

Estratégias de VacinAÇÃO

Ana Catarina de Melo Araújo

Superintendente de Imunizações de
Vigilância das Doenças Imunopreveníveis



O que são estratégias de vacinação?



Método realizado para **captar** a adesão do **público-alvo** a ser vacinado.



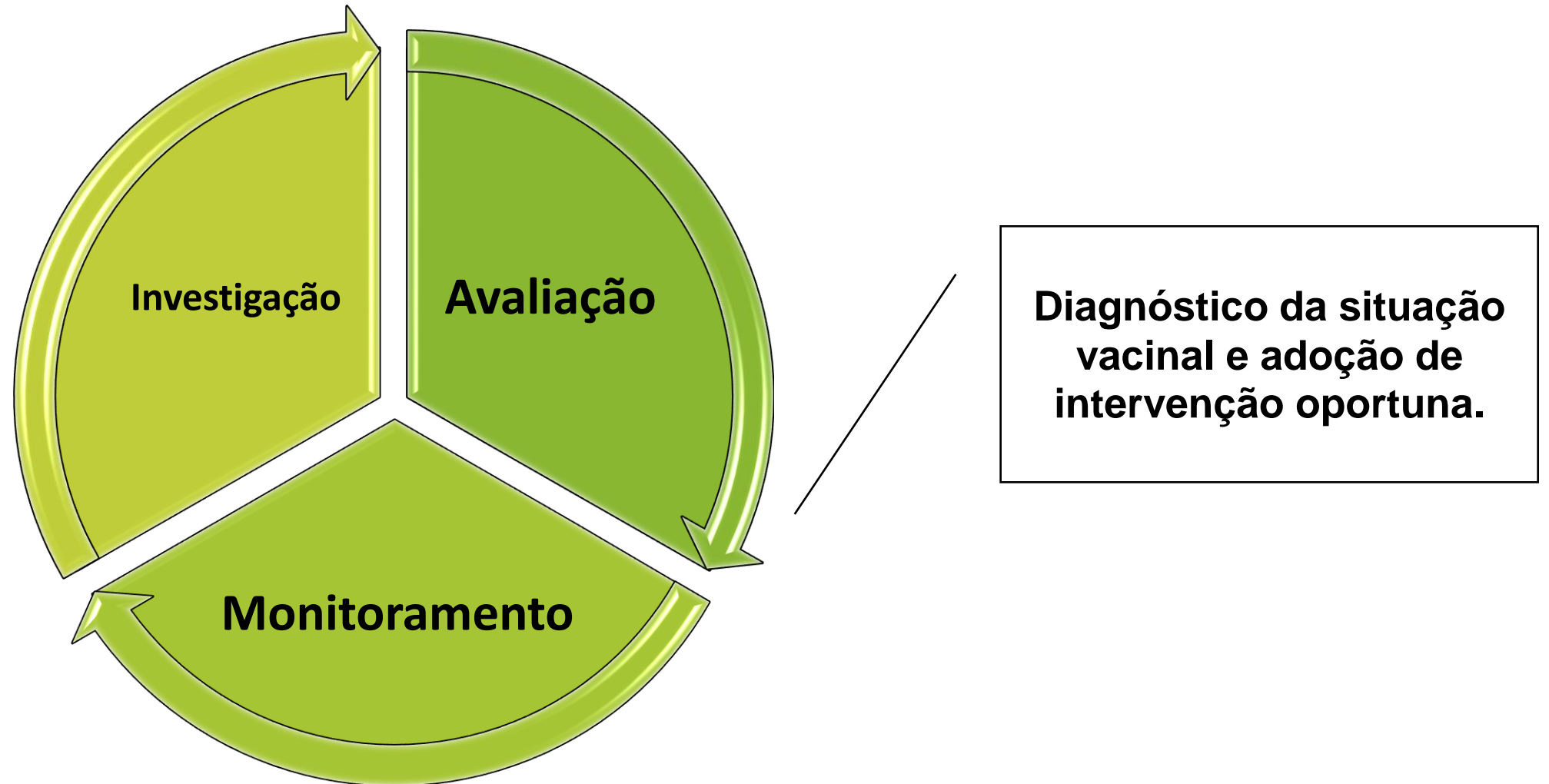
Depende do **propósito da vacinação**: controle, eliminação ou erradicação de doenças imunopreveníveis.

ESTRÁTEGIAS DE VACINAÇÃO

| ESTRATÉGIA | OBJETIVO | MODALIDADE | TÁTICA |
|----------------------|---|---|--|
| Rotina | Captar e vacinar 100% da população-alvo | Demanda espontânea da população-alvo | Atividades nas salas de vacinas com aplicação do esquema vacinal durante todos os dias úteis do ano. Aproveitamento de oportunidades de vacinação. Ações extramuros. |
| Campanhas intensivas | Alcançar altas coberturas vacinais em curto espaço de tempo | Demanda espontânea e detecção ativa da população-alvo | Atividades nas salas de vacinas e ações extramuros, ampliando os horários dos serviços para o acesso da população em pontos estratégicos e locais de concentração da população-alvo: casa a casa, creches, empresas, escolas, supermercados, igrejas, shoppings, entre outros. |
| Campanhas emergentes | Interromper ou evitar a transmissão de um agente infeccioso em zona de risco na presença de caso suspeito ou confirmado | Demanda espontânea e detecção ativa da população-alvo | Atividades nas salas de vacinas e ações extramuros, ampliando os horários dos serviços para acesso da população. Mobiliza equipes volantes para as comunidades, identificando e vacinando a população em risco, casa a casa, em instituições fechadas, reforçando ações de comunicação. Ação combinada com busca ativa de casos suspeitos em áreas de risco. |

Fonte: Deidt/SVS/MS.

VIGILÂNCIA DAS COBERTURAS VACINAIS (VCV)



MÉTODOS DE AVALIAÇÃO E INTENSIFICAÇÃO DAS CV

MÉTODO ADMINISTRATIVO

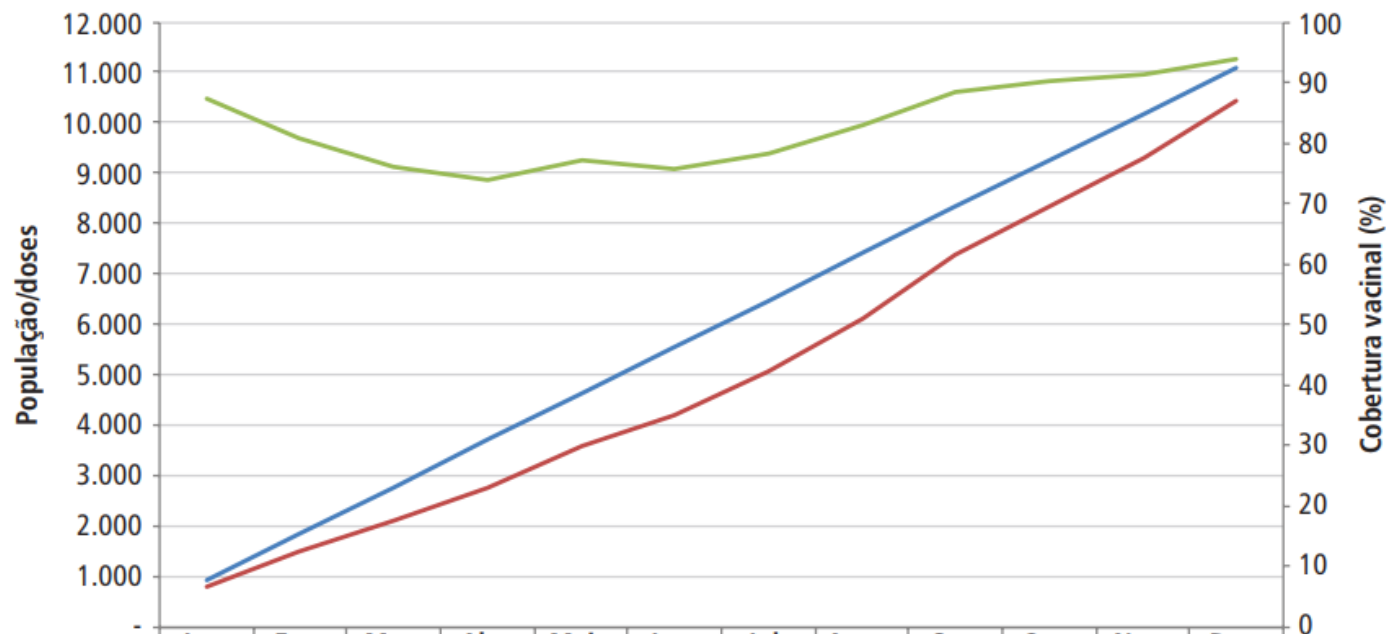
- Utilização de duas fontes de dados: doses aplicadas que completam o esquema vacinal, registradas no sistema de informação, e as estimativas populacionais em determinado local e tempo.

MONITORAMENTO RÁPIDO DE COBERTURA VACINAL (MRC)

- Avaliar o desempenho das ações de vacinação com o objetivo de melhorar o desempenho da rotina, fornecer dados ao supervisor em relação ao cumprimento de metas e validar dados de CV das campanhas.

Modelo de gráfico de controle mensal acumulado da população a ser vacinada, doses aplicadas e cobertura vacinal para vacina penta (DTP + HB + Hib)

- A cada mês, a equipe de VCV vai acumulando o total da população que deveria ser vacinada e as doses da vacina aplicada no respectivo período. Isso possibilitará o cálculo da CV mensal e, ao final do ano, a CV do ano calendário.



| | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Maio | Jun. | Jul. | Agos. | Set. | Out. | Nov. | Dez. |
|------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| — População mensal acumulada | 925 | 1.850 | 2.775 | 3.700 | 4.625 | 5.550 | 6.475 | 7.400 | 8.325 | 9.250 | 10.175 | 11.100 |
| — D3 mensal acumuladas | 808 | 1.494 | 2.112 | 2.734 | 3.569 | 4.207 | 5.052 | 6.127 | 7.363 | 8.341 | 9.286 | 10.409 |
| — CV mensal acumulada (%) | 87,4 | 80,8 | 76,1 | 73,9 | 77,2 | 75,8 | 78,0 | 82,8 | 88,4 | 90,2 | 91,3 | 93,8 |

Ao perceber que a meta mensal de CV não foi alcançada, medidas de **resgate de não vacinados** deverão ser desencadeadas.

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO E INTENSIFICAÇÃO DAS CV

CENSO VACINAL

- Conhecer a realidade da situação vacinal de determinada localidade e resgatar os não vacinados.

VARREDURA OU OPERAÇÃO LIMPEZA

- Identificar não vacinados e promover a vacinação, com vistas a reduzir suscetíveis e evitar a circulação do agente causador de surtos, tendo como consequência melhorar a CV.

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO E INTENSIFICAÇÃO DAS CV

BLOQUEIO VACINAL

- Vacinação ou não do contato do caso suspeito depende da situação vacinal identificada.

INQUÉRITO VACINAL DOMICILIAR

- Identificar a real cobertura vacinal e pode produzir informações não disponíveis no sistema de informação do PNI. Ex: As razões da não vacinação.



