

PREFEITURA MUNICIPAL DE APUCARANA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APUCARANA

PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID – 19
ATUALIZADO EM 18/06/2021

APUCARANA - PR

Prefeito Municipal

Sebastião Ferreira Martins Junior – “Junior da Femac”

Autarquia Municipal de Saúde

Diretor Presidente

Roberto Kaneta

Diretor Vice-Presidente

Emídio Alberto Bachiega

Superintendente de Obras

Ana Karine Alves Vieira

Superintendente Jurídico

Terence Penharbel

Superintendente de Auditoria

Evaldo Américo Galhardo Sanches

Superintendente Financeira

Lucimeire Felipe de Souza

Superintendente de Atenção Básica

Marcelo Viana de Castro

Superintendente Avaliação e Controle e Auditoria

Talita Domingues Rodrigues

Grupo de Trabalho

Emídio Alberto Bachiega – Diretor Vice Presidente

Erlan Robbsom Bosco – Administrativo

Kelly Cristina Hummel Lopes – Centro de Referência COVID-19

Lucas Silva Liberatti – Coordenador CAF

Luciano Pereira da Silva – Coordenador Epidemiologia

Marcelo Viana de Castro – Superintendente de Atenção Básica

Nelson Jorge Capelari – Coordenador Vigilância em Saúde

Patrícia Olinto Suntack – Administrativo

Roberto Youiti Kaneta – Diretor Presidente

Rosângela Aparecida de Souza – Coordenadora Centro de Especialidades Médicas

Sueli Alves Laurindo Ostroski – Administrativo

Talita Domingues Rodrigues – Superintendente de Controle e Avaliação

Vera Lucia Lorenzon – Coordenadora SAMU

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIFAVI – Comitê Interinstitucional de Farmacovigilância de vacinas e outros Imunobiológicos

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Cartão Nacional de Saúde

CPF – Cadastro de Pessoa Física

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DEVIT - Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

EA – Evento Adverso

EAG – Evento Adverso Grave

EAIE – Evento Adverso de Interesse Especial

EANG – Evento Adverso Não Grave

EAPV – Evento Adverso Pós Vacinação

EI – Erro de Imunização

E-SUS – Estratégia de Reestruturação de Informações do Sistema Único de Saúde

GELAS – Gerência de Laboratórios de Saúde Pública

GFARM – Gerência de Farmacovigilância

GGFIS – Gerência-Geral de Inspeção e Fiscalização Sanitária

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNI – Programa Nacional de Imunizações

QR CODE – Quick Response Code

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada

RDNS – Rede Nacional de Dados da Saúde

RS – Regional de Saúde

SESA – Secretaria de Estado da Saúde

SIEAPV – Sistema de Informação dos Eventos Adversos Pós-Vacinação

SIPNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações

SIPNI Covid-19 – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - Covid19

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

VEAPV – Vigilância dos Eventos Adversos Pós Vacinação

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1.	IDENTIFICAÇÃO.....	7
2.	INTRODUÇÃO	7
3.	OBJETIVOS.....	8
4.	FARMOCOVIGILANCIA.....	9
	PRECAUÇÕES E CONTRA INDICAÇÕES A ADMINISTRAÇÃO DA VACINA.....	10
	ADMINISTRAÇÃO SIMULTANEA COM OUTRAS VACINAS.....	14
	NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAÇÃO.....	14
	ATRIBUIÇÕES.....	15
	INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAÇÃO	17
	FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO.....	18
5.	OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO.....	19
6.	SISTEMA DE INFORMAÇÃO	22
7.	GRUPOS DE RISCOS E POPULAÇÃO ALVO PARA VACINAÇÃO	23
8.	VACINAS CONTRA A COVID – 19.....	27
9.	VACINAS UTILIZADAS NA ESTRATEGIA DE VACIANACÃO.....	28
10.	MONITORAMENTO, SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO.....	28
11.	COMUNICAÇÃO.....	29
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	31
13.	ANEXOS.....	32

1. IDENTIFICAÇÃO

Município: Apucarana		Regional de Saúde: 16ª RS	
Endereço: Rua Miguel Simeão 69			
Função	Contato		
	Nome	Telefone	E-mail
Secretário Municipal de Saúde	Roberto Kaneta	99104 – 0362	fmkaneta@uol.com.br
Responsável Vigilância Epidemiológica	Luciano Pereira da Silva	99911 – 4174	luciano3@lutlook.com
Responsável Vigilância Sanitária	Nelson Jorge Capelari	99934 – 6581	nelson.capelari@apucarana.pr.gov.br
Responsável Atenção Primária	Marcelo Viana de Castro	99821 – 2287	marceloviana775@hotmail.com

2. INTRODUÇÃO

O novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, apresenta um espectro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros graves.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 são assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), enquanto outros 20% são sintomáticos e requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória.

Destes, aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

O vírus foi detectado no final de dezembro de 2019 em Wuhan, na província de Hubei, China (LANA et al., 2020).

Nos primeiros dias de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a sua circulação, sendo que em 16 de janeiro de 2020, o primeiro caso importado de território japonês foi notificado.

Em 21 de janeiro de 2020 os Estados Unidos reportaram o primeiro caso importado (LANA et al., 2020), com a OMS declarando a epidemia uma emergência internacional em 30 de janeiro de 2020.

No Brasil, em 7 de fevereiro de 2020 nove casos suspeitos estavam sendo investigados (LANA et al., 2020; SAPS, 2020; SILVA et al., 2020), sendo que o Paraná apresentou seu primeiro caso confirmado em 12 de março de 2020, com o primeiro óbito por COVID-19 registrado no dia 25 do mesmo mês (SESA-PR, 2020).

Em 15 de julho de 2020 o Brasil já apresentava 1.884.967 casos confirmados e o Paraná chegava em 46.601 infectados (SESA-PR, 2020). Os primeiros dados disponíveis sobre o novo coronavírus evidenciam elevada capacidade de infecção, porém com letalidade relativamente baixa (TUNAS et al., 2020).

No continente europeu, a taxa de mortalidade oscilava em torno de 2% em março e abril de 2020, com aumento de 8% em pacientes acima de 70 anos.

Também indivíduos portadores de doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias estavam sendo avaliados como um grupo de maior risco (PENG et al., 2020; ZHANG et al., 2020).

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) elaborou e publicou um planejamento para vacinação nacional, o qual é orientado em conformidade com o registro e licenciamento de vacinas.

No Brasil, esta atribuição pertence à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme Lei nº 6.360/1976 e regulamentos técnicos como RDC nº 55/2010, RDC nº 348/2020 e RDC nº 415/2020.

A estratégia de vacinação adotada pelo Estado do Paraná segue as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI), com prioridade para grupos pré-definidos.

No município de Apucarana a estratégia de vacinação segue as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e do Plano Estadual de vacinação contra a COVID – 19.

Também acontecerá por etapas e fases, conforme bases técnicas, científicas, logísticas e epidemiológicas estabelecidas nacionalmente. A disponibilização e o uso das vacinas contra a COVID-19 devem cumprir os requisitos mínimos de segurança, qualidade e eficácia, bem como possuir registro junto à ANVISA.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Estabelecer as ações e estratégias para a vacinação contra a COVID-19 em Apucarana.

Objetivos Específicos

- Pactuar em Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PR) os objetivos e metas da vacinação contra COVID-19, conforme o PNI;
- Seguir a definição de grupos prioritários para vacinação estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS);
- Organizar fluxos e prever logística para recebimento, armazenamento e distribuição de vacinas e insumos;
- Orientar a operacionalização da vacinação contra a COVID-19 nas UBS e outros pontos de vacinação do município;
- Estabelecer medidas para vacinação segura;
- Orientar quanto ao registro da vacinação, notificação e monitoramento dos eventos adversos pós-vacinação;
- Definir os serviços de referências para o atendimento aos casos decorrentes de eventos graves pós-vacinação contra a COVID-19;
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade pela COVID-19, bem como a redução da transmissão da doença.

4. FARMACOVIGILANCIA

O monitoramento dos eventos pós vacinação seguirá o disposto no Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós-Vacinação (VEAPV), elaborado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Anvisa, específico para vigilância dos eventos adversos decorrentes da vacinação contra a COVID-19.

Para o manejo apropriado deste Protocolo é essencial um sistema de vigilância sensível, capaz de avaliar a segurança do produto; diagnosticar a ocorrência de possíveis eventos adversos e emitir respostas rápidas à população.

O Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação é composto pelas seguintes instituições:

- Ministério da Saúde: Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações/DEVIT/SVS/MS;
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Gerência de Farmacovigilância (GFARM), Gerência-Geral de Inspeção e Fiscalização Sanitária (GGFIS) e Gerência de Laboratórios de Saúde Pública (GELAS/DIRE4/ANVISA);
- Secretarias Estaduais/Distrital de Saúde: Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária e Coordenações de Imunização;
- Secretarias Municipais de Saúde: Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária e Coordenações de Imunização;
- Serviços de referência e contra referência: CRIE, Atenção Primária e Especializada (Serviços de Urgência/Emergência, Núcleos de Vigilância Hospitalares), os quais promovem a integração e a vigilância ativa dos Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV).

