

# 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.



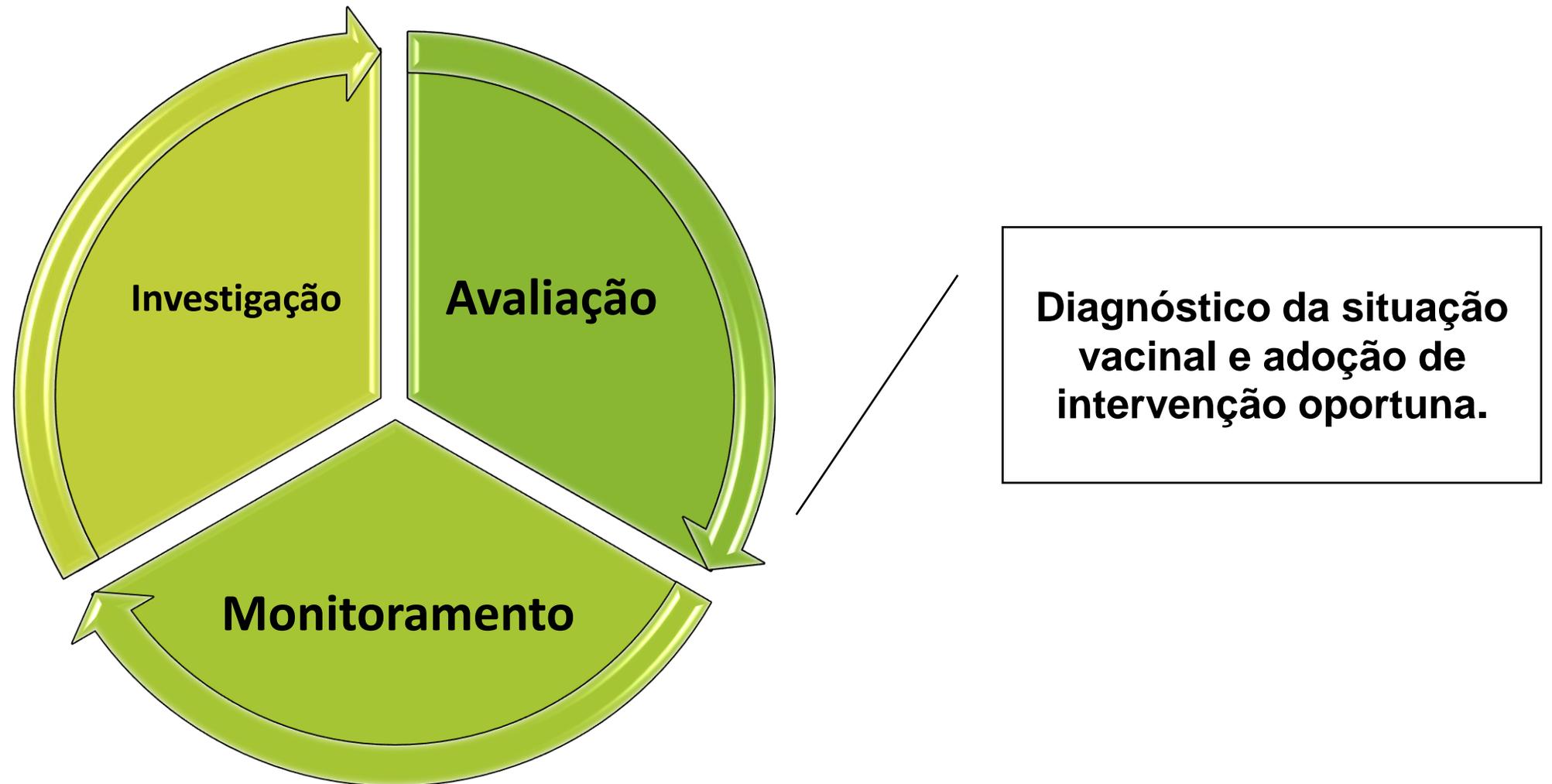
Depende do **propósito da vacinação**: controle, eliminação ou erradicação de doenças imunopreveníveis.

# 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

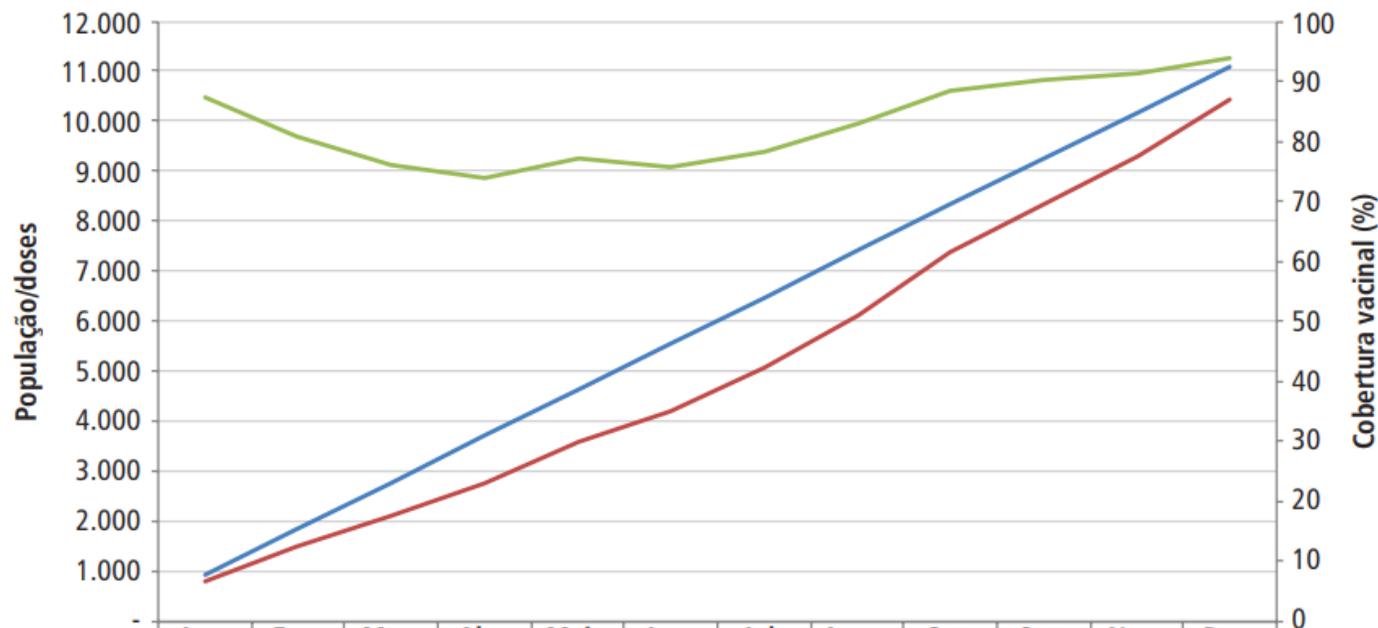
- Utilização de duas fontes de dados: doses aplicadas que completam o esquema vacinal, registradas no sistema de informação, e as estimativas populacionais em determinado local e tempo.

