PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA – PE.

CUPIRA – PE

MARÇO – 2022

Prefeitura Municipal de **Cupira** | Secretaria de**Saúde**
Avenida Etelvino Lins, s/n–Centro - Cupira - PE | CEP 55460-000 | CNPJ 11.472.475/0001-05
www.cupira.pe.gov.br | Facebook/Instagram: CupiraOficial

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

PREFEITO(A) MUNICIPAL DE CUIPRA

JOSÉ MARIA LEITE DE MACEDO

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DECUPIRA

ADRIANA SANDRA SILVA

COORDENADORA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE CUPIRA

GELCIANE FÉLIX DA SILVA

COORDENADOR DE ATENÇÃO BASICA E PNI DE CUPIRA

ANGELA MONICA ALMEIDA DE SOUSA

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

2. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA

2.1 Caracterização dos grupos de risco para complicações e óbito

2.2 Grupos com elevada vulnerabilidade social

3. OBJETIVOS DO PLANO

3.1 Objetivo Geral

3.2 Objetivos específicos

4. VACINAS COVID-19

4. 1 Plataformas tecnológicas das vacinas COVID-19 em produção

5. GRUPOS PRIORITÁRIOS

6. OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO

6.1 Gestão

6.2 Planejamento das Ações

6.2.1 Capacitação

6.2.2 Rede de Frio e Logística de Distribuição

6.2.3 Situação dos Insumos

7.SISTEMA DE INFORMAÇÂO PARA REGISTRO DE DOSES APLICADAS

8. FARMACOVIGILÂNCIA

9.GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS RESULTANTES DA VACINAÇÃO

10. COMUNICAÇÃO

11. MONITORAMENTO SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO

12.DETALHAMENTO ORÇAMENTARIO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO

13.REFERÊNCIAS

APÊNDICES

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

1. INTRODUÇÃO:

Em dezembro de 2019, com a eclosão da epidemia pelo novo coronavírus, em Wuhan, na China, e diante do risco de rápida disseminação para outros países, instituiu-se alerta internacional para uma possível pandemia, que veio a ser confirmada pela Organização Mundial da Saúde (OMS),em março de 2020.

O SARS-CoV-2, agente etiológico da Covid-19, é transmitido de forma eficaz entre humanos, podendo provocar doença respiratória aguda e grave.Suatransmissão ocorre entre pessoas, principalmente por meio de gotículas respiratórias, mas também pode ocorrer através do contato com objetos e superfícies contaminadas.

Aproximadamente 80% das pessoas infectadas apresentam doença leve, enquanto 15% podem evoluir para um quadro grave e 5% apresentar doença crítica, evoluindo para óbito. A literatura aponta que a gravidade da doença está associada à idade avançada e à presença de comorbidades. Além de requerer mudanças radicais de comportamento, nos níveis individual e comunitário, a Covid-19 tem exigido respostas rápidas no que se refere a ações preventivas, ampliação e aquisição de insumos e leitos hospitalares, redimensionamento de recursos humanos em saúde, dentre outras estratégias de controle.

A Covid-19 é a maior pandemia da história recente da humanidade causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Trata-se de uma infecção respiratória aguda, potencialmente grave e de distribuição global, que possui elevada transmissibilidade entre as pessoas, por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 80% das pessoas com covid-19 se recuperam da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2, ficam gravemente doentes e desenvolvem dificuldade de respirar. Os idosos e pessoas com comorbidades, tais como, pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. No entanto, qualquer pessoa pode se infectar com o vírus da covid-19 e evoluir para formas graves da doença. O MinistériodaSaúde recebeu a

primeira notificação de um caso confirmado de covid- 19 no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. Em Cupira, o primeiro caso autóctone, foi em 17/04/2020 do sexo feminino, pessoa residente no bairro da Caixa d'Água.

Com o objetivo de mitigar os impactos da pandemia, diversos países e empresas farmacêuticas estão empreendendo esforços na produção de uma vacina segura e eficaz contra a covid-19, e no monitoramento das vacinas que já se encontram com liberação para uso emergencial e/ou registradas em alguns países.

O objetivo primordial da vacinação contra Covid-19 é reduzir a morbidade grave e mortalidade associada ao SARS-CoV-2, buscando proteger as populações de maiores riscos, identificadas de acordo com o cenário epidemiológico da doença.

Considerando a magnitude da Covid-19 como emergência em saúde pública de relevância internacional, com impacto importante na morbimortalidade da população, este Plano define seus objetivos, linhas de ações e um conjunto de atividades que envolvem a macro e micropolítica de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do município de Cupira haja vista a sua multidimensionalidade e a imagem-objetivo a ser alcançada. Por sua vez, define as estratégias operacionais e de monitoramento e avaliação, de modo a acompanhar o desempenho dessa estratégia através da análise das coberturas vacinais, que se traduz no acesso da população à vacinação.

Face ao exposto, o presente plano aborda estratégias de vacinação a seremimplementadasno território, assegurando logística de armazenamento e distribuição das vacinas, registro eletrônico das doses administradas e vigilância de eventuais reações adversas. Destaca-se ainda a necessidade de execução de um plano de comunicação assertivo e transparente com a população,acercada oferta da vacinanos serviços de saúde.

Por fim, considerando a rapidez com que as informações sobre o desenvolvimento de vacinas vão sendo produzidas, é importante observar que este documento poderá ser revisitado e atualizado conforme necessidade, na medida em que novas estratégias sejam estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

O planejamento da vacinação nacional é orientado com fulcro na Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de

tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e Lei nº 6.360/1976 e normas sanitárias brasileiras, conforme RDC nº 55/2010, RDC 348/2020 e RDC nº 415/2020 que atribui a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) a avaliação de registros e licenciamento das vacinas. Na atual situação, no qual se 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 da epidemia da covid19, os requisitos estão definidos na RDC nº 444, de 10 de dezembro de 2020. Está Resolução regula 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. 15 Em 09 de setembro de 2020 foi instituído um Grupo de Trabalho para coordenar os esforços da União na aquisição e na distribuição de vacinas COVID-19 (Resolução n° 8), no âmbito do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da covid-19. Coordenado pelo representante do Ministério da Saúde, e formado por representantes de vários ministérios e secretarias do governo federal, bem como por representantes do CONASS e CONASEMS, com objetivo de colaborar no planejamento da estratégia nacional de imunização voluntária contra a covid-19. Para o acompanhamento das ações relativas à vacina AZD 1222/ChAdOx1 nCoV19 contra covid-19, decorrentes da Encomenda Tecnológica (ETEC) firmada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a empresa AstraZeneca, foi publicada a Portaria GM/MS Nº 3.290, de 4 de dezembro de 2020, instituindo Comitê Técnico no âmbito do Ministério da Saúde. Além disso, este Ministério segue com o monitoramento técnico e científico do cenário global de desenvolvimento de vacinas COVID-19 e na perspectiva de viabilizar acesso da população brasileira a vacinas seguras e eficazes. Até o momento registra-se a adesão do Brasil à encomenda tecnológica AstraZeneca/Fiocruz, ao CovaxFacility, Sinovac/Butantan, Janssen e Pfizer.

Em 17 de janeiro de 2021 a Anvisa autorizou para uso emergencial as vacinas COVID-19 do laboratório Sinovac Life Sciences Co. LTD - vacina adsorvida covid-19 (inativada) (Sinovac/Butantan); e do laboratório SerumInstituteofIndiaPvt. Ltd [Oxford] - vacina covid-19 (recombinante) (ChAdOx1 nCoV-19) (AstraZeneca/Fiocruz). Em 18 de janeiro de 2021 teve início a Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 no

Brasil. 16 Em 23 de fevereiro de 2021 a Anvisa concedeu registro definitivo no País da vacina Pfizer/Wyeth, e no dia 12 de março foi concedido o registro definitivo da vacina AstraZeneca/Fiocruz. A vacina covid-19 (recombinante) da Janssen foi autorizada para uso emergencial no País, em 31 de março de 2021. Em 11 de junho de 2021, a Anvisa autorizou a indicação da vacina Comirnaty, da Pfizer, para crianças com 12 anos de idade ou mais. Com isso, a bula da vacina passoua indicar esta nova faixa etária para o Brasil, as demais vacinas autorizadas no Brasil não possuem a autorização dessa agência reguladora para a população abaixo de 18 anos.

2. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA – PE

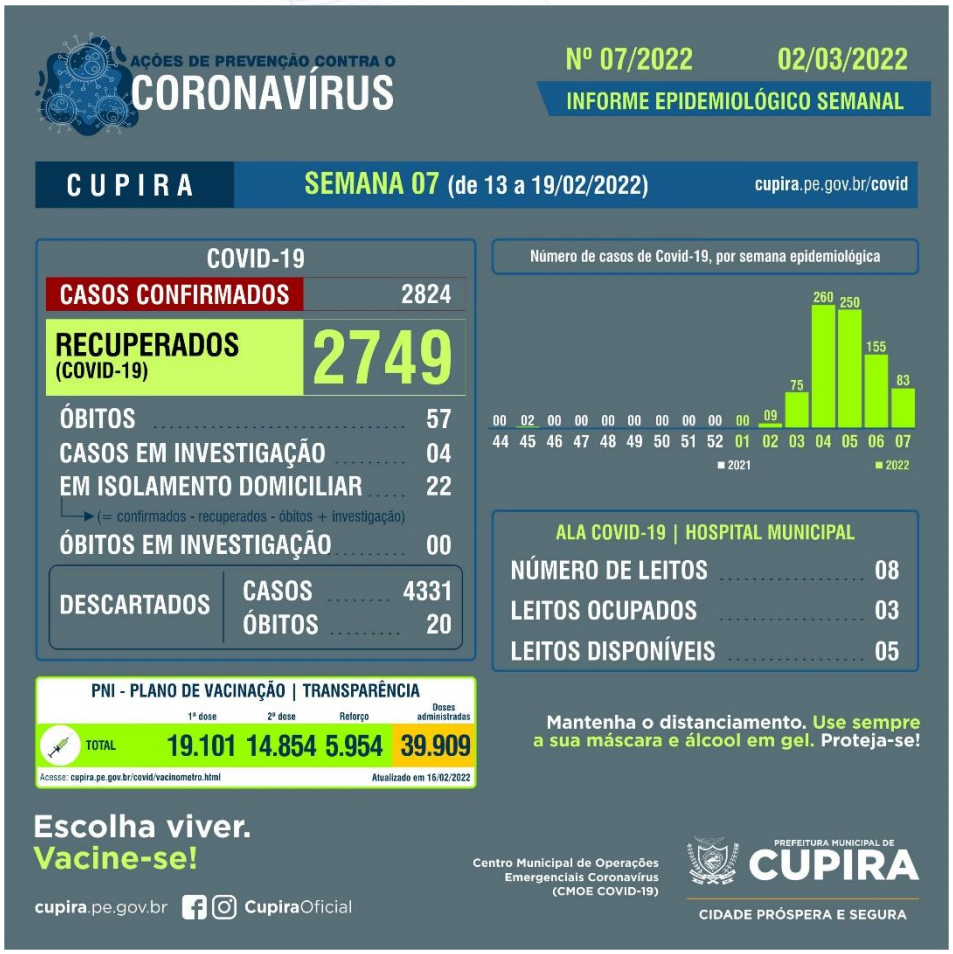
No período entre 26 de fevereiro de 2020 a 03 de outubro de 2021 foram confirmados 21.468.121 casos e 597.948 óbitos por covid-19 no país. O Brasil apresenta uma taxa de incidência acumulada de 10.138,16 e coeficiente de mortalidade acumulado de 282,4 por 100 mil habitantes. O maior registro no número de novos casos (115.228 casos) foi no dia 23 de junho de 2021 e de novos óbitos (4.249 óbitos) ocorreu no dia 08 de abril de 2021. Na análise de novos casos, foram apresentados dois outros picos (25/03/21 e 23/07/21), no entanto foram referentes a revisão de dados e inserção de dados represados do Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul, respectivamente. No Brasil, observou-se maiores reduções do número e média de casos nas SE 28/2021 e 36/2021, apresentando nesta SE a menor média de casos do ano de 2021. Quanto a SE 37/2021, apresentou número elevado de casos chegando a uma médiadiária de 34.452 casos nessa semana e diminuindo novamente na última SE 38/2021 e SE 39/2021. A situação epidemiológica atualizada por país, território e área está disponível nos sítios eletrônicos https://covid19.who.int/table e https://covid.saude.gov.br.

2.1 Caracterização dos grupos de risco para complicações e óbito

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

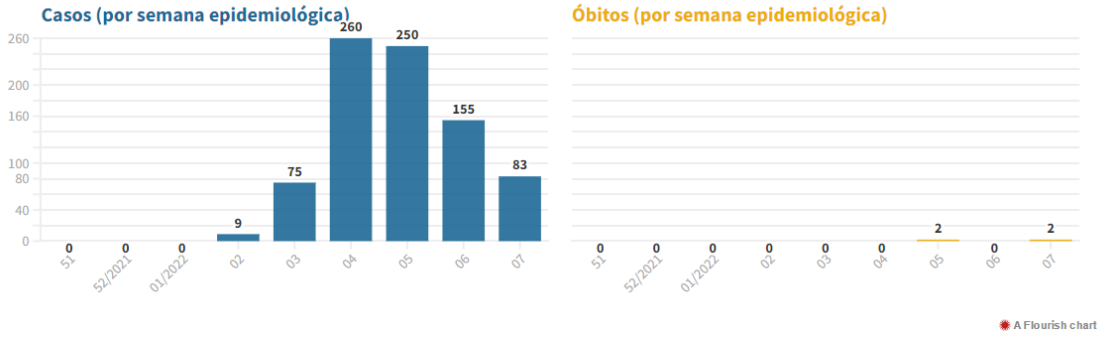
O risco de agravamento e óbito por Covid-19 está relacionado a características sociodemográficas, presença de morbidades, entre outros. Os principais fatores de risco associados à progressão para formas graves e óbito são: idade superior a 60 anos; diabetes mellitus; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); doença renal; doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; hipertensão arterial grave; indivíduos transplantados de órgãos sólidos; anemia falciforme; câncer e obesidade mórbida (IMC≥40).

No ano de 2020, foram notificados noMunicípio deCupira38casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados. Desse total, 00 foram confirmados para Influenza, 1121 para COVID-19, 00 para outros vírus respiratórios. Foram registrados 33óbitos por SARS CoV-2.

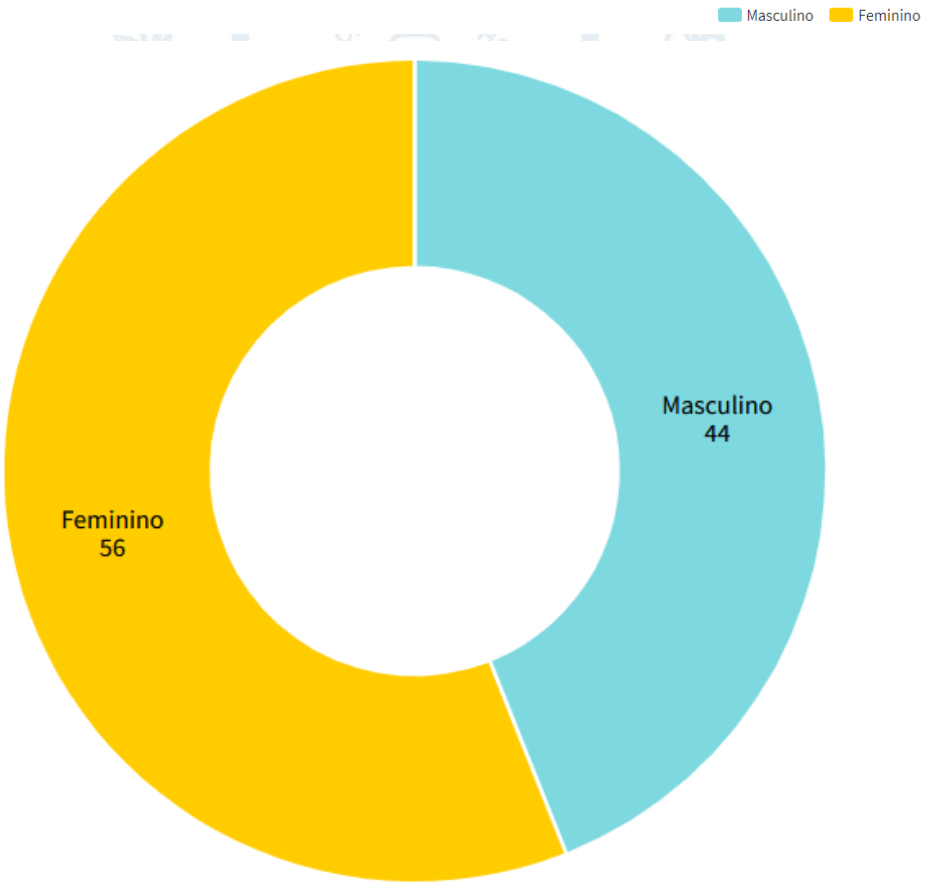


PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

QUANTIDADE DE CASOS E ÓBITOS COVID-19 POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA, EM CUPIRA (2022).



DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CASOS DE SÍNDROME GRIPAL E COVID-19, POR SEXO, EM CUPIRA.



Distribuição em números percentuais (%).

2.2 Grupos com elevada vulnerabilidade social

Além dos indivíduos com maior risco para agravamento e óbito devido às condições clínicas e demográficas, existem ainda grupos com elevado grau de vulnerabilidade social e, portanto, suscetíveis a um maior impacto ocasionado pela Covid-19, a saber: os povos indígenas aldeados em terras demarcadas, populações ribeirinhas e quilombolas. A transmissão de vírus nestas comunidades tende a ser intensa pelo grau coeso de convivência, portanto, a própria vacinação teria um efeito protetor altamente efetivo de evitar múltiplos atendimentos por demanda. (Brasil, 2020)

Há ainda outros grupos populacionais caracterizados pela vulnerabilidade social e econômica que os colocam em situação de maior exposição à infecção e impacto pela doença, a exemplo das pessoas em situação de rua, refugiados e pessoas com deficiência, grupos populacionais que tem encontrado diversas barreiras para adesão a medidas não farmacológicas. Outro grupo vulnerável é a população privada de liberdade, suscetível a doenças infectocontagiosas, como demonstrado pela prevalência aumentada de infecções nesta população em relação à população em liberdade, sobretudo pelas más condições de habitação e circulação restrita, além da inviabilidade de adoção de medidas não farmacológicas efetivas nos estabelecimentos de privação de liberdade, tratando-se de um ambiente potencial para ocorrência de surtos, o que pode fomentar ainda a ocorrência de casos fora desses estabelecimentos.(Brasil, 2020).Conforme dados de boletins do Observatório Covid-19, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Gestantes e puérperas (mulheres que tiveram filhos há até 45 dias) registraram, em junho de 2021, uma taxa de letalidade de 7,2%, o dobro da taxa de 20 letalidade do país no mesmo período que foi de 2,8%. Reforçando a tese de que este também é um grupo prioritário em nosso país.

