

Plano Nacional de Enfrentamento da Covid-19 para a População Quilombola

Brasília, 09 de abril, 2021.

© 2021. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Ministério da Saúde, Ministério do Turismo, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Ministério da Cidadania, Ministério da Educação, Gabinete de Segurança Institucional, Casa Civil, Secretaria de Governo da Presidência da República, Controladoria Geral da União.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total deste documento, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 2021.

Sumário

LISTA DE FIGURAS 5

LISTA DE QUADROS 6

LISTA DE TABELAS 7

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 8

I. Apresentação do Plano 9

II. Considerações dos atores externos ao Plano 16

III. Introdução 35

2.1. Da População Quilombola: 36

2.2. Da Situação Epidemiológica da covid-19 e dos grupos de risco: 40

2.3. Do Orçamento da União para 2021: 43

IV. Objetivos 45

V. Execução por objetivo 48

1. Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde: 48

1.1. Implementar estratégias de prevenção à contaminação por covid-19: 49

1.2. Implementar estratégias de ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população quilombola; 56

1.3. Sensibilizar lideranças sociais sobre a importância da prevenção e da vacinação prioritária da população quilombola: 60

1.4. Divulgar campanha de sensibilização da população quilombola sobre a importância da prevenção e da vacinação contra covid-19: 64

1.5. Divulgar canal de denúncia e informação sobre o atendimento nos serviços de saúde e a vacinação prioritária para a população quilombola: 68

1.6. Contribuir com o fornecimento de água potável para comunidades quilombolas: 71

2. Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário: 74

3. Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social: 76

3.1. Repassar, em 2020 e 2021, R$ 79.466.212,60 para a distribuição de merenda escolar, pelos entes federativos, para mais de 260 mil estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica em todo o país: 78

3.2. Distribuir, em caráter emergencial 518.036 cestas de alimentos para 179.366 famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar: 83

3.3. Garantir renda mínima para as famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social elegíveis aos benefícios sociais: 89

VI. Estratégias para monitoramento e avaliação do Plano 99

VII. Considerações Finais 106

Apêndice A – Planilha completa com as informações consolidadas por objetivo, meta e ação do Plano Erro! Indicador não definido.

Apêndice B – Minutas de Ofício encaminhadas para lideranças sociais e gestores públicos com orientações sobre a vacinação prioritária da população quilombola Erro! Indicador não definido.

Apêndice C – Ações de Comunicação – Vacinação Comunidade Quilombola Erro! Indicador não definido.

Apêndice D – Mapa de comunidades quilombolas atendidas com cestas alimentares por município e UF em 2020 e 2021Erro! Indicador não definido.

Lista de Anexos

Anexo A. Plano de Enfrentamento da Pandemia Covid-19 para População Quilombola – Preliminar

Anexo B. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação

Anexo C. Ofício solicitando o adequado e contínuo preenchimento do SISAB.

Anexo D. Oitavo Informe. 10ª Pauta de Distribuição de Vacinas

Anexo E. Manifestação PGR-00117069/2021

Anexo F. Segunda Manifestação da sociedade civil sobre proposta do governo para o Plano Nacional de Enfrentamento a Covid-19 para a População Quilombola

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxo de encaminhamento de informações e denúncias..... 69

Figura 2. Repasse financeiro do PNAE por região para atendimento de estudantes quilombolas 81

Figura 3. Doses aplicadas por UF 100

Figura 4. Doses aplicadas segundo sexo 101

Figura 5. Doses aplicadas por faixa etária 101

Figura 6. Testes adquiridos e distribuídos no Brasil 102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estimativa populacional para a Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19 e ordenamento de grupos prioritários* 42

Quadro 2. Matriz de Responsabilidade pelas ações do Plano 46

Quadro 3. Distribuição dos grupos prioritários atendidos. Brasil. 2021 51

Quadro 4. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 54

Quadro 5. Detalhamento do investimento orçamentário 55

Quadro 6. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 59

Quadro 7. Detalhamento do investimento orçamentário 60

Quadro 8. Cronograma de desembolso 60

Quadro 9. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 62

Quadro 10. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 66

Quadro 11. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 70

Quadro 12. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 75

Quadro 13. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 82

Quadro 14. Detalhamento do investimento orçamentário 83

Quadro 15. Total de famílias quilombolas beneficiadas e período de distribuição de cestas de alimentos por unidade da federação 85

