



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Ferramenta de monitoramento - MUNICIPAL

Conforme Portaria 844, de 14 de julho de 2023, no Art. 7º, estabelece que terão direito à segunda parcela do recurso, correspondente a 40% (quarenta por cento) do valor total previsto no Anexo, os Municípios que:

- I - Optarem pelo microplanejamento para a realização das ações de multivacinação; e
- II - Preencherem formulário eletrônico contendo informações sobre o microplanejamento das ações de multivacinação.

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-844-de-14-de-julho-de-2023-497045598>

LINK: <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=RPEH83XDDY>

INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO MUNICIPAL:

Campo	Preenchimento	Tipo de preenchimento
Nome do responsável pelo preenchimento	Nome completo da pessoa que está realizando o preenchimento do formulário	Texto
Cargo/Função	Cargo e função exercido pelo responsável do preenchimento	Texto
Lotação	Selecionar uma opção em que o responsável do preenchimento	Seleção simples
Data do Preenchimento	Dia em que o formulário foi preenchido	DD/MM/AAAA
E-mail	E-mail da pessoa que está realizando o preenchimento do formulário	Texto
DDD	DISCAGEM DIRETA A DISTÂNCIA do telefone do responsável pelo preenchimento	Dois dígitos
Telefone	Número do responsável pelo preenchimento	Numérico
Unidade Federada Monitorada	UF do município monitorado	Seleção simples
Município monitorado da UF	município monitorado	Seleção simples
I. ESTRUTURA		
1. Informe quantas salas de vacina públicas o município possui: (considerar unidades que fazem vacinas de rotina, excluindo maternidades)	Número de salas de vacina	Numérico
2. Informe quantas salas de vacina públicas o município possui na zona urbana	Número de salas de vacina	Numérico
3. Informe quantas salas de vacina públicas o município possui na zona rural (incluir unidade fluviais)	Número de salas de vacina	Numérico
4. Do TOTAL de salas de vacina do município, informe quantas estão nas	Número de salas de vacina	Numérico

Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município/ na atenção primária		
5. Do TOTAL de salas de vacina do município, informe quantas estão nas UPA do município/ fora da atenção primária e fazem vacinação de rotina	Número de salas de vacina	Numérico
6. Do TOTAL de salas de vacina do município, informe quantas estão nos hospitais públicos do município/ fora da atenção primária e fazem vacinação de rotina	Número de salas de vacina	Numérico
7. Do TOTAL de salas de vacina do município, informe quantas estão nos hospitais privados do município/ fora da atenção primária e fazem vacinação de rotina	Número de salas de vacina	Numérico
8. Do TOTAL de salas de vacina do município, informe quantas estão em clínicas privadas do município/ fora da atenção primária e fazem vacinação de rotina:	Número de salas de vacina	Numérico
9. Do TOTAL de salas de vacina do município, informe quantas estão em outros estabelecimentos públicos de vacinação do município/ fora da atenção primária e fazem vacinação de rotina	Número de salas de vacina	Numérico
10. Qual o número de maternidades no município?	Número de maternidades	Numérico
11. Quantas maternidades no município realizam a vacina BCG?	Número de maternidades	Numérico
12. Quantas maternidades no município realizam a vacina Hepatite B?	Número de maternidades	Numérico
13. O município possui central de rede de frio?	Sim ou não	Seleção simples
II. ORGANIZAÇÃO		
14. O município aderiu ao microplanejamento	Sim ou não	Seleção simples
14.1. Utilizou as ações do microplanejamento para atividades de multivacinação?	Sim	Seleção simples
14.1a. Se sim	Totalmente ou Parcialmente	Seleção simples
14.2. Indique para quais atividades de vacinação utilizou ou pretende utilizar o microplanejamento.	Rotina, Campanha, Intensificação, Bloqueio e/ou Outras (citar)	Seleção múltipla escolha
15. O município formou o comitê para a coordenação do microplanejamento para Atividades de vacinação de alta qualidade?	Sim	Informar os representantes do comitê (Texto)
	Não	Seleção simples
16. O comitê realiza reuniões periódicas?	Sim	Informar a frequência das reuniões (em dias)