Portanto, atenta a esse cenário e aos desafios que envolvem o controle de uma doença viral altamente transmissível, com característica de intensa circulação no território baiano e em outros estados, considerando os impactos para o sistema de saúde como um todo, além dos impactos sociais e econômicos da pandemia, a Secretaria Municipal de Saúde do Município, em conformidade com o Plano Estadual de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19, formulou o presente Plano, o qual delineia as ações estratégicas para operacionalização da ação de vacinação para controle da epidemia da

Covid-19 no Município.

3.OBJETIVOS DO PLANO

3.1 Objetivo Geral

Definir açõesestratégicas e programar a logística operacional para vacinar a população do municípiocontra a Covid-19, em 2021.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Definir a população-alvo e grupos prioritários para vacinação, de acordo as recomendações do PNI;
- ✓ Programar as fases de vacinação de acordo com o Plano Nacional de Imunização para a COVID-19;
- ✓ Prover estrutura necessária para o armazenamento, distribuição e segurança dos imunobiológicos e insumos;
- ✓ Otimizar os recursos existentes por meio de planejamento e programação oportunos para operacionalização da vacinação;
- ✓ Instrumentalizar a equipe técnicacom vistas a uma adequada operacionalização da campanha de vacinação contra Covid-19, em 2021, no âmbito do seu território;
- ✓ Promover ações amplas de comunicação em saúde, para orientar à população sobre o processo da vacinação;
- ✓ Promover uma campanha de vacinação de forma segura e integrada em todo o município.

3. VACINAS COVID-19

No atual cenário, de grande complexidade sanitária mundial, uma vacina eficaz e segura, é reconhecida como uma solução em potencial para o controle da

pandemia, aliada à manutenção das medidas de prevenção já estabelecidas. O primeiro programa de vacinação em massa no mundo começou no início de dezembro de 2020, foram administradas pelo menos 13 vacinas diferentes (em 4 plataformas). Até 01 de outubro de 2021, no painel da OMS a OMS relatou 194 vacinas COVID-19 candidatas em fase pré-clínica de pesquisa e 123 vacinas candidatas em fase de pesquisa clínica. Das vacinas candidatas em estudos clínicos, 23 encontram-se na fase III de ensaios clínicos para avaliação de eficácia e segurança, a última etapa antes da aprovação pelas agências reguladoras e posterior imunização da população e 08 em fase IV, destas a Pfizer e a AztraZeneca com registro definitivo pela ANVISA no Brasil e disponibilizada à população brasileira.

Atualizações sobre as fases de vacinas em desenvolvimento encontram-se disponíveis no sítio eletrônico https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/covid-19-vaccines. O detalhamento da produção e estudos em desenvolvimento encontra-se descrito no Relatório Técnico de Monitoramento de Vacinas em Desenvolvimento contra SARS-CoV-2, da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (https://www.gov.br/saude/ptbr/coronavirus/vacinas/relatorios-de-monitoramento-sctie). As vacinas COVID-19 distribuídas para uso, até o momento, na Campanha Nacional são:

As vacinas COVID-19 distribuídas para uso, até o momento, na Campanha Nacional são:

- **Instituto Butantan (IB): vacina adsorvida covid-19 (Inativada) Fabricante: Sinovac Life Sciences Co., Ltd. Parceria: Sinovac/Butantan.**
- **Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos - BioManguinhos (Fiocruz/BioManguinhos): vacina covid-19 (recombinante) Fabricante: SerumInstituteofIndiaPvt. Ltd. Parceria: 21 AstraZeneca/Fiocruz.**
- **Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos - BioManguinhos (Fiocruz/Bio-Manguinhos): vacina covid-19 (recombinante) Fabricante: Fiocruz/Bio-Manguinhos. Parceria: AstraZeneca/Fiocruz.**

- **AstraZeneca: vacina contra covid-19 (ChAdOx1-S (recombinante)). Vacina oriunda do consórcio CovaxFacility.**
- **Pfizer/Wyeth: vacina covid-19 (RNAm) (Comirnaty) – Pfizer/Wyeth.**
- **Janssen: vacina covid-19 (recombinante). Vacina oriunda do consórcio CovaxFacility**

4. 1 Plataformas tecnológicas das vacinas covid-19 em produção

As principais plataformas tecnológicas utilizadas para o desenvolvimento das vacinas em estudo clínico de fase III, até a presente data são as seguintes:

a) Vacinas de vírus inativados – As vacinas de vírus inativados utilizam tecnologia clássica de produção, através da qual é produzida uma grande quantidade de vírus em cultura de células, sendo estes posteriormente inativados por procedimentos físicos ou químicos. Geralmente são vacinas seguras e imunogênicas, pois os vírus inativados não possuem a capacidade de replicação e assim o organismo não fica exposto às grandes quantidades de antígenos. As vacinas Covid-19 de vírus inativados em fase III são desenvolvidas por empresas associadas aos institutos de pesquisa Sinovac, Sinopharm/Wuhan InstituteofBiologicalProducts, Sinopharm/ Beijing InstituteofBiologicalProducts e BharatBiotech.

b) Vacinas de vetores virais – Estas vacinas utilizam vírus humanos ou de outros animais, replicantes ou não, como vetores de genes que codificam a produção da proteína antigênica (no caso a proteína Spike ou proteína S do SARS-CoV-2). Essa tecnologia emprega vetores vivos replicantes ou não replicantes. Os replicantes, podem se replicar dentro das células enquanto os não-replicantes, não conseguem realizar o processo de replicação, porque seus genes principais foram desativados ou excluídos. Uma vez inoculadas, estas vacinas com os vírus geneticamente modificados estimulam as células humanas a produzir a proteína Spike, que vão, por sua vez, estimular a resposta imune específica. O vírus recombinante funciona como um transportador do material genético do vírus alvo, ou seja, é um vetor inócuo, incapaz de causar doenças. As vacinas em fase III que utilizam essa plataforma são: Oxford/AstraZeneca (adenovírus de chimpanzé); CanSino (adenovírus humano 5 - Ad5); Janssen/J&J (adenovírus humano 26 – Ad26) e Gamaleya (adenovírus humano 26 – Ad26 na primeira dose, seguindo de adenovírus humano 5 - Ad5 na segunda dose).

c) Vacina de RNA mensageiro – O segmento do RNA mensageiro do vírus, capaz de codificar a produção da proteína antigênica (proteína Spike), é encapsulado em nanopartículas lipídicas. Da mesma forma que as vacinas de vetores virais, uma vez inoculadas, estas vacinas estimulam as células humanas a produzir a proteína Spike, que vão por sua vez estimular a resposta imune específica. Esta tecnologia permite a produção de volumes importantes de vacinas, mas utiliza uma tecnologia totalmente nova e nunca antes utilizada ou licenciada em vacinas para uso em larga escala. Atualmente as vacinas produzidas pela Moderna/NIH e Pfizer/BioNTec são as duas vacinas de mRNA em fase III. Do ponto de vista de transporte e armazenamento, estas vacinas requerem temperaturas muito baixas para conservação (-70º C no caso da vacina candidata da Pfizer e -20º C no caso da vacina candidata da Moderna), o que pode ser um obstáculo operacional para a vacinação em massa, especialmente em países de renda baixa e média.

d) Unidades proteicas – Através de recombinação genética do vírus SARSCoV-2, se utilizam nanopartículas da proteína Spike (S) do vírus recombinante SARSCoV-2 rS ou uma parte dessa proteína denominada de domínio de ligação ao receptor (RDB). Os fragmentos do vírus desencadeiam uma resposta imune sem expor o corpo ao vírus inteiro. Tecnologia já licenciada e utilizada em outras vacinas em uso em larga escala. Requer adjuvantes para indução da resposta imune. As vacinas Covid 19 que utilizam esta tecnologia em fase III são a vacina da Novavax, que utiliza como adjuvante a Matriz-M1™, e a vacina desenvolvida pela “AnhuiZhifeiLongcomBiopharmaceutical” e o “InstituteofMicrobiology, Chinese AcademyofSciences”.

Existem ainda cerca de 40 outras vacinas em estudos clínicos de fase I/II, além de mais de uma centena de projetos em estudos pré-clínicos, o que coloca a possibilidade de haver desenvolvimento de vacinas de 2ª e de 3ª geração, muito mais potentes, com mínimo de reações adversas e conferindo proteção mais longeva.

.

Vacinas COVID-19 em uso no Brasil:

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

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

É uma vacina contendo antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2. Cada dose de 0,5 mL contem 600 SU do antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2 Aprovada em 19/01/2020 para uso emergencial no Brasil pela ANVISA. Os estudos de soroconversão da vacina adsorvida covid-19 (Inativada), demonstraram resultados superiores a 92% nos participantes que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 14 dias e mais do que 97% em 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 a 4 semanas. Para prevenção de casos sintomáticos de covid19 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. Em julho de 2011, a Diretoria Colegiada da ANVISA avaliou o pedido de ampliação do uso emergencial da CoronaVac para a população acima de três anos de idade, após análise deliberou-se pela não aprovação nesta faixa estaria. **Este imunizante não está autorizado pela ANVISA para uso em população abaixo de 18 anos.**

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. Cada dose de 0,5 mLcontém 5 × 1010 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. Os estudos de soroconversão da vacina covid-19 (recombinante) demonstraram resultados em ≥ 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. Conforme a bula, atualizada pela ANVISA em setembro de 2021, o esquema vacinal primário com a vacina covid-19 (recombinante) consiste de duas doses 24 separadas de 0,5 mL cada. A segunda dose deve ser administrada entre 4 e 12 semanas após a primeira dose (vide seçãoCaracterísticasFarmacológicas).

