

Programa Estadual de Imunizações - ES

Vitória - 01 de dezembro de 2015



Programa de Imunizações

O Programa de Imunizações tem por missão contribuir para a erradicação, eliminação e controle das doenças imunopreveníveis. Para isso, prima por ações de vacinação com garantia de imunidade máxima, com o mínimo de riscos de eventos adversos aos indivíduos.

- Destaque entre os instrumentos de política de saúde pública no Brasil;
- Vacinação segura.

Programa de Imunizações

Apesar dos bons resultados do PNI, estudos brasileiros apontam deficiências em sala de vacina, principalmente relacionadas à conservação dos imunobiológicos.

Adicionalmente, pesquisa identifica que a vacinação propriamente dita, incluindo a indicação, contraindicação, administração e acompanhamento dos eventos adversos é realizada pelo técnico ou auxiliar de enfermagem e quase sempre sem a supervisão do enfermeiro.

Atividades desenvolvidas

SUPERVISÕES EM SERVIÇOS



A supervisão é uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade das ações de imunizações e para o desenvolvimento de habilidades e competências da equipe.

SUPERVISÕES EM SERVIÇOS

A supervisão sistematizada pode ser entendida como um processo que envolve planejamento, execução e avaliação das atividades realizadas, por meio da utilização de técnicas e instrumentos de supervisão.

Tomada de ações com base em conclusões



Metas esperadas:

- Identificação de inconsistências estruturais e de processo de trabalho;
- Melhoria da qualidade do serviço;
- Aprimoramento de recursos materiais;
- Educação permanente em serviço;
- Prevenção de situações problemáticas.

Instrumento de Supervisão



**SUPERVISÃO DO PROGRAMA MUNICIPAL
DE IMUNIZAÇÕES**

MUNICÍPIO:

VACINAS	PERÍODO DA APLICAÇÃO (manhã, tarde, número de vezes por semana, quinzenal, mensal)	MOTIVO
BCG		
Hepatite B		
Pólio oral		
Pólio Inativada		
Rotavírus		
Pneumocócica 10V		
Pentavalente		
Menigocócica C		
Triplíce Viral		
Tetra viral		

Instrumento de Supervisão

DTP		
HPV		
Dupla Adulto (dT)		
Febre Amarela		
Outros:		

c. A sala de vacinação é exclusiva para aplicação de vacinas?
SIM (✓) NÃO ()

d. Caso não seja exclusiva, qual outra atividade?

e. É de fácil acesso à população?
SIM (✓) NÃO ()

f. Está devidamente identificada?
SIM (✓) NÃO ()

g. A área física da Sala de Vacinação atende às normas preconizadas pelo PN1?

- Tamanho mínimo de 6 m²
SIM (✓) NÃO ()
- Parede de cor clara, material liso, impermeável e de fácil higienização?
SIM (✓) NÃO ()
- Piso resistente, impermeável, antiderrapante e de fácil higienização?
SIM (✓) NÃO ()

h. A área dispõe de:

- Pia com torneira e bancada de fácil higienização?
SIM (✓) NÃO ()
- Proteção adequada contra a luz solar direta?
SIM (✓) NÃO ()
- Iluminação e arejamento adequados?
SIM (✓) NÃO ()

i. A Sala de Vacinação está em condições ideais de conservação?
SIM (✓) NÃO ()

j. A Sala de Vacinação está em condições ideais de limpeza?
SIM (✓) NÃO ()

k. A limpeza geral (paredes, teto, etc) é feita no mínimo a cada quinze dias?
SIM (✓) Não ()

l. A temperatura ambiente da sala é mantida entre 18°C a 20°C com aparelho condicionador de ar?
SIM (✓) NÃO ()

m. Tem objeto de decoração (cartazes, papéis, vasos, etc)?
SIM (✓) NÃO ()

n. O mobiliário da sala de vacinação apresenta boa distribuição funcional?
SIM (✓) NÃO ()

o. Apresenta organização dos impressos e materiais de expediente?
SIM (✓) NÃO ()

p. As seringas e agulhas de uso diário estão acondicionadas em recipientes plásticos com tampa ou em local coberto, como gavetas?
SIM (✓) NÃO ()

q. As seringas e agulhas de estoque estão acondicionadas em embalagens fechadas e em local sem umidade?
SIM (✓) NÃO ()

r. Tem mesa de exame clínico ou similar para a aplicação de vacina?
SIM (✓) NÃO ()

s. A mesa de exame possui colchonete ou similar revestido de material impermeável e protegido com material descartável?
SIM (✓) NÃO ()

III - PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

1. Indicação da vacina:

- 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 e contra indicações?
SIM (✓) NÃO ()
- Orienta sobre a vacina a ser administrada?
SIM (✓) NÃO ()
- Orienta o registro do aprazamento?
SIM (✓) NÃO ()

Instrumento de Supervisão

2. Observa o prazo de validade da vacina?
SIM (✓) NÃO ()
3. O preparo da vacina está:
 - Correto (✓)
 - Incorreto (✓)
 - Não observado (✓)
4. Registra data e hora de abertura do frasco de vacina?
SIM (✓) NÃO ()
5. Observa o prazo de validade após a abertura do frasco?
SIM (✓) NÃO ()
6. A técnica de administração da vacina está:
 - Correta (✓)
 - Incorreta (✓)
 - Não observada (✓)
7. A via e local de aplicação da vacina estão corretos?
SIM (✓) NÃO ()
8. Faz o acondicionamento de materiais ~~perfurantes~~ conforme as normas de biossegurança?
SIM (✓) NÃO ()
9. Faz uso de caixa coletora de material ~~perfurante~~?
SIM (✓) NÃO ()
10. Caso negativo, de que forma é realizado o acondicionamento?

11. Faz o tratamento das vacinas com micro-organismos vivos antes do descarte?
SIM (✓) NÃO ()
 - De que maneira é realizado o tratamento?

12. O quantitativo de vacinas é suficiente para atender a demanda?
SIM (✓) NÃO ()
13. Há estoque excessivo de vacinas na unidade?
SIM (✓) NÃO ()
14. O quantitativo de seringas e agulhas é suficiente para atender a demanda?
SIM (✓) NÃO ()

15. Há estoque excessivo de seringas e agulhas na US?
SIM (✓) NÃO ()
16. Observa o prazo de validade das seringas e agulhas?
SIM (✓) NÃO ()
17. Acondiciona separadamente os vários tipos de lixo?
SIM (✓) NÃO ()
22. Destino final do lixo da sala de vacinação:

Incinerado (✓)	Coleta comum ()
Coleta para aterro (✓)	Queimado ()
Coleta seletiva (✓)	Céu aberto ()
Enterrado (✓)	

IV – REDE DE FRIO

1. A tomada elétrica é de uso exclusivo para cada equipamento?
SIM (✓) NÃO ()
 - 1.1. A (s) tomada (s) está (ão) a uma altura de pelo menos 1,30 m do piso?
SIM (✓) NÃO ()
2. O refrigerador é de uso exclusivo para imunobiológicos?
SIM (✓) NÃO ()
3. A capacidade do refrigerador é igual ou superior a 280 litros?
SIM (✓) NÃO ()
4. Qual o tipo de refrigerador utilizado?
 - Refrigerador doméstico (✓)
 - Câmara de refrigeração (✓) capacidade _____
Possui bateria: SIM () NÃO ()
5. O refrigerador está em bom estado de conservação?
SIM (✓) NÃO ()
 - 5.1 – Está em estado ideal de funcionamento?
SIM (✓) NÃO ()
 - 5.2 – Está em estado ideal de limpeza?
SIM (✓) NÃO ()
6. O refrigerador está distante de:

• Fonte de calor	SIM (✓)	NÃO ()
• Incidência de luz solar direta	SIM (✓)	NÃO ()

