

PREFEITURA MUNICIPAL DE NÃO-ME-TOQUE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Não-Me-Toque, 30 de junho de 2021.

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	4
2.	SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO EM 2020	5
3.	SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO EM 2021	7
4.	VACINAS COVID-19	11
4.	COMPETÊNCIAS DA ESFERA MUNICIPAL	12
5.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
6.	ESPECIFICAÇÕES DAS VACINA DISPONIBILIZADSA NA CAMPANHA	13
6.1	Vacina adsorvida covid-19 (inativada) – Sinovac / Instituto Butantan	13
6.2	Vacina COVID-19 (recombinante) – AstraZeneca/Fiocruz	14
6.3	Vacina COVID-19 (RNAm) (Comirnaty) – Pfizer/Wyeth	15
6.4	Vacina COVID-19 (recombinante) – Janssen	16
7.	PROCEDIMENTO PARA A ADMINISTRAÇÃO DAS VACINAS	18
8.	ESTRUTURA FÍSICA MUNICIPAL	18
9.1	Rede de frio	18
9.2	Insumos	19
9.	SISTEMA DE INFORMAÇÃO E REGISTROS DAS DOSES APLICADAS	19
10.	POPULAÇÃO ALVO	21
11.	ESTIMATIVA DE DOSES	23
12.	VIGILÂNCIA DOS EAPV	25
14.	META PARA VACINAÇÃO	27
15.	MEDIDAS SANITÁRIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE	28
16.	USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	29

1. APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) e do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), apresenta o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, como medida adicional de resposta ao enfrentamento da doença, considerada como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), mediante ações de vacinação nos três níveis de gestão.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 18 de setembro de 1973, é responsável pela política nacional de imunizações e tem como missão reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, com fortalecimento de ações integradas de vigilância em saúde para promoção, proteção e prevenção em saúde da população brasileira. É um dos maiores programas de vacinação do mundo, sendo reconhecido nacional e internacionalmente. Atualmente, atende 212 milhões de pessoas, é um patrimônio do estado brasileiro, mantido pelo comprometimento e dedicação de profissionais de saúde, gestores e de toda população. São 47 anos de ampla expertise em vacinação em massa e está preparado para promover a vacinação contra a COVID-19.

Para colaboração na elaboração deste plano, o Ministério da Saúde instituiu a Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis por meio da Portaria GAB/SVS nº 28 de 03 de setembro de 2020 com a Coordenação da SVS, composta por representantes deste ministério e de outros órgãos governamentais e não governamentais, assim como Sociedades Científicas, Conselhos de Classe, especialistas com expertise na área, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A COVID-19 é a maior pandemia da história recente da humanidade causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), que causa infecção respiratória aguda potencialmente grave. Trata-se de uma doença de elevada transmissibilidade e

distribuição global. A transmissão ocorre principalmente entre pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 40% das pessoas têm a forma leve ou moderada da doença, porém aproximadamente 15% delas desenvolvem a doença severa necessitando de suporte de oxigênio. Tem-se ainda que 5% da população que é afetada com a forma grave da doença e pode vir a desenvolver além das complicações respiratórias, complicações sistêmicas como trombose, complicações cardíacas e renais, sepse e choque séptico.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO EM 2020

Encerramos o ano de 2020 com 842 casos positivos para COVID-19 (representando 5,3% da população não-me-toquense) e 10 óbitos, sendo o primeiro caso positivo notificado em 22 de abril e o primeiro óbito em 18 de maio. A Figura 1 apresenta a curva de crescimento dos casos ao longo do ano. A Letalidade aparente do município caiu de 3,2%, no início da pandemia, para 1,19% em dezembro, valor inferior a média do estado do Rio Grande do Sul (2,0%), ou seja, embora houveram mais casos positivos, o número de pacientes que evoluíram para óbito não cresceu proporcionalmente.

As Figuras 2 e 3 apresentam os perfis de idade e localidade dos pacientes positivos.

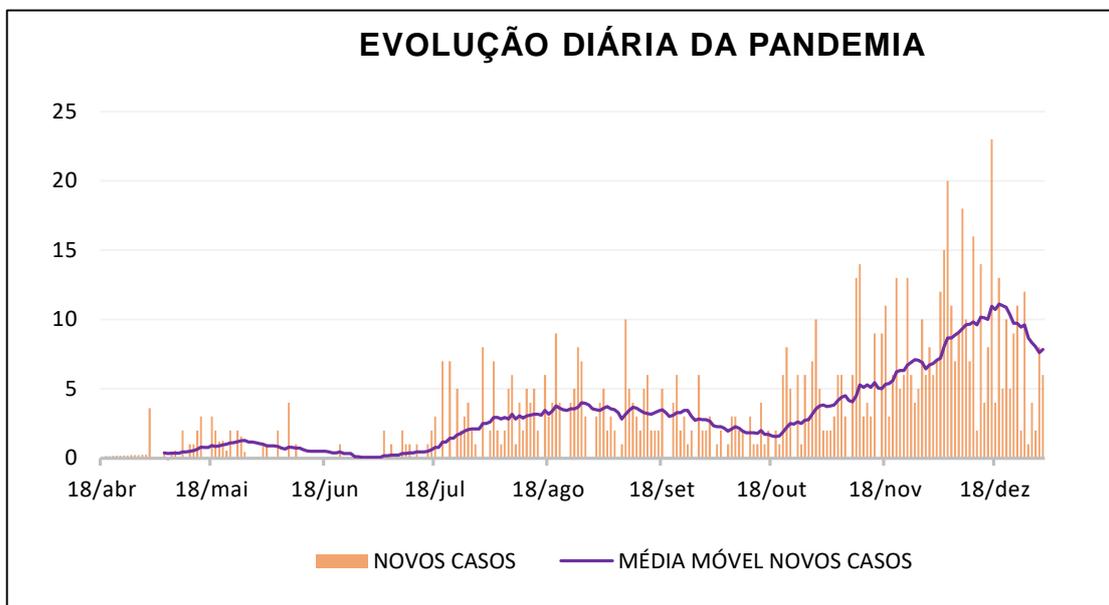


Figura 1 - Média móvel de casos COVID-19 em 2020.