As atividades de vigilância requerem notificação e investigação rápida do evento ocorrido e são compostas por três eixos principais:

- Detecção, notificação e busca ativa de eventos adversos;
- Investigação (exames clínicos, exames laboratoriais, entre outros);
- Classificação final do EAPV.

Todos os profissionais da saúde que tiverem conhecimento de uma suspeita de EAPV, incluindo os erros de imunização (programáticos), como problemas na cadeia de frio, erros de preparação da dose ou erros na via de administração, entre outros, deverão notificar os mesmos às autoridades de saúde, ressaltando-se que o papel a ser desempenhado pelos municípios, estados e Distrito Federal é vital para a plena efetivação do protocolo.

É importante destacar que as notificações deverão primar pela qualidade no preenchimento de todas as variáveis contidas na ficha de notificação/investigação de EAPV do PNI.

Destaca-se ainda que, na possibilidade de oferta de diferentes vacinas, desenvolvidas por diferentes plataformas, é imprescindível o cuidado na identificação do tipo de vacina suspeita de provocar o EAPV, como número de lote e fabricante. Atenção especial e busca ativa devem ser dadas à notificação de eventos adversos graves, raros e inusitados, óbitos súbitos inesperados, erros de imunização

(programáticos), além dos Eventos Adversos de Interesse Especial (EAIE), que estão devidamente descritos no Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação e, os que não constam no Manual estão descritos no Protocolo acima citado. Para os eventos adversos graves, a notificação deverá ser feita em até 24 horas, conforme portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020.

PRECAUÇÕES E CONTRA INDICAÇÕES À ADMINISTRAÇÃO DA VACINA

Como as vacinas contra a COVID-19 não foram testadas em todos os grupos de pessoas, algumas precauções ou contraindicações devem ser adotadas, temporariamente, até que maiores evidências sejam divulgadas.

PRECAUÇÕES

- Indivíduos com doenças agudas febris moderadas ou graves: Recomenda-se o adiamento da vacinação até a resolução do quadro, com intuito de não se atribuir à vacina as manifestações da doença.
- Indivíduos infectados por COVID-19 (em período de incubação, infecção ativa - sintomática): Provavelmente, estes não sofrerão efeito prejudicial sobre a doença devido à vacinação. Entretanto, recomenda-se o adiamento da vacinação mediante quadro sugestivo de infecção ativa para se evitar confusão com outros diagnósticos diferenciais. Como a piora clínica pode ocorrer até duas semanas após a infecção, idealmente a vacinação deve ser adiada até a recuperação clínica total e, pelo menos, quatro semanas após o início dos sintomas; ou quatro semanas a partir da primeira amostra de PCR positiva em pessoas assintomáticas.
- Indivíduos com exposição recente à COVID-19: Devido ao período de incubação mediano da COVID-19 ser de 4 a 5 dias, é improvável que a vacinação gere resposta imune adequada dentro desse prazo para uma profilaxia pós-exposição efetiva. Recomenda-se vacinação após 30 dias do teste PCR positivo.
- Contatos de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19: Não devem ser vacinadas durante o período de quarentena para evitar exposição potencial de profissionais de saúde e demais usuários do serviço durante a vacinação.
- Moradores ou pacientes institucionalizados (p.ex, ILPI, populações privadas de liberdade, pessoas em situação de rua em abrigos), vivendo em comunidades fechadas (p.ex., indígenas, quilombolas), com exposição conhecida à COVID-19 e/ou aguardando testes para SARS-CoV-2: Podem ser vacinados, desde que não apresentem sintomas consistentes com a doença.
- Indivíduos com uso recente de imunoglobulina e/ou anticorpos monoclonais: Segundo a 7ª edição do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID – 19 não está estabelecido nenhum intervalo específico entre à administração de uma vacina COVID-19 e aplicação de imunoglobulina humana, anticorpos monoclonais (excetuando os específicos para COVID-19) ou que tiveram que receber em caráter urgente um soro específico (p.ex., para tétano ou raiva). É desejável que se respeite um intervalo mínimo de 14 dias entre a administração de uma dessas terapias com anticorpos e a aplicação da vacina contra a covid-19, para melhor avaliação de eventuais EAPV. Porém, na impossibilidade de se respeitar esse

prazo, a dose de vacina COVID-19 deve ser considerada válida e não há necessidade de repetição. Em caso 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. Essa recomendação se baseia na meia vida estimada dessas terapias, em evidências que sugerem que a reinfeção pelo SARS-CoV-2 é incomum antes deste período e para se evitar uma potencial interferência na efetividade vacinal, até que mais dados sejam obtidos. Contudo, essa orientação é uma precaução e não uma contraindicação da vacinação, sendo que dose(s) de vacina COVID-19 aplicada(s) dentro desse intervalo também são consideradas válidas e não necessitam ser reaplicadas. Devem ser vacinados com, pelo menos, um mês de intervalo entre administração da imunoglobulina e a vacina, de forma a não interferir na resposta imunológica.

- Gestantes, Puérperas e Lactantes: Com base nas evidências científicas e dados epidemiológicos disponíveis evidenciouse que a gestação e puerpério são fatores de risco para desfechos desfavoráveis da COVID-19 em relação à hospitalização e óbito, parto prematuro e abortamento, entre outros. Ainda que a segurança e eficácia das vacinas não tenham sido avaliadas nestes grupos, estudos em animais não demonstraram risco de mal formações. Vacinas de plataformas de vírus inativado já são utilizadas por este grupo de mulheres no Calendário Nacional de Vacinação, e um levantamento de evidências sobre recomendações nacionais e internacionais de vacinação contra a COVID-19, realizado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, em sua maioria, defende a vacinação se pertencentes a algum grupo prioritário. Gestantes e puérperas (em até 45 dias após o parto) estão em risco aumentado de formas graves de COVID-19 bem como complicações obstétricas, tais como parto prematuro, óbito fetal, abortamento, entre outros. Considerando ainda o momento pandêmico atual no Brasil, com elevada circulação do SARS-CoV-2 e aumento no número de óbitos maternos pela COVID-19 entende-se que, neste momento, e altamente provável que o perfil de risco vs benefício na vacinação das gestantes seja favorável. O PNI, subsidiado pelas discussões na Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis e Câmara Técnica Assessora em ações integradas a Assistência a Gestante e Puérpera no contexto do coronavírus (COVID-19), decidiu por recomendar a vacinação contra a covid-19 de todas as gestantes e puerperas e incluí-las nos grupos prioritários para vacinação na sexta edição do PNO. No entanto, frente a ocorrência de um evento adverso grave com possível associação causal com a vacina AstraZeneca/Fiocruz em uma gestante, optou-se pela interrupção temporária na vacinação das gestantes e puérperas sem comorbidades, bem como pela interrupção do uso da vacina AstraZeneca/Fiocruz em gestantes e puérperas. Sendo mantida a recomendação de vacinação nas gestantes e puérperas com comorbidades (conforme anexo III) com as demais vacinas COVID-19 em uso no país (Sinovac/Butantan e Pfizer/Wyeth). Para receberem a vacina, as gestantes sem comorbidades devem apresentar o exame laboratorial/ecográfico ou o cartão

de pré-natal comprovando sua gestação atual ou, no caso de serem puérperas, comprovação do parto por documento de registro de alta hospitalar ou certificado de nascimento, sem necessidade de nenhum relatório específico. As gestantes e puérperas com e sem comorbidades (incluindo as sem fatores de risco adicionais) que já tenham recebido a primeira dose da vacina AstraZeneca/Oxford/Fiocruz deverão aguardar o término do período da gestação e puérperio (até 45 dias pós parto) para a administração da segunda dose da vacina. As gestantes e puérperas (incluindo as sem fatores de risco adicionais) que já tenham recebido a primeira dose de outra vacina COVID-19 que não contenha vetor viral (Sinovac/Butantan ou Pfizer) deverão completar o esquema com a mesma vacina nos intervalos habituais. As gestantes, puérperas devem ser informadas sobre os dados de eficácia e segurança conhecidos sobre as vacinas e da ausência de alguns dados relacionados, assim como dos riscos potenciais da infecção pelo SARS-CoV-2, para que possam tomar uma decisão esclarecida. Essas mulheres, pertencentes aos grupos prioritários, que não concordarem em serem vacinadas, devem ser apoiadas em sua decisão e instruídas a manter medidas de proteção como higiene das mãos, uso de máscaras e distanciamento social.

O aleitamento materno não deverá ser interrompido em caso da vacinação de lactantes.

A doação de leite de lactantes vacinadas está permitida.

ATENÇÃO: As gestantes e puérperas que já se imunizaram com a vacina da AstraZeneca/Oxford/Fiocruz, devem ser orientadas a procurar atendimento médico imediato se apresentarem um dos seguintes sinais/sintomas nos 4 a 28 dias seguintes a vacinação:

- Falta de ar.
- Dor no peito.
- Inchaço na perna.
- Dor abdominal persistente.
- Sintomas neurológicos, como dor de cabeça persistente e de forte intensidade, borrada, dificuldade na fala ou sonolência.
- Pequenas manchas avermelhadas na pele além do local em que foi aplicada a vacina.

