



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

# **PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19**

Major Gercino  
Fevereiro 2021

**Atualizado em Junho de 2021.**

---

Joaquim Silveira, 169, Centro, Major Gercino/SC. CEP: 88260-000.  
Fone/Fax (48) 32731160  
E-mail: [secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br](mailto:secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br) [saudemajor@yahoo.com.br](mailto:saudemajor@yahoo.com.br)



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

**EQUIPE GESTORA:**

**Prefeito Municipal de Biguaçu**

Valmor Pedro Kammers

**Secretário Municipal de Saúde de Major Gercino**

Marcos Marcelino

**Diretora Executiva e Administrativa de Vigilância em Saúde**

Juliana Venera da Silva

**Responsável Técnico em Enfermagem e Coordenador da Atenção Básica**

Fabio Rosa

**Vacinadora**

Greice do Nascimento



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

CNPJ: 08902303/0001-01

---

### 1 APRESENTAÇÃO

Em consonância com o Plano Estadual de Vacinação contra a Covid-19, o município de Major Gercino lança seu Plano Municipal de Vacinação, de forma a operacionalizar e definir estratégias para execução das atividades.

Nesse sentido, a vacinação ocorrerá em etapas obedecendo aos critérios logísticos de recebimento e distribuição das doses pelo Ministério da Saúde (MS). Cada etapa será realizada respeitando as diretrizes que serão estabelecidas pela equipe técnica da Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado, alinhada com o MS, priorizando grupos e considerando informações sobre nuances epidemiológicas, comorbidades e dados populacionais.

### 2 FASES DA VACINAÇÃO E GRUPOS PRIORITÁRIOS

Conforme estabelecido pela coordenação do MS, a vacinação ocorrerá de acordo com as seguintes fases:

- **Fase 1:** Trabalhadores da saúde, população idosa a partir dos 75 anos de idade, pessoas com 60 anos ou mais que vivem em Instituições de Longa Permanência (ILP) (como asilos e instituições psiquiátricas), pessoas a partir de 18 anos com deficiência institucionalizadas e população indígena;
- **Fase 2:** Pessoas de 60 a 74 anos (+ Fase 1 residual);
- **Fase 3:** Pessoas com comorbidades que apresentam maior chance para agravamento da doença (como portadores de doenças renais crônicas, cardiovasculares, entre outras) (+ Fase 1 e 2 residual);
- **Fase 4:** Professores, forças de segurança e salvamento, funcionários do sistema prisional (+ Fase 1, 2 e 3 residual).

A campanha decorrerá conforme o recebimento de doses do Ministério da Saúde e envio para o Município.

Será seguido o Plano Nacional de Vacinação e as deliberações CIB para imunização da população contra o COVID-19 conforme as deliberações.



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

Intergestores Bipartite (CIB) em 18/01/2021, sendo definido que nesse primeiro momento os municípios devem contemplar profissionais de saúde que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) COVID-19, emergência COVID-19, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), atendimento clínico hospitalar COVID-19, equipe móvel COVID-19 frente à vacinação, vacinadores, população idosa residentes de ILP, indígenas aldeados e pessoas a partir de 18 anos com deficiência institucionalizadas. As 520 doses recebidas na segunda remessa serão destinadas conforme deliberação da CIB em 25/01/2021 sendo incluídos neste momento: profissionais envolvidos no Atendimento Pré Hospitalar (APH) móvel, profissionais que atuam no atendimento clínico do paciente com suspeita e/ou confirmado com COVID-19, independentemente do nível de atenção (unidade básica de saúde, unidades de triagem, hospitais, ambulatórios, entre outros), profissionais que atuam na coleta para diagnóstico laboratorial da COVID-19. A estratégia desta etapa está descrita no item 6.

Cabe esclarecer que todos os trabalhadores da saúde serão contemplados com a vacinação (ANEXO I), entretanto a ampliação da cobertura desse público será gradativa, conforme disponibilidade de vacinas.

Serão necessárias, para completar o esquema vacinal e garantir a eficácia máxima da vacina, duas doses da mesma vacina, ou seja, mesmo laboratório que foi iniciado o esquema.

**No decorrer da campanha de vacinação contra a COVID-19, será realizada também a campanha de vacinação contra a Influenza, conforme descrito no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19.**



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

## 2.2 METAS DE VACINAÇÃO PARA O COVID-19 POR GRUPO

Baseado nos planos nacional e estadual de vacinação contra a COVID-19, a campanha irá ocorrer em fases, onde serão priorizados grupos segundo critérios de exposição à infecção e de maiores riscos para agravamento e óbito pela doença. Pontuamos que as estimativas a baixo são retiradas dos nossos sistemas de informação e é classificada como estimativa.

### **Assim, estimamos vacinar:**

GRUPO ALVO	POPULAÇÃO ESTIMADA
Trabalhadores da saúde	45
População Indígena	54
Idosos acima de 90 anos	13
Idosos com 85 a 89 anos	36
Idosos com 80 a 84 anos	46
Idosos com 75 a 79 anos	67
Idosos com 70 a 74 anos	126
Idosos com 65 a 69 anos	133
Idosos com 60 a 64 anos	166
Forças de Segurança	3
Pessoas com comorbidades	793
Professores	50
Pacientes acima de 18 anos com comorbidade	304
Gestantes e Puérperas com comorbidade	5
Pacientes entre 55 a 59 anos	230
Pacientes entre 50 a 54 anos	254



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

Pacientes entre 45 a 49 anos	229
Pacientes entre 40 a 44 anos	222
Pacientes entre 35 a 39 anos	232
Pacientes entre 30 a 34 anos	236
Pacientes entre 25 a 29 anos	227
Pacientes entre 20 a 24 anos	230
Pacientes entre 18 a 19 anos	89

### **2.3 COMPETÊNCIAS DO GOVERNO ESTADUAL:**

- Armazenamento das vacinas e insumos recebidos do governo federal;
- Logística para distribuição aos municípios;
- Apoio na capacitação dos profissionais vacinadores;
- Complementação do provimento de seringas e agulhas, que serão fornecidos pelo MS.

### **2.4 COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO:**

- Armazenamento dos imunobiológicos e insumos recebidos;
- Controle na distribuição para as Unidades de Saúde vacinadoras;
- Dispor de profissionais capacitados para vacinação;
- Mobilizar a população alvo de campanha;
- Garantir estrutura e organizar logística para oferta da vacina;
- Disponibilizar e executar a vacinação dos grupos de acordo com as etapas estabelecidas;
- Registro das doses aplicadas;
- Identificar e monitorar possíveis eventos adversos relacionados a vacinação.

## **4 INSUMOS NECESSÁRIOS**

O MS sinalizou que fará a aquisição dos insumos que serão utilizados para a campanha de vacinação para COVID-19, incluindo seringas e agulhas necessárias. Além disso, a Secretaria Estadual

---

Joaquim Silveira, 169, Centro, Major Gercino/SC. CEP: 88260-000.

Fone/Fax (48) 32731160

E-mail: [secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br](mailto:secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br) [saudemajor@yahoo.com.br](mailto:saudemajor@yahoo.com.br)



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

CNPJ: 08902303/0001-01

---

de Saúde (SES), se necessário, fará aquisição para garantir que não haja falta de insumos conforme o planejamento realizado.

A previsão de insumos para Major Gercino é de:

- SERINGAS 3ML OU 1 ML: 3100 unidades.
- AGULHA 25x6 e/ou 25x7: 3100 unidades.
- ALGODÃO: 10.
- DESCARPACK de 7 litros: 500 unidades.