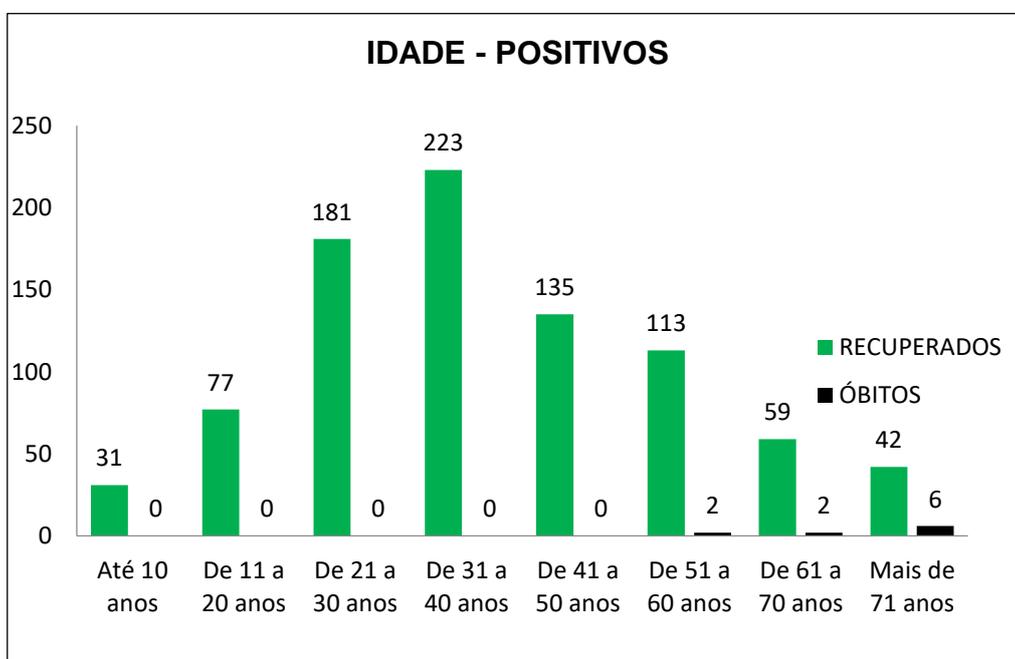


Figura 2 - Idade dos casos positivos.

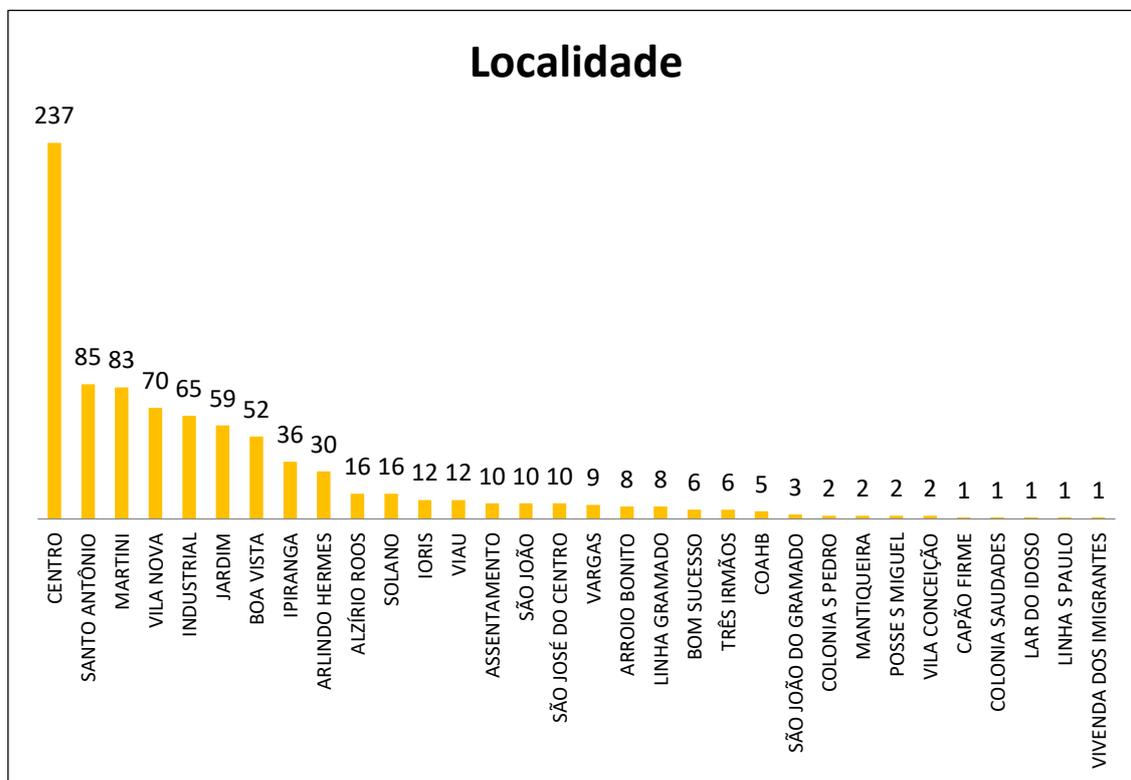


Figura 3 - Localidade de residência dos casos positivos.

3. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO MUNICÍPIO EM 2021

Os primeiros de 2021 representaram um aumento de 204% nos casos positivos, se comparando ao ano 2020, sendo novos 1715 casos positivos e 41 novos óbitos, totalizando 2567 casos e 51 óbitos durante toda a pandemia . A Figura 4 apresenta a curva de crescimento dos casos desde 2020. A Letalidade aparente do município caiu de 3,2%, no início da pandemia, para 1,98% valor semelhante a média do estado do Rio Grande do Sul (2,0%).