## 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<sup>a,b</sup>, Mattie E. Kerns<sup>c</sup>, and Sean T. O'Leary<sup>a,b</sup>

### 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.

<sup>a</sup>Department of Pediatrics, Section of Pediatric Infectious Diseases, University of Colorado School of Medicine, <sup>b</sup>University of Colorado School of Medicine, Adult and Child Consortium for Health Outcomes Research and Delivery Science and <sup>c</sup>University 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**



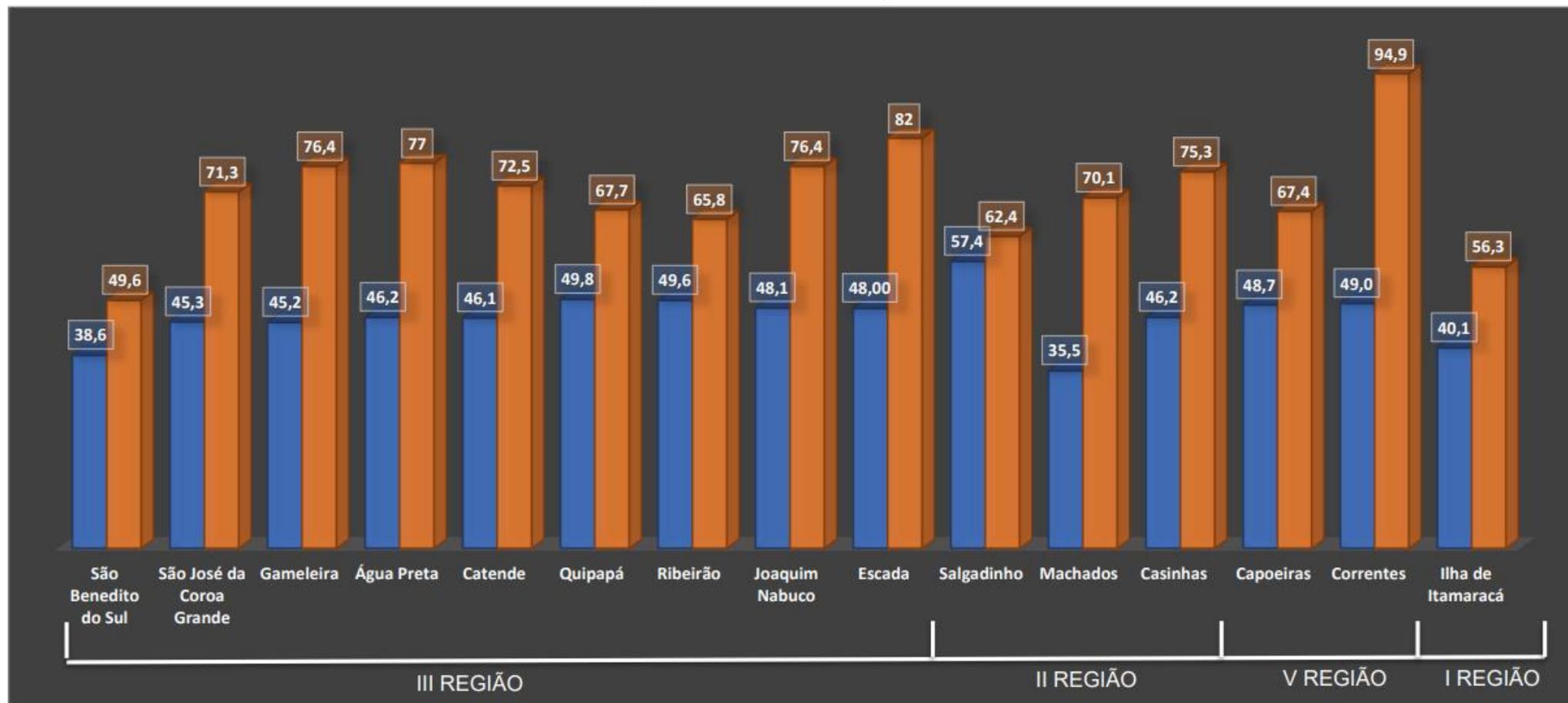
**Apresentação do Plano de Ação aos municípios críticos**



**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

<b>SAO JOSE DA COROA GRANDE</b>	<b>D1</b>	<b>D2</b>	<b>REFORÇO</b>	<b>DOSE ÚNICA</b>	<b>TOTAL</b>
Estoque	1109	1471	42	0	2622
<b>DIFERENÇA (DIST/APLIC)</b>	<b>2469</b>	<b>7027</b>	<b>1162</b>	<b>8</b>	<b>2754</b>
DISTRIBUÍDAS	14601	14665	1784	190	31240
Aplicadas	12132	7638	622	182	20574
<b>DIFERENÇA (APLIC/EST)</b>	<b>1360</b>	<b>5556</b>	<b>1120</b>	<b>8</b>	<b>132</b>
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
<b>SAO JOSE DA COROA G</b>	<b>2687</b>
BARREIROS	311
RECIFE	206
MARAGOGI	114
JABOATAO DOS GUARÁ	78
PALMARES	52
OUTROS	510
<b>Total Geral</b>	<b>3958</b>

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
<b>Total Geral</b>	<b>2687</b>

# 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
<b>Doses aplicadas</b>	<b>13.836</b>	<b>10.602</b>	<b>76,6</b>	<b>6.692</b>	<b>48,4</b>	<b>181</b>	<b>6.856</b>	<b>49,6</b>	<b>527</b>	<b>3,8</b>	<b>18.002</b>

