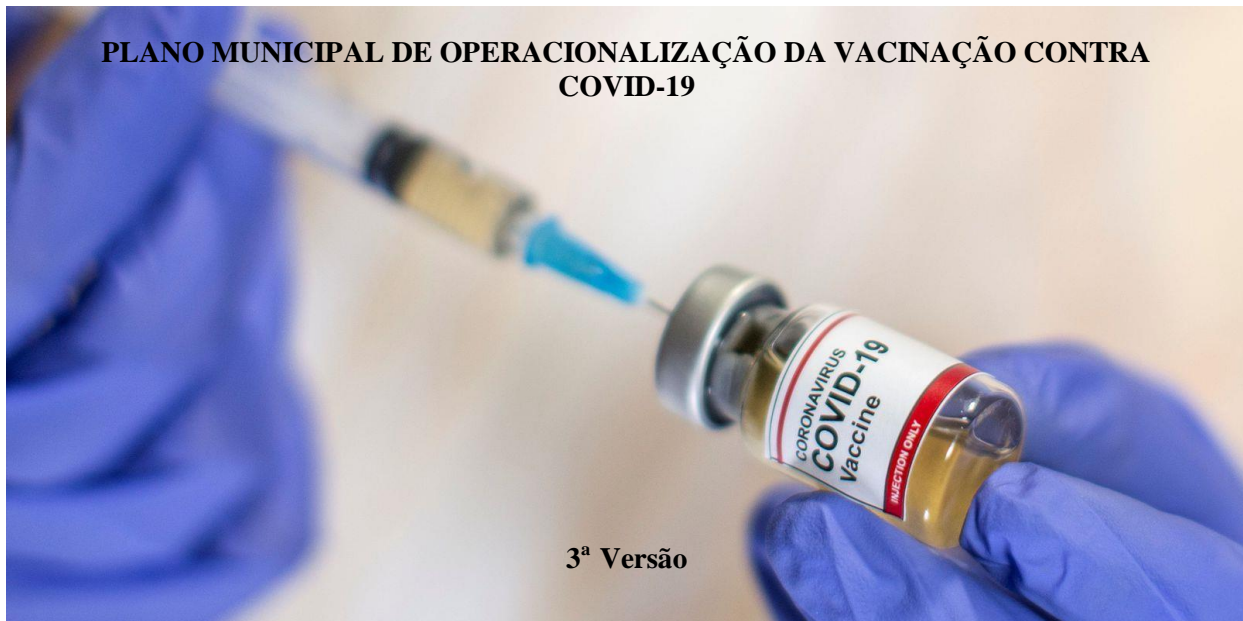




PREFEITURA DE TAMANDARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Documento Assinado Digitalmente por: ISAIAS HONORATO DA SILVA MARQUES, ANDREA DA SILVA MICHELES
Acesse em: <https://stce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 16c70210-1854-4098-9f4f-6e0ca4760e2f



**PLANO MUNICIPAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA
COVID-19**

3ª Versão



EXPEDIENTE

PREFEITO MUNICIPAL

Isaías Honorato da Silva Marques

VICE-PREFEITO

Raimundo Nonato Lopes Júnior

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Andrea Micheles da Silva

COORDENADORA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Ataly Lima Durval Borba

COORDENADORA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Paula Roberta de Lima

COORDENAÇÃO DE ENFRENTAMENTO A COVID-19

Paula Roberta de Lima

COORDENADORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Paula Roberta de Lima

COORDENADORA MUNICIPAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

Iolanda Angelita Lima Monteiro

ELABORAÇÃO

Paula Roberta de Lima

REVISÃO

Iolanda Angelita Lima Monteiro

Fabiana Maria do Nascimento



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 OBJETIVOS.....	5
2.1 OBJETIVO GERAL.....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
3 PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19	6
4 GRUPOS PRIORITÁRIOS.....	7
5 ESQUEMA DE VACINAÇÃO.....	12
5.1 PROCEDIMENTOS PARA A ADMINISTRAÇÃO DAS VACINAS.....	10
5.2 ADMINISTRAÇÃO SIMULTÂNEA COM OUTRAS VACINAS.....	10
5.3 CONSERVAÇÃO DA VACINA	10
5.4 PRECAUÇÕES	10
5.5 GRUPOS ESPECIAIS	11
5.5.1 Gestantes, Puérperas e Lactantes	11
5.5.2 Uso de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes Orais e Vacinação.....	12
5.5.3 Pacientes Portadores de Doenças Reumáticas Imunomediadas (Drim)	12
5.5.4 Pacientes Oncológicos, Transplantados e Demais Pacientes Imunossuprimidos ...	12
5.6 CONTRAINDICAÇÃO	13
5.7 META DE VACINAÇÃO.....	13
6 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE	13
6.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS AÇÕES DE VACINAÇÃO.....	13
6.2 ORGANIZAÇÃO DO LOCAL DE ESPERA NA UNIDADE DE SAÚDE.....	14
6.3 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) MÍNIMOS PARA O VACINADOR.....	14
6.4 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EXTRAMUROS.....	14
6.5 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS PROVENIENTES DA VACINAÇÃO	15
6.6 REGISTRO DE DOSES APLICADAS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES.....	15
6.7 VIGILÂNCIA DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO (EAPV).....	15
7 ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO	16
REFERÊNCIAS	17