Instrumento de Supervisão

- 15 cm da parede SIM (✓) NÃO ()
 - 15 cm de outro equipamento SIM (✓) NÃO ()
7. Existe termômetro de Máxima e Mínima funcionando no centro do refrigerador?
SIM (✓) NÃO ()
7.1 Que tipo de termômetro?
Analogico tipo capela (✓) Digital () Ambos ()
8. O vacinador lê e registra corretamente a temperatura?
SIM (✓) NÃO ()
-
9. No evaporador da geladeira doméstica são mantidas bobinas de gelo reutilizável na quantidade recomendada?
SIM (✓) NÃO ()
10. O refrigerador doméstico tem bandeja coletora de água?
SIM (✓) Não ()
11. No refrigerador doméstico:
- A 1ª prateleira é mantida vazia?
SIM (✓) NÃO ()
 - Na 2ª prateleira são armazenadas em bandejas, vacinas de componentes virais e seus diluentes?
SIM (✓) NÃO ()
 - Na 3ª prateleira são armazenados em bandejas, vacinas de componentes bacterianos e seus diluentes, soros e imunoglobulinas?
SIM (✓) NÃO ()
12. Os imunobiológicos estão organizados por tipo, lote e validade?
SIM (✓) NÃO ()
13. É mantida distância ente os imunobiológicos a fim de permitir a circulação do ar?
SIM (✓) NÃO ()
14. É mantida a gaveta de legumes e seu espaço preenchido com garrafas de água (de 1 litro) com corante?
SIM (✓) NÃO ()
15. Existe material no painel interno da porta do refrigerador?
SIM (✓) NÃO ()

16. Faz a leitura e o registro correto das temperaturas no início e no fim da jornada de trabalho?
SIM (✓) Não ()
17. O mapa de controle diário de temperatura está afixado em local visível?
SIM (✓) NÃO ()
18. O degelo e a limpeza do refrigerador são realizados a cada 15 dias ou quando a camada de gelo no evaporador atingir 1 cm?
SIM (✓) NÃO ()
19. Descreve os procedimentos para degelo e limpeza do refrigerador de forma correta?
SIM (✓) NÃO ()
19.1. Realiza registro da limpeza/ degelo do refrigerador?
SIM (✓) NÃO ()
20. Existe freezer para o congelamento das bobinas reutilizáveis?
SIM (✓) NÃO ()
21. Existe um programa de manutenção para os equipamentos da sala de vacina?
SIM (✓) NÃO ()
20.1. Corretiva (✓) Preventiva () Ambos ()
22. O serviço dispõe de insumos em número suficiente para atender as atividades de rotina?
- Caixa térmica de poliuretano com capacidade mínima de 12 litros?
SIM (✓) NÃO () _____
 - Bobinas de gelo reutilizável?
SIM (✓) NÃO () _____
 - Termômetro de máxima e mínima com cabo extensor?
SIM (✓) NÃO () _____
 - Fita PVC para vedação das caixas de transporte?
SIM (✓) NÃO () _____
23. Na organização das caixas térmicas é feita a ambientação das bobinas de gelo reutilizável?
SIM (✓) NÃO ()
24. Faz o monitoramento da temperatura da (s) caixa (s) térmica (s) de uso diário com termômetro?
SIM (✓) NÃO ()

Instrumento de Supervisão

24.1: Tipo de termômetro

- Analógico máxima e mínima cabo extensor ()
- Digital máxima e mínima cabo extensor ()
- Linear ()

25. As vacinas estão organizadas corretamente dentro da(s) caixa(s) de uso diário com termômetro?

SIM () NÃO ()

26. As caixas térmicas estão em perfeito estado de conservação?

SIM () NÃO ()

27. Quando por qualquer motivo os imunobiológicos forem submetidos a temperaturas não recomendadas:

- É comunicado imediatamente à instância hierarquicamente superior?
SIM () NÃO ()
- É preenchido o formulário de avaliação de imunobiológicos sob suspeita e enviado à instância hierarquicamente superior?
SIM () NÃO ()

28. 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 ()

29. Há indicação na caixa de distribuição elétrica para não desligar o disjuntor da sala de vacinação?

SIM () NÃO ()

30. Dispõe de cronograma para entrega de imunobiológicos a nível local?

SIM () NÃO ()

30.1. Frequência de distribuição:

Mensal () Quinzenal () Semanal () Outros ()

30.2. Critério utilizado para a dispensação dos imunobiológicos:

- () Avaliação de estoque do mês anterior
- () Quantitativo solicitado pelo serviço (US, PA, Hospital)
- () Cota estabelecida conforme análise de doses aplicadas x população estimada.

