no gráfico 10 a comparação da cobertura administrativa com a cobertura encontrada no monitoramento de campo. Esse monitoramento possibilitou encontrar os não vacinados e, com isso, aumentar a cobertura final, além de referendar a cobertura administrativa. Na figura acima, pode-se verificar que a cidade de São Paulo alcançou uma cobertura administrativa de 97% e, no monitoramento o índice encontrado foi de 90%. Com a vacinação das pessoas suscetíveis localizadas pelo monitoramento, constatou-se que essa metrópole está finalmente com 97,3% da sua população protegida.

Outra inferência que o monitoramento pode dar é que nos grandes centros urbanos podem ser vacinadas pessoas que residem em outros municípios, como a realidade observada na figura citada, no que tange as cidades de Belo Horizonte e Salvador.

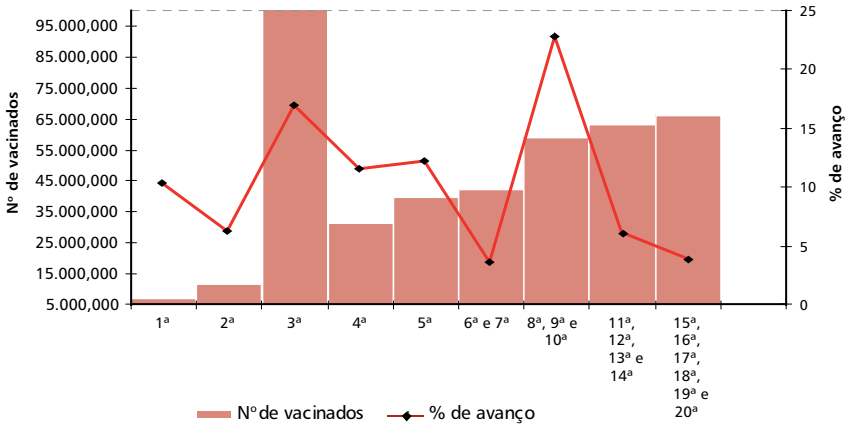
Palmas é um exemplo de que, por vezes, a cobertura administrativa é menor por problemas de estimativa populacional (denominador), mas, quando feito o monitoramento de campo a população vacinada foi de 95% nessa capital.

2.13 Dinâmica da campanha no Brasil

O desenvolvimento da Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola teve uma dinâmica diferenciada em cada região, em cada UF, com mais ou menos avanços decorrentes de particularidades e especificidades de natureza social, econômica, gerencial, administrativa, política e geográfica.

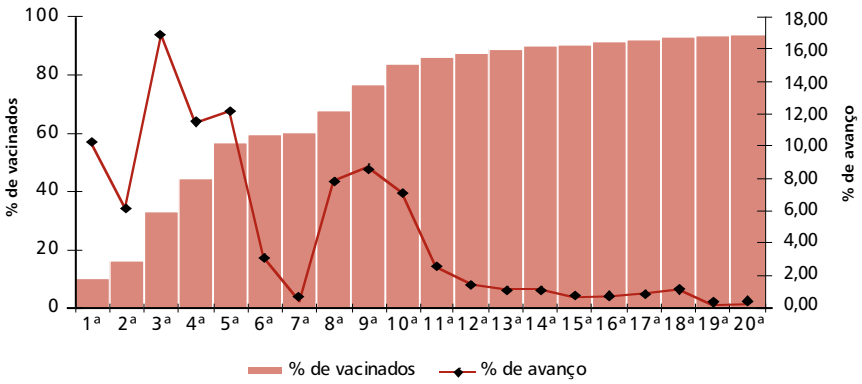
Ao final da primeira semana, a cobertura vacinal em termos de país chegava a 10,23% da população-alvo e vai se elevando para 6,16% e 16,90% na segunda e terceira semanas, respectivamente. Na 6ª e 7ª semanas, os progressos foram mais lentos (3,14% e 0,41%). Na 8ª, 9ª e 10ª semanas da campanha foram desencadeadas estratégias mais agressivas, conseguindo avançar bastante com a captação do público-alvo em áreas de grande concentração, chegando a 22,65% de avanço nestas três semanas (7,83%, 8,7% e 7,12%) (Figura 11). A partir da 11ª semana da campanha, o incremento da cobertura progrediu lentamente, com índices que variaram de 2,50% a 0,26% na 20ª semana. Chama atenção que na 18ª semana em que ocorreu a última chamada de mídia (15/12/08), o incremento cresceu para 1,16%, o dobro da semana anterior, 0,87%.

Figura 11. Campanha de Vacinação para Eliminação da Rubéola – % de avanço e número de vacinados, considerando agrupamento semanal – Brasil, 2008



Fonte: SVS/MS.

Figura 12. Campanha de Vacinação para Eliminação da Rubéola – % de avanço semanal e cobertura vacinal – Brasil, 2008



Fonte: SVS/MS.

Quando se avalia resultados nas diferentes regiões observam-se também variedades no avanço semana-a-semana, com destaque para as áreas metropolitanas em decorrência da adoção de estratégias diferenciadas, mais eficientes e adequadas para captação de populações concentradas. Outro fator a influenciar a diferença foi a presença de profissionais que lideraram a execução de ações extramuros em locais de concentração da população-alvo, com abordagens mais 'personalizadas' em especial da população masculina.

Nas capitais o percentual de pessoas vacinadas correspondeu quase 24% da população geral alvo da campanha; nesses casos a vacinação em empresas, estabelecimentos de ensino, centros comerciais, metrôs, praças, comércio, terminais de ônibus, shows, eventos públicos, igrejas, estádios de esporte, escolas de samba, mostraram-se efetivas e com excelentes resultados.

Vacinação na Escola de Samba Portela, Rio de Janeiro, setembro de 2008, cedida pela SES/RJ

Nos grandes centros urbanos, o acesso a áreas periféricas apresentou maior grau de dificuldade, fazendo-se necessário o estabelecimento de parcerias com associações de moradores ou outras estratégias. No caso das áreas rurais, fatores de dificuldades foram as extensas barreiras geográficas (distâncias, acesso via aérea, terrestre, mar ou rio).

Outro destaque que influenciou no avanço em populações remotas está relacionado à 'Operação Gota', efetivada por intermédio de cooperação com o Ministério da Defesa, mais especialmente com o Comando da Aeronáutica – Comando-Geral de Operações Aéreas (Comgar). Nesta operação, mediante missões aéreas, foram vacinadas populações remotas em seis UF, especialmente nas regiões Norte e Centro-Oeste (Amazonas, Acre, Rondônia, Amapá, Pará e Maranhão). Para muitas áreas, esta é a

única possibilidade de levar as vacinas do PNI a essas populações, incluindo em 2008 a vacina contra a rubéola para o público-alvo da campanha.

Mais um aspecto que influenciou decisivamente para um menor avanço foi a concomitância da campanha com as eleições municipais. Em vários municípios, o envolvimento dos gestores e técnicos do setor saúde no pleito resultou em baixo comprometimento, insuficiência e escassez de recursos de toda ordem.

2.14 Aspectos facilitadores e limitações

Em avaliação da campanha de vacinação realizada no final de outubro, em Brasília, por ocasião de reunião nacional, com a presença dos coordenadores estaduais de imunizações e de representantes de algumas capitais, foram apresentados pelas UF aspectos facilitadores e limitações observadas nas diferentes etapas da campanha. A explicitação destes na sequência possibilitam uma reflexão sobre a realidade em termos de viabilidade e factibilidade de operações dessa natureza. Observe-se, ainda, que pode haver incoerências, vez que um mesmo aspecto pode ser colocado como facilitador e limitador na dependência do avaliador e do contexto e realidade em que foi verificado.

Aspectos facilitadores

De natureza técnica-finalística e política

- oportunidade de consolidar a eliminação do sarampo no país;
- contribuição efetiva para eliminação da rubéola e SRC até 2010;
- vacina segura, pouco reatogênica;
- oportunidade de reafirmação da credibilidade do PNI;
- oportunidade para o fortalecimento da integração, com execução em conjunto, entre imunizações, vigilância epidemiológica e Atenção Básica;
- nova visão em termos das possibilidades de estratégias de trabalho diferenciadas no campo da imunização.

Vinculados à capacidade e competência das equipes do SUS

- oportunidade, capacidade e competência de assessores e cooperadores nacionais e internacionais;
- demonstração de comprometimento, disciplina e esforço das equipes de saúde em alcançar a meta;

- conhecimento e experiência das equipes envolvidas;
- oportunidade de aprendizado quanto à organização de um evento de tal magnitude;
- participação de técnicos das diversas esferas, em especial na adaptação de material técnico.

