

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica

Organizando a vacinação: subsídios para as equipes locais

Campanha Nacional de
Vacinação para Eliminação
da Rubéola no Brasil, 2008

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília - DF
2008

© 2008 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à 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: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2008 – 50.000 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: <http://www.saude.gov.br/svs>

Produção editorial

Projeto gráfico: Fabiano Camilo/All Type Assessoria Editorial Ltda.

Diagramação: Sabrina Lopes

Normalização: Karla Gentil

Apoio financeiro: Organização Pan-Americana da Saúde – Opas

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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

Organizando a vacinação : subsídios para as equipes locais : campanha nacional de vacinação para eliminação da rubéola no Brasil, 2008 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

32p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1492-1

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

CDU 614.47:659.111.31

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0677

Títulos para indexação

Em inglês: Vaccine organization: subsidy for the local team: Vaccination Campaign to Eliminate Rubella in Brazil, 2008

Em espanhol: Organizando la vacunación: auxilio para los equipos locales: Campaña Nacional de Vacunación para Eliminación de Rubéola en Brasil, 2008

Sumário

Apresentação.....	5
O que é a rubéola?.....	7
Por que uma campanha nacional de vacinação contra a rubéola?.....	7
Quais os objetivos da Campanha?.....	8
Qual a meta da Campanha?.....	8
Qual o período da Campanha?.....	8
Quais as fases da Campanha?.....	8
O que é microprogramação? Como realizar a microprogramação?	10
Qual a população-alvo?.....	11
Como definir a população a vacinar (meta)?.....	12
Que outros aspectos devem ser incluídos na microprogramação?	13
Que vacinas serão utilizadas na Campanha?.....	14
Quais as características dessas vacinas?.....	14
Qual a eficácia e proteção das vacinas DV e TV?.....	15
Quais as contra-indicações à administração das vacinas DV e TV?.....	16
Quando deve ser adiada a administração das vacinas DV e TV?.....	16
Como deve ser feito o seguimento de grávidas vacinadas inadvertidamente (GVI)?.....	17
Quais as falsas contra-indicações mais comuns à administração das vacinas DV e TV?.....	17
Quais os cuidados no caso de vacinação simultânea?.....	18
Quais os eventos adversos mais comuns associados às vacinas DV e TV?....	18
Que eventos adversos graves associados às vacinas DV e TV devem ser notificados imediatamente?.....	19

Que cuidados devem ser adotados para o descarte de resíduos da vacinação?.....	19
Como fazer a coleta e o registro da vacinação? Como fazer a consolidação dos dados? Como acessar e alimentar o sistema de informação?.....	20
Como monitorar o avanço diário da vacinação?.....	21
O que é o monitoramento rápido de cobertura (MRC)? Como, onde e quando fazer o MRC?.....	22
Quais as atribuições dos profissionais que operacionalizam a Campanha Nacional de Vacinação contra a Rubéola?.....	25
Que particularidades devem ser observadas na área a ser trabalhada?.....	28
Que ações podem ser implementadas para mobilizar a população e buscar parcerias?.....	28
Anexos	30
Anexo A- Planilha para monitoramento rápido de coberturas (MRC) de vacinação (20-39 anos – Todas as UF)	30
Anexo B- Planilha para monitoramento rápido de coberturas (MRC) de vacinação (12-19 anos – somente nas UF: MA, MT, MG, RJ e RN)	31

Apresentação

Este documento “Organizando a vacinação: subsídios para as equipes locais”, no formato ‘perguntas e respostas’, sintetiza o conteúdo apresentado em dois outros documentos editados em função da Campanha Nacional de Vacinação contra a Rubéola:

- 1) o Manual técnico-operacional¹;
- 2) o Plano de Ação².

O propósito é oferecer mais um instrumental para as equipes estaduais e municipais no desafio de preparar a Campanha em cada pedacinho deste país.

É preciso lembrar que quase 30% do público alvo desta vacinação está concentrado em 96 municípios de grande porte (com mais de 100 mil habitantes) e aí se coloca de forma inquestionável a necessidade de preparar e organizar esta operação da forma mais descentralizada possível, subsidiando as equipes no nível de distrito e de unidade de saúde.

É um desafio gigantesco e, a despeito da grande experiência brasileira na execução de campanhas de vacinação com êxito, esta é uma iniciativa inusitada para a maioria das nossas equipes de saúde, vez que se trata de adultos jovens, homens e mulheres, e envolve a população masculina que, de forma geral, resiste à injeção.

A idéia é que a partir da discussão do conteúdo aqui apresentado as equipes sejam estimuladas a:

- 1) rever a logística e a operação utilizadas tradicionalmente em campanhas;
- 2) planejar a campanha no micro (microprogramação);
- 3) organizar-se para desencadear a campanha no dia 9 de agosto concomitante ao 2º Dia Nacional contra a poliomielite, estruturando os postos para vacinar menores de cinco anos e os adultos jovens que os acompanham;

¹BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual técnico-operacional: campanha nacional de vacinação para eliminação da rubéola no Brasil*, 2008. Brasília, 2008. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

²BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Plano de ação: campanha nacional de vacinação para eliminação da rubéola no Brasil*, 2008. Brasília, 2008. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

- 4) mobilizar instituições e organizações governamentais e não governamentais para participar da vacinação;
- 5) organizar-se para visitar instituições/organizações que agregam contingentes maiores do grupo alvo, articulando parcerias para divulgação, para instalar postos, para treinar vacinadores, para agendar vacinação, etc.;
- 6) organizar-se para fazer o monitoramento nas áreas de baixa cobertura de forma a alcançar a cobertura preconizada em cada micro área.

Por último, deve ser destacado que esta Campanha não é de um setor em particular ou de uma instituição específica. É responsabilidade de toda sociedade brasileira evitar abortos, natimortos e crianças nascendo com deficiência auditiva (surdez), lesões oculares (retinopatia, catarata, glaucoma), com malformações cardíacas e com alterações neurológicas (microcefalia, meningoencefalite, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor).

Brasília/DF, junho de 2008

O que é a rubéola?

A rubéola é uma doença exantemática aguda, de etiologia viral, que apresenta alta contagiosidade e poder de disseminação.

