



De **Olho** na **carteirinha**

**Ações de Atualização Vacinal de Estudantes do
Fundamental e Médio – unidades estaduais.**



**CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE**

I. Introdução

A Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), por meio do Programa Municipal de Imunizações (PMI), estabelece a realização da atualização da situação vacinal dos maiores de seis anos (6 a 19 anos) das Unidades Educacionais do Ensino Fundamental e Médio sob gestão estadual.

II. Objetivos

- Oportunizar o acesso às vacinas oferecidas pelo PNI;
- Atualizar a situação vacinal e melhorar as coberturas vacinais;
- Diminuir a incidência das doenças imunopreveníveis;
- Controlar a situação vacinal da comunidade escolar;
- Contribuir para o controle, eliminação e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis.

III. Estratégia

Para a intensificação de vacinação dos estudantes, as unidades básicas de saúde (UBS) deverão entrar em contato com os equipamentos escolares da área de abrangência e estabelecer parcerias para ações de vacinação. A UBS/UVIS deverá agendar atividades educativas e entregar às escolas, o termo de autorização para atualização vacinal (Anexo I), para que os professores enviem para os alunos, a fim de coletar a assinatura dos pais e/ou responsáveis. Posteriormente, agendar um ou mais dias de vacinação in loco, de acordo com a demanda. Todas as etapas dessa ação deverão ser pactuadas entre gestores das escolas e UBSs.

Para que a estratégia seja exitosa, torna-se fundamental o envolvimento dos profissionais da educação, profissionais da saúde e pais/responsáveis em todas as etapas da ação, sendo a família principal elemento do processo.

As UBSs deverão realizar ações educativas em todas as escolas de sua área de abrangência, como oficinas, palestras, reuniões, atividades lúdicas com crianças, adolescentes e pais.

A ação deverá ser combinada à outras estratégias, como a busca ativa dos estudantes pelas UBSs, divulgação da ação em associações, igrejas e demais locais de grande circulação de pessoas.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

	Ação	Responsável	Período
1.	Contato com todas as escolas estaduais de sua área de abrangência com crianças e adolescentes de 6 a 19 anos, para agendamento de ação educativa (oficina, palestra, etc.) e entrega do termo de autorização para vacinação para que seja coletada assinatura dos pais e/ou responsáveis.	UBS/UVIS	05/10/2023 a 11/10/2023
2.	Realizam agendamento nas escolas para vacinação in loco (preencher link com as datas)	UBS/UVIS	05/10/2023 a 13/10/2023
3.	Vacinação em todas as Unidades Educacionais	UBS	Até 27/10/2023
4.	Avaliação e término da ação em escolas de ensino fundamental e médio	PMI/DRVS/ UVIS	30/10/2023 a 31/10/2023
5.	Divulgação dos resultados da ação nas escolas de ensino fundamental e médio	PMI/COVISA	06/11/2023

IV. Registro, Prévias e Avaliação de Dados

1 - Formulários eletrônicos para registro de dados das Escolas Estaduais de ensino fundamental e médio:

Dados	Período	Responsável registro	Link para digitação	Link espião
Ações Educativas Escolas	A partir de 05/10	UBS/UVIS	https://forms.office.com/r/qurTmx30SK	https://cloudprodamazhotmail-my.sharepoint.com/:x:/g/personal/mfatimasoa-res_prefeitura_sp_gov_br/EQKytJIQRfxFvOfvfyMskTYBDdEPPdAAH7n-AuKYKn6VAQ?e=IMnOKx
Agendamento Vacinação Escolas	A partir de 05/10 até 11/10	UBS/UVIS	https://forms.office.com/r/fwM39xi7C6	https://cloudprodamazhotmail-my.sharepoint.com/:x:/g/personal/mfatimasoa-res_prefeitura_sp_gov_br/EWv8iYrPepFAkJhcRBnE9sABtHE3avPu1PgERnz0fAJ-0Q?e=cbZb4U
Doses Aplicadas Escolas	Até 31/10	UBS	https://forms.office.com/r/WzyHrDGEgj	https://cloudprodamazhotmail-my.sharepoint.com/:x:/g/personal/mfatimasoa-res_prefeitura_sp_gov_br/EbDSvkegyxLgRj2AvVGcAUB1JN7cj691lQpO1zDrMu6dg?e=sysPBV

- Todas as doses devem ser inseridas no SIGA Saúde.

ANEXO I – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE VACINAÇÃO

Senhores pais e/ ou responsáveis,

O Programa Municipal de Imunizações da Secretaria da Saúde, em parceria com a Secretaria da Educação, realizará a atualização da caderneta de vacina desta escola no dia ___/___/___ às ___h___.

Solicitamos preencher a filipeta abaixo caso CONCORDE com a vacinação de seu filho (a), conforme as vacinas indicadas para a faixa etária constantes no calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e situação vacinal atual do adolescente.

BCG – DOSE ÚNICA
HEPATITE B – 3 DOSES
dT (DIFTERIA E TÉTANO) - 3 DOSES E REFORÇO A CADA 10 ANOS
VACINA POLIOMIELITE INATIVADA (VIP) – 3 DOSES
HPV (PAPILOMA VÍRUS HUMANO) – 2 DOSES
MENINGOCÓCICA ACWY – DOSE ÚNICA
SCR (SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA) – 2 DOSES
FEBRE AMARELA – DOSE ÚNICA



ESCOLA _____ DRE _____

ALUNO (A) _____ ANO/ TURMA _____

TURNO _____ DATA DE NASCIMENTO _____

Eu _____ CPF/RG: _____

responsável pela criança _____ CPF/RG: _____

autorizo sua vacinação nesta escola, conforme as vacinas recomendadas pelo PNI para sua idade.

Divisão de Vigilância Epidemiológica-DVE
Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA
Secretaria Municipal de Saúde - São Paulo – SMS/SP
05/10/2023