Evidence-based strategies to increase vaccination uptake: a review

Jessica R. Cataldi^{a,b}, Mattie E. Kerns^c, and Sean T. O'Leary^{a,b}

Purpose of review

To summarize evidence-based strategies for improving pediatric immunization rates including physician behaviors, clinic and public health processes, community-based and parent-focused interventions, and legal and policy approaches

Recent findings

Studies continue to show the effectiveness of audit and feedback, provider reminders, standing orders, and reminder/recall to increase immunization rates. Provider communication strategies may improve immunization rates including use of a presumptive approach and motivational interviewing. Centralized reminder/recall (using a state Immunization Information System) is more effective and cost-effective compared to a practice-based approach. Recent work shows the success of text messages for reminder/recall for vaccination. Web-based interventions, including informational vaccine websites with interactive social media components, have shown effectiveness at increasing uptake of pediatric and maternal immunizations. Vaccination requirements for school attendance continue to be effective policy interventions for increasing pediatric and adolescent vaccination rates. Allowance for and ease of obtaining exemptions to vaccine requirements are associated with increased exemption rates.

Summary

Strategies to increase vaccination rates include interventions that directly impact physician behavior, clinic and public health processes, patient behaviors, and policy. Combining multiple strategies to work across different settings and addressing different barriers may offer the best approach to optimize immunization coverage.

Keywords

communication, immunization information system, reminder/recall, standing orders, vaccination

INTRODUCTION

Strong immunization programs rely upon support at multiple levels including government policy, clinic processes, and physician and patient/parent behavior. Interventions to increase immunizations rates may be effective at any of these levels and often require involvement of multiple layers of the health-care system. Knowledge gained from one area of immunization delivery is often applied to other areas; however, certain interventions may be more effective among specific patient populations (e.g. adults compared to children) or in specific practice settings (e.g. hospital or long-term care facilities compared to primary care). In this review, we focus on current evidence-based strategies to increase pediatric and adolescent vaccination rates, drawing from adult immunization literature when pediatric-specific evidence is lacking. The strategies presented are organized into categories based on the locus of

the interventions: physician behaviors, clinic processes, public health processes, community-based strategies, patient- or parent-focused interventions, and policy and law. A summary of these categories is presented in Table 1, including who may be involved in implementing and which barriers are addressed by each strategy.

^aDepartment of Pediatrics, Section of Pediatric Infectious Diseases, University of Colorado School of Medicine, ^bUniversity of Colorado School of Medicine, Adult and Child Consortium for Health Outcomes Research and Delivery Science and ^cUniversity of Colorado School of Medicine, Aurora, Colorado, USA

Correspondence to Sean T. O'Leary, MD, MPH, 13199 East Montview Avenue, Aurora, CO 80045, USA. Tel: +1 303 724 1582; fax: +303 724 1839; e-mail: sean.oleary@cuanschutz.edu

Curr Opin Pediatr 2019, 31:000–000
DOI:10.1097/MOP.0000000000000843

- As taxas de vacinação altas serão alcançadas por meio da **implementação efetiva de várias estratégias.**
- Existir uma estrutura favorável para organizar intervenções combinadas que envolvam a combinação de estratégias com diferentes alvos de melhoria:
 - ✓ **motivação do usuário/pais (educação do usuário/pais, lembrete/recordação).**
 - ✓ **acesso (redução de custos, visitas de vacinação sem marcação).**
 - ✓ **Papel dos sistemas de saúde (auditoria e feedback, lembretes).**
- Ao combinar estratégias que atuam em diferentes alvos, **umentam as oportunidades** de melhorar a vacinação em toda população.
- Identificar as barreiras mais acentuadas pode ajudar na orientação de estratégias mais apropriadas.



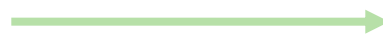
VACINA+PERNAMBUCO

OBJETIVO DA ESTRATÉGIA

Intensificar a vacinação contra a Covid-19 nos municípios que possuam os menores índices de coberturas vacinais (CV), utilizando o método de varredura, durante 90 dias, buscando atingir a meta de 90% de segunda dose D2 e 60% de dose de reforço da população elegível.

ASPECTOS DA ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA COBERTURA VACINAL (CV)

Informação para ação



- Análise das bases de dados dos sistemas de informação: SI-PNI e e-SUS/AB;
- Identificar indivíduos não vacinados e/ou esquema incompleto e mapear no território.

Gestão da sala de vacina



- Realizar levantamento/registo do nº de doses distribuídas, nº doses aplicadas, quantitativo em estoque: panorama das vacinas.

Vacina no braço



- Vacinar e/ou completar o esquema vacinal contra a COVID-19, de acordo com as recomendações estabelecidas.

Identificação dos municípios com Baixa Cobertura Vacinal



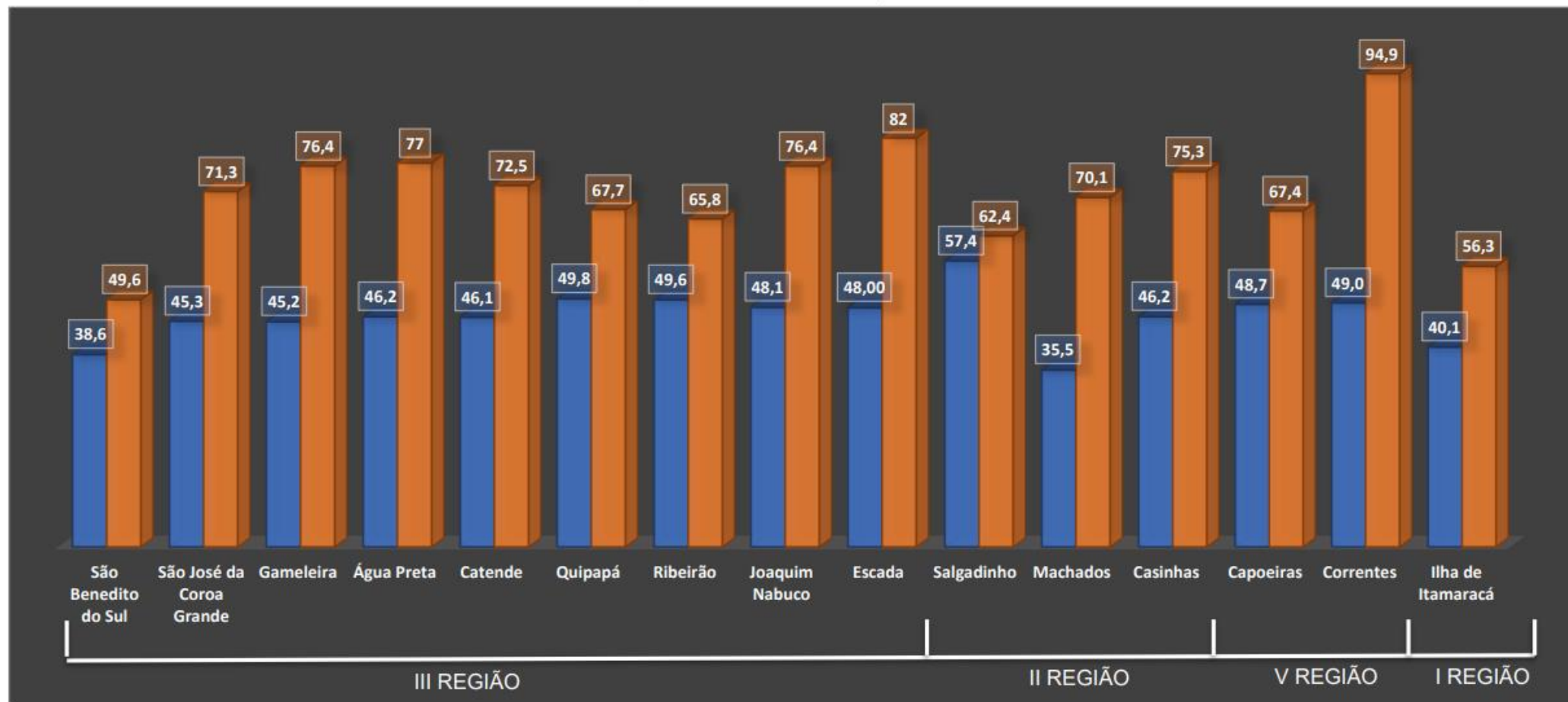
Apresentação do Plano de Ação aos municípios críticos



AÇÃO



Gráfico 1 - Evolução do esquema vacinal completo (D1 +D2/Dose Única), Pernambuco, 2022



FONTE: População Estimada MS-2021/TCU-2020 SIDI/SES-PE

■ Dados registrados até 24/12/2021

■ Dados registrados até 09/03/2022

Município - São José da Coroa Grande-PE

PANORAMA DE COBERTURA VACINAL COVID-19

| SAO JOSE DA COROA GRANDE | D1 | D2 | REFORÇO | DOSE ÚNICA | TOTAL |
|---------------------------------|-------------|-------------|----------------|-------------------|--------------|
| Estoque | 1109 | 1471 | 42 | 0 | 2622 |
| DIFERENÇA (DIST/APLIC) | 2469 | 7027 | 1162 | 8 | 2754 |
| DISTRIBUÍDAS | 14601 | 14665 | 1784 | 190 | 31240 |
| Aplicadas | 12132 | 7638 | 622 | 182 | 20574 |
| DIFERENÇA (APLIC/EST) | 1360 | 5556 | 1120 | 8 | 132 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DISTRIBUÍDAS | 14601 | 14665 | 1784 | 190 | 31240 |
| ESTOQUE NO PNI | 402 | 768 | 366 | 0 | |
| | 14199 | 13897 | 1418 | 190 | 31240 |

Município - São José da Coroa Grande-PE

| Município | População elegível | 1ª Dose | 2ª Dose | Dose única | Dose Adicional | Reforço | Esquema Completo (1ª + 2ª Dose/Dose única) | % Esquema Completo | Linkage população com D1 e D2 | |
|--------------------------|--------------------|---------|---------|------------|----------------|---------|--|--------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| | | | | | | | | | População com D1 sem D2 | População com D2 sem registro de D1 |
| São José da Coroa Grande | 16.327 | 13.549 | 8.342 | 195 | 114 | 594 | 8.537 | 52,3 | 5697 | 561 |

| Linkage população com D1 sem D2 | | | | |
|---------------------------------|-----------------|----------|------------|-------------|
| Município | dentro do prazo | pendente | % pendente | Total Geral |
| SAO JOSE DA COROA GRANDE | 1521 | 4176 | 73,3 | 5697 |

Município - São José da Coroa Grande-PE

Municípios e Bairros de residência dos vacinados com D1 e sem registro de D2 (PENDENTE), no município de São José da Coroa Grande, Pernambuco - 2021.