Clinicamente é caracterizada pela presença de exantema máculo-papular e puntiforme difuso, iniciando-se na face, couro cabeludo e pescoço, alastrando-se posteriormente para o tronco e os membros.

A importância da rubéola em saúde pública está relacionada ao risco da infecção em gestantes em face de conseqüências como abortos, natimortos e/ou ser transmitida ao feto e causar a síndrome da rubéola congênita (SRC). Evitar a SRC é o principal objetivo das ações de vacinação e da vigilância epidemiológica da rubéola.

A infecção congênita pelo vírus da rubéola pode resultar em abortamento espontâneo, natimortos e malformações múltiplas. Dentre as anomalias presentes na SRC as mais comuns são: deficiência auditiva (surdez), lesões oculares (retinopatia, catarata, glaucoma), malformações cardíacas (persistência do canal arterial, estenose da válvula pulmonar), alterações neurológicas (microcefalia, meningoencefalite, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor). A SRC é a principal causa prevenível de prejuízos à audição e à cegueira. Um estudo prospectivo realizado na Índia, baseado em dados hospitalares, relatou que 26% de 95 recém-nascidos com catarata tinham resultado positivo (IgM) para a rubéola.

Por que uma campanha nacional de vacinação contra a rubéola?

Antes da introdução da vacina contra a rubéola nos programas de imunização ocorriam surtos da doença a cada 3-6 anos. Com a implantação da vacinação na infância a circulação do vírus foi reduzida.

No Brasil, a redução na incidência da rubéola em mulheres foi resultado das ações de vacinação realizadas a partir de 2001, usando a vacina dupla viral (DV). Infelizmente tais medidas não conseguiram interromper a circulação do vírus da doença, tendo-se, em conseqüência, registro de surto em 2006 que se estendeu pelo ano de 2007. Foram mais de 8.564 casos, sendo que, destes, 161 foram em mulheres grávidas, resultando em 17 casos da SRC.

A partir da análise da situação epidemiológica e da realização de estudo para estimar a população ainda não vacinada, suscetível à doença no país, ficou evidenciada a necessidade da vacinação de homens e mulheres.

A Campanha, portanto, terá como alvo a população de 70 milhões homens e mulheres, tendo como objetivo final esgotar a totalidade de suscetíveis, de forma a interromper a circulação do vírus da rubéola no país.

A administração da vacina será *indiscriminada*, ou seja, homens e mulheres serão vacinados, independente de ter tomado a vacina anteriormente ou de ter tido a doença.

Quais os objetivos da Campanha?

- Interromper a transmissão endêmica do vírus da rubéola.
- Atingir no grupo de adultos aqueles ainda suscetíveis ao sarampo, consolidando a estratégia de eliminação desta doença no Brasil.
- Alcançar a meta de eliminação da rubéola e SRC estabelecida para a Região das Américas para o ano 2010.

Qual a meta da Campanha?

A meta é alcançar cobertura de vacinação maior ou igual a 95% da população-alvo em todos os municípios do Brasil.

Qual o período da Campanha?

A campanha será realizada no período de 9 de agosto a 12 de setembro de 2008.

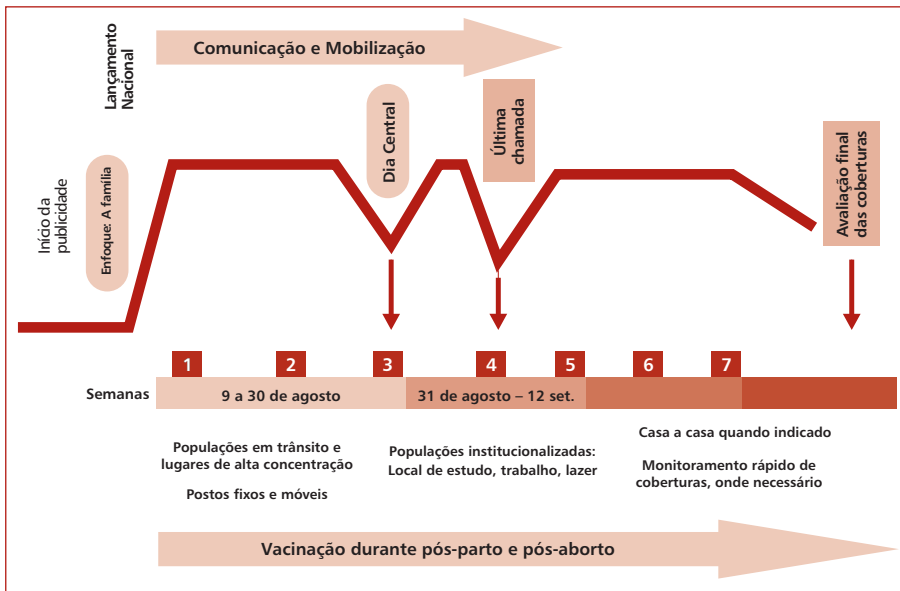
A duração da campanha será de 5 (cinco) semanas.

O lançamento será no dia 9 de agosto simultaneamente ao 2º Dia Nacional de Vacinação contra a Poliomielite.

O dia central da campanha será 30 de agosto de 2008, um sábado, para permitir que a população-alvo (idade economicamente ativa) tenha mais uma oportunidade de acesso à vacinação.

Quais as fases da Campanha?

A Campanha ocorrerá em três fases ao longo das cinco semanas de duração, o que pode variar conforme as características de concentração e/ou dispersão das populações nas áreas urbanas e rurais.



A 1ª fase é dirigida a captar a população em trânsito, por meio da instalação de postos fixos e móveis em locais de grande afluxo e concentração. Esta fase começa no dia 9 de agosto concomitante ao 2º dia de vacinação contra a poliomielite e culmina com a realização do DIA CENTRAL da vacinação – 30 de agosto.

Na 2ª fase é dirigida a captar a população que está localizada em instituições de estudo, trabalho, lazer (fábricas, escolas, universidades, empresas etc.), buscando-se vacinar aqueles que não foram aos postos na 1ª fase. Como a vacinação continua nas unidades da rede de serviços de saúde uma chamada adicional deve ser dirigida à população que ainda não foi vacinada.

Na etapa final será realizada uma avaliação de coberturas para verificação do alcance da meta de vacinação nos municípios, de acordo com os resultados de análise local, adotando-se a metodologia do monitoramento rápido de cobertura (MRC).

