

Coleta de Informações com os Agentes Municipais em Salas de Vacina - FASE 1 (pontos)

AMPLIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL - Coleta de Informações com os Agentes Municipais em Salas de Vacina

Este formulário destina-se a mapear a realidade dos programas municipais de imunizações.

Os resultados serão utilizados pela coordenação municipal, com a participação da Coordenação Estadual e apoio da equipe do projeto, na elaboração de planos de ação para a ampliação das coberturas vacinais do calendário nacional de rotina.

Esta iniciativa integra a ESTRATÉGIA PARA REVERSÃO DA BAIXA COBERTURA VACINAL NACIONAL coordenada pela SVS/DEIDT/Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações e o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos/Bio-Manguinhos da Fundação Oswaldo Cruz.

O preenchimento será restrito a um formulário por unidade de saúde pública municipal que possua sala de vacina ativa, preferencialmente por profissional que exerça atividades na mesma ou pelo coordenador da unidade.

Dúvidas sobre o preenchimento poderão ser esclarecidas através do email – coberturavacinal@bio.fiocruz.br (<mailto:coberturavacinal@bio.fiocruz.br>).

O formulário estará disponível para preenchimento a partir de hoje até 20h do dia **22 de outubro de 2021**, sexta-feira.

* Obrigatória

GESTÃO E GOVERNANÇA

1. Nome município *

2. Código IBGE do município (para linkage) *

O valor deve ser um número

3. Código CNES da unidade de saúde *

4. LOGRADOURO - endereço, número e bairro *

5. Nome completo do preenchedor *

6. Email para contato *

7. Profissão do preenchedor *

- médico
- enfermeiro
- farmacêutico
- técnico enfermagem
- educador em saúde pública
- cirurgião dentista
- psicólogo
- outro (campo para especificar)

8. Outras profissões (campo aberto) *

9. Tem outro vínculo empregatício (além da prefeitura)? *
(1 Ponto)

- Sim
- Não

10. Atuação nas ações de imunização? *
(1 Ponto)

- menos de 1 ano
- 1 a 3 anos
- mais de 3 anos

11. Assinale o(s) tipo(s) de Unidade(s) de Saúde em que trabalha e que está respondendo este formulário para sala de vacinas *

- UBS
- Policlínica de especialidades
- Pronto Atendimento
- Hospital
- Maternidade
- Outro (campo para especificar)

12. Se outro tipo, especificar a seguir *

13. Se UBS:
Possui Equipe de Saúde da Família *

- sim
- não

14. Se UBS: Executa vacinação em creches/ escolas *
(1 Ponto)

sim

não

15. Se UBS: Executa vacinação extramuros para populações de difícil acesso (área rural/comunidades/quilombos/ abrigos/ ribeirinhas etc.) *
(1 Ponto)

sim

não

16. Se UBS: Executa vacinação em maternidades/hospitais *

sim

não

17. Se UBS: Os agentes comunitários atuam na observação de situação vacinal/busca de faltosos na população da área? *
(0.5 Pontos)

sim

não

não há agentes comunitários

18. Se UBS: Realiza busca de faltosos no esquema vacinal (contato telefônico/ visita domiciliar/ envio correspondência) *
(0.5 Pontos)

sim

não

19. Se UBS: Assinale momentos em que ocorre verificação de cartão de vacinas para atendimento na unidade (permitir assinalar mais de uma alternativa) *
(1 Ponto)

Para atendimento de pré natal

Para consulta pediátrica

Para outros atendimentos de saúde

Apenas na sala de vacinação

20. Se UBS: A equipe da sala de vacinação faz busca ativa na sala de espera para verificar oportunidades de vacinação dos usuários? *
(1 Ponto)

sim

não

21. A sua unidade realiza planejamento anual para execução das ações de imunização (previsão vacinas, insumos, população alvo, metas etc.) *
(1 Ponto)

sim

não

22. Esta sala de vacina recebe supervisão da coordenação municipal (assinalar) *
(1 Ponto)

- mensal
- trimestral
- semestral
- anual
- não recebe

23. A sua unidade participa de reuniões municipais para discussão situação epidemiológica ? (coberturas vacinais/ situação agravos imunopreveníveis/ mortalidades etc.) *
(1 Ponto)