1 INTRODUÇÃO

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 a população por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas.

Após dois anos (2 anos) de pandemia, Pernambuco atingiu a marca de 896.215 casos confirmados de Covid-19, desde março de 2020, o estado acumulou 21.400 mortes. No dia 30 de março de 2022, diante da redução dos registros, o governo decretou estado de emergência em saúde pública. Isso significa uma situação menos grave do que o estado de calamidade pública, em vigor desde o início da pandemia em 10 de março de 2020.

De acordo com o estado, a Nota Técnica nº 12/2022, da Secretaria Estadual de Saúde, reconhece que o cenário da Covid-19 em Pernambuco não justifica a renovação do estado de calamidade pública, em vigor até 31 de março de 2022.

No entanto, esse documento recomenda a decretação do “estado de emergência em saúde pública”, a fim de permitir, “sem solução de continuidade”, a transição segura para a “situação de normalidade”.

O estado também determina a “permanência dos mecanismos de vigilância e resposta, necessários à gestão operacional e estratégica das ações de combate à pandemia.”

O decreto Nº 52.505, de 29 de março, informa que o estado de emergência em saúde pública foi declarado por causa “da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, desastre de natureza biológica, causado por epidemia de doenças infecciosas virais.”

O decreto entrou em vigor em 1º de abril com duração de três meses. De acordo com o governo, “os órgãos e entidades da administração pública continuarão a adotar todas as medidas necessárias ao enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente da Covid-19”. O prazo de vigência do decreto poderá ser ampliado, “caso as circunstâncias que ensejaram sua edição se mantiverem”. Levou-se em consideração a manutenção pela Organização Mundial de Saúde (OMS) da classificação da Pandemia de Covid-19 como “emergência de saúde pública de Importância Internacional, com fundamento no Regulamento Sanitário Internacional”.

O estado alega, ainda, “o impacto que este evento ainda mantém no cenário sanitário global, exigindo-se de forma contínua e articulada as ações e respostas necessárias para interromper a propagação do vírus e reduzir as consequências da doença”.



O governo também aponta que há “lacunas de vacinação entre países”, e que 36% da população mundial e 85,9% das pessoas em países de baixa renda “ainda não receberam nenhuma dose da vacina”, o que possibilita o surgimento de novas variantes.



2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o planejamento das ações e estratégias para a vacinação contra a COVID-19 no município de Tamandaré – PE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Otimizar os recursos existentes por meio de planejamento e programação oportunos para operacionalização da vacinação no município;
- Apresentar a população-alvo e grupos prioritários para vacinação contra a COVID-19;
- Relacionar as estratégias de comunicação para a população quanto à vacinação contra a COVID-19.



3 PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi instituído em 1973 e, após a consolidação do Sistema Único de Saúde em 1988, foi redirecionado esforços para a sua manutenção e o seu pleno desenvolvimento⁴. Como exemplos de sucesso do uso de vacinas, destacam-se a erradicação da varíola, a eliminação da poliomielite, febre amarela urbana e a circulação do vírus da rubéola, entre outros agravos, reduzindo taxas de hospitalizações e de morbimortalidade, sobretudo nos componentes mais vulneráveis^{5,6}.

O PNI é referência mundial dado o reconhecimento aos múltiplos avanços em aspectos de modernização tecnológica na produção de imunobiológicos e por conter normas rígidas que garantem a conservação, transporte, administração, programação e avaliação regular dos insumos, garantindo a segurança dos procedimentos operacionais. A estrutura da cadeia de frio permeia as três esferas de gestão e organiza-se em instâncias nacional, estadual, regional, municipal e local, com fluxos de armazenamento e distribuição definidos de forma a atender às atividades de vacinação, em função dos calendários e da situação epidemiológica⁷.

Em 09 de setembro de 2020 foi instituído um Grupo de Trabalho para a coordenação de esforços da União na aquisição e na distribuição de vacinas COVID-19 (Resolução nº 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 coordenar as ações governamentais relativas às vacinas COVID-19 e colaborar no planejamento da estratégia nacional de imunização voluntária contra a COVID-19⁹.