A vacinação dos povos indígenas terá uma ação diferenciada, será seletiva, utilizando a TV e as doses aplicadas a partir de abril de 2008 serão consideradas como doses de Campanha. Durante toda a campanha será realizada a vacinação nas maternidades para mulheres no pós-parto e no pós-aborto.

O que é microprogramação? Como realizar a microprogramação?

A microprogramação é realizada na fase de planejamento da campanha e é essencial para alcançar a meta de vacinar 95% da população-alvo em cada município.

O primeiro passo da microprogramação é o zoneamento, ou seja, o agrupamento geográfico de bairros ou localidades, bem como a definição das responsabilidades das equipes dos estabelecimentos de saúde às quais estarão vinculadas essas populações.



Para o zoneamento pode ser utilizado um mapa do município ou do bairro (dependendo do porte), utilizando recursos da informática ou os mapas tradicionais. Nestes serão localizadas as instituições/organizações onde há concentração da população-alvo (hospitais, igrejas, escolas, universidades e outros). A localização no mapa também é útil para o acompanhamento das atividades realizadas em cada microárea.

Por ocasião da microprogramação são identificados os locais de concentração e alto trânsito de pessoas com o objetivo de realizar a programação da localização e período de funcionamento de postos de vacinação temporários na 1ª fase.

Também são identificadas as instituições (empresas, escolas etc.) para montagem das estratégias de vacinação na 2ª fase. É fundamental ter um censo dos grupos pertencentes a cada instituição/organização governamental e não governamental para poder fazer a programação da vacinação.

Após esse mapeamento são definidas datas e locais onde vão ocorrer as vacinações, calculadas as necessidades de pessoal e recursos financeiros, bem como a logística para alcançar esses grupos e atingir a meta de cobertura.

Na microprogramação também são identificadas às formas de mobilização de recursos mediante participação da comunidade local e o estabelecimento de alianças com parceiros.

Qual a população-alvo?

A população-alvo, ou seja, a população a vacinar é constituída por:

- homens e mulheres de 20 a 39 anos de todas as 27 unidades federadas (este grupo será vacinado com a vacina dupla viral – DV – contra o sarampo e a rubéola).
- homens e mulheres de 12 a 19 anos de cinco (5) estados: **Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte** (este grupo será vacinado com a vacina tríplice viral – TV – contra sarampo, caxumba e rubéola).

A tabela a seguir faz a síntese da população-alvo:

Tabela 1. População-alvo da Campanha Nacional de Vacinação, Brasil 2008

População-alvo (12-39 anos)	Homens	Mulheres	Total
População total	34.771.925	35.377.100	70.149.025
Faixa etária de 20 a 39 anos de idade (DV – todas as UF)	31.354.395	32.056.360	63.410.755
Faixa etária de 12 a 19 anos de idade (TV – MA, MG, MT, RJ, RN)	3.417.530	3.320.740	6.738.270

Fonte: CGPNI/Datasus/MS

A tabela a seguir deve ser preenchida com as informações relativas à população de cada localidade a vacinar:

Tabela 2. População-alvo da Campanha Nacional de Vacinação

DS/localidade: _____ Município _____ UF _____ 2008

População-alvo (12-39 anos)	Homens	Mulheres	Total
População total			
Faixa etária de 20 a 39 anos de idade (DV – contra sarampo e rubéola – todas as UF)			
Faixa etária de 12 a 19 anos de idade (TV – contra sarampo, caxumba e rubéola – MA, MG, MT, RJ, RN)			

Fonte:

Como definir a população a vacinar (meta)?

Para definir a meta da campanha em cada município ou bairro (dependendo do porte) serão utilizados três formulários: (1) o formulário para população residente; (2) o formulário para população institucionalizada; e (3) o formulário para população em trânsito.

Formulário para população residente

- Refere-se à população que reside no município, por localidade, cuja base são as projeções oficiais de população do município fornecidas pelo IBGE. Nos municípios com 100% de cobertura do PSF comparar os dados com os do Siab.
- Em todas as UF a população de 20 a 39 anos deverá ser desagregada por sexo e idade, considerando grupos de idade: 20 a 29 anos e 30 a 39 anos.
- No MA, MT, MG, RJ e RN a população de 12 a 19 anos também deverá ser desagregada por sexo e faixa etária, considerando os grupos de idade: 12 a 14 anos e 15 a 19 anos.
- As mulheres que estiverem grávidas durante o mês da campanha serão vacinadas imediatamente no pós-parto ou pós-aborto. Por isto, é necessário conhecer o total de grávidas estimadas¹ no município para calcular quantas mulheres estariam nesta situação durante o período da campanha para disponibilizar as vacinas nas maternidades ou nas unidades de saúde.

Formulário para população institucionalizada

- Refere-se à estimativa da população que se agrega em instituições/organizações por motivo de trabalho, estudo, lazer, convivência ou outro, ou seja, é o quantitativo de pessoas que serão vacinadas em instituições/organizações a exemplo de empresas, escolas, universidades, serviços de saúde, presídios, conventos, quartéis, dentre outros.
- Para obter essa população a coordenação da campanha deverá solicitar as informações formalmente ou coletar o dado em visita às instituições/organizações. Nessas ocasiões é importante identificar o melhor horário e dia para realizar a vacinação.
- Por meio deste formulário também pode ser verificado os faltantes à vacinação e se é necessário nova visita à instituição/organização.

¹Para estimar o número de mulheres grávidas durante o mês de campanha dividir o total de mulheres grávidas esperadas no ano por 12 (12 meses) e multiplicar por nove.

Formulário para população em trânsito

- Refere-se à estimativa de pessoas em trânsito ou que se vacinarão em locais de alta concentração como centros comerciais, estações de ônibus, rodoviárias, ruas, supermercados, shoppings centers, igrejas, assentamentos populacionais, entre outras.

Que outros aspectos devem ser incluídos na microprogramação?

