



## SUPERVISÃO DO PROGRAMA MUNICIPAL DE IMUNIZAÇÕES

<b>DATA:</b>
<b>MUNICÍPIO:</b>
<b>UNIDADE DE SAÚDE:</b>
<b>CÂMARA DE REFRIGERAÇÃO</b>

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO  
GERÊNCIA ESTRATÉGICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES

**INSTRUMENTO DE SUPERVISÃO EM SALA DE VACINAÇÃO/REDE DE FRIO**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Data da Supervisão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Área urbana ( ) Área Rural ( ) – Cobertura PACS: (\_\_\_\_%) PSF: (\_\_\_\_%)

Nome do estabelecimento supervisionado: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Horário de funcionamento: US: \_\_\_\_\_ Sala de vacina: \_\_\_\_\_

RT em Imunizações Municipal: \_\_\_\_\_

Diretor da US: \_\_\_\_\_

Secretário (a) Municipal de Saúde: \_\_\_\_\_

RT da sala de vacina: \_\_\_\_\_

Regional de Saúde a que pertence: \_\_\_\_\_

**PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA SALA DE VACINAÇÃO**

CAPACITAÇÕES REALIZADAS									
NOME COMPLETO	CATEGORIA PROFISSIONAL	NORMAS E PROCEDIMENTOS		SISTEMA DE INFORMAÇÃO		BCG		IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS	
		SIM/NÃO	ANO	SIM/NÃO	ANO	SIM/NÃO	ANO	SIM/NÃO	ANO

## 2. ASPECTOS GERAIS DA SALA DE VACINAÇÃO

- A sala de vacinação funciona no mesmo horário da Unidade de Saúde? ( ) SIM ( ) NÃO
- Todas as vacinas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) são administradas durante todo o período de funcionamento da Sala de Vacinação? ( ) SIM ( ) NÃO
- Se NÃO, quais e em que horário são aplicadas:

VACINAS	PERÍODO DA APLICAÇÃO (manhã, tarde, n° de vezes - semanal/quinzenal/mensal)	MOTIVO
BCG		
Febre Amarela		
Tríplice Viral		
Tetra viral		
COVID		
Dengue		
Outras		

- A sala de vacinação é exclusiva para aplicação de vacinas? ( ) SIM ( ) NÃO  
Caso não seja exclusiva, qual outra atividade? \_\_\_\_\_
- É de fácil acesso à população? ( ) SIM ( ) NÃO
- Está devidamente identificada? ( ) SIM ( ) NÃO
- Possui acessibilidade a pessoas com deficiência? ( ) SIM ( ) NÃO

## 3. ESTRUTURA FÍSICA DA SALA DE VACINAÇÃO

- Tamanho mínimo de 9 m<sup>2</sup>: ( ) SIM ( ) NÃO
- Piso e paredes lisos, contínuos, sem frestas e de fácil higienização: ( ) SIM ( ) NÃO
- Portas e janelas pintadas com tinta lavável: ( ) SIM ( ) NÃO
- Porta de entrada e saída independentes com fluxo unidirecional: ( ) SIM ( ) NÃO
- Teto com forro e acabamento resistente a lavagem: ( ) SIM ( ) NÃO
- Bancada de material não poroso e de fácil higienização: ( ) SIM ( ) NÃO
- Pia/tanque para lavagem dos materiais, com cuba funda e de tamanho compatível para higienização das caixas térmicas: ( ) SIM ( ) NÃO
- Pia exclusiva para higienização das mãos com torneira sem acionamento das mãos: ( ) SIM ( ) NÃO
- Dispensador de sabão líquido e papel toalha: ( ) SIM ( ) NÃO
- Dispensador de solução alcoólica a 70% para higienização das mãos: ( ) SIM ( ) NÃO
- Iluminação e arejamento adequado? ( ) SIM ( ) NÃO