O Município de Major Gercino tem em seu estoque material descrito acima necessário para realização da campanha, assim não colocando em risco a campanha de vacinação

### **5 CAPACIDADE DA REDE FRIO**

O município possui estrutura de rede de frio constituída por uma 1 sala de vacina ativa localizada na Unidade de Saúde Central que faz todo o gerenciamento das vacinas. Possui 2 vacinadores capacitados, e 1 geladeira com espaço suficiente para acondicionamento das doses que serão recebidas, além disso dispomos de 1 geladeira reserva. Estamos iniciando o processo de aquisição de uma câmara fria para armazenamento das vacinas.

### **6 ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO**

A vacinação ocorrerá em etapas, sendo planejada a cada remessa recebida, conforme a disponibilidade das doses de vacinas e cronograma a ser divulgado pelo MS e SES.

Foi optado pela equipe de vacinação e pela gestão para realização das doses de vacina contra o COVID-19 no domicilio dos pacientes. A decisão foi tomada pois evita o deslocamento dos pacientes até as Unidades de Saúde e assim possibilitando o fluxo da sala de vacina para as demais vacinas do esquema vacinal.

Além disso muitos pacientes não têm veículos dependendo de familiares ou vizinhos para fazer o deslocamento para receber a vacina.

Cabe aos órgãos de saúde garantia de acesso a todos os pacientes e de acordo com a necessidade fazer a vacinação de todos os pacientes em seus domicílios.



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

CNPJ: 08902303/0001-01

---

Os dados obtidos para realização das vacinas dos grupos em seus domicílios foram óbitos pelos cadastros dos agentes comunitários de saúde e por cadastros em sistemas de saúde que são utilizados pelo município.

Realocação de profissionais de saúde aptos a aplicar vacinar com registro nos respectivos conselhos de classe para auxílio na vacinação.

Todos os servidores da Secretária Municipal de Saúde estão a disposição para auxiliar na divulgação, transporte e apoio organizacional da campanha de vacinação.

Contratação de profissionais através de processo seletivo conforme a necessidade da Secretaria de Saúde para campanha de vacinação e para a manutenção dos serviços de saúde que cabem ao município prestar atendimento para a população.

### **7 REGISTRO DE DOSES APLICADAS**

Todo serviço de vacinação possui obrigatoriedade na informação dos dados ao ente federal, como descrito na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 197/2017.

O registro da dose aplicada da vacina será nominal/individualizado, e o reconhecimento do cidadão vacinado será pelo Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou Cartão Nacional de Saúde (CNS). As doses aplicadas serão informadas através do Novo Sistema Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) online; a inserção será feita por profissional capacitado para uso do sistema.

### **8 TRANSPARÊNCIA NO PLANEJAMENTO DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO**

Para consolidação de todas as etapas de forma transparente foi criada a Comissão Permanente de Planejamento de Estratégia de Enfrentamento da Pandemia COVID-19, e a mesma segue no planejamento da vacinação, tendo como objetivos:

- I. Atuar rapidamente para apurar e controlar as informações e eventuais situações emergenciais;
- II. Monitorar o progresso da pandemia, desenvolver eventuais estratégias e encaminhamentos a respeito do problema e atualizar todo o território do município sobre a implementação de tais medidas;



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

- III. Articular com os entes públicos e privados, ações de enfrentamento da COVID-19 e de seus impactos;
- IV. Monitorar as ações adotadas pelos atores públicos e privados em relação ao enfrentamento da COVID-19;
- V. Organizar os serviços de saúde da rede pública, incluindo normas operativas de funcionamento, fluxograma dos atendimentos, assim como estratégias de redimensionamento de recursos humanos e/ou alterações em horários de atendimento, de acordo com necessidade dos serviços;
- VI. Definir o posicionamento da instituição e lidar com o público envolvido, garantindo a distribuição de informações;

## **9 ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DADOS**

Considerando a importância, no que diz respeito ao alcance e a agilidade em que a informação chega à população, fator determinante para o sucesso da campanha de vacinação, desde o início da campanha, optou-se pela utilização de todos os recursos de mídia disponíveis.

Assim, para a estratégia de comunicação, atualmente vem sendo utilizados:

- Site oficial da Prefeitura Municipal de Major Gercino;
- Redes sociais oficiais da prefeitura (Instagram, Facebook);
- Grupos de whatsapp das equipes de Atenção Primária de Saúde;
- Divulgação por cartazes nas Unidades de Saúde;
- Campanhas em estações de rádios locais;
- Som volante.

Todas essas mídias vêm sendo utilizadas para a ampla divulgação de locais, dias e horários das etapas de vacinação, além de serem apresentadas demais informações relevantes para a garantia de atendimento nos locais de vacinação.

Nos canais oficiais da prefeitura, também vem sendo divulgados, periodicamente, boletins informativos, apresentando dados referentes à campanha de vacinação.



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

Além disso, um portal de internet, específico para reunir informações sobre coronavírus no município de Major Gercino já se encontra em fase final de desenvolvimento pelo site [www.saude.majorgercino.sc.gov.br](http://www.saude.majorgercino.sc.gov.br)

Por fim, a população também conta com canal de informações por telefone e whatsapp, para dúvidas, informações e orientações sobre coronavírus:

Fone: (48) 3273 1122, 3273 1033, 3273 1439

Whatsapp: 48 988712463

### **10 VACINAS DISPONÍVEIS**

O município recebe as vacinas encaminhadas da Macrorregional, as quais são de dois laboratórios distintos, Butantan e FIOCRUZ.

A vacina adsorvida covid-19 (inativada) - **BUTANTAN**, é apresentada como suspensão injetável das seguintes formas:

Apresentação monodose:

- Cartucho com 40 frascos-ampola com uma dose de 0,5 mL contendo 600 SU do antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2 cada.

Apresentação multidose

- Cartucho com 20 frascos-ampola com 10 doses de 0,5 mL contendo 600 SU do antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2 cada.

Cada dose de 0,5 mL de suspensão injetável contém 600 SU do antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2.

Excipientes: hidróxido de alumínio, hidrogenofosfato dissódico, di-hidrogenofosfato de sódio, cloreto de sódio, água para injetáveis e hidróxido de sódio para ajuste de pH.

A vacina adsorvida covid-19 (inativada) é indicada para imunização ativa para prevenção de casos de COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, em indivíduos com 18 anos ou mais que sejam suscetíveis ao vírus.

O esquema vacinal completo com duas doses é necessário para obter a resposta imune esperada



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

CNPJ: 08902303/0001-01

para a prevenção de COVID-19. A proteção em indivíduos com esquemas incompletos não foi avaliada nos estudos clínicos.

Não há estudos que demonstrem proteção da vacina adsorvida covid-19 (inativada) contra a infecção por SARS-CoV-2, uma vez que o objetivo dos estudos realizados até o momento foi o de avaliar a eficácia para a proteção contra a doença causada pelo SARS-CoV-2. Portanto, as pessoas que receberem o esquema de imunização deverão manter as medidas de prevenção contra infecção por SARS-CoV-2 para diminuir o risco de infecção e transmissão do SARS-CoV-2 a contactantes. Em particular, profissionais de saúde, devem manter a utilização das medidas de biossegurança para evitar a infecção e transmissão do SARS-CoV-2.

### RESULTADOS DE EFICÁCIA

Um estudo clínico de fase I / II randomizado, duplo-cego e controlado por placebo foi conduzido em adultos com idade entre 18-59 anos e idosos com 60 anos ou mais. Os desfechos de avaliação da imunogenicidade foram avaliados com o conjunto por protocolo (PPS, sigla em inglês) nos estudos clínicos de fase II, e os resultados dos ensaios clínicos do conjunto de análise completo (FAS, sigla em inglês) foram consistentes com as conclusões do conjunto PPS.