Quadro 16. Detalhamento do investimento orçamentário 86

Quadro 17. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 88

Quadro 18. Detalhamento do investimento orçamentário 89

Quadro 19. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 94

Quadro 20. Detalhamento do investimento orçamentário 97

Quadro 21. Cronograma de criação da página e das ferramentas de acompanhamento da execução do Plano 104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de máscaras para famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar no estado da Bahia 53

Tabela 2. Alcance dos materiais orientativos sobre a covid-19 para populações quilombolas 65

Tabela 3. Total de famílias beneficiadas pelo Programa Cisternas 73

Tabela 4. Total de cestas e de famílias atendidas por UF 88

Tabela 5. Total de quilombolas beneficiados pelo auxílio emergencial e residual em 2020 91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AGU	Advocacia Geral da União
Cadúnico	Cadastro Único
CGU	Controladoria Geral da União
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
CONAQ Quilombolas	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DPU	Defensoria Pública da União
ECAM	Equipe de Conservação da Amazônia
FCP	Fundação Cultural Palmares
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
GSI	Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
ISA	Instituto Socioambiental
MCID	Ministério da Cidadania
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
SEGOV	Secretaria de Governo da Presidência da República

I. Apresentação do Plano

A União apresenta o Plano Nacional de Enfrentamento da covid-19 para a População Quilombola para compor as medidas de proteção e promoção de saúde destinadas a esse grupo em um contexto de pandemia.

O Plano está desenhado conforme decisão proferida em Medida Cautelar, nos autos da ADPF nº 742, de 2 de março de 2021, e por decisão monocrática proferida em 19 de março de 2021, pelo Ministro Edson Fachin, oficiando como Relator na Ação, pela qual acolheu pedido veiculado em embargos de declaração e determinou à União:

> "formule, no prazo de 30 dias, plano nacional de enfrentamento da pandemia covid-19 no que concerne à população quilombola, formulando objetivos, metas, ações programáticas, cronograma de implementação e metodologias de avaliação, contemplando, ao menos, providências visando a ampliação das estratégias de prevenção e do acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde, controle de entrada nos territórios por terceiros considerado isolamento social comunitário e distribuição de alimentos e material de higiene e desinfecção".

O Plano foi construído pela União, sob a responsabilidade dos órgãos federais que atendem à população quilombola, no exíguo prazo compreendido entre o dia 22 de março, quando a intimação supracitada foi recebida pela União, até o dia 09 de abril, prazo final dos 30 dias da data da intimação inicial em 09 de março. Participaram dessa construção representantes de órgãos do governo federal e atores externos da sociedade civil e do Poder Público.

A União envolveu 11 (onze) órgãos com competências diretamente associadas às determinações no âmbito da ADPF 742 e convidou o MPF, a DPU, o CNDH, a Abrasco e a CONAQ para compor o grupo, tal como determinado na Ação.

Adicionalmente, com vistas a assegurar a paridade no grupo, definida enquanto igualdade no número de instituições participantes com direito a voz e voto em sua primeira reunião ocorrida em 10 de março, solicitou-se à CONAQ a indicação de sete representantes de entidades a ela associadas ou parceiras para compor o grupo com direito a voz e voto, sem prejuízo da participação de outros atores a convite da CONAQ, com direito a voz.

Dessa forma, compuseram o grupo de trabalho intersetorial e paritário:

(I) Pela Administração Pública:

- Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH);
- Ministério da Saúde (MS);
- Ministério da Cidadania (MCID);
- Fundação Cultural Palmares (FCP);
- Secretaria de Governo da Presidência da República (SEGOV/PR);
- Advocacia Geral da União (AGU);
- Controladoria Geral da União (CGU);
- Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (GSI/PR);
- Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA);
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

(II) Pela sociedade civil e demais órgãos convidados:

- Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ);
- Defensoria Pública da União (DPU);
- Ministério Público Federal (MPF);
- Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH);
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco);
- Instituto Socioambiental (ISA);
- Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC);
- Terra de Direitos;
- Equipe de Conservação da Amazônia (ECAM);
- Coalizão Negra por Direitos; e
- Núcleo de Análise e Avaliação de Políticas Públicas da Universidade de Brasília.