Vinculados ao planejamento, à organização e à execução

- vacinação de grande contingente populacional em curto espaço de tempo;
- vacinação indiscriminada;
- inserção da população masculina em atividade de promoção da saúde;
- oportunidade de envolvimento/sensibilização/parceria das várias instâncias de gestão (intra e extrasetorial) e de vários segmentos da sociedade;
- oportunidade de planejamento conjunto, envolvendo diferentes esferas e segmentos, com tempo adequado dedicado a esta ação;
- interlocução sem precedentes do serviço de imunização com a Hemorrede;
- oportunidade para o fortalecimento das ações gerenciais relacionadas à: rede de frio, insumos estratégicos, vigilância de EAPV e sistema de informação;
- disponibilização, em tempo hábil e com qualidade, de diretrizes e normas, em manuais e planos;
- cumprimento dos prazos para distribuição de materiais e insumos;
- descentralização da gestão, da informação e de recursos;
- flexibilidade no processo de trabalho, subsidiada pela avaliação do avanço diário da CV, permitindo adequações e orientando a definição de prioridades;
- validação das coberturas administrativas por meio do monitoramento rápido;
- sistema de informação de fácil manuseio, eficaz, didático, ilustrativo, integrando “vacinômetro”, gráficos e mapas de abrangência nacional, por UF e municípios, permitindo a análise e a tomada oportuna de decisões.

Vinculados à comunicação e à mobilização

- adesão da população com resultados imediatos e surpreendentes;
- prontidão em termos de respostas e iniciativas por parte da coordenação nacional da campanha;

- interatividade promovida pela internet, por meio do *site* www.brasillivredarubeola.com.br, esclarecendo, orientando e fortalecendo o trabalho;
- mobilização e divulgação nacional a respeito da magnitude da SRC, enquanto problema de saúde pública, e da importância de se interromper a circulação do vírus;
- participação ativa dos meios de comunicação, reforçando as estratégias como pontos positivos para o SUS.

Limitações

De natureza técnica-finalística e política

- caráter 'benigno' da rubéola;
- apoio restrito ou inexistente por parte de alguns gestores;
- ausência de uma maior articulação com o Tribunal Superior Eleitoral (TSE) na busca de um melhor entendimento da ação, de forma a prevenir decisões relativas à suspensão de atividades imprescindíveis ao alcance das metas;
- realização de quatro campanhas de vacinação em um mesmo ano;
- execução da campanha em período próximo das eleições municipais, com restrição de ações nas duas semanas que antecederam o pleito, e abandono do trabalho nos municípios em que os candidatos da situação foram derrotados;
- simultaneidade com o 2º dia nacional de vacinação contra a poliomielite e com a campanha de vacinação contra a raiva animal;
- simultaneidade com as Olimpíadas de Pequim;
- inclusão da população de 12 a 19 anos em alguns estados;
- período da campanha muito próximo à ocorrência de surto em algumas áreas, com consequente vacinação de bloqueio, o que interferiu no entendimento e aceitação da campanha por parte da população.

Vinculados ao planejamento, à organização e à execução

- protocolos para verificação final das CV da campanha e de vigilância dos EAPV enviados durante o período de execução da campanha;
- atrasos no envio dos materiais e em remessas parceladas, dificultando a redistribuição às regionais e aos municípios;

- curto período para o alcance de população tão significativa;
- dificuldades de transporte, comunicação e divulgação, em algumas áreas;
- tempo limitado entre a realização das capacitações e o repasse do treinamento aos municípios;
- não realização da microprogramação por alguns municípios;
- ausência de previsão, resistência ou dificuldade por parte de alguns municípios para incrementar ações extra sala de vacinação e em períodos e horários fora da rotina, principalmente em lojas, universidades, bares, clubes, shopping, praias, finais de semana e no período noturno;
- baixa cobertura da estratégia Saúde da Família (SF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em áreas metropolitanas;
- déficit e rotatividade dos recursos humanos, inclusive para supervisão, monitoramento e para atuar fora do horário de expediente e nos finais de semana;
- atraso na transferência dos recursos financeiros por parte das esferas nacional e estadual, e valores insuficientes para dar conta da complexidade da ação;
- dificuldades para o pagamento de horas extras, um mecanismo extremamente necessário em operações dessa natureza;
- baixa ou insuficiente capacidade de armazenamento de imunobiológicos em algumas UF e municípios;
- dúvidas em termos da estimativa populacional, com divergências entre a base do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com dificuldades para o monitoramento principalmente nas áreas com baixas coberturas do PACS e da SF;
- ausência do registro por local de residência, dificultando a avaliação, principalmente em pólos urbanos de trabalho, educação, turismo, lazer etc.;
- captação de dados insatisfatória nos municípios com baixa alimentação do sistema de informação;
- demora no repasse das informações relativas à vacinação na população indígena;
- presença de população flutuante em algumas áreas;
- dificuldades de acesso à internet em alguns municípios.

Vinculados à comunicação e à mobilização

- campanha publicitária tímida, com poucas inserções, desconsiderando dificuldades para atingir a meta;
- pouco destaque para o dia "D" realizado em 30 de agosto;
- pouca divulgação quanto à prorrogação da campanha;
- pouco foco na divulgação das consequências da rubéola durante a gravidez;
- reduzido quantitativo dos cartazetes com ilustrações sobre as consequências da SRC e chegada tardia (este material causava grande impacto, para aceitar a vacinação, principalmente nos homens);
- inexistência de recursos financeiros específicos para mídia estadual.

Destaques da campanha nas UF

Na oportunidade da reunião referida, foi prevista uma autoavaliação da atuação de cada UF, tendo-se na sequência os principais pontos da dinâmica da campanha, conforme visão dos representantes estaduais.

Região Norte

Acre

- as ações previstas no plano estadual foram executadas conforme planejado;
- a metodologia adotada nas capacitações foi adequada à realidade, com construção de conceitos e produção da microprogramação;
- equipe qualificada para realizar as capacitações no nível local;
- mobilização de toda equipe dos departamentos da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e das secretarias do governo;
- envolvimento da maioria dos gestores municipais nas atividades;
- divulgação da campanha em grandes eventos no estado, a exemplo da Expoacre, realizada em agosto;
- elaboração de material de divulgação e ampliação das inserções na TV e no rádio;
- acompanhamento diário por parte do gestor estadual.

Amapá

- fortalecimento da parceria e integração entre o PNI e a Atenção Básica;
- participação e apoio de vários setores da SES, inclusive com suspensão de atividades de rotina em prol da campanha;
- a presença de consultores alavancou o desenvolvimento das ações principalmente na capital e municípios onde a população indígena é significativa;
- o envolvimento de instituições, empresas e organizações aumentou a solicitação de vacinações *in loco*;
- parceria entre estado e municípios para a vacinação casa a casa na busca dos não vacinados nas sedes municipais;
- consultor nacional apoiando o planejamento e a execução da campanha.

Amazonas

- parceria com os diversos segmentos da sociedade;
- importante participação das equipes do PACS e SF;
- ênfase na preparação de profissionais de várias áreas técnicas e diferentes formações para atuarem como multiplicadores;
- intensa cobertura dos meios de comunicação (rádio, televisão e jornais);
- mobilização e participação das instituições do setor saúde com as de educação, turismo, comércio e outras;
- consultor nacional apoiando o planejamento e a execução da campanha.

Pará

- campanha apresentada na CIB;
- realização de planejamento conjunto com participação dos diversos setores da SES, diretores e responsáveis pelas áreas técnicas (vigilância, imunização e Atenção Básica) das 13 regionais; coordenadores da capital; Instituto Evandro Chagas, Instituto Felipe Smaldone e Santa Casa de Misericórdia;
- realização de reunião com lideranças religiosas do estado (católicos, evangélicos, espíritas etc.);
- divulgação em rádios, jornais e televisão com participação em entrevistas;
- contratação de empresa para elaboração de campanha veiculada nos canais de TV e rádios do estado;
- consultor nacional apoiando o planejamento e a execução da campanha.

Rondônia

- complementação da divulgação em TV, rádio e jornal;
- apoio importante de todos os setores da SES, com destaque para a direção e gerência da Agência de Vigilância Sanitária (Agevisa);
- participação ativa da vigilância epidemiológica no acompanhamento das gestantes vacinadas inadvertidamente;
- integração com a Atenção Básica e importante participação das equipes Saúde da Família na campanha;
- maior envolvimento das equipes nos municípios que fizeram a microprogramação;
- compromisso dos gestores municipais, destacando-se a disponibilização de transporte e o apoio na mobilização e divulgação;
- participantes da reunião com instituições e organizações mais motivados e envolvidos com as atividades;
- consultor nacional apoiando o planejamento e desenvolvimento das atividades.