Em 16 de dezembro de 2020 o Ministério da Saúde apresentou a 1ª edição do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, o qual necessitará de atualizações das recomendações na medida em que se observa avanço nas publicações e evidências científicas⁸. Visto que, fatores decisivos como a disponibilidade, licenciamento dos imunizantes e situação epidemiológica deverão estar suficientemente delineados para alcançar a validação do planejamento e as expectativas de prazos. À princípio, existirá fases de execução para atender as especificidades dos grupos populacionais e os eixos prioritários.



4 GRUPOS PRIORITÁRIOS

Considerando a transmissibilidade da covid-19, cerca de 60 a 70% da população precisaria estar imune (assumindo uma população com interação homogênea) para interromper a circulação do vírus. Desta forma seria necessária a vacinação de 70% ou mais da população para eliminação da doença, a depender da efetividade da vacina em prevenir a transmissão. Portanto, em um momento inicial, onde não existe ampla disponibilidade da vacina no mercado mundial, o objetivo principal da vacinação passa a ser focado na redução da morbimortalidade causada pela COVID-19, bem como a proteção da força de trabalho para manutenção do funcionamento dos serviços de saúde e dos serviços essenciais⁸.

O quadro 1 demonstra os grupos prioritários e o ordenamento das prioridades para a Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID19. O PNI reforça que todos os grupos elencados serão contemplados com a vacinação, entretanto de forma escalonada por conta de não dispor de doses de vacinas imediatas para vacinar todos os grupos em etapa única. Cabe ressaltar que poderá ocorrer alterações na sequência de prioridades descritas no quadro 1 e/ou subdivisões de alguns estratos populacionais, bem como a inserção de novos grupos, à luz de novas evidências sobre a doença, situação epidemiológica e das vacinas COVID-19.

Quadro 1 Ordenamento dos grupos prioritários para vacinação contra COVID-19

GRUPO	GRUPO PRIORITÁRIO
1	Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas
2	Pessoas com deficiência institucionalizadas
3	Povos indígenas vivendo em terras indígenas
4	Trabalhadores de saúde
5	Pessoas de 90 anos ou mais
6	Pessoas de 85 a 89 anos
7	Pessoas de 80 a 84 anos
8	Pessoas de 75 a 79 anos
9	Povos e comunidades tradicionais Ribeirinhas- N/A
10	Povos e comunidades tradicionais Quilombolas
11	Pessoas de 70 a 74 anos
12	Pessoas de 65 a 69 anos
13	Pessoas de 60 a 64 anos
14	Pessoas de 18 a 59 anos com comorbidades (Diabetes mellitus; hipertensão arterial sistêmica grave (de difícil controle e/ou com lesão de órgão-alvo); doença pulmonar obstrutiva crônica; doença renal; doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; indivíduos transplantados de órgão sólido; anemia falciforme; obesidade grave (IMC \geq 40)
15	Pessoas com deficiência permanente



16	Pessoas em situação de rua
17	População privada de liberdade
18	Funcionários do sistema de privação de liberdade
19	Trabalhadores da educação do ensino básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA)
20	Trabalhadores da educação do ensino superior
21	Forças de segurança e salvamento
22	Forças Armadas
23	Trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros
24	Trabalhadores de transporte metroviário e ferroviário
25	Trabalhadores de transporte aéreo
26	Trabalhadores de transporte aquaviário
27	Caminhoneiros
28	Trabalhadores portuários
29	Trabalhadores industriais

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

Na primeira etapa da campanha serão incorporados os seguintes grupos prioritários: pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas); pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em residências inclusivas (institucionalizadas); população indígena que vive em terras indígenas homologadas e não homologadas; e 34% dos Trabalhadores da saúde.

Considerando a dimensão da categoria dos trabalhadores de saúde, foi necessário um ordenamento de priorização desse estrato populacional, a fim de atender todos os trabalhadores da saúde com a vacinação, sendo facultado a Estados e Municípios a possibilidade de adequar a priorização conforme a realidade local, a serem pactuadas na esfera bipartite. Segue abaixo a orientação de priorização da categoria dos trabalhadores de saúde que foram estabelecidas:

- Equipes de vacinação que estiverem inicialmente envolvidas na vacinação;
- Trabalhadores dos serviços de saúde públicos e privados, tanto da urgência quanto da atenção básica, envolvidos diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de COVID-19;
- Demais trabalhadores de saúde.