- Ralo com tampa escamoteável: ( ) SIM ( ) NÃO

#### 4. EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS

- Câmara refrigerada com registro na Anvisa: ( ) SIM ( ) NÃO
- Câmara refrigerada de uso exclusivo para conservação de imunobiológicos: ( ) SIM ( ) NÃO
- Possui cronograma e registro de limpeza da câmara refrigerada? ( ) SIM ( ) NÃO
- Freezer para conservação das bobinas reutilizáveis: ( ) SIM ( ) NÃO
- Possui cronograma e registro de limpeza do freezer: ( ) SIM ( ) NÃO
- Ar condicionado para climatização da sala: ( ) SIM ( ) NÃO
- Computador e impressora para registro de doses aplicadas: ( ) SIM ( ) NÃO
- Armário, mesa e cadeiras em quantidade adequada: ( ) SIM ( ) NÃO
- Maca ou mesa clínica com colchonete revestido de material impermeável e protegido com material descartável: ( ) SIM ( ) NÃO
- Biombo e escada de 2 degraus: ( ) SIM ( ) NÃO
- Recipiente para descarte de resíduo com pedal e identificados adequadamente: ( ) SIM ( ) NÃO
- Mobiliário da sala de vacinação apresenta boa distribuição funcional? ( ) SIM ( ) NÃO
- Sala de Vacinação está em condições ideais de conservação? ( ) SIM ( ) NÃO

#### 5. INSUMOS BÁSICOS

- Caixa térmica de poliuretano com capacidade mínima de 12 litros: ( ) SIM ( ) NÃO
- Bobinas de gelo reutilizáveis em tamanhos diferentes: ( ) SIM ( ) NÃO
- Termômetros de máxima, mínima e de momento com cabo extensor e certificado de calibração:  
( ) SIM ( ) NÃO
- Recipientes perfurados ou não para armazenamento de imunobiológicos: ( ) SIM ( ) NÃO
- Caixa coletora de material perfurocortante com suporte: ( ) SIM ( ) NÃO
- Bandeja ou cuba de inox: ( ) SIM ( ) NÃO
- Termômetro clínico para mensuração da temperatura corporal: ( ) SIM ( ) NÃO
- Sabão líquido, álcool gel a 70% e papel toalha disponíveis: ( ) SIM ( ) NÃO
- Algodão hidrófilo acondicionado em recipiente com tampa: ( ) SIM ( ) NÃO
- Materiais de escritório disponíveis? ( ) SIM ( ) NÃO

#### Seringas e agulhas

- As seringas e agulhas de **uso diário** estão acondicionadas em recipientes plásticos com tampa ou em local coberto, como gavetas? ( ) SIM ( ) NÃO
- As seringas e agulhas de **estoque** estão acondicionadas em embalagens fechadas e em local sem umidade?  
( ) SIM ( ) NÃO

- O quantitativo de seringas e agulhas é suficiente para atender a demanda? ( ) SIM ( ) NÃO
- Há estoque excessivo de seringas e agulhas na US? ( ) SIM ( ) NÃO
- Observa o prazo de validade das seringas e agulhas: ( ) SIM ( ) NÃO
- Seringas e agulhas estão identificadas com lote e prazo de validade: ( ) SIM ( ) NÃO
- Utiliza a regra de dispensação PEPS: ( ) SIM ( ) NÃO

### **Impressos e manuais técnicos**

- Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação - 2024: ( ) SIM ( ) NÃO
- Procedimento Operacional Padrão - PEI/ES Edição/ano \_\_\_\_/\_\_\_\_: ( ) SIM ( ) NÃO
- Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE: ( ) SIM ( ) NÃO
- Manual de Vigilância Epidemiológica de ESAVI: ( ) SIM ( ) NÃO
- Cartão de vacina da criança, adolescente, adulto, idoso, entre outros: ( ) SIM ( ) NÃO
- Mapa de registro diário de temperatura da câmara refrigerada: ( ) SIM ( ) NÃO
- Mapa de registro de temperatura das caixas térmicas: ( ) SIM ( ) NÃO
- Formulário de notificação de ESAVI ( ) SIM ( ) NÃO
- Registro de movimento de imunobiológico diário e mensal: ( ) SIM ( ) NÃO
- Possui cronograma e registro de capacitação em normas e procedimentos de vacinação? ( ) SIM ( ) NÃO