SÃO JOSE DA COROA GRANDE

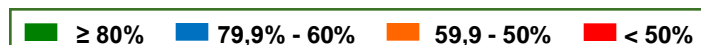
| MUNICÍPIO | N |
|----------------------------|-------------|
| SAO JOSE DA COROA G | 2687 |
| BARREIROS | 311 |
| RECIFE | 206 |
| MARAGOGI | 114 |
| JABOATAO DOS GUARAF | 78 |
| PALMARES | 52 |
| OUTROS | 510 |
| Total Geral | 3958 |

| BAIRRO | N |
|----------------------|-------------|
| CENTRO | 1512 |
| MATA DO CAJUEIRO | 218 |
| VARZEA DO UNA | 157 |
| ZONA RURAL | 154 |
| ABREU DO UNA | 94 |
| LIVIO TENORIO | 87 |
| GAMELEIRA | 83 |
| COSTA DO SOL | 52 |
| SITIO CUNHA | 44 |
| LOTEAMENTO ANA LUIZA | 41 |
| ENGENHO TENTUGAL | 29 |
| OUTROS | 216 |
| Total Geral | 2687 |

Tabela 1 - Cobertura vacinal contra a covid-19 por faixa etária. São José da Coroa Grande, Pernambuco, 2021

| Faixa Etária | População Estimada | 1ª Dose | (%) 1ª Dose | 2ª Dose | (%) 2ª Dose | Dose Única | Esquema Completo | (%) Esquema Completo | Dose Reforço | % Reforço | Total |
|------------------------|--------------------|---------------|-------------|--------------|-------------|------------|------------------|----------------------|--------------|------------|---------------|
| 12 a 17 anos | 2.808 | 1.237 | 44,1 | 17 | 0,6 | - | - | - | - | - | 1.254 |
| 18 a 29 anos | 3.537 | 2.348 | 66,4 | 846 | 23,9 | 8 | 854 | 24,1 | 0 | 0 | 3.202 |
| 30 a 39 anos | 2.345 | 1.836 | 78,3 | 1.557 | 66,4 | 134 | 1.691 | 72,1 | 0 | 0 | 3.527 |
| 40 a 49 anos | 1.752 | 1.576 | 90,0 | 1.325 | 75,6 | 21 | 1.346 | 76,8 | 0 | 0 | 2.922 |
| 50 a 59 anos | 1.192 | 1.160 | 97,4 | 950 | 79,7 | 14 | 964 | 80,9 | 0 | 0 | 2.124 |
| 60 a 64 anos | 712 | 791 | 111,1 | 710 | 99,7 | 2 | 712 | 100,0 | 78 | 11,0 | 1.581 |
| 65 a 69 anos | 523 | 713 | 136,3 | 495 | 94,6 | 0 | 495 | 94,6 | 139 | 26,6 | 1.347 |
| 70 a 74 anos | 427 | 415 | 97,2 | 378 | 88,5 | 0 | 378 | 88,5 | 151 | 35,4 | 944 |
| 75 a 79 anos | 261 | 257 | 98,5 | 213 | 81,6 | 0 | 213 | 81,6 | 81 | 31,0 | 551 |
| 80 a 84 anos | 156 | 151 | 96,6 | 110 | 70,4 | 0 | 110 | 70,4 | 38 | 24,3 | 299 |
| 85 anos e mais | 123 | 118 | 96,2 | 91 | 74,2 | 2 | 93 | 75,8 | 40 | 32,6 | 251 |
| Doses aplicadas | 13.836 | 10.602 | 76,6 | 6.692 | 48,4 | 181 | 6.856 | 49,6 | 527 | 3,8 | 18.002 |

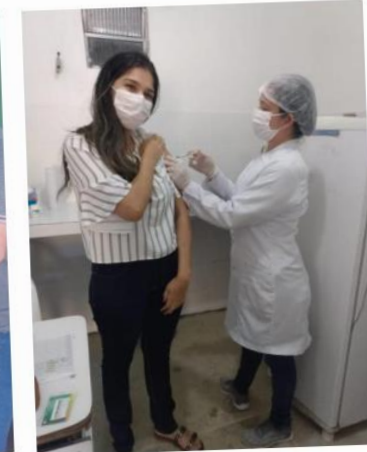
FONTE: População Estimada MS-2021/TCU-2020 SIDI/SES-PE.. Dados registrados até 21/12/2021



Atividades Desenvolvidas Visitas Técnicas



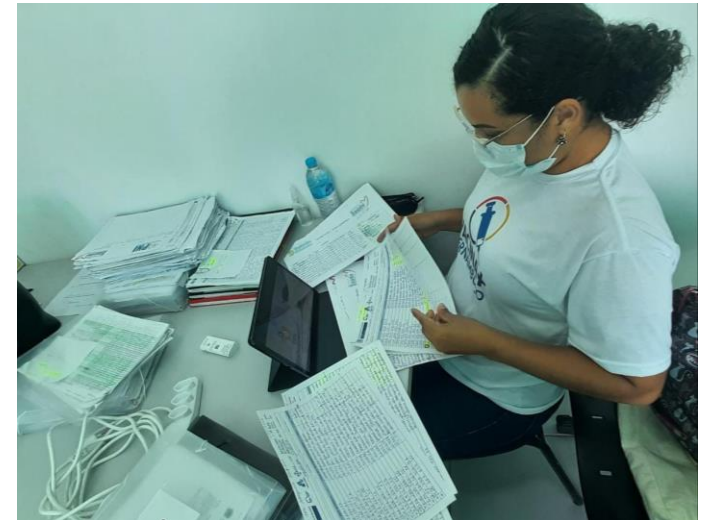
Mapeamento e Busca Ativa



Vacinação e Registro



Vacinação e Registro





VACINA+ PERNAMBUCO

15.12.2021 a 09.03.2022

DOSES APLICADAS

Total de doses aplicadas 23.217

1ª dose: 3.654

2ª dose: 5.002

Reforço (REF): 14.559

Dose adicional (DA)*: 2

*Dose adicional (DA) para
pessoas imunossuprimidas.

REGISTRO DE DOSES

Cerca de 11.380 doses registradas
ou doses resgatadas foram
inseridas no Sistema de Informação
do Programa Nacional de
Vacinação – SIPNI.



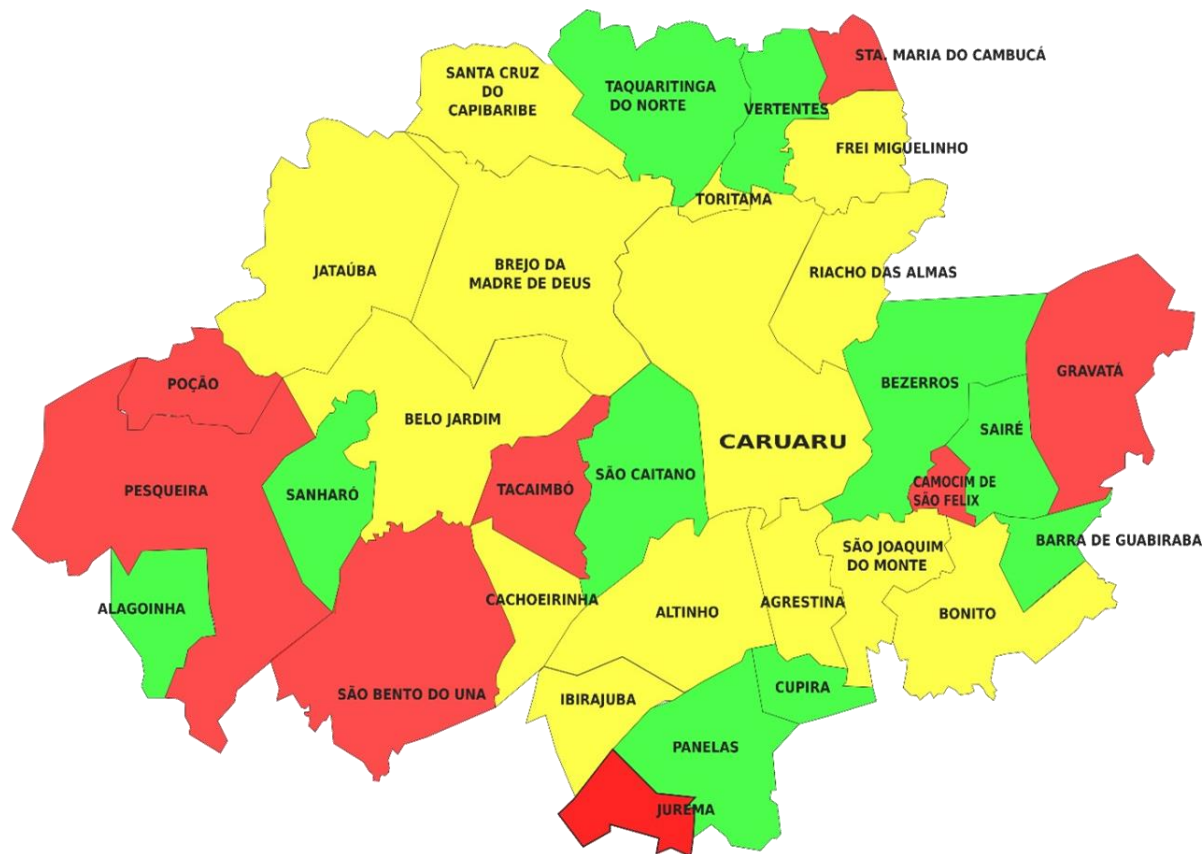
Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO



Risco de Reintrodução da Poliomielite



IV REGIONAL DE SAÚDE - PERNAMBUCO

10 Municípios

14 Municípios

8 Municípios

LEGENDA:

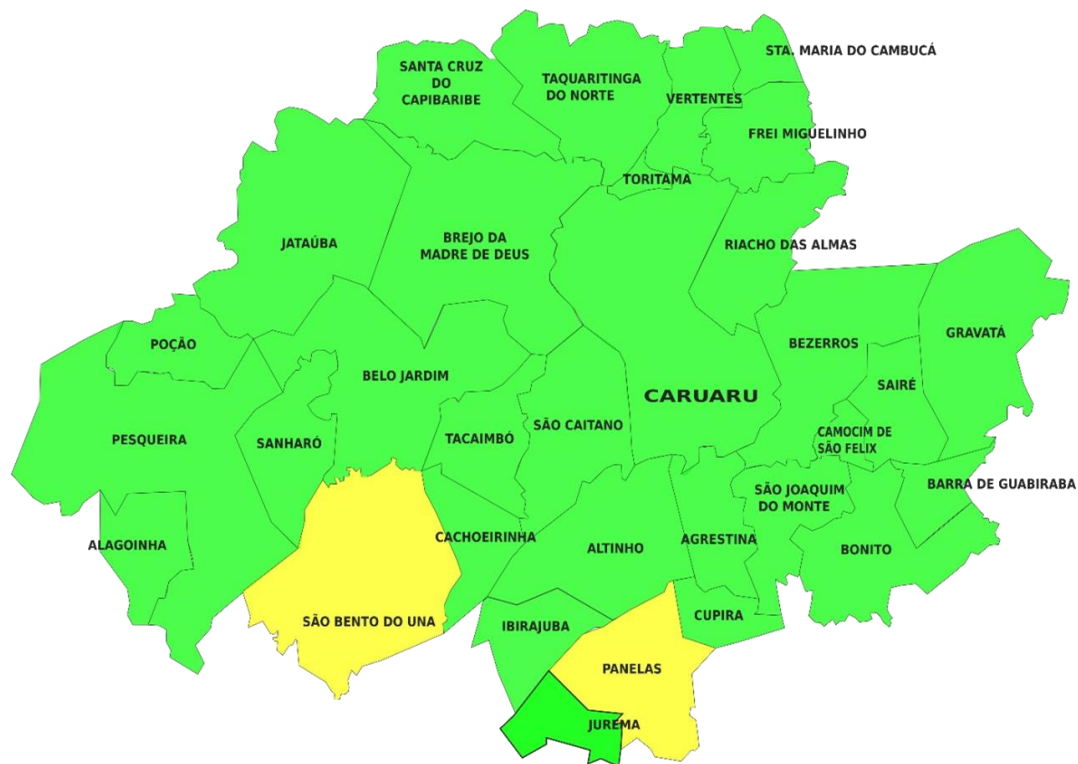
 Baixo Risco

 Moderado Risco

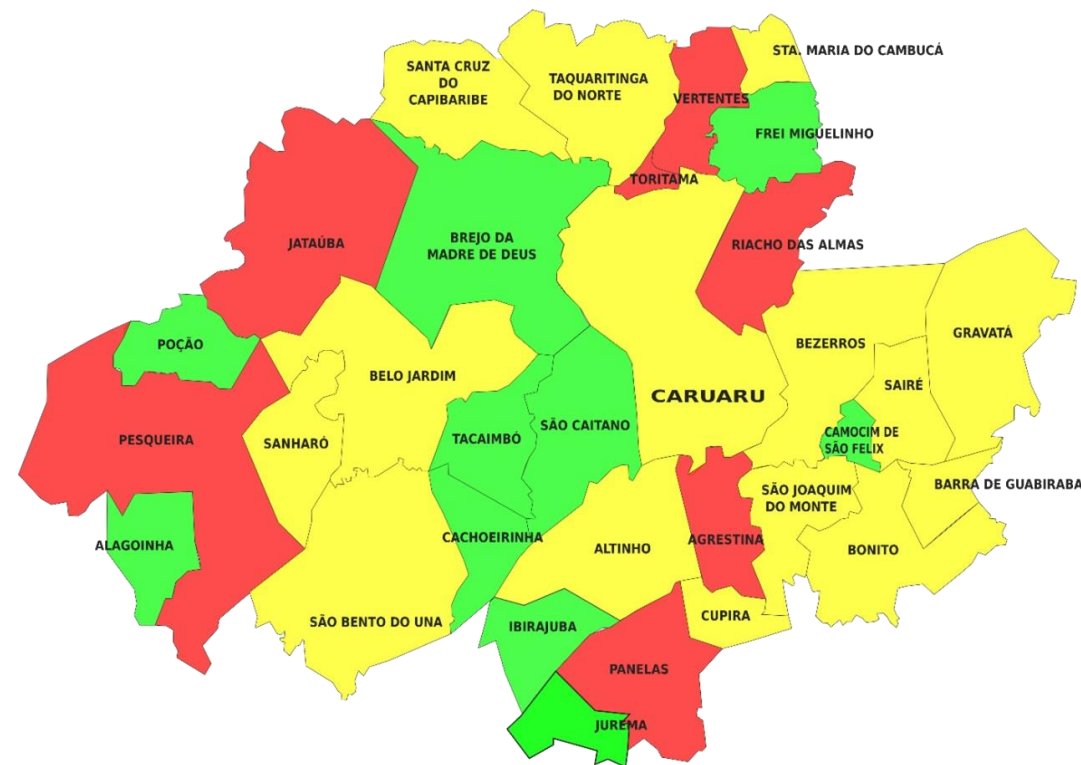
 Alto Risco

Identificação das Coberturas vacinais contra a Poliomielite (VIP e VOP) 2011-2022

VIP 2011



VIP 2020



LEGENDA:

● Cob. ≥ 95%

● Cob. Entre 60% e 94,99%

● Cob. ≤ 59,99%



CIR – IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
RESOLUÇÃO CIR/IV REGIÃO DE SAÚDE Nº449/2022, DE 19 DE JANEIRO DE 2022**

Aprova a realização do dia D contra a Poliomielite no dia 19 de Março de 2022, nos 32 municípios do território da IV Região de Saúde.

O Coordenador e o Vice-Coordenador da Comissão Intergestores Regional da IV Região de Saúde – PE, o uso das atribuições regimentais que lhes foram conferidas, e considerando:

- I. Que no mundo, atualmente, há dois países endêmicos para a poliomielite de vírus selvagem: Paquistão e Afeganistão;
- II. O aumento nos registros de casos de Poliomielite derivado vacinal em 14 países, todos no continente Africano, sendo 309 casos em 2021;
- III. O aumento no número de notificações de Paralisia Flácida Aguda (PFA), da imigração de indivíduos oriundos de países endêmicos para a Poliomielite, a facilidade de deslocamento de pessoas do território local para países endêmicos e/ou com casos de poliovírus vacinal;
- IV. As baixas e heterogêneas coberturas vacinais dos últimos anos e a existente possibilidade de reintrodução da poliomielite no território;
- V. A análise de risco para Reintrodução da Poliomielite feita pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que na última avaliação o Brasil está em moderado a alto risco, bem como Pernambuco e os municípios da IV Regional de saúde.
- VI. A Constituição Federal de 1988, que no seu Art. 196 define que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;
- VII. A decisão da Comissão Intergestores Regional da IV Região de Saúde, em reunião extraordinária realizada em 19/01/2022, que pactuou o a realização do dia D contra a Poliomielite no dia 19 de Março de 2022 nos 32 municípios;

RESOLVEM:

Art. 1º Aprovar nos 32 municípios do território da IV Região de Saúde, a realização do dia D contra a Poliomielite no dia 19 de Março de 2022, com a finalidade de atualizar os cartões de vacinação entre 6 meses e 5 anos de idade contra a Poliomielite e outras doenças imunopreveníveis;

Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor a partir desta data.

Caruaru, 19 de janeiro de 2022

Maria Aparecida de Souza
Coordenadora da Comissão Intergestores Regional – CIR/IV REGIÃO

Scheyla Maria Silva Gonçalves
Represente Municipal/COSEMS-PE



CIR – IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
RESOLUÇÃO CIR/IV REGIÃO DE SAÚDE Nº448/2022, DE 19 DE JANEIRO DE 2022**

Aprova a semana de intensificação vacinal contra a Poliomielite entre 14 a 18 de Março de 2022, com a finalidade de atualizar os cartões de vacinação entre 6 meses e 5 anos de idade contra a Poliomielite e outras doenças imunopreveníveis.

O Coordenador e o Vice-Coordenador da Comissão Intergestores Regional da IV Região de Saúde – PE, o uso das atribuições regimentais que lhes foram conferidas, e considerando:

- I. Que no mundo, atualmente, há dois países endêmicos para a poliomielite de vírus selvagem: Paquistão e Afeganistão;
- II. Que houve aumento nos registros de casos de Poliomielite derivado vacinal em 14 países, todos no continente Africano, sendo 309 casos em 2021;
- III. O aumento no número de notificações de Paralisia Flácida Aguda (PFA), da imigração de indivíduos oriundos de países endêmicos para a Poliomielite, a facilidade de deslocamento de pessoas do território local para países endêmicos e/ou com casos de poliovírus vacinal;
- IV. As baixas e heterogêneas coberturas vacinais dos últimos anos e a existente possibilidade de reintrodução da poliomielite no território;
- V. A análise de risco para Reintrodução da Poliomielite feita pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que na última avaliação o Brasil está em moderado a alto risco, bem como Pernambuco e os municípios da IV Regional de saúde.
- VI. A Constituição Federal de 1988, que no seu Art. 196 define que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;
- VII. A decisão da Comissão Intergestores Regional da IV Região de Saúde, em reunião extraordinária realizada em 19/01/2022, que definiu o período de 14 a 18 de Março de 2022, para a semana de intensificação vacinal contra a Poliomielite no território da IV Região de Saúde, com a finalidade de atualizar os cartões de vacinação entre 6 meses e 5 anos de idade contra a Poliomielite e outras doenças imunopreveníveis.

RESOLVEM:

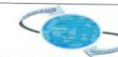
Art. 1º Aprovar a semana de intensificação vacinal contra a Poliomielite no território da IV Região de Saúde no período de 14 a 18 de Março de 2022, com a finalidade de atualizar os cartões de vacinação entre 6 meses e 5 anos de idade contra a Poliomielite e outras doenças imunopreveníveis.

Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor a partir desta data.

Caruaru, 19 de janeiro de 2022

Maria Aparecida de Souza

Scheyla Maria Silva Gonçalves



CIR – IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA IV REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
RESOLUÇÃO CIR/IV REGIÃO DE SAÚDE Nº447/2022, DE 19 DE JANEIRO DE 2022**

Aprova a realização do Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais (MRC) com os 32 municípios da IV Regional de Saúde de Pernambuco, no período de 05 de Fevereiro a 10 de Março de 2022.

O Coordenador e o Vice-Coordenador da Comissão Intergestores Regional da IV Região de Saúde – PE, o uso das atribuições regimentais que lhes foram conferidas, e considerando:

- I. Que no mundo, atualmente, há dois países endêmicos para a poliomielite de vírus selvagem: Paquistão e Afeganistão;
- II. O aumento nos registros de casos de Poliomielite derivado vacinal em 14 países, todos no continente Africano, sendo 309 casos em 2021;
- III. O aumento no número de notificações de Paralisia Flácida Aguda (PFA), da imigração de indivíduos oriundos de países endêmicos para a Poliomielite, a facilidade de deslocamento de pessoas do território local para países endêmicos e/ou com casos de poliovírus vacinal;
- IV. As baixas e heterogêneas coberturas vacinais dos últimos anos e a existente possibilidade de reintrodução da poliomielite no território;
- V. A análise de risco para Reintrodução da Poliomielite feita pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que na última avaliação o Brasil está em moderado a alto risco, bem como Pernambuco e os municípios da IV Regional de saúde.
- VI. A Constituição Federal de 1988, que no seu Art. 196 define que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;
- VII. A decisão da Comissão Intergestores Regional da IV Região de Saúde, em reunião extraordinária realizada em 19/01/2022, que pactuou o período de 05 de fevereiro até 10 de março de 2022, para o Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais (MRC) com os 32 municípios;

RESOLVEM:

Art. 1º Aprovar no território da IV Região de Saúde de Pernambuco, o Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais (MRC) com os 32 municípios, no período de 05 de Fevereiro a 10 de Março de 2022 com a finalidade de obter o panorama atual das reais coberturas vacinais da população entre 6 meses e 5 anos de idade para a Poliomielite e outras doenças imunopreveníveis.

Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor a partir desta data.

Caruaru, 19 de janeiro de 2022

Maria Aparecida de Souza

Scheyla Maria Silva Gonçalves

PACTUAÇÕES

Monitoramento Rápido de Coberturas (MRC)

- O Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal (MRC) é uma atividade de supervisão das ações de vacinação recomendada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), caracterizada por avaliar a cobertura vacinal a partir da visita em cada domicílio, utilizando como fonte para essa avaliação a verificação do comprovante de vacinação do indivíduo;

Objetivo Geral

- Analisar a situação e cobertura vacinal das crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade para as vacinas Pneumocócica 10, Pentavalente, **Poliomielite (VIP e VOP)**, Tríplice Viral (D1 e D2), Varicela e DTP.