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



## Atividades Desenvolvidas Visitas Técnicas



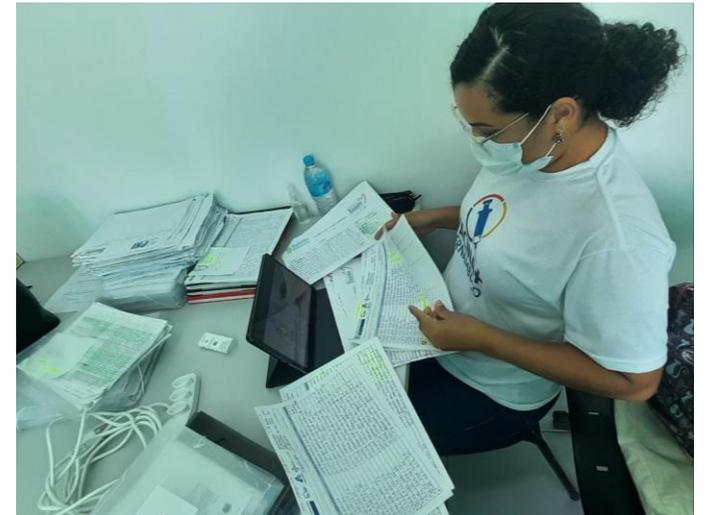
## Mapeamento e Busca Ativa



# 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.



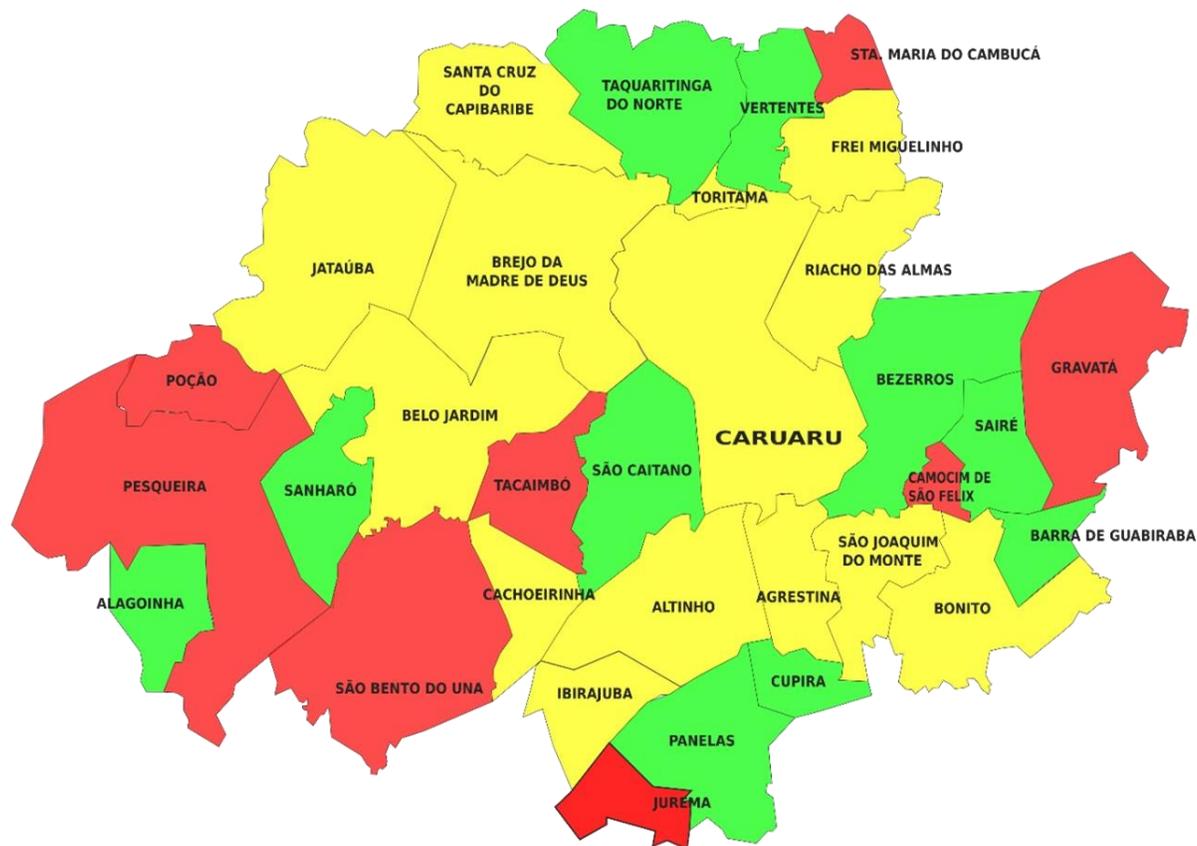
Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
**PERNAMBUCO**



# Risco de Reintrodução da Poliomielite



## IV REGIONAL DE SAÚDE - PERNAMBUCO

10 Municípios

14 Municípios

8 Municípios

LEGENDA:

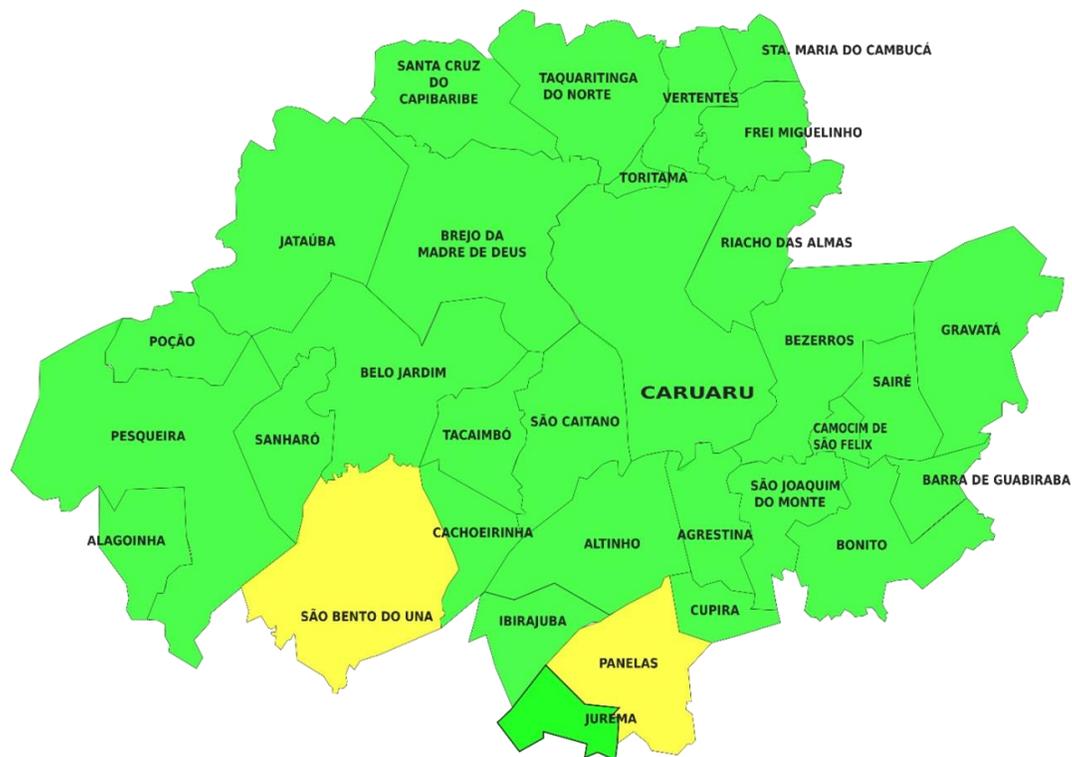
 Baixo Risco

 Moderado Risco

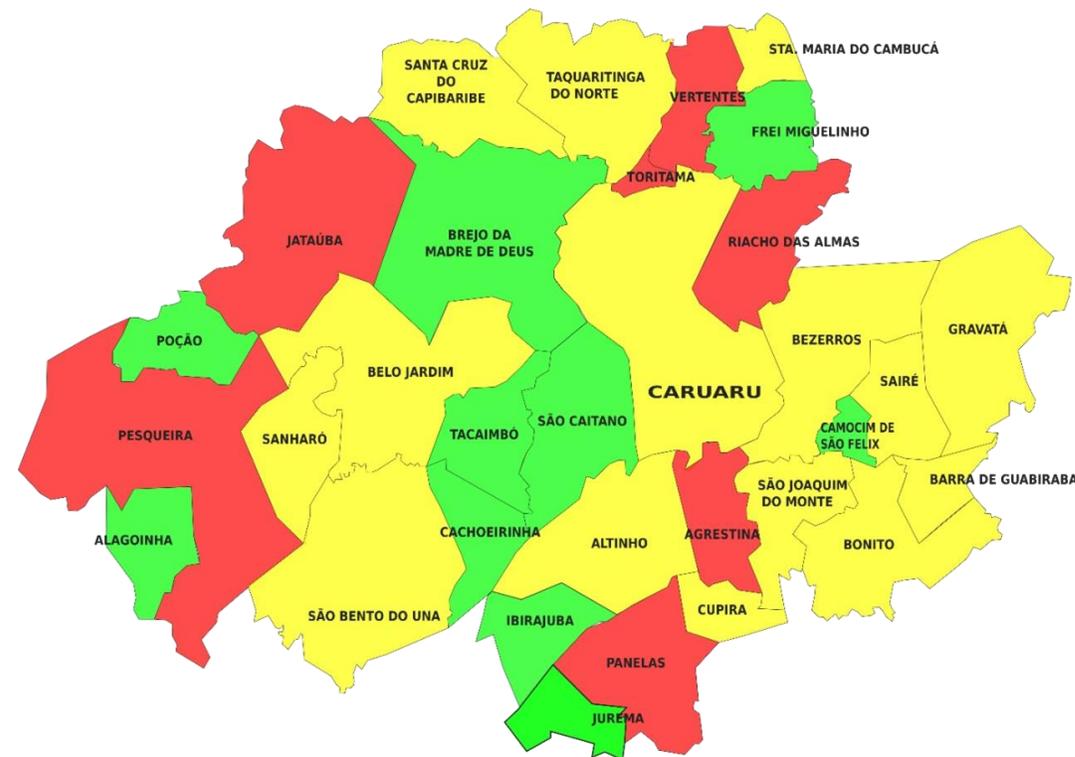
 Alto Risco

# 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 N°449/2022, 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 N°448/2022, 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 N°447/2022, 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

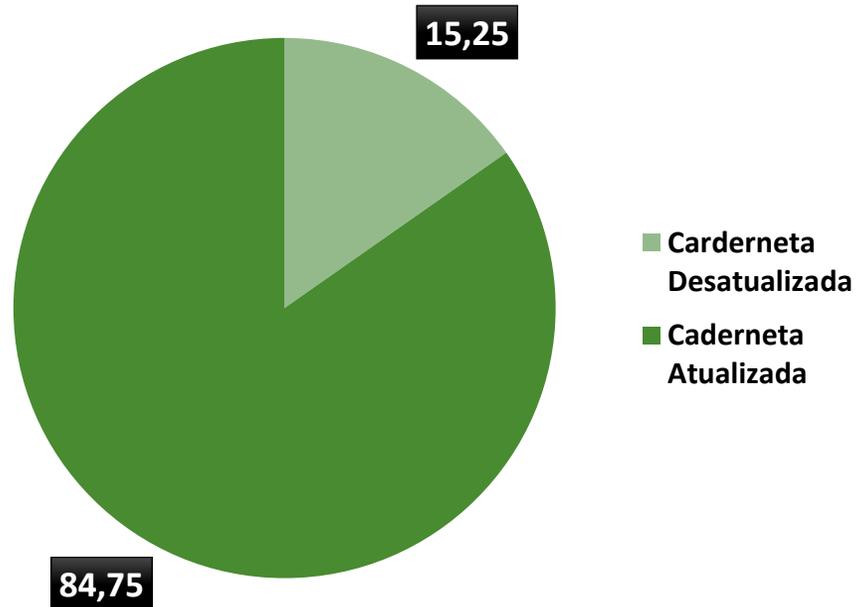
- O MRC deve ser realizado em curto período de tempo, preferencialmente no mesmo dia em que foi iniciado em cada área selecionada. Ele representa o retrato do momento da ação;
- A coleta de dados deve ser realizada por equipes locais, adotando o **MRC cruzado**. Ou seja, uma área selecionada deve ser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



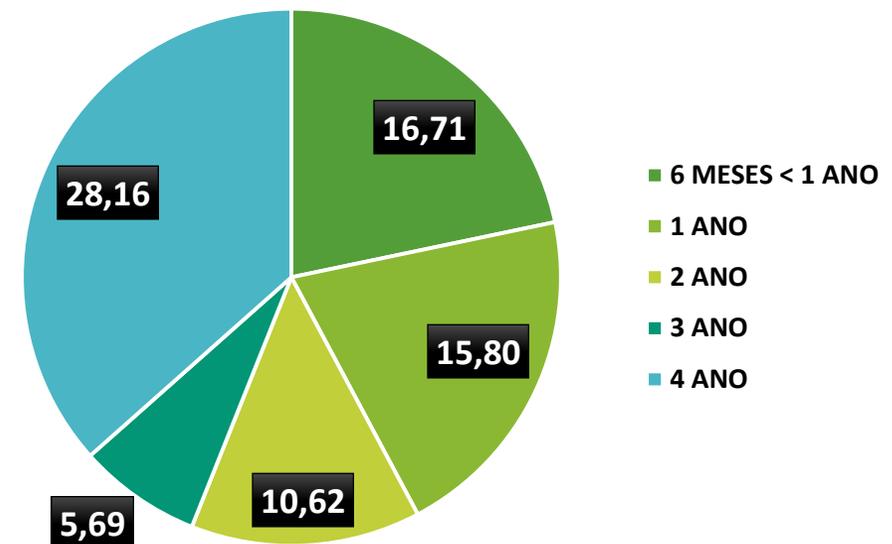
# Nº DE CRIANÇAS COM CADERNETA DESATUALIZADA