## **6. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS**

- A indicação da vacina está correta? ( ) SIM ( ) NÃO
- Verifica a idade e intervalo entre doses? ( ) SIM ( ) NÃO
- Investiga a ocorrência de EAPV à dose anterior? ( ) SIM ( ) NÃO
- Observa situações em que o adiamento temporário da vacinação está indicado? ( ) SIM ( ) NÃO
- Observa situações em que a vacinação está contra indicações? ( ) SIM ( ) NÃO
- Orienta sobre a vacina a ser administrada? ( ) SIM ( ) NÃO
- Orienta sobre os possíveis eventos adversos que possam ocorrer? ( ) SIM ( ) NÃO
- Orienta o registro do aprazamento? ( ) SIM ( ) NÃO
- Questiona aos familiares presentes se estão com a vacina em dia (oportunidade)? ( ) SIM ( ) NÃO
- Observa o prazo de validade da vacina? ( ) SIM ( ) NÃO
- Existem divergências entre os lotes das vacinas disponíveis na caixa térmica e os registros realizados no sistema, no momento da supervisão ( ) SIM ( ) NÃO
- O preparo da vacina foi realizado de forma correta? ( ) SIM ( ) NÃO
- Homogeniza o frasco da vacina antes de cada aplicação? ( ) SIM ( ) NÃO
- Utiliza o mesmo kit de seringas para aspiração e administração da vacina? ( ) SIM ( ) NÃO
- Registra data e hora de abertura do frasco de vacina? ( ) SIM ( ) NÃO
- Observa o prazo de validade após a abertura do frasco? ( ) SIM ( ) NÃO
- Utiliza a técnica de administração da vacina corretamente? ( ) SIM ( ) NÃO

- A via e local de aplicação da vacina estão corretos? ( ) SIM ( ) NÃO
- Realiza aspiração após a introdução da agulha no sítio anatômico? ( ) SIM ( ) NÃO

## 7. RESÍDUOS RESULTANTES DAS ATIVIDADES DE VACINAÇÃO

- Descarta materiais perfurocortantes conforme as normas de biossegurança? ( ) SIM ( ) NÃO
- Caixa de perfurocortante disponibilizada em suporte adequado? ( ) SIM ( ) NÃO
- Reencapa as agulhas após o uso? ( ) SIM ( ) NÃO
- Realiza tratamento das vacinas com microrganismos vivos antes do descarte? ( ) SIM ( ) NÃO
- Acondiciona separadamente os vários tipos de lixo? ( ) SIM ( ) NÃO
- Recipientes de resíduos possuem tampa e pedal? ( ) SIM ( ) NÃO
- Recipientes de resíduos devidamente identificados? ( ) SIM ( ) NÃO
- Recolhimento dos RSS infectante realizado por empresa: ( ) privada ( ) pública

## 8. REDE DE FRIO

- Câmara refrigerada com distância de 15cm em seu entorno (laterais, parte superior e posterior):  
( ) SIM ( ) NÃO
- Câmara refrigerada próxima a fonte de calor? ( ) SIM ( ) NÃO
- Câmara refrigerada em local com incidência direta de luz solar? ( ) SIM ( ) NÃO
- Tomada elétrica de uso exclusivo para cada equipamento? ( ) SIM ( ) NÃO
- As tomadas estão a uma altura de pelo menos 1,30 m do piso? ( ) SIM ( ) NÃO
- A câmara de refrigeração é de uso exclusivo para imunobiológicos? ( ) SIM ( ) NÃO
- A câmara de refrigeração possui discadora? ( ) SIM ( ) NÃO
- A câmara de refrigeração possui bateria? ( ) SIM ( ) NÃO
- Tempo de duração da bateria: \_\_\_\_\_
- A unidade de saúde possui gerador de energia específico para a sala de vacina? ( ) SIM ( ) NÃO
- A câmara de refrigeração está em bom estado de conservação? ( ) SIM ( ) NÃO
- A câmara de refrigeração está em estado ideal de funcionamento? ( ) SIM ( ) NÃO
- A câmara de refrigeração está em estado ideal de limpeza? ( ) SIM ( ) NÃO
- Os imunobiológicos estão organizados por tipo, lote e validade? ( ) SIM ( ) NÃO
- O quantitativo de vacinas é suficiente para atender a demanda? ( ) SIM ( ) NÃO
- Há estoque excessivo de vacinas na unidade? ( ) SIM ( ) NÃO
- Vacinas estão identificadas com lote e data de validade? ( ) SIM ( ) NÃO
- Utiliza a regra de dispensação PEPS: ( ) SIM ( ) NÃO
- Diluentes são armazenados com os respectivos líófilos? ( ) SIM ( ) NÃO
- Faz a leitura e o registro correto das temperaturas no início e no fim da jornada de trabalho?  
( ) SIM ( ) NÃO
- O mapa de controle diário de temperatura da câmara de refrigeração está afixado em local visível? ( )  
SIM ( ) NÃO