A microprogramação deve incluir também:

- a) **Estimativa de recursos humanos:** necessidade de vacinadores, registradores e outros profissionais ou voluntários para executar a campanha.
- b) **Estimativa de vacina e insumos:** deverão ser estimados e programados, a partir da meta de população a ser vacinada.
 - Para o cálculo do quantitativo de doses de vacina a ser utilizada considera-se a população a vacinar e adiciona-se um percentual de 20% para cobrir eventuais perdas.
 - Devem ser previstas as necessidades de:
 - ♦ seringas para reconstituir e administrar a vacina;
 - ♦ caixas e bobinas térmicas para conservar a vacina;
 - ♦ recipiente apropriado para desprezar material pérfuro-cortante;
 - ♦ cartões de vacinação, adesivos e formulários para registro da vacina administrada;
 - ♦ materiais informativos (cartaz, folder, etc.) para a população.
- c) **Mobilização social:** registrar para as instituições, organizações e outros, a contribuição esperada e a pessoa responsável.
- d) **Divulgação:** fazer a programação das atividades de divulgação a partir da identificação dos veículos de comunicação local e forma de utilização e envolvimento dos formadores de opinião existentes em cada localidade (são formadores de opinião locais: lideranças, religiosos, benzedeiros, locutores de alto-falantes volantes e fixos e de rádios comunitárias, dentre outros).
- e) **Capacitação:** fazer a programação de treinamento de todo pessoal envolvido na campanha em especial os executores da vacinação, incluindo o monitoramento. Lembrar que para a campanha o momento do treinamento constitui uma atualização, ou seja, somente deverão atuar como vacinador quem já tem habilidade para tal.

- f) **Supervisão:** elaborar roteiros de supervisão a partir da programação dos locais, dias e recursos requeridos para o desenvolvimento das atividades de supervisão durante campanha.
- g) **Cronograma de atividades da campanha:** incluir todos os componentes da campanha para construir um cronograma das atividades de vacinação segundo as estratégias.
- h) **Orçamento segundo atividade e fonte planejada:** estabelecer o orçamento da campanha para cada atividade e componente.

Que vacinas serão utilizadas na Campanha?

Na Campanha serão utilizados dois tipos de vacina:

- 1) a vacina tríplice viral (TV) contra o sarampo, a caxumba e a rubéola, para a população de 12 a 19 anos; e
- 2) a vacina dupla viral (DV) contra o sarampo e a rubéola para a população de 20 a 39 anos.

Quais as características dessas vacinas?

Apresentação

A vacina contra a rubéola, monovalente ou combinada, é apresentada na forma liofilizada para ser reconstituída em diluente de água estéril, formulado especificamente para a vacina.

As vacinas DV e TV são resultantes, respectivamente, da combinação das vacinas de vírus atenuados do sarampo e da rubéola e dos vírus atenuados do sarampo, da rubéola e da caxumba.

Composição

A vacina DV, a ser utilizada nesta campanha é composta pelos vírus atenuados da rubéola da cepa Wistar RA 27/3M e pelos vírus atenuados da cepa Edmonston Zagreb do sarampo, cultivados em células diplóides humanas. Oriunda do laboratório Serum Institute of Índia Ltd. foi adquirida por meio do Fundo Rotatório da Opas.

A vacina TV, a ser utilizada nesta campanha, 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, cultivados em células diplóides humanas. Oriunda do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos – Bio-Manguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Dose

A dose individual para as vacinas DV e TV corresponde a 0,5 mL.

Via de administração

As vacinas DV e TV são administradas por via subcutânea, recomendando-se como local de escolha a face externa da região do músculo deltóide do braço direito (terço superior externo do braço).

Seringas e agulhas

Para a reconstituição e administração das vacinas DV e TV utilizam-se as seguintes seringas e agulhas:

- para reconstituir utilizar seringa de 5ml com agulha de 25 x 8,0;
- para administrar a vacina utilizar seringa acoplada de 3 ml com agulha 13 x 4,5.

Conservação

As vacinas DV e TV são conservadas no nível local a temperaturas entre +2°C e +8°C, armazenadas em refrigeradores.

No transporte, na sala ou posto de vacinação as vacinas podem ser conservadas em caixas térmicas de tamanho adequado ao volume e conforme a localidade e a distância.

Prazo de utilização após abertura do frasco

Após o preparo, com o diluente próprio, as vacinas DV e TV podem ser utilizadas por oito (8) horas ou conforme orientação do laboratório produtor.

Este prazo deve ser considerado quando mantida a temperatura recomendada e adotados os procedimentos que evitem a contaminação da vacina.

Qual a eficácia e proteção das vacinas DV e TV?

As vacinas DV e TV são seguras e seus componentes são altamente imunogênicos e eficazes quando administrados a partir de um ano de idade.

A efetividade dessas vacinas é, em média, maior que 95%. A proteção inicia-se duas semanas após a administração do produto, ou seja, a resposta máxima de anticorpos é observada entre o 14º e o 21º dia da vacinação e alguns estudos indicam que a imunidade se mantém por toda a vida.

Quais as contra-indicações à administração das vacinas DV e TV?

As vacinas DV e TV não devem ser administradas nas situações apresentadas na seqüência.

- 1) Pessoas com antecedente de reação anafilática sistêmica após dose prévia de vacina contra rubéola ou sarampo. Entende-se por reação anafilática a reação imediata que se instala habitualmente na primeira hora após o estímulo do alérgeno, podendo apresentar urticária generalizada, dificuldade respiratória, edema de glote, hipotensão ou choque.
- 2) Pessoas com imunodeficiência congênita ou adquirida. Na possibilidade de exposição ao vírus selvagem avaliar risco-benefício individual. Infecção assintomática pelo HIV não constitui contra-indicação.
- 3) Pessoas em uso de corticosteróides em doses imunossupressoras devem ser vacinadas com intervalo de pelo menos um mês após a suspensão da droga.

Quando deve ser adiada a administração das vacinas DV e TV?

A administração das vacinas DV e TV pela possibilidade da não ocorrência de resposta imunogênica deve ser adiada:

- 1) em pessoa que tenha recebido ou esteja recebendo imunoglobulina humana (gamaglobulina), sangue total ou plasma nos três meses anteriores;
- 2) em pessoa portadora de imunossupressão por doença ou terapêutica. Essa recomendação tem como justificativa a possibilidade de não ocorrer resposta imunogênica.

Também deve ser adiada em pessoa com doença grave febril, principalmente para que seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos relacionados à vacina.