5 SITUAÇÃO DAS VACINAS EM DESENVOLVIMENTO CONTRA A COVID-19

A Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 iniciou-se em 18 de janeiro de 2021. Naquele momento, devido à não disponibilidade de doses de imunizantes no mercado mundial para o atendimento simultâneo de toda a população vacinável, no objetivo de



viabilizar o uso das vacinas disponíveis, o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO) elencou grupos prioritários para o início da vacinação. 2.2. No plano, o objetivo principal da vacinação era a redução da morbimortalidade causada pela Covid-19, assim também a proteção da força de trabalho para manutenção do funcionamento dos serviços de saúde e serviços essenciais. Nesse sentido foram discriminados grupos prioritários pelos quais se iniciou a imunização. Até o dia 02/06/2022 foram distribuídas 476 milhões de doses de vacinas para as unidades da federação, com cerca de 399 milhões de doses aplicadas e registradas. A cobertura vacinal para a primeira dose (D1) é de 91,5% e para segunda dose (D2) é de 85,8% para a população geral.

Um estudo realizado com 22.402 profissionais de saúde avaliou a efetividade da vacina CoronaVac 2 e 3 semanas após a segunda dose. Casos semanais de COVID-19 sintomáticos entre os trabalhadores foram avaliados e oficialmente notificados na cidade de São Paulo. Apesar do aumento do número de casos na cidade no mesmo período, não houve aumento do número de casos de covid-19 na população estudada até a semana epidemiológica 12. A efetividade estimada 2 e 3 semanas após a 2ª dose foi de 50,7% e 51,8%, respectivamente. O estudo concluiu que a vacina Coronavac demonstrou efetividade e garantiu proteção neste grupo de trabalhadores de saúde.

Durante o período de 14 de dezembro de 2020 a 10 de abril de 2021, os dados da Coorte HEROES-RECOVER, uma rede de coortes prospectivas entre os trabalhadores da linha de frente nos EUA, mostraram que as vacinas Pfizer-BioNTech e Moderna mRNA COVID-19 foram aproximadamente 90% eficazes na prevenção de sintomas e infecção assintomática pelo SARS-CoV-2 em condições de vida real entre profissionais de saúde. A efetividade das vacinas foi de 85% entre os participantes para os quais passaram menos de 120 dias desde a conclusão da vacinação completa, em comparação com 73% entre aqueles para os quais passaram mais de 150 dias. A efetividade ajustada durante o período de predominância da variante Delta foi de 66% (IC 95% = 26% –84%) em comparação com 91% (IC de 95% = 81% –96%) durante os meses anteriores. Além da menor eficácia das vacinas em relação à variante delta, os pesquisadores interpretaram que a menor efetividade com o passar do tempo pode estar relacionada a redução da resposta imunológica desde a vacinação primária, sobretudo nos trabalhadores da linha de frente

As vacinas de mRNA SARS CoV-2, BNT162b2 (Pfizer – BioNTech) e mRNA-1273 (Moderna), demonstraram anteriormente taxas de eficácia de 95% e 94,1%, respectivamente, em seus ensaios clínicos iniciais, e para a vacina BNT162b2, observou-se uma efetividade reduzida (84%) 4 meses após a segunda dose. A mudança na eficácia da vacina nos meses de



junho a julho na Califórnia, sobretudo em trabalhadores de saúde, é provável que seja devido ao surgimento da variante delta e diminuição da imunidade ao longo do tempo. Os autores sugerem em sua conclusão de que doses de reforço podem ser necessárias em decorrência da redução na resposta imune observada também em outros estudos.

DOSE DE REFORÇO

Dados brasileiros demonstraram a redução de efetividade da vacina contra a Covid-19 para casos sintomáticos pela variante ômicron observada após 90 dias de reforços homólogos e heterólogos. No entanto, o declínio da efetividade contra casos graves só foi observado após reforços homólogos. A redução da efetividade para infecções em relação às plataformas vacinais com o avançar do tempo tem sido observada em vários estudos e por este motivo, estratégias diferenciadas para garantir a proteção de grupos de maior vulnerabilidade ou maior exposição, devem ser rotineiramente reavaliadas. Achados de estudos desenvolvidos em Israel, demonstraram que, após a aplicação de uma segunda dose de reforço, houve aumento de cinco vezes nos títulos de anticorpos após uma semana. Em um estudo que comparou a efetividade da vacina mRNA contra doença grave pela variante ômicron em indivíduos com mais de 60 anos de idade que receberam um ou duas doses de reforço, os autores observaram melhor proteção no grupo que recebeu a segunda dose de reforço em detrimento a quem recebeu apenas a primeira dose de reforço. Nesse sentido, as atualizações científicas apresentadas reforçam a capacidade das diferentes vacinas Covid-19 em induzir memória imunológica, bem como de amplificar a resposta imune com dose de reforço ao esquema vacinal inicial na população em geral e, particularmente em trabalhadores da saúde, uma vez que este grupo recebeu a série primária de vacinação há cerca de 12 meses e dose de reforço há cerca de 6 meses no Brasil. É importante ressaltar que os dados de segurança disponíveis no momento não permitem avaliar a ocorrência de eventos adversos raros para a segunda dose de reforço.

