

2021

PREFEITURA MUNICIPAL DE IBAITI

[PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA O COVID-19]

O presente documento trata do plano de vacinação contra a infecção humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) em Ibaíti



PREFEITO MUNICIPAL DE IBAÍTI

Antonely de Cassio Alves de Carvalho

SECRETÁRIO DA SAÚDE

Leandro Moreira dos Reis

COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Amabily da Silva Laverde

COORDENADORA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vanderleya Silva Medeiros

COORDENADORA DA DIVISÃO DE IMUNOBIOLOGICOS

Juliana da Silva Almeida

EQUIPE RESPONSÁVEL REDE DE FRIO

Alecsandra Moroz Mascarenhas

Juliane Cristina Noveli Gimenez

**Sumário**

1. INTRODUÇÃO	3
2. IDENTIFICAÇÃO	3
3. FARMACOVIGILÂNCIA.....	4
4. OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO.....	5
4.1 LOGÍSTICA E DISTRIBUIÇÃO.....	5
4.2 TREINAMENTO DA EQUIPE	5
4.3 APLICAÇÃO DAS VACINAS.....	6
4.4 VACINAÇÃO	7
4.4.1 CONDICIONANTES	7
4.4.2 FASE 1	7
4.4.3 FASE 2	8
4.4.4 FASE 3	8
4.4.5 FASE 4	9
5. REGISTRO DAS DOSES APLICADAS	10
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	10
7. ANEXOS	11



1. INTRODUÇÃO

O presente documento trata do plano de vacinação contra a infecção humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) em Ibaiti e tem como finalidade instrumentalizar gestores públicos e equipes de saúde sobre as medidas a serem implantadas e implementadas para a operacionalização da vacinação no município, bem como explicitar à população Ibaitiense os procedimentos que serão adotados pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) no processo de vacinação.

A SMS apresenta o **Plano Municipal de Vacinação Contra a COVID-19**, como medida adicional na resposta ao enfrentamento da doença. A estratégia de vacinação adotada pelo Município seguirá as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o Plano Estadual de Vacinação, com prioridade para grupos pré-definidos. Também acontecerá por etapas e fases, conforme bases técnicas, científicas, logísticas e epidemiológicas estabelecidas nacionalmente.

A imunização generalizada apresenta a melhor opção para proteger as pessoas da Covid-19 e, com o tempo, para suspender as restrições impostas à nossa sociedade para manter as pessoas seguras e saudáveis. Até que uma ampla imunização seja alcançada, as medidas de saúde pública continuarão a ser essenciais para minimizar a disseminação da Covid-19 no Município e, assim, preservar vidas.

2. IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO: Ibaiti / PR		19ª REGIONAL DE SAÚDE	
ENDEREÇO SMS: Avenida Drª Fernandina Amaral Gentile, s/n - Centro			
FUNÇÃO	CONTATO		
	NOME	TELEFONE	EMAIL
Secretário Municipal de Saúde	Leandro Moreira dos Reis	(43)99685-4612	semusa@ibaiti.pr.gov.br
Responsável Vigilância Epidemiológica	Vanderleya Silva Medeiros	(43)99965-1715	vandse@hotmail.com
Responsável Vigilância Sanitária	Shirley Abadia Nascimento Ferreira	(43)99105-7397	sanf_veti@fotmail.com
Responsável Atenção Primária	Amabily da Silva Laverde	(43)99961-3739	amabilylaverde@gmail.com



Coordenador Imunização	Juliana Almeida	(43)99187-6211	ju.almeida78@hotmail.com. br
-----------------------------------	-----------------	----------------	---------------------------------

3. FARMACOVIGILÂNCIA

O desenvolvimento das vacinas mostrou-se uma das mais bem-sucedidas e rentáveis medidas de saúde pública, no sentido de prevenir doenças e salvar vidas. Desde a última metade do século 20, doenças que antes eram muito comuns tornaram-se raras no mundo desenvolvido, devido principalmente à imunização generalizada. Ressalta-se que, embora nenhuma vacina esteja totalmente livre de provocar eventos adversos, os riscos de complicações graves causadas pelas vacinas são muito menores do que os das doenças contra as quais conferem proteção.

Também conhecida como vigilância pós-comercialização a Farmacovigilância tem como objetivo realizar a coleta de informações sobre eventos adversos causados pelos medicamentos e pelas vacinas, e sua análise cuidadosa serve para verificar a causalidade em relação ao produto administrado, com posterior divulgação das informações, incluindo incidência e gravidade das reações observadas.

Todos os eventos adversos pós-vacinação e erros de imunização devem ser notificados e acompanhados de forma oportuna para que todas as medidas de intervenção possam ser adotadas de forma a evitar danos à saúde do vacinado, à credibilidade do processo de vacinação e à preservação da equipe de saúde.