Para os transplantados de medula óssea recomenda-se vacinar com intervalo de dois anos após o transplante.

De maneira geral, não se recomenda à administração de vacinas de vírus durante a gravidez. As mulheres grávidas deverão ser orientadas a procurar a unidade de saúde logo após o parto ou aborto para serem vacinadas.

Estudos realizados até o momento no acompanhamento de mulheres grávidas vacinadas inadvertidamente com a vacina contra a rubéola, não registra-

ram a ocorrência de malformações compatíveis com a SRC em nenhum dos recém-nascidos acompanhados. No entanto, a título de precaução e no sentido de evitar associação indevida entre o uso da vacina e a ocorrência de abortos ou natimortos, as mulheres vacinadas deverão ser orientadas a evitar a gravidez por, pelo menos, 28 dias (vinte e oito dias) depois da vacinação.

Como deve ser feito o seguimento de grávidas vacinadas inadvertidamente (GVI)?

Conforme já referido, a evidência disponível atualmente aponta a inexistência de risco de SRC quando a vacina contra a rubéola é administrada em mulher grávida.

Estudos de seguimento atualizados em 2006 informam que, na Região das Américas, do total de 29.663 mulheres gestantes vacinadas inadvertidamente contra a rubéola, durante campanhas de vacinação, não foi identificado nenhum caso de SRC.

Sabe-se, no entanto, que, embora existam essas evidências e tenha sido demonstrado que a vacina não provoca efeitos teratogênicos no feto, a ocorrência de diversos eventos durante a gravidez (abortos, natimorto etc.) coincidentes com a vacinação pode levar a população e até mesmos os profissionais a atribuírem essas ocorrências à vacina, provocando descrédito e desmobilização para a campanha.

No caso de alguma gestante ser vacinada inadvertidamente não é indicado o aborto.

Para orientar os procedimentos durante a Campanha Nacional de Vacinação contra a Rubéola o Ministério da Saúde esta disponibilizando documento contendo protocolo para seguimento de grávidas vacinadas inadvertidamente.

O propósito do acompanhamento da gestante inadvertidamente vacinada é informar apropriadamente a mulher e esclarecer a ocorrência de eventos coincidentes, de maneira a evitar que estes sejam indevidamente atribuídos à vacinação.

Quais as falsas contra-indicações mais comuns à administração das vacinas DV e TV?

As situações a seguir não constituem contra-indicações à vacinação, embora, muitas vezes, sejam usadas como pretexto (falsas contra-indicações) para a não vacinação, caracterizando oportunidades perdidas de proteção. Assim, podem receber as vacinas DV e TV:

- mulheres em período de amamentação (o puerpério tem se constituído, inclusive, em período oportuno para a imunização);
- pessoas que convivam ou que tenham mulheres grávidas como parentes ou companheiras;
- pessoas que convivam ou sejam contato de imunodeprimidos;
- pessoas portadoras de infecção pelo HIV assintomática; no caso da infecção sintomática vacinar conforme indicação médica;
- pessoas em tratamento com antibióticos e/ou em convalescença de enfermidade leve;
- pessoas em tratamento com corticóides (por via oral) em baixas doses, ou em aplicações tópicas e aerossol para tratar a asma;
- pessoas portadoras de doenças agudas benignas: rinite, catarro, tosse, diarreia;
- mulheres durante o ciclo menstrual;
- pessoas que tenham ingerido álcool.

Quais os cuidados no caso de vacinação simultânea?

As vacinas DV e TV poderão ser administradas simultaneamente com outras vacinas que integram os calendários do Programa Nacional de Imunização (PNI).

Quando do uso seqüencial de vacinas de vírus atenuados deve ser respeitado o intervalo mínimo de duas semanas, exceto no caso da vacina contra poliomielite.

Quais os eventos adversos mais comuns associados às vacinas DV e TV?

São eventos mais comuns observados após a administração das vacinas DV e TV:

- **reações locais:** as manifestações locais como dor, rubor, calor e edema podem ocorrer, embora pouco freqüentes; os casos de abscesso estão associados, geralmente, à infecção secundária e a alterações na técnica de aplicação;
- **febre e exantema:** entre 7% a 20% dos vacinados poderão apresentar febre, a partir do 5º ao 12º dia, com duração aproximadamente de dois a três dias; os pacientes com tais manifestações não necessitam de isolamento, pois não transmitem a doença;
- **linfadenopatia:** hipertrofia dos gânglios linfáticos na região occipital e cervical podem surgir entre 5 e 12 dias, em pequena percentagem de crianças;

- **dor articular:** cerca de 25% dos homens e das mulheres poderão apresentar dor articular principalmente das pequenas articulações distais; é uma reação atribuída à vacina contra a rubéola, com início entre o 7º e 21º dia, sendo, geralmente, transitória.

O tratamento dos sintomas (como febre e dor) é feito com antitérmicos e analgésicos comuns, de acordo com orientação médica.

Que eventos adversos graves associados às vacinas DV e TV devem ser notificados imediatamente?

A ocorrência de eventos adversos graves (choque anafilático, hospitalizações e óbito) deve ser informada de imediato (por telefone, fax ou por endereço eletrônico) e investigada prontamente.

Também devem ser notificados e investigados os eventos causados por erros programáticos ou operacionais, tais como a administração de dose maior do que a preconizada ou a utilização de via de administração diferente da indicada, ou o uso equivocado de diluente ou má assepsia.

Os “rumores” (especulações, disse-me-disse, informações equivocadas) que podem colocar em risco a credibilidade, a eficácia e a segurança da vacina, devem ser notificados e investigados imediatamente, verificando-se a veracidade, a origem e a causa dos mesmos reais ou irrealis, adotando-se medidas para informar corretamente, de maneira a não prejudicar o andamento e resultado da vacinação.

Esses eventos também poderão ser notificados por meio do fluxo rápido da SVS (61) 3213-8351 ou 3213-8363 e ou para os seguintes endereços eletrônicos robson.cruz@saude.gov.br ou sandra.deotti@saude.gov.br.

Que cuidados devem ser adotados para o descarte de resíduos da vacinação?

O imunobiológico deve ser desprezado quando alcança a data de vencimento do prazo de validade. O frasco das vacinas DV e TV após 8 horas (ou de acordo com laboratório produtor) de sua reconstituição devem ser desprezados.