Apesar de existirem, até o momento, poucos dados em relação à magnitude e duração do benefício de uma segunda dose de reforço com vacinas covid-19, diferentes estratégias de vacinação devem ser utilizadas com base na situação epidemiológica e na disponibilidade de vacinas. O surgimento de novas variantes de preocupação também deve ser considerado, sobretudo para recomendações a grupos mais vulneráveis e mais expostos como os trabalhadores de saúde. Considerando a possibilidade de amplificação da resposta imune com doses de reforço de vacinas Covid-19. Considerando a necessidade de adequação do esquema vacinal nesses indivíduos devido à sua maior exposição a covid-19 e conseqüentemente maior risco de adoecimento, absenteísmo e complicações da doença. Ministério da Saúde, após ampla discussão na Câmara Técnica em Imunização da Covid- 19 (CTAI COVID-19), opta por adotar



a administração de: Uma segunda dose de reforço da vacina para todos os trabalhadores da saúde, que deverá ser administrada 4 meses após a última dose do esquema vacinal independente do imunizante aplicado. Considera-se trabalhadores da saúde indicados para receber a dose de reforço, os indivíduos que trabalham em estabelecimentos de assistência, vigilância à saúde, regulação e gestão à saúde; ou seja, que atuam em estabelecimentos de serviços de saúde, a exemplo de hospitais, clínicas, ambulatórios, unidades básicas de saúde, laboratórios, farmácias, drogarias e outros locais. Dentre eles, estão os profissionais de saúde, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, profissionais da vigilância em saúde e os trabalhadores de apoio (exemplos: recepcionistas, seguranças, trabalhadores da limpeza, cozinheiros e auxiliares, motoristas de ambulâncias, gestores e outros, além de trabalhadores de serviços de interesse à saúde conforme descritos no Ofício-Circular Nº 57/2021/SVS/MS, de 12 de março de 2021, e Nº 156/2021/SVS/MS, de 11 de junho de 2021. Inclui-se, ainda, aqueles profissionais que atuam em cuidados domiciliares (exemplos: programas ou serviços de atendimento domiciliar, cuidadores de idosos, doulas/parteiras), bem como familiares diretamente responsáveis pelo cuidado de indivíduos gravemente enfermos ou com deficiência permanente que impossibilite o autocuidado (não estão inclusos todos os contatos domiciliares destes indivíduos, apenas o familiar diretamente responsável pelo cuidado). A vacina a ser utilizada para a dose de reforço deverá ser das plataformas de mRNA (Comirnaty/Pfizer) ou vetor viral (Janssen ou AstraZeneca); as plataformas de vacinas inativadas não estão recomendadas para a finalidade descrita neste documento até que tenhamos disponíveis novas evidências científicas sobre a sua efetividade como doses de reforço em pessoas com mais 50 anos ou mais e imunocomprometidos. A nomenclatura a ser utilizada para fins de registro no sistema de informação deverá ser SEGUNDA DOSE DE REFORÇO (R2). O PNO é dinâmico, evolutivo e adaptável à evolução do conhecimento científico, à situação epidemiológica, e à disponibilidade das vacinas contra a Covid-19 no Brasil.

6 ESQUEMA DE VACINAÇÃO

6.1 PROCEDIMENTOS PARA A ADMINISTRAÇÃO DAS VACINAS

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



administração será a ventroglútea, devendo ser utilizada por profissionais capacitados. Serão utilizadas para aplicação seringas e agulhas com as seguintes especificações:

- Seringas de plástico descartáveis (de 3,0 ml);
- Agulhas descartáveis de para uso intramuscular: 20 x 5,5 dec/mm e 25 x 6,0 dec/mm.

6.2 CONSERVAÇÃO DA VACINA

As vacinas deverão ser acondicionadas em temperatura de +2°C e +8°C nas câmaras frias/refrigeradas. Referente a preparação da caixa térmica, essa deverá obedecer às recomendações já definidas no Manual de Normas e Procedimentos para vacinação.

Todas as condições de refrigeração adequada, utilização de caixas térmicas com bobinas reutilizáveis e monitoramento contínuo (mapa de controle) durante todo o processo de recebimento e armazenamento de cargas devem ser verificados por um técnico capacitado do programa de imunização.