Roraima

- fortalecimento da parceria e integração entre o PNI e a Atenção Básica;
- participação e apoio de vários setores da SES, inclusive com suspensão de atividades de rotina em prol da campanha;
- a presença de consultores alavancou o desenvolvimento das ações principalmente na capital e em alguns municípios onde a população indígena é significativa;
- o envolvimento de instituições, empresas e organizações aumentou a solicitação de vacinações *in loco*;
- parceria entre estado e municípios para a vacinação casa a casa na busca dos não vacinados nas sedes municipais;
- consultor nacional apoiando o planejamento e a execução da campanha.

Tocantins

- planejamento e microprogramação com identificação de pontos críticos e definição de estratégias conforme público-alvo;
- UF produziu material complementar (camisetas) e ampliou o número de inserções na mídia;
- presença, apoio, disponibilidade e sensibilidade do gestor estadual;
- envolvimento e interesse dos gestores municipais;
- capacitações desenvolvidas com discussão sobre a estratégia a ser desenvolvida conforme realidade local e boa participação dos envolvidos;

- boa adesão e participação de outras instituições, empresas e organizações;
- integração com a Atenção Básica extremamente positiva, com uso da experiência acumulada para apoiar as atividades;
- integração com Vigilância Epidemiológica também positiva, com presença, disponibilidade e cooperação;
- alta adesão por parte dos técnicos nos diversos níveis e da população em geral, inclusive com registro de baixa recusa;
- consultor internacional apoiando a retomada de estratégias na etapa final da campanha em busca do alcance da meta preconizada.

Região Nordeste

Alagoas

- formação de grupos de supervisores para as 13 microrregiões para atuação na fase de planejamento e microprogramação;
- elaboração do guia estadual para microprogramação;
- capacitação de multiplicadores (coordenadores municipais de imunizações e da Atenção Básica), supervisores microrregionais e coordenadores regionais;
- produção de mídia para TV e rádio, veiculada em todo o período oficial de campanha;
- produção de folder, cartaz, faixas de rua, outdoor (Maceió e Arapiraca) e camisetas;
- presença na mídia do gestor estadual e do vice-governador;
- identificação e mobilização de lideranças e formadores de opinião nos municípios para apoiar a campanha;
- mobilização de vários setores básicos: Serviço Social da Indústria (Sesi), Serviço Social do Comércio (Sesc), Casa da Indústria, grandes supermercados, shopping etc.;
- integração com a vigilância epidemiológica, Atenção Básica e saúde do homem em todas as etapas da campanha, desde o período de planejamento, execução e monitoramento;
- atuação efetiva dos vários setores na SES: área técnica, administrativa e logística de transportes;
- compreensão das equipes municipais quanto à importância da validação da cobertura vacinal.

Bahia

- produção de folder e banner; spot para rádio; busdoor, outdoor; camisetas; criação do *hotsite* estadual 'Tudo sobre a campanha de vacinação';
- presença na mídia, com aproximadamente 22 entrevistas (rádio, TV e jornal);
- pronunciamento do gestor estadual no momento da aprovação dos recursos financeiros na CIB e coletiva com a imprensa;
- realização de videoconferência de abertura da campanha;
- presença de dirigentes da SES no Dia Central da Campanha nas 31 Diretorias Regionais e municípios-sede;
- apoio político e financeiro da maioria dos gestores municipais;
- envolvimento de outros setores nas atividades de vacinação das populações institucionalizadas, incluindo escolas, universidades, entre outras;
- participação de todas as entidades de classe, de forma ativa e efetiva, contribuindo na divulgação por meio dos *sites*, mala-direta, documentos técnicos, entre outras;
- alto grau de integração e trabalho totalmente compartilhado entre as diferentes áreas da SES;
- treinamento para a vigilância da SRC e GVI;
- estruturação de curso básico de fundamentos e práticas de vacinação com metodologia diversificada, para pessoal local;
- dados de monitoramento interno na SES via internet;
- inclusão da variável informação verbal e elaboração de planilha em Excel para consolidação dos dados da verificação final;
- consultor internacional apoiando o planejamento e a execução da campanha;
- presença de observadores internacionais da campanha coletando subsídios ao desenvolvimento de operação semelhante em outros países.

Ceará

- planejamento e microprogramação com identificação de pontos críticos e definição de estratégias conforme público-alvo;
- UF produziu material complementar (camisetas) e ampliou o número de inserções na mídia;
- presença, apoio, disponibilidade e sensibilidade do gestor estadual;
- envolvimento e interesse dos gestores municipais;
- capacitações desenvolvidas com discussão sobre a estratégia a ser desenvolvida conforme realidade local e boa participação dos envolvidos;
- boa adesão e participação de outras instituições, empresas e organizações;

- integração com a Atenção Básica extremamente positiva, com uso da experiência acumulada para apoiar as atividades;
- integração com Vigilância Epidemiológica também positiva com presença, disponibilidade e cooperação;
- alta adesão por parte dos técnicos nos diversos níveis e da população em geral, inclusive com registro de baixa recusa.

Maranhão

- oportunidade de discussão da proposta da campanha com as equipes de todos os municípios;
- realização de 34 oficinas de sensibilização e capacitações descentralizadas na esfera regional e municipal;
- produção de fôlderes, camisetas, botons, spots, banner.
- participação efetiva da mídia na capital e municípios;
- envolvimento efetivo da gestão estadual e de alguns gestores municipais;
- participação efetiva da Atenção Básica em todas as etapas de execução da campanha, em especial nos níveis regional e municipal;
- busca de integração de diferentes setores e instituições em todos os níveis de gestão;
- incentivo à adoção de estratégias para identificação e vacinação da população não vacinada;
- consultor internacional apoiando o planejamento e a execução da campanha.

Paraíba

- participação dos diferentes setores da SES nos diversos momentos da campanha, com destaque para a Vigilância Epidemiológica, Atenção Básica, núcleo de educação em saúde;
- participação da representação dos 223 municípios do estado na capacitação;
- distribuição de informe técnico facilitou o acesso à mídia, com espaço aberto sempre que solicitado;
- apoio do gestor estadual permitiu liberdade de ação para a coordenação da campanha no estado;
- apoio político e financeiro de boa parte dos gestores municipais;
- participação e apoio de diferentes instituições, empresas, organizações, inclusive facilitando o acesso das equipes;
- importante participação da Atenção Básica em todos os momentos da campanha, inclusive pela cobertura de 92% do estado;

- apoio das sociedades científicas, meios de comunicação, Sesi, Senac, OAB, instituições de ensino, religiosas etc.;
- realização de monitoramento e validação de coberturas por todos os municípios, por Unidades Básicas de Saúde com estratégia Saúde da Família implantadas, independente dos resultados;
- utilização de vários mecanismos de captação da população-alvo, a exemplo da articulação com o Programa Bolsa-Família; da assinatura da declaração de responsabilidade para a recusa da vacinação; do pedido de 'carona' por vacinadoras nas rodovias; do acionamento do Ministério Público para apoiar;
- consultor nacional apoiando o planejamento e a execução da campanha.

Pernambuco

- participação dos diferentes setores da SES nos diversos momentos da campanha, com destaque para a Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica;
- capacitação em microprogramação e sistema de informação de todos os municípios, de forma descentralizada nas 11 gerências regionais (Geres);
- treinamento sobre acompanhamento de GVI e monitoramento de CV nas Geres;
- importante participação de outros setores do governo, a exemplo da Empresa Metropolitana de Transportes Urbanos (EMTU), com afixação de cartazes nos ônibus; do Centro de Trânsito e Transportes Urbanos, com lembretes no painel eletrônico dos semáforos; e Secretaria de Esportes, com divulgação durante os jogos do campeonato estadual;
- participação da Empresa de Correios e Telégrafos, com afixação de cartazes em todas as agências do estado; de operadoras de celular, com divulgação de mensagens de texto SMS; do Bompreço e Wal-Mart, com camisetas para caixas e embaladores;
- criação do blog PNI-PE, hiperlink http://br.geocities.com.pni_pe
- presença de consultor nacional apoiando o planejamento da campanha.