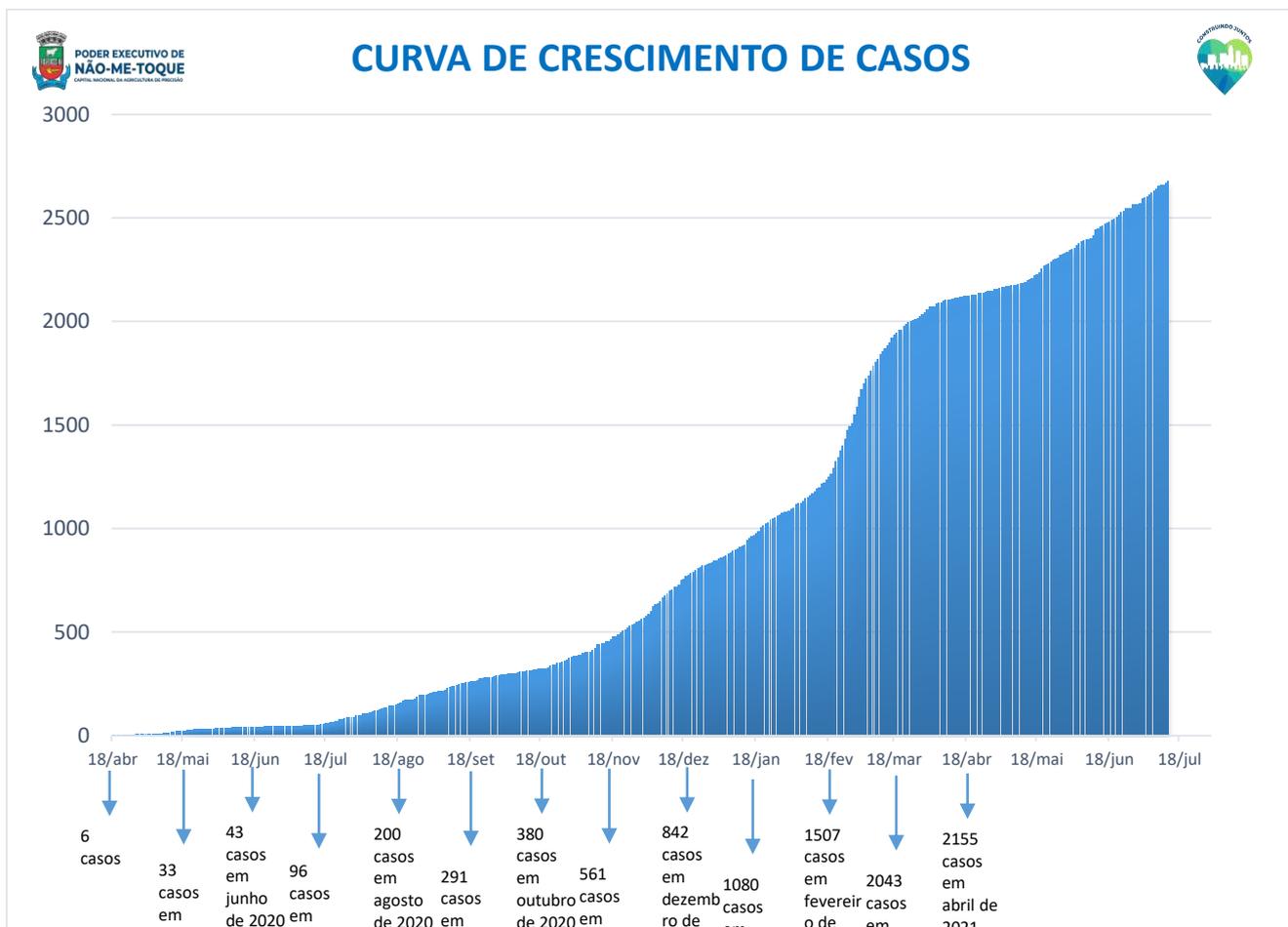


Figura 4: Curva de crescimento de casos

Observamos o agravamento da pandemia no mês de março de 2021, através de indicadores como o crescimento do número de casos e óbitos (Figuras 5, 6 e 4), a manutenção de níveis altos de incidência de Síndrome Respiratória Grave (SRAG), a alta positividade de testes e a sobrecarga de hospitais em todo o país. O aumento exponencial dos casos positivos e internações em nosso município foi uma realidade enfrentada por todo o Estado do Rio Grande do Sul, visto que nosso estado enfrentou grande períodos com as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) acima da capacidade de atendimento.

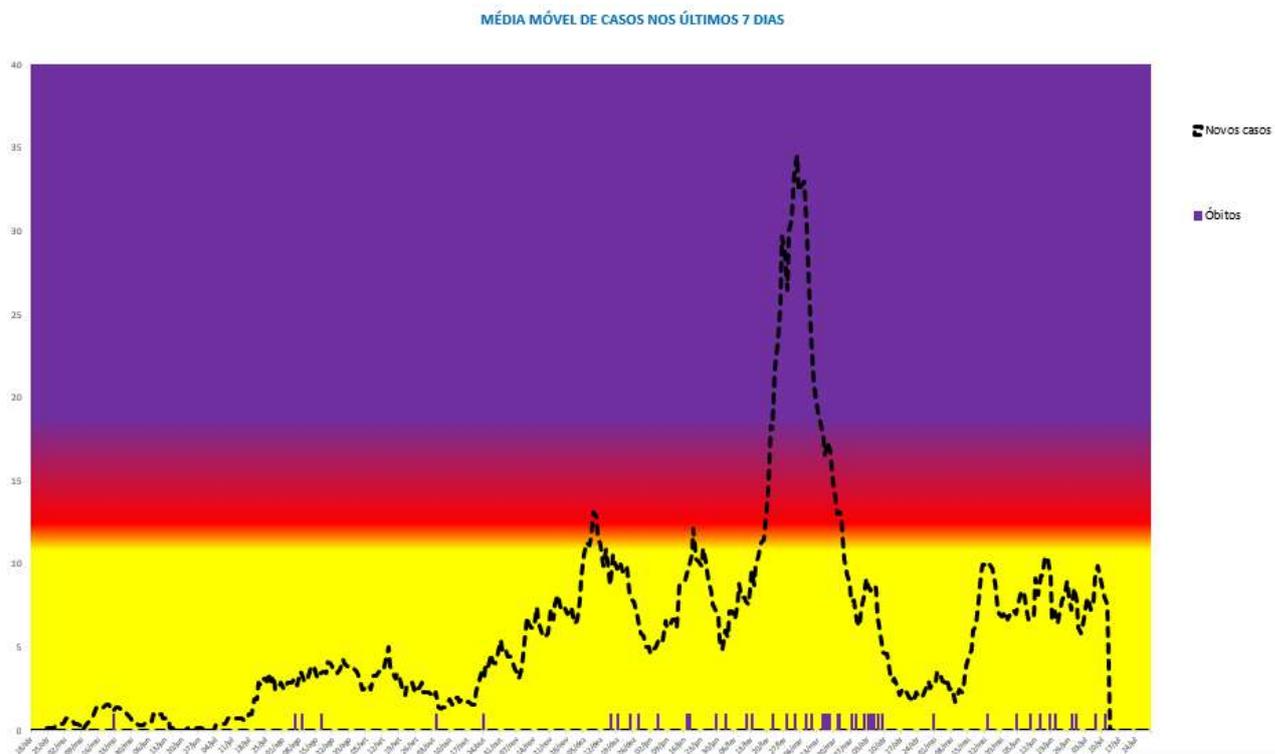


Figura 5 –Média móvel de novos casos e óbitos.