6.3 PRECAUÇÕES

Em geral, como com todas as vacinas, diante de doenças agudas febris moderadas ou graves, recomenda-se o adiamento da vacinação até a resolução do quadro com o intuito de não se atribuir à vacina as manifestações da doença. Não há evidências, até o momento, de preocupação de segurança na vacinação de indivíduos com história anterior de infecção ou com anticorpo detectável pelo SARS-COV-2.



É improvável que a vacinação de indivíduos infectados (em período de incubação) ou assintomáticos tenha um efeito prejudicial sobre a doença. Entretanto, recomenda-se o adiamento da vacinação nas pessoas com quadro sugestivo de infecção em atividade 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.

Pacientes que fazem uso de imunoglobulina humana devem ser vacinados com pelo menos um mês de intervalo entre a administração da imunoglobulina e a vacina, de forma a não interferir na resposta imunológica.

A inaptidão temporária a doação de sangue e componentes associada ao uso de vacinas são: Sinovac/Butantan - 48 horas após cada dose; AstraZeneca/Fiocruz - 7 dias após cada dose.

6.4 GRUPOS ESPECIAIS

6.4.1 Gestantes, Puérperas e Lactantes

A segurança e eficácia das vacinas não foram avaliadas nestes grupos, no entanto estudos em animais não demonstraram risco de malformações. Para as mulheres, pertencentes a um dos grupos prioritários, que se apresentem nestas condições (gestantes, lactantes ou puérperas), a vacinação poderá ser realizada após avaliação cautelosa dos riscos e benefícios e com decisão compartilhada, entre a mulher e seu médico prescritor.

As gestantes e lactantes devem ser informadas sobre os dados de eficácia e segurança das vacinas conhecidos assim como os dados ainda não disponíveis. A decisão entre o médico e a paciente deve considerar: o nível de potencial contaminação do vírus na comunidade; a potencial eficácia da vacina; o risco e a potencial gravidade da doença materna, incluindo os efeitos no feto e no recém-nascido e a segurança da vacina para o binômio materno-fetal.

O teste de gravidez não deve ser um pré-requisito para a administração das vacinas nas mulheres com potencial para engravidar e que se encontram em um dos grupos prioritários para vacinação.

As gestantes e lactantes, 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.



A vacinação inadvertida deverá ser notificada no sistema de notificação e-SUS notifica como um “erro de imunização” para fins de controle e monitoramento de ocorrência de eventos adversos.

Caso opte-se pela vacinação das lactantes o aleitamento materno não deverá ser interrompido.

Eventos adversos que venham a ocorrer com a gestante após a vacinação deverão ser notificados no e-SUS notifica, bem como quaisquer eventos adversos que ocorram com o feto ou com o recém-nascido até 6 meses após o nascimento.

6.4.2 Uso de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes Orais e Vacinação

Os antiagregantes plaquetários devem ser mantidos e não implicam em impedimento à vacinação. O uso de injeção intramuscular em pacientes sob uso crônico de antiagregantes plaquetários é prática corrente, portanto considerado seguro;

Não há relatos de interação entre os anticoagulantes em uso no Brasil – varfarina, apixabana, dabigatrana, edoxabana e rivaroxabana – com vacinas. Portanto deve ser mantida conforme a prescrição do médico assistente. Dados obtidos com vacinação intramuscular contra Influenza em pacientes anticoagulados com varfarina mostraram que esta via foi segura, sem manifestações hemorrágicas locais de vulto. A comparação da via intramuscular com a subcutânea mostrou que a primeira é segura e eficaz na maioria das vacinas em uso clínico. Por cautela, a vacina pode ser administrada o mais longe possível da última dose do anticoagulante.

6.4.3 Pacientes Portadores de Doenças Reumáticas Imunomediadas (Drim)

Preferencialmente o paciente deve ser vacinado estando com a doença controlada ou em remissão, como também em baixo grau de imunossupressão ou sem imunossupressão. Entretanto, a decisão sobre a vacinação em pacientes com DRIM deve ser individualizada, levando em consideração a faixa etária, a doença reumática autoimune de base, os graus de atividade e imunossupressão, além das comorbidades, devendo ser sob orientação de médico especialista. A escolha da vacina deve seguir as recomendações de órgãos sanitários e regulatórios, assim como a disponibilidade local.

6.4.4 Pacientes Oncológicos, Transplantados e Demais Pacientes Imunossuprimidos



A eficácia e segurança das vacinas COVID-19 não foram avaliadas nesta população. No entanto, considerando as plataformas em questão (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, sendo que a vacinação somente deverá ser realizada com prescrição médica.

6.5 CONTRAINDICAÇÃO

- Pessoas menores de 18 anos;
- Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer dos excipientes da vacina;
- Para aquelas pessoas que já apresentaram uma reação anafilática confirmada a uma dose anterior de uma vacina COVID-19.