Piauí

- confecção de banners, camisetas, bonés, adesivos, faixas, links no *site* da SES;
- divulgação diária da campanha por meio de entrevistas em TV, rádios, jornais, *sites* de grande acesso no estado;
- apoio e participação da primeira-dama do estado e do Secretário Estadual nos eventos da campanha;
- incentivo por meio de prêmio financeiro aos 10 primeiros municípios que tiverem melhor cobertura vacinal no estado;
- apoio de grande parte dos gestores municipais, em especial para o deslocamento de equipes na zona urbana e rural;

- importante parceria com universidades, hemocentros e hemonúcleos do estado, Fundação Municipal de Saúde e Polícia Rodoviária Federal;
- grande envolvimento das equipes Saúde da Família na campanha: estado tem 97% de cobertura da estratégia;
- compromisso e envolvimento dos técnicos não poupando esforços para o êxito da campanha;
- capacidade de convencimento de muitas equipes e da própria população para sensibilizar e superar as resistências;
- consultor nacional apoiando o planejamento e a execução da campanha.

Rio Grande do Norte

- capacitação realizada para todos os coordenadores regionais e municipais;
- capacitação em eventos adversos para técnicos da URR, dos núcleos de epidemiologia hospitalares e hospitais de urgência e emergência públicos e privados;
- boa receptividade da mídia local pelo tema, divulgando muitas matérias e proporcionando oportunidades de entrevistas;
- excelente apoio do gestor. Secretário e chefias imediatas presentes na mídia, contribuindo para a mobilização. Presença da governadora do estado no dia central de mobilização;
- formação do comitê de mobilização;
- envolvimento de sociedades científicas e conselhos de classe;
- campanha operacionalizada pela atenção básica nos municípios com cobertura de ACS e SF;
- boa receptividade de empresas para instalação de postos de vacinação;
- boa integração da vigilância epidemiológica das exantemáticas em todas as etapas da campanha e CRIE no apoio dos EAPV. Envolvimento de universidades e outros órgãos;
- presença de consultores nacional e internacional apoiando o planejamento e a execução da campanha, bem como apoiando a retomada de estratégias na etapa final da campanha em busca do alcance da meta preconizada.

Sergipe

- cumprimento dos prazos para cada etapa do planejamento;
- capacitação de gerentes e técnicos das áreas de vigilância, imunização e Atenção Básica do estado e dos municípios;
- trabalho ativo das equipes do SF;
- realização de campanha publicitária pelo estado;

- participação ativa do gestor e de vários segmentos do governo, incluindo realização de reunião com prefeitos e secretários municipais de Saúde;
- apoio dos gestores municipais, de forma geral, considerado bom;
- parcerias com o setor privado e com as Forças Armadas;
- procura por parte de empresas para vacinação dos seus funcionários.

Região Centro-Oeste

Distrito Federal

- parceria com instituições governamentais e não governamentais;
- oficina com coordenadoras regionais de saúde;
- utilização de carros de som; divulgação no *site* SES/DF; entrevistas em TV e rádio; divulgação em sociedades e instituições religiosas;
- adesão de várias entidades;
- microprogramação realizada em conjunto com a Atenção Básica;
- articulação com a vigilância epidemiológica na disseminação do protocolo de vigilância dos EAPV e acompanhamento de GVI;
- dedicação e envolvimento de todos os profissionais, em especial na fase de monitoramento e verificação de CV.

Goiás

- capacitação de multiplicadores, coordenadores das regionais e dos núcleos de vigilância dos municípios com mais de 100 mil habitantes;
- realização de seminário para entidades científicas, universidades, conselhos de classe, hospitais e polícias;
- reuniões pontuais com centro de referência em saúde do trabalhador, Sesi, hospitais universitários, dentre outros;
- entrevistas com gestores do estado e da capital e com representantes de sociedades científicas;
- confecção de camisetas;
- apoio da gestão estadual foi pontual e descontínuo, principalmente em função de mudança do gestor no período da campanha;
- mobilização de outros setores do governo estadual (educação, turismo, transporte, dentre outros);
- participação ativa dos núcleos de vigilância e de outras instituições municipais;

- parceria com a Universidade Federal de Goiás no acompanhamento de GVI e EAPV na capital;
- insuficiente envolvimento dos gestores municipais em todos os processos da campanha;
- bom envolvimento e interesse de várias instituições: Sesi, Sesc, shoppings, concessionárias, empresas de telecomunicações, indústrias, igrejas, dentre outras;
- importante atuação dos Agentes Comunitários de Saúde;
- bom envolvimento de vários setores na SES: área técnica, administrativa e logística;
- montagem de equipe de vacinação volante para apoio à vacinação na capital;
- integração contínua entre coordenação estadual da campanha, regionais e municípios para validação das CV;
- presença de consultores nacional e internacional apoiando o planejamento e a execução da campanha, bem como apoiando a retomada de estratégias na etapa final da campanha em busca do alcance da meta preconizada.

Mato Grosso

- fase de planejamento e microprogramação contribuindo para a definição de atribuições das equipes, descrição e levantamento das dificuldades;
- participação das equipes da vigilância, imunização e Atenção Básica;
- processo de capacitação realizado pelo estado junto a todas as regionais de saúde, possibilitando estratégias diferenciadas por região;
- boa interação intersetorial por parte dos gestores da saúde;
- participação de várias instituições, empresas, organizações, indústria, comércio, bancos, associações, conselhos etc.;
- importante integração com a Atenção Básica, inclusive para mobilização de equipes para arrastões em horários diversos, aos sábados, domingos e feriados;
- presença de consultores nacional e internacional apoiando o planejamento e a execução da campanha, bem como apoiando a retomada de estratégias na etapa final da campanha em busca do alcance da meta preconizada.

Mato Grosso do Sul

- parceria com os diversos segmentos da sociedade;
- importante participação das equipes do PACS e SF;
- ênfase na preparação de profissionais de várias áreas técnicas e diferentes formações para atuarem como multiplicadores;
- intensa cobertura dos meios de comunicação (rádio, televisão e jornais);

- mobilização e participação das instituições do setor saúde com as de educação, turismo, comércio e outras;
- consultor nacional apoiando o planejamento e a execução da campanha.

Região Sudeste

Espírito Santo

- visita da coordenação estadual aos municípios com coberturas mais baixas e com mais problemas políticos;
- realizados outros dias de mobilização em municípios específicos para incremento da cobertura;
- capacitações para o monitoramento rápido de CV em todo o estado;
- empenho das equipes de vacinação mesmo diante do trabalho intenso, cansativo, em horários não convencionais, sem apoio financeiro;
- apoio de muitos parceiros, especialmente grandes empresas;
- ocorrência de poucos eventos adversos dignos de nota.

Minas Gerais

- estabelecimento de um plano de publicidade com a assessoria de comunicação social da SES, com manutenção de mídia por mais de 45 dias;
- realização de entrevistas pelos técnicos durante toda a campanha, informando os avanços e convidando toda a população a vacinar;
- confecção de "novelinha" sobre rubéola e SRC para os 853 municípios;
- produção de cartazes e fôlderes pelos municípios, cada um à sua moda;
- participação de clubes de futebol e desportistas e mobilização em grandes eventos;
- apoio efetivo de dirigentes e setores diversos da SES e das regionais;
- incorporação à planilha de avaliação de resultados informação sobre grupo etário e sexo, o que permitiu melhor análise e compreensão da situação da campanha pelas equipes, facilitando a orientação de estratégias locais para alcançar a cobertura;
- presença de consultores nacional e internacional apoiando o planejamento e a execução da campanha;
- presença de observadores internacionais da campanha coletando subsídios ao desenvolvimento de operação semelhante em outros países.

Rio de Janeiro

- realização de capacitação dos técnicos municipais das áreas de imunização e vigilância;
- importante participação da Fiocruz;
- produção de vários materiais: camisetas, banner e cartazes;
- apoio do gestor estadual com presença na abertura da campanha, recepcionando observadores internacionais;
- assessoria de comunicação gerando oportunidades na mídia;
- municípios mobilizando recursos humanos em instituições de formação, identificando parceiros nas empresas e articulando a mídia local;
- atenção Básica muito presente, especialmente em nível central (macroapoiadores);
- equipe de vigilância experiente e proativa;
- presença de consultores nacional e internacional apoiando o planejamento e a execução da campanha;
- presença de observadores internacionais da campanha coletando subsídios ao desenvolvimento de operação semelhante em outros países.