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

Em reuniões realizadas no âmbito da Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis, o Programa Nacional de Imunizações optou por adotar o esquema de duas doses da vacina COVID-19 AstraZeneca com intervalo de12 semanas. Entretanto, diante da atualização dos dados epidemiológicos que apontam para uma maior disseminação da variante delta em muitas cidades brasileiras e da disponibilidade de doses suficientes do imunizante, o PNO revisou as suas recomendações e passou a adotar o intervalo de 8 semanas entre a primeira e segunda dose da vacina AstraZeneca a partir do dia 05 de outubro de 2021. Este imunizante não está aprovado para uso em indivíduos abaixo de 18 anos.

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. Reanalisando dados desses estudos, a eficácia após duas semanas da primeira dose e antes da segunda dose foi de 92,6% (69,0%-98,3%). De acordo com a bula do imunizante atualizada para administração em população acima de 12 anos, em uma análise do Estudo 2 realizada em adolescentes de 12 a 15 anos de idade sem evidência de infecção anterior, não houve casos em 1.005 participantes que receberam a vacina e 16 casos de 978 que receberam placebo. A estimativa pontual de eficácia é de 100% (intervalo de confiança de 95% 75,3, 100,0). Nos participantes com ou sem evidência de infecção anterior, houve 0 casos em 1119 que

receberam a vacina e 18 casos em 1110 participantes que receberam placebo. Isso também indica que a estimativa pontual para eficácia é de 100% (intervalo de confiança de 95% 78,1, 100,0). No Estudo 2, uma análise dos títulos neutralizantes de SARS-CoV-2 1 mêsapós a Dose 2 foi realizada em um subgrupo de participantes selecionados aleatoriamente que não tinham evidênciassorológicas ou virológicas de infecção anterior por SARS CoV-2 até 1 mêsapós a Dose 2, comparando a resposta entre adolescentes de 12 a 15 anos de idade (n = 190) com participantes de 16 a 25 anos de idade (n = 170).

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 versus 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 optou por, naquele momento, adotar o esquema de duas doses da vacina COVID-19 Pfizer/Wyeth com intervalo de12 semanas. Entretanto, diante da atualização dos dados epidemiológicos que apontam para uma maior disseminação da variante delta em muitas cidades brasileiras e da disponibilidade de doses suficientes do imunizante, o PNO revisou as suas recomendações e passou a adotar o intervalo de 8 semanas entre a primeira e segunda dose da vacina Pfizer. Ressalta-se que tal recomendação está em consonância com a estratégia adotada em outros países e se aproxima da recomendação original do fabricante. Ressalta-se que tal recomendação está em consonância com a estratégia adotada em outros países como os programas do Reino Unido e Canadá. De acordo com

a bula do fabricante o esquema vacinal primário completo se dará com duas doses, com intervalo de 3 a 12 semanas com o mesmo imunizante, não havendo dados disponíveis sobre a intercambialidade de ComirnatyTM com outras vacinas contra COVID-19, assim para completar a série de vacinação. Os indivíduos que tenham recebido uma dose de ComirnatyTM devem receber uma segunda dose de 27 ComirnatyTM para completar a série de vacinação.

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 SARSCoV-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 ≥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**). Esse imunizante não tem aprovação pela ANVISA para uso em população abaixo de 18 anos.**

Administração simultânea com outras vacinas (coadministração)

Nenhuma das vacinas contra a COVID-19 aprovadas atualmente são de vírus vivo atenuado e, portanto, é improvável que a administração simultânea com as demais vacinas do calendário vacinal incorra em redução da resposta imune ou risco aumentado de eventos adversos. Alguns países como Estados Unidos e Nova Zelândia, adotaram a recomendação de que não há necessidade de intervalos entre as vacinas COVID-19 atualmente disponíveis e outras vacinas. Em consonância com as recomendações de outros países e devido ao melhor conhecimento e experiência adquiridos até o momento em relação às vacinas em utilização no Brasil, o intervalo de 14 dias preconizado anteriormente entre vacinas contra covid-19 e outras vacinas não será necessário. Desta forma as vacinas covid-19 poderão ser administradas de maneira simultânea com as demais vacinas ou em qualquer intervalo.

Tal medida será uma importante estratégia na campanha de multivacinação que se aproxima, pois contribuirá para uma menor perda de oportunidade vacinal e consequentemente para melhores coberturas das vacinas contempladas no Calendário

Nacional de Vacinação. A administração de múltiplas vacinas em apenas uma visita amplia as chances de se ter um cartão de vacinação atualizado permitindo aumentar as coberturas vacinais e otimizando o uso de recursos públicos. Esta recomendação se estende a administração de imunoglobulinas e/ou anticorpos monoclonais bem como soros heterólogos, à exceção de pacientes que tiveram covid-19 e utilizaram como parte de seu tratamento anticorpos monoclonais específicos contra o SARS-CoV-2, plasma convalescente ou imunoglobulina específica contra o SARS-CoV-2, devem, preferencialmente, aguardar um intervalo de 90 dias para receber uma dose de vacina COVID-19. Para melhor detalhamento, consultar a NOTA TÉCNICA Nº 1203/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS sobre as atualizações das orientações referentes a co-administração das vacinas covid-19 e as demais vacinas do calendário vacinal.

Administração de dose de reforço e dose adicional contra a Covid-19.

De acordo com a Nota Técnica nº 43/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS o avanço da vacinação contra a Covid-19 no Brasil, permitiu alcançar notáveis ganhos em saúde pública, reduzindo de maneira significativa a ocorrência de casos graves e óbitos pela Covid-19. Neste momento, a vacinação em toda população adulta ocorre de maneira acelerada, no entanto, há de se reconsiderar as estratégias de vacinação em determinados grupos de maior vulnerabilidade, visto que está sendo observado um incremento da morbimortalidade nas últimas semanas nestes grupos. A NT considerou a elevada cobertura vacinal com 2 doses na população idosa, e que os idosos acima de 70 anos continuam sendo os mais acometidos pelas formas graves da Covid-19 com indícios de ascensão nas taxas de hospitalizações desta população. Tanto os idosos quanto os indivíduos com alto grau de imunossupressão apresentaram menor proteção pelo esquema padrão da vacinação aos mais diversos tipos de imunizantes.

Logo, a Câmara Técnica após ampla discussão, optou por adotar a administração, a partir do dia 15 de setembro de 2021, de uma dose de reforço da vacina para todos os idosos acima de 70 anos.

Em sequência, foi emitida a Nota Técnica 48/2021- SECOVID/GAB/SECOVID/MS que, a partir do dia 28 de setembro, também se iniciou a vacinação de dose de reforço para a população entre 60 e 69 anos. Nesse contexto, os trabalhadores de saúde foram os

primeiros a se vacinarem e existe uma tendência a redução da efetividade das vacinas contra a covid-19 com o passar do tempo, notadamente a partir do sexto mês após o esquema vacinal primário completo, conforme demonstrado nos estudos científicos em referência, bem como por ser um grupo de maior exposição. Considerando a possibilidade de amplificação da resposta imune com doses adicionais de vacinas Covid-19, bem como a necessidade de adequação do esquema vacinal nesses indivíduos devido à sua maior exposição a covid-19 e consequentemente maior risco de adoecimento, absenteísmo e complicações da doença, o Ministério da Saúde, após ampla discussão na Câmara Técnica em Imunização da Covid- 19 (CTAI COVID-19), realizada em 24 de setembro de 2021, conforme previsto na Nota Técnica 47/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, optou por adotar, a partir do 28 de setembro de 2021, a administração de 1 (uma) dose de reforço da vacina para todos os trabalhadores da saúde, que deverá ser administrada 6 meses após a última dose do esquema vacinal primário (segunda dose ou dose única), independente do imunizante aplicado. A vacina a ser utilizada para a dose de reforço deverá ser, preferencialmente, da plataforma de RNA mensageiro (Pfizer/Wyeth) ou, de maneira alternativa, vacina de vetor viral (Janssen ou AstraZeneca). Os estudantes de graduação e pós-graduação das profissões de saúde, que estejam em atividade de exposição ao Coronavírus em razão de estágios curriculares e outras modalidades de prática acadêmica também serão incluídos para receberem a dose de reforço. A Dose Adicional para se completar o esquema vacinal primário está indicada aos pacientes com alto grau de imunossupressão, dessa forma conforme a Nota Técnica nº 43/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, a dose será aplicada na população, a partir do dia 15 de setembro, com imunodeficiênciaprimária grave; Quimioterapia para câncer; Transplantados de órgãosólido ou de células tronco hematopoié cas (TCTH) uso de drogas imunossupressora; Pessoas vivendo com HIV/AID; Uso de corticóides em doses ≥20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, ≥14 dias; Uso de drogas 32 modificadoras da resposta imune; doenças auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias; Pacientes em hemodiálise; Pacientes com doençasimunomediadasinflamatóriascrônicas Para os indivíduos com alto grau de imunossupressão o intervalo para a dose de reforço deverá ser de 28 dias após a última dose do esquema primário. A vacina a ser utilizada para a dose adicional deverá ser,

preferencialmente, da plataforma de RNA mensageiro (Pfizer/Wyeth) ou, de maneira alternativa, vacina de vetor viral (Janssen ou AstraZeneca) .

Informações sobre as novas variantes:

Desde a caracterização genômica inicial do vírus SARS-CoV-2, observou-se que este vírus se divide em diferentes grupos genéticos ou clados, e quando ocorrem mutações específicas, estas podem estabelecer uma nova linhagem (ou grupo genético) do vírus em circulação. É comum ocorrer vários processos de microevolução e pressões de seleção do vírus, no qual pode haver algumas mutações adicionais e, em função disso, gerar diferenças dentro daquela linhagem. Quando isso acontece, caracteriza-se como uma nova variante daquele vírus e, quando as mutações ocasionam alterações relevantes clínico-epidemiológicas, como maior gravidade e maior potencial de infectividade, essa variante é classificada como VOC, em inglês, variantofconcern, em português traduzido para variante de atenção e/ou preocupação.