- sim
- não

EDUCAÇÃO EM SAÚDE/ COMUNICAÇÃO SOCIAL

24. A sua unidade de saúde recebeu Capacitações para salas de vacinação: *
(2 Pontos)

- < 6 meses
- entre 6 e 12 meses
- entre 12 e 24 meses
- há mais de 24 meses
- nenhuma

25. Outras equipes de saúde da sua unidade (além da equipe de vacinação) receberam capacitações sobre ações de imunização realizadas pelo município:
*
(2 Pontos)

- <12 meses
- entre 12 e 24 meses
- entre 12 e 24 meses
- há mais de 24 meses
- nenhuma

26. Assinale o(s) meio(s) de comunicação utilizado(s) pela prefeitura ou secretaria municipal de saúde para informar a população sobre as ações de imunização *
(2 Pontos)

- Rádio comunitária
- Radio AM/FM
- Canais de Televisão
- Midia social (Facebook/instagram/whatsapp etc.)
- Assembleias religiosas
- Associações comunitárias
- Outros
- Nenhum

27. Se assinalado outros meios de comunicação utilizados, quais são?

28. A sua unidade de saúde promove alguma comunicação com a população sobre ações de imunização? *
(2 Pontos)

- reuniões na própria unidade
- escolas/creches
- assembleias religiosas
- associações de bairro
- outras (especifique)
- não realiza

29. Se assinalado outras, quais são estas formas de promoção da comunicação com a população?

30. Na sua opinião qual seria um ponto frágil no atendimento referente as vacinas (permitir assinalar mais de uma alternativa): *
(2 Pontos)

- Acesso da população à Unidade
- Instalações da Unidade
- Dificuldade de comunicação com a população
- Dificuldade de adesão da população as campanhas de vacinação
- Dificuldade referente aos horários de atendimento
- Dificuldade da população de entender as orientações e informações
- Nenhuma dificuldade

31. Escreva em uma palavra o sentimento em relação a trabalhar na linha de frente da vacina *

INFRAESTRUTURA

32. A infraestrutura da sua sala de vacina atende o mínimo estabelecido na legislação vigente (ANVISA RDC 197/2017)? *

(1 Ponto)

sim

não

33. A unidade possui fluxo distinto para entrada e saída dos usuários? *

sim

não

34. A sala de vacina possui computador? *

(1 Ponto)

exclusivo para vacinação

compartilhado com outros setores da unidade de saúde

não tem computador na unidade

35. A sala de vacina possui acesso à internet? *

(1 Ponto)

exclusivo para vacinação

compartilhado com outros setores da unidade de saúde

não tem acesso à internet na unidade

36. A sala de vacina possui ar condicionado? *

sim

não

37. A sala de vacina possui os insumos necessários para as ações de vacinação de rotina? *

(1 Ponto)

Geralmente suficiente

Às vezes insuficiente

Geralmente insuficiente

38. Há mobiliário suficiente para armazenamento dos insumos? (seringas/agulhas/caixas coletoras/impressos/ folhetos/manuais e documentos técnicos) *

sim

não

39. Há empresa contratada ou a prefeitura realiza coleta de lixo hospitalar da sua unidade? *

sim

não

40. A sua unidade de saúde tem gerador? *

(1 Ponto)

sim

não

41. Funcionamento da sala de vacina período da manhã *

(1 Ponto)

5 vezes na semana

< 5 vezes na semana

42. Funcionamento da sala de vacina período da tarde *

(1 Ponto)