São Paulo

- grande participação e envolvimento das equipes regionais e municipais;
- parcerias com organizações governamentais e não governamentais, universidades, empresas privadas etc.;
- grande mobilização social como reflexo das ações locais e excelente mídia (TV, rádio, revistas, jornais, *site* das empresas);
- chamada estadual especialmente voltada para os homens;
- realização de vacinação em universidades, loja a loja, no metrô;
- envolvimento de lideranças e personalidades de peso estadual e nacional, especialmente na área esportiva;
- presença de consultores nacional e internacional apoiando o planejamento e a execução da campanha;
- presença de observadores internacionais da campanha coletando subsídios ao desenvolvimento de operação semelhante em outros países.

Região Sul

Paraná

- orientações para as regionais e os municípios-sede repassadas ainda em fevereiro de 2008, por meio de reunião;
- bom envolvimento da mídia (chamadas, entrevistas e reportagens);
- produção de material de divulgação (SMS, empresas e comércio);
- parceria com times de futebol;
- adesão do gestor estadual na sensibilização dos gestores municipais, população, profissionais de saúde, diretores das regionais e outros, por meio de coletivas de imprensa, reuniões, eventos, seminário, Escola de Governo, correspondência (setores público e privado, clubes de serviço, conselhos, PM etc.);
- recursos para aquisição de insumos, confecção de material para divulgação;
- parcerias com instituições públicas de ensino, privadas, comércio, indústria, meios de comunicação locais;
- contribuição de parceiros na divulgação, com a produção de cartazes, envio de correspondência e confecção de faixas;
- integração com a Atenção Básica, com participação das equipes (levantamento da população, chamada casa a casa e monitoramento);
- consultor nacional apoiando o planejamento e a execução da campanha.

Santa Catarina

- o desenho do planejamento e da microprogramação foi definido conforme a realidade do estado: etapas da campanha; atribuições de cada componente; sistema de informação, material a ser produzido e reproduzido; parcerias; logística; suporte institucional; e avaliação da distribuição populacional por região;
- realização da capacitação centralizada realizada em maio, envolvendo 62% do público-alvo, e a descentralizada em junho/julho;
- capacitação do nível local de responsabilidade dos municípios;
- realização de reuniões de sensibilização com parceiros, instituições não governamentais diretamente e por meio de webconferência;
- desenvolvimento de campanha publicitária estadual com mídia de rádio, telejornalismo, *e-mail* marketing e parcerias com *homepages* governamentais e não governamentais;
- produção de material de divulgação específico para alerta às grávidas;
- produção de comprovante de vacinação específico;
- vários municípios com produção própria: panfleto e camiseta;

- incentivo, por meio de certificado, às instituições com 100% dos funcionários vacinados;
- apoio do gestor estadual e na grande maioria dos municípios, incluindo o pagamento de horas extras e a cessão de veículos;
- sensibilização de outras instituições, empresas e organizações com atendimento ao chamado;
- utilização da internet para mobilização, integração e divulgação;
- bom trabalho de sensibilização e 100% de integração com a Atenção Básica;
- envolvimento dos profissionais de imunização com formação de verdadeira corrente humana;
- sensibilização e adesão da população masculina;
- monitoramento do avanço diário e digitação centralizada permitiram avaliação e intervenção em tempo real de cada município, evitou o atraso da informação e motivou as equipes;
- consultor nacional apoiando o planejamento e a execução da campanha.

Rio Grande do Sul

- planejamento e microprogramação da campanha permitiram avançar no aprendizado do planejamento, da organização, do monitoramento e da avaliação;
- capacitação possibilitando preparação conjunta da campanha, compartilhando e agregando estratégias locais diferenciadas;
- plano publicitário do estado focado no segmento de mais difícil convencimento para a vacinação;
- municípios desenvolvendo trabalhos fantásticos para mobilização, divulgação e compromisso em eliminar a SRC;
- Conselho Regional de Enfermagem (Coren) como exemplo de engajamento na campanha;
- superação de diversas situações por parte das equipes para não comprometer o sucesso da campanha;
- consultor nacional apoiando o planejamento e a execução da campanha.

2.15 Custos da campanha

A esfera federal contribuiu com mais de R$ 310 milhões, evidenciando o compromisso político e a prioridade técnica dada pelo governo brasileiro a esta ação. Abaixo, detalhamento dos investimento.

Custos Operacionais da Campanha da Rubéola	
Repasse fundo a fundo (TFVS) para estados e municípios	R$ 42.784.059,59
Sub-total	R$ 42.784.059,5900
Insumos	
Aquisição de seringas e agulhas	R$ 11.566.718,53
Vacina Dupla Viral	R$ 70.966.170,00
Vacina Tríplice Viral	R$ 162.784.908,40
Sub-total	R$ 245.317.796,9300
Transporte de insumos	R$ 1.998.450,35
Material instrucional	
Impressão de cadernetas de vacinação	R$ 1.876.000,00
Impressão de adesivos	R$ 412.333,33
Impressão de folder/cartilha	R$ 125.220,00
Sub-total	R$ 2.413.553,3300
Campanha publicitária	R$ 19.382.572,86
Total	R$ 311.896.433,06

Fonte: SVS/MS.

3. Comunicação social

3.1 Ações do Ministério da Saúde

Introdução

Para uma campanha dessa magnitude, o desenho da estratégia de comunicação social foi estruturada de maneira a atender à necessidade de captar grupos diversos, utilizando mensagens diferenciadas, inclusive em função de cada fase de execução da operação. O uso de várias mídias foi viabilizado pelo Ministério da Saúde, mas vários estados tomaram a iniciativa de realizar também divulgação específica em sua unidade federativa. As mensagens procuravam esclarecer o risco a que estão sujeitos adolescentes e adultos, homens e mulheres, por não estarem vacinados. Nesse processo, foi importante o envolvimento de líderes e personagens reconhecidos e prestigiados pela sociedade, de forma a influenciar positivamente o público-alvo.

A participação dos veículos de comunicação de abrangências nacional e regional foi essencial para informar à população e alertar sobre questões que pudessem suscitar dúvidas e impedir o avanço da campanha. As sociedades científicas, especialmente as de pediatria, obstetrícia, ginecologia, infectologia e imunologia, e o Comitê Técnico Assessor em Imunizações tiveram função importante como porta-vozes e formadores de opinião.

As ações de divulgação da Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola promovidas pelo Ministério da Saúde foram desenvolvidas a partir de três pilares: divulgação na imprensa, campanha publicitária e mobilização social por meio de parcerias com o setor privado, empresas públicas e o terceiro setor. A estratégia da comunicação foi traçada para ampliar o alcance da mensagem dos perigos da doença e garantir a mobilização para vacinação de cerca de 70 milhões de brasileiros.

Impacto da divulgação na imprensa

A estratégia de divulgação na imprensa seguiu o direcionamento principal de garantir espaço na mídia nacional e, na sequência, regionalizar a informação e distribuir o material aos 27 estados do país. A divulgação na mídia atingiu um público potencial de 101,5 milhões de pessoas. A análise mostrou que 90,15% das inserções foram positivas. No período de julho a novembro, o Ministério da Saúde conseguiu mais de 5,6

mil inserções referentes à campanha na mídia nacional e regional. A seguir, o relatório mensal das ações:

Junho 2008

Em evento, no auditório Emílio Ribas, no Edifício-Sede do Ministério da Saúde, em Brasília, no dia 30 de junho de 2008, foi oficialmente instituído o Comitê Nacional de Mobilização Social para Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita no Brasil.

Na ocasião, representantes de diversos parceiros estiveram presentes e as ações destes, durante a campanha, estão listadas, detalhadamente, neste relatório, no item "Parcerias com a Sociedade Civil", na página 108.

Julho 2008

Das 1.840 inserções na mídia nacional e regional obtidas pelo Ministério da Saúde no mês de julho de 2008, o maior número de textos foi para a Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola. Foram 32 pautas sobre o assunto, incluindo regionalização do tema para cada uma das 27 unidades da federação. O resultado foi a inserção de 809 matérias, sendo 100% positivas, atingindo um público de 11,3 milhões de pessoas em mais de 265 veículos com distribuição nacional e/ou internacional.

Agosto 2008

A divulgação maciça teve início no dia 8 de agosto de 2008, por meio de uma coletiva de imprensa concedida pelo Ministro da Saúde. Após esse contato e ainda antes do início da vacinação, o Ministro apareceu mais uma vez na imprensa, desta vez por meio de um pronunciamento em redes de TV, convocando toda a população para a vacinação contra rubéola. Paralelamente, foram veiculadas as peças da campanha e os desdobramentos das parcerias realizadas.