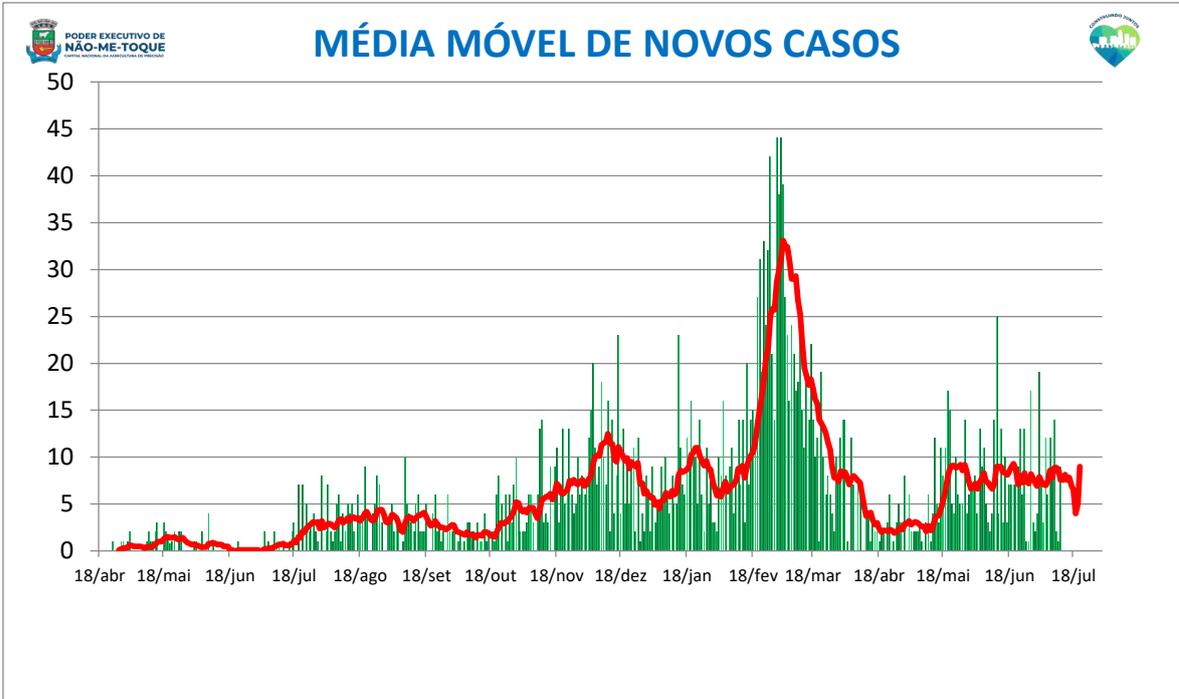
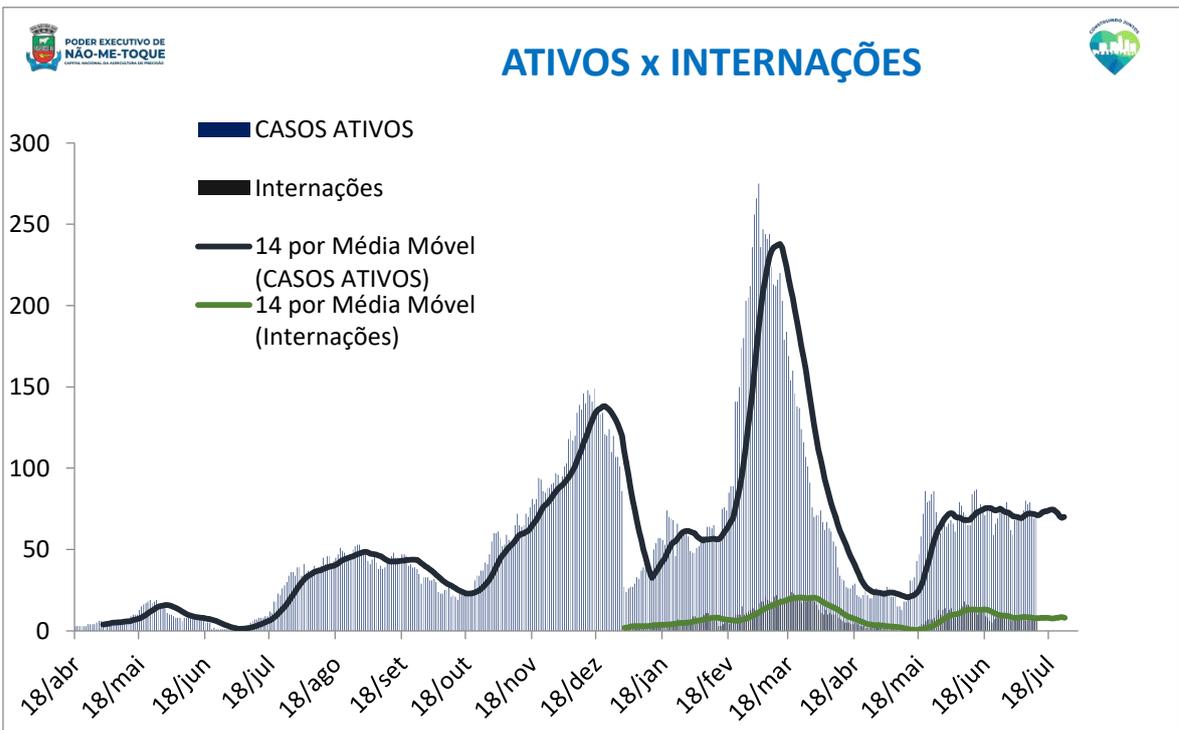


Figura 6 – Média móvel de novos casos.



Dessa forma, ampliou-se a quantidade de leitos clínicos no Hospital Alto Jacuí, que anteriormente possuía 6 leitos exclusivos à COVID-19 e hoje possui 17, representando um aumento de 283% da capacidade instalada, também segregamos os atendimentos de acordo com a gravidade de cada caso, para que o Hospital atenda somente casos moderados e graves. No mês de março também dobramos a capacidade de atendimento da unidade sentinela com a instalação de uma nova unidade sentinela de apoio para realizar testes e atender pacientes com sintomatologia leve. Além disso, ampliamos nossa equipe de monitoramento e atendimento de pacientes, de forma a realizar agendamentos, testagens, observação da sintomatologia e acompanhamento dos pacientes positivos.