## IV GERES

PERCENTUAL DE CRIANÇAS COM CADERNETA VACINAL  
DESATUALIZADA



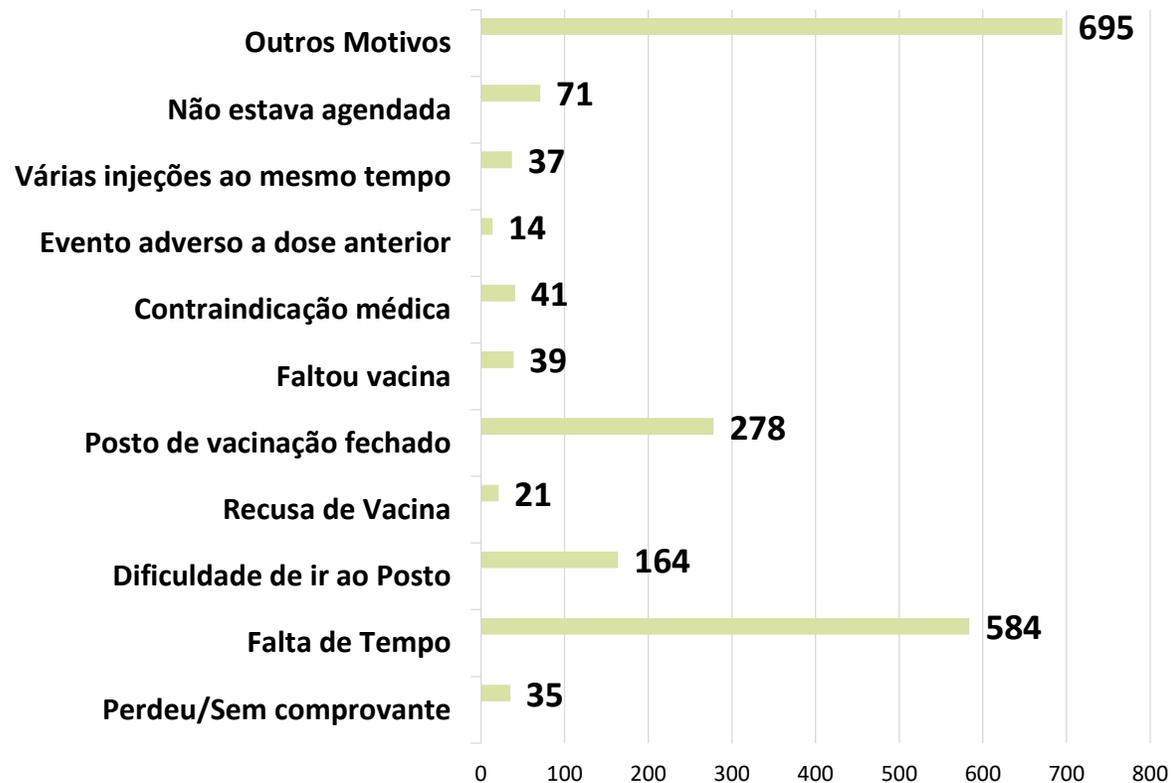
PERCENTUAL DE CRIANÇAS COM CADERNETA VACINAL  
DESATUALIZADA POR FAIXA ETÁRIA



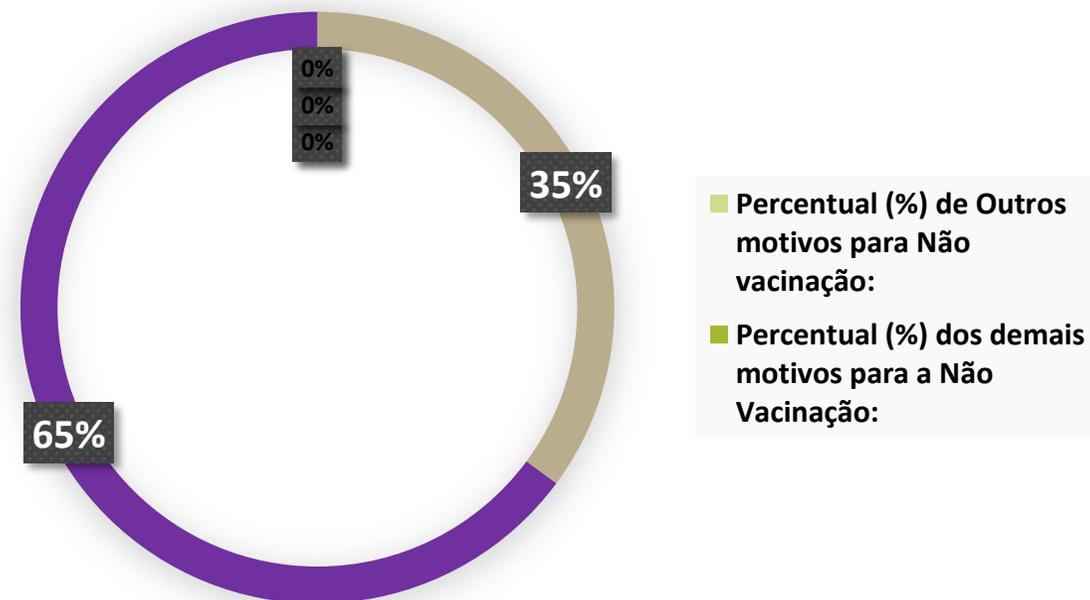
# MOTIVOS PARA NÃO VACINAÇÃO

IV GERES

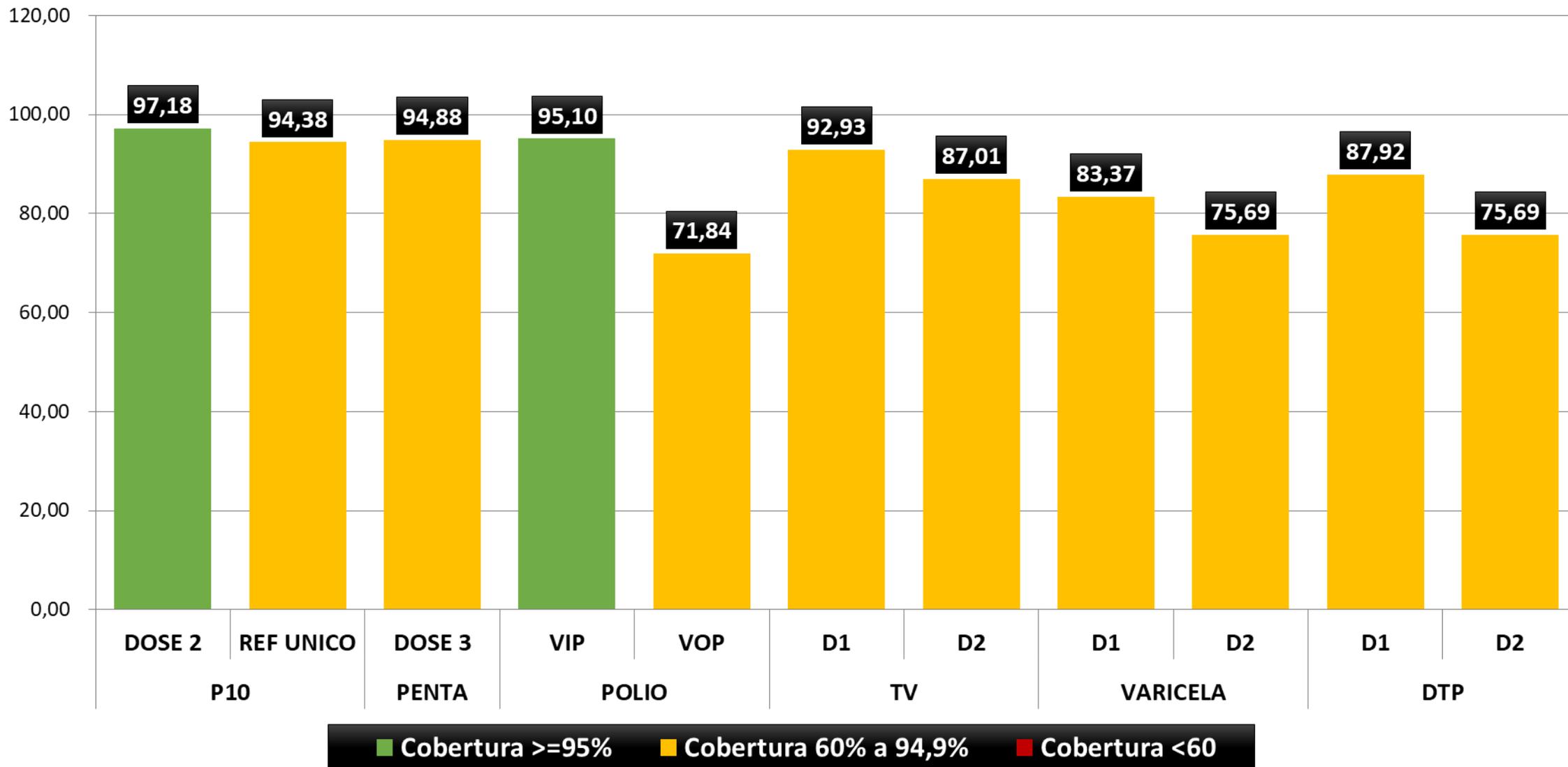
MOTIVOS INFORMADOS PARA A NÃO VACINAÇÃO

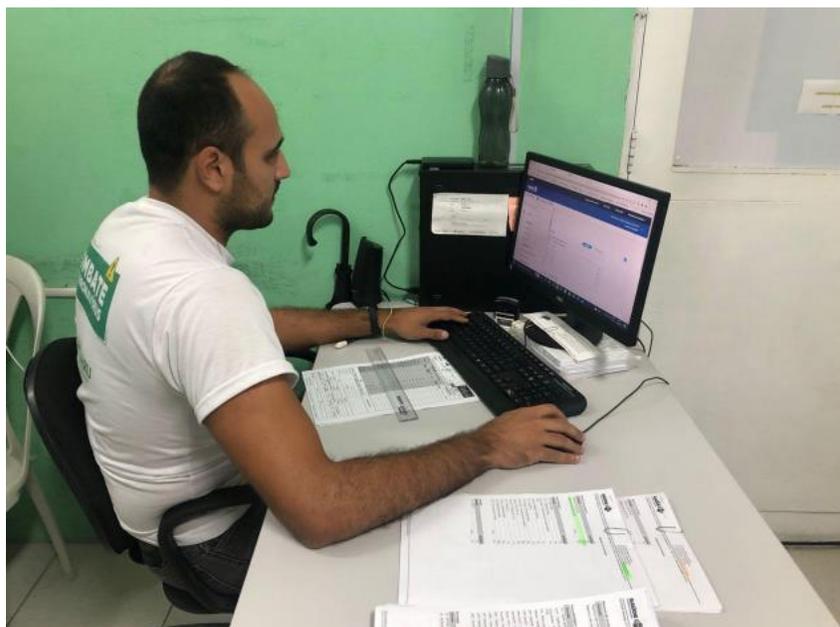


PERCENTUAL DOS MOTIVOS QUE CAUSAM A NÃO VACINAÇÃO DOS INDIVÍDUOS COM CADERNETA VACINAL DESATUALIZADA ENTRE 06 MESES E 04 ANOS



# 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

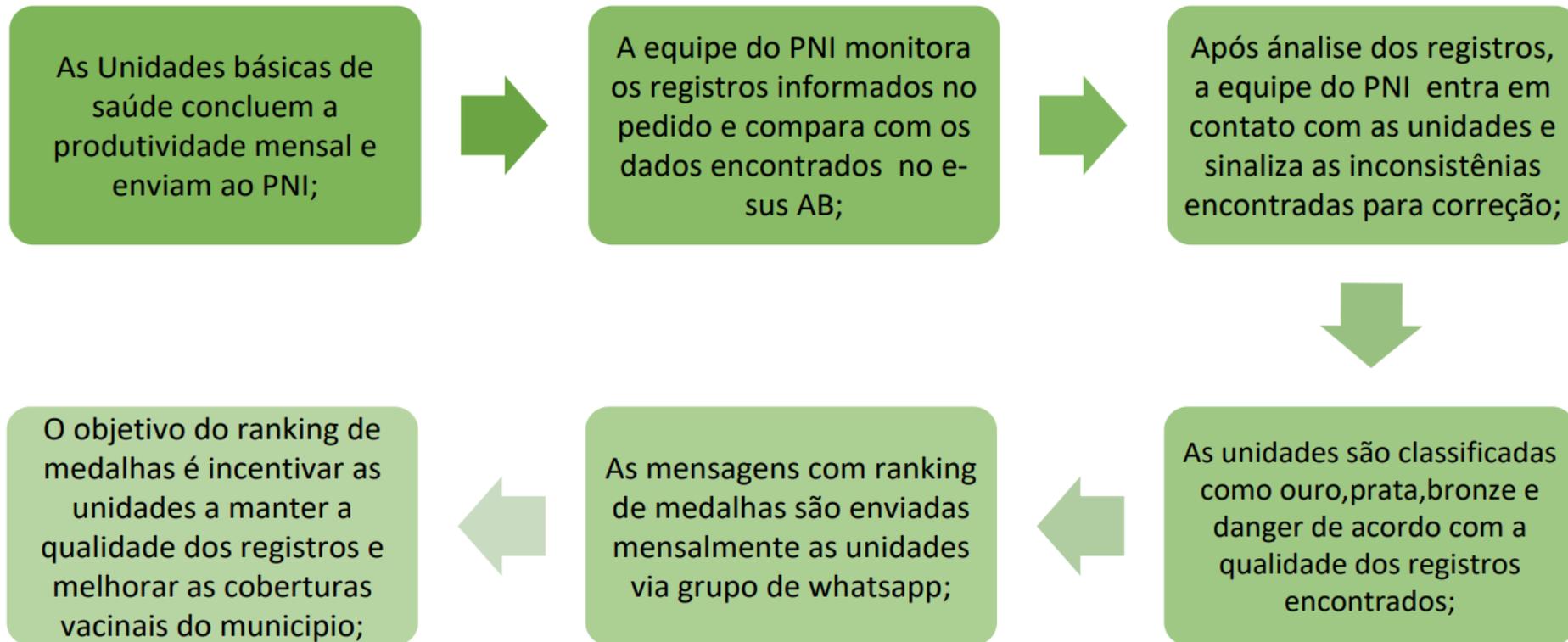