A OMS estabeleceu critérios para o monitoramento das principais variantes da SARS-CoV-2 e as classificaram entre variantes de interesse ou variantofinterest (VOI), e variantes de preocupação ou variantofconcern (VOC) .

Estas variantes de preocupação (VOC) são consideradas preocupantes devido às mutações que podem conduzir ao aumento da transmissibilidade e ao agravamento da situação epidemiológica nas áreas onde forem identificadas. Em colaboração com os especialistas de sua rede de instituições e pesquisas no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia rotineiramente as variantes do vírus SARS-CoV-2. Com essas análises de sequenciamento genômico é observado principalmente, se o comportamento das novas variantes resultou em mudanças na transmissibilidade, na clínica da doença, na gravidade e na resposta vacinal. Algumas alterações podem implicar em mudanças na tomada de decisão, das autoridades nacionais, no que tange a implementação de novas medidas de prevenção e controle da doença. Uma vigilância genômica estabelecida e oportuna, colabora no fortalecimento de tais orientações, e com o atual cenário pandêmico, essa é uma ferramenta orientadora para a tomada de decisão dos gestores.

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

Desde 30 de dezembro de 2020, a partir da detecção do primeiro caso suspeito de VOC no Brasil, o Ministério da Saúde tem intensificado a vigilância laboratorial com o propósito de verificar as linhagens circulantes para minimizar a rápidadisseminação na população. Medidas de testagem e ampliação de capacidade laboratorial para realização de sequenciamento genético tem sido adotada, além de reforço do processo de notificação, investigação, rastreamento e monitoramento de contatos. Foram detectadas as quatro VOC reconhecidas pela OMS, sendo 9.624 casos confirmados para VOC Delta, representando 31,58% das VOC registradas. Até 03 de outubro de 2021, 30.471 registros variantes de preocupação (VOC) para SARS- CoV-2 foram notificados sendo: 20.393 da VOC Gama, 450 da VOC Alfa, 9.624 casos da VOC Delta e 04 casos da VOC Beta. A VOC Gama corresponde 66,93% das VOC notificadas. Os dados notificados até o momento, apresentam a identificação da VOC Delta em 25 UF: Bahia, Rio de Janeiro, Distrito Federal, São Paulo, Paraná, Maranhão, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Goiás, Pernambuco, Minas Gerais, Pará, Ceará, Alagoas, Espírito Santo, Tocantins, Amazonas, Amapá, Paraíba, Rio Grande do Norte, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Sergipe, Acre e Roraima. Os casos foram identificados durante a rotina da vigilância genômica e estão em investigação. Foram identificados 157 óbitos pela VOC Delta em território nacional até a presente data. Os óbitosestãodistribuídos no Maranhão (01), Paraná (44), Rio de Janeiro (45), Distrito Federal (09), Goiás (03), Pernambuco (02), Santa Catarina (02), Rio Grande do Sul (27), Bahia (02), Minas Gerais (09), Ceará (03), Paraíba (08) e Rio Grande do Norte (02) Percebe-se, um incremento importante e contínuo nos registros dos casos de VOC, o que está diretamente relacionado ao fortalecimento da capacidade laboratorial e metodológica da rede de referência para vírus respiratório do Ministério da Saúde (Fiocruz/RJ, IEC/PA, AL/SP e Lacen). No qual se tem o sequenciamento de amostras do vírus SARS-CoV-2, que além de se dar o diagnóstico na rotina, também capacita equipes para apoiar a rede de laboratórios que estão atuando neste cenário pandêmico. **Esses dados estão acessíveis em: https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/agosto/20/boletim_epidemiologico_covid_76-final20ago.pdf**

OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO:

Objetivos da Vacinação e Grupos Prioritários:

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

Considerando a transmissibilidade da covid-19 (R0 entre 2,5 e 3), cerca de 60 a 70% da população precisaria estar imune (assumindo uma população com interação homogênea) para interromper cadeias da circulação do vírus. Desta forma, seria necessária a vacinação de 85% ou mais da população para redução considerável da doença, a depender da efetividade da vacina em prevenir a transmissão. Portanto, em um momento inicial, no qual não existe ampla disponibilidade da vacina no mercado mundial, o objetivo principal da vacinação passa a ser focado em reduzir a morbimortalidade causada pela covid-19, bem como, proteger a força de trabalho para manutenção do funcionamento dos serviços de saúde e dos serviços essenciais.

Considerando o exposto na análise dos grupos de risco (item 1 deste documento) e tendo em vista o objetivo principal da vacinação contra a covid-19, foi definido como prioridade a preservação do funcionamento dos serviços de saúde; a proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolver formas graves da doença; a proteção dos demais indivíduos vulneráveis aos maiores impactos da pandemia; seguido da preservação do funcionamento dos serviços essenciais.

Com a conclusão da primeira dose aos grupos prioritários, em 30 de julho de 2021, a partir da trigésima quarta a pauta de distribuição deu-se início à distribuição de vacinas para ampliação da vacinação da população geral (18 a 59 anos), de forma escalonada e por faixas etárias decrescentes, até o atendimento total da população brasileira com 18 anos e mais, data prevista de ocorrer no dia 15 de setembro pretérito. E, tendo em vista a dinâmica que uma campanha dessa magnitude exige e considerando a introdução de novas e diferentes vacinas, na 9ª edição, o PNI retoma as orientações da vacinação em gestantes e puérperas independentemente de 35 condições de riscos adicionais. Considerando o risco aumentado para desenvolver formas graves de covid-19 de gestantes e puérperas até 45 dias após o parto, bem como das complicações obstétricas decorrentes da doença e ainda, a elevada mortalidade materna pela covid-19 no país, conforme NOTA TÉCNICA Nº 2/2021- SECOVI/GAB/SECOVID/MS.

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

Estimativa populacional para a Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19 - 2021 e ordenamento dos grupos prioritários*

Grupos	População Estimada
População de 05 a 11 anos	**3106**
população de 12 a 17 anos	**2541**
população de 18 a 49 anos	**9245**
população de 50 a 59 anos	**1666**
população de 60 a 64 anos	**877**
população de 65 a 69 anos	**759**
população de 70 a 74 anos	**639**
população 75 a 79 anos	**446**
população 80 a 84 anos	**303**
população de 85 anos a mais	**335**
trabalhadores da saude	**410**
trabalhadores da educação	**348**
trabalhadores da industria	**211**
trabalhadores limpeza urbana	**21**
caminhoneiros e loteiros	**150**
gestantes epuerperas	**279**
Comorbidades e pessoas com deficiencia	**2500**
quilombolas	**151**
TOTAL	

Considerando a transmissibilidade da covid-19 (R0 entre 2,5 e 3), cerca de 60 a 70% da população precisaria estar imune (assumindo uma população com interação homogênea) para interromper cadeias da circulação do vírus. Desta forma, seria necessária a vacinação de 85% ou mais da população para redução considerável da doença, a depender da efetividade da vacina em prevenir a transmissão. Portanto, em um momento inicial, no qual não existe ampla disponibilidade da vacina no mercado mundial, o objetivo principal da vacinação passa a ser focado em reduzir a morbimortalidade causada pela covid-19, bem como, proteger a força de trabalho para manutenção do funcionamento dos serviços de saúde e dos serviços essenciais.

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

Grupos Prioritários a serem vacinados :

O plano de vacinação foi desenvolvido seguindo as orientações do Programa Nacional de Imunizações com apoio técnico-científico de especialistas na Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis (Portaria GAB/SVS n° 28 de 03 de setembro de 2020), pautado também nas recomendações do SAGE - Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (em inglês, StrategicAdvisorGroupof Experts onImmunization) da OMS. Considerando o exposto na análise dos grupos de risco (item 1 deste documento) e tendo em vista o objetivo principal da vacinação contra a covid-19, foi definido como prioridade a preservação do funcionamento dos serviços de saúde; a proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolver formas graves da doença; a proteção dos demais indivíduos vulneráveis aos maiores impactos da pandemia; seguido da preservação do funcionamento dos serviços essenciais. Com a conclusão da primeira dose aos grupos prioritários, a partir da trigésima quarta a pauta de distribuição deu-se início à distribuição de vacinas para ampliação da vacinação da população geral (18 a 59 anos), de forma escalonada e por faixas etárias decrescentes, ate conseguir atender a população com 18 anos e mais.

.

Observação:**Estas fases poderão ser alteradas de acordo novas determinações no PNI.**

Após a vacinação dos grupos prioritários e conforme recomendação do PNI, a indicação para outros grupos e faixas etárias, ocorreram de forma gradativamente até que toda a população esteja contemplada, garantindo-se uma proteção efetiva para os residentes no município, de acordo critério de vacinação.

Vacinação por faixas etárias decrescente até 18 anos:

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO.

6.1 Gestão.

Esta ação envolve as três esferas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), contando com recursos da União, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), em consonância com aLei nº 6.259/1975, que estabelece as diretrizes e responsabilidades para a execução das ações de vigilância em saúde, entre as quais se incluem as de vacinação.

Portanto, este plano agrega atores político institucionais relevantes à implementação das ações no território, a exemplo dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS),Vigilância Epidemiológica, Atenção Básica, comunicação e outros setores da gestão municipal, além do controle socialpor meio do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

6.2 Planejamento das Ações

O detalhamento da organização a partir da programação local será fundamental para alcançar o público-alvo da vacinaçãodimensionandoa ampliação de recursos humanos, materiais e físicos, bem como a ampliação do número de pontos estratégicos específicos para vacinação contra COVID-19, viabilizando o aumento da capacidade logística e de atendimento, visando atingir a meta de vacinação no prazo estabelecido.