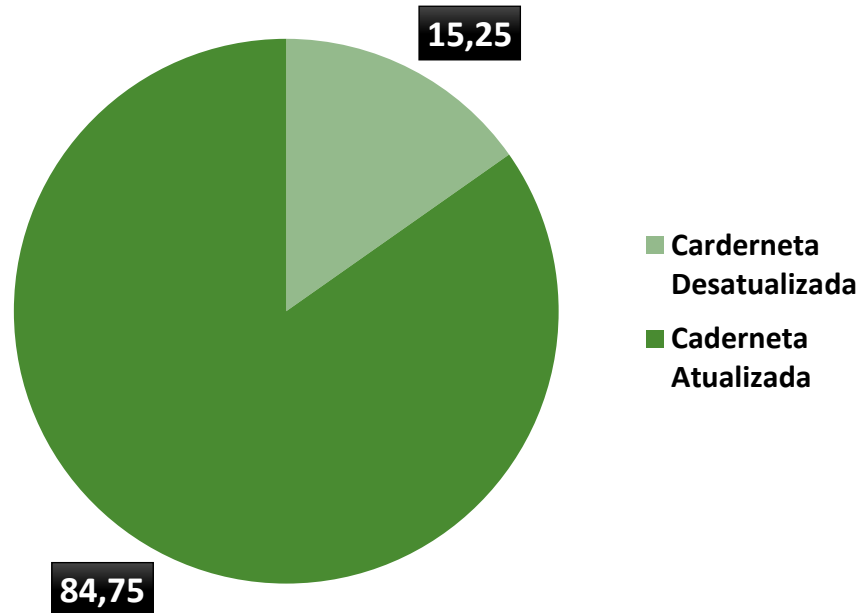
Metodologia

- O MRC deve ser realizado em curto período de tempo, preferencialmente no mesmo dia em que foi iniciado em cada área selecionada. Ele representa o retrato do momento da ação;
- A coleta de dados deve ser realizada por equipes locais, adotando o **MRC cruzado**. Ou seja, uma área selecionada deve ser monitorada pela equipe de outra área, com o objetivo de garantir a imparcialidade durante a coleta de dados.

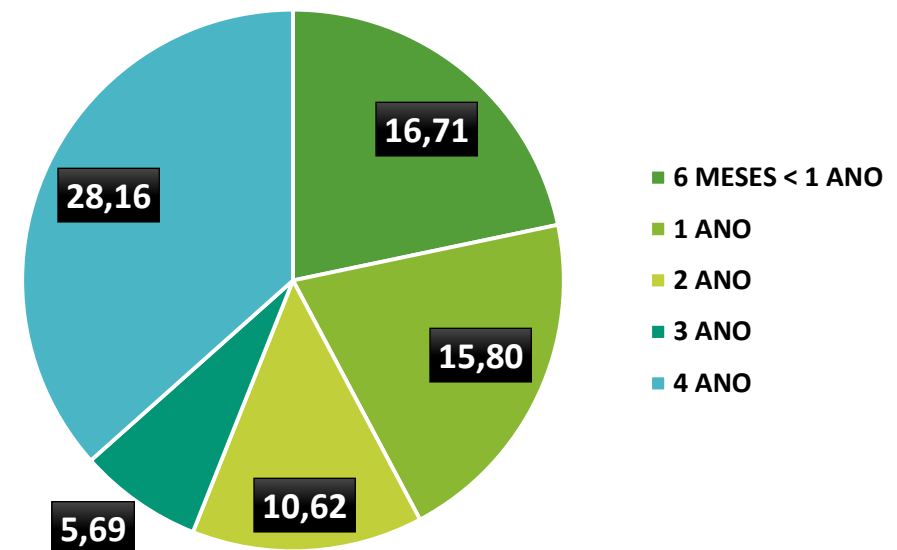
Nº DE CRIANÇAS COM CADERNETA DESATUALIZADA