Todas as pessoas vacinadas receberão orientação durante a aplicação sobre os possíveis eventos adversos e serão orientadas a ligarem na UBS Central (43)3546-7400 ou procurarem as Unidades Básicas de Saúde para registrarem qualquer evento adverso percebido.

Será estruturado um ambulatório exclusivo para o atendimento de ocorrências relativas a eventos adversos, da vacina Covid-19, no Hospital de Campanha Municipal.

Os desvios de qualidade das vacinas e insumos deverão ser acompanhados pelas equipes de Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária e Epidemiológica), que realizarão a notificação nos sistemas de informação pertinentes, e-SUS Notifica e VIGIMED.



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

4. OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO

4.1 LOGÍSTICA E DISTRIBUIÇÃO

O recebimento, armazenamento e distribuição das vacinas e outros insumos para a imunização será de responsabilidade da Rede de Frio Municipal, sediada da UBS Central do Município, que deverá seguir as boas práticas de armazenamento e distribuição de acordo com o Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e demais legislações sanitárias vigentes.

A distribuição deverá garantir a rastreabilidade das vacinas e insumos, desta forma os registros nos sistemas de informação (prontuário eletrônico e SIPNI - Covid) deverão ser adequados e oportunos. O transporte das vacinas deve seguir as boas práticas de distribuição e durante todo o trajeto até as salas de vacinação deverá ocorrer o monitoramento constante da temperatura de acordo procedimentos operacionais padrão (POP) e orientações do fabricante da vacina.

4.2 TREINAMENTO DA EQUIPE

As equipes passarão por treinamento sobre as boas práticas de aplicação de vacinas (conservação, diluição e aplicação, registros consistentes, efeitos adversos, entre outros).

Tendo em vista que a equipe responsável pela vacinação já possui conhecimento técnico para o serviço, será realizada uma reunião da equipe a fim de repassar o informe técnico que será enviado pelo MS e SESA, tendo em vista a informação da equipe quanto às diretrizes vigentes na campanha contra o Covid-19.

Para vacinação dos acamados, Instituições de longa permanência para idosos (asilos), haverá a formação de equipes volantes que também serão capacitadas e deverão possuir uma rota pré-definida para a vacinação, otimizando os recursos. Para essa abordagem também poderá ser utilizada a equipe ACSs para a busca ativa da população alvo.



4.3 APLICAÇÕES DAS VACINAS

A aplicação das vacinas estará baseada no Informe Técnico da Secretaria Municipal da Saúde, complementado pelas orientações da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) e Ministério da Saúde / PNI, no que couber, bem como, no Manual de Boas Práticas de Vacinação e nos protocolos de controle de infecção e precauções universais da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

As salas de vacinação devem dispor de refrigerador adequado e/ou caixas térmicas, seringas, termômetros, bobinas de gelo, entre outros insumos em quantidades suficientes para atendimento da demanda e armazenamento adequado.

Os procedimentos operacionais padrão de armazenamento, validade e conservação das vacinas e demais insumos, da limpeza e higienização da sala, do monitoramento equipamentos e do registro das informações devem estar acessíveis à equipe e com conhecimento disseminado entre todos os profissionais responsáveis pela aplicação da vacina.

Antes da vacinação devem ser observados os fatores relacionados ao usuário que irá receber a vacina, como idade, situação de saúde (comorbidades preexistentes), gestação, critérios de precaução e contraindicações da vacina, uso de medicamentos e outros tratamentos e eventos adversos pós-vacinação ocorridos em situações anteriores. O registro da dose aplicada deve seguir os critérios padronizados pela Secretaria Municipal da Saúde.

Nas ações de vacinação extramuros, as medidas de precaução e cuidado com as vacinas e demais insumos devem ser intensificadas de forma a minimizar perdas de Imunobiológicos e riscos à saúde da população.

Os locais destinados à aplicação das vacinas Covid-19, no município, neste momento será na sede do Centro de Saúde Municipal localizado na Avenida Drª Fernandina do Amaral Gentile, s/n, centro, visando à facilidade de acesso da população e a logística para o abastecimento de insumos, podendo ser alterada para área externa e ampla afim de atender demanda maior.

Haverá serviço drive thru nos finais de semana para atender a população idosa do município.

Os locais para aplicação das vacinas poderão ser alterados a depender da demanda e disponibilidade de doses recebidas.



4.4 VACINAÇÃO

Considerando que não existe ampla disponibilidade das vacinas no mercado mundial, o que acontecerá de forma gradativa, a estratégia da imunização está focada na redução da morbimortalidade decorrente da Covid-19. Assim, uma abordagem em fases está sendo preparada para a entrega, a qual prioriza os cidadãos que precisam de acesso precoce à vacina. Os condicionantes para a operacionalização do Plano de Vacinação Covid-19 e as fases a serem observadas estão descritos abaixo.