Por meio de discussões em duas reuniões do GT e de contribuições documentadas e encaminhadas para a União, este Plano Nacional de

Enfrentamento foi formulado e apresenta objetivos, metas, ações programáticas, cronograma de implementação e metodologias de avaliação que tratam da ampliação de estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde, de controle de entrada nos territórios por terceiros considerado isolamento social comunitário, e de ações de proteção social e econômica, notadamente, de distribuição de alimentos e de pagamento de auxílio financeiro para as famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade.

O Plano reflete, ademais, os esforços contínuos da União, envidados desde o início da pandemia em 2020, no sentido de proteger a população quilombola da covid-19 e de seus efeitos socioeconômicos.

Apresenta-se, abaixo, breve síntese do Plano, com a indicação da quantidade de famílias e comunidades quilombolas alcançadas, a abrangência territorial e o valor total investido, até o momento, pelo Governo Federal para assegurar a vida e a saúde dessa população. Em seguida, passa-se ao detalhamento do Plano, com a descrição de suas ações e cronograma de implementação por meta e objetivo, bem como dos investimentos realizados por ação.

PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM NÚMEROS



Objetivo

Garantir o direito à vida e à saúde da população quilombola

Público beneficiado

Toda a população quilombola em 3.471 comunidades certificadas, com especial atenção aos 1.133.106 quilombolas acima de 18 anos aptos à vacinação e, dentre eles, os 447.657 quilombolas beneficiários do Programa Bolsa Família.

Abrangência territorial:

Brasil

TOTAL INVESTIDO:

NO MÍNIMO R$ 1,5 BILHÃO

COM PROTEÇÃ DA VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE:

R$ 421 MILHÕES

(ESTIMATIVA)

COM PROTEÇÃO SOCIAL:

MAIS DE R$ 1,1 BILHÃO

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM NÚMEROS



Proteção da vida e promoção de saúde

Objetivo

Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde

Público beneficiado

Pelo menos **1.133.106 quilombolas** acima de 18 anos vacinados

Abrangência territorial:

Brasil

TOTAL INVESTIDO:

R$ 421 MILHÕES
(estimado)

COM VACINAÇÃO:

PELO MENOS
R$ 26 MILHÕES
(Dose 1 da vacina)

COM AÇÕES DE SAÚDE:

ATÉ
R$ 395 MILHÕES

MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL



PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM NÚMEROS

Proteção Territorial

Objetivo

Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário

Público beneficiado

1000 lideranças quilombolas e **98 mil famílias** quilombolas

Abrangência territorial:

3.471 comunidades quilombolas certificadas



PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM NÚMEROS

Proteção social

Objetivo

Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social.

Público beneficiado

Com merenda escolar: **Mais de 260 mil estudantes**

Com cestas de alimentos: **Quase 180 mil famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar com mais de 518 mil cestas de alimentos**

Com auxílio emergencial: **Mais de 197 mil pessoas beneficiárias do Bolsa Família e Mais de 68 mil pessoas inscritas no Cadúnico e não beneficiárias do Bolsa Família**

Abrangência territorial:

Brasil

TOTAL INVESTIDO:

Mais de R$ 1,190 bilhões

COM MERENDA ESCOLAR

CERCA DE **R$ 80 MILHÕES**

EM CESTAS DE ALIMENTOS

MAIS DE **R$ 60 MILHÕES**

COM AUXÍLIO EMERGENCIAL

Mais de R$ 864 milhões para **beneficiários do Bolsa Família** e mais de 186 milhões para inscritos no Cadúnico, não beneficiários do Bolsa Família