5 vezes na semana

< 5 vezes na semana

43. Funcionamento da sala de vacina período da noite (após 18h) *

5 vezes na semana

entre 1 e 5 vezes na semana

nenhuma vez na semana após 18 horas

44. Funcionamento da unidade aos sábados *

(1 Ponto)

todos os sábados

um sábado ao mês

nenhum sábado

45. A sua unidade de saúde funciona algum domingo ou feriado pra atendimento de vacinação de rotina? *

sim

não

46. Durante o funcionamento a sala de vacina fecha para horário de almoço *

(1 Ponto)

sim

não

47. Quanto ao atendimento extramuros para vacinação de populações com difícil acesso (área rural/comunidades/quilombos/ abrigos/ ribeirinhas etc.) qual é o funcionamento rotineiro (não se refere a funcionamento em campanhas) *

(1 Ponto)

>2 vezes por semana para vacinação rotina

1 a 2 vezes por semana para vacinação rotina

1 a 2 vezes ao mes para vacinação rotina

3 a 6 vezes ao ano para rotina e campanhas

somente nas campanhas durante o ano

não executa vacinação extramuros

48. O local de vacinação de rotina é o mesmo da vacinação contra COVID-19? *

sim

não

49. Ocorre restrição de horário da vacinação de rotina para privilegiar a vacinação contra COVID-19? *
(0.5 Pontos)

sim

não

50. Na sua unidade de saúde chega transporte público? *
(1 Ponto)

sim

não

51. Número total de profissionais que atuam na sala de vacina *

O valor deve ser um número

52. Do total informado na questão anterior, quantos são contratos temporários? *

O valor deve ser um número

53. Enfermeiros atuando na sala de vacina (assinalar com 'zero' quando inexistir a categoria) *

O valor deve ser um número

54. Técnicos enfermagem atuando na sala de vacina (assinalar com 'zero' quando inexistir a categoria) *

O valor deve ser um número

55. Auxiliares de enfermagem atuando na sala de vacina (assinalar com 'zero' quando inexistir a categoria) *

O valor deve ser um número

56. Agentes administrativos atuando na sala de vacina (assinalar com 'zero' quando inexistir a categoria) *

O valor deve ser um número

57. Outros profissionais atuando na sala de vacina *

O valor deve ser um número

58. Descrição dos Outros

59. Na sua unidades há enfermeiro fixo (30h ou +/- semanais)? *

(1 Ponto)

sim

não

60. A equipe de vacinação de rotina é a mesma da vacinação campanha COVID-19 ? *

(0.5 Pontos)

sim

não

61. Estoque de vacinas armazenado em equipamento exclusivo para vacinas? (Separados de outros medicamentos ou amostras clínicas para laboratório) *

(1 Ponto)

sim

não

62. Assinale o equipamento refrigerado utilizado nas salas de vacina: - permitir mais de uma escolha *

(1 Ponto)

Equipamentos refrigerados específicos para vacinas

Geladeiras de uso doméstico

Freezers

Caixas térmicas

63. Possui termômetro de máxima e mínima para controle de temperatura interna do equipamento refrigerado para vacinas? *

(1 Ponto)

sim, em todos os equipamentos

sim, em parte dos equipamentos

não

64. Se sim, a anotação de temperaturas é realizada: *

uma vez por dia

duas vezes por dia

mais de duas vezes por dia

Não é realizado

65. Assinale a periodicidade do recebimento de vacinas solicitadas pela unidade: *

uma vez ao mês

mais de uma vez ao mês

intervalos maiores que 1 mês

Aleatoriamente

66. Assinale sobre a suficiência no estoque de vacinas para atendimento às ações de rotina: *
(1 Ponto)

- Geralmente suficiente
- Às vezes insuficiente
- Geralmente insuficiente

67. Nos últimos 6 (seis) meses faltou algum imunobiológico para o calendário de rotina? (não se refere às vacinas COVID-19) *
(1 Ponto)