A vacinação contra a Covid-19 pode exigir diferentes estratégias, devido à possibilidade da oferta de diferentes vacinas, para diferentes faixas etárias/grupos e considerando a realidade de cada município.

Na elaboração das micro programações locais devem ser consideradas os seguintes aspectos para definição das estratégias de vacinação:

- Vacinação de trabalhadores de saúde: exigio trabalho conjunto entre Atenção Primária à Saúde e Urgência e Emergência, principalmente para aqueles que atuam em unidades exclusivas para atendimento da covid-19;
- Vacinação de idosos do grupo acima de 85 anos realizamos e nas unidades de saúde da família em pontos estrategicosecasa a casa será uma estratégia em resposta àqueles que têm mobilidade limitada ou que

estejam acamados, as outras faixas que surgiram optamos por realizar tantos nas unidades como em postos estratégicos de fácil acesso a essa população:quadra poliesportiva e auditório do psf da COHAB.

- 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).
- Profissionais da saúde de instituições particulares ,foram vacinados , a medida que foram disponibilizadas vacinas para esse setor.

As fases foram e estão sendo executadas conforme cronograma de liberação das vacinas. As segundas doses estão sendo ser realizadas, respeitando-se o intervalo mínimo recomendado pelo fabricante das vacinas a serem utilizadas e programação a ser divulgada posteriormente pelo Ministério da Saúde.

O município participou das capacitações através de lives realizadas pela IV geres localdirecionadas às novas tecnologias que venham a ser incorporadas à Rede, bem como acerca de processos de trabalho, considerando a possibilidade do uso de diversas estratégias para garantia da vacinação e repassará as orientações técnicas da campanha com vistas a preparação das equipes municipais que atuarão no planejamento e execução da campanha de vacinação.

Rede de Frio e Logística de Distribuição

09 unidades de saúde da família

01 central de distribuição e armazenamento de vacinas,que temos uma técnica de nível médio responsável pelo sala.

10 salas de imunização.

02 pontos descentralizados de vacinação: quadra poliesportiva e auditório do psf da cohab

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

7.SISTEMA DE INFORMAÇÂO PARA REGISTRO DE DOSES APLICADAS

Os sistemas de informação na operacionalização da campanha de vacinação têm como objetivo o monitoramento e avaliação dos dados relativos à vacina e aos usuários, desde a logística dos insumos até a administração, farmacovigilância e estudos pós-marketing.

Considerando a necessidade e a urgência de estabelecer uma estratégia adequada de vacinação contra Covid-19, definiu-se a necessidade do desenvolvimento de um módulo específico (que está sendo desenvolvido pelo MS) para registro de vacinação contra Covid-19. Esse módulo contempla as seguintes funcionalidades: (1) Registro de vacinados; (2) Controle da distribuição de vacinas; (3) Monitoramento dos Eventos Adversos Pós-vacinação; (4) Painel de visualização de informações para gestores, técnicos e público geral.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 197, de 26 de dezembro de 2017, publicada no DOU nº 248, de 28 de dezembro de 2017, compete aos serviços de vacinação registrar as informações referentes às vacinas no sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. Essa atividade está em acordo com o Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei, nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e do Programa Nacional de Imunizações.

Em cumprimento aos dispositivos legais, todos os estabelecimentos de saúde, públicos e particulares, que realizarem vacinação contra a Covid-19, deverão registrar os dados no Módulo Covid-19 do Sistema de Informação do PNI (SIPNI), desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

Para realização do registro de vacinados no Módulo Covid-19, os operadores efetuarão o cadastro prévio no Sistema de Cadastro de Permissão de Acesso (SCPA) e os vacinadores estarão vinculados aos respectivos estabelecimentos de saúde que realizarão a vacinação.

Ressalta-se que, mesmo os operadores de sistemas e vacinadores já cadastrados no e-SUS AB e no SIPNI atual, deverão realizar novo cadastro no SCPA. As clínicas particulares de vacinação deverão entrar em contato com os administradores do SCPA e

do sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nos municípios, para regularizarem o cadastro, objetivando o registro de vacinados no módulo Covid-19.

Nos estabelecimentos de saúde sem conectividade na internet, será utilizado o módulo de coleta de dados simplificado (CDS) da Secretaria de Atenção Primária (SAPS/MS) para registros de doses de vacinas aplicadas durante a Campanha de Vacinação contra Covid-19.

Os serviços de vacinação públicos e privados que utilizam sistemas de informação próprios deverão fazer a transferência dos dados de vacinação contra Covid-19 para base nacional de imunização, por meio de Webservice do SIPNI/RNDS, conforme o modelo de dados disponibilizado e as orientações do Ministério da Saúde.

O município participou do treinamento e cadastro dos usuários no sistema SCPA,TIVEMOS ORIENTAÇOES VIA REUNIAO ATRAVÉS DE LIVE.

Para a campanha municipal de vacinação contra a covid-19, o registro da movimentação das vacinas recebidas e das doses aplicadas serão feitas no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) - módulo campanha.

O E-SUS notifica é utilizado amplamente para o registro de casos de Síndrome Gripal (SG) e, também, será utilizado para o registro de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV).Para os locais sem conectividade, será utilizada a versão para Coleta de Dados Simplificada (CDS) do e-SUS AB.Adicionalmente, o sistema informatizado NOTIVISA será aplicado para os registros e monitoramento de queixas técnicas relacionadas à vacina Covid-19.

FARMACOVIGILÂNCIA

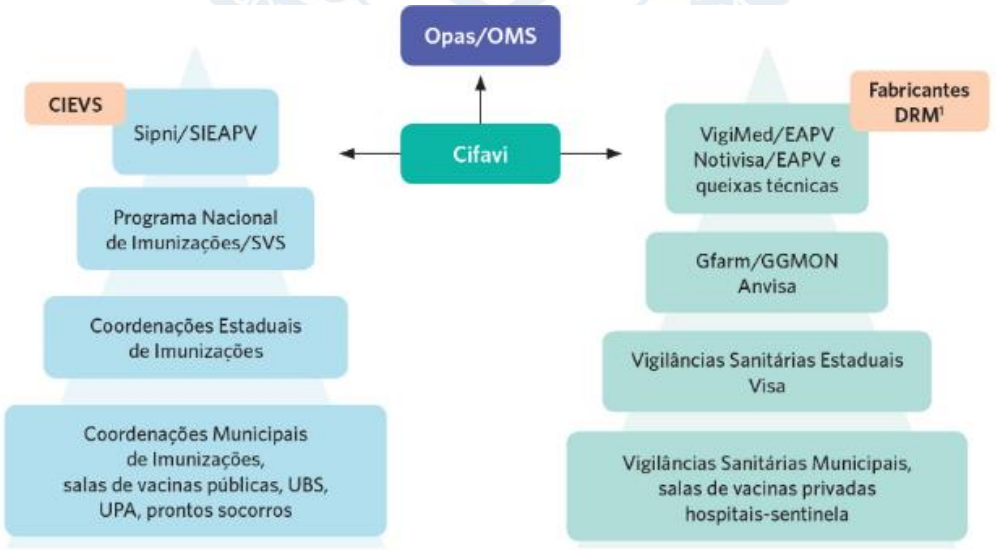
Segundo o Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos pós-Vacinais (2020), um Evento Adverso Pós Vacinal (EAPV) é qualquer ocorrência médica indesejada após vacinação, não possuindo necessariamente uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico.

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

Considerando que serão introduzidas novas vacinas, utilizando tecnologias de produção inovadoras e que serão administradas em grande número de pessoas é esperado um aumento no número de notificações de eventos adversos. Dessa forma, o sistema de vigilância epidemiológica dos eventos adversos deve estar fortalecido e atuante para pronta investigação e análise, sendo necessária atuação integrada dos estabelecimentos de saúde, coordenações municipais e envio de informações para a Coordenação Estadual de Imunização – CIVED/DIVEPI.

Para nortear o processo de análise, o Ministério da Saúde elaborou Protocolo de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos (VEAPV), acordado entre a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e a ANVISA, que servirá de referência para a vigilância dos eventos adversos pós vacinação COVID-19 com os demais protocolos já existentes. Conforme o referido protocolo, será objetivo de vigilância todos os grupos de pessoas que forem vacinadas, independentemente de serem grupos de risco, sexo ou faixa etária, se na rede pública ou privada de saúde.

Os eventos adversosgraves (EAG) deverão ser comunicados pelos profissionais de saúde dentro das primeiras 24 horas de sua ocorrência, do nível local até o nacional seguindo o fluxo determinado pelo Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação - SNVEAPV , conforme Figura a seguir:



Fonte: CGPNI/SVS/MS e Gfarm/GGMON/Anvisa.
[1]DRM – Detentores de Registro de Medicamentos

Figura 1 – Fluxo de informação de suspeita de EAPV, Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Adversos Pós Vacinação (SNVEAPV).

O sistema de vigilância deve ser sensível e atuar de forma a dar respostas rápidas à comunidade. Para que isso ocorra é necessário que profissionais de saúde estejam capacitados para atuar de forma segura no sistema de vigilância dos EAPV. Essa atuação compreende:

- Detecção, notificação e busca ativa dos eventos adversos;
- Investigação imediata dos eventos ocorridos (exames clínicos e outros exames complementares ao diagnóstico);
- Classificação final dos EAPV

Deve ser dada atenção especial e busca ativa a notificação de eventos graves, raros e inusitados, óbitos súbitos e inesperados, erros de imunização, além dos Eventos Adverso de Interesse Especial (EAIE), que estão descritos no Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós Vacinação e os que não constam no Manual estão descritos no Protocolo.

Nesse sentido, as unidades e equipes de vacinação devem ser orientados a identificar possíveis EAPV, a prestar o atendimento inicial e acionar imediatamente o SAMU, caso necessário, para o adequado atendimento pré-hospitalar e transferência para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mais próxima. Havendo necessidade de internação, os Hospitais de Referência do território devem ser acionados pela Central de Regulação a fim de viabilizar o atendimento da forma mais eficaz possível.

9.GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS RESULTANTES DA VACINAÇÃO

O gerenciamento dos resíduos resultantes da vacinação contra COVID-19 deve estar em conformidade com o estabelecido na RDC nº 222 de 28 de março de 2018 e na Resolução Conama nº 358 de 29 de abril de 2005, as quais dispõem, respectivamente, sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde (RSS).

10.COMUNICAÇAO E AGENDAMENTO.

A comunicação será de fácil entendimento, com o objetivo de quebrar crenças negativas contra a vacina, alcançando assim osresultados e metas almejadas.

A campanha de combate ao coronavírus tem como objetivo: informar, educar, orientar, mobilizar, prevenir ou alertar a população, gerando consenso popular positivo em relação a importância da vacinação, contribuindo para adesão à campanha, a fim de reduzir a morbidade e mortalidade pela Covid-19, bem como para a redução da transmissão da doença. Citam-se, ainda, como objetivos, o combateàs*fakenews*e o reforço a adesão do Conecte SUS.

Mensagens chaves: A vacina protege contra o COVID-19. Estão sendo utilizadas vacinas de diferentes laboratórios para que todas as pessoas possam ficar protegidas e para que ninguém fique sem a vacina. Todas as vacinas aprovadas pela ANVISA têm eficácia comprovada e são seguras.

Será realizada ampla divulgação nos meios de comunicação no âmbito municipal por meio das redes sociais, jornais, programas de rádio.

OBS:O AGENDAMENTO DAS PRIMEIRAS DOSES SÃO REALIZADAS ATRAVES DA PLATAFORMA IMUNIZA .

11.MONITORAMENTO SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO

Este plano está sujeito a revisão para fins de atualização e/ou revisão das ações, haja vista a dinamicidade do cenário social e epidemiológico e as possíveis mudanças nos estudos das vacinas, podendo exigir alterações ao longo do processo. Reitera-se que algumas ações preparatórias para a campanha de vacinação contra o COVID-19 já se iniciaram em 2020, sendo assim, o monitoramento do plano executivo, bem como a supervisão e avaliação serão 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.

O monitoramento está dividido em três blocos, a saber: 1. Avaliação e identificação da estrutura existente na rede; 2. Processos; 3. Indicadores de intervenção, em

consonância com o Plano Estadual de Vacinação para o COVID-19.Para cada um dos três blocos estão definidos indicadores de monitoramento e intervenção. Os resultados desses indicadores (Apêndice 1) serão avaliados pela equipe gestora e compartilhados e debatidos com o conjunto de atores que integram a arena política decisória das ações de imunização no município, com vistas a adotar as medidas cabíveis.

A supervisão e avaliação devem permear todo o processo com responsabilidades compartilhadas entre os gestores municipais, estaduais e federal. Tais processos apoiarão nas respostas necessárias para a correta execução da intervenção.

Está prevista a avaliação final de todas as fases do processo, do planejamento à execução do Plano após a intervenção,com descrição dos resultados esperados e alcançados, identificando-se as fortalezas e fragilidades do Plano Operativo e da intervenção proposta.

12.**Detalhamento do Orçamento para operacionalização do programa de imunização:**

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CUPIRA
AV. ETELVINO LINS S/N
11472475/0001-05 Exercício: 2021
LISTAGEM DAS FICHAS DA DESPESA
SITUAÇÃO ATÉ 11/11/2021

Page 2

Entid. / Ficha	CLoc / F.R.	Func/Prog / C.A.	Catgo / Descrição C.A.	Especificação	Dotac Inicial / Empenhado / Saldo Reserva	Alter (+)	Alter (-)	Dotação / Saldo / Saldo Com Reserva
3				FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE				
30				ENTIDADE SUPERVISIONADA				
30 03				FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE -FMS				
300301				FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE				
	10			SAÚDE				
	10	122		ADMINISTRAÇÃO GERAL				
	10	122	1010	AMPLIAÇÃO DA REDE FÍSICA DE SAÚDE				
	10	122	1010 1058 0000	AQUISIÇÃO DE MAQUINAS PESADAS				
					0,00			0,00
	10	122	1014	PROGRAMA COMBATE AO CORONAVÍRUS (COVID-19)				
	10	122	1014 2196 0000	MANUTENÇÃO DAS AÇÕES DE COMBATE À PANDEMIA (COVID-19)				
017		3.1.90.04.00		CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO	1.000,00	88.700,00	0,00	89.700,00
	0.01.04	001.004		RECURSOS PROPRIOS SAÚDE	89.602,65			97,35
					0,00			97,35
018		3.3.90.30.00		MATERIAL DE CONSUMO	2.000,00	0,00	0,00	2.000,00
	0.01.04	001.004		RECURSOS PROPRIOS SAÚDE	812,82			1.187,18
					0,00			1.187,18
019		3.3.90.30.00		MATERIAL DE CONSUMO	10.000,00	12.200,00	-14.100,00	8.100,00
	0.02.04	312.002		RECURSOS DO ESTADO	7.500,00			600,00
					0,00			600,00
020		3.3.90.30.00		MATERIAL DE CONSUMO	50.000,00	371.000,00	-96.000,00	325.000,00
	0.05.04	312.004		RECURSO FEDERAL	300.530,21			24.469,79
					0,00			24.469,79
021		3.3.90.32.00		Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuit	10.000,00	0,00	-10.000,00	0,00
	0.01.04	001.004		RECURSOS PROPRIOS SAÚDE	0,00			0,00
					0,00			0,00
022		3.3.90.32.00		Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuit	2.000,00	37.000,00	-39.000,00	0,00
	0.02.04	312.002		RECURSOS DO ESTADO	0,00			0,00
					0,00			0,00
023		3.3.90.32.00		Material, Bem ou Serviço para Distribuição Gratuit	25.000,00	0,00	-19.000,00	6.000,00
	0.05.04	312.004		RECURSO FEDERAL	5.032,00			968,00
					0,00			968,00
024		3.3.90.36.00		OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA	1.000,00	0,00	-1.000,00	0,00
	0.01.04	001.004		RECURSOS PROPRIOS SAÚDE	0,00			0,00
					0,00			0,00
025		3.3.90.36.00		OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA	3.000,00	0,00	-3.000,00	0,00
	0.02.04	312.002		RECURSOS DO ESTADO	0,00			0,00
					0,00			0,00
026		3.3.90.36.00		OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA	5.000,00	0,00	0,00	5.000,00
	0.05.04	312.004		RECURSO FEDERAL	3.500,00			1.500,00
					0,00			1.500,00
027		3.3.90.39.00		OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDIC	1.000,00	38.275,00	0,00	39.275,00
	0.01.04	001.004		RECURSOS PROPRIOS SAÚDE	38.375,00			900,00
					0,00			900,00
028		3.3.90.39.00		OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDIC	5.000,00	0,00	0,00	5.000,00
	0.02.04	312.002		RECURSOS DO ESTADO	2.025,00			2.975,00
					0,00			2.975,00
029		3.3.90.39.00		OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDIC	140.000,00	298.735,75	-115.600,00	323.135,75
	0.05.04	312.004		RECURSO FEDERAL	323.054,75			81,00
					0,00			81,00

12 REFERÊNCIAS

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19.** Brasília, DF, 16/12/2020. 1ª Ed. .Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações**, 5. ed. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019**. Brasília, 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatistica. **População estimada em 2020**. Disponivel em: https://www.ibge.gov.br/

Adriana Sandra da Silva

Secretária Municipal de Saúde de Cupira

Técnicos Responsáveis pela Adequação do Plano

Ângela Monica Almeida de Sousa

Gelciane Felix da Silva

APÊNDICES

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

APÊNDICE I - Informações necessárias para construção de indicadores para monitoramento

Dados necessários	
Internações hospitalares SRAG*	Por habitante intramunicipal. Por setor censitário ou outra forma de agregação.
Mortalidade por grupos de causas*	N° óbito SRAG, por causas, por municípios.
População-alvo a ser vacinada	N° pessoas por grupo-alvo, por tipo, por instância de gestão.
Casos confirmados	N° Casos confirmados por faixa etária e por município.
Capacidade de armazenamento das vacinas nas instâncias de gestão	Capacidade de armazenamento.
Necessidade de vacinas	N° de doses de vacinas.
Necessidade de seringas	N° de doses de vacinas, por tipo, disponíveis.
RH necessários (capacitados e disponíveis)	N° RH capacitado por município.
Salas de vacina	N° sala de vacinação existente por município.
Equipes fixas e móveis (vacinação intra e extramuros)	N° de equipes fixas e móveis existente por município
Vigilância de Eventos Adversos pós vacinação	N° de pessoas existentes e capacitadas por instância. N° de serviços de referência para entendimento por instância.
Sala de vacina com equipamentos de informática (Computadores) disponíveis	N° de sala de vacinação com equipamento de informática (computadores) por município.
Estudos de efetividade planejados	Nº estudos de efetividades planejados.

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

APÊNDICE II – Indicadores de Intervenção

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	N° 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	N° de doses disponíveis por instância de gestão.
Taxa de abandono de vacinas	N° de primeiras e de segunda doses por instância de gestão.
Notificação de EAPV	N° casos EA PV. Pop-alvo. Por faixa etária. Critério de gravidade - Investigado/encerrado com decisão de nexo causal por instância de gestão.
Boletins informativos	N° boletins informativos produzidos e publicados.