Os trabalhadores da saúde envolvidos na atenção pré-natal deverão estar atentos ao histórico vacinal das gestantes sob seu cuidado para fornecer as orientações adequadas. Ademais recomenda-se reforçar com as gestantes a necessidade de se manter as medidas de proteção não farmacológicas mesmo após a vacinação. Os trabalhadores da saúde deverão ficar atentos para os sinais e sintomas da Síndrome de Trombose e Trombocitopenia e as recomendações de manejo adequado, conforme detalhado na Nota técnica n.º 441 /2021 – CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Casos suspeitos da síndrome deverão ser notificados no e-SUS notifica (<https://notifica.saude.gov.br>) como eventos adversos. Casos suspeitos da síndrome deverão ser notificados no e-SUS notifica (<https://notifica.saude.gov.br>) como eventos adversos. Ressalta-se que essas recomendações poderão vir a ser reavaliadas à luz de novas evidências que venham a ser disponibilizadas.

- Indivíduos em uso de antiagregante plaquetário e/ou anticoagulante oral: O uso destes

medicamentos deve ser mantido e não implica em impedimento à vacinação. O uso de injeção intramuscular em pacientes sob uso crônico de antiagregante plaquetário é prática corrente e, portanto, considerado seguro. Por cautela, a vacina pode ser administrada em tempo o mais longe possível da última dose do anticoagulante direto.

- Portadores de Doenças Inflamatórias Imunomediadas: Preferencialmente devem ser vacinados quando doença controlada ou em remissão, como também em baixo grau de imunossupressão ou sem imunossupressão. A decisão de vacinação, sob orientação de médico especialista, deve ser individualizada, levando em consideração a faixa etária, a doença reumática autoimune de base, os graus de atividade e imunossupressão, além das comorbidades. A escolha da vacina deve seguir as recomendações de órgãos sanitários e regulatórios, assim como a disponibilidade local. No entanto, de maneira geral, recomenda-se que esses indivíduos sejam vacinados, salvo situações de contraindicações específicas.
- Pacientes Oncológicos, Transplantados e demais Imunossuprimidos: A eficácia e a segurança das vacinas contra a COVID-19 não foram avaliadas nesta população. No entanto, considerando o uso de vacinas das plataformas vetor viral não replicante e vírus inativado, é improvável que exista risco aumentado de eventos adversos. A avaliação de risco benefício e a decisão referente à vacinação, ou não, deverá ser realizada pelo paciente em conjunto com o médico assistente. A vacinação somente deverá ser realizada com prescrição médica neste grupo da população.
- Pessoas vivendo com HIV: A Nota Técnica nº 282/2021 – CGPNI/DEIDT/SVS/MS inclui todos os indivíduos vivendo com HIV, com idade entre 18 e 59 anos, independentemente da contagem de linfócitos T- CD4+, no grupo de comorbidades para a priorização da vacinação, visando reduzir o impacto da pandemia, especialmente em relação ao risco de hospitalização e óbito. Em sintomáticos, a vacinação deve ser adiada; sintomáticos respiratórios deverão ser avaliados pela equipe de saúde para diagnóstico diferencial. Idealmente, a vacinação contra COVID-19 deve ser adiada após a recuperação clínica total e pelo menos quatro semanas após o início de sintomas ou quatro semanas a partir da primeira amostra de PCR positiva em pessoas assintomáticas.

CONTRA INDICAÇÕES

Considerando os ensaios clínicos em andamento e os critérios de exclusão utilizados em seus estudos, as seguintes contraindicações devem ser consideradas:

- Pessoas menores de 18 anos de idade.
- Pessoas com histórico de reação anafilática confirmada associada à dose anterior da vacina, ou a qualquer um de seus componentes.
- Para a vacina COVID-19 (recombinante) - AstraZeneca acrescenta-se a seguinte contraindicação: Pacientes que sofreram trombose venosa e/ou arterial importante em combinação com trombocitopenia após vacinação com qualquer vacina para a COVID-19.

Importante que antes de qualquer vacinação, as bulas e as informações relativas ao respectivo

fabricante sejam cuidadosamente lidas, assim como demais orientações contidas no Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós- Vacinação.

ADMINISTRAÇÃO SIMULTÂNEA COM OUTRAS VACINA E INTERCAMBIALIDADE

Considerando a falta de estudos relacionados à administração simultânea (coadministração), não se recomenda a administração concomitante da vacina contra a COVID-19 com outros imunizantes do calendário vacinal. Deve-se respeitar o intervalo, mínimo, de 14 dias entre a aplicação das vacinas, conforme orientação do PNI. Em situações de urgência, como administração de soro antiofídico, vacina antirrábica pós exposição e vacina antitetânica (dT) esse intervalo poderá ser desconsiderado à critério médico. Indivíduos que iniciaram a vacinação contra a COVID-19 deverão completar o esquema com a mesma vacina. Casos de indivíduos que por ventura venham a ser vacinados de maneira inadvertida com 2 vacinas diferentes deverão ser notificados como erro de imunização no e-SUS Notifica (<https://notifica.saude.gov.br>) e serem acompanhados com relação ao desenvolvimento de eventos adversos e falhas vacinais.

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS – VACINAÇÃO (EAPV)

EAPV é qualquer ocorrência médica indesejada após a vacinação, não possuindo necessariamente uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico (imunoglobulinas e soros heterólogos).

EAPV pode ser qualquer evento indesejável ou não intencional, isto é, sintoma, doença ou achado laboratorial anormal (WHO, 2012).

Os eventos adversos passíveis de serem imputados às vacinações são apenas uma fração dos que ocorrem após as vacinações.

Eles podem ser inesperados ou esperados, tendo em vista a natureza e as características do imunobiológico, bem como o conhecimento já disponível pela experiência acumulada.

Entre os eventos esperados, incluem-se aqueles relativamente comuns, como febre, dor e edema locais, ou mesmo eventos mais graves, como convulsões febris, episódio hipotônico-hiporresponsivo, anafilaxia etc.

Eventos inesperados são aqueles não identificados anteriormente, às vezes com vacinas de uso recente, como ocorreu com a vacina rotavírus rhesus/humana (Rotashield®) (invaginação intestinal), ou, inclusive, com vacinas de uso mais antigo, como visceralização e falência múltipla de órgãos, observada muito raramente após a vacina febre amarela.

São eventos inesperados, ainda, aqueles decorrentes de problemas ligados à qualidade do produto, a exemplo da contaminação de lotes, que pode provocar abscessos locais, ou teor indevido de endotoxina em certas vacinas, levando a reações febris e sintomatologia semelhante a sepse. Uma distinção também importante é entre vacinas vivas e não vivas.

As vacinas virais vivas apresentam imunidade duradoura, por vezes com uma única dose.

Entretanto, têm o causar eventos adversos graves quando administradas em pessoas com deficiência imunológica ou com fatores individuais de predisposição ainda desconhecidos (idiossincrásicos).

As vacinas não vivas geralmente constituem imunógenos potentes. Porém, a repetição exagerada do número de doses de algumas vacinas, como tétano e difteria, pode provocar eventos adversos relacionados com deposição de imunocomplexos.

A grande maioria deles é local e/ou sistêmica e de baixa gravidade. Por essa razão, as ações de vigilância são voltadas, principalmente, para os eventos moderados e graves.

Apenas em situações raras e particulares o óbito pode ser decorrente da vacinação.

O objetivo da vigilância epidemiológica de óbitos é, primordialmente, afastar as causas coincidentes e indevidamente atribuídas às vacinas.

Por exemplo: a síndrome da morte súbita infantil, que não tem qualquer relação com a vacinação, pode ocorrer no mesmo período de aplicação de vários imunobiológicos do calendário básico de vacinação da criança, e vários estudos mostraram que as imunizações não aumentam o risco de morte súbita.

Muitos dos eventos adversos são meramente associações temporais, não se devendo à aplicação das vacinas. Assim, quando eles ocorrem, há necessidade de cuidadosa investigação, visando a um diagnóstico diferencial e possível tratamento.

Caso esses eventos sejam realmente causados pela vacina, são três os pontos básicos para a investigação:

- Fatores relacionados à vacina: incluem o tipo (viva ou não viva), a cepa, o meio de cultura dos microrganismos, o processo de inativação ou atenuação, adjuvantes, estabilizadores ou substâncias conservadoras, lote da vacina;
- Fatores relacionados aos vacinados: englobam idade, sexo, número de doses e datas das doses anteriores da vacina, eventos adversos às doses prévias, doenças concomitantes, doenças alérgicas, autoimunidade, deficiência imunológica;
- Fatores relacionados à administração: referem-se a agulhas e seringas, ao local de inoculação e à via de inoculação (vacinação intradérmica, subcutânea ou intramuscular).

