

Procedimento Operacional Padrão (POP)

Notificação de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI)

1. **Objetivo:** Descrever como deve ser realizada a notificação de ESAVI, no e-SUS Notifica, quando for relatada pelo paciente qualquer ocorrência médica indesejada após o uso da vacinação.

2. **Campo de Aplicação:** Este POP se aplica a todos os profissionais que atuam em salas de vacinação.

3. Responsabilidades:

3.1 É de responsabilidade do Coordenador da Equipe de Imunizações da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) manter este POP atualizado e em conformidade com o referencial teórico preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde;

3.2 Todos os demais profissionais e integrantes da equipe de enfermagem devem seguir as orientações contidas neste documento e são responsáveis por garantir seu cumprimento.

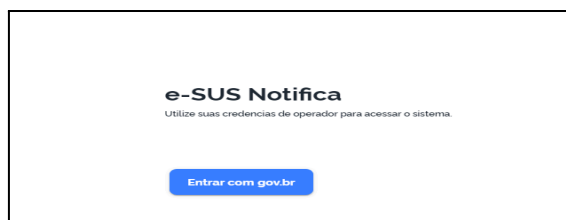
4. Procedimento:

4.1 Os ESAVI devem ser notificados pela unidade que identificou a ocorrência, independentemente do local em que ocorreu a aplicação da(s) vacina(s);

4.2 Em geral, deve-se suspeitar de qualquer alteração na saúde que ocorra nos primeiros 30 dias após a aplicação de uma vacina;

4.3 Devem ser notificados todos os casos suspeitos de ESAVI graves, moderados, raros e/ou inusitados relacionados à vacinação. Reações locais leves, febre menor que 39°C, entre outras reações leves como mal-estar, sonolência, calafrios, vertigem, cefaleia, mialgia, artralgia, fadiga, dor de garganta, rinorreia, tosse, espirros, inapetência, náusea, vômito e diarreia, que não necessitem de atendimento médico, tenham resolução espontânea e ocorram isoladamente, não deverão ser notificados. Caso ocorra serão canceladas sem prévio aviso;

4.4 Acessar <https://notifica.saude.gov.br/> e logar:



4.5 Ao aparecer a tela inicial, clicar no ícone  na linha que consta “ESAVI”:

Formulários		
Pesquisar		
Formulário	Descrição	
ESAVI	Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização	 
Coronavírus	COVID19	 

4.6 Abrirá uma tela para inclusão da notificação. Preencher os dados solicitados referentes à identificação. Quando colocado o CPF, os dados do paciente migrarão automaticamente do CNS;

ESAVI

IDENTIFICAÇÃO ^

Tem CPF?

☐ Sim ☐ Não

É profissional de saúde?

☐ Sim ☐ Não

Profissional de Segurança

☐ Sim ☐ Não

CPF

CBO

Nome Completo

Data de Nascimento



4.7 Nesse momento aparecerão as doses administradas da vacina contra COVID-19, dessa forma caso o ESAVI esteja relacionado a essa vacina, selecionar a dose envolvida:

Selecione o(s) dado(s) de vacinação para vincular à notificação.

☐	Imunobiológico (vacina)	Dose	Lote	Fabricante
☐	COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVIS.	2ª Dose	213VCD004ZVA	ASTRAZENECA/FIO.
☐	COVID-19 PFIZER - COMIRNATY	Reforço	FG3529	PFIZER
☐	COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVIS.	1ª Dose	4120Z005	ASTRAZENECA/FIO.
☒	COVID-19 MODERNA	Única	033H23A	Pendente Identificaç..
☐	COVID-19 PFIZER - COMIRNATY BIVALENTE	Reforço	GK0280	PFIZER
☐	COVID-19 PFIZER - COMIRNATY BIVALENTE	Reforço	GJ2553	PFIZER
☐	COVID-19 ASTRAZENECA/FIOCRUZ - COVIS.	2º Reforço	21PVC0366Z	ASTRAZENECA/FIO.

4.8 Preencher os dados solicitados referentes à notificação:

DADOS NOTIFICAÇÃO ^

Data da Notificação

11/07/2025



Você está notificando um evento adverso ou erro de imunização ocorrido em uma criança que foi exposta à vacina através da vacinação da mãe durante a gestação ou pelo aleitamento materno?



Sim



Não

Criança em aleitamento materno, no momento da vacinação?