- sim
- não

68. Se sim, ESPECIFIQUE (permitir mais de uma escolha) *

- BCG
- hepatite B
- VORH rotavirus
- Pentavalente (DTP+Hib+ Hep B)
- VIP
- Pneumocócica 10
- Meningocócica C
- Febre Amarela
- Tríplice Viral
- DTP
- VOP
- Tetra Viral
- Hepatite A
- Varicela monovalente

69. Qual a frequência de descarte de vacinas com validade vencida? *
(1 Ponto)

- nenhuma vez nos últimos 6 meses
- uma vez nos últimos 6 meses
- mais de uma vez nos últimos 6 meses

70. Qual a frequência do descarte de vacinas por alteração de temperatura de conservação? *
(1 Ponto)

- nenhuma vez nos últimos 6 meses
- uma vez nos últimos 6 meses
- mais de uma vez nos últimos 6 meses

DADOS/ SISTEMA DE INFORMAÇÃO

71. Assinalar o sistema de informação utilizado pela sua unidade para o registo de doses aplicadas (permitir assinalar mais de um): *

- SI-PNI (nominal)
- SI-API web
- E-SUS
- sistema próprio municipal
- Outros

72. Quais outros sistemas?

73. Assinale como é realizado o arquivo dos dados individuais de doses aplicadas na sua unidade: *
(1 Ponto)

- Arquivo impresso - fichas registo
- Arquivo digitalizado (apenas cópia do documento físico)
- Arquivo virtual (relatório do sistema de informação utilizado)
- Livro Registro

74. As doses aplicadas são registradas: *

- diretamente no sistema de informação nominal a cada atendimento
- em formulário impresso nominal para cada paciente
- em formulário impresso por tipo de dose, imunobiológico e faixa etária

75. Caso ocorra a utilização de formulário impresso (nominal OU registo diário com tipo de dose/imunobiológico/faixa etária) a digitação é realizada: *
(1 Ponto)

- ao final do dia
- semanalmente
- mensalmente
- quando possível sem periodicidade fixa

76. Caso ocorra a utilização de formulário impresso (nominal OU registo diário com tipo de dose/imunobiológico/faixa etária) a digitação é realizada *
(1 Ponto)

- na própria unidade
- envia formulário impresso para outro local

77. A sala de vacinas utiliza relatórios do sistema de informação? *
(1 Ponto)

- Sim, produzidos na própria unidade
- Sim, enviados pela coordenação municipal de imunizações
- O Sistema de Informação não produz relatórios ou não sei extrair os relatorios

78. Assinale os relatórios utilizados do sistema de informação pela sua unidade (permitir assinalar mais de uma alternativa) *

- Total de doses aplicadas por tipo de vacina
- Total de doses aplicadas por faixa etária
- Cobertura vacinal em menores de um ano
- Cobertura vacinal em menores de cinco anos
- Cobertura vacinal em outras faixas etárias
- Taxa de abandono por tipo de vacina
- Não usa relatórios do sistema de informação

79. Assinale a frequência de utilização dos relatórios da questão anterior *
(1 Ponto)

- 1 vez ao ano
- 2 a 4 vezes ao ano
- mensalmente
- Não utiliza relatórios

80. Os relatórios são discutidos com outras equipes da sua unidade? *
(1 Ponto)

- sim
- não

81. A sua unidade realiza a avaliação do total de doses aplicadas em relação às doses recebidas? *
(1 Ponto)

- sim
- não

82. Como realiza a busca de faltosos agendados para retorno de vacinação? *
(1 Ponto)

- utiliza relatório extraído do sistema de informações
- utiliza busca em fichas individuais arquivadas
- Não realiza busca de faltosos

83. Para a avaliação da cobertura em menores de um ano, há base populacional calculada para o território (região geográfica) da sua unidade de saúde? *
(1 Ponto)

- SINASC
- IBGE
- outra base populacional
- não há base populacional para o território

84. Para a avaliação da cobertura em menores de cinco anos, há base populacional calculada para o território (região geográfica) da sua unidade de saúde?