4. VACINAS COVID-19

O planejamento da vacinação municipal segue orientações do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, e este segue os critérios em conformidade com o registro e licenciamento de vacinas, que no Brasil é de atribuição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), conforme Lei nº 6.360/1976 e regulamentos técnicos como RDC nº 55/2010, RDC 348/2020 e RDC nº 415/2020. Ressalta-se ainda a RDC nº 444, de 10 de dezembro de 2020, que estabelece a autorização temporária de uso emergencial, em caráter experimental, de vacinas COVID-19 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância nacional, decorrente do surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Trata-se de normativa que estabelece os critérios mínimos a serem cumpridos pelas empresas para submissão do pedido de autorização temporária de uso emergencial durante a vigência da emergência em saúde pública, detalhados no Guia da Anvisa nº 42/2020. Está previsto ainda na normativa a exigência de que os pacientes a serem vacinados com vacinas aprovadas para uso emergencial deverão preencher um termo de consentimento livre e esclarecido o qual deve estar

complementado com os dados específicos da vacina objeto de autorização de uso emergencial. Ressalta-se que a vacinação é gratuita.

De acordo com o panorama da OMS, atualizado em 10 de dezembro de 2020, existem 162 vacinas COVID-19 candidatas em fase pré-clínica de pesquisa e 52 vacinas candidatas em fase de pesquisa clínica. Das vacinas candidatas em estudos clínicos, 13 se encontram em ensaios clínicos de fase III para avaliação de eficácia e segurança, a última etapa antes da aprovação pelas agências reguladoras e posterior imunização da população.

Em um momento inicial, onde não existe ampla disponibilidade da vacina no mercado mundial, o objetivo principal da vacinação passa a ser focado na redução da morbidade e mortalidade pela COVID-19, de forma que existe a necessidade de se estabelecer grupos prioritários para a vacinação.

4. COMPETÊNCIAS DA ESFERA MUNICIPAL

Cabe ao município as seguintes competências:

- A coordenação e a execução das ações de vacinação integrantes do PNI (Programa Nacional de Imunizações), incluindo a vacinação de rotina, as estratégias especiais (como campanhas e vacinações de bloqueio) e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
- A gerência do estoque municipal de vacinas e outros insumos, incluindo o armazenamento e o transporte para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;
- O descarte e a destinação final de frascos, seringas e agulhas utilizados, conforme as normas técnicas vigentes;
- A gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a coleta, o processamento, a consolidação e a avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes, bem como a transferência dos dados em conformidade

com os prazos e fluxos estabelecidos nos âmbitos nacional e estadual e a retroalimentação das informações às unidades notificadoras.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Vacinar os grupos de maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos;
- Vacinar trabalhadores da saúde para manutenção dos serviços de saúde e capacidade de atendimento à população;
- Vacinar os indivíduos com maior risco de infecção;
- Vacinar os trabalhadores dos serviços essenciais.

6. ESPECIFICAÇÕES DAS VACINA DISPONIBILIZADA NA CAMPANHA

6.1 Vacina adsorvida covid-19 (inativada) – Sinovac / Instituto Butantan

A Campanha Nacional de vacinação contra a COVID-19 iniciou-se com a vacina Sinovac/Butantan (Quadro 1). A vacina desenvolvida pelo laboratório Sinovac em parceria com o Butantan é uma vacina contendo o vírus SARS-CoV-2 inativado. Os estudos de soroconversão da vacina Sinovac/Butantan, demonstraram resultados de > 92% nos participantes que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 14 dias e > 97% nos participantes que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 28 dias. A eficácia desta vacina foi demonstrada em um esquema contendo 2 doses com intervalo de 2 semanas. Para prevenção de casos sintomáticos de COVID-19 que precisaram de assistência ambulatorial ou hospitalar a eficácia foi de 77,96%. Não ocorreram casos graves nos indivíduos vacinados, contra 7 casos graves no grupo placebo.

	Sinovac - Butantan
Plataforma	Vírus inativado
Indicação de uso	maior ou igual a 18 anos
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola com 0,5 mL (frasco monodose)
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/Intervalos	2 doses de 0,5 mL cada, com intervalo de 2-4 semanas
Composição por dose	0,5mL contém 600 SU de antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2
Prazo de validade e conservação	12 meses a partir da data de fabricação se conservado na temperatura 2°C a 8°C
Validade após abertura do frasco	Imediatamente após abertura do frasco
	

Dados sujeitos a alterações

* a indicação da vacina será para pessoas a partir de 18 anos de idade no país.

Fonte: CGPNI/SVS/MS

Quadro 1 - Especificações da vacina COVID-19: Sinovac/Butantan. Brasil, 2021.

6.2 Vacina COVID-19 (recombinante) – AstraZeneca/Fiocruz

A vacina covid-19 (recombinante) desenvolvida pelo laboratório AstraZeneca/Universidade de Oxford em parceria com a Fiocruz é uma vacina contendo dose de 0,5 mL contém 10×10^{10} partículas virais (pv) do vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação (ChAdOx1), que expressa a glicoproteína SARS-CoV-2 Spike (S). Produzido em células renais embrionárias humanas (HEK) 293 geneticamente modificadas. 22 Os estudos de soroconversão da vacina covid-19 (recombinante) demonstraram resultados em $\geq 98\%$ dos indivíduos em 28 dias após a primeira dose e $> 99\%$ em 28 dias após a segunda dose. A eficácia desta vacina foi demonstrada em um esquema contendo

2 doses com intervalo de 12 semanas. Os indivíduos que tinham uma ou mais comorbidades tiveram uma eficácia da vacina de 73,43%, respectivamente, foi similar à eficácia da vacina observada na população geral.

6.3 Vacina COVID-19 (RNAm) (Comirnaty) – Pfizer/Wyeth

A vacina COVID-19 (RNA mensageiro) desenvolvida pelo laboratório Pfizer/BioNTech é registrada no Brasil pela farmacêutica Wyeth. Cada dose de 0,3mL contém 30 µg de RNAm que codifica a proteína S (spike) do SARS-CoV-2. A vacina na apresentação de frasco multidose deve ser diluída com 1,8mL de solução de cloreto de sódio 0,9% (soro fisiológico 0,9%). Após a diluição, o frasco contém 2,25ml. A vacina é distribuída em frascos multidose, contendo 6 doses em cada frasco, sendo necessária a diluição do princípio ativo com 1,8mL de solução de cloreto de sódio 0,9% (soro fisiológico), de tal forma que cada dose utilizada será de 0,3mL. A vacina deve ser administrada por via intramuscular em esquema de duas doses. O intervalo descrito em bula é de três semanas ou mais entre as doses. A eficácia vacinal geral, em estudos de fase 3, que incluíram 43.548 participantes, avaliando-se covid-19 sintomática confirmada por RT-PCR com início após 7 dias da segunda dose, foi de 95,0% (90,0%–97,9%), tendo sido semelhante nas diferentes faixas etárias. Reanalizando dados desses estudos, a eficácia após duas semanas da primeira dose e antes da segunda dose foi de 92,6% (69,0%-98,3%). Estudos de vida real, demonstraram elevada efetividade vacinal, seja para trabalhadores de saúde da linha de frente (80% após a primeira dose e 90% após a segunda contra infecção pelo SARS-CoV-2), idosos acima de 70 anos (redução do risco de internação hospitalar de cerca de 80% e de risco de óbito pela covid-19 de 85%), ou na população geral (97% contra casos sintomáticos, necessidade de internação ou morte pela covid-19). Considerando dados de eficácia e de efetividade, demonstrando elevada proteção para formas graves da doença com a