Os desfechos da avaliação da imunogenicidade incluem as taxas de soroconversão e a média geométrica dos títulos (GMT, sigla em inglês). A soroconversão é definida como uma mudança de soronegativa (<1:8) para soropositiva ( $\geq$ 1:8) ou um aumento de 4 vezes dos títulos basais se soropositivo. O ensaio de anticorpos séricos foi realizado usando o método padrão da Organização Mundial de Saúde, ou seja, método de teste de inibição citopática. Os resultados são apresentados na tabela abaixo.

**Tabela 1 Taxa de soroconversão do anticorpo neutralizante da população com 18 anos ou mais no dia 28 após a 2ª vacinação (PPS)**

Grupo do estudo	Esquema de 0, 14 dias			Esquema de 0, 28 dias		
	N	Taxa de soroconversão (95% CI)	GMT (95% CI)	N	Taxa de soroconversão (95% CI)	GMT (95% CI)
Adultos de 18 a 59 anos	118	92,37 (86,01-96,45)	27,6 (22,7-33,5)	117	97,44 (92,69-99,47)	44,1 (37,2-52,2)
Idosos com 60 anos ou mais				98	97,96 (92,82-99,73)	42,2 (35,2-50,6)

Em estudo de fase III conduzido no Brasil com profissionais de saúde maiores de 18 anos em

Joaquim Silveira, 169, Centro, Major Gercino/SC. CEP: 88260-000.

Fone/Fax (48) 32731160

E-mail: [secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br](mailto:secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br) [saudemajor@yahoo.com.br](mailto:saudemajor@yahoo.com.br)



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

CNPJ: 08902303/0001-01

contato direto com pacientes com COVID-19, avaliou-se a eficácia da vacina em esquema de duas doses com intervalo de duas semanas em comparação a um grupo que recebeu placebo (alocação 1:1).

A análise foi realizada considerando casos de COVID-19 apresentando, ao menos, dois dias de sintomas associados à doença e com RT-PCR de swab respiratório confirmado para detecção do vírus SARS-CoV-2. Os casos foram classificados conforme sua intensidade usando a Escala de Progressão Clínica de COVID-19 da Organização Mundial da Saúde e são apresentados considerando os seguintes parâmetros: Score 2 para casos leves com sintomas que não precisam de assistência, Score 3 para casos leves que precisam de algum tipo de assistência e Score 4 ou superior para casos moderados e graves que precisam de internação hospitalar.

Dos 4653 participantes analisados no grupo vacinal, 186 tinham 60 anos de idade ou mais e dos 4589 participantes no grupo placebo, 176 tinham 60 anos de idade ou mais. A análise de eficácia vacinal foi avaliada sob o suposto de riscos proporcionais através de um modelo de regressão de Cox ajustado por faixa etária. Embora, os dados de eficácia para pessoas maiores de 60 anos não são conclusivos com esse número de participantes.

Tabela 2 Eficácia vacinal em 9242 profissionais de saúde em contato direto com pacientes com COVID-19

Grupo de análise	Vacina n = 4653 Pessoas-tempo (100s de anos): 7,24		Placebo n = 4589 Pessoas-tempo (100s de anos): 7,06		Eficácia vacinal (IC95)	P
	Casos	Incidência	Casos	Incidência		
Todos os casos sintomáticos de COVID-19 (Score 2 ou superior)	85	11,74 (9,38 – 14,52)	167	23,64 (20,19 – 27,51)	50,39% (35,26 – 61,98)	0,0049*

\* Estatisticamente significante

Houve 6 casos moderados (Score 4 e 5) e 1 caso grave (Score 6) entre os participantes do grupo placebo e nenhum entre os participantes do grupo que recebeu a vacina. Essa diferença não é estatisticamente significante.

- Intervalo de dose: O esquema posológico foi avaliado com intervalo entre as doses de 14 a 28 dias, porém os estudos de imunogenicidade fase 2 indicam uma melhor resposta imunológica da vacina com intervalo de 28 dias. O significado deste achado para a eficácia ainda não foi determinado.

- Resultados de eficácia em Idosos: O número de casos de COVID-19 em indivíduos  $\geq 60$  anos de idade foi muito pequeno para qualquer conclusão sobre a eficácia nesta população. Foram observados 3 casos



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

CNPJ: 08902303/0001-01

---

de COVID-19 no braço placebo e 2 casos no braço de indivíduos vacinados.

- Resultados de eficácia em indivíduos sem infecção prévia por SARS-CoV-2 (Soronegativos): os dados clínicos obtidos não permitem conclusão de eficácia em indivíduos soronegativos para SARS-CoV-2.

### CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

A vacinação com a vacina adsorvida covid-19 (inativada) estimula o corpo a induzir imunidade contra o vírus SARS-CoV-2 para a prevenção de doenças causadas pelo mesmo. Com base nos dados clínicos completos de imunogenicidade e segurança da vacina, sugere-se que a vacina pode ter um valor potencial de aplicação clínica. No entanto, uma vez que o estudo sobre o efeito protetor contra COVID-19 ainda não foi concluído, o efeito protetor desta vacina contra COVID-19 não pode ser determinado. O corpo demora algum tempo para produzir anticorpos neutralizantes após a vacinação e durante este tempo devem ser tomadas medidas de proteção adequadas.

A vacina adsorvida covid-19 (inativada) contém o antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2. Ainda não foi determinado se doses de reforço do produto serão necessárias.

### CONTRAINDICAÇÕES

Em caso de qualquer uma das seguintes condições, o uso da vacina adsorvida covid-19 (inativada) é contraindicado:

- Alergia a qualquer um dos componentes desta vacina
- Pacientes com febre, doença aguda e início agudo de doenças crônicas

### ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

- Agite bem antes da administração;
- O uso com cautela deve ser feito nos seguintes casos: histórico familiar e pessoal de convulsão, portadores de doenças crônicas, história de epilepsia e alergias;



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

- Não use se o frasco da vacina estiver rachado, com rótulo mal impresso ou apagado, ou se houver um corpo estranho no frasco da vacina;
- A apresentação monodose deve ser administrada imediatamente após a abertura do frasco;
- A apresentação multidose da vacina pode ser utilizada em até 08 horas, desde que mantida em condições assépticas e sob temperatura entre +2°C e +8°C.
- Certifique-se de que o volume aspirado é de 0,5 mL, o que corresponde a uma dose da vacina;
- Pacientes que fazem uso de imunoglobulina humana devem ser vacinados com esta vacina com pelo menos um mês de intervalo, de forma a não interferir na resposta imunológica;
- Medicamentos apropriados, como adrenalina, devem estar prontamente disponíveis para uso imediato em caso de reação anafilática grave após a vacinação. Os pacientes devem ser observados pelo menos 30 minutos no local após a administração.

A vacinação deve ser avaliada com atenção em portadores de desordens neurológicas em atividade.

**A vacina adsorvida covid-19 (inativada) não deve, sob circunstância alguma, ser administrada por via intravenosa, subcutânea ou intradérmica.**

Esta vacina, assim como para todas as vacinas injetáveis, deve ser administrada com precaução em indivíduos com trombocitopenia ou coagulopatias, uma vez que podem ocorrer hemorragias após a aplicação intramuscular nestes pacientes.

Assim como ocorre com todas as vacinas injetáveis, supervisão e tratamento médico adequado devem sempre estar prontamente disponíveis no caso de uma reação anafilática rara após a administração da vacina.



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

Se a vacina for utilizada em pessoas com deficiência na produção de anticorpos, seja por problemas genéticos, imunodeficiência ou terapia imunossupressora, a resposta imunológica pode não ser alcançada.

Uso na gravidez e lactação:

Estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas.

**Gravidez – Categoria B**

**Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.**

Não existe informação sobre o uso da vacina durante a lactação.