6.6 META DE VACINAÇÃO

Vacinar pelo menos 90% da população alvo de cada grupo, uma vez que é de se esperar que uma pequena parcela da população apresente contraindicações à vacinação.

7 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

7.1 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS AÇÕES DE VACINAÇÃO

Obedecido às orientações da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, os municípios possuem autonomia para desempenhar as ações preconizadas a depender da realidade local, em consonância com as instâncias de coordenação regional e estadual.

À princípio, no município de Tamandaré, a vacinação do grupo prioritário dos idosos seria realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) durante os finais de semana, entretanto devido a quantidade de vacinas recebidas e a mudança no ordenamento que resultou em estratificação desse grupo, a administração da vacina será através da adoção de ações casa-a-casa para evitar exposição desnecessária do usuário e para alcançar populações de difícil acesso. Essa estratégia também será usada para o grupo de pessoas com deficiência permanente severa.

A vacinação de grupos essenciais (trabalhadores de saúde e de segurança pública) será preferencialmente nos seus postos de trabalho/ serviços de atuação, e para os demais grupos



estão previstas alternativas de postos volantes, estratégias drive-thru, além da vacinação nos postos de rotina.

Sobre esse último, é importante organizar os serviços de modo que a vacinação não prejudique os demais atendimentos, incluindo o calendário de imunização de rotina. Quando possível, deve-se reservar de um local específico na unidade de saúde para administração das vacinas da campanha.

7.2 ORGANIZAÇÃO DO LOCAL DE ESPERA NA UNIDADE DE SAÚDE

- Fixar cartazes para comunicação à população sobre as medidas de prevenção e controle (etiqueta respiratória), sinais e sintomas de síndrome gripal e outras informações sobre a COVID19;
- Disponibilizar locais para higienização das mãos ou ofertar dispenser com álcool em gel na concentração de 70% em locais de destaque;
- Realizar triagem, preferencialmente no momento de cadastro do usuário, para identificar os quesitos de contraindicação, precauções adicionais e adiamentos recomendados à vacinação;
- Orientar as pessoas quanto a etiqueta respiratória, a evitar conversas e ao uso obrigatório de máscaras;
- Ampliar a frequência de limpeza de pisos, corrimãos, maçanetas e banheiros com solução de água sanitária e a desinfecção de fômites e superfícies com álcool a 70%;

7.3 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) MÍNIMOS PARA O VACINADOR

- Máscara cirúrgica durante todo o período de vacinação, prevendo-se a troca, sempre que estiver suja ou úmida;
- Avental descartável para uso diário ou avental de tecido higienizado diariamente;
- Proteção ocular: protetor facial (face shield) ou óculos de proteção.

7.4 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EXTRAMUROS

- Composição da equipe: no mínimo um registrador, preferencialmente o Agente Comunitário de Saúde e um vacinador;
- Organizar e inspecionar o material necessário;
- Estabelecer roteiro do percurso;



- Obedecer os cuidados necessários com a caixa térmica para vacinação extramuros e Boas práticas para vacinação extramuros: de acordo com o PLANO ESTADUAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19.

7.5 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS PROVENIENTES DA VACINAÇÃO

O gerenciamento de resíduos de serviços de saúde no âmbito do PNI deve estar em conformidade com as definições estabelecidas na Resolução nº 18, de 23 de março de 2018, que dispõe sobre a classificação de riscos de Organismos Geneticamente Modificados (OGM) e os níveis de biossegurança a serem aplicados nas atividades e projetos com OGM e seus derivados em contenção. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e a Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS). Nota técnica nº 002/2011 – UINFS/GGTES/ANVISA.

7.6 REGISTRO DE DOSES APLICADAS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

O registro de dose aplicada será nominal, individualizado e deverá ser realizado em aba de campanha específica no Novo Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (Novo SIPNI/online) em todos os pontos de vacinação da rede pública e privada de saúde ou em um sistema próprio que considerar aspectos de interoperabilidade por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde RNDS).

As salas de vacina que ainda não estiverem informatizadas e/ou sem uma adequada rede de internet disponível, ou mesmo as unidades em atividades de vacinação extramuro durante a campanha, deverão proceder com os registros em formulários encaminhado pela CPEI/PE, atendendo o preenchimento das variáveis essenciais para posterior envio para que o fluxo de digitação no sistema de informação ocorra diariamente no município.

Para orientar os profissionais quanto ao registro das doses aplicadas, será realizado capacitação dos profissionais que atuam em sala de vacinas responsáveis pela administração do imunobiológico.