- Bobinas reutilizáveis armazenadas em freezer de forma adequada? ( ) SIM ( ) NÃO
- Bobinas reutilizáveis dentro do prazo de validade? ( ) SIM ( ) NÃO
- Bobinas reutilizáveis sofrem limpeza após o uso diário? ( ) SIM ( ) NÃO
- Faz a ambientação das bobinas reutilizáveis para organização das caixas térmicas? ( ) SIM ( ) NÃO
- O preparo da caixa térmica está correto? ( ) SIM ( ) NÃO
- As vacinas estão organizadas corretamente dentro das caixas de uso diário com termômetro?  
( ) SIM ( ) NÃO
- Faz o monitoramento da temperatura das caixas térmicas de uso diário com termômetro? ( ) SIM ( ) NÃO  
Tipo de termômetro utilizado: ( ) Analógico máxima e mínima cabo extensor; ( ) Digital máxima e mínima  
cabo extensor ( ) Linear
- As caixas térmicas estão em perfeito estado de conservação e limpeza? ( ) SIM ( ) NÃO
- O serviço dispõe de insumos suficientes para atender as atividades de rotina? ( ) SIM ( ) NÃO
- Existe um programa de manutenção para os equipamentos da sala de vacina?  
( ) Corretiva ( ) Preventiva ( ) Ambos
- Possui plano de contingência no caso de falta de energia ou defeito do equipamento? ( ) SIM ( ) NÃO
- No caso de excursão de temperatura de imunobiológicos, é comunicado imediatamente à instância  
hierarquicamente superior? ( ) SIM ( ) NÃO
- No caso de excursão de temperatura dos imunobiológicos, é preenchido o formulário de avaliação de  
imunobiológicos sob suspeita e enviado à instância hierarquicamente superior? ( ) SIM ( ) NÃO
- As vacinas sob suspeita são mantidas em temperatura de +2°C a +8°C (preferencialmente em +5°C) até o  
pronunciamento da instância superior? ( ) SIM ( ) NÃO
- Há indicação na caixa de distribuição elétrica para ***não desligar*** o disjuntor da sala de vacinação?  
( ) SIM ( ) NÃO

## 9. EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍDOS À VACINAÇÃO E IMUNIZAÇÃO - ESAVI

- Tem conhecimento da ocorrência de eventos adversos associados às vacinas? ( ) SIM ( ) NÃO
- Notifica os eventos adversos pós-vacinação? ( ) SIM ( ) NÃO
- Investiga os eventos adversos pós-vacinação? ( ) SIM ( ) NÃO
- Identifica os eventos adversos que devem ser encaminhados para avaliação médica? ( ) SIM ( ) NÃO
- Orienta a família sobre o encerramento do caso? ( ) SIM ( ) NÃO

## 10. IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS

- Tem conhecimento da existência do CRIE? ( ) SIM ( ) NÃO
- Tem conhecimento dos imunobiológicos disponíveis no CRIE? ( ) SIM ( ) NÃO
- Conhece as indicações desses imunobiológicos? ( ) SIM ( ) NÃO
- Conhece o fluxo para solicitação destes imunobiológicos? ( ) SIM ( ) NÃO

## 11. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

- Tem conhecimento da ocorrência de casos de Doenças Imunopreveníveis na sua área de abrangência?  
( ) SIM ( ) NÃO
- Analisa a incidência das doenças imunopreveníveis x cobertura vacinal? ( ) SIM ( ) NÃO
- Participa da vacinação de bloqueio quando indicado? ( ) SIM ( ) NÃO

## 12. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- Realiza ações educativas na escola? ( ) SIM ( ) NÃO  
Em caso afirmativo, para qual público? ( ) alunos ( ) pais/responsáveis ( ) professores/diretores
- Participa em parcerias com diversos segmentos sociais para divulgação das ações de imunizações?  
( ) SIM ( ) NÃO
- Participa de parcerias com os programas existentes na US? ( ) SIM ( ) NÃO
- Participa de eventos diversos com a finalidade de divulgar as ações do Programa de Imunizações?  
( ) SIM ( ) NÃO

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório será consolidado e enviado à Secretaria Municipal de Saúde.

DATA DA SUPERVISÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOME DO(S) SUPERVISOR (ES):

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

\_\_\_\_\_  
NOME DO(S) SUPERVISOR (ES):

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

\_\_\_\_\_  
NOME DO(S) SUPERVISOR (ES):

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA