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

APÊNDICE III – Competências dos entes federativos

Ministério da Saúde

- Realizar a aquisição das vacinas para o enfrentamento da Covid-19;
- Disponibilizar aos demais entes federados seringas e agulhas e fornecer suporte na aquisição de EPI;
- Apoiar na capacitação dos profissionais de saúde do SUS;
- Programar o quantitativo de vacinas e insumos a serem distribuídos a cada UF;
- Realizar o transporte das vacinas e insumos até o estado;
- Promover a atenção primária à saúde da população indígena sob responsabilidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), considerando ainda as especificades da ADPF nº 709;*
- Disponibilizar os sistemas para monitoramento de estoque, rastreamento das vacinas e acompanhamento dos eventos adversos; e
- Disponibilizar, por meio de painel, dados de distribuição por habitante, tipo de vacina, dose, graficos de dados gerais do Brasil e dados dos municípios.

Ministério da Defesa

- Apoio complementar às ações de logística, de segurança e de comando e controle, após esgotados os meios dos estados e municípios;

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

Estado

- Fornecer suporte na aquisição e distribuiçao de seringas, agulhas e EPI nas regiões de saúde e município;
- Capacitar os profissionais de saúde envolvidos na vacinação da Covid-19;
- Distribuir as vacinas para os municípios ou macrorregiões de saúde;
- Alimentar os sistemas de monitoramento e controle dos dados relativos às vacinas e aos usuários;
- Realizar os registros de movimentação dos estoques das vacinas para Covid-19;
- Manter as vacinas em local e ambiente adequados, de modo a garantir o acondicionamento em temperatura de acordo com as recomendações do fabricante; e
- Avaliar a eficácia, a segurança e o impacto da campanha de vacinação no estado.

Município

- Organizar o fluxo de distribuição e aplicação das vacinas;
-Disponibilizar profissionais de saúde capacitados para realizar a aplicação das vacinas de forma segura;
- Alimentar os sistemas de monitoramento e controle dos dados relativos às vacinas e aos usuários;
- Realizar os registros de movimentação dos estoques das vacinas para Covid - 19; e
- Avaliar a eficácia, segurança e impacto da campnha de vacinação no município.

Observação: - as competências descritas não excluem outras adicionais e concomitantes entre estados, municípios e o ente federal.

- todas as ações devem considerar os grupos prioritários de cada fase.

***Competências da Secretaria Especial de Saúde Indígena (MS/SESAI):**

A população estimada para vacinação como grupo prioritário considera a população indígena dentro dos critérios deste plano e a legislação vigente do escopo de atuação da SESAI, incluindo-se ainda as especificidades previstas na medida cautelar da Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

ATUALIZAÇÕES:

PLANILHA DE CRIANÇAS VACINADAS NA FAIXA DE 05 A 11 ANOS.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUPIRA

CUPIRA VACINA

PLANILHA DE TOTALIZAÇÃO DE VACINADOS POR FAIXA ETÁRIA - COVID-19 EM CUPIRA-PE

Secretaria de Saúde Última atualização: **22/03/2022**

Av. Etelvino Lins, s/n, Centro, Cupira - PE - CEP: 55460-000 - Contato: Fone: (81) 3738.0014

META:3106
VACINADOS 1ª DOSE:1458

http://www.cupira.pe.gov.br/covid
Acesse o Vacinômetro: http://www.cupira.pe.gov.br/vacinometro/

Grupos	1ª dose	2ª dose	Reforço	Total por Faixa
crianças de 05 anos	68			68
crianças de 06 anos	161	7		168
crianças de 07 anos	196	38		234
crianças de 08 anos	225	43		268
crianças de 09 anos	205	33		238
crianças de 10 anos	228	35		263
crianças de 11 anos	375	55		430
	1458	**211**	**0**	**1669**

COBERTURA:46 %

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

POPULAÇÃO VACINADA ACIMA DE 12 ANOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CUPIRA

CUPIRA VACINA

PLANILHA DE TOTALIZAÇÃO DE VACINADOS POR FAIXA ETÁRIA - COVID-19 EM CUPIRA-PE

Secretaria de Saúde Última atualização: **22/03/2022**

Av. Etelvino Lins, s/n, Centro, Cupira - PE - CEP: 55460-000 - Contato: Fone: (81) 3738.0014

http://www.cupira.pe.gov.br/covid

Acesse o Vacinômetro: http://www.cupira.pe.gov.br/vacinometro/

Grupos	1ª dose	2ª dose	Reforço	Total por Faixa
população de 12 a 17 anos	1078	756		1834
população de 18 a 19 anos	943	707	41	1691
população de 20 a 24 anos	2031	1398	415	3844
população de 25 a 29 anos	2034	1328	425	3787
população de 30 a 34 anos	1863	1149	575	3587
população de 35 a 39 anos	1859	1165	615	3639
população 40 a 44 anos	1622	1302	565	3489
população 45 a 49 anos	1489	1226	525	3240
população de 50 a 54 anos	1290	1201	659	3150
população de 55 a 59 anos	1126	1126	755	3007
população de 60 a 64 anos	986	985	602	2573
população de 65 a 69 anos	865	860	665	2390
população de 70 a 74 anos	725	725	621	2071
população de 75 a 79 anos	518	518	512	1548
população acima de 80 anos	675	675	668	2018
	19104	**15121**	**7643**	**41868**

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

ANEXOS:

Recomendações e resoluções pactuadas pela Comissão Intergestores Bipartite de Pernambuco – CIB-PE, cujas temáticas envolvam a vacinação contra a COVID-19.

Nº 5393: – Pactua que do montante das doses recebidas pelo Estado de Pernambuco para vacinação do COVID-19 para os trabalhadores da saúde, 30% serão de competência municipal e o remanescente será destinado para cobertura das unidades de referência ao tratamento da COVID-19 sob gestão estadual.

Nº 5395: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica AstraZeneca para cobertura de 100% da população de 85 anos e mais, a Vacina proveniente do laboratório Sinovac/Butantan será destinada a cobertura de 5% da população total dos trabalhadores da saúde, sob gestão interfederativa, do Estado de Pernambuco.

Nº 5397: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica SinoVac/Butantan seja destinado a ampliação da vacinação dos trabalhadores da saúde da Rede Pública e da Rede Privada e dos trabalhadores de saúde acima de 60 anos, sob gestão interfederativa, do Estado de Pernambuco.

Nº 5407: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica Astrazeneca e SinoVac/Butantan destinado, ao Estado de Pernambuco.

Nº 5409: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica Astrazeneca e SinoVac/Butantan destinado, ao Estado de Pernambuco. Quinta Distribuição de Vacinas Aplicadas em Idosos e Trabalhadores Gestão Interfederativa.

Nº 5413: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica Astrazeneca e SinoVac/Butantan destinado, ao Estado de Pernambuco. Sexta Distribuição de Vacinas Aplicadas em Idosos e Trabalhadores Gestão Interfederativa.

Nº 5415: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica Astrazeneca e SinoVac/Butantan destinado, ao Estado de Pernambuco. Sétima Distribuição de Vacinas Aplicadas em Idosos e Trabalhadores Gestão Interfederativa.

Nº 5418: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica Astrazeneca e SinoVac/Butantan destinado, ao Estado de Pernambuco. Oitava Distribuição de Vacinas Aplicadas em Idosos e Trabalhadores Gestão Interfederativa.

Nº 5425: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica Astrazeneca e SinoVac/Butantan destinado, ao Estado de Pernambuco. Nona Distribuição de Vacinas Aplicadas em Idosos e Quilombolas Gestão Interfederativa.

Nº 5427: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica Astrazeneca e SinoVac/Butantan destinado, ao Estado de Pernambuco. Décima Distribuição de Vacinas Aplicadas em Idosos e Trabalhadores Gestão Interfederativa.

Nº 5430: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica Astrazeneca e SinoVac/Butantan destinado, ao Estado de Pernambuco. Décima primeira Distribuição de Vacinas Aplicadas em Idosos e Trabalhadores Gestão Interfederativa.

Nº 5433: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica Astrazeneca e SinoVac/Butantan destinado, ao Estado de Pernambuco. Décima segunda Distribuição de Vacinas Aplicadas em Idosos e Trabalhadores Gestão Interfederativa.

Nº 5440: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica Astrazeneca e SinoVac/Butantan destinado, ao Estado de Pernambuco. Grupos de Comorbidades Prioritárias à Vacinação COVID-19, décima terceira distribuição.

Nº 5444: Pactua as orientações das estratégias de vacinação dos grupos de pessoas com comorbidades, vacinação contra COVID-19, Décima quarta Distribuição, Estado de Pernambuco.

Nº 5445: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica Astrazeneca e SinoVac/Butantan destinado, ao Estado de Pernambuco. Décima quinta Distribuição de Vacinas Aplicadas em Idosos e Trabalhadores Gestão Interfederativa.

PLANO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE CUPIRA - PE

Nº 5446: Pleiteia junto ao Ministério da Saúde Reposição de Segunda Dose Recebidas provenientes da Farmacêutica SinoVac/Butantan, Décima sexta distribuição, para o Estado de Pernambuco.

Nº 5450: Pactua a ampliação da vacinação de pessoas com comorbidades acima de 50 anos.

Nº 5451: Pactua a descentralização da vacina Pfizer para as Gestantes e Puérperas ampliando a organização e distribuição de Polos nas Macrorregiões de Saúde, do Estado de Pernambuco.

Nº 5452: Pactua que o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica Astrazeneca e SinoVac/Butantan destinado, ao Estado de Pernambuco. Décima sétima Distribuição de Vacinas Aplicadas em Idosos e Trabalhadores Gestão Interfederativa.