Também devem ser desprezados quando ficar comprovado o congelamento após a reconstituição e a vacina apresentar partículas em suspensão ou aspecto turvo.

Para descartar as seringas e agulhas utilizar recipiente apropriado para descarte, rotulando-as devidamente.

Os resíduos decorrentes da vacinação devem ser acondicionados e classificados como ‘perigoso’ e descartados adequadamente conforme normas vigentes. Estes devem ser encaminhados para local adequado não devendo ser deixado no local de vacinação, após o encerramento das atividades.

Como fazer a coleta e o registro da vacinação? Como fazer a consolidação dos dados? Como acessar e alimentar o sistema de informação?

Os dados da vacinação serão coletados por sala de vacina e registrados em boletim padronizado.

Registro

A informação será registrada de forma diferenciada por sexo e faixa etária da seguinte forma:

- a) para os Estados do MA, MT, MG, RJ e RN são quatro (4) faixas de idade: de 12 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; e 30 a 39 anos;
- b) para as demais unidades federadas serão duas (2) faixas etárias: de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos de idade.

Para atender a essa especificidade serão disponibilizados três (3) modelos de boletim diário para o registro da vacina administrada:

- a) **Modelo 1** utilizado em todas as salas de vacinação dos estados do MA, MT, MG, RJ e RN, disporá de espaço para registro da:
 - vacina TV por sexo (masculino e feminino) e pelas duas (2) faixas etárias: de 12 a 14 anos e de 15 a 19 anos;
 - vacina DV por sexo (masculino e feminino) e pelas duas (2) faixas de idade: de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos.
- b) **Modelo 2** utilizado nas salas de vacinação de todas as unidades federadas, disporá de espaço para registro da vacina DV por sexo (masculino e feminino) e pelas duas (2) faixas etárias: de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos de idade.

Consolidação diária

No fim de cada jornada de trabalho, as equipes de vacinação, com o apoio do supervisor, devem consolidar as doses aplicadas no município.

Essas informações deverão ser transcritas no boletim de consolidação do município. Os dados deverão ser validados pela coordenação local, identificando inconsistências e revisando a informação antes de digitá-la no site <http://pni.datasus.gov.br>, no campo correspondente à campanha de vacinação contra rubéola.

Digitação no SI-API

Após consolidação os dados são digitados no Sistema Avaliação do Programa de Imunizações – SI-API (*on-line*) por município.

Todos os responsáveis pela informação, em cada município, terão acesso ao SI-API por meio de senha criptografada pelo Datasus. Esta senha permitirá a digitação pelo código do IBGE de cada local, acessível pela tabela do Sistema.

Os dados deverão ser digitados por sala de vacina e por município no sistema API informatizado, cumprindo o fluxo estabelecido de envio a partir do município, deste para a regional, daí para a esfera estadual e deste para o nacional.

O registro da informação descentralizada e visualizada em todos os níveis, desde a rede de serviços, permite a análise e a tomada de decisão durante a execução e a avaliação da campanha a partir dos níveis mais periféricos.

Os resultados preliminares e finais da Campanha podem ser visualizados via acesso ao *site*.

Como monitorar o avanço diário da vacinação?

As equipes estaduais e locais deverão monitorar diariamente o avanço das coberturas de vacinação, acompanhando e analisando, para tanto, os dados diários de vacinados.

A cobertura poderá ser monitorada mediante registro dos resultados em “vacinômetros”, em gráficos e mapas das localidades trabalhadas.

Estes instrumentos podem ficar dispostos na sala de situação de unidades de saúde, de distritos, da Secretaria Municipal de Saúde, da regional de saúde, da Secretaria Estadual e do Ministério da Saúde.

O avanço das coberturas de vacinação varia de acordo com a semana da campanha. Depois da 4ª semana, o desafio é encontrar as pessoas que ainda não foram vacinadas, utilizando, para tanto, a metodologia do monitoramento rápido de cobertura.

O que é o monitoramento rápido de cobertura (MRC)? Como, onde e quando fazer o MRC?

O MRC é realizado nas áreas que, na avaliação do supervisor ou monitor, apresentem as seguintes características:

- registrem baixas coberturas;
- menor probabilidade de terem sido visitadas pelos vacinadores, a exemplo de regiões de difícil acesso, ou afastadas das ruas principais, áreas de população excluída etc.
- tenham alcançado coberturas vacinais acima de 95% pela necessidade de determinar a realidade desse resultado.

Fazendo o MRC

Para realizar o MRC devem ser considerados os seguintes pontos:

- 1) selecionar uma quadra/quarteirão e a partir de uma esquina iniciar as visitas, casa a casa, seguindo o sentido horário (ponteiros do relógio);
- 2) concluir o monitoramento da área quando coletar informações referentes a 100 pessoas da população-alvo (12 a 39 anos nos estados do MA, MT, MG, RJ, RN e de 20 a 39 anos de idade nas demais unidades federadas);
- 3) caso quadra/quarteirão selecionado não sejam encontradas as 100 pessoas da população-alvo, continuar a coletar informações na quadra/quarteirão mais próximo até completar a quantidade de pessoas requeridas;
- 4) devem ser excluídas do MRC pessoas fora da faixa etária estabelecida para a campanha, mulheres grávidas, pessoas que não estejam presentes em casa ou que sejam visitantes do domicílio no momento da entrevista;
- 5) durante a visita para fazer o MRC deve ser aproveitada a oportunidade para vacinar as pessoas da faixa etária que ainda não tenham sido vacinadas. Observação: essas pessoas devem ser registradas como “não vacinadas” na planilha do MRC, pois este é o estado vacinal das mesmas no momento do monitoramento;
- 6) mesmo que na planilha do MRC sejam registrados somente os dados das pessoas presentes na residência, é indispensável perguntar pelo estado vacinal das pessoas que não estejam presentes; caso haja informação sobre a existência de não vacinados, a equipe deverá motivar e estimular para a vacinação, dando indicações de onde, quando e como ser vacinado;

- 7) quando chegar à casa o entrevistador deverá apresentar sua identificação e informar sobre os objetivos da visita, solicitando autorização para entrar no domicílio e realizar a entrevista e a vacinação quando for o caso.