Das 3.101 inserções do Ministério na mídia nacional e regional no mês de agosto, o tema rubéola foi responsável por 2.545 matérias em toda a mídia no país – volume quase cinco vezes maior do que no mês anterior. Houve a produção de 80 textos que foram enviados para a mídia (jornal, *sites*, rádios e televisões) das 27 unidades da federação brasileira, seguido de *follow*. As matérias de rubéola obtiveram 85,35% de inserções positivas, atingindo um público de cerca de 43,3 milhões de pessoas em mais de 801 veículos com distribuição nacional e/ou internacional.

Coletiva do Ministro José Gomes Temporão na abertura da campanha

Setembro 2008

Ao todo, o Ministério da Saúde registrou, no mês de setembro, 2.882 inserções na mídia nacional e regional. As matérias sobre a campanha de vacinação contra a rubéola somaram 1.655 inserções – o que equivale a 57,4% do total do mês. O noticiário sobre o tema atingiu potencialmente 32,8 milhões de pessoas, foi divulgado em mais de 600 veículos de distribuição nacional e internacional e 92% do noticiário sobre o assunto foi positivo.

Secretário de Vigilância em Saúde na abertura da campanha em Brasília

Outubro 2008

No mês de outubro, houve 2.342 inserções na mídia nacional e regional. Porém, o assunto dengue dominou o noticiário. Foram 1.550 inserções, o que corresponde a cerca de 65% do total de inserções do mês. Mesmo assim, o tema rubéola teve 451 inserções. O noticiário atingiu potencialmente 9 milhões de pessoas, foi divulgado em 187 veículos de distribuição nacional e internacional e 92% positivo.

Novembro 2008

Entre o início do mês até o dia 21 de novembro, foram feitas novas ações de imprensa para divulgação da campanha nacional. Com isso, até o momento, o MS registrou 233 inserções sobre o tema rubéola. Público potencial de 5,1 milhões de pessoas em 116 veículos, 100% positivas.

Estratégias utilizadas para divulgação do tema na mídia

A primeira estratégia foi divulgar nota na coluna de Mônica Bergamo, da Folha de S. Paulo, uma das mais prestigiadas do país, iniciando a Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola. A nota foi publicada cerca de 15 dias antes do início da ação. A tática de inserir notas em colunas de prestígio foi usada durante todo o período de divulgação para chamar atenção e qualificar a informação em espaços de prestígio e leitura.

Os correspondentes internacionais também foram envolvidos na estratégia na realização de um café da manhã com a presença do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, em que ele explicou os detalhes da megaoperação de vacinar 70 milhões de brasileiros. Foram convidadas as agências Associated Press (EUA), EFE (Espanha), Agência France-Presse (França), Agência Lusa (Portugal) e Diário Monitor (México).

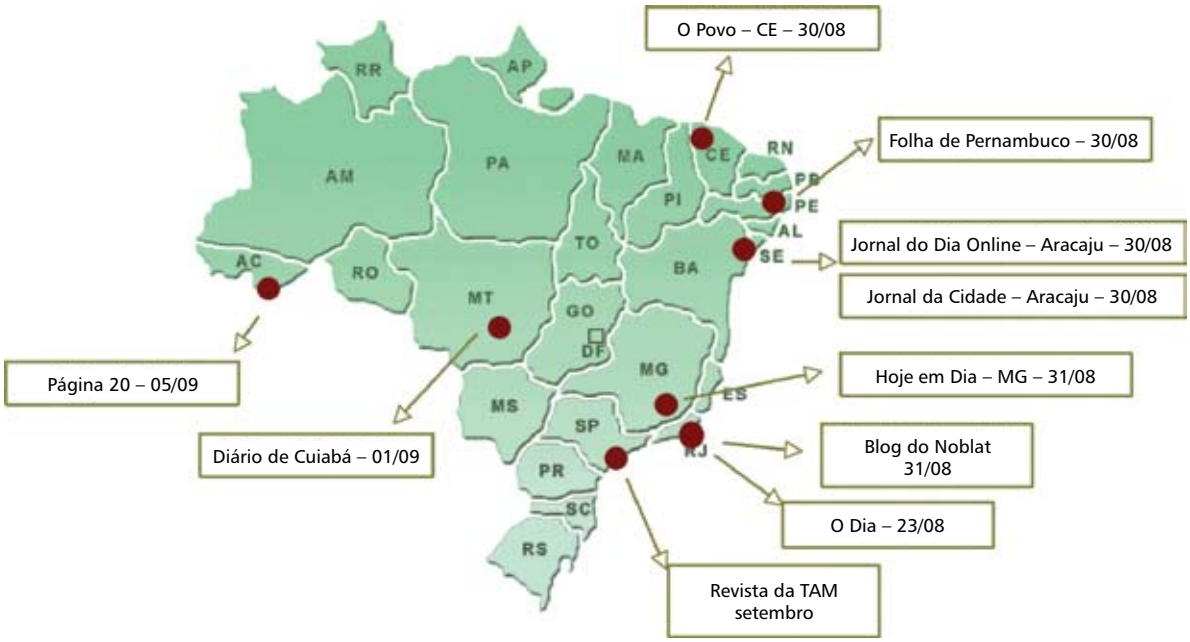
O Ministro da Saúde concedeu coletiva de imprensa no dia 8 de agosto. Após a entrevista, foram produzidos 27 *releases* com as metas por estado e DF. As pautas foram sugeridas para os principais veículos das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Todos os materiais foram distribuídos pelo *mailing* da Agência Saúde e publicados no Portal Saúde. Optou-se pela diversificação na produção de textos com enfoques diferentes para falar do mesmo tema: o lançamento da campanha, a capacitação de técnicos para trabalhar na ação, a logística e a infra-estrutura utilizadas na vacinação, as parcerias entre o MS e as empresas, a presença de observadores internacionais, o reforço da vacinação em lugares de difícil acesso e nas fronteiras, a mobilização, a participação do Ministro em grande evento e a vacinação de artistas pelo país.

Junto à diversificação na produção de textos, fez-se também divulgação direta dos *releases* por telefone, além do envio por *mailing* geral e específico. Os interlocutores de 'maior audiência' da mídia regional, principalmente, em televisões (noticiários e programas de auditório e variedades) e rádios foram contatados para ajudar na divulgação. Monitorou-se áreas onde a incidência da vacinação estava baixa. A divulgação incluiu monitoramento diário do "vacinômetro" para atualização das informações para os estados e municípios. A produção de *releases* com balanços parciais permitiu que os jornalistas reforçassem a divulgação nos locais em que a cobertura estava abaixo da expectativa. Para reforçar esse alerta, foram gravados depoimentos de técnicos do Programa Nacional de Imunizações e do próprio Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, para serem veiculados em rádios desses estados e municípios.

O Ministro José Gomes Temporão incluiu a campanha de vacinação em todas as agendas externas da pasta e participou pessoalmente de mobilizações com grande concentração de pessoas, como a festa regional de peão de Barretos. Também foram produzidos artigos jornalísticos do Ministro convocando homens para se vacinar.

O Secretário de Vigilância em Saúde, Gerson Oliveira Penna, também no dia do lançamento da campanha, concedeu entrevistas a diversos órgãos de imprensa. Aliado aos esforços de comunicação do Secretário e do Comitê Nacional de Mobilização Social para Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita no Brasil, todos os funcionários da Secretaria de Vigilância em Saúde incluíram em apresentações eletrônicas (Power Point) e nas assinaturas de seus respectivos *e-mails* institucionais banners divulgando a campanha. Profissionais de outras secretarias do MS também incluíram os banners.

Artigos publicados



Fonte: Ascom/MS.

Outras ações

Para criar fato novo durante as primeiras semanas de campanha, a comunicação social criou fatos para ser cobertos pela mídia. A seguir, algumas ações:

- No dia 5 de setembro, o campeão olímpico César Cielo foi vacinado pelo Ministro da Saúde, em São Paulo. A repercussão foi positiva, principalmente pelo fato de o nadador estar sob holofotes das mídias nacional e internacional e reforçar a mensagem que a campanha e o Ministro vinham colocando na mídia: homens precisam ser vacinados.

Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, e o campeão olímpico César Cielo

- Presença da Família Zé Gotinha no desfile de 7 de setembro, Dia da Independência da República. O evento foi transmitido ao vivo pela TV Brasil e houve *flashes* na programação lembrando para a população a importância de se vacinar. Houve também a divulgação dessa ação em veículos, como Estado de S.Paulo e Folha Online, além da equipe de plantão ter feito agência e distribuído para todo o país e matéria de rádio com declaração do Ministro José Gomes Temporão.