Sim



Não

4.9 No local destinado às informações dos imunobiológicos envolvidos, preencher com as informações solicitadas (com exceção da COVID, que migra dos sistemas de informação) e clicar em “Adicionar”;

IMUNOBIOLOGICOS ^

Imunobiológico (vacina)	Relação imunobiológico ao evento adverso	Nome do Fabricante
Vacina febre amarela	Suspeito	FIOCRUZ
Lote	Dose	Via de administração
17UVFA097Z	DU - Única	
Local de aplicação	Data da aplicação	Hora da aplicação
	01/07/2025	
CNES Resp. pela admin. do imunobiológico	Estratégia	
8011060		

Adicionar **Limpar**

4.10 Caso seja necessário alterar alguma informação relacionada à(s) vacina(s) do evento, clicar em . Abre os campos para realizar as correções. Após clicar em “Atualizar”;

Imunobiológico (vacina)	Relação imunobiológico ao evento adverso	Nome do Fabricante	Lote	Dose	Via de adminis	
Vacina febre amarela	Suspeito	FIOCRUZ	17UVFA097Z	DU - Única		 

4.11 O próximo passo é preencher e selecionar o tipo de evento: Evento adverso, reação/evento adverso (pré-preenchido), data de início, data de término, classificação de gravidade e desfecho. Adicionar um por um todos os eventos relatados. Aqueles eventos que ainda estão em “Acompanhamento”, o paciente deve ser monitorado quanto à data de término dos sintomas, para preenchimento e modificação posterior dessa informação na notificação;

EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍVEIS À VACINAÇÃO OU IMUNIZAÇÃO ^

Tipo de Evento Evento Adverso X	Reação / evento adverso Febre X	Data de início 02/07/2025
Hora Início 10:00	Data de término 03/07/2025	Hora Término 17:00
Duração Evento/ Dia 1	Classificação de gravidade Grave X	Gravidade Requeira hospitalização ou prolongue umaX
Intervalo entre a administração e o início da reação / Dia 1	Desfecho (evolução do caso) Cura sem sequelas X	Data Desfecho 02/07/2025

Adicionar **Limpar**

4.12 Fazer um breve relato do caso:

NARRATIVA DO CASO E OUTRAS INFORMAÇÕES ^

Descrição do caso

4.13 Preencher as informações (algumas já vêm pré-preenchidas) sobre o estabelecimento e o responsável pelo preenchimento. Salvar;

RESPONSÁVEL PREENCHIMENTO ^

CNES Estabelecimento

0427276 - NUCLEO DE IMUNIZACOES ZONA SUL

CPF Responsável

Nome do profissional

CEURA BEATRIZ DE SOUZA CUNHA

Ocupação do Profissional

3222 - Técnicos e auxiliares de enfermagem

Telefone Responsável

(51) 3289-2479

E-mail responsável

vacinapoa@gmail.com

Salvar

Cancelar

ATENÇÃO: Sugerimos que no campo “e-mail responsável”, que já vem pré-preenchido com o e-mail informado no momento do cadastro do login, seja colocado o e-mail da unidade de saúde. Esse procedimento garante, caso sejam necessárias correções e inserções de novas informações, que as solicitações sejam encaminhadas para um e-mail em que todos tenham acesso.

4.14 Voltará para tela inicial, aparecendo a notificação recentemente inserida;

Número Notificação	Situação Notificação	Nome Completo	Data de Nascimento	Estado de Residência	Município de Residência	Data da Notificaçã	Ações
01432300249393	Aberto			Rio Grande do Sul	Porto Alegre	03/04/2023	⋮
01432300249378	Aberto			Rio Grande do Sul	Porto Alegre	03/04/2023	⋮
01432300249357	Aberto			Rio Grande do Sul	Porto Alegre	03/04/2023	⋮
		LARISSA MANOELA RIBEIRO.	25/09/2020	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	03/04/2023	⋮

4.15 O próximo passo é realizar a parte de investigação. Notificações incompletas, sem a parte de investigação serão excluídas e canceladas sem prévio aviso;

4.16 Para preenchimento da investigação:

- Na linha em que consta a notificação recém inserida, na coluna “Ações” clicar em  ;

*A pesquisa por nome deve conter no mínimo 10 caracteres.