*

(1 Ponto)

- SINASC
- IBGE
- outra base populacional
- não há base populacional para o território

85. Se assinalado 'outras' nas duas questões anteriores descreva abaixo qual base populacional

IMUNIZAÇÃO (aspectos técnicos)

86. As vacinas administradas seguem recomendações: *

- Programa Nacional de Imunizações
- Há Norma própria do Programa Estadual de Imunizações
- Há Norma própria do Programa Municipal de Imunizações

87. Quais os manuais técnicos disponíveis na unidade de saúde ? *

- Normas Técnicas
- Procedimentos de administração de vacinas
- Rede de Frio
- Eventos Adversos
- Centros de Referência para imunobiológicos especiais
- outros

88. Na questão anterior os cinco primeiros manuais foram assinalados? *
(1 Ponto)

- sim
- não

89. Adiamentos e Contraindicações das vacinas a serem administradas são definidos: *
(1 Ponto)

- Na própria sala de vacinação
- Por consulta ao enfermeiro
- Por consulta/receita médica
- Por consulta à coordenação municipal de Imunizações
- Outros

90. Outros: descrever

91. A coordenação municipal orienta a utilização de intervalos mínimos para complementação dos esquemas vacinais em crianças menores de um ano *
(1 Ponto)

- sempre
- às vezes
- nunca

92. A sala de vacina orienta a utilização de intervalos mínimos para complementação dos esquemas vacinais em crianças menores de um ano *
(1 Ponto)

- sempre
- às vezes
- nunca

93. Sobre como é realizado o registro dos eventos adversos assinale (permitir mais de um registro): *
(0.5 Pontos)

- Ficha impressa disponível na unidade de saúde
- Apenas online
- Ficha impressa e on-line
- não notifica Eventos Adversos

94. Sobre a orientação conduta/acompanhamento/ investigação das notificações de Eventos Adversos: *
(0.5 Pontos)

- Realizada apenas pela UBS
- Realizado em conjunto UBS e coordenação municipal
- Realizada apenas pela Coordenação municipal

95. Há fluxo municipal estabelecido para referenciar atendimento/ assistência a eventos adversos graves? *
(1 Ponto)

- sim
- não

96. Há unidade de referência para eventos adversos graves? *
(1 Ponto)

- sim
- não

97. Há retorno ao paciente sobre contraindicação ou manutenção do esquema vacinal pós ocorrência de eventos adversos? *
(1 Ponto)

- sim
- não

98. Conhece as indicações de Imunobiológicos Especiais? *
(1 Ponto)

- sim
- não

99. Se houver necessidade de imunobiológicos especiais assinale a conduta da unidade: *

- Encaminha para o Centro de Referência no município
- Encaminha para Centro de Referência em outro município
- Solicita o imunobiológico à coordenação municipal
- Não conhece as indicações de imunobiológicos especiais

100. Houve necessidade de imunobiológico especial nos últimos 12 meses? *

- sim
- não

101. Se sim, recebeu o produto? *

- sim em menos 2 meses
- entre 2 e 6 meses
- sim, depois de 6 meses
- não recebeu quando solicitou
- não houve solicitação

102. Tem conhecimento de notificações de doenças imunopreveníveis no seu município nos últimos 12 meses? Assinale: *
(1 Ponto)

- sim
- não

103. Se sim, assinale quais: *

- Poliomielite
- difteria
- tetano
- coqueluche
- hepatite b
- hepatite a
- doença meningocócica
- meningite meningocócica
- sarampo
- caxumba
- rubéola
- varicela
- SRAG
- raiva
- Não teve conhecimento de notificações de doenças imunopreveníveis no município

Este conteúdo não é criado nem endossado pela Microsoft. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário.

 Microsoft Forms