primeira dose bem como redução na transmissibilidade dos indivíduos vacinados com a primeira dose, os estudos de imunogenicidade demonstrando maior resposta de anticorpos com o uso do intervalo aumentado entre as doses (12 semanas vs 21 dias), as projeções de modelagem matemática indicando redução do número de casos, internações e óbitos com a ampliação do intervalo, visando aumentar a parcela da população vacinada com pelo menos 1 dose, respaldado ainda pelas discussões realizadas no âmbito da Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis (Portaria nº 28 de 03 de setembro de 2020), o Programa Nacional de Imunizações opta por, neste momento, adotar o esquema de duas doses da vacina COVID-19 Pfizer/Wyeth com intervalo de 12 semanas. Os dados epidemiológicos e de efetividade da vacina serão monitorados, sendo que a presente recomendação poderá ser revista caso necessário. Ressalta-se que tal recomendação está em consonância com a estratégia adotada em outros países como os programas do Reino Unido e Canadá.

6.4 Vacina COVID-19 (recombinante) – Janssen

A vacina covid-19 (recombinante) da Farmacêutica Janssen, na composição por dose de 0,5mL contém Adenovírus tipo 26 que codifica a glicoproteína spike SARS-CoV-2, produzido na linha celular PER.C6 TetR e por tecnologia de DNA recombinante, não inferior a 8,92 log₁₀ unidades infecciosas (Inf.U), na apresentação de frasco-ampola multidose de 2,5mL (5 doses). Possui administração intramuscular e é utilizada em dose única de 0,5 mL (contendo 5 x10¹⁰ partículas virais), o que é uma vantagem em relação às demais vacinas disponíveis atualmente no Brasil.

O estudo clínico de fase III incluiu aproximadamente 40.000 indivíduos sem evidência de infecção prévia pelo SARS-CoV-2, com idades entre 18-100 anos, e avaliou a eficácia vacinal em prevenir a covid-19 sintomática, moderada a

grave/crítica e confirmada laboratorialmente. Dados preliminares indicam que a eficácia global foi de 66,3% (IC95% = 57,2%-72,4%) após ≥ 14 dias da vacinação com dose única, sendo que uma eficácia de $\geq 63\%$ foi observada em diferentes categorias por idade, sexo, raça/etnia e entre aqueles com comorbidades. Ademais, houve variação da eficácia geograficamente, sendo de 64,7% (IC95% = 54,1%-73%) no Brasil - onde 69,4% dos participantes que fizeram sequenciamento genético apresentavam infecção pela linhagem P.2 -, de 52% (IC95% = 30,3 – 73,1%) na África do Sul (onde 94,5% dos casos sequenciados apresentavam a variante 20H/501Y.V2) e de 74,4% nos Estados Unidos (onde 96,4% dos sequenciados possuíam a variante D614G). Não houve identificação das linhagens B.1.1.7 ou P1 no estudo. Em relação à capacidade da vacina em evitar hospitalizações, a eficácia estimada foi de 93,1% (IC95% = 71,1%- 98,4%) ≥ 14 dias da vacinação; sendo que após ≥ 28 dias, não houve hospitalizações no grupo vacinado (eficácia estimada em 100%, IC95% = 74,3%-100%). A eficácia contra mortalidade global foi de 75% (IC95% 33,4%-90,6%), não sendo detectada nenhuma morte associada a covid-19 no grupo vacinado (contra 7 no grupo placebo). Além disso, dados preliminares sugerem que possa haver proteção vacinal também contra infecções assintomáticas, pois 0,7% dos que receberam a vacina e que não apresentaram sintomas apresentaram soroconversão para uma proteína não-S versus 2,8% no grupo placebo (eficácia estimada de 74,2%; IC95% = 47,1%-88,6%). Quanto à segurança e à reatogenicidade vacinal no estudo de fase III, apesar de frequentes, a maioria dos eventos adversos foram leves a moderados e com resolução após 1–2 dias da vacinação, sendo mais frequentes entre 18-59 anos do que naqueles com idade ≥ 60 anos. Reações locais ou sistêmicas grau ≥ 3 foram mais comuns em vacinados do que naqueles que receberam placebo (2,2% contra 0,7%, respectivamente). A frequência de eventos adversos graves foi baixa (0,4%), tanto em vacinados quanto nos que receberam placebo; desses, 3 foram considerados relacionados à vacinação de acordo com o FDA (dor no local da aplicação, hipersensibilidade e reatogenicidade sistêmica)

7. PROCEDIMENTO PARA A ADMINISTRAÇÃO DAS VACINAS

A administração da vacina será pela via intramuscular (IM), no músculo deltóide, observando a via e dosagem orientadas pelo laboratório. Contudo poderá ser realizado no vasto lateral da coxa caso haja algum impedimento ou especificidade. Outra área alternativa para a administração será a ventroglútea, devendo ser utilizada por profissionais capacitados.

Serão utilizadas para aplicação seringas e agulhas com as seguintes especificações:

- a) seringas de plástico descartáveis (de 1,0 ml, 3,0 ml, 5,0 ml);
- b) agulhas descartáveis de para uso intramuscular: 25 x 6,0 dec/mm; 25 x 7,0 dec/mm; 25 x 8,0 dec/mm e 30 x 7,0 dec/mm.

Ao final do expediente e considerando a necessidade de otimizar doses ainda disponíveis em frascos abertos, a fim de evitar perdas técnicas, direcionar o uso da vacina para pessoas contempladas nos grupos priorizados no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19.

8. ESTRUTURA FÍSICA MUNICIPAL

9.1 Rede de frio

Com o objetivo de manter a confiabilidade da temperatura de armazenamento dos imunobiológicos nas diversas unidades de rede de frio orienta-se o registro da temperatura em mapas de controle, no início e término do expediente. Os sensores aplicados à medição devem ser periodicamente calibrados e certificados de forma a garantir a precisão dos registros de temperatura.