Uso pediátrico:

Não há resultados de estudos conduzidos com a vacina adsorvida covid-19 (inativada) na população pediátrica.

Uso em idosos:

Ver seção de RESULTADOS DE EFICÁCIA.

**INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS**

A resposta esperada à imunização pode ser afetada pelo uso de medicamentos que afetem a resposta imune.

O uso de imunização passiva contra SARS-CoV-2 pode interferir com a vacina e impedir que seja gerada a resposta imune esperada.

Não existe informação sobre intercambialidade da vacina adsorvida covid-19 (inativada) com outras vacinas que produzam resposta imune contra o SARS-CoV-2.

Posologia:

Cada dose de 0,5 mL da vacina adsorvida covid-19 (inativada) contém 600 SU de antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2.

Modo de usar:

O esquema de imunização é de 2 doses de 0,5 mL com intervalo de 2-4 semanas entre as doses.

Recomenda-se a administração da vacina na região deltoide da parte superior do braço por via



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

intramuscular.

Agite o frasco-ampola antes do uso.

Ainda não foi determinado se doses de reforço do produto serão necessárias.

### **REAÇÕES ADVERSAS**

Os eventos adversos estão classificados de acordo com a frequência utilizando a seguinte convenção:

Muito comum:  $\geq 10\%$

Comum:  $\geq 1\%$  e  $<10\%$

Incomum:  $\geq 0,1\%$  e  $<1\%$

Raro:  $\geq 0,01\%$  e  $<0,1\%$

Muito raro:  $< 0,01\%$  incluindo relatos isolados

Desconhecido: (não pode ser estimado a partir dos dados disponíveis)

Estudos clínicos de fase I / II foram realizados em 1.165 adultos e idosos com 18 anos ou mais, e um total de 924 indivíduos receberam duas doses de imunização básica. A observação sistemática de acompanhamento de segurança foi realizada dentro de 7 dias após cada dose de vacinação. Os eventos adversos foram coletados por meio de notificações dos participantes e acompanhamento regular dos investigadores dentro de 8-30 dias após cada dose. Foi observada a ocorrência de um caso de hipersensibilidade aguda com manifestação de urticária 48 h após a primeira dose da vacina no Estudo de fase I/II em adultos entre 18 a 59 anos, que foi classificada como severa de Grau 3 e considerado possivelmente relacionado à vacinação. A incidência global de reações adversas nos indivíduos vacinados com a dose alvo foi de 23,73%, dos quais 23,24% foram leves e 1,94% moderadas.

A análise de segurança preliminar do estudo clínico fase III realizada com 5.051 participantes adultos (18-59 anos) e idosos (com mais de 60 anos) que receberam o esquema completo com 2 doses da vacina mostrou que a frequência geral de ocorrência de reações adversas solicitadas (locais e sistêmicas) até 7 dias após a administração da segunda dose foi de 50,8% no grupo dos adultos e 36,4% no grupo dos idosos. Para as reações adversas não solicitadas (locais e sistêmicas) até 7 dias após a administração da segunda dose, a frequência geral de ocorrência foi de 9,2% no grupo de adultos e 8,1% no grupo de idosos. A reação mais comum observada depois da segunda dose da vacina em ambos os

---

Joaquim Silveira, 169, Centro, Major Gercino/SC. CEP: 88260-000.

Fone/Fax (48) 32731160

E-mail: [secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br](mailto:secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br) [saudemajor@yahoo.com.br](mailto:saudemajor@yahoo.com.br)



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

grupos foi dor no local da administração, que ocorreu em 40,1% dos adultos e 27,8% dos idosos. A grande maioria das reações adversas observadas foram de Grau 1/2 e não ocorreu nenhuma reação adversa grave.

Reações adversas observadas a partir dos estudos clínicos fase I/II em Adultos (18-59 anos) e Idosos (com mais de 60 anos):

**- Reação muito comum (> 1/10)**

Local: dor

**- Reação comum (> 1/100 e ≤ 1/10)**

Sistêmica: fadiga, febre, mialgia, diarreia, náusea, dor de cabeça

**- Reação incomum (> 1/1000 e ≤ 1/100)**

Sistêmica: vômitos, dor abdominal inferior, distensão abdominal, tonturas, tosse, perda de apetite, hipersensibilidade, pressão arterial elevada, hipersensibilidade alérgica ou imediata

Local: coloração anormal no local da administração, inchaço, prurido, eritema, hipoestesia local, endurecimento

Reações adversas observadas a partir do estudo clínico fase III em Adultos (18-59 anos) até 7 dias após a administração da segunda dose da vacina:

**- Reação muito comum (> 1/10)**

Sistêmica: cefaleia, fadiga

Local: dor

**- Reação comum (> 1/100 e ≤ 1/10)**

Sistêmica: náusea, diarreia, mialgia, calafrios, perda de apetite, tosse, artralgia, prurido, rinorreia, congestão nasal

Local: eritema, inchaço, endurecimento, prurido

**- Reação incomum (> 1/1000 e ≤ 1/100)**

Sistêmica: vômito, febre, exantema, reação alérgica, dor orofaríngea, odinofagia, espirros, astenia, tontura, dor abdominal, sonolência, mal estar, rubor, dor nas extremidades, dor abdominal superior, dor nas costas, vertigem, dispneia, edema, Local: hematoma

Reações adversas observadas a partir do estudo clínico fase III em Idosos (acima de 60 anos) até



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

7 dias após a administração da segunda dose da vacina:

- **Reação muito comum (> 1/10)**

Local: dor

- **Reação comum (> 1/100 e ≤ 1/10)**

Sistêmica: náusea, diarreia, cefaleia, fadiga, mialgia, tosse, artralgia, prurido, rinorreia, odinofagia, congestão nasal

Local: prurido, eritema, edema local, endureção

- **Reação incomum (> 1/1000 e ≤ 1/100)**

Sistêmica: vômito, calafrios, diminuição de apetite, reação alérgica, astenia, tontura, equimose, hipotermia, desconforto nos membros

Local: hematoma

Além disso, existem riscos teóricos de que indivíduos vacinados poderiam desenvolver Doença Agravada pela Vacina, ou seja, ter uma doença mais grave do que teria caso não tivesse tomado a vacina, mas até o momento não há relato que isso tenha acontecido com o vírus que causa a COVID-19. Esta vacina foi testada anteriormente em animais e estes não apresentaram esta forma de infecção mais grave

**Atenção: este produto é um medicamento novo e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis, mesmo que indicado e utilizado corretamente, podem ocorrer eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos.**

**11 DOSES RECEBIDAS POR LOTE E FABRICANTE**

VACINA	FABRICANTE	LOTE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
SARS-COV2	Fundação Butantan	202010036	100	R\$ 58,20	R\$ 5820,00
SARS-COV2	Fundação Butantan	202010034	100	R\$ 58,20	R\$ 5820,00
SARS-COV2	Fundação Butantan	210010	20	R\$ 58,20	R\$ 1164,00

---

Joaquim Silveira, 169, Centro, Major Gercino/SC. CEP: 88260-000.