4.4.1 Condicionantes

Os condicionantes que determinarão o avanço das fases de operacionalização do Plano de Vacinação Covid-19 são:

- Orientações do Ministério da Saúde do Brasil;
- Quantidades de doses de vacinas e insumos disponibilizados ao Município de Ibaiti;
- Garantia de quantidade de vacinas e insumos suficientes para administração da segunda dose;
- Aprazamento entre primeira e segunda dose, conforme especificação de cada fabricante;
- Adesão da população à vacinação.

4.4.2 Fase 1

INSERÇÃO	GRUPO PRIORITÁRIO	POPULAÇÃO ESTIMADA*	ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO
Instituições de longa permanência para idosos	Trabalhadores e moradores	65	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio
Hospitais de referência ao atendimento da Covid-19 e UPA	Equipes que trabalham nos setores que atendem COVID	124	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio
SAMU	Equipes que trabalham nos setores que atendem COVID	19	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio



UBS Municipais outros setores dos Hospitais que atendem COVID e UPAs	Trabalhadores de saúde	200	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio
Consultórios e similares	Profissionais de saúde autônomos	150	Trabalhadores devem procurar o centro de vacinação
Laboratórios análises clínicas	Profissionais de saúde autônomos	50	Trabalhadores devem procurar o centro de vacinação
Idosos maiores de 75 anos	Grupo de risco	1148	Vacinação realizada através de Drive Thru
Trabalhadores de segurança pública	Servidores	54	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio
TOTAL		1810	

Observação: Embora os profissionais de segurança, limpeza não estejam elencados nos grupos prioritários do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, elaborado pelo Ministério da Saúde, o Município de Ibaiti mobilizará esforços a fim de incluir estes profissionais na Fase 1.

4.4.3 Fase 2

População com vulnerabilidades relativas à faixa etária, conforme o plano estadual.

INSERÇÃO	GRUPO PRIORITÁRIO	POPULAÇÃO ESTIMADA*	ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO
População de 60 a 74 anos	Grupo de risco	3204	Vacinação realizada através de Drive Thru

4.4.4 Fase 3

População com vulnerabilidades decorrentes de comorbidades e condição social.

INSERÇÃO	GRUPO PRIORITÁRIO	POPULAÇÃO ESTIMADA*	ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO
Cardiopatas graves			População deverá procurar o centro de referencia para
Diabéticos			
Hipertensos			



Obesos (IMC \geq 40)	Por idade, de forma decrescente.	2100	vacinação, conforme estabelecido pelo Município. *será necessário prescrição médica especificando o motivo da indicação da vacina, exames, prescrições de medicamentos, relatórios médicos emitidos nos últimos 30 dias. *Assinaturado paciente de um termo de veracidade de documentos.
Portadores de doenças neurológicas			
Portadores de pneumopatias graves			
Pessoas com deficiências permanentes e severas			
Portadores de Neoplasias			
Imunossuprimidos e transplantados			
População em situação de rua			

4.4.5 Fase 4

Trabalhadores essenciais

INSERÇÃO	GRUPO PRIORITÁRIO	POPULAÇÃO ESTIMADA*	ESTRATÉGIAS DE VACINAÇÃO
Profissional da limpeza pública	Serviço essencial	45	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio
Profissional da segurança pública*	Serviço essencial	54	População deverá procurar o centro de referencia para vacinação
Motoristas e cobradores	Serviço essencial	145	População deverá procurar o centro de referencia para vacinação
Professores	Serviço essencial	400	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio
Taxistas e motoristas de transporte por aplicativo	Serviço essencial	30	População deverá procurar o centro de referencia para vacinação
População privada de liberdade	Fator de risco	60	Vacina realizada no local conforme agendamento prévio

*Observação será necessária comprovação de registro.



			agendamento prévio
--	--	--	--------------------

*Observação será necessária comprovação de registro.

5. REGISTROS DAS DOSES APLICADAS

Todas as doses de vacinas aplicadas deverão ser registradas no prontuário eletrônico SI-PNI Covid, de forma nominal, com a finalidade identificar as pessoas vacinadas, garantir a rastreabilidade dos imunobiológicos utilizados e monitorar as coberturas vacinais. Ainda, todas as pessoas vacinadas deverão receber carteira de vacinação com dados completos, conforme a legislação vigente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma resposta acerca da vacinação contra a Covid-19 está em andamento no Município de Ibaity. O Poder Executivo Municipal está empenhado em trabalhar mantendo consonância com as diretrizes do Governo Federal e Governo do Estado do Paraná, bem como em manter os ibaitienses informados durante toda a operacionalização do presente plano.

Enfrentar a ameaça da infecção humana pelo novo Corona vírus (Covid-19) é uma responsabilidade compartilhada. Cada um de nós possui papel essencial a desempenhar para salvar vidas e proteger os meios de subsistência.