7.7 VIGILÂNCIA DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO (EAPV)

É imprescindível que todos os profissionais e técnicos de saúde estejam sensíveis e vigilantes acerca do processo de notificação imediata que envolve os EAPV (sejam eles graves



ou não graves, compatíveis com a definição de casos), as quais deverão ser realizadas no E-SUS Notifica, única via de entrada de dados. Assim, deve-se proceder com a detecção de casos suspeito, notificação, registro em sistema de informação, investigação e busca ativa de novos eventos, avaliação das informações, classificação de causalidade, feedback ou retroalimentação oportuna. 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). Destaca-se que a notificação e investigação é de responsabilidade local/municipal e o encerramento dos casos pela CPEI/PE.

8 ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

- Informar as medidas e estratégias a serem adotadas pelo Plano Municipal a toda comunidade;
- Divulgação de materiais informativos sobre o processo de vacinação;
- Monitorar as redes sociais, blogs e outros meios de comunicação para esclarecer rumores, boatos e informações equivocadas (fake news)



REFERÊNCIAS

1. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza- Filho JA. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25 (Supl.1): 2423-2446.
2. WHO. World Health Organization. Corona virus disease 2019 (covid-19): situatios - 44 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Dec 17]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/202000304-sitrep-44-covid19.pdf?sfvrsn=783b4c9d_2>.
3. Barreto ML, Barros JD, Carvalho MS, Codeço CT, Hallal PRC, Medronho RA, et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil. *Rev.Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2020. [citado 2020 Dec 17]; 23: e200032. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttesr&pid+S1415-790X20200010101&lng=en>. Epub Apr 22, 2020.
4. Domingues CMAS, Fantinato FFSTM, Duarte E, Garcia LP. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.28, n.2, e. 20190223, 2019.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Imunizações. Relatório técnico nº 01/2016/cgpn/devit/svs/ms: critérios para orientar o processo de decisão para introdução da vacina contra dengue no PNI [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
6. Lima AA, Pinto ES. O contexto histórico da implantação do PNI e sua importância para o SUS. *ScireSalutis*, n. 1, p.53-62, 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Imunizações/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. - 5. ed. -Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 136 p.:il. ISBN 978-85-334-2534-7.
8. 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. [Internet] 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <<https://www.gov>>.



- br/saude/pt-br/Coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contr-a-covid-19>
9. PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano de Operacionalização Para Vacinação Contra a Covid-19 no Estado De Pernambuco. Versão 2. Pernambuco, janeiro de 2021. 1ª edição – Pernambuco, 2021.
 10. Faria et al. Performance of vaccination with CoronaVac in a cohort of healthcare workers (HCW) - preliminary report medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.04.12.21255308>;
 11. Fowlkes A, Gaglani M, Groover K, et al. Effectiveness of COVID-19 Vaccines in Preventing SARS-CoV-2 Infection Among Frontline Workers Before and During B.1.617.2 (Delta) Variant Predominance — Eight U.S. Locations, December 2020–August 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;70:1167-1169. DOI: [http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7034e4external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7034e4external%20icon).
 12. Keehner J, Horton LE, Binkin NJ et al. Resurgence of SARS-CoV-2 Infection in a Highly Vaccinated Health System Workforce. *NEJM*, September 1, 2021. DOI: 10.1056/NEJMc2112981
 13. Effectiveness of Primary and Booster COVID-19 mRNA Vaccination against Omicron Variant SARS-CoV-2 Infection in People with a Prior SARS-CoV-2 Infection. Margaret L. Lind, Alexander James Robertson, Julio Silva, Frederick Warner, Andreas C. Coppi, Nathan Price, Chelsea Duckwall, Peri Sosensky, Erendira C. Di Giuseppe, Ryan Borg, Mariam O Fofana, Otavio T. Ranzani, Natalie E. Dean, Jason R. Andrews, Julio Croda, Akiko Iwasaki, Derek A.T. Cummings, Albert I. Ko, Matt DT Hitchings, Wade L. Schulz. doi: <https://doi.org/10.1101/2022.04.19.22274056>. Acesso em 16 de maio de 2022.
 14. Antibody response to a fourth dose of a SARS-CoV-2 vaccine in solid organ transplant recipients: a case series. Jennifer L. Alejo et al. *Transplantation* 2021 Dec; 105(12): e280-e281. Acesso em 02 de junho 2022.
 15. Magen Ori, Waxman Jacob G., Makov-Assif Maya, Vered Roni, Dicker Dror, Hernán Miguel A., Lipsitch Marc, Reis Ben Y., Balicer Ran D., Dagan Noa. (2022) Fourth Dose of BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Setting. *N Engl J Med* DOI: 10.1056/NEJMoa2201688. Acesso em 02 de junho 2022.