Desfile de 7 de setembro em Brasília, Dia da Independência da República

- Gravação e divulgação de matérias para serem veiculadas nas rádios dos estados e dos municípios com baixa vacinação.
- *Chat* no Portal Terra com a Dra. Marília Bulhões, Coordenadora-Geral do Programa Nacional de Imunizações (PNI), sobre a campanha de vacinação contra a rubéola e questões relacionadas à doença. O bate-papo com os internautas durou 45 minutos.
- Articulação com líderes católicos e evangélicos para divulgação da campanha em programas televisivos ou de rádios.
- Contato com assessoria de imprensa de grandes times de futebol para que os jogadores entrem com faixa para alertar os homens, principal público da vacinação, da importância da vacinação.
- Contatos com assessoria de imprensa de artistas e atletas – Karina Bacchi, Adriana Bombom, Dudu Nobre, Gabriel O Pensador, Leandro Hassum, Margareth Menezes, Fernanda Takai, Flávio Canto, Fernanda Keller – para que eles citassem a campanha caso fossem participar de algum programa de televisão.
- Envio de notícias com personalidades se vacinando: Fernanda Takai (MG); Adriana Bombom (RJ) e a dupla Guilherme e Santiago (Barretos). Publicação em diversos veículos: O Fuxico, Glamurama, Terra, blog do jornalista Ancelmo Gois e no portal de notícias da Globo – G1.

Campanha de monitoramento e atuação em redes sociais

A comunicação social do Ministério da Saúde monitorou as informações postadas em blogs e comunidades virtuais de *sites* de relacionamento – redes sociais para acompanhar a repercussão das mensagens da campanha de vacinação contra a rubéola, principalmente o impacto da campanha sobre o público masculino. Para rebater informações negativas em comunidades de relacionamento, como no Orkut, foi incluído no *site* o perfil de um personagem fictício chamado João Silva para esclarecer informações sobre a vacina. No mês de agosto foram coletados 170 depoimentos sobre a vacina e, em setembro, 114. O assunto que gerou mais depoimentos foi sobre a esterilização da vacina de rubéola.

Página do *site* de relacionamento Orkut de João Silva, personagem fictício criado pelo Ministério da Saúde para esclarecer dúvidas sobre a vacina contra a rubéola.

Estratégia para ampliar adesão de homens à campanha

Dentro da estratégia de tentar ampliar a adesão de homens à campanha de vacinação contra rubéola, foram colocadas em práticas algumas ações:

Ações da campanha de rubéola junto ao Campeonato Brasileiro de Futebol 2008

Apesar de o futebol ser um esporte originado na Inglaterra, o Brasil se apropriou dele como nenhum outro país. Não raro, usa-se em todo o mundo a expressão "o Brasil é o país do futebol". Apesar do número de mulheres no esporte, seja como desportistas, seja como torcedoras, ainda nota-se nos estádios e campos de futebol a prevalência do público masculino. Logo, os estádios de futebol se tornaram locais estratégicos para se alcançar esse público. Foram realizadas parcerias com Atlético Mineiro, Flamengo, Botafogo, Santos, Portuguesa, Palmeiras e Internacional para que os jogadores entrassem em campo durante os jogos do Brasileirão com a faixa da campanha da rubéola.

- O time do Atlético Mineiro entrou com a faixa em campo no dia 21 de agosto, contra o Goiás. A faixa também foi exposta durante o intervalo do jogo.

- No jogo Internacional *versus* Flamengo, de 24/08, os jogadores do Flamengo também entraram com a faixa da campanha.

- Jogo do Internacional e Portuguesa, no dia 6 de setembro, no Estádio Beira-Rio. Na ocasião, a SMS colocou quatro postos de vacinação ao redor do Estádio.

- O time do Santos também aderiu à campanha, estendendo a faixa durante o jogo contra o Cruzeiro, no dia 24/08. Além disso, o time incluiu a convocação no *site*.

• Os jogadores do Palmeiras também entraram em campo com a faixa da campanha.

- No jogo contra o Náutico, dia 30 de agosto, os atletas do Botafogo ostentaram, além da faixa da campanha, um bandeirão da torcida especialmente confeccionado.

- O Internacional recebeu a Portuguesa no dia 6 de setembro, em Porto Alegre, e também apresentou a faixa da campanha.

Ações e parcerias fechadas na 53ª Festa do Peão Boiadeiro, realizada em Barretos/SP

Vacinação volante na arena

1. Inserção do filme em todos os telões da arena de Barretos;
2. Inserção dos spots em todo o sistema de áudio da arena de Barretos;
3. Testemunhal sobre a campanha, feito pelos principais locutores durante provas realizadas na arena;
4. Distribuição de 10 faixas sobre a campanha em pontos estratégicos de todo o parque da festa de Barretos;
5. Inserção de 4 *blimps* em pontos estratégicos no parque;
6. Parceira com a Unimed para distribuição de fôlderes e cartazes da campanha em sua unidade localizada na Festa de Barretos;
7. Parceira com o Ministério do Turismo para distribuição de fôlderes e cartazes da campanha em sua unidade localizada no evento;
8. Inserção do banner da campanha no *site* oficial dos Independentes, que conta com mais de 1 milhão e 200 mil acessos por semana;
9. Distribuição de banners da campanha em pontos estratégicos no parque da Festa de Barretos;

10. Articulação com a Secretaria Estadual e Municipal para montagem de um posto de vacinação na entrada principal da arena. O posto funcionou neste primeiro final de semana, das 15h às 23h, e vacinou cerca de 900 pessoas. No próximo final de semana funcionou nos dias 29 e 30;
11. Articulação com o grupo Independentes para a permissão da vacinação volante em todo o parque;
12. Fotos com personalidades locais e nacionais vestindo a camiseta da campanha de rubéola;
13. Gravação de testemunhal com os artistas para mobilização da sociedade sobre a importância da vacinação. Depoimentos captados: Cláudia Leitte, César Menotti e Fabiano, Daniel, Zé Henrique e Gabriel e Guilherme e Santiago. Veiculação dos depoimentos em TV e rádio;
14. Entrevistas para a Rádio Saúde com os artistas presentes;
15. Blitz com promotoras em toda a cidade de Barretos distribuindo peças informativas sobre a campanha a conclamando para a vacinação no parque;
16. Produção de 25 placas de outdoors instalados em pontos estratégicos da cidade de Barretos;
17. Veiculação de anúncio de jornal no domingo, dia 24, no principal jornal de Barretos – Diário de Barretos;
18. Ação com *Mobile Truck* nos principais pontos da festa de Barretos durante uma semana;
19. Veiculação do spot da campanha e dos testemunhais dos locutores nas seis principais rádios da região: Independente AM, Barreto AM, Band FM, Jovem Pan FM, Colina FM e 107 FM;
20. Articulação para produção de matérias jornalísticas no Diário de Barretos;
21. Articulação com a Rádio Band para gravação de depoimentos das enfermeiras no posto de saúde;
22. Ação de distribuição de material informativo da campanha feito em todo o parque de Barretos pela Família Zé Gotinha;
23. Desfile de cavaleiro na arena com a bandeira da campanha da rubéola;
24. Articulação com o Hospital do Câncer para montagem de uma estrutura ao lado do posto de vacinação para a veiculação do filme e do spot da campanha;
25. Camiseta da campanha autografada por vários artistas presentes na festa de Barretos.

Outdoors

Ação com *Mobile Truck*

Matérias publicadas no jornal O Diário de Barretos

Vacinação contra rubéola no calçadão

Numa tentativa de ampliar o número de pessoas imunizadas contra a rubéola foi montado posto de vacinação no calçadão da rua 20, no térreo do prédio da ACIB. O atendimento às pessoas de 20 a 39 anos será feito no local até a próxima sexta-feira, das 13h00 às 17h00. A vacina é contra-indicada para mulheres grávidas.

Tininho Júnior

Vacina contra rubéola é aplicada no calçadão da rua 20

Fonte: jornal O Diário de Barretos

FUNDADORES: JOÃO MONTEIRO DE BARROS FILHO E JOEL WALDO DAL MORO (1969-1981)

NSÁVEL: JOÃO MONTEIRO DE BARROS NETO * DIRETORA: MARIANA MONTEIRO DE BARROS BENESI * REDAÇÃO: LUIS OTAVIO MARTINS

Ministro da Saúde lança pedra fundamental no HC

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, faz amanhã em Barretos o lançamento da pedra fundamental do Hospital Infantil Luiz Inácio Lula da Silva. O projeto assinado pela arquiteta Carla Vilhena Darahem prevê a construção em área de 12 mil m² e abrigará ambulatório, setor de quimioterapia, internação e reabilitação. "Além disso, teremos os espaços para áreas de apoio, lazer para os pacientes, centro cirúrgico, brinquedoteca, cinema, salas de aula e de aperfeiçoamento", disse a arquiteta.