ATRIBUIÇÕES

NIVEL LOCAL

- Identificar o EAPV e notificá-lo à Coordenação de Imunizações e/ou Serviço de Vigilância de referência do município, mediante o preenchimento do formulário de notificação/ investigação de evento adverso pós-vacinação ou registro no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, módulo on-line de evento adverso pós-vacinação (SIPNI/SIEAPV);
- Esclarecer e orientar os vacinados, familiares e/ou responsáveis sobre todos os acontecimentos observados no decorrer do acompanhamento do paciente, o que é um aspecto fundamental no atendimento de eventos adversos;
- Adotar as condutas clínicas pertinentes;
- Consolidar e analisar os casos notificados.

NÍVEL MUNICIPAL

- Receber e analisar os EAPV notificados das Unidades de Saúde;
- Identificar os eventos graves e ou inusitados;
- Notificar de imediato o caso à Regional de Saúde ou ao nível estadual, mediante registro no SIPNI/SIEAPV;
- Promover a investigação do caso em conjunto com o nível local, analisando e estabelecendo a conduta adequada, no âmbito de sua competência;
- Repassar, quando relevante, cópias do formulário de notificação/investigação corretamente preenchido, bem como todo o material pertinente ao caso (prontuários médicos, laudos de exames laboratoriais, relatórios médicos, entre outros) ao nível hierárquico superior;
- Detectar, notificar e definir conduta frente à eventual ocorrência de surtos de eventos adversos;
- Consolidar e avaliar os dados municipais;
- Supervisionar as atividades da vigilância dos EAPV no nível local;
- Promover a capacitação e atualização de recursos humanos;
- Retroalimentar o nível local com informações atualizadas sobre o(s) EAPV notificado(s).

NÍVEL REGIONAL

- Receber e analisar os EAPVs notificados dos municípios da sua abrangência;
- Identificar os eventos graves e ou inusitados.;
- Notificar de imediato o caso ao nível estadual, mediante registro no SIPNI/SIEAPV;
- Assessorar os municípios na investigação dos casos quando necessário, orientando a conduta adequada no âmbito de sua competência;
- Repassar, quando necessário e relevante, cópias do formulário de notificação/investigação corretamente preenchido, bem como todo o material pertinente ao caso (prontuários médicos, laudos de exames laboratoriais, relatórios médicos, entre outros) ao nível hierárquico superior;
- Detectar e notificar a ocorrência de surtos de eventos adversos;
- Promover a capacitação e a atualização de recursos humanos. „ Incentivar e apoiar os municípios na análise de dados;
- Retroalimentar o nível municipal com informações atualizadas sobre o(s) EAPV notificado(s).

NÍVEL ESTADUAL

- Receber e analisar os EAPV notificados dos municípios da sua abrangência;
- Identificar os eventos graves e/ou inusitados;
- Notificar de imediato o caso ao nível nacional, mediante registro no SIPNI/SIEAPV;
- Assessorar as regionais e os municípios na investigação dos casos quando necessário, orientando condutas no âmbito de sua competência, incentivando e apoiando-os na análise de dados;

- Garantir, com a participação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES), os mecanismos necessários para a investigação, acompanhamento e elucidação de eventos adversos graves e/ou inusitados (Portaria n.º 48, de 28 de julho de 2004);
- Repassar, quando necessário e relevante, cópias do formulário de notificação/investigação corretamente preenchido, bem como todo o material pertinente ao caso (prontuários médicos, laudos de exames laboratoriais, relatórios médicos, entre outros) ao nível hierárquico superior;
- Detectar e notificar a ocorrência de surtos de eventos adversos;
- Realizar supervisões nas regionais e nos municípios;
- Promover a capacitação e a atualização de recursos humanos e/ou apoiar as regionais e os municípios nessa área. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Consultar o Comitê Estadual de Imunizações para auxiliar na investigação, no esclarecimento e na discussão de todos os casos de EAPV graves e/ou inusitados;
- Analisar, classificar segundo a causalidade e encerrar os casos, validando os dados do estado;
- Retroalimentar o nível regional e/ou municipal com informações atualizadas sobre o(s) EAPV notificado(s).

NÍVEL NACIONAL

- Receber e analisar as notificações/investigções dos EAPV registrados no SIPNI/SIEAPV;
- Garantir apoio técnico aos estados em conjunto com os CRIES, participando inclusive da investigação epidemiológica de campo, quando necessário, e orientando a conduta adequada no âmbito de sua competência;
- Elaborar e manter atualizados os protocolos e demais instrumentos de investigação dos eventos adversos;
- Identificar os eventos adversos de interesse especial e orientar investigação, quando necessário;
- Adotar medidas imediatas frente à ocorrência de surtos de eventos adversos;
- Realizar supervisões sistemáticas nos estados;
- Promover e apoiar os estados na capacitação e na atualização de recursos humanos e análise de dados;
- Consultar o Comitê Interinstitucional de Farmacovigilância de Vacinas e Outros Imunobiológicos (CIFAVI) e grupos técnicos de apoio para auxiliar na investigação, análise, classificação segundo a causalidade, encerramento e validação de todos os casos de EAPV graves e/ou inusitados notificados pelos estados;
- Retroalimentar o nível estadual com informações atualizadas sobre o(s) EAPV notificado(s).

INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS – VACINAÇÃO (EAPV)

Frente a uma suspeita de um EAPV, as unidades notificadoras realizam a primeira classificação, segundo a gravidade, em Evento Adverso Grave (EAG) ou Evento Adverso Não Grave (EANG) ou, ainda, Erro de Imunização (EI).

Caso o evento seja não grave, o formulário de notificação e investigação é preenchido e inserido no SIPNI/SIEAPV (módulo on-line), não havendo necessidade de investigação, com exceção das situações de “surtos” de eventos adversos.

Caso ocorra um agravante, ou se o evento adverso for classificado como um EAG, este deve ser notificado e inserido no SIPNI/SIEAPV (módulo on-line) imediatamente ou em até 24h (ou mesmo por telefone, e-mail, WhatsApp).

Todos os casos graves serão investigados e, para fins de vigilância epidemiológica, com a investigação iniciada em até 48h após a notificação do caso suspeito.

Para a investigação, é necessária solicitação de documentação complementar (prontuários médicos, laudos de exames laboratoriais e de imagem, relatórios de evolução, declaração de óbito).

Os casos graves deverão ser discutidos com profissionais capacitados, visando à elucidação do caso. Todas as notificações deverão ser inseridas no SIPNI/SIEAPV (os dados inseridos no sistema de informação devem ser atualizados sempre que novas informações forem incorporadas à investigação).

No município de Apucarana o monitoramento, supervisão e a investigação serão realizadas pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica.

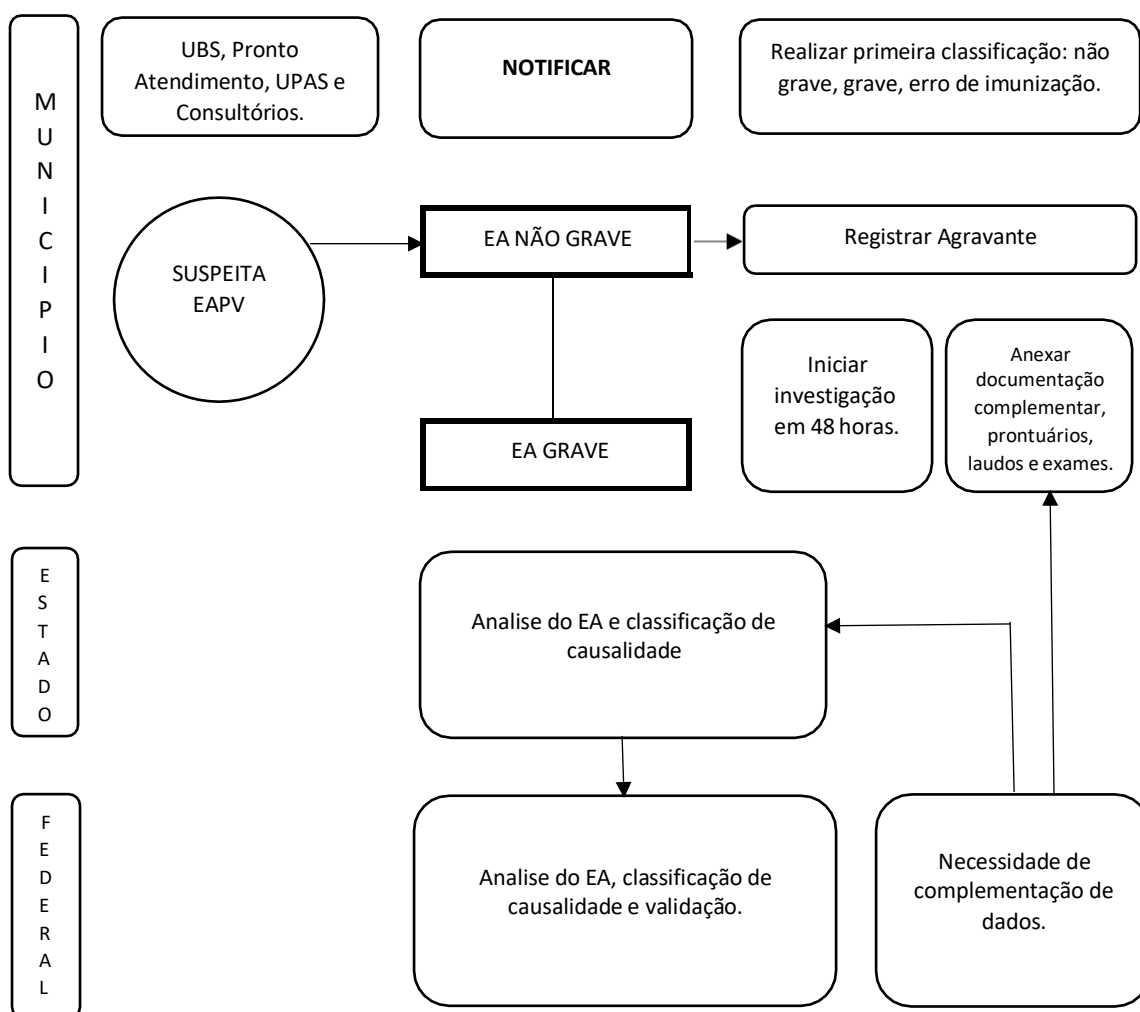
FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO

Frente a uma suspeita de um EAPV, as unidades notificadoras realizam a primeira classificação, segundo a gravidade, em evento adverso grave (EAG) ou evento adverso não grave (EANG) ou, ainda, Erro de Imunização (EI). Caso o evento seja não grave, o formulário de notificação e investigação é preenchido e inserido no SIPNI/SIEAPV (módulo on-line), não havendo necessidade de investigação, com exceção das situações de “surtos” de eventos adversos.

Caso ocorra um agravante, ou se o evento adverso for classificado como um EAG, este deve ser notificado e inserido no SIPNI/SIEAPV (módulo on-line) imediatamente ou em até 24h (ou mesmo por telefone, e-mail, WhatsApp).

Nas localidades em que a internet ainda não esteja disponível, o EAG deverá ser notificado às Coordenações Municipais de Imunização, que o notificarão às Regionais de Saúde, que o notificarão às Secretarias Estaduais de Saúde, que, por sua vez, o notificarão ao PNI/SVS/MS. Todos os casos graves deverão ser investigados e, para fins de vigilância epidemiológica, sugere-se que a investigação seja iniciada em até 48h após a notificação do caso suspeito.

Figura 1 - FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO



Fonte: CGPNI/SVS/MS.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO

MECANISMO DE GESTÃO

As diretrizes e responsabilidades para a execução das ações de vigilância em saúde, entre as quais se incluem as de vacinação, estão definidas na Lei Federal n.º 6.259/1975, a qual esclarece que a gestão destas ações deve ser compartilhada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, devendo ser pactuadas em Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo por base a regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis em cada localidade.

As ações de monitoramento e orientação para o uso de diferentes vacinas são de responsabilidade do Estado e Municípios que receberem o produto. Destaca-se ainda que, em consonância com a RDC n.º 197/2017, todo serviço de vacinação possui a obrigatoriedade de informar seus dados ao ente federal, por meio do sistema de informação definido pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações.

PLANEJAMENTO

A estratégia de vacinação adotada pelo Estado do Paraná segue as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI), com prioridade para grupos pré-definidos.

No município de Apucarana a estratégia de vacinação segue as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e do Plano Estadual de vacinação contra a COVID – 19.

Também acontecerá por etapas e fases, conforme bases técnicas, científicas, logísticas e epidemiológicas estabelecidas nacionalmente. A disponibilização e o uso das vacinas contra a COVID-19 devem cumprir os requisitos mínimos de segurança, qualidade e eficácia, bem como possuir registro junto à Anvisa.

CAPACITAÇÕES

Para qualificar as ações da vigilância epidemiológica e da atenção primária à saúde com foco no alcance da cobertura vacinal preconizada no PNI, bem como na otimização de doses, as seguintes estratégias foram definidas:

- Capacitar as equipes para o registro de dados dos vacinados no sistema de informação do Ministério da Saúde;
- Capacitar as equipes para notificação dos eventos adversos pós-vacinação em sistema de informação específico para esta finalidade;
- Capacitar as equipes quanto à forma de divulgação de possíveis alertas de risco associados às vacinas, para os núcleos de comunicação locais, de forma que as informações sejam claras tanto aos profissionais da saúde como para população;
- Capacitar para realização do acompanhamento dos indicadores de cobertura vacinal, distribuição, aplicação e registro das vacinas;
- Capacitar/atualizar os profissionais que atuarão nas estratégias de vacinação nos temas: técnica de aplicação, conservação das vacinas, identificação, notificação e investigação de eventos adversos pós-vacinação (EAPV), entre outros.

Estas capacitações devem ser realizadas por meio de plataforma on line e disponibilizadas aos profissionais de saúde com materiais instrutivos (notas técnicas), com o objetivo de disseminar as informações a todos os envolvidos nas ações de vacinação.

A vacinação contra a COVID-19 ainda poderá exigir diferentes estratégias devido à possibilidade do uso de diferentes vacinas em diferentes grupos prioritários, por exemplo:

- Vacinar os trabalhadores de saúde: recrutar o trabalho conjunto das equipes da Atenção Primária, Urgência e Emergência;
- Vacinar os idosos: pode ser realizada casa a casa ou por meio do sistema Drive Thru;
- Organizar a unidade primária em saúde em diferentes frentes de vacinação para evitar aglomerações;
- Prever e prover insumos necessários para realização da vacinação;
- Ampliar a força de trabalho para vacinação;

- Buscar parcerias com instituições de ensino superior de graduação da área da saúde;
- Realizar vacinação extramuro como: locais de convivência social (centro de idosos, igrejas, escolas) em locais abertos e ventilados e, inclusive, em Unidades Móveis da Saúde.

REDE DE FRIO

A Rede de Frio em Apucarana está organizada de forma a viabilizar a adequada logística para recebimento, armazenamento e distribuição de imunobiológicos (29 vacinas, 13 soros e 04 imunoglobulinas) do PNI/MS, de modo a contribuir para a vacinação em todo o território municipal.

A referida Rede conta com a seguinte infraestrutura:

- 01 Central Municipal;
- 26 Salas de Vacinas.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA TRANSMISSÃO DA COVID 19

Considerando o atual cenário da COVID-19, orienta-se que a vacinação ocorra de forma a evitar qualquer tipo de aglomeração no local. Neste momento, é preciso garantir que a vacinação ocorra com plena segurança, tanto para os profissionais de saúde, como para a população. Portanto, todas as medidas sanitárias previstas na Resolução SESA n.º 632/2020, ou outra que vier a substituí-la, e Notas Orientativas elaboradas pela Secretaria de Estado da Saúde devem ser adotadas em todos os pontos de vacinação, em especial:

- Adotar estratégias que assegurem condições para o permanente distanciamento físico de 1,5 metro entre as pessoas no local;
- Manter os ambientes constantemente arejados e ventilados;
- Prover insumos para higienização frequente das mãos no local (pias abastecidas com água corrente e sabonete líquido, presença de dispensadores com álcool gel 70% distribuídos em diferentes pontos e de fácil acesso, lixeiras com acionamento automático por pedal);
- Aferir a temperatura de todas as pessoas que comparecerem para a vacinação. Caso apresentem temperatura igual ou superior a 37,1°C, as mesmas não devem ser vacinadas e precisam ser reconduzidas imediatamente para outro local onde um profissional de saúde irá avaliá-las;
- Reforçar que todos utilizem máscaras faciais no local;
- Orientar que somente a pessoa que será vacinada adentre o espaço destinado à vacinação, exceto quando necessitar do auxílio de algum familiar ou acompanhante;
- Desinfetar sistematicamente as superfícies dos locais de vacinação, sobretudo nos pontos mais tocados pelas pessoas no dia a dia, tais como: encostos de cadeiras; bancadas de pias; maçanetas; interruptores de energia; entre outros.

No âmbito das UBS, as seguintes estratégias podem ser adotadas isoladamente ou de forma combinada pelos serviços:

- Organizar as UBS, mantendo horário estendido, garantindo a oferta de vacinação na hora do almoço, bem como nos horários noturnos e finais de semana;
- Evitar a formação de filas e aglomerações na unidade ou em qualquer local de vacinação;
- Montar equipes de vacinação com reforço de estudantes da área da saúde;
- Disponibilizar, na unidade de saúde, um local específico para vacinação contra a COVID19, com filas e atendimentos diferenciados;
- Havendo disponibilidade de local na unidade, sugere-se que a vacinação ocorra em local aberto e ventilado na unidade de saúde;
- Organizar vacinação extramuro, por exemplo, em locais de convivência social (centro de idosos, igrejas e escolas), selecionando espaços abertos e ventilados.

Também pode ser realizada a vacinação em Unidades Móveis da Saúde, desde que devidamente organizadas para adoção das medidas sanitárias recomendadas para prevenção da COVID-19. Os estabelecimentos públicos e privados que ofereçam serviço de vacinação extramuro em todo Estado do Paraná devem obedecer aos requisitos da Resolução Estadual nº 956/2018.

6. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

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

Uma solução tecnológica está em desenvolvimento, por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com o objetivo de simplificar a entrada de dados e agilizar o tempo médio de realização do registro do vacinado no SI-PNI, além de considerar aspectos de interoperabilidade com outros Sistemas de Informação e integração com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

O sistema possibilita utilizar o QR-Code para facilitar a identificação do cidadão durante o processo de vacinação. Este poderá ser gerado pelo próprio cidadão no Aplicativo Conecte-SUS. O cidadão que faz parte dos grupos prioritários elegíveis para a vacinação, mas que chega ao serviço de saúde sem o seu QR-Code em mãos não deixará de ser vacinado.

Para isso, o profissional de saúde terá uma alternativa de busca no SI-PNI, pelo Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou Cartão Nacional de Saúde (CNS), a fim de localizar o cidadão na base de dados nacional de imunização e tão logo avançar para o ato de vacinar e de execução do registro da dose aplicada.

Será realizado pré-cadastro para alguns grupos-alvo. Diferentes bases de dados serão integradas com o SI-PNI e o aplicativo Conecte-SUS para identificar automaticamente os cidadãos que fazem parte dos grupos prioritários. Entretanto, caso o cidadão comprove que faz parte do grupo prioritário e não esteja listado na base de dados do público-alvo, o profissional de saúde poderá habilitá-lo no SI-PNI para receber a vacina. A ausência do nome do cidadão na base de dados do público-alvo não deve ser impedimento para ele receber a vacina, desde que comprove que integra algum grupo prioritário.

As salas de vacina que ainda não estiverem informatizadas e/ou sem uma adequada rede de internet disponível, deverão realizar os registros nominais e individualizados em formulários contendo as dez variáveis mínimas padronizadas.

São 28 elas: CNES - Estabelecimento de Saúde, CPF/CNS do vacinado, Data de nascimento, Nome da mãe, Sexo, Grupo-alvo (idoso, profissional da saúde, comorbidades, etc.), Data da vacinação, Nome da vacina/fabricante, Tipo de Dose, e Lote/validade da vacina.

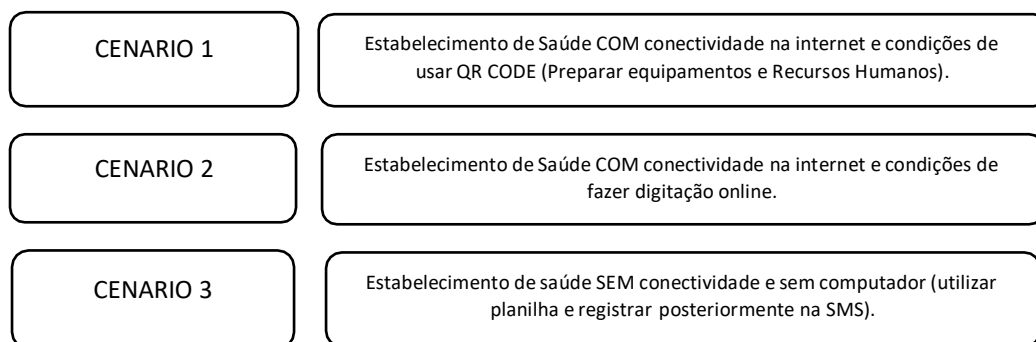
Posteriormente, esses formulários deverão ser digitados no sistema de informação.

Para as salas de vacina sem conectividade com a internet está previsto um módulo off-line. Essas salas farão registros off-line e depois submeterão seus registros para o servidor assim que a conexão com a internet estiver disponível.

Deve-se evitar a aglomeração de pessoas nos serviços de saúde. Os gestores e trabalhadores da saúde devem adotar medidas para redução do tempo médio de espera entre a realização do procedimento da vacinação e o registro do vacinado.

A capacidade tecnológica disponível nas salas de vacina – informatização e conectividade determinará o tempo médio para registro do vacinado no Sistema de Informação. Existem cenários diferentes nas salas de vacina, de acordo com as condições tecnológicas.

FIGURA 2 – CENÁRIOS PARA REGISTRO DO VACINADO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO.



7. GRUPOS DE RISCO E POPULAÇÃO ALVO PARA VACINAÇÃO

Para caracterização dos grupos alvos, determinando a prioridade para a vacinação da população, os seguintes critérios são considerados:

- Risco de exposição à COVID-19.
- Risco de desenvolver formas graves da COVID-19.
- Risco de transmissibilidade.
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde.
- População de manutenção de serviços essenciais.

Com base nesses fundamentos, são definidos os grupos prioritários para vacinação, em associação a dados epidemiológicos e evidências científicas. Considera-se também para definição e atualização das prioridades, a síntese das discussões com especialistas no âmbito da Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis, pautadas nas recomendações do SAGE - Grupo

Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (em inglês, Strategic Advisor Group of Experts on Immunization), da Organização Mundial da Saúde.

As estratégias da campanha de vacinação contra a COVID-19 e o estabelecimento de grupos populacionais prioritários a serem vacinados são de definição do MS. As decisões ministeriais baseiam-se em argumentos técnicos, científicos e logísticos, evidência epidemiológica, eficácia e segurança do produto, somados à garantia da sustentabilidade da vacinação para toda população definida.

O Quadro 1 descreve a estimativa populacional em cada grupo prioritário a ser vacinado em Apucarana durante o ano de 2021. A vacinação se dá de forma escalonada, conforme a logística de distribuição adotada pelo PNI/MS, com ajustes de acordo com a realidade estadual e recebimento de doses. Em relação à vacinação dos trabalhadores da saúde, realizada na primeira etapa, paralelamente ao grupo populacional de idosos e indígenas, procedeu-se escalonamento de acordo com a atividade e posto de trabalho (Anexo II).

Quadro 1 – Estimativa populacional para a Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19.

Grupos Prioritários	Quantitativo
1. Pessoas de 60 anos ou mais, Institucionalizadas.	151
2. Pessoas com Deficiência Institucionalizadas.	10
3. População Indígena em Terras Indígenas Demarcadas.	0
4. Trabalhadores de Saúde que atuam em Serviços de Saúde.	3219
5. Pessoas de 90 anos ou mais.	597
6. Pessoas de 85 a 86 anos.	863
7. Pessoas de 80 a 84 anos.	1497
8. Pessoas de 75 a 79 anos.	2546
9. Povos e Comunidades Tradicionais Riberinhas.	0
10. Povos e Comunidades Tradicionais Quilombolas.	0
11. Pessoas de 70 a 74 anos.	3792
12. Pessoas de 65 a 69 anos.	5182
13. Pessoas de 60 a 64 anos.	6545
14. Pessoas com Comorbidades 18 a 59 anos e Gestantes e Puerperas com ou sem Comorbidade 18 a 59 anos.	18567
15. Pessoas com Deficiências Permanente Grave.	0
16. Pessoas em situação de Rua.	40
17. População Privada de Liberdade.	215
18. Funcionários do Sistema de Privação de Liberdade.	35
19. Trabalhadores da Educação do Ensino Básico (creche e pré-escola), ensino fundamental, médio, profissionalizante e EJA, e Trabalhadores da Assistência Social (Conforme Resolução Conjunta nº 001/2021 CEAS/PR e CIB/SUAS/PR).	2488
20. Trabalhadores da Educação do Ensino Superior.	389
21. Forças de Segurança e Salvamento.	362

22. Forças Armadas.	0
23. Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros.	173
24. Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário.	0
25. Trabalhadores de Transporte Aéreo.	0
26. Trabalhadores de Transporte de Aquaviário.	0
27. Caminhoneiros.	395
28. Trabalhadores Portuários.	0
29. Trabalhadores Industriais.	0
30. Trabalhadores da Limpeza Urbana e Manejo de Resíduos Sólidos.	150
Total	47216

* Fonte: Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19:

a) Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas: Sistema Único da Assistência Social - SUAS, 2019 – estimada a partir do censo SUAS.

b) População Indígena aldeado em terras demarcadas aldeada: dados disponibilizados pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI, novembro de 2020, incluiu indígenas acima de 18 anos atendidos pelo subsistema de saúde indígena.

c) Trabalhadores de Saúde - estimativa da Campanha de Influenza de 2020 - dados preliminares, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos.

d) Pessoas com 60 a 80 ou mais - estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE – 2020.

e) Pessoas em situação de Rua e Pessoas com Deficiência Institucionalizadas - Base do CadSuas (novembro de 2020).

f) Trabalhadores de Força de Segurança e Salvamento - estimativa da Campanha de Influenza de 2020 - dados preliminares, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos.

g) Pessoas com Comorbidades: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos.

h) Trabalhadores educacionais - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, acima de 18 anos, e SETI-Superintendência de Ciência e Tecnologia do Paraná, 2021.

i) Pessoas com Deficiência Institucionalizada: estimativa PNI/ MS.

j) Pessoas com Deficiência Permanente Severa: dados do Censo do IBGE de 2010, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos)

k) Povos e Comunidades Tradicionais Ribeirinha: Dados do Conselho Estadual dos Povos Indígenas e Tradicionais, SESA 2020, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos.

l) Caminhoneiros, Trabalhadores de Transporte Aéreo e Trabalhadores Portuários: dados do Registro Nacional de Transportadores Rodoviários de Cargas (RNTRC) e Relação Anual de Informações (RAIS), de 2019, incluiu indivíduos acima de 18 anos.

m) Trabalhadores do Transporte Coletivo Rodoviário e Ferroviário de Passageiros: dados do Registro Nacional de Transportadores Rodoviários de Cargas (RNTRC), Base da ANPTRLHOS (Associação Nacional dos Transportadores de Passageiros sobre Trilhos), de 2019, incluiu indivíduos acima de 18 anos.

n) População Privada de Liberdade e Trabalhadores do Sistema de Prisional: base de dados do Departamento Penitenciário Nacional-Infopen, de 2020, incluiu indivíduos acima de 18 anos.

o) Trabalhadores da Limpeza Urbana e Manejo de Resíduos Sólidos: Relação Anual de Informações Sociais (RAIS, 2020), fornecida pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Empresas de Prestação de Serviços de Asseio e Conservação, Limpeza Urbana e Áreas Verdes - CONASCON, incluiu indivíduos de 18 a 59 anos.