As Unidades Básicas de Saúde municipais que disponibilizarão as doses da vacina para a comunidade possuem câmara de conservação para o armazenamento do imunobiológico, de forma a garantir a eficácia da vacina a qual

pode ser alterada por fatores relacionados ao meio ambiente, como a temperatura, a qual deverá ser mantida a +2 a +8 °C. O município dispõe de atualmente de 5 salas de vacinas. As salas de vacina estão integradas ao Setor de Vigilância Epidemiológica e Imunizações.

9.2 Insumos

O município possui um estoque de 3.000 seringas e 10.000 agulhas de via IM, sendo suficiente para iniciar a primeira fase da campanha, caso o Estado não disponibilize os insumos para a operacionalização da estratégia em tempo hábil.

9. SISTEMA DE INFORMAÇÃO E REGISTROS DAS DOSES APLICADAS

Para a campanha nacional de vacinação contra COVID-19, o registro da dose aplicada será nominal/individualizado. Os registros deverão ser realizados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) em todos os pontos de vacinação da rede pública e privada de saúde, conforme descrição abaixo.

UBS Municipais Envolvidas na Estratégia de Vacinação	
Unidade Básica de Saúde	Turno
UBS CENTRAL - 2244403	Manhã e Tarde
UBS SANTO ANTONIO - 2244829	Tarde
UBS JARDIM - 2244810	Tarde
UBS INDUSTRIAL - 2244411	Tarde
UBS VIAU - 2244802	Tarde

Tabela 1 - UBS municipais para vacinação.

A vacinação contra a COVID-19 pode exigir diferentes estratégias, devido à possibilidade da oferta de diferentes vacinas, para diferentes faixas etárias/grupos e também da realidade do município. Alguns pontos devem ser considerados pelos para definição das estratégias, que envolvem os seguintes aspectos, conforme orientação a seguir:

- a) Vacinação de trabalhadores de saúde: exige trabalho conjunto entre Atenção Primária à Saúde e Urgência e Emergência, principalmente para aqueles que atuam em unidades exclusivas para atendimento da COVID-19;
- b) Vacinação de idosos: a vacinação casa a casa pode ser uma estratégia em resposta àqueles que têm mobilidade limitada ou que estejam acamados;
- c) Organização da unidade primária em saúde em diferentes frentes de vacinação, para evitar aglomerações; deve-se pensar na disposição e circulação destas pessoas nas unidades de saúde e/ou postos externos de vacinação;
- d) Realização de vacinação extramuro, através da estratégia Drive Thru, em locais abertos, ventilados e de fácil acesso a população
- e) Realização de vacinação domiciliar, especialmente para aqueles com dificuldade de locomoção, idosos acamados, entre outros; □

- f) Articulação com a Assessoria de Comunicação (ASCOM), entre outros setores afim de realizar ampla divulgação sobre a vacinação com orientações específicas para público alvo.

10. POPULAÇÃO ALVO

O Plano de Vacinação desenvolvido pelo Programa Nacional de Imunizações em cooperação com o comitê de especialistas da Câmara Técnica, foi baseado em princípios similares aos estabelecidos pela OMS, bem como nas considerações sobre a viabilização operacional das ações de vacinação. Optou-se pela seguinte ordem de priorização: preservação do funcionamento dos serviços de saúde, proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos, seguido da preservação do funcionamento dos serviços essenciais e proteção dos indivíduos com maior risco de infecção.

Dessa forma, foram priorizados grupos de vacinação conforme estipulado pelo Governo Federal e Governo Estadual, conforme grupos a seguir:

Grupo	Grupos Prioritário
1	Pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas
2	Pessoas com Deficiência Insitucionalizadas
3	Povos indígenas Vivendo em Terras Indígenas
4	Trabalhadores de Saúde
5	Pessoas de 90 anos ou mais
6	Pessoas de 85 a 89 anos
7	Pessoas de 80 a 84 anos
8	Pessoas de 75 a 79 anos
9	Povos e Comunidades tradicionais Ribeirinhas
10	Povos e Comunidades tradicionais Quilombolas
11	Pessoas de 70 a 74 anos
12	Pessoas de 65 a 69 anos

13	Pessoas de 60 a 64 anos
14	Pessoas com comorbidades e gestantes e puérperas com comorbidades** Pessoas com Deficiência Permanente cadastradas no BPC*** Gestantes e Puérperas
15	Pessoas com Deficiência Permanente (18 a 59 anos) sem cadastro no BPC***
16	Pessoas em Situação de Rua (18 a 59 anos)
17	Funcionários do Sistema de Privação de LiberdadeA População Privada de Liberdade
18	Trabalhadores da Educação do Ensino Básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA)
19	Trabalhadores da Educação do Ensino Superior
20	Forças de Segurança e Salvamento e Forças Armadas (Na 11ª etapa da Campanha iniciou-se a vacinação escalonada desses trabalhadores, restrita aos profissionais envolvidos nas ações de combate à covid-19, conforme Nota Técnica nº 297/2021)
21	Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros
22	Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário
23	Trabalhadores de Transporte Aéreo
24	Trabalhadores de Transporte de Aquaviário
25	Caminhoneiros
26	Trabalhadores Portuários
27	Trabalhadores Industriais
28	Trabalhadores da limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos
	População Geral - Pessoas de 18 a 59 anos

Fonte: Plano Nacional de Vacinação contra COVID-19

Quadro 2: Grupos Prioritários de vacinação.

O Informe Técnico Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19 recomenda a seguinte ordem para vacinação dos trabalhadores da saúde conforme disponibilidade de doses:

a. Equipes de vacinação que estiverem inicialmente envolvidas na vacinação dos grupos elencados;

b. Trabalhadores das Instituições de Longa Permanência de Idosos e de Residências Inclusivas (Serviço de Acolhimento Institucional em Residência Inclusiva para jovens e adultos com deficiência);

c. Trabalhadores dos serviços de saúde públicos e privados, tanto da urgência quanto da atenção básica, envolvidos diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de COVID-19;

d. Demais trabalhadores de saúde.

11. ESTIMATIVA DE DOSES

Para contemplar a fase inicial da campanha de vacinação contra a COVID-19, considerando o esquema de duas doses estima-se que sejam necessárias o total de 694 doses, conforme o Quadro 2.