Registro dos dados coletados no MRC

Os dados coletados devem ser registrados na planilha do MRC de acordo com cada campo dos formulários (Anexos 1 e 2).

- **Identificação:** registrar o nome do Estado, município e localidade onde está sendo realizado o MRC, assim como a data e a pessoa responsável pela coleta dos dados.
- **Coluna (A): Nº casa** – colocar o número 1 para a casa de início do MRC; continuar com uma numeração seqüencial até concluir a coleta de dados.
- **Coluna (B): Pessoas residentes na faixa etária** – registrar o número de pessoas na faixa etária residentes (que moram na casa); anotar o total de pessoas conforme grupo de idade (12-19, 20-29 ou 30-39 anos).
- **Coluna (C): Pessoas residentes com informação sobre o estado vacinal** – registrar o número de pessoas residentes na casa com informação sobre o estado vacinal durante a entrevista; anotar o total de pessoas conforme grupo de idade (12-19, 20-29 ou 30-39 anos).



- **Coluna (D): Pessoas vacinadas** (*verificação feitas na caderneta ou pelo adesivo*): registrar o número total e por grupos de idade dos residentes na casa, que apresentaram o cartão de vacinação para comprovar a dose da vacina recebida (DV ou TV); incluir na planilha o número de pessoas que receberam a vacina durante a campanha de 2008, como também, as que foram vacinadas anteriormente, independente do local e tempo de vacinação (considerar vacinação de rotina, bloqueios, vacinação em escolas, universidades, trabalho etc.).
- **Coluna (E): Pessoas NÃO vacinadas:** caso sejam encontradas pessoas não vacinadas, anotar o total nesta coluna, assim como as razões pelas quais essas pessoas ainda não foram vacinadas; marcando na coluna correspondente o número absoluto de pessoas não vacinadas, segundo o motivo: (a) os vacinadores não vieram em casa e não foram ao meu trabalho; (b) os vacinadores vieram quando eu não estava; (c) não tive tempo para me vacinar; (d) não conhecia nada a respeito da vacinação; (e) me recuso a vacinar por diversas razões; (f) indicação médica; (g) perdi o cartão de vacinação; (h) outros motivos.

Cálculo da cobertura a partir dos dados coletados no MRC

As coberturas do MRC são calculadas por meio da seguinte fórmula:

$$\frac{(D) \text{ Pessoas vacinadas (verificadas com cartão ou adesivo)}}{(C) \text{ Pessoas residentes com informação sobre o estado vacinal}} \times 100$$

A cobertura é calculada para o total da população-alvo (12-39 anos ou 20-39 anos dependendo do Estado) e para cada faixa etária (12-19, 20-29 e 30-39 anos).

A análise das coberturas obtidas a partir do MRC

A análise dos dados coletados no monitoramento das coberturas vacinais deve responder, pelo menos, às seguintes questões:

- 1) O município alcançou a meta de cobertura vacinal $\geq 95\%$?
- 2) As coberturas são $\geq 95\%$ em ambos os sexos?
- 3) Se não alcançou as coberturas, quais são as possíveis explicações?
- 4) Quais são as razões que levaram essa população a não se vacinar?
- 5) Onde estão as pessoas não vacinadas? Casa, escola, trabalho?
- 6) Quais seriam as estratégias mais efetivas para captar as pessoas não vacinadas?
- 7) Quais ações devem ser realizadas?

Quais as atribuições dos profissionais que operacionalizam a Campanha Nacional de Vacinação contra a Rubéola?

Como principais atores da Campanha têm-se o VACINADOR e o SUPERVISOR com atribuições bastante específicas e de fundamental importância para o alcance dos resultados preconizados.

Atribuições do VACINADOR

- Participar do planejamento das estratégias de vacinação mais adequadas à população, em conjunto com o supervisor e ou coordenação da campanha;
- Conhecer a população a ser vacinada na área sob sua responsabilidade e ter mapas atualizados do setor;
- Programar as atividades e as necessidades para a operacionalização da vacinação em sua área;
- Atender e orientar a população quanto ao tipo de vacina, doença que protege eventos adversos esperados, gravidez e cartão de vacina;
- Apresentar-se pontualmente na unidade de saúde/posto de vacinação, revisar ou preparar diariamente o material necessário para a vacinação em conjunto com a equipe e o supervisor;
- Cumprir com as normas de preparação, administração, conservação e descarte do material utilizado na vacinação.
- Em postos de vacinação fixos ou em áreas de alta concentração populacional, assegurar local coberto e sombreado para fazer a vacinação, afixando cartazes e informações referentes à campanha para chamar a atenção e atrair o público alvo para a vacinação.

- Para a vacinação casa a casa dispor de um mapa da área e iniciar vacinação pelo ponto mais distante; a meta é visitar 100% dos domicílios.
- Ao final do dia identificar o domicílio onde parou o trabalho e reiniciando a partir daí no dia seguinte.
- Na vacinação em estabelecimentos públicos e privados, anotar os ausentes e programar a data de retorno, caso não tenha alcançado a vacinação de 100% da população.
- Acompanhar a programação e solicitar vacinas e outros insumos para a implementação das atividades, se necessário.
- Controlar o estoque de vacinas e outros insumos para as atividades diárias/semanais e/ou mensais.
- Manter o refrigerador e caixas térmicas na temperatura entre +2°C e +8°C ou de acordo com a bula do produtor.
- Controlar e registrar a temperatura do refrigerador e das caixas térmicas.
- Registrar a informação na caderneta de vacinação, colocar o adesivo na cedula de identidade, cartão de estudante ou qualquer outro documento que a pessoa sempre porte. Este é um documento que deve estar sempre a mão para consulta.
- Registrar as doses aplicadas oportunamente e consolidar a informação de vacinados.
- Encaminhar diariamente as informações consolidadas para o supervisor de área.
- Descartar as seringas, agulhas e vacinas conforme as normas vigentes.