IV GERES

PERCENTUAL DE CRIANÇAS COM CADERNETA VACINAL
DESATUALIZADA



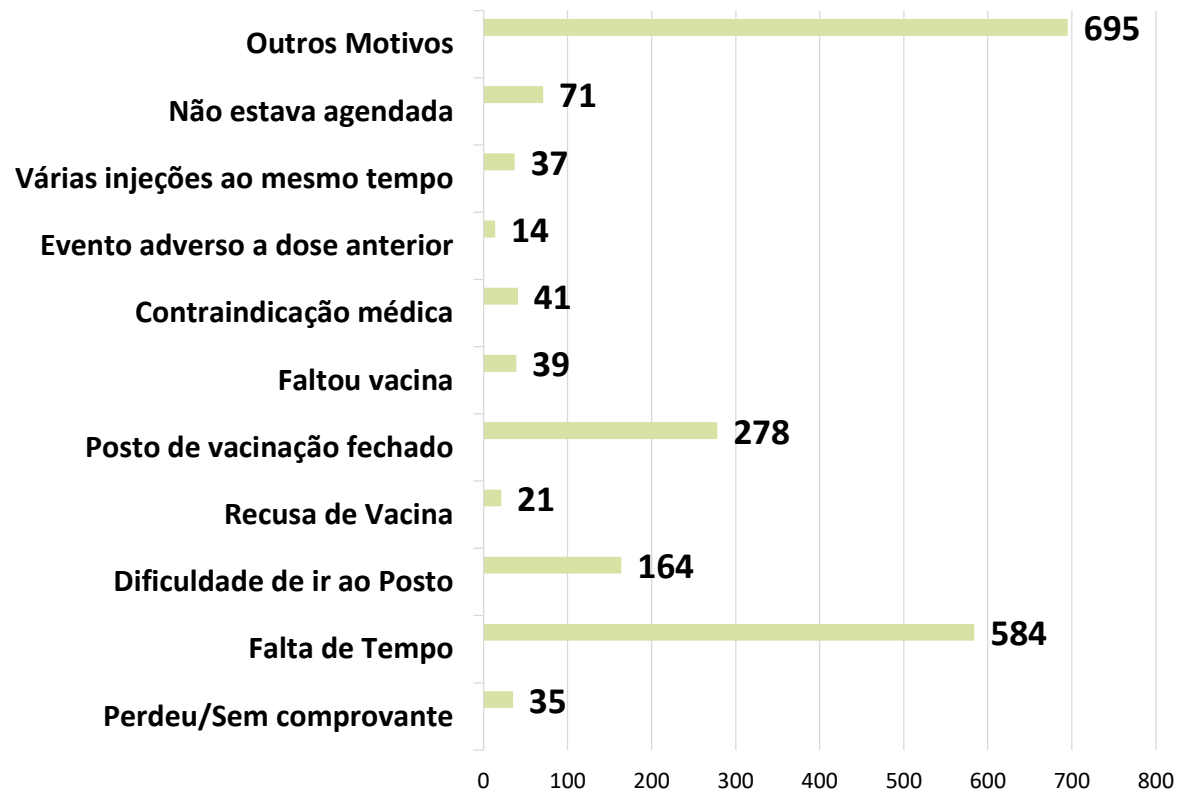
PERCENTUAL DE CRIANÇAS COM CADERNETA VACINAL
DESATUALIZADA POR FAIXA ETÁRIA



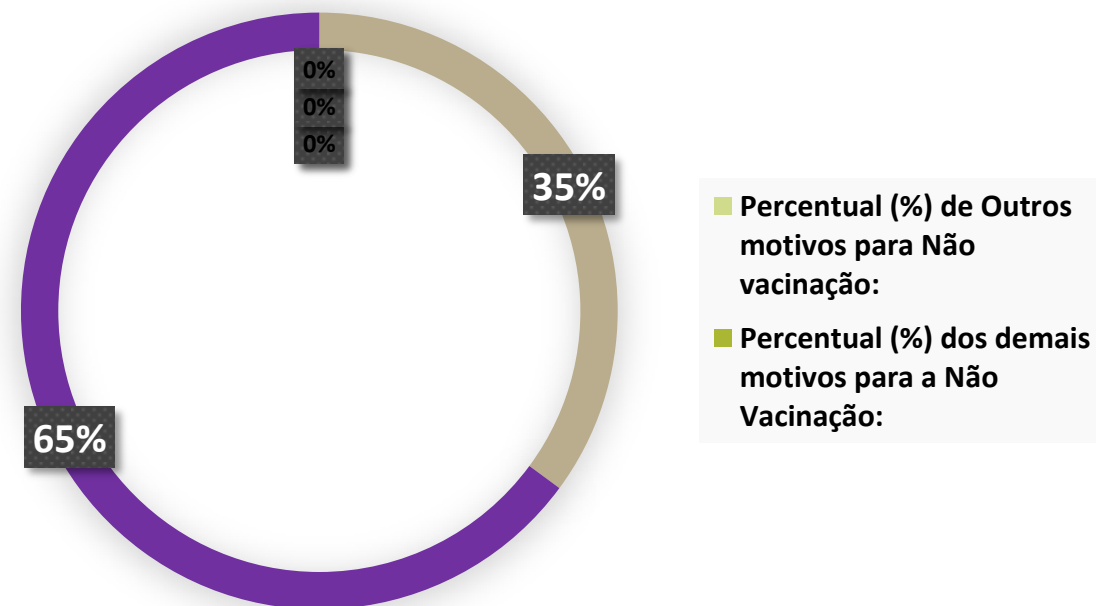
MOTIVOS PARA NÃO VACINAÇÃO

IV GERES

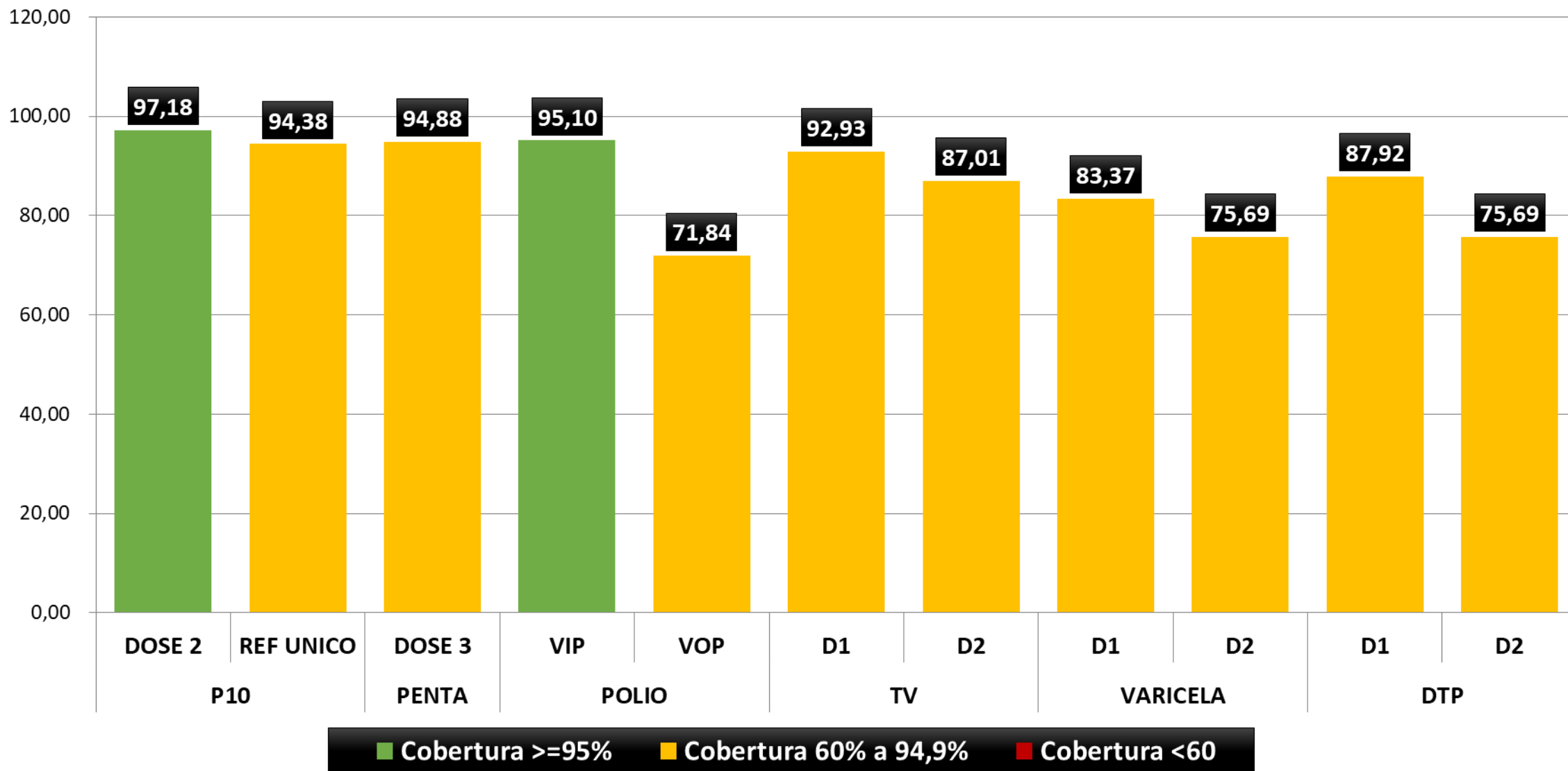
MOTIVOS INFORMADOS PARA A NÃO VACINAÇÃO

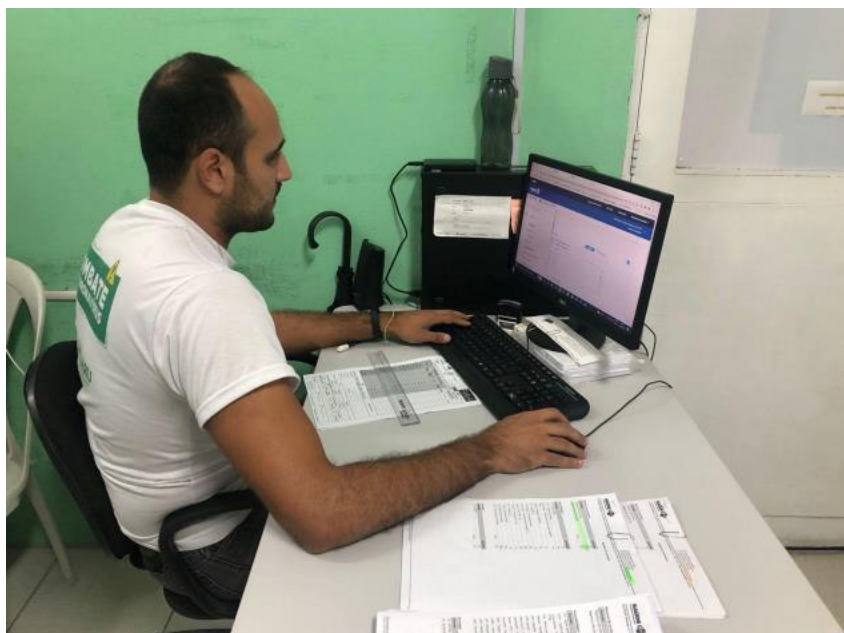


PERCENTUAL DOS MOTIVOS QUE CAUSAM A NÃO VACINAÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM CADERNETA VACINAL DESATUALIZADA ENTRE 06 MESES E 04 ANOS



COBERTURAS VACINAIS DO MRC – IV GERES





**MONITORAMENTO DE
REGISTRO DE DOSES
APLICADAS**

CARUARU-PE

MONITORAMENTO REGISTRO DE DOSES APLICADAS

RANKING DE MEDALHA

SALAS DE VACINA ACOMPANHADAS NO MUNICÍPIO:

Atenção Básica: 62

Maternidades: 02

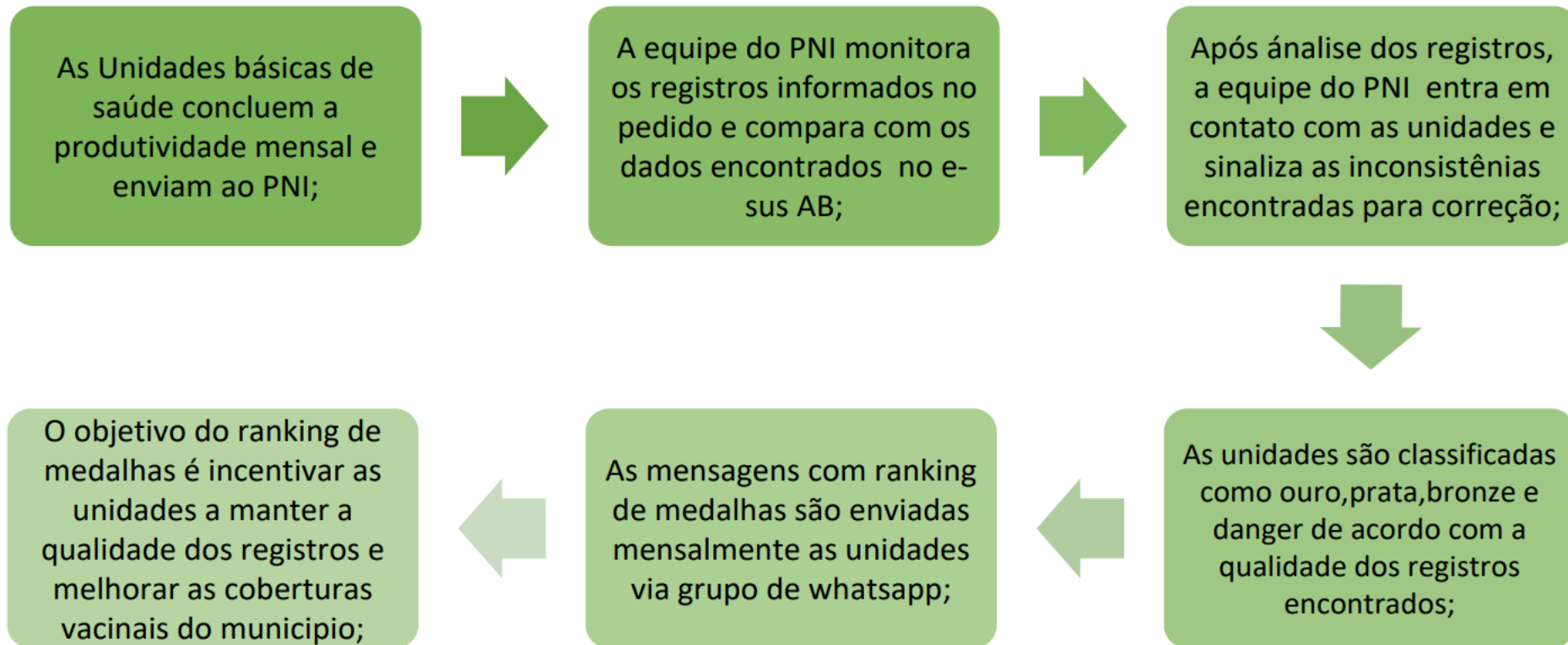
Unidade referência vacina antirrábica: 01



✓ 100% das salas de vacinas são informatizadas e utilizam o PEC.

MONITORAMENTO REGISTRO DE DOSES APLICADAS

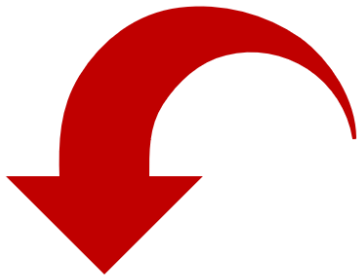
RANKING DE MEDALHA



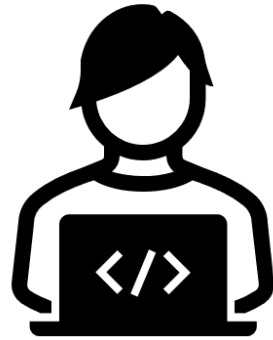
**ESTRATÉGIAS
UTILIZADAS PARA
ORGANIZAÇÃO DO
FLUXO DE VACINAÇÃO E
REGISTRO DE DOSES
ADMINISTRADA
PESQUEIRA - PE**



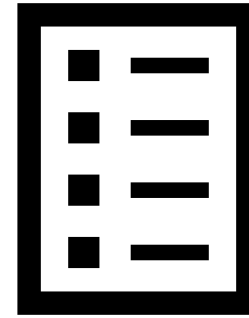
ESTRATÉGIA



Identificação de baixas coberturas vacinais mesmo com altas distribuições de doses, e erro nos registros de doses no PEC/CDS pelas Unidades de Saúde.



Treinamento individual com todos os Técnicos atuantes em sala de vacina (Virtual e presencial).



Entrega de manual, apresentação de cobertura, cálculo de cobertura e análise mensalmente de doses administradas, coberturas e metas de cada unidade. Treinamento sobre o E-SUS Notifica e movimentação de imunobiológicos.



Busca ativa, realizando porta a porta a imunização, objetivando identificar atrasos vacinais e atualizar o esquema de imediato.

PLANILHAS

MONITORAMENTO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

INFORMAR O NÚMERO DE CRIANÇAS POR FAIXA ETÁRIA MENSALMENTE

jul.-22

| MESES | 2 MESES | 3 MESES | 4 MESES | 5 MESES | 6 MESES | 9 MESES | 1 ANO | 1 ANO E 3 MESES | 4 ANOS |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|-----------------|--------|
| ANGICOS | | | | | | | | | |
| ANÁPOLIS 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 16 |
| ANÁPOLIS 2 | | | | | | | | | |
| BAIXA GRANDE | 2 | 0 | 2 | 3 | 2 | 0 | 3 | 0 | 39 |
| CACIMBÃO | | | | | | | | | |
| CAIC | 4 | 9 | 3 | 4 | 5 | 6 | 5 | 11 | 40 |
| CAIXA D'ÁGUA | | | | | | | | | |
| CENTRO DE SAÚDE | | | | | | | | | |
| SÃO JOÃO | | | | | | | | | |
| CENTENÁRIO 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 16 |
| CENTENÁRIO 2 | | | | | | | | | |
| IPANEMA | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 8 |
| JOSÉ ROCHA | | | | | | | | | |
| MIMOSO | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 10 | 2 | 7 |
| MUTUCA | 6 | 6 | 5 | 8 | 8 | 2 | 5 | 6 | 35 |
| SALOBRO | | | | | | | | | |
| SÃO FRANCISCO | | | | | | | | | |
| PAPAGAIO | | | | | | | | | |
| PORTAL | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 14 | 27 | 1 | 44 |
| PITANGUINHA | | | | | | | | | |
| XUCURUS | | | | | | | | | |