Unidade referência vacina antirrábica: 01



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

# MONITORAMENTO REGISTRO DE DOSES APLICADAS

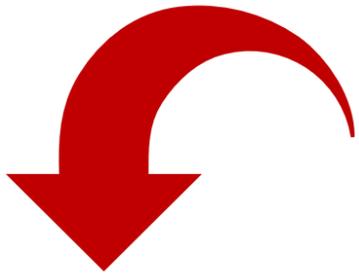
## RANKING DE MEDALHA



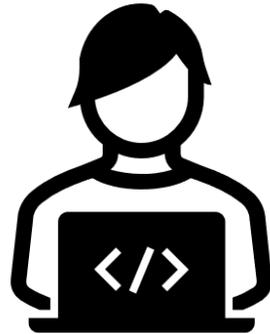
**ESTRATÉGIAS  
UTILIZADAS PARA  
ORGANIZAÇÃO DO  
FLUXO DE VACINAÇÃO E  
REGISTRO DE DOSES  
ADMINISTRADA  
PESQUEIRA - PE**



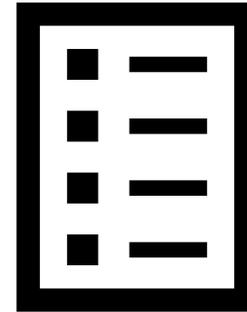
# ESTRATÉGIA



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 mensal 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