Pesquisar

Exportar CSV

Número Notificação	Situação Notificação	Nome Completo	Data de Nascimento	Estado de Residência	Município de Residência	Data da Notificação	Tipo de Evento	Ações
01432500330359	Aberto					11/07/2025	Evento Adverso	

- Aparecerá as opções abaixo. Clicar em “Editar Investigação”:

[Editar Notificação](#)

[Editar Investigação](#)

[Encerrar Notificação](#)

[Cancelar Notificação](#)

[Visualizar Notificação](#)

[Histórico Notificação](#)

[Imprimir Notificação](#)

- Abrirá a tela para alteração da parte de Investigação:

ESAVI

Nome do Paciente

Número da Notificação

01432500330359

INVESTIGAÇÃO ^

Data do recebimento da notificação

10/07/2025

- As informações referentes aos imunobiológicos envolvidos no evento, preenchidos na parte de “Notificação”, migrarão para essa etapa de Investigação:

IMUNOBIOLOGICOS ^

Imunobiológico (vacina)

Relação imunobiológico ao evento adverso

Nome do Fabricante

Lote

Dose

Via de administração

Local de aplicação

Data da aplicação

Hora da aplicação

CNES Resp. pela admin. do imunobiológico

Estratégia

Adicionar

Limpar

Imunobiológico (vacina)	Relação imunobiológico ao evento adverso	Nome do Fabricante	Lote	Dose	Via de administração	Local de aplicação
Vacina febre amarela	Suspeito	FIOCRUZ	17UVFA097Z	DU - Única		

- Preencher as informações solicitadas: se já teve ESAVI anterior, doenças pré-existentes, se viajou nos últimos 15 dias e se usou algum medicamento antes ou durante a vacinação:

ANTECEDENTES ^

Relato sobre EAPV anterior à presente vacinação

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES ^

Doenças (CID10)

Adicionar **Limpar**

Viajou nos 15 dias anteriores ao início do evento?

☐ Sim

☐ Não

☐ Ignorado

MEDICAMENTO EM USO ANTERIOR OU DURANTE A VACINAÇÃO ^

Medicamento em uso anterior ou durante a vacinação

☐ Sim

☐ Não

- As informações referentes aos eventos, preenchidos na parte de “Notificação”, migrarão para essa etapa de Investigação:

EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍVEIS À VACINAÇÃO OU IMUNIZAÇÃO ^

Tipo de Evento	Reação / evento adverso	Data de início
Hora Início	Data de término	Hora Término
Classificação de gravidade	Desfecho (evolução do caso)	
Adicionar	Limpar	

Tipo de Evento	Reação / evento adverso	Data de início	Hora Início	Data de término	Hora Término	Duração E	
Evento Adverso	Febre	02/07/2025	10:00	03/07/2025	17:00	1	 

- Realizar um relato do evento e adicionar:

Descricao detalhada do Evento Adverso

Campo obrigatório

- Preencher informações sobre o atendimento médico e exames complementares (se houver):

Houve atendimento médico?

- ☒ Sim
☐ Não

ATENDIMENTO MÉDICO ^

Tipo de Atendimento

CNES Estabelecimento de saúde

Nome do estabelecimento de saúde

Estado

Município

Data da admissão

Data da alta

Observações complementares

Adicionar

Limpar

EXAMES COMPLEMENTARES ^

Nome do exame

Resultado do exame

Data da realização do exame

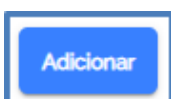
Adicionar

Limpar

- Preencher CID-10 diagnóstico e adicionar:

DIAGNÓSTICO ^

Diagnóstico (CID-10)



- Preencher as informações sobre o estabelecimento e o responsável pelo preenchimento. Salvar.

RESPONSÁVEL PREENCHIMENTO ^

CNES Estabelecimento

0427276 - NUCLEO DE IMUNIZACOES ZONA SUL



CPF Responsável

Campo obrigatório

Nome do profissional

CEURA BEATRIZ DE SOUZA CUNHA

Ocupação do Profissional

3222 - Técnicos e auxiliares de enfermagem



Telefone Responsável

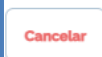
(51) 3289-2479

E-mail Responsável

vacinapoa@gmail.com

Data da Investigação

11/07/2025



ATENÇÃO: Sugerimos que no campo “e-mail responsável”, que já vem pré-preenchido com o e-mail informado no momento do cadastro do login, seja colocado o e-mail da unidade de saúde. Esse procedimento garante, caso sejam necessárias correções e inserções de novas informações, que as solicitações sejam encaminhadas para um e-mail em que todos tenham acesso.

Pendências de informações para o desfecho e definição de conduta para o ESAVI ocorrido, serão solicitadas para o e-mail do profissional notificante. Caso não haja resposta, a notificação será cancelada, devendo ser inserida no sistema novamente.

5. Elaboração:

Elaborado por: Ceura Beatriz de Souza Cunha Coren: 326015

Data da última revisão: 29/07/2025

Responsável pela revisão: Renata Lobatto Capponi Coren: 164477