IBAITI, 19 DE JANEIRO DE 2021.

Juliane Noveli Gimenez
Enferm. PR 803.314


Juliane Cristina Noveli Gimenez

Tec. Enfermagem Rede de Frio.


Leandro Moreira dos Reis
Secretário Municipal de Saúde
Portaria 020 de 05/01/2021


Juliano Almeida
Enfermeiro
COREN 140780


Alessandra Moróz Mascarenhas
Técnica de Enfermagem
COREN/PR 320.620



7. ANEXOS

7.1

Questionário Eventos Adversos Pós Vacina COVID-19

Dados do paciente

Nome completo:		
Cartão SUS:	DN: ____/____/____	Idade:
CPF:	Sexo: () M () F	Raça:
Nome da mãe:		
Endereço:		
Nº	Bairro	Telefone:

Dados da vacina

Data aplicação: ____/____/____	Dose:
Laboratório:	Lote:
Via de administração:	Local de aplicação:
Responsável pela aplicação:	
Estabelecimento de saúde:	

Manifestações Locais

Marque as manifestações após vacinação:	
<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Enduração <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Vermelhidão	<input type="checkbox"/> Coceira local <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Ulcera / ferida <input type="checkbox"/> Outros especificar _____
Iniciou em: ____/____/____	Quanto tempo após a vacinação:
Continua com sintomas: () sim () não	Terminou em: ____/____/____

Manifestações sistêmicas

Marque as manifestações após vacinação:		
<input type="checkbox"/> Febre ____°C <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Dor ou inchaço nas articulações <input type="checkbox"/> Coceira	<input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Choro persistente (>3 horas)	<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Convulsão



IBAÍTI PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA O COVID-19

<input type="checkbox"/> generalizada <input type="checkbox"/> Linfonodos <input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Alteração de paladar / olfato <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Sangramento (pele, nariz, gengiva, nariz, olho, urina, etc)	<input type="checkbox"/> Calafrio <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Perda de apetite <input type="checkbox"/> Manchas vermelhas ou bolhas no corpo <input type="checkbox"/> Palidez ou cianose <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Dor de garganta <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Mal estar <input type="checkbox"/> Dificuldade de deambular <input type="checkbox"/> Alteração na pressão arterial <input type="checkbox"/> Alteração batimento cardíaco <input type="checkbox"/> Outros especificar
Iniciou em: ____ / ____ / ____	Quanto tempo após a vacinação:	
Continua com sintomas: () sim () não	Terminou em: ____ / ____ / ____	

Atendimento		
Procurou atendimento médico no aparecimento da manifestação?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se lembra
Onde procurou atendimento?		
<input type="checkbox"/> Sala de vacina	<input type="checkbox"/> Hospital de campanha	<input type="checkbox"/> UPA
<input type="checkbox"/> UBS	<input type="checkbox"/> Consultório particular	<input type="checkbox"/> Outro
Gravidade do atendimento		
<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Observação por até 24 horas	<input type="checkbox"/> Internação por mais de 24 horas

Condições de risco a COVID-19 e outras situações de saúde
Marque condições e situações de risco:
<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Doença cardíaca <input type="checkbox"/> Doença pulmonar grave <input type="checkbox"/> Imunodeprimidos <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença hepática <input type="checkbox"/> Diabéticas <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Outras especificar: _____



7.2

TERMO DE RECUSA DE IMUNIZAÇÃO

Eu, _____

Matricula: _____ Lotado no (a) _____

função de _____ CPF _____

Na data ____/____/____, declaro está ciente dos benefícios e efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarei exposto por esta RECUSA da(s) vacina **SIVNOVAC / Butantan / CoronaVac**.

Na qual fui orientado (a) por este serviço a realizar em função das atividades desempenhadas neste estabelecimento de saúde, sendo que por minha responsabilidade estou deixando de ser imunizado. Desta forma, isento este serviço, bem como o órgão de lotação de quaisquer problemas que a falta de imunização possa vir a trazer para minha saúde ocupacional.

Ibaiti, ____/____/____

Assinatura Área Técnica

Assinatura do Servidor



7.3

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

Eu, _____,
brasileiro, estado civil _____, profissão _____, portadora(o)
da carteira de identidade nº _____, inscrita(o) no CPF
nº _____, residente e domiciliada(o) no endereço:

DECLARO, para fins de direito, sob as penas da Lei, que as informações e
documentos prestados que apresento para a vacinação contra o Covid-19, são
verdadeiros e autênticos (fiéis à verdade e condizentes com a realidade).

Relação de documentos apresentados:

Fico ciente por meio deste documento, que a falsidade dessa declaração configura
crime previsto no art. 298 e 299 do Código Penal Brasileiro, passível de apuração na
forma da Lei.

Ibaiti, ____/____/2021.

Assinatura