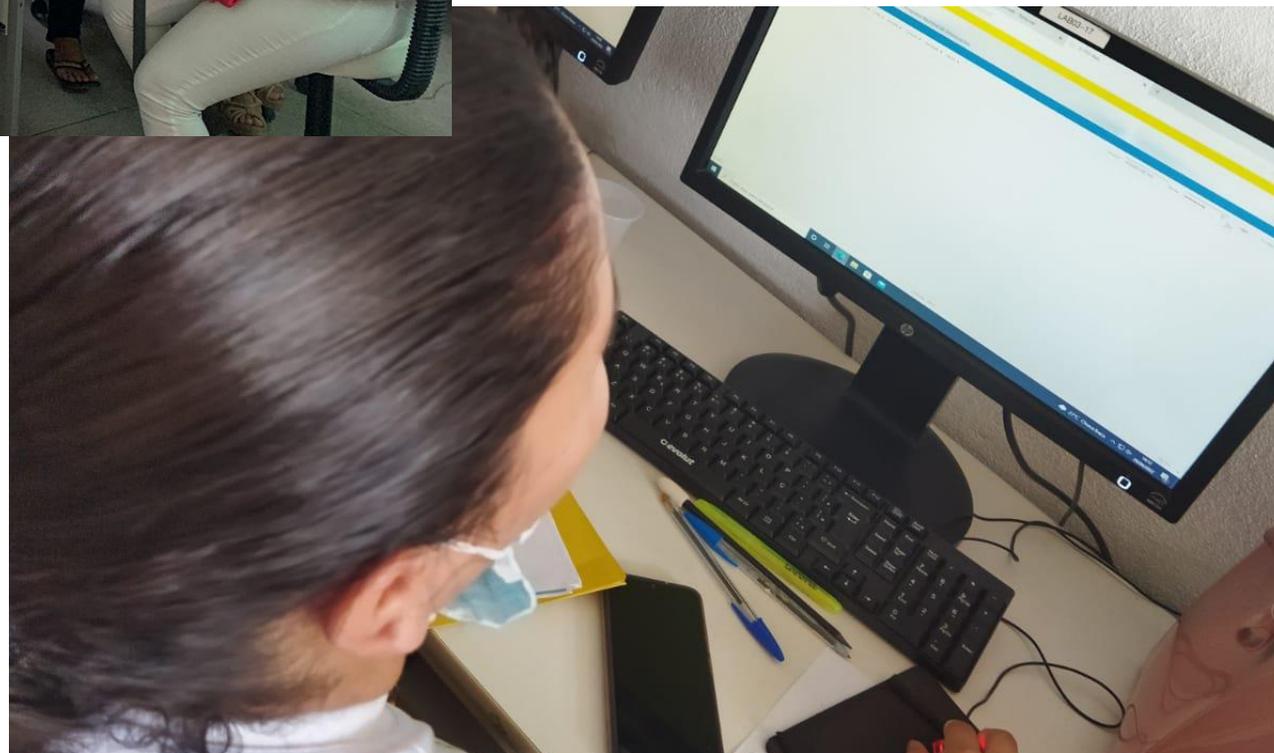
	DU	D1	D2	D3	1ª REF.	2ª REF.
BCG						
Penta Valente						
Pneumo 10						
ROTA VIRUS						
VIP						
MENINGO C						
FEBRE AMARELA						
TRIPLICE VIRAL 1a 3m						
VARICELA 1a 3m						
TRIPLICE VIRAL						
DTP						
HEPATITE A						
VARICELA						
VOP						
HPV						
MENINGO ACWY						
dT						
HEPATITE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

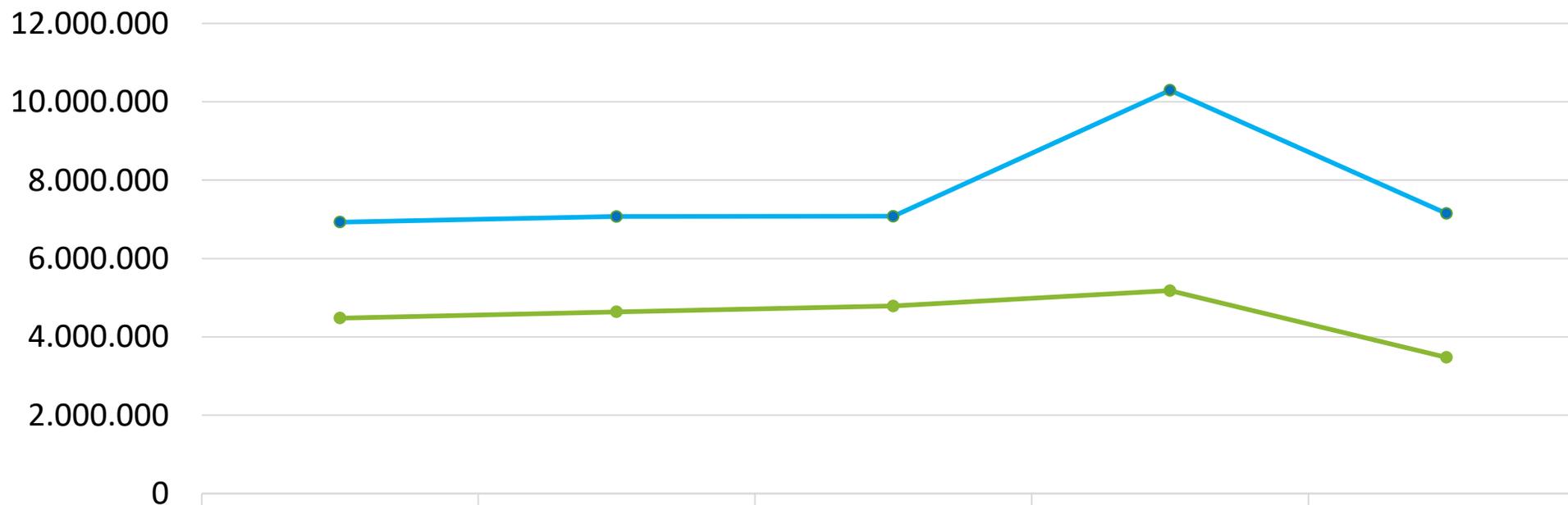
MAIO		Psf Angicos	Psf Angicos		
Imunobiológico	Dose	CONSOLIDADO	PEC	META	COBEETURA
BCG	Única				
DTP / HB / Hib (PENTA)	1ª dose	1	1	1	100,00%
DTP / HB / Hib (PENTA)	2ª dose	2	2	0	
DTP / HB / Hib (PENTA)	3ª dose	1	1	1	100,00%
Dupla adulto (dT)	1ª dose	8	9		
Dupla adulto (dT)	2ª dose	5	4		
Dupla adulto (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