Grupo	Grupos Prioritário	Estimativa populacional*
1	Pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas	72
2	Pessoas com Deficiência Insitucionalizadas	2
3	Povos indígenas Vivendo em Terras Indígenas	0
4	Trabalhadores de Saúde	275
5, 6 e 7	Pessoas de 80 anos ou mais	549
9	Povos e Comunidades tradicionais Ribeirinhas	0

10	Povos e Comunidades tradicionais Quilombolas	0
11	Pessoas de 70 a 79 anos	1059
12 e 13	Pessoas de 60 a 69 anos	1823
14	Pessoas com comorbidades e gestantes e puérperas com comorbidades** Pessoas com Deficiência Permanente cadastradas no BPC*** Gestantes e Puérperas	190
15	Pessoas com Deficiência Permanente (18 a 59 anos) sem cadastro no BPC***	10
16	Pessoas em Situação de Rua (18 a 59 anos)	0
17	Funcionários do Sistema de Privação de LiberdadeA População Privada de Liberdade	0
18	Trabalhadores da Educação do Ensino Básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA)	400
19	Trabalhadores da Educação do Ensino Superior	10
20	Forças de Segurança e Salvamento e Forças Armadas (Na 11ª etapa da Campanha iniciou-se a vacinação escalonada desses trabalhadores, restrita aos profissionais envolvidos nas ações de combate à covid-19, conforme Nota Técnica nº 297/2021)	40
21	Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros	30
22	Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário	0
23	Trabalhadores de Transporte Aéreo	0

24	Trabalhadores de Transporte de Aquaviário	0
25	Caminhoneiros	250
26	Trabalhadores Portuários	0
27	Trabalhadores Industriais	5.000
28	Trabalhadores da limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos	18
	População Geral - Pessoas de 18 a 59 anos	10.228

Quadro 3 – Estimativa populacional.

* Estimativas elaboradas conforme dados da Campanha Influenza de 2020, Ministério da Saúde e levantamentos quantitativos.

12. VIGILÂNCIA DOS EAPV

Evento Adverso Pós-Vacinação (EAPV) é qualquer ocorrência médica indesejada após a vacinação e que, não necessariamente, possui uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico (imunoglobulinas e soros heterólogos). Um EAPV pode ser qualquer evento indesejável ou não intencional, isto é, sintoma, doença ou um achado laboratorial anormal.

A grande maioria dos EAPV é local e/ou sistêmico de baixa gravidade. Por essa razão as ações de vigilância são voltadas para os eventos moderados e graves.

As vacinas são produtos biológicos com excelente perfil de segurança e a ocorrência de eventos adversos relacionados à vacinação deve ser imediatamente notificada, investigada e esclarecida para que não ponha em risco o programa de imunizações e a segurança epidemiológica de toda a população.

Assim, é importante o fortalecimento da vigilância dos EAPV, a fim de manter a tranquilidade no processo, sendo de obrigatoriedade do município a notificação compulsória no sistema de notificações de EAPV

13. MONITORAMENTO, SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO

O monitoramento, supervisão e avaliação são importantes para acompanhamento da execução das ações planejadas, na identificação oportuna da necessidade de intervenções, assim como para subsidiar a tomada de decisão gestora em tempo oportuno. Ocorre de maneira transversal em todo o processo de vacinação. O monitoramento está dividido em três blocos, a saber:

1. Avaliação e identificação da estrutura existente na rede;
2. Processos;
3. Indicadores de intervenção.

O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, exige o preenchimento dos indicadores conforme a Figura 4.

Indicadores	
Recurso financeiros	Recursos orçamentário e financeiro repassados para estados e municípios.
Cobertura Vacinal	Cobertura vacinal por instâncias de gestão e grupos prioritários.
Doses aplicadas por tipo de vacina	Nº doses aplicadas (tipo de vacina/ grupo-alvo / faixa etária; por fases da vacinação. Por natureza do serviço (Público / Privado). Por município.
Monitoramento do avanço da campanha por fases/etapas	Metas estabelecidas de alcance da vacinação por período/fases da campanha.
Doses perdidas	Perdas técnicas e físicas por instância de gestão.
Estoque de vacina	Nº de doses disponíveis por instância de gestão.
Taxa de abandono de vacinas	Nº de primeiras e de segunda doses por instância de gestão.
Notificação de EAPV	Nº casos EA PV.
	Pop-alvo.
	Por faixa etária. Critério de gravidade - Investigado/encerrado com decisão de nexos causal por instância de gestão.
Boletins informativos	Nº boletins informativos produzidos e publicados.

Figura 4 - Indicadores determinados pelo Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19.

14. META PARA VACINAÇÃO

Tendo em vista o objetivo principal da vacinação, de reduzir casos graves e óbitos pela COVID-19, é fundamental alcançar altas e homogêneas coberturas vacinais. Para tanto, todos os esforços devem estar voltados para vacinar toda a população alvo. Portanto, o PNI estabeleceu como meta, vacinar pelo menos 90% da população alvo de cada grupo, uma vez que é de se esperar que uma pequena parcela da população apresente contraindicações à vacinação.

15. MEDIDAS SANITÁRIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

- Fixar cartazes para comunicação à população sobre as medidas de prevenção e controle (etiqueta respiratória), sinais e sintomas de síndrome gripal e outras informações sobre a COVID-19;
- Organizar os serviços conforme protocolos locais de prevenção da COVID-19 e/ou manuais do Ministério da Saúde para a porta de entrada dos atendimentos na UBS e para os locais de vacinação;
- Disponibilizar locais para higienização das mãos ou ofertar dispenser com álcool em gel na concentração de 70%, para facilitar a higienização das mãos dos profissionais e da população que buscar a vacinação em locais de destaque,
- Sempre que possível utilizar sistema de agendamento para evitar acúmulo de pessoas na fila de espera;
- Aumentar a distância nas filas, entre uma pessoa e outra (no mínimo um metro).
- Sugere-se, para tanto, a marcação de distanciamento físico no chão para orientar a distância entre as pessoas na fila;
- Ampliar a frequência de limpeza de pisos, corrimãos, maçanetas e banheiros com solução de água sanitária e a desinfecção de fômites e superfícies com álcool a 70%;
- Manter comunicação frequente com a equipe de vigilância em saúde do Município para organização do fluxo de rastreamento e monitoramento dos casos suspeitos de COVID -19.

16.USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

A utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) pelos trabalhadores de saúde envolvidos na Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19, tem como objetivo a proteção destes trabalhadores, bem como a segurança dos indivíduos que serão atendidos pela vacinação. Nesse sentido, seguem abaixo as orientações:

EPIs recomendados durante a rotina de vacinação:

- Máscara cirúrgica: obrigatória durante todo o período de vacinação, prevendo-se quantitativo suficiente para troca a cada 2-3 horas ou quando estiver úmida;
- Proteção ocular: Protetor facial (face shield) ou óculos de proteção;
- Avental descartável para uso diário ou avental de tecido higienizado diariamente;