Fone/Fax (48) 32731160

E-mail: [secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br](mailto:secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br) [saudemajor@yahoo.com.br](mailto:saudemajor@yahoo.com.br)



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

SARS-COV2	Fundação Oswaldo Cruz	4120Z027	60	R\$ 29,70	R\$ 1782,00
SARS-COV2	Fundação Butantan	210010	20	R\$ 58,20	R\$ 1164,00
SARS-COV2	Fundação Butantan	210045	20	R\$ 58,20	R\$ 1164,00
SARS-COV2	Fundação Butantan	210057	30	R\$ 58,20	R\$ 1746,00
SARS-COV2	Fundação Butantan	210063	50	R\$ 58,20	R\$ 2910,00
SARS-COV2	Fundação Butantan	210045	20	R\$ 58,20	R\$ 1164,00
SARS-COV2	Fundação Butantan	210057	30	R\$ 58,20	R\$ 1746,00
SARS-COV2	Fundação Butantan	210131	120	R\$ 58,20	R\$ 6984,00
SARS-COV2	Fundação Oswaldo Cruz	212VCD001ZVA	90	R\$ 19,87	R\$ 1788,30
SARS-COV2	Fundação Oswaldo Cruz	213VCD005W	40	R\$ 19,87	R\$ 794,80
		<b>QUANTIDADE</b>	<b>700</b>	<b>VALOR</b>	<b>R\$ 34047,10</b>

**12 DOSES APLICADAS POR FAIXA ETÁRIA E METAS ESTIMADAS**

<b>GRUPO</b>	<b>META</b>	<b>PRIMEIRA DOSE APLICADA</b>	<b>SEGUNDA DOSE APLICADA</b>
<b>TRABALHADOR</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>45</b>

Joaquim Silveira, 169, Centro, Major Gercino/SC. CEP: 88260-000.

Fone/Fax (48) 32731160

E-mail: [secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br](mailto:secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br) [saudemajor@yahoo.com.br](mailto:saudemajor@yahoo.com.br)



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

<b>DA SAÚDE</b>			
<b>COMUNIDADE INDÍGENA</b>	<b>54</b>	<b>39</b>	<b>33</b>
<b>IDOSOS COM 90 ANOS OU MAIS</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>16</b>
<b>IDOSOS DE 85 A 89 ANOS</b>	<b>36</b>	<b>30</b>	<b>4</b>
<b>IDOSOS DE 80 A 84 ANOS</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>15</b>
<b>IDOSOS DE 75 A 79 ANOS</b>	<b>67</b>	<b>58</b>	<b>57</b>
<b>IDOSOS DE 70 A 74 ANOS</b>	<b>126</b>	<b>146</b>	<b>22</b>
<b>IDOSOS DE 65 A 69 ANOS</b>	<b>133</b>	<b>113</b>	<b>0</b>
<b>IDOSOS DE 60 A 64 ANOS</b>	<b>166</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### **13 TRANSPARÊNCIA NOS DADOS DE DOSES RECEBIDAS E APLICADAS**

Os dados das doses recebidas junto ao Ministério da Saúde, bem como dados sobre as aplicações das vacinas disponíveis vêm sendo divulgados semanalmente nas redes sociais da Prefeitura Municipal de Major Gercino, na forma de covidômetro, contendo as seguintes informações:

- Doses recebidas de cada um dos tipos de vacinas disponibilizados;
- Número de cidadãos vacinados, estratificado por grupos prioritários, distinguindo aqueles que receberam apenas a primeira dose e os que já receberam as duas doses da vacina;
- Totais de vacinas recebidas e aplicadas;
- Data de atualização do covidômetro

### **14 DEMAIS INFORMAÇÕES**

Os polos de vacinação serão locais designados como referência considerando estrutura, acesso e

---

Joaquim Silveira, 169, Centro, Major Gercino/SC. CEP: 88260-000.

Fone/Fax (48) 32731160

E-mail: [secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br](mailto:secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br) [saudemajor@yahoo.com.br](mailto:saudemajor@yahoo.com.br)



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

público estimado, sendo amplamente divulgados, na etapa que for necessária sua implantação, de acordo com as próximas remessas recebidas e próximas etapas liberadas pela SES.

Será necessária reorganização interna das unidades que serão polos, para dar suporte ao técnico responsável pela sala de vacina. Duas salas poderão ser preparadas, sendo uma para vacinas de rotina e outras apenas para COVID-19. Devido à repercussão, escolta policial ou auxílio do exército poderão ser necessários para as equipes volantes, além de segurança permanente dos polos de vacinação, especialmente durante as primeiras fases.

**Este planejamento poderá ser alterado a qualquer momento, a depender de novas estratégias adotadas pelo governo federal, estadual e municipal.**

#### **REFERÊNCIAS**

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

Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina. **Plano para Campanha de Vacinação Covid-19 em Santa Catarina**. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Superintendência de Planejamento. Santa Catarina: 2020.

Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina. **Informe Técnico Estadual - Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 - Primeira Etapa: Vacina Sinovac**. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Vigilância em

Saúde, Superintendência de Planejamento. Santa Catarina: 2021.

Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina. **Informe Técnico Estadual 2ª Versão - Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 - Primeira Etapa: Vacina Sinovac Butantan, Vacina Astrazeneca Fiocruz**. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Superintendência de Planejamento. Santa Catarina: 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

**NOTA TÉCNICA Nº 14/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. O Programa de Imunização no Contexto da Pandemia de Covid-**

---

Joaquim Silveira, 169, Centro, Major Gercino/SC. CEP: 88260-000.

Fone/Fax (48) 32731160

E-mail: [secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br](mailto:secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br) [saudemajor@yahoo.com.br](mailto:saudemajor@yahoo.com.br)



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

19. Ministério da Saúde: Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/imunizacao/notas-tecnicas/Nota%20T%C3%A9cnica%2014.pdf> Acesso em 14/01/2021.

NOTA TÉCNICA Nº Nº 001 GEVIM/DIVE/SUV/SES. **Orienta as Secretarias Municipais de Saúde sobre a vacinação contra a COVID-19 na população com mais de 90 anos.** Secretaria do Estado da Saúde. Gerência de Vigilância de Doenças Agudas e Imunização, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Santa Catarina: 2021. Disponível em: <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> Acesso em 08/02/2021.

Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina. **Deliberação CIB 002/2021**, de 18 de janeiro de 2021.

Santa Catarina. Governo do Estado de Santa Catarina. **Deliberação CIB 003/2021**, de 25 de janeiro de 2021.

---

Joaquim Silveira, 169, Centro, Major Gercino/SC. CEP: 88260-000.

Fone/Fax (48) 32731160

E-mail: [secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br](mailto:secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br) [saudemajor@yahoo.com.br](mailto:saudemajor@yahoo.com.br)



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

CNPJ: 08902303/0001-01

### ANEXO I

Definições e recomendações para população alvo da vacinação contra a COVID-19, segundo a SES

POPULAÇÃO ALVO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÕES
<i>Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas</i>	<i>Pessoas com 60 anos ou mais que residem em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), como casa de repouso, asilo e abrigo.</i>	<i>Será solicitado documento que comprove a residência.  Orienta-se vacinação no local contemplando todos os residentes (mesmo com idade inferior a 60 anos) e todos os trabalhadores desses locais.</i>
<i>Pessoas com Deficiência Institucionalizadas</i>	<i>Pessoas com deficiência que vivem em residência inclusiva (RI), que é uma unidade ofertada pelo Serviço de Acolhimento Institucional, para jovens e adultos com deficiência.</i>	<i>Deficiência autodeclarada e documento que comprove a residência  Orienta-se vacinação no local, contemplando todos os trabalhadores locais.</i>
<i>Trabalhadores da Saúde</i>	<i>Trabalhadores dos serviços de saúde são todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, clínicas, ambulatórios, laboratórios e outros locais. Desta maneira, compreende tanto os profissionais da saúde – como médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, odontólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, profissionais da educação física, médicos veterinários e seus respectivos técnicos e auxiliares – quanto os trabalhadores de apoio, como recepcionistas, seguranças, pessoal da limpeza, cozinheiros e auxiliares, motoristas de ambulâncias e outros, ou seja, aqueles que trabalham nos serviços de saúde, mas que não estão prestando serviços direto de assistência à saúde das pessoas. A vacina também será ofertada para acadêmicos em saúde e estudantes da área técnica em saúde em estágio Hospitalar, Atenção Básica e Clínicas, aqueles profissionais que atuam em cuidados domiciliares como os cuidadores de idosos e doulas/parteiras, bem como funcionários do sistema funerário que tenham contato com cadáveres potencialmente contaminados.</i>	<i>Para o planejamento da ação, torna-se oportuno a identificação dos serviços e levantamento do quantitativo dos trabalhadores da saúde envolvidos na pandemia nos diferentes níveis de complexidade da rede de saúde.  O envolvimento de associações profissionais, sociedades científicas, da direção dos serviços de saúde e dos gestores, na mobilização dos trabalhadores, poderão ser importantes suporte para os organizadores, seja para o levantamento, seja para definir a melhor forma de operacionalizar a vacinação. Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa do trabalhador com o serviço de saúde ou apresentação de declaração emitida pelo serviço de saúde.</i>
<i>Povos indígenas vivendo em terras indígenas</i>	<i>Indígenas vivendo em terras indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.</i>	<i>A vacinação será realizada em conformidade com a organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI) nos diferentes municípios.</i>