II. Considerações dos atores externos ao Plano

Como salientado acima, a elaboração deste Plano pela União foi consolidada após a participação de entes e atores externos ao Poder Executivo da União. Uma primeira versão foi elaborada pela União entre os dias 22 e 30 de março de 2021 (Anexo A) e encaminhada aos membros do grupo de trabalho, para apreciação, na tarde do dia 31 de março. No dia 6 de abril, a União recebeu as contribuições do MPF, por meio do Ofício PGR-00117069/2021 (Anexo E), e, na manhã do dia 7 de abril, as contribuições da CONAQ e demais atores externos convidados, por meio do documento intitulado "Segunda Manifestação da sociedade civil sobre proposta do governo para o Plano Nacional de Enfrentamento a Covid-19 para a População Quilombola" (doravante, 2ª Manifestação SC) (Anexo F).

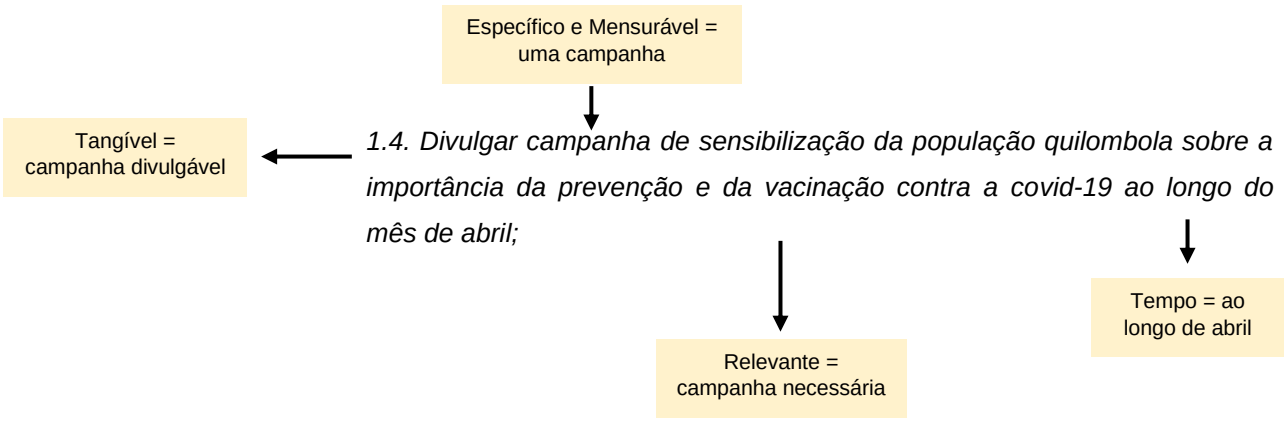
Nas linhas a seguir, apresenta-se as contribuições encaminhadas por meio desses documentos e as apontadas na 3ª reunião do GT, realizada na tarde do dia 7 de abril, que este Plano buscou atender. Com vistas a facilitar a exposição e o entendimento, cita-se as contribuições tais como enviadas, agregadas por assunto, e, em seguida, apresenta-se como e em que medida estão contempladas no Plano.

Inicia-se com a citação abaixo.