NOME DA UBS: _____

CONSOLIDADO MENSAL DE DOSES ADMINISTRADAS NO MÊS _____ / _____

| | DU | D1 | D2 | D3 | 1ª REF. | 2ª REF. |
|----------------------|----|----|----|----|---------|---------|
| BCG | | | | | | |
| Penta Valente | | | | | | |
| Pneumo 10 | | | | | | |
| ROTA VIRUS | | | | | | |
| VIP | | | | | | |
| MENINGO C | | | | | | |
| FEBRE AMARELA | | | | | | |
| TRIPLICE VIRAL 1a 3m | | | | | | |
| VARICELA 1a 3m | | | | | | |
| TRIPLICE VIRAL | | | | | | |
| DTP | | | | | | |
| HEPATITE A | | | | | | |
| VARICELA | | | | | | |
| VOP | | | | | | |
| HPV | | | | | | |
| MENINGO ACWY | | | | | | |
| dT | | | | | | |
| HEPATITE B | | | | | | |
| dtpa-R | | | | | | |

| MAIO | | MUNICIPAL | | |
|---------------------------------------|------------|-------------|------|-----------------|
| Imunobiológico | Dose | CONSOLIDADO | PEC | RELATÓRIO 07/22 |
| BCG | Única | 45 | 25 | 34 |
| DTP / HB / Hib | 1ª dose | 64 | 51 | 51 |
| DTP / HB / Hib | 2ª dose | 74 | 67 | 67 |
| DTP / HB / Hib | 3ª dose | 50 | 48 | 48 |
| Dupla adulto | 1ª dose | 84 | 86 | 87 |
| Dupla adulto | 2ª dose | 57 | 39 | 40 |
| Dupla adulto | 3ª dose | 47 | 47 | 48 |
| Dupla adulto | Reforço | 28 | 30 | 39 |
| Febre amarela | 1ª dose | 65 | 65 | 65 |
| Febre amarela | Reforço | 36 | 38 | 38 |
| Febre amarela | Única | 86 | 82 | 108 |
| HPV Quadrivalente | 1ª dose | 56 | 62 | 63 |
| HPV Quadrivalente | 2ª dose | 45 | 57 | 57 |
| Hepatite A Pediátrica | 1ª dose | 39 | 41 | 42 |
| Hepatite B | 1ª dose | 72 | 64 | 65 |
| Hepatite B | 2ª dose | 56 | 51 | 51 |
| Hepatite B | 3ª dose | 54 | 55 | 55 |
| Hepatite B | Dose | 11 | 4 | 4 |
| Meningocócica ACWY | Dose | 8 | 22 | 23 |
| Meningocócica ACWY | Reforço | 38 | 24 | 24 |
| Meningocócica conjugada C | 1ª dose | 55 | 43 | 43 |
| Meningocócica conjugada C | 1ª reforço | 63 | 64 | 64 |
| Meningocócica conjugada C | 2ª dose | 47 | 44 | 44 |
| Meningocócica conjugada C | Única | 0 | 0 | 1 |
| Pneumocócica 10V | 1ª dose | 62 | 47 | 47 |
| Pneumocócica 10V | 2ª dose | 71 | 66 | 66 |
| Pneumocócica 10V | Reforço | 59 | 61 | 61 |
| Poliomielite inativada | 1ª dose | 59 | 47 | 47 |
| Poliomielite inativada | 2ª dose | 74 | 69 | 69 |
| Poliomielite inativada | 3ª dose | 46 | 43 | 43 |
| Poliomielite oral (Bivalente) | 1ª dose | 0 | 0 | 0 |
| Poliomielite oral (Bivalente) | 1ª reforço | 71 | 61 | 62 |
| Poliomielite oral (Bivalente) | 2ª reforço | 66 | 45 | 47 |
| Tetra Viral | Única | 0 | 0 | 0 |
| Tríplice bacteriana | 1ª dose | 0 | 2 | 2 |
| Tríplice bacteriana | 1ª reforço | 47 | 46 | 46 |
| Tríplice bacteriana | 2ª dose | 0 | 2 | 3 |
| Tríplice bacteriana | 2ª reforço | 60 | 63 | 63 |
| Tríplice bacteriana acelular (adulto) | 1ª dose | 11 | 26 | 26 |
| Tríplice bacteriana acelular (adulto) | 2ª dose | 4 | 1 | 0 |
| Tríplice bacteriana acelular (adulto) | 3ª dose | 10 | 3 | 3 |
| Tríplice bacteriana acelular (adulto) | Reforço | 31 | 18 | 20 |
| Tríplice viral | 1ª dose | 132 | 134 | 154 |
| Tríplice viral | 2ª dose | 100 | 91 | 93 |
| Tríplice viral | Dose | 69 | 67 | 63 |
| Vacina rotavírus humano | 1ª dose | 59 | 48 | 48 |
| Vacina rotavírus humano | 2ª dose | 66 | 59 | 59 |
| Varicela (atenuada) | 1ª dose | 46 | 58 | 59 |
| Varicela (atenuada) | 2ª dose | 54 | 48 | 48 |
| Totais | | 2377 | 2214 | 2290 |

| MAIO | | Psf Angicos | Psf Angicos | | |
|--|------------|-------------|-------------|------|-----------|
| Imunobiológico | Dose | CONSOLIDADO | PEC | META | COBEETURA |
| BCG | Única | | | | |
| DTP / HB / Hib (PENTA) | 1ª dose | 1 | 1 | 1 | 100,00% |
| DTP / HB / Hib (PENTA) | 2ª dose | 2 | 2 | 0 | |
| DTP / HB / Hib (PENTA) | 3ª dose | 1 | 1 | 1 | 100,00% |
| Dupla adulto (dT) | 1ª dose | 8 | 9 | | |
| Dupla adulto (dT) | 2ª dose | 5 | 4 | | |
| Dupla adulto (dT) | 3ª dose | 6 | 5 | | |
| Dupla adulto (dT) | Reforço | 5 | 5 | | |
| Febre amarela | 1ª dose | | 5 | 0 | 500,00% |
| Febre amarela | Reforço | | | 8 | 0,00% |
| Febre amarela | Única | 9 | 3 | | |
| HPV Quadrivalente | 1ª dose | 3 | 3 | | |
| HPV Quadrivalente | 2ª dose | 2 | 2 | | |
| Hepatite A Pediátrica | 1ª dose | | | 0 | |
| Hepatite B | 1ª dose | 3 | 3 | | |
| Hepatite B | 2ª dose | 6 | 6 | | |
| Hepatite B | 3ª dose | 4 | 3 | | |
| Hepatite B | Dose | | | | |
| Meningocócica ACWY | Dose | 1 | 1 | | |
| Meningocócica ACWY | Reforço | 3 | 3 | | |
| Meningocócica conjugada C | 1ª dose | 4 | 4 | 1 | 400,00% |
| Meningocócica conjugada C | 1ª reforço | 2 | 2 | 0 | |
| Meningocócica conjugada C | 2ª dose | 1 | 1 | 0 | |
| Pneumocócica 10V | 1ª dose | 1 | 1 | 1 | 100,00% |
| Pneumocócica 10V | 2ª dose | 2 | 2 | 0 | |
| Pneumocócica 10V | Reforço | 1 | 1 | 0 | |
| Poliomielite inativada | 1ª dose | 1 | 1 | 1 | 100,00% |
| Poliomielite inativada | 2ª dose | 2 | 2 | 0 | |
| Poliomielite inativada | 3ª dose | 1 | 1 | 1 | 100,00% |
| Poliomielite oral (Bivalente) | 1ª dose | | | | |
| Poliomielite oral (Bivalente) | 1ª reforço | | | 0 | |
| Poliomielite oral (Bivalente) | 2ª reforço | | | 8 | 0,00% |
| Tetra Viral | Única | | | | |
| Tríplice bacteriana (DTP) | 1ª dose | | | | |
| Tríplice bacteriana (DTP) | 1ª reforço | | | 0 | |
| Tríplice bacteriana (DTP) | 2ª dose | | | | |
| Tríplice bacteriana (DTP) | 2ª reforço | 1 | 1 | 8 | 12,50% |
| Tríplice bacteriana acelular (adulto) - dT | 1ª dose | | | | |
| Tríplice bacteriana acelular (adulto) - dT | 2ª dose | | | | |
| Tríplice bacteriana acelular (adulto) - dT | 3ª dose | | | | |
| Tríplice bacteriana acelular (adulto) - dT | Reforço | 3 | 3 | | |
| Tríplice viral | 1ª dose | 7 | 11 | 0 | |
| Tríplice viral | 2ª dose | 7 | 7 | 0 | |
| Tríplice viral | Dose | 4 | | | |
| Vacina rotavírus humano | 1ª dose | 1 | 1 | 1 | 100,00% |
| Vacina rotavírus humano | 2ª dose | 1 | 1 | 0 | |
| Varicela (atenuada) | 1ª dose | 2 | 2 | 0 | |
| Varicela (atenuada) | 2ª dose | 1 | 1 | 8 | 12,50% |
| Totais | | 101 | 98 | 39 | 251,28% |

BUSCA ATIVA

| INSTRUMENTO DE BUSCA ATIVA - GESTANTE | | | | | | UBS: | | | |
|---------------------------------------|------|----------|---------|----------|----------------------|----------------------|-----------------|--------|----------------------|
| MUNI: PESQUEIRA | | UBS: | | | DATA: | | | | |
| TÉCNICO: | | | | | | | | | |
| Nº | NOME | ENDEREÇO | SUS/CPF | TELEFONE | dT | HEP. B | dtpa-R | GRIPE | COVID-19 |
| 1 | | | | | () D1 () D2 () D3 | () D1 () D2 () D3 | () ____ () DU | () DU | () D1 () D2 () D3 |
| 2 | | | | | () D1 () D2 () D3 | () D1 () D2 () D3 | () ____ () DU | () DU | () D1 () D2 () D3 |
| 3 | | | | | () D1 () D2 () D3 | () D1 () D2 () D3 | () ____ () DU | () DU | () D1 () D2 () D3 |
| 4 | | | | | () D1 () D2 () D3 | () D1 () D2 () D3 | () ____ () DU | () DU | () D1 () D2 () D3 |
| 5 | | | | | () D1 () D2 () D3 | () D1 () D2 () D3 | () ____ () DU | () DU | () D1 () D2 () D3 |
| 6 | | | | | () D1 () D2 () D3 | () D1 () D2 () D3 | () ____ () DU | () DU | () D1 () D2 () D3 |
| 7 | | | | | () D1 () D2 () D3 | () D1 () D2 () D3 | () ____ () DU | () DU | () D1 () D2 () D3 |
| 8 | | | | | () D1 () D2 () D3 | () D1 () D2 () D3 | () ____ () DU | () DU | () D1 () D2 () D3 |