Joaquim Silveira, 169, Centro, Major Gercino/SC. CEP: 88260-000.

Fone/Fax (48) 32731160

E-mail: [secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br](mailto:secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br) [saudemajor@yahoo.com.br](mailto:saudemajor@yahoo.com.br)



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

POPULAÇÃO ALVO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Pessoas de 60 anos e mais		Será solicitado documento que comprove a idade.
Povos e comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas	Povos habitando em comunidades tradicionais ribeirinhas ou quilombolas.	A vacinação deverá ser realizada por meio de estratégias específicas a serem planejadas no nível municipal, em algumas regiões haverá apoio da operação gota.
Grupo com morbidades*	Para indivíduos com uma ou mais morbidades descritas abaixo, de acordo com a faixa etária indicada pela Anvisa.  Diabetes mellitus; hipertensão arterial (HA) estágio 3; HA estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidades; hipertensão resistente; doença pulmonar obstrutiva crônica; insuficiência renal; doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; demais indivíduos imunossuprimidos; anemia falciforme; obesidade grau 3 (IMC≥40); síndrome de down.	Indivíduos pertencentes a esses grupos poderão ser pré-cadastrados no SIPNI, aqueles que não tiverem sido pré-cadastrados poderão apresentar qualquer comprovante que demonstre pertencer a um destes grupos de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica etc.) Adicionalmente poderão ser utilizados os cadastros já existentes dentro das Unidades de Saúde.
Funcionários do sistema de privação de liberdade	Agente de custódia e demais funcionários, com exceção dos trabalhadores de saúde.	O planejamento e operacionalização da vacinação nos estabelecimentos penais deverão ser articulados com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Justiça (Secretarias Estaduais de Segurança Pública ou correlatos), conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).
População privada de liberdade	População acima de 18 anos em estabelecimentos de privação de liberdade.	
Pessoas em situação de rua*	Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória, definido no art. 1º do decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.	Autodeclarada e aquelas que se encontram em unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

POPULAÇÃO ALVO	DEFINIÇÃO	RECOMENDAÇÕES
Forças Armadas	Membros ativos das Forças Armadas (Marinha, Exército e Aeronáutica).	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa com o serviço de forças armadas ou apresentação de declaração emitida pelo serviço em que atua.
Trabalhadores da educação	Todos os professores e funcionários das escolas públicas e privadas do ensino básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA) e do ensino superior.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa do profissional com a escola ou apresentação de declaração emitida pela instituição de ensino.
Pessoas com deficiência permanente grave	Para fins de inclusão na população-alvo para vacinação, serão considerados indivíduos com deficiência permanente grave aqueles que apresentem uma ou mais das seguintes limitações:  1. Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas.  2. Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir (se utiliza aparelho auditivo esta avaliação deverá ser feita em uso do aparelho).  3. Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar (se utiliza óculos ou lentes de contato, esta avaliação deverá ser feita com o uso dos óculos ou lente).  4. Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.	Deficiência autodeclarada ou por meio da apresentação de comprovante que demonstre possuir a limitação permanente grave (exames, receitas, relatório médico, prescrição medida, entre outros).
Caminhoneiro	Motorista de transporte rodoviário de cargas definido no art. 1º, II da Lei nº 13.103, de 2 de março de 2015, que trata da regulamentação da profissão de motoristas.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista profissional do transporte rodoviário de cargas (caminhoneiro).
Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros Urbano e de Longo Curso	Motoristas e cobradores de transporte coletivo rodoviário de passageiros urbano e de longo curso.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista profissional do transporte de passageiros.
Trabalhadores Portuários	Qualquer trabalhador portuário, incluindo os funcionários da área administrativa..	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de trabalhador portuário.
Trabalhadores de Transporte Aéreo	Funcionários das companhias aéreas nacionais, definidos pelo Decreto nº 1.232/1962 e pela Lei nº 13.475/2017.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de companhias aéreas nacionais.

Joaquim Silveira, 169, Centro, Major Gercino/SC. CEP: 88260-000.

Fone/Fax (48) 32731160

E-mail: [secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br](mailto:secretariadesaude@majorgercino.sc.gov.br) [saudemajor@yahoo.com.br](mailto:saudemajor@yahoo.com.br)



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

---

<b>POPULAÇÃO ALVO</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b>
<i>Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário</i>	<i>Funcionários das empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas.</i>	<i>Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas.</i>
<i>Trabalhadores de Transporte Aquaviário</i>	<i>Funcionários das empresas brasileiras de navegação.</i>	<i>Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado das empresas brasileiras de navegação.</i>

*Fonte: 1) Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas e Pessoas com Deficiência Institucionalizadas: Sistema Único da Assistência Social - SUAS, 2019 - estimada a partir do censo SUAS com uma margem de erro de 100% para incorporar os estabelecimentos privados não registrados no censo no grupo prioritário Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas; 2) Povos indígenas vivendo em terras indígenas: dados disponibilizados pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI, de 2021, incluiu indígenas acima de 18 anos atendidos pelo subsistema de saúde indígena; 3) Trabalhadores de Saúde: estimativa da Campanha de Influenza de 2020 - dados preliminares, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos*



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO  
CNPJ: 08902303/0001-01

ANEXO II  
Formulário de Reação Vacinal

Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis  
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO**

**Formulário de Cadastro do Paciente**

Cartão SUS: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Raça: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Tipo Documento: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Zona:  Urbana  Rural Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. Contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

**Formulário de Notificação**

Data da Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Item de Notificação:

Data de Aplicação	Estratégia	Imuno-biológico	Dose	Laboratório	Lote	Via de Administração	Local de Aplicação	Indicação	Especialidade	Estabelecimento
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										
____/____/____										

**Gestante:**  
 Sim  Não  Ignorado  
Mês de gestação no momento da vacinação:

**Mulher Amamentando:**  
 Sim  Não

**Criança em Aleitamento Materno:**  
 Sim  Não

**Evento Adverso:** \_\_\_\_\_

**Classificação:**  
 Não Grave (EANG) – Qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave;  
 Grave (EAG);  
 Erro de Imunização (EI).

**Responsável pelo Preenchimento da Notificação:**  
Estabelecimento: CNES: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_  
Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

Ficha EAPV Web versão 25/Set-2014.doc 1 de 8



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO  
CNPJ: 08902303/0001-01

Formulário de Investigação:									
<b>Antecedentes:</b>									
Algum EAPV anterior à presente vacinação? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado									
Data da Ocorrência	Imunobiológico	Evento Adverso Pós Vacinação (EAPV)	Conduta						
__/__/__	_____	_____	_____						
__/__/__	_____	_____	_____						
__/__/__	_____	_____	_____						
__/__/__	_____	_____	_____						
__/__/__	_____	_____	_____						
<b>Doenças Pré-existentes?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado									
<input type="radio"/> Aids / HIV	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Doença hepática	<input type="radio"/> Doença renal						
<input type="radio"/> Alergia a medicamento	<input type="radio"/> Doença autoimune	<input type="radio"/> Doença neurológica ou psiquiátrica	<input type="radio"/> Outras (Especificar)						
<input type="radio"/> Alergia alimentar	<input type="radio"/> Doença cardíaca	<input type="radio"/> Doença pulmonar	<input type="text"/>						
<b>Alguma(s) medicação(ões) em uso?</b> <input type="radio"/> Sim (especificar) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado									
Tipo Medicamento	Nome Genérico	Via de Administração	Data Início	Uso Contínuo	Data Término				
<input type="radio"/> Anticonvulsivante	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____				
<input type="radio"/> Antitêrmico	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____				
<input type="radio"/> Corticoide	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____				
<input type="radio"/> Imunoglobulinas	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____				
<input type="radio"/> Med. Homeopático	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____				
<input type="radio"/> Químico / Radio	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____				
<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____				
<input type="text"/>									
<b>Fez transfusão de sangue, componentes ou derivados nos últimos 28 dias?</b>			<b>Viajou nos últimos 15 dias?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado						
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ignorado Data da Transfusão: __/__/__			Data de Início: __/__/__ Data Término: __/__/__						
<b>História prévia de convulsões:</b>			País: _____						
<input type="radio"/> Sem história de convulsão <input type="radio"/> Convulsão afebril			Local (caso não Brasil): _____						
<input type="radio"/> Convulsão febril <input type="radio"/> Ignorado			UF: ____ Município: _____						
<b>Eventos Adversos:</b>									
<b>Manifestações Locais</b>									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Abscesso frio	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Granuloma	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Abscesso quente	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Nódulo	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Atrofia no sítio de administração	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Prurido Local	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Calor	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Urticária no Sítio de Administração	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Celulite	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Úlcera (>1cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dor	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Edema	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
<input type="radio"/> Eritema ou Rubor	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>					



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

Manifestações Clínicas Sistêmicas /Pele e Mucosa									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Angioedema Generalizado	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Linfadenopatia Regional	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angioedema de Laringe	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Linfadenopatia Regional Supurada (>3cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angioedema de Lábios	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Linfadenopatia Regional Não Supurada (>3cm)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angioedema de Membros	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Palidez	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Angioedema de Olhos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Petéquias	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Cianose	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Prurido Generalizado	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Exantema em Sítio diferente da Administração	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Púrpura	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Exantema Generalizado	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Urticária Generalizada	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Hiperemia e Coceira nos Olhos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Icterícia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>				

  

Manifestações Clínicas Sistêmicas Cardiovasculares									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Bradicardia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Taquicardia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Hipotensão	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
					<input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>				

  

Manifestações Clínicas Sistêmicas /Respiratória									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Apnéia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Rouquidão	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Broncoespasmo / Laringoespasmo	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sensação de Fechamento de Garganta	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dificuldade de Respirar	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Tiragem Intercostal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dispnéia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Tosse Seca	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dor de Garganta	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Taquipnéia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Espirros	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Rinorreia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>				

  

Manifestações Clínicas Sistêmicas /Neurológicas									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="radio"/> Agitação	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Convulsão Local	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Alteração do Nível de Consciência	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Convulsão Generalizada	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Ataxia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Desmaio	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Convulsão Febril	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Hipotonia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Convulsão Afebril	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Letargia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Ficha EAPV Web versão 25/Set-2014.doc 3 de 8



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

Manifestações Clínicas Sistêmicas /Neurológicas (continuação...)									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="checkbox"/> Paralisia de Membros inferiores	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Respostas Diminuídas ou Ausentes a Estímulos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Paralisia de Membros Superiores	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinais Neurológicos Focais ou Multifocais	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Paralisia Facial (Bell)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Paresia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Paresteia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Manifestações Clínicas Sistêmicas / Gastrintestinais									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="checkbox"/> Diarréia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Melena	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dor Abdominal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Náuseas	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enterorragia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vômitos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fezes com raia de sangue	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sinais de obstrução intestinal	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Outras Manifestações									
Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.	Evento adverso	Data de Início	Data de Término	Tempo de início	Acomp.
<input type="checkbox"/> Anúria	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hiperemia bilateral dos olhos	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Artralgia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hiperemia em articulações	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cefaléia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesões decorrentes de disseminação do BCG	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cefaléia e Vômito	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mialgia	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Choro Persistente (>=3 horas)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oligúria	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dificuldade de deambular	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonolência	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Edema articular	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros (Especificar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fadiga	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Febre >=39°C (axilar)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Atendimento Médico?  Sim  Não  Ignorado

Ambulatório / Consultório  Observação (permanência na unidade de saúde por até 24 horas)  Hospitalização (permanência na unidade de saúde por tempo maior que 24 horas)

CNES Hospital: \_\_\_\_\_ Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Data da internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Informações Complementares (descrever apenas informações relevantes que complementem os dados da ficha)

Ficha EAPV Web versão 25-Set-2014.doc 4 de 8



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

Diagnóstico(s): _____	
<b>Evolução:</b>	
<input type="radio"/> Evento adverso associado ao BCG – <u>Sem</u> necessidade de administração de Isoniazida;	
<input type="radio"/> Evento adverso associado ao BCG – <u>Com</u> necessidade de administração de Isoniazida;	
<input type="radio"/> Evento adverso associado ao BCG – <u>Com</u> necessidade de administração de esquema triplice / quádruplo	
<input type="radio"/> Cura <u>sem</u> sequelas <input type="radio"/> Cura <u>com</u> sequelas <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Não é EAPV <input type="radio"/> Perda de seguimento <input type="radio"/> Em Acompanhamento	
<b>Responsável pelo Preenchimento da Investigação:</b>	
Estabelecimento: CNES: _____ Nome: _____	
Responsável: _____ Função: _____	
Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ e-mail: _____	
Endereço: _____	
<b>Formulário de Encerramento:</b>	
<b>Classificação Final:</b>	
<input type="radio"/> EA Não Grave (EANG) <input type="radio"/> EA Grave (EAG) <input type="radio"/> Erro de Imunização (EI) <input type="radio"/> Inclassificável	
<b>Erros de Imunização (EI):</b>	<b>Conduta Frente ao(s) Erro(s) de imunização (EI) e Doses:</b>
<input type="radio"/> Tipo de imunobiológico utilizado;	<input type="radio"/> Dose considerada válida;
<input type="radio"/> Erros de administração - Na técnica de aplicação;	<input type="radio"/> Dose considerada inválida;
<input type="radio"/> Erros de administração - No uso incorreto de diluentes, administração de outros produtos que não sejam vacinas e/ou diluentes;	<input type="radio"/> Repetir a dose única o mais rápido possível;
<input type="radio"/> Erros de manuseio (conservação de temperatura, transporte e armazenamento inadequado);	<input type="radio"/> Repetir a dose o mais rápido possível considerando intervalo mínimo;
<input type="radio"/> Intervalo inadequado entre doses;	<input type="radio"/> Repetir a dose com aprazamento de reforço;
<input type="radio"/> Validade vencida;	<input type="radio"/> Acompanhamento com dosagem de anticorpos;
<input type="radio"/> Erros de prescrição ou indicações (fora da idade recomendada);	<input type="radio"/> Outros – especificar:
<input type="radio"/> Não avaliação de contraindicações ou precauções;	
<input type="radio"/> Outros – descrever detalhadamente o(s) erro(s) de imunização:	
Ficha EAPV Web versão 15/Set-2014.doc	5 de 8