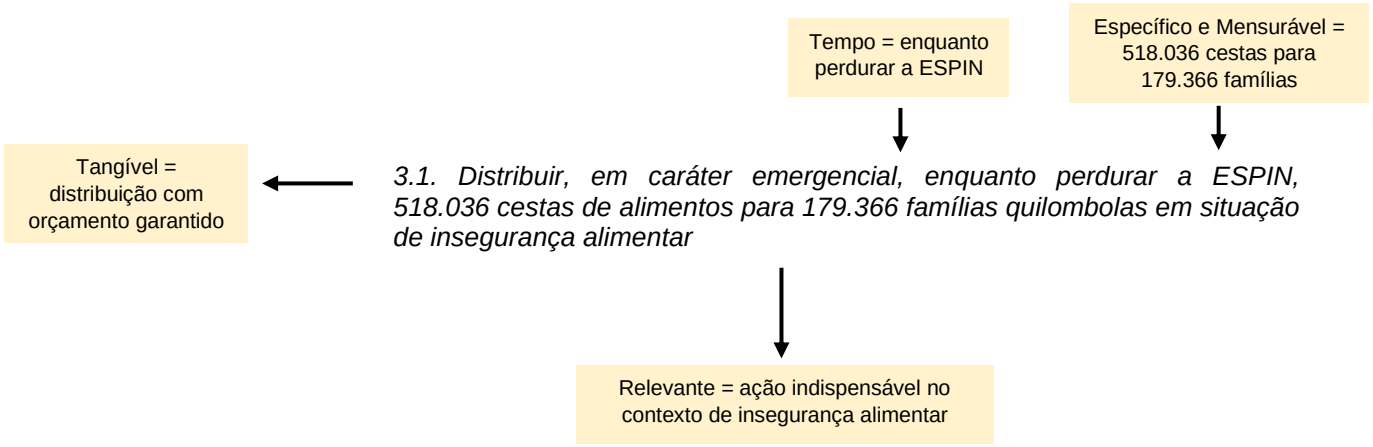
> Nesta versão do Plano sob apreciação, ainda se verificam objetivos, metas e ações apresentados de forma genérica, o que dificulta a aferição da eficiência e da eficácia das medidas apresentadas, o que se reveste de maior gravidade considerando o atual contexto agudo da pandemia, além de inviabilizar o seu monitoramento (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p.3).

Este Plano de Enfrentamento da Pandemia Covid-19 para a População Quilombola está estruturado em objetivos, cada qual com metas que se desdobram em ações com cronograma de implementação e detalhamento do investimento necessário para sua execução. Os objetivos retratam os principais resultados que o Plano busca alcançar e as metas buscam refletir, de forma quantificada e devidamente especificada, tais objetivos. Sendo assim, buscou-se indicar metas *SMART*, isto é, metas S(*pecific*): específicas, M(*easurable*): mensuráveis, A(*chievable*): tangíveis, R(*elevant*): relevantes, e T(*ime*): com prazo conhecido.

Para o objetivo *(1) Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde*, é meta, por exemplo:



Semelhantemente, quanto ao objetivo *(3) Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social*, é meta, por exemplo:



Em todo o Plano, portanto, buscou-se trazer o maior detalhamento e especificidade possível, mesmo nas situações em que as ações a serem desenvolvidas requerem a aprovação do Orçamento da União 2021, o que ainda não ocorreu. Uma vez que o Plano é vivo, dinâmico e está em constante construção, certamente as metas e ações previstas serão aprimoradas e ampliadas ao longo dos meses, em decorrência, inclusive, do monitoramento e da avaliação constante do que se planejou e está em execução ou será executado.

> Os dados de caracterização da população quilombola e da situação epidemiológica são apresentados de modo superficial e sem maior análise ou buscando relacioná-los às medidas de enfrentamento preconizadas pelo

> Ministério da Saúde, pela Organização Mundial de Saúde e cientistas (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p.3).
>
> Há pouca ou nenhuma informação epidemiológica relativa às comunidades quilombolas no contexto da atual pandemia da Covid-19, não obstante o Ministério da Saúde ter declarado Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional há mais de um ano (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p.3).
>
> A própria estimativa populacional da população quilombola carece de detalhamento para que possa ser utilizada no planejamento das ações do Plano (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p.3).
>
> Os territórios quilombolas são heterogêneos em sua composição, formação e condições de vida [...] Dessa forma, o Plano deve, tanto quanto possível, considerar essas diferenças para estabelecer estratégias adequadas de intervenção em contextos de urgência como o atual (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p.3).

A Introdução deste Plano Nacional de Enfrentamento é a seção que traz a caracterização da população quilombola e apresenta o cenário epidemiológico do país, buscando identificar, nesse contexto, as especificidades da população quilombola e mostrar a importância de priorizá-la nas ações de proteção e promoção de saúde. As dificuldades históricas e estruturais relativas ao dimensionamento exato da população quilombola em todo território nacional não são passíveis de superação a curto prazo, notadamente quanto aos dados oficiais disponíveis acerca desse grupo.