30.3. Dispõe de carro climatizado para a entrega dos imunobiológicos?

SIM () NÃO ()

V – EVENTOS ADVERSOS PÓS –VACINAÇÃO

1. Tem conhecimento da ocorrência de eventos adversos associados às vacinas?

SIM () NÃO ()

2. Identifica os eventos adversos que devem ser encaminhados para avaliação médica?

SIM () NÃO ()

3. Notifica os eventos adversos pós – vacinação?

SIM () NÃO ()

- Se SIM, investiga?

SIM () NÃO ()

VI – IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS

1. Tem conhecimento da existência do CRIE?

SIM () NÃO ()

2. Tem conhecimento dos imunobiológicos disponíveis no CRIE?

SIM () NÃO ()

3. Conhece as indicações desses imunobiológicos?

SIM () NÃO ()

4. Conhece o fluxo para solicitação destes imunobiológicos?

SIM () NÃO ()

VII – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Tem conhecimento da ocorrência de casos de Doenças Imunopreveníveis na sua área de abrangência?

SIM () NÃO ()

2. Analisa a incidência das doenças imunopreveníveis x cobertura vacinal?

SIM () NÃO ()

3. Participa da vacinação de bloqueio quando indicado?

SIM () NÃO ()

Instrumento de Supervisão

VIII – EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1. Participa em parcerias com diversos segmentos sociais para divulgação das ações de imunizações?
SIM (✓) NÃO ()
2. Participa de parcerias com os programas existentes na US?
SIM (✓) NÃO ()
3. Participa de eventos diversos com a finalidade de divulgar as ações do Programa de Imunizações?
SIM (✓) NÃO ()

IX – CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Problemas identificados:

2. Recomendações:

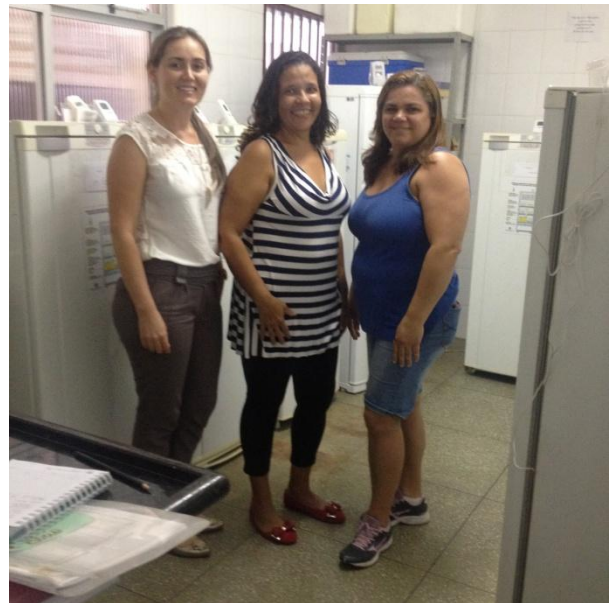
3. Análise da situação encontrada na (s) salas (s) de vacina supervisionada (s) e do programa municipal de imunizações:

DATA DO RELATÓRIO: ____/____/____

NOME DO(S) SUPERVISOR (ES): _____

ASSINATURA

Supervisões 2015 - Viana



Supervisões 2015 - Viana



Supervisões 2015 - Cariacica



Supervisões 2015 - Serra



Supervisões 2015 - Serra



Supervisões 2015 - Serra



Supervisões 2015 – Laranja da Terra



Supervisões 2015 – Domingos Martins



Supervisões 2015 – Domingos Martins



Supervisões 2015 – CRIE - ES



Supervisões

- **Melhorias:**

- Aquisição de equipamentos de refrigeração;
- Climatização;
- Aquisição de insumos;
- Reformas/ampliações;
- Salas de vacinação exclusivas;
- Melhorias no processo de trabalho;
- Aprimoramento técnico de profissionais atuantes nos programas de imunizações.