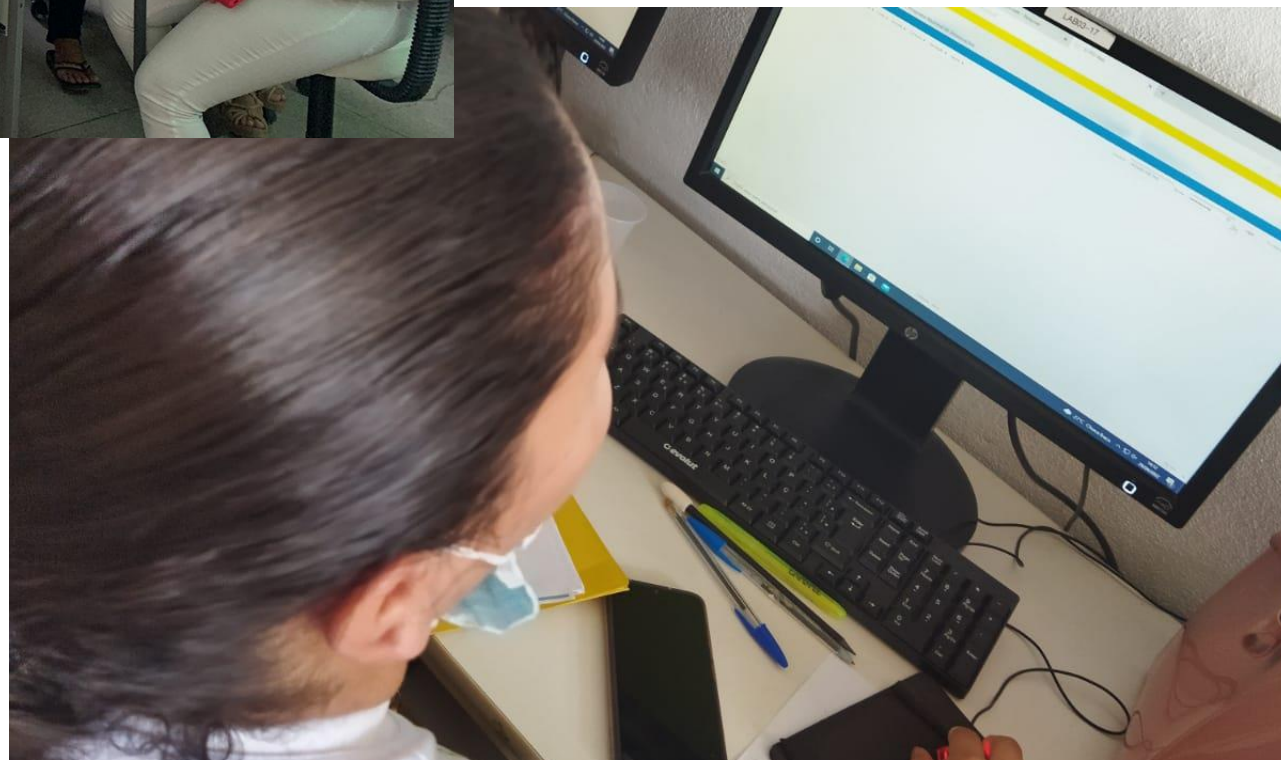
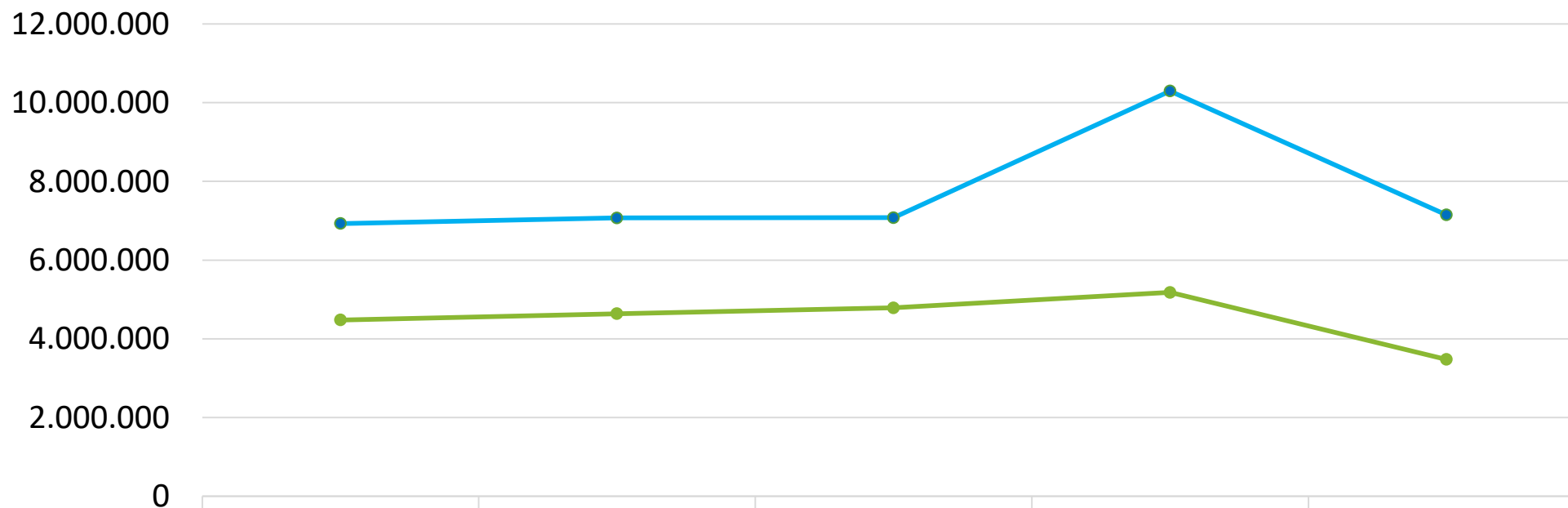


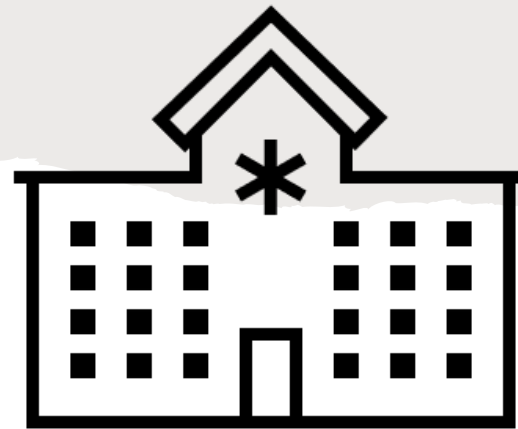
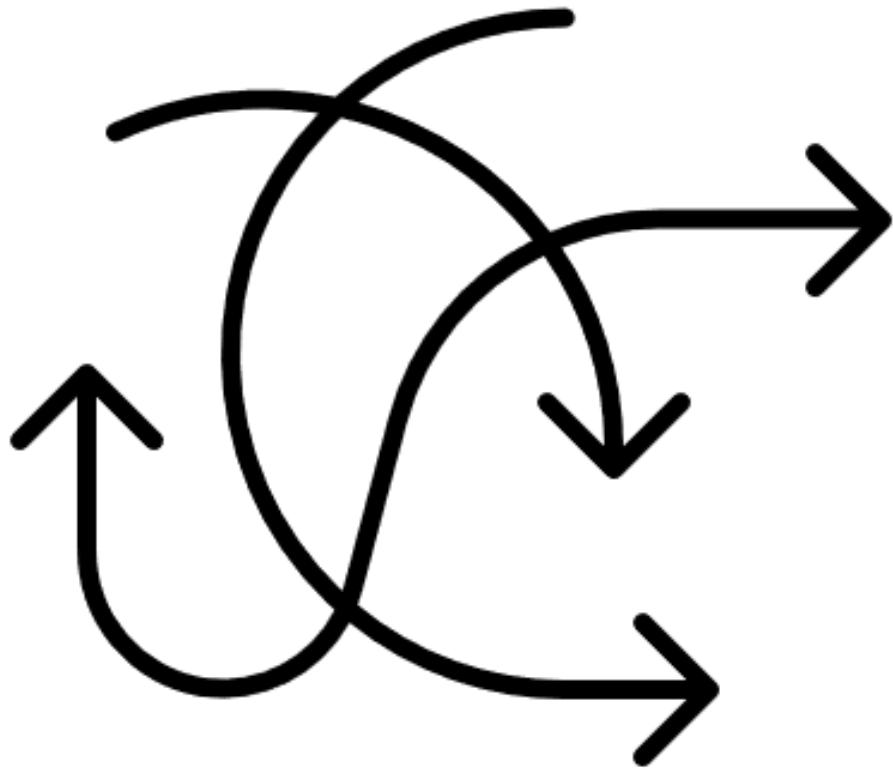
Gráfico 1 – Quantificação de doses distribuídas e doses aplicadas da vacinação de rotina segundo o ano (2017 a 2021) no estado de Pernambuco. Pernambuco, 2022



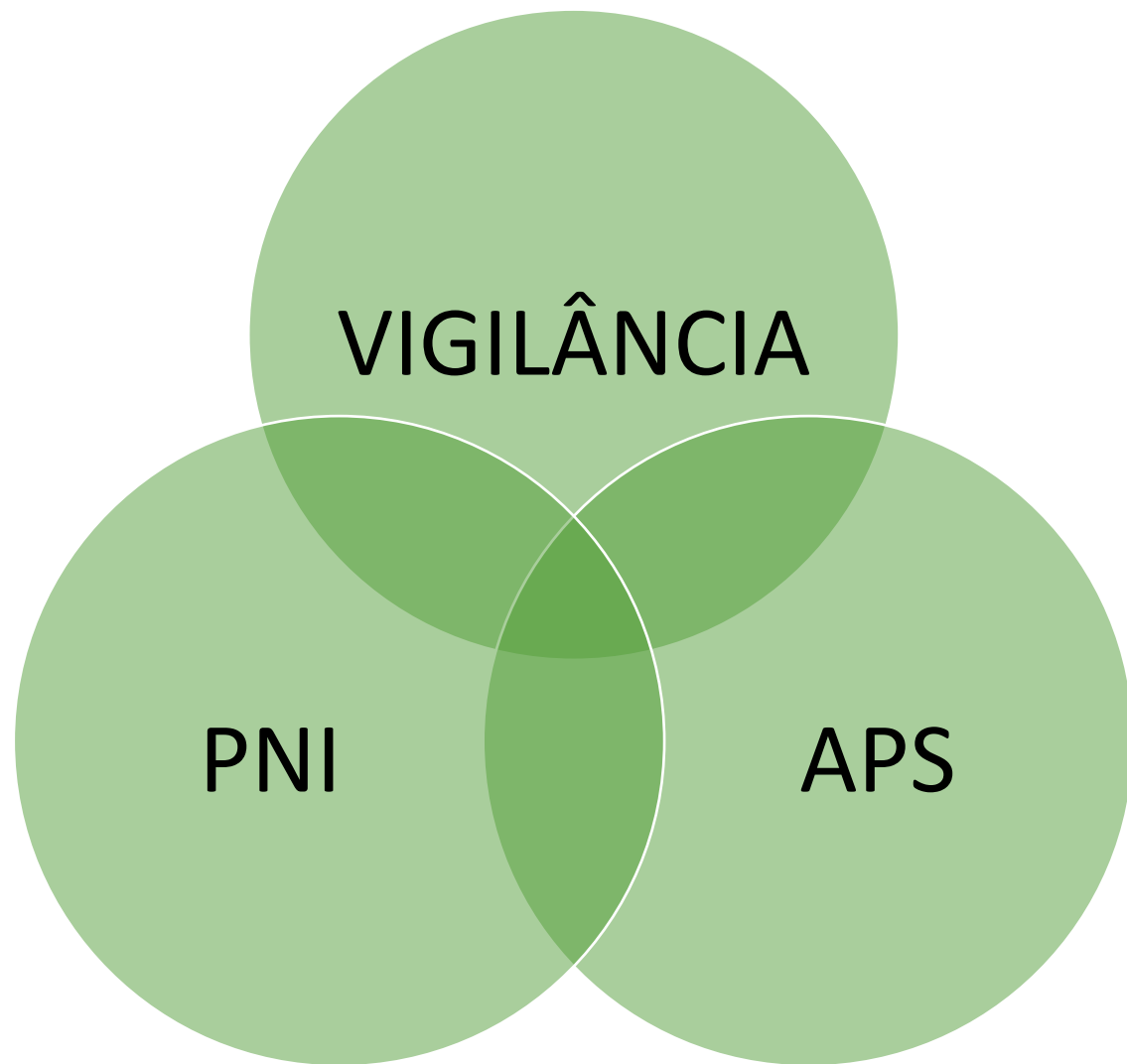
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| DOSES DISTRIBUÍDAS | 6.927.810 | 7.070.575 | 7.078.278 | 10.295.101 | 7.147.292 |
| DOSES APLICADAS | 4.476.768 | 4.637.706 | 4.786.115 | 5.178.844 | 3.476.306 |

Fonte: SIES em 25 de julho de 2022/ Datasus/Data de atualização dos dados:25/07/2022. Dados sujeitos a revisão.

As estratégias práticas para evitar as oportunidades perdidas







OBRIGADA!

Ana Catarina de Melo Araújo
Email: acmelosespe@gmail.com