De acordo com o diretor financeiro Boian Petrov, a obra está orçada em R$ 30 milhões e será executada a partir de verbas vindas da Lei de Incentivo Fiscal que contempla entidades como o HC da Fundação Pio XII. "Já conseguimos um contato importante na Petrobras e estamos tentando outras empresas", afirmou Boian. O lançamento da pedra fundamental está marcado para amanhã às 10h30, em terreno anexo ao Hospital de Câncer. O ministro José Gomes Temporão tem chegada prevista para hoje no final da tarde, onde visita o Parque do Peão e acompanha o show em prol do HC, pernoitando em Barretos e na segunda-feira visitará o Hospital de Câncer.

Tininho Júnior

DISPUTA NA ARENA DO PARQUE DO PEÃO

O Circuito Barretos de Rodeio tem a final hoje. Confira no suplemento "A Festa é Sua"

Fonte: jornal O Diário de Barretos

Festa do Peão terá vacina contra rubéola

O Ministério da Saúde firmou parceria com a organização da 53ª Festa do Peão para vacinar homens e mulheres de 20 a 39 anos contra a rubéola. A Secretaria de Saúde de Barretos já dispôs de milhares de doses da vacina em posto montado no Parque do Peão, que funcionará nos dias 24, 25, 29 e 30 de agosto entre 13h00 e 21h00.

Fonte: jornal O Diário de Barretos

Ministro acompanha lançamento do "Piozinho"

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, lançou ontem a pedra fundamental do Hospital Infantil Luiz Inácio Lula da Silva. Carinhosamente apelidado por "Piozinho", o espaço anexo ao HC terá construção de 12 mil m² com verba orçada em R$ 30 milhões. Temporão confirmou que vai analisar o pacote de projetos do HC e que ficou impressionado com a humanização do atendimento. "Essa humanização entra em sintonia com o Governo Federal. Com certeza vamos contribuir com esta construção", declarou. No domingo, o ministro e o secretário estadual de Saúde, Luiz Roberto Barradas Barata, assistiram o show em prol do HC, no Parque do Peão. *PÁG 4*

Tininho Santos

Dom Edmilson Caetano, Henrique Prata e o ministro José Gomes Temporão ontem no HC

Fonte: jornal O Diário de Barretos

Blimps

Gravação Rádio Saúde

Gravação com o cantor Daniel

Posto de vacinação

Celebridades vestindo a camiseta da campanha

Os cantores da dupla sertaneja César Menotti e Fabiano

Parceria com o Hospital do Câncer

Testemunhais

Agora é hora de todo mundo gritar junto: – Brasil, livre da rubéola! Brasil, livre da rubéola!

É isso aí, gente… o Brasil já erradicou a paralisia infantil e o sarampo. E agora depende de todos para eliminar a rubéola.

Se você tem entre 20 e 39 anos, procure o posto de vacinação mais próximo. E atenção: no Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte, a vacinação é para quem tem de 12 a 39 anos.

E olha aí que isso é muito importante: homens e mulheres devem se vacinar, mesmo quem já foi vacinado ou já teve a doença.

O prazo é até 12 de setembro. Leve seu cartão de vacinação e carteira de identidade. E não se esqueça de avisar aos amigos e parentes.

Participe. Peão de verdade segura no braço: vacine-se contra rubéola.

Ações publicitárias na mídia brasileira

A campanha publicitária teve como alvo uma população de 70 milhões de brasileiros, tendo como objetivo final esgotar a totalidade de suscetíveis, de forma a interromper a circulação do vírus da rubéola no país. Realizada no período de 9 de agosto a 12 de setembro de 2008, foi dividida em três etapas: a 1ª, com *slogan* **"Vacinação virou programa família"** contou com a participação das famílias do Zé Gotinha e do ator Márcio Garcia. O lançamento foi no dia 9 de agosto, simultaneamente ao Dia Nacional de Vacinação contra a Paralisia Infantil – segunda etapa.

Vacinação virou programa família

Na 2ª etapa, foi utilizado o *slogan* **"Brasil livre da rubéola"**, com a presença de várias personalidades reunidas em um grande estádio de futebol.

Brasil livre da rubéola

A 3ª etapa utilizou o refrão de uma famosa música popular brasileira, de autoria da cantora Rita Lee, **"Agora só falta você"**, para impulsionar a participação do público masculino na reta final da campanha, em novembro. Isto porque, desde o início da vacinação, as mulheres apresentaram maior adesão.

Para alcançar com eficiência os objetivos de comunicação e mídia da campanha, foram utilizados os meios televisão, rádio, internet, revista, jornal e mídia exterior.

Televisão – Veiculação nacional

- Filme 60"
  - » Ações de merchandising no formato de 60 segundos em programa jornalístico popular – Record.
- Filme 15''
  - » Globo, Record, SBT, Band, Rede TV, MTV, TV Brasil, Cultura, Gazeta, TV Mix, TV RIT, Canção Nova e Rede Vida;
  - » 98% de cobertura do território nacional;
  - » Total de 198 inserções.

Televisão – Veiculação regional

- Filmes 30''
  - » Globo, Record, SBT, Band e Rede TV (sendo 250 exibidoras regionais);
  - » 26 estados + DF;
  - » 77% de cobertura;
  - » Total de 16.936 inserções.
- Merchandising 60''
  - » Record – programas regionais dos estados: Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Goiás, Distrito Federal, Rio Grande do Norte, Bahia, Pernambuco, Roraima, Pará, Acre e Amazonas;
  - » Total de 84 inserções.

Rádio – Veiculação regional

- Spots 30''
  - » Capitais e municípios acima de 50 mil habitantes (nos reforços alteramos o corte para todos os municípios com baixo índice vacinal ao longo da campanha) – totalizando 992 municípios;
  - » Veiculação em 1.280 emissoras de rádio;
  - » Total de 74.331 inserções.
- Testemunhal no formato 60 segundos com os principais locutores das principais rádios:
  - » Local de veiculação: região Norte, Bahia, Ceará e Goiás;

- Spot de 30 segundos com os depoimentos das celebridades que participaram de Barretos:
  - » Local de veiculação: Bahia e Ceará – Cláudia Leitte; Goiás e região Norte – Cesar Menotti e Fabiano, Zé Henrique e Gabriel, Guilherme e Santiago e Daniel.

- Ação especial no Programa 2 em 1 da Rede Transamérica – debate ao vivo, em rede nacional, com um profissional da área de saúde: técnico PNI ou SVS.

Internet

- Veiculação nos portais de maior acesso e afinidade com o público-alvo: UOL, Terra, MSN, IG, e Yahoo.
- Veiculação, também, nos *sites* dos principais jornais do país: Globo.com, Estadão, Folha de S.Paulo, Globo Online, Zero Hora, Diário Gaúcho, Jornal de Brasília, Correio Braziliense, UAI, A Tarde, Diário do Grande ABC, Gazeta do Povo, Adital e Lancenet;
- Total de 27.488.811 acessos;
- Compra de 19 mil cliques estimados em link patrocinados (Google).

Resultados

- O Estadão destaca-se com visibilidade. Foram registradas mais de 14 milhões de visualizações de banners. Essa ótima performance é gerada por meio do formato Selo Fixo.
- Em números de cliques pode-se destacar o desempenho do *site* Terra com 13.193 cliques, ou seja, mais de 13 mil usuários chegaram ao *hotsite* da campanha por meio da campanha de banners. Em seguida, destaca-se novamente o *site* Estadão por levar para o *hotsite* da campanha 6.010 usuários por meio da veiculação de banners.
- Vale ressaltar a performance da veiculação do formato diferenciado *Layer Super Banner* veiculado no dia 25/08, das 8 às 9 horas. A peça foi vista 1.074.418 vezes e obteve 4.358 cliques.

Hotsite

- O *hotsite* obteve, até 27 de agosto, 100.319 visitas. Dessas visitas, 49,86% são provenientes da mídia de banners veiculados nos portais, 33,51% referem-se aos usuários que digitam a URL direto no navegador e 16,63% são referentes aos *sites* de busca, principalmente o Google.