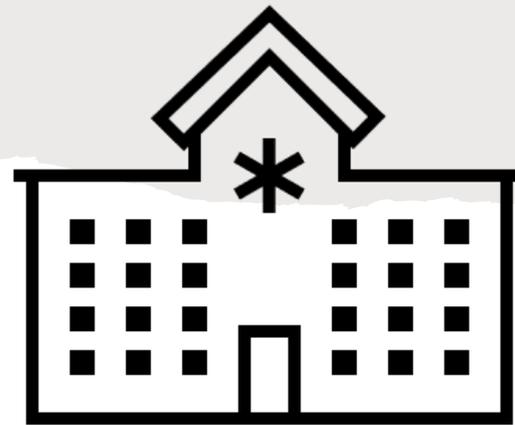
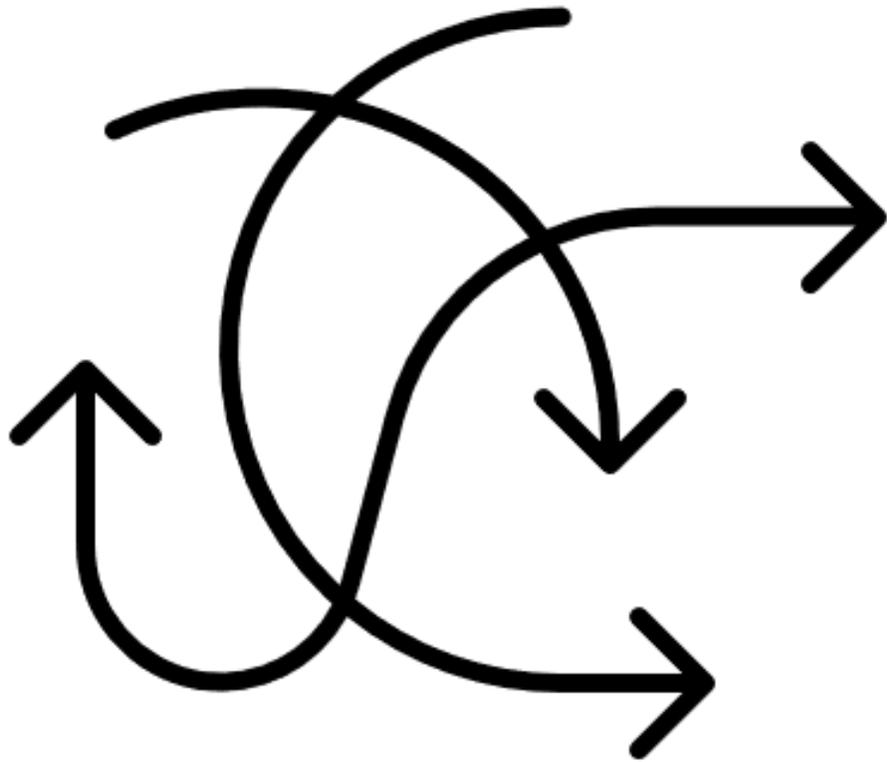
**Gráfico 1** – Quantificação de doses distribuídas e doses aplicadas da vacinação de rotina segundo o ano (2017 a 2021) no estado de Pernambuco. Pernambuco, 2022



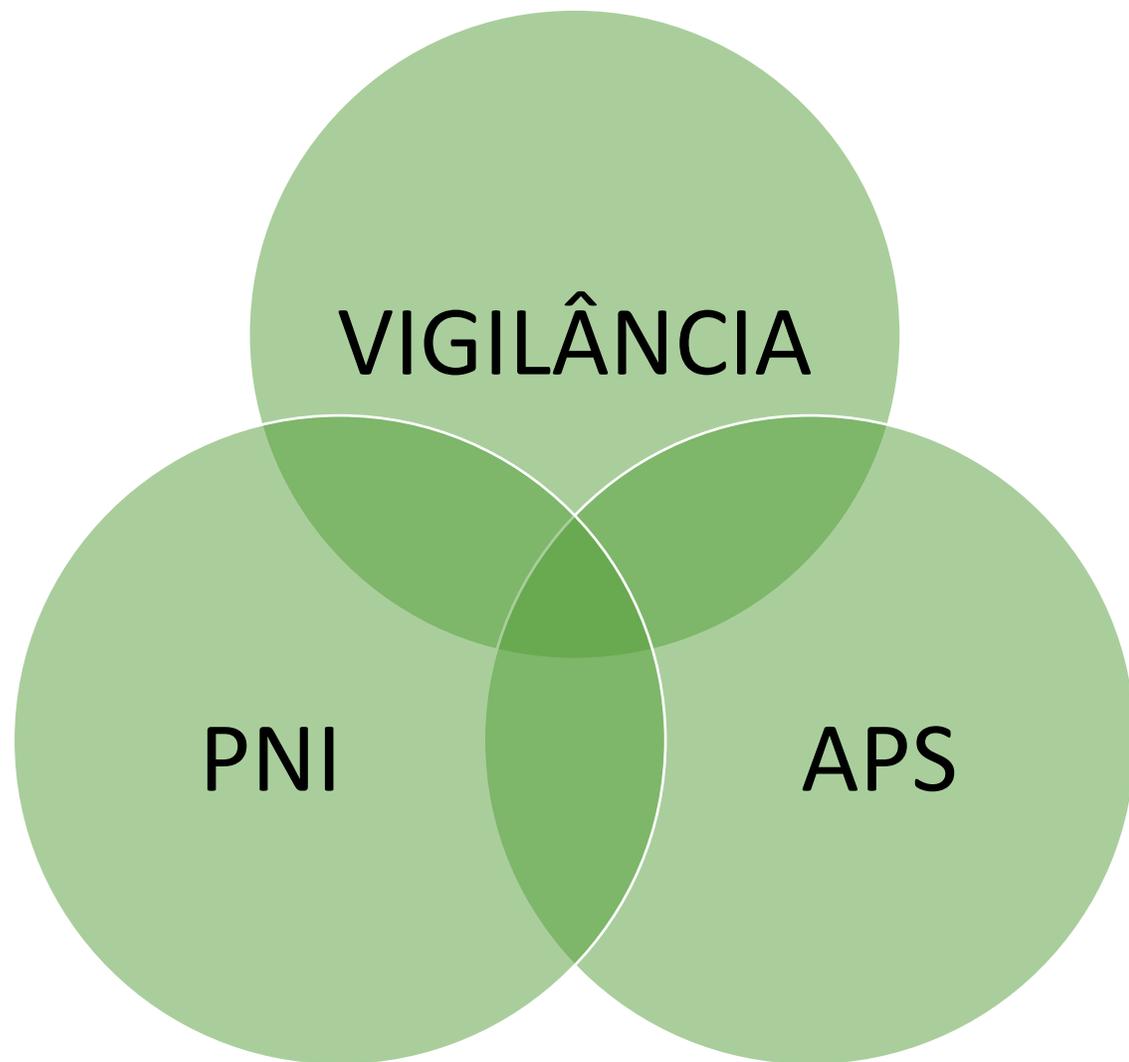
	2017	2018	2019	2020	2021
DOSES DISTRIBUÍDAS	6.927.810	7.070.575	7.078.278	10.295.101	7.147.292
DOSES APLICADAS	4.476.768	4.637.706	4.786.115	5.178.844	3.476.306

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](mailto:acmelosespe@gmail.com)