

PROGRAMA DE VACINAÇÃO NAS ESCOLAS

315ª Reunião Ordinária da CIB – 22/02/2024

Vânia Rebouças Barbosa Vanden Broucke

Coordenação de Imunizações e Vigilância Epidemiológica de
Doenças Imunopreveníveis – CIVEDI

Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP
SUVISA / SESAB





Vacinação
nas escolas



GOVERNO DO ESTADO

BAHIA

SECRETARIA
DA EDUCAÇÃO

SECRETARIA
DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO
BAHIA

SECRETARIA
DA SAÚDE

Objetivo do Programa

O Governo do Estado, por meio de uma parceria entre a SESAB e a SEC, institui o **Programa de Vacinação nas Escolas**.

Objetivo: Ampliar a cobertura vacinal de crianças e adolescentes baianos

Busca levar orientação aos pais, responsáveis, trabalhadores e crianças, bem como promover a vacinação no âmbito escolar.

4. Cronograma

PERÍODO	AÇÃO
20 outubro	Reunião SESAB e SEC
06 a 10 novembro	Reunião para apresentação do mapeamento das Regionais de Saúde e educação para equivalência das áreas de abrangência por município
13 a 17 novembro	Reunião Núcleos Regionais de Saúde Reunião municípios para apresentação do projeto
11 e 12/2023	Reunião de apresentação da ação aos Núcleos Territoriais de Educação e os Núcleos Regionais de Saúde da Bahia
2024	Semana de mobilização e vacinação nas escolas da rede estadual de ensino
2024	Semana de mobilização e vacinação nas escolas da rede estadual de ensino



26/02 a 01/03/2024

22 a 26/07/2024

TERMO DE ADESÃO – PROGRAMA DE VACINAÇÃO NAS ESCOLAS

ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO NAS ESCOLAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A (o) _____

(nome da creche ou instituição de ensino), pertencente ao município
_____, Bahia, inscrita no CNPJ
_____, no endereço
_____.

representada (o) pela (o) dirigente _____,
portador do RG _____ e CPF _____ assina o

presente **TERMO DE ADESÃO**, pelo qual se compromete a aderir ao Programa de Vacinação nas Escolas, com vistas a aumentar a cobertura vacinal e promover a saúde de seu público, devendo realizar a assinatura deste termo e encaminhar para seu respectivo Núcleo Regional de Saúde por meio dos seguintes e-mails:

- Núcleo Regional de Saúde Leste – nrs.leste@saude.ba.gov.br
- Núcleo Regional de Saúde Centro Leste – nrs.centroleste@saude.ba.gov.br
- Núcleo Regional de Saúde Nordeste – nrs.nordeste@saude.ba.gov.br
- Núcleo Regional de Saúde Sul – sesab.nrssl@saude.ba.gov.br
- Núcleo Regional de Saúde Extremo Sul – nrsextremosul-saude@saude.ba.gov.br
- Núcleo Regional de Saúde Norte – nrs.norte@saude.ba.gov.br
- Núcleo Regional de Saúde Centro Norte: nrs.centronorte@saude.ba.gov.br
- Núcleo Regional de Saúde Sudoeste – nrs.sudoeste@saude.ba.gov.br
- Núcleo Regional de Saúde Oeste – nrsoeste.coordenacao@saude.ba.gov.br

Para que produza os efeitos pretendidos, assina e dá fé.

_____ (cidade), _____ de _____ de 202_.

(nome completo e assinatura)



ANEXO I

AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO – PROGRAMA DE VACINAÇÃO NAS ESCOLAS

Devido às baixas coberturas vacinais apresentadas em todo país e da possibilidade do retorno de doenças imunopreveníveis antes controladas por meio da vacinação, as Secretarias de Saúde e Secretaria da Educação do Estado da Bahia traçaram, conjuntamente, estratégias para ampliar a vacinação de crianças e adolescentes por meio do Programa de Vacinação nas Escolas.

Com intuito de facilitar o acesso à vacinação serão desenvolvidas atividades de mobilização para a prevenção de doenças transmissíveis durante o ano letivo, incluindo a vacinação de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos nas escolas. As atividades de vacinação serão agendadas pelas escolas e comunicadas, previamente, aos pais e responsáveis. Estarão disponíveis todas as vacinas do calendário para atualização vacinal. É importante a apresentação do cartão de vacina para ser avaliado e atualizado conforme a necessidade.

Diante disto, contamos com a parceria de todos os responsáveis para conseguirmos juntos proteger os(as) estudantes da rede estadual de ensino.

Importante: Os responsáveis devem preencher e assinar o termo, autorizando ou não, a vacinação do(a) estudante na escola durante as ações de mobilização vacinal programadas anualmente.

Para estudantes menores de idade, cujos responsáveis autorizarem serem vacinados na escola, oportunamente serão solicitados os seguintes documentos pessoais do(a) estudante:

- Registro de nascimento ou RG;
- CPF ou cartão SUS;
- Cartão de vacina.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO – VACINAÇÃO NA ESCOLA

Eu, _____,
(Nome por extenso do/a responsável), inscrito no CPF _____
Tel: (____) _____, como responsável legal do(a) estudante

(Nome completo do/a estudante),

Autorizo a vacinação do/a estudante na escola

Não autorizo a vacinação do/a estudante na escola

Para que produza os efeitos pretendidos, assina e dá fé.

_____ (cidade), ____ de _____ de 2024.

(Nome completo e assinatura)



GOVERNO DO ESTADO
BAHIA

SECRETARIA
DA EDUCAÇÃO

SECRETARIA
DA SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO
BAHIA

SECRETARIA
DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO



SECRETARIA DA SAÚDE