Atividades desenvolvidas pelos municípios - 2015



Atividades desenvolvidas pelos municípios - 2015



Atividades desenvolvidas pelos municípios - 2015



Atividades desenvolvidas pelos municípios - 2015



Atividades desenvolvidas pelos municípios - 2015



Capacitações

Capacitação em Sala de Vacina, Rede de Frio, EAPV e CRIE para Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do município de Cariacica.



Capacitações

Capacitação em Sala de Vacina, Rede de Frio, EAPV e CRIE para Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do município de Cachoeiro de Itapemirim.



Capacitações

Capacitação teórico-prática em técnica de aplicação de BCG



Capacitação em técnica de aplicação de BCG



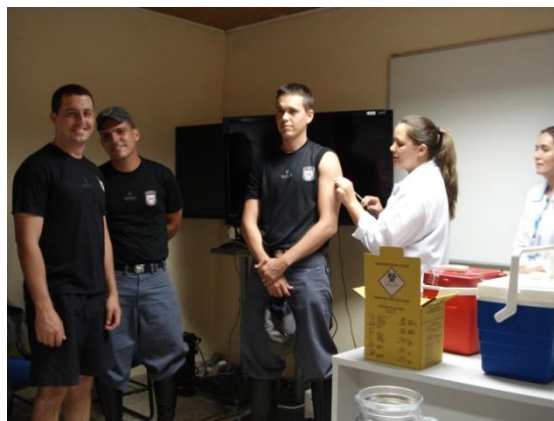
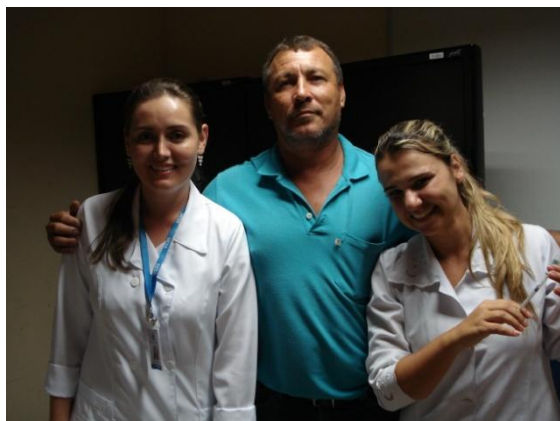
Capacitações

Capacitação teórico-prática em técnica de aplicação de BCG e vacina antirrábica humana.



Capacitações

Capacitação teórico-prática em técnica de aplicação de BCG e vacina antirrábica humana.



Capacitações

Capacitação em Sala de Vacina, Rede de Frio, EAPV e CRIE

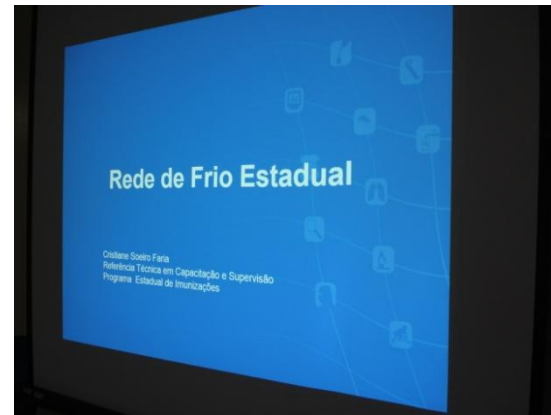
Capacitação de Coordenadores Municipais de Imunizações, enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem.



Capacitações

Capacitação em Rede de Frio – Rede de Frio Estadual

Capacitação da equipe da Rede de Frio Estadual.



Programação-2016

- Capacitações em sala de vacinação, rede de frio, EAPV's, CRIE
- Treinamento teórico-prático na administração de BCG
- Parcerias com regionais e municipais
- Supervisões de Serviços