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

**Encerramento Final:**

Preencher a tabela abaixo, utilizando a legenda descrita a seguir:

Imunobiológico(s)	Diagnóstico(s)	Conduta(s)	Causalidades

**Legenda:**

**Conduta Frente ao Esquema Vacinal (preenchimento):**

1. Esquema Mantido;
2. Esquema mantido com precaução (\*);
3. Contra indicação com substituição do esquema;
4. Contra indicação sem substituição do esquema;
5. Esquema encerrado;
6. Suspensão da vacina por 10 anos;
7. Ignorado;
8. Outros – especificar:

**Classificação de Causalidades (Coordenações Estaduais):**

- 1 Informação disponível adequada;
  - A Consistente;
    - A.1- Reações inerentes ao produto, conforme literatura;
      - A.1.1- Associação a mais que uma vacina;
      - A.2- Reações inerentes a qualidade do produto;
      - A.3- Erros de imunização (EI);
        - A.3.1- Tipo de Imunobiológico utilizado;
        - A.3.2- Erros de Administração – Erro na técnica de administração;
        - A.3.3- Erros de Administração – Uso incorreto de diluentes, administração de outros produtos que não sejam vacinas e/ou diluentes;

**Classificação de Causalidades (Coordenações Estaduais) – continuação:**

- A.3.4- Erros de manuseio (conservação de temperatura, transporte e armazenamento inadequado);
- A.3.5- Intervalo Inadequado de doses;
- A.3.6- Validade Vencida;
- A.3.7- Erros de prescrição ou indicações (fora da idade recomendada);
- A.3.8- Ausência de avaliação de contraindicações ou precauções;
- A.3.9- Outros (Especificar):

- A.4- Reações de Ansiedade associada à imunização;

- B Indeterminada;
  - B.1- Reação temporal consistente, mas sem evidências na literatura para se estabelecer uma relação causal;
  - B.2- Os dados da investigação são conflitantes em relação à causalidade;
- C Inconsistente;
  - C.1- Condições subjacentes ou emergentes;
  - C.2- Condições causadas por outros fatores e não por vacinas;

- 2 Informação disponível inadequada;
  - D Inclassificável.

**Responsável pelo Preenchimento do Encerramento:**

Data de Encerramento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estabelecimento: CNES: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_  
Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

Ficha EAPV Web versão 25/Set-2014.doc

6 de 8



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis  
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

**EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO – FICHA DE EXAMES LABORATORIAIS  
COMPLEMENTARES**

**Informações Laboratoriais Complementares**

**Hemograma**

Data da Coleta	Série Vermelha				Série Branca					
	Hemácias (m <sup>3</sup> )	Hemoglobina	Hematócrito	Plaquetas	Bastões (%)	Neutrófilos (%)	Linfócitos (%)	Leucócitos (%)	Eosinófilos (%)	Monócitos (%)

**Bioquímica**

Data da Coleta	BD (mg'dl)	BI (mg'dl)	BT (mg'dl)	Uréia (mg'dl)	Creatinina (mg'dl)	AST (TGO)	ALT (TGP)	GGT	FA	Prova de Coagulação		
										RNI	PT	PTT

**Punção Lombar**

Data da Coleta	Citoquímica (Liquor)					Bacterioscopia – GRAM (especificar)	Cultura do Liquor (especificar)
	Leucócitos (m <sup>3</sup> )	Neutrófilos (%)	Linfócitos (%)	Glicose (mg)	Proteínas (mg)		

**Urina**

Data da Coleta	Elementos Anormais e Sedimentos
Data da Coleta	Elementos e Antibiograma



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**  
**CNPJ: 08902303/0001-01**

**Deteção Viral**

Data da Coleta	Amostra	Resultado
	Líquor	
	Sangue	
	Tecido	
	Outros (Especificar)	

**Imunologia**

Agravos	Sorologia			PCR		
	Data da Coleta	Sangue	Líquor	Data da Coleta	Sangue	Líquor
Dengue						
Febre Amarela						
Rubéola						
Hepatite A						
Hepatite B						
HIV						
Outros (Especificar)						

**Adicionais**

Data da Coleta	Exame	Resultado
	ECG	
	EEG	
	RX	
	TC	
	RM	
	ENMG	
	US	
	Outros (Especificar)	

**Outros – Viscerotomia, Necrópsia e Anatomopatológico**

Data da Coleta	Imuno - Histoquímica		Anatomopatológico
	Macroscopia	Microscopia	



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAJOR GERCINO

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

CNPJ: 08902303/0001-01

### ANEXO III

#### Formulário de consentimento de vacinação COVID-19

Versão 1.0 de 07- Jan-2021  
Página 1 de 1

Autorização de Uso Emergencial - vacina adsorvida covid-19 (inativada)  
Formulário de Consentimento - Adultos  
CONFIDENCIAL



#### FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DE VACINAÇÃO COVID-19

##### Autorização Temporária de Uso Emergencial da vacina adsorvida covid-19 (inativada) para prevenir Doença do Coronavírus (COVID-19)

A vacinação com a vacina adsorvida covid-19 (inativada) poderá diminuir o risco de uma pessoa ter a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19). Entretanto, nenhuma vacina é completamente eficaz. Além disso, necessita-se de algumas semanas para que seja obtida uma resposta imune (proteção) adequada. Em conclusão, algumas pessoas podem ainda ter a doença ou a infecção mesmo tendo sido vacinadas, mas poderão ter uma forma menos grave da doença em função desta vacinação.

A vacina não poderá ser dada em pessoas que estejam doentes com suspeita ou com COVID-19 confirmada no momento da vacinação. Ela será utilizada com um esquema de duas doses para reduzir a chance de doença grave e de morte. Apesar do uso da vacina, medidas preventivas ainda serão necessárias no dia-a-dia: distanciamento social, uso de máscaras e higiene das mãos, dentre outras.

Adicionalmente, como qualquer vacina, esta poderá causar alguns eventos adversos. A vacina adsorvida covid-19 (inativada) pode causar dor no local da injeção, inchaço, vermelhidão, caroço duro no local, mancha roxa ou até infecção no local da entrada da agulha na pele. Ainda, pode aparecer dor de cabeça, dor nos músculos, diarreia, enjoo, cansaço e mais raramente febre. Se você apresentar algum evento adverso que precise de um atendimento urgente você deverá procurar um serviço de saúde de emergência, como por exemplo um pronto-socorro, uma UPA, AMA, etc. Estes são locais especializados, onde você terá atendimento e será medicado, se for necessário. Se os sintomas não forem urgentes você poderá procurar a unidade básica de saúde mais próxima.

Se você tiver mais algumas dúvidas poderá acessar o site <https://vacinacovid.butantan.gov.br>

Nome completo	
Data de nascimento	CPF
Nome da mãe	Sexo
Endereço completo	
Número do cartão nacional de Saúde (CNS)	

Consentimento para a vacinação de COVID-19 (por favor, preencha somente uma das caixas abaixo)

Eu desejo receber a vacina COVID-19	Eu não desejo receber a vacina COVID-19
Nome	Nome
Assinatura	Assinatura
Data	Data
Se você não consentir em ser vacinado, gostaríamos de saber os motivos que o levaram a tomar esta decisão. O campo abaixo destina-se a este relato.	

Agradecemos o preenchimento deste formulário.

#### Uso oficial somente

Data da vacinação de COVID-19	Local de vacinação –COVID-19		Lote e data de validade	Nome do profissional que vacinou	Local onde foi realizada a vacinação
1ª. dose	Braço esquerdo	Braço direito			
2ª. dose	Braço esquerdo	Braço direito			