Observando-se as diretrizes do Ministério da Saúde priorizou-se, na primeira etapa da vacinação, trabalhadores de saúde, indígenas, pessoas com deficiência institucionalizadas e residentes com idade igual ou superior a 60 anos e seus colaboradores. Progressivamente, foi incluída a população de idosos não institucionalizados, iniciando-se pelos de faixa etária de pessoas com mais de 90 anos e povos e comunidades tradicionais quilombolas e ribeirinhas. Por determinação do MS, os profissionais das forças de segurança e salvamento (Grupo 21) e forças armadas (Grupo 22) foram priorizados em paralelo à população de idosos não institucionalizados.

Estima-se que até o final do primeiro quadrimestre de 2021, Apucarana alcance a meta de vacinação dos grupos prioritários 1 a 12 (Quadro 1).

Cumpridas as etapas destacadas anteriormente, inicia-se a vacinação de pessoas com deficiência permanente e pessoas com comorbidades que segue a definição do Plano Nacional de Operacionalização contra COVID-19.

De acordo com diretrizes atualizadas do MS, que consideram condições associadas de risco, foi incluído nesta etapa da vacinação nacional gestantes, puérperas, pessoas renais crônicas em terapia de substituição renal e pessoas portadoras da Síndrome de Down. Os critérios de priorização para vacinação são:

Na fase I vacinar, proporcionalmente, de acordo com o quantitativo de doses disponível:

- Pessoas com Síndrome de Down, independentemente da idade;
- Pessoas com doença renal crônica em terapia de substituição renal (diálise), independentemente da idade;
- Gestantes e puérperas com comorbidades, independentemente da idade;
- Pessoas com Deficiência Permanente de 55 a 59 anos, cadastradas no Programa de Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Na fase II vacinar, proporcionalmente, de acordo com o quantitativo de doses disponível:

- Pessoas com comorbidades de 18 a 54 anos;
- Pessoas com Deficiência Permanente cadastradas no BPC de 18 a 54 anos;
- Pessoas com Deficiência Permanente sem cadastro no BPC de 18 a 59 anos.

A lista das comorbidades e as respectivas definições estão apresentadas no Anexo I. Indivíduos pertencentes a esses grupos serão pré-cadastrados no SIPNI, aqueles que não tiverem sido pré-cadastrados deverão apresentar documentação comprobatória de pertencer a algum destes grupos de risco (exames, receitas, relatório médico, etc.), seguindo a Nota Orientativa 04/2021, disponível no endereço eletrônico: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>. Adicionalmente, poderão ser utilizados os cadastros já existentes nas Unidades de Saúde.

Os critérios norteadores para a operacionalização da vacinação, de forma escalonada, para os Grupos prioritários Fase I e Fase II (e respectivos subgrupos) estão apresentados no Anexo III.

Para a vacinação do Grupo de Deficiência Permanente, a definição encontra-se descrita no Anexo IV, seguindo as orientações descritas no PNO e documentos oficiais. Vale ressaltar que os municípios que tiverem concluído a vacinação dos grupos previstos na Fase I e tendo disponibilidade de doses, poderão avançar para a vacinação dos grupos previstos na Fase II.

Trabalhadores da Educação

Considerando que as escolas constituem serviço essencial, a decisão do governo do Paraná para o retorno seguro às aulas presenciais, o cenário epidemiológico do Estado, que as escolas são ambientes fechados, com elevado número de pessoas e que a execução regular de atividades coletivas constituem risco de ocorrência de casos entre os integrantes da comunidade escolar, em especial trabalhadores da educação, foi colocado em pauta a necessidade de antecipar o início da vacinação em Trabalhadores da Educação, seguindo escalonamento por idade, priorizando 55 a 59 anos e sucessivamente de forma decrescente, conforme a disponibilidade da vacina (Anexo IV).

Em continuidade a campanha de vacinação, deverá iniciar a vacinação dos grupos: Pessoas em Situação de Rua, Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros, Trabalhadores de Transporte Ferroviário e Caminhoneiros. A vacinação será realizada em conformidade com as orientações do PNO, no que se refere a comprovação de vínculo com a atividade exercida.

8. VACINAS CONTRA A COVID-19

No atual cenário da pandemia por COVID-19, no qual medidas sanitárias buscam ostensivamente reduzir o risco da transmissão do vírus SARS-CoV-2, uma vacina eficaz e segura é reconhecida como solução para o controle da doença. Inúmeros países, empresas, instituições de pesquisa e cientistas estão envolvidos no desenvolvimento de vacinas em uma velocidade sem precedentes. Atualmente as principais plataformas de desenvolvimento de vacinas contra a COVID-19 são:

a) Vacinas de vírus inativados: utilizam tecnologia clássica de produção, por meio da qual grande quantidade de vírus é produzida em meios de cultura e, posteriormente, são inativados por procedimentos físicos ou químicos. Geralmente são vacinas seguras e imunogênicas, pois os vírus inativados não possuem a capacidade de replicação e o organismo não fica exposto a grandes quantidades de antígenos. As vacinas COVID19 de vírus inativados em fase III são desenvolvidas por empresas associadas aos institutos de pesquisa Sinovac, Sinopharm/Wuhan Institute of Biological Products, Sinopharm/Beijing Institute of Biological Products e Bharat Biotech.

b) Vacinas de vetores virais: utilizam o vírus humano, ou de outros animais, replicantes ou não, como vetores dos genes responsáveis pela codificação e produção da proteína antigênica do SARS-CoV-2 (no caso a proteína Spike ou proteína S). Os vírus utilizados como vetores replicantes podem se multiplicar dentro das células, enquanto os não-replicantes, como o próprio nome sugere, não realizam este processo devido ao fato do seu material genético ter sido desativado ou excluído. Uma vez inoculadas, as vacinas contendo os vírus geneticamente modificados estimulam as células humanas a produzirem a proteína Spike, por meio da qual uma resposta imunológica específica será desencadeada. 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 tecnologia 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) Vacinas de RNA mensageiro: utilizam um segmento do RNA mensageiro do vírus para codificação e produção da proteína Spike, desencadeando resposta imunológica específica. Esta tecnologia, apesar de permitir a produção de vacinas em grande escala, utiliza tecnologia totalmente nova, nunca antes utilizada ou licenciada para uso em larga escala. As vacinas produzidas pela Moderna/NIH e Pfizer/BioNTec seguem esta tecnologia de mRNA, sendo que ambas se encontram na fase III de análise. Do ponto de vista de transporte e armazenamento, estas vacinas requerem temperaturas muito baixas para conservação (-70º C para a vacina produzida pela Pfizer e -20º C para a vacina produzida pela Moderna), o que pode representar obstáculo operacional para a vacinação em massa, especialmente em países de baixa renda.

d) Unidades proteicas: utilizam uma proteína do vírus SARS-CoV-2 ou uma parte dela, ou ainda proteínas que imitam algo da estrutura do vírus, como seu revestimento externo, para provocar uma resposta imunológica do organismo. Esta é uma forma de tecnologia já licenciada e utilizada em outras vacinas, e cuja fabricação requer o uso em larga escala. Estas vacinas requerem o uso de substâncias adjuvantes para indução da resposta imunológica no indivíduo. As vacinas contra COVID-19 que utilizam

este tipo de tecnologia são: Novavax (utiliza o adjuvante Matriz-M1™) e a vacina desenvolvida pela Anhui Zhifei Longcom Biopharmaceutical e Institute of Microbiology Chinese Academy of Sciences, as quais estão na fase III da análise.

9. VACINAS UTILIZADAS NA ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO

As vacinas COVID-19 distribuídas para uso até o momento para o andamento da 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: Serum Institute of India Pvt. Ltd. Parceria: 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 Covax Facility.
- Pfizer/Wyeth: vacina covid-19 (RNAm) (Comirnaty) – Pfizer/Wyeth.
- Janssen Cilag: vacina contra covid-19 – (RNAm).

10. MONITORAMENTO, SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO

MONITORAMENTO

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:

- i. Avaliação e identificação da estrutura existente na rede;
- ii. Processos;
- iii. Indicadores de intervenção.

SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO

A supervisão e avaliação devem permear todo o processo definido e pactuado pelas instâncias gestoras, com responsabilidades compartilhadas entre os gestores municipais, estaduais e federal. Tais processos apoiarão nas respostas necessárias para a correta execução da intervenção. Ao final da intervenção deve-se realizar a avaliação de todas as fases do processo, do planejamento à execução, com resultados esperados e alcançados, identificando as fortalezas e fragilidades do Plano Operativo e da intervenção proposta. Destaca-se a flexibilidade deste Plano, para acompanhar as possíveis mudanças tanto no cenário epidemiológico da doença, quanto nos estudos das vacinas, podendo exigir alterações no Plano ao longo do processo.

11. COMUNICAÇÃO

Com a chegada da vacina, o esforço de comunicação será ainda mais intensificado. A primeira etapa, em andamento, é apresentar aos paranaenses que antes mesmo da chegada dos imunobiológicos, houve preparação prévia das estruturas operacionais da Saúde.

Compete a Assessoria de Imprensa da Prefeitura do Município de Apucarana elaborar a estratégia nos seguintes termos:

- Criar e produzir em peças publicitárias que o Município de Apucarana está organizado e comprometido em receber as doses do Ministério da Saúde e iniciar a imunização, numa linguagem geral, simples, clara e acessível;
- Veicular campanha publicitária nas diferentes plataformas de mídia digital Município de Apucarana: informações sobre a vacina, público-alvo, disponibilidade, entre outros;
- Veicular campanha publicitária nos diferentes meios de comunicação: rádio, televisão, sites e jornais; - Intensificar o relacionamento com a imprensa, com variados enfoques sobre o início da vacinação, a importância da imunização, público-alvo, ações integradas com os municípios, e outros;
- Dirimir possíveis dúvidas e gerenciar riscos ou adversidades no processo de comunicação;
- Ampliar a informação pelos canais oficiais Município de Apucarana, especialmente pelos sites e redes sociais, em conjunto com outras plataformas;
- Preparar cards para envio massificado via WhatsApp com orientações e informações sobre ações de vacinação;
- Eleger porta-voz nas diferentes áreas, institucional, técnica e operacional para falar sobre a vacinação;
- Superar ruídos de comunicação com agenda permanente na imprensa, evitando assim crises de imagem institucional;
- Antecipar possíveis problemas ou adversidades no tratamento e apuração de fatos, dados e notícias envolvendo a estratégia de vacinação e que possam desgastar a imagem da gestão ou gerar fakenews;
- Nos produtos de comunicação oficial, utilizar linguagem de fácil compreensão e maior efetividade;
- Democratizar a informação, atendendo às demandas e necessidades da imprensa.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid – 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação. Estratégia de Vacinação contra a Covid – 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

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. 5ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 197, de 26 de dezembro de 2017. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de vacinação humana.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 406, de 22 de julho de 2020. Dispõe sobre as Boas Práticas de Farmacovigilância para Detentores de Registro de Medicamento de uso humano.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Informe Técnico 22ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Brasília, Ministério da Saúde, 2020. Endereço eletrônico: <https://www.saude.gov.br/files/imunizacao/influenza/InformeTecnicoInfluenza.2020.pdf>

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Vacinação contra a Covid – 19. Curitiba: Secretaria da Saúde, 2021.

13. ANEXOS

ANEXO I

DESCRIÇÃO DAS COMORBIDADES INCLUÍDAS COMO PRIORITÁRIAS PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Grupo de comorbidades	Descrição
Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes.
Pneumopatias crônicas graves	Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática).
Hipertensão Arterial	<p>Hipertensão Arterial Resistente (HAR): Quando a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos.</p> <p>Hipertensão arterial estágio 3: PA sistólica ≥ 180mmHg e/ou diastólica ≥ 110mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade.</p> <p>Hipertensão arterial estágio 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ ou comorbidade: PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade.</p>
Doenças cardiovasculares	<p>Insuficiência cardíaca (IC): IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association.</p> <p>Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar: Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária.</p> <p>Cardiopatía hipertensiva: (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo).</p> <p>Síndromes coronarianas: crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatía isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras).</p> <p>Valvopatias: Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e</p>

	<p>outras).</p> <p>Miocardopatias e Pericardopatias: Miocardopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática.</p> <p>Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas: Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos.</p> <p>Arritmias cardíacas: com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras).</p> <p>Cardiopatias congênita no adulto: Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.</p> <p>Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados: Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, resincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).</p>
Doenças neurológicas crônicas	Doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular); doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória, indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla, e condições similares; doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; deficiência neurológica grave.
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m ²) e/ou síndrome nefrótica.
Imunossuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV; doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de prednisona ou equivalente >10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos em tratamento e/ou que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.
Hemoglobinopatias graves	Doença falciforme e talassemia maior.
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40.
Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21.
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C.

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

ANEXO II

Escalonamento da vacinação em Trabalhadores de Saúde que atuam em Serviços de Saúde

I – INTRODUÇÃO

Considerando a população a ser vacinada e o quantitativo de vacinas disponíveis, os conceitos e escalonamento, abaixo apresentados, visam a subsidiar a execução do Plano Municipal de Vacinação Contra a COVID-19.

Este conteúdo será atualizado sempre que houver modificações nas variáveis ora consideradas e de acordo com mudanças no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19, do Programa Nacional de Imunizações – PNI, do Ministério da Saúde.

II – TRABALHADOR DE SERVIÇO DE SAÚDE

Pessoa que exerce as atividades laborais em serviço de saúde (instituições públicas e privadas prestadoras de serviços de internação hospitalar e instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde).

Os locais de trabalho são de natureza diversa, desde onde se realiza a assistência direta ao usuário acamado, até ambientes cujas atividades desenvolvidas são, exclusivamente, administrativas.

Deste modo, ainda que se enquadre como trabalhador de serviço de saúde, a exposição ao risco é diversa nos diferentes ambientes de trabalho.

A priorização da vacinação contra a COVID-19 no grupo prioritário de Trabalhadores de Saúde que atuam em Serviços de Saúde será em conformidade com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19 (PNI/MS, 2021, 5ª Edição), e escalonada por local de atividade.

Todos os trabalhadores de saúde serão vacinados, porém, a ordem de prioridade temporal para a vacinação está escalonada em subgrupos, conforme apresentado abaixo.

III – ESCALONAMENTO DA VACINAÇÃO EM TRABALHADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS

A execução do Plano Estadual de Vacinação Contra a COVID-19 no Paraná se dará em etapas (1 a 10) correspondentes aos subgrupos de trabalhadores de saúde (ordem operacional e cronológica). Exemplificando, ao término da vacinação dos trabalhadores do subgrupo 1, inicia-se a vacinação para os trabalhadores pertencentes ao subgrupo 2 e assim, sucessivamente.

SUBGRUPOS DE TRABALHADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Trabalhadores vacinadores/aplicadores da vacina contra a COVID-19;
2. Trabalhadores de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI);
3. Trabalhadores de hospitais e serviços de urgência e emergência (UPA, SAMU, SIATE), de referência* COVID-19, Clínicas de Diálise, Serviços de Oncologia:
 - 3.1 Trabalhadores que atuam na assistência direta a paciente COVID-19;
 - 3.2 Trabalhadores de apoio/suporte ao paciente e à equipe que atende COVID-19 (motorista, laboratório, imagem, limpeza, nutrição, entre outros);
 - 3.3 Trabalhadores que atuam em Clínicas de Diálise e Serviços de Oncologia, devido ao risco de transmissão do vírus aos pacientes;
 - 3.4 Trabalhadores em geral, exceto de áreas administrativas.

4. Trabalhadores de Centros de Atendimento à COVID-19;
5. Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) e de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
6. Trabalhadores de laboratórios que coletam ambulatorialmente e processam testes/exames laboratoriais para a COVID-19;
7. Trabalhadores dos demais serviços de Urgência e Emergência, como os Pronto Atendimento (PA) que não são referência para COVID-19 e de hemocentros;
8. Trabalhadores que atuam na Vigilância em Saúde que desenvolvem atividades de campo relacionadas à COVID-19;
9. Trabalhadores dos demais serviços ambulatoriais e hospitalares, trabalhadores atuantes em farmácias, em sistema funerário que tenham contato com cadáveres potencialmente contaminados (COVID-19), cuidadores domiciliares, doulas, e trabalhadores atuantes em áreas administrativas, inclusive da gerência e gestão da saúde;
10. Trabalhadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados, que se encontram em teletrabalho devido pandemia, e demais não listados anteriormente.
11. Trabalhadores de Saúde com atividades na coleta de resíduos de serviço de saúde; Entregadores de oxigênio que realizam troca de válvulas e cilindros em serviços de saúde; Trabalhadores das empresas que realizam esterilização de material hospitalar. Como comprovação deve ser apresentada uma declaração com as atividades realizadas.
12. Profissionais de Saúde, que contemplam as 14 profissões definidas na Resolução 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde, conforme PNO, sendo: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais, com comprovação pelo registro profissional em seu respectivo Conselho de Classe).
13. (*) Serviço de saúde que presta atendimento à paciente COVID-19.