Atribuições do SUPERVISOR

Antes da campanha

- Participar do processo de planejamento e da microprogramação de sua área.
- Identificar as necessidades de capacitação e apoio da equipe da área a ser acompanhada.
- Conhecer sua área de trabalho, e dispor de um mapa da área a ser acompanhada.
- Visitar e reconhecer a área.
- Estabelecer o quantitativo de vacina e insumos necessários para a vacinação em sua área.
- Propiciar o cumprimento dos horários e atividades dos vacinadores.
- Definir estratégias e locais adequados para as atividades de vacinação;

- Definir em conjunto com as equipes seus locais de atuação;
- Informar sobre o avanço de suas atividades ao grupo de coordenação.

Durante a campanha

- Apresentar-se pontualmente na unidade de saúde/posto de vacinação no dia e horário programado para a vacinação.
- Realizar reuniões com as equipes para distribuir o material e dar as últimas instruções.
- Assegurar que a equipe de vacinadores esteja completa e tenha os insumos necessários.
- Levar sempre uma caixa térmica com vacinas e outros materiais para suprir às necessidades dos vacinadores e contribuir com material adicional.
- Colaborar com a equipe de vacinação na sensibilização e captação de pessoas resistentes à vacinação.
- Participar de coleta de dados, avaliação das inconsistências, verificando a qualidade dos registros, a consolidação e o envio oportuno (diariamente) dos dados.
- Recomendar aos coordenadores ou diretores de cada área ou estabelecimento, alternativas para o remanejamento das equipes de vacinação e de insumos conforme as necessidades.
- Realizar o MRC para verificar se as pessoas estão vacinadas, as razões pelas quais não se vacinaram e identificar e vacinar os não vacinados.
- Supervisionar as técnicas e procedimentos de administração da vacina, qualidade do registro, condições da rede de frio e descarte dos resíduos da sala.
- Propiciar o cumprimento de práticas de vacinação segura.
- Anotar as situações que precisam ser analisadas com a equipe sistematicamente.
- Emitir recomendações para corrigir distorções e problemas da campanha nas áreas acompanhadas.
- Avaliar a atividade de vacinação ao finalizar cada jornada de trabalho.
- Informar diariamente sobre o avanço da campanha.
- Consolidar a informação de vacinados da área de sua responsabilidade.
- Encaminhar diariamente as informações consolidadas para o coordenador da campanha ou coordenação municipal de imunizações.
- Participar da elaboração do relatório final da campanha.

Que particularidades devem ser observadas na área a ser trabalhada?

- Organização do trabalho e do posto de vacinação.
- Disponibilidade e conservação da vacina.
- Técnica de aplicação da vacina.
- Registros de doses aplicadas nos formulários específicos e se estão sendo respeitadas as periodicidades de envio de dados recomendadas.
- Distribuição do cartão de vacinação.
- Descarte de vacina e outros materiais perigosos.
- Oportunidades perdidas de vacinação.
- Informação à população-alvo da campanha.
- Atenção para o cumprimento de meta $\geq 95\%$ de cobertura.
- Desenvolvimento dos Monitoramentos Rápidos de Cobertura
- Práticas de vacinação segura.

Que ações podem ser implementadas para mobilizar a população e buscar parcerias?

Nível Local/Municipal

- Reunião com Prefeitos/Secretários estaduais e municipais de Saúde e Educação/1ª Damas.
- Reuniões com médicos (pediatras, ginecologistas, obstetras, oftalmologistas, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos), enfermeiros, outros profissionais de saúde e entidades profissionais envolvidas com a questão.
- Reuniões com entidades de classe e instituições envolvidas com a saúde do adolescente, da mulher e do homem.
- Formar parcerias com empresas cujo público alvo sejam os homens e as mulheres: Shoppings, Lojas de Departamento, bancos, indústrias, empresas diversas, pequenas fábricas, etc.
- Trabalhar com os responsáveis pelo Bolsa Família (exigindo a vacinação dos homens e mulheres na faixa alvo da campanha).
- Reuniões com lideranças comunitárias.
- Reuniões com Diretorias Regionais de Educação e Escolas.
- Reuniões com agentes comunitários de saúde, equipes do PSF, agentes da Pastoral da Criança e Saúde, agente de Saúde da Dengue e outros voluntários.

- Reuniões com outras instituições e entidades diversas e da Saúde, Educação, Industrias, Bancos, Comércio, etc.
- Distribuição de folhetos em cultos religiosos, armazéns, supermercados, feiras livres, centrais de abastecimentos e outros locais de grande aglomeração populacional (falando sobre a doença, a vacinação e sua importância).
- Confecção de cartazes (cartolina), e textos por escolas ou grupos comunitários que devem ser colocados em lojas, armazéns, supermercados, associações etc.
- Promoção de concursos entre escolares (*frases*, redação, cartazes, etc.), peças teatrais, passeatas, grupos de cordéis, (utilizando temas regionais e de festas populares).
- Veiculação das atividades e cronogramas de vacinação através de alto-falantes, rádios locais, carros de som, faixas e outros meios.
- Entrevistas técnicas através do alto-falante, carros de som, TV e Rádio local, etc.
- Divulgação através dos agentes comunitários e agentes da Pastoral da criança e da Saúde, equipe do PSF, agentes da dengue, que devem ser muito aproveitados na distribuição de folhetos, cartazes, reuniões com população por distrito, nos povoados, nas fazendas e outros.
- Fazer uma solenidade de Lançamento da Campanha festivo e alegre, contando com toda a comunidade.
- Manter, durante a campanha, um esquema de divulgação permanente destacando a importância do cartão de vacinação e do adesivo; a divulgação dos roteiros e equipes volantes; divulgação dos resultados; e o reforço ao chamamento da população se os resultados não forem satisfatórios.

Anexo B – Planilha para monitoramento rápido de coberturas (MRC) de vacinação (12-19 anos – somente nas UF: MA, MT, MG, RJ e RN)

Estado _____ Município _____

Localidade _____ Micro-área _____ Data ____ / ____ / 08

Responsável _____

(A) Nº casa	(B) Pessoas residentes na faixa etária (População-alvo da campanha)			(C) Pessoas residentes com informação sobre o estado vacinal (Presentes ou deixaram o cartão de vacinação)			(D) Pessoas vacinadas (Verificadas com cartão de vacinação ou adesivo)			(E) Pessoas NÃO vacinadas										
	12-19	20-29	30-39	Total	12-19	20-29	30-39	Total	12-19	20-29	30-39	Total	1	2	3	4	5	6	7	8
	Total																			
Total																				