17. A Vigilância e a Atenção Primária realizam reuniões periódicas para articular processos de trabalho conjunto para as ações de vacinação?	Sim ou não	Seleção simples
18. Possui ferramenta gerencial que auxilia na tomada de decisão e planejamento estratégico, FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) ou outra utilizada?	Sim	Realizar upload (anexar) da ferramenta utilizada exemplos: FOFA - Formulário 2, ou outra ferramenta utilizada
	Não	Seleção simples
19. Foi realizada análise de priorização de localidades por concentração populacional no município e população alvo?	Sim ou não	Seleção simples
20. Foi realizada análise da identificação de populações vulneráveis e de difícil acesso?	Sim	Realizar upload (anexar) do formulário 6 ou outra ferramenta utilizada
	Não	Seleção simples
21. Foi realizada oficina para o microplanejamento das Atividades de vacinação de alta qualidade (Avaq) para as equipes de saúde dos municípios?	Sim	Informar quantas equipes houve oferta para formação em microplanejamento? Numérico
	Não	Seleção simples
22. Foi realizada a análise de risco de disseminação de doenças preveníveis por vacinação no Município?	Sim ou não	Seleção simples
23. Possui acompanhamento da cobertura vacinal no município?	Sim	Realizar upload (anexar) do mapa com divisão de regiões de saúde para atividades de vacinação
	Não	Seleção simples
24. Foi realizada a análise de não vacinados por tipo de vacina e idade?	Sim ou não	Seleção simples
25. Foram realizadas programações específicas no município para alcançar o público-alvo, considerando estratégias Intra e extramuros?	Sim ou não	Seleção simples
25.1. Foi realizada Vacinação em Unidades Básicas de Saúde?	Sim ou não	Seleção simples
25.2. Foi realizada Vacinação em Unidades Básicas de Saúde com horário estendido?	Sim ou não	Seleção simples
25.3. Foi realizada Vacinação em Creches e Escolas?	Sim ou não	Seleção simples
25.4. Foi realizada Vacinação em grandes centros comerciais?	Sim ou não	Seleção simples
25.5. Foi realizada Vacinação em área de difícil acesso?	Sim ou não	Seleção simples

25.6. Foi realizada Vacinação em áreas de fronteiras?	Sim ou não	Seleção simples
25.7. Foi realizada Vacinação da população privada de liberdade?	Sim ou não	Seleção simples
25.8. Foi realizada Vacinação volante com uso de veículo (vacimóvel)?	Sim ou não	Seleção simples
III. PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO		
26. Na programação anual de saúde foram inseridas ações de educação permanente, de acordo com as necessidades identificadas?	Sim ou não	Seleção simples
IV. INSUMOS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS		
27. Foi realizada a análise das necessidades de insumos para as atividades de vacinação no município?	Sim ou não	Seleção simples
28. Foi realizada a análise das necessidades de vacinas por unidade de saúde?	Sim	Realizar upload (anexar) do Formulário 14 ou outra ferramenta utilizada
	Não	Seleção simples
V. Sistema de Informação		
29. O município utiliza o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) para o registro das doses aplicadas?	Sim ou não	Seleção simples
30. O município utiliza o e-SUS para o registro das doses aplicadas?	Sim ou não	Seleção simples
31. O município utiliza o Sistema próprio para o registro das doses aplicadas?	Sim	Inserir o nome do Sistema próprio
	Não	Seleção simples
32. Sua equipe tem dificuldade para trabalhar com o sistema de informação?	Sim	Inserir ao menos 3 dificuldades
	Não	Seleção simples
VI. COMUNICAÇÃO SOCIAL		
33. Há articulação com associações e/ou representações comunitárias para o desenvolvimento de estratégias de vacinação?	Sim	Realizar upload (anexar) do Formulário 9 ou outra ferramenta utilizada.
	Não	Seleção simples
34. Desenvolvem iniciativas de comunicação e mobilização social?	Sim	Realizar upload (anexar) do formulário 13 ou outra ferramenta utilizada
	Não	Seleção simples
VII. PROGRAMAÇÃO		
35. As ações de imunização foram inseridas na Programação Anual de Saúde, de modo a tornarem-se permanentes?	Sim ou não	Seleção simples
SUBMIT	Enviar o formulário após finalizar o preenchimento	Ao clicar no link SUBMIT , automaticamente será enviado