A caracterização da população quilombola neste Plano, portanto, segue os dados mais atuais:

- ✓ do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE no que se refere à estimativa de população quilombola, notadamente, acima de 18 anos;
- ✓ do FNDE, quanto ao total de crianças e adolescentes estudantes matriculados em escolas da Rede de Educação Básica em todo o país;
- ✓ do MCID, em relação à situação de vulnerabilidade da população quilombola, sobretudo, a partir do Cadastro Único (Cadúnico), do Programa Bolsa Família (PBF) e do Mapeamento de Insegurança Alimentar - Mapa InSAN; e

- ✓ da FCP e do INCRA, no que concerne ao quantitativo de comunidades quilombolas existentes e com territórios titulados e em processo de titulação.

Todos os dados disponíveis encontram-se apresentados na Introdução, fazendo-se referência ao eixo do Plano, servindo para embasar a definição das metas e das ações planejadas.

Não obstante, o Plano contempla ações voltadas para o aprimoramento dessas estatísticas quanto à população quilombola. Cita-se, a título de exemplo, a articulação e a indução, pelo MS, junto a estados, Distrito Federal e municípios, no sentido de informar o quantitativo de pessoas quilombolas contaminadas e levadas a óbito por covid-19, bem como o real quantitativo de quilombolas acima de 18 anos aptos à vacinação prioritária. Menciona-se, ademais, o esforço do MCID em mapear a população quilombola em situação de vulnerabilidade ainda invisibilizada, sobretudo, para a garantia de renda mínima pelo pagamento de benefícios sociais.

> Em geral, o Plano apresenta, em grande medida, as ações que a União já vinha realizando ou que foram realizadas em 2020 e que se revelaram então insuficientes e inadequadas para conter o avanço da pandemia da Covid-19 entre os quilombolas e para a sua mitigação, o que é a razão em princípio do ajuizamento da ADPF n.º 742 (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 2).

A União atua por meio de políticas públicas contínuas e iniciativas dela decorrentes que estão legalmente previstas por meio de legislação própria e de legislação orçamentária específica (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual), nas quais as políticas e respectivas ações estão definidas, com rubrica orçamentária própria. Portanto, o planejamento das políticas públicas e a implementação de suas ações devem pautar-se pelas balizas legais referidas.

Tendo isso em vista, quando se declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da covid-19, em março de 2020, as ações para a população quilombola já haviam sido planejadas no ano anterior e encontravam respaldo em legislação aprovada antes da pandemia. Foi necessário, portanto, reprogramar, adequar, redirecionar políticas e iniciativas, não apenas em termos legais, mas a partir de atividades diversas e novas que exigiam

planejamento. Dessa forma, quando a União se manifestou no âmbito da ADPF 742, na data de 2 de outubro de 2020, a maior parcela das ações do Poder Executivo apresentadas no Plano não estava devidamente planejadas; e as ações que estavam, não se encontravam em fase de efetiva execução.

Diferentemente, portanto, do que se afirma acima, este Plano não traz tão-somente o que a União "vinha realizando ou que foram realizadas em 2020 e que se revelaram então insuficientes e inadequadas à época". Pelo contrário, as ações mencionadas pela União na ADPF 742 na data de outubro de 2020 representavam pequena parcela apenas do que este Plano Nacional de Enfrentamento da Pandemia da Covid-19 apresenta. A manifestação judicial da União em 2020 citou as seguintes iniciativas:

1. *Quanto às medidas de prevenção e promoção de saúde:*

- Programa Previne Brasil;
- Ampliação do Projeto Mais Médicos;
- Custeio de Centros de Atendimento e Centros Comunitários de referência para a questão da Covid-19;
- Ampliação de Programas e incentivo temporário para indução do funcionamento de todas as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família em horário ampliado;
- Ampliação de equipes de saúde da família e equipes de atenção primária, **por meio da Portaria nº 2.405/2020,** que instituiu incentivo financeiro com o objetivo de fortalecer as equipes e serviços da atenção primária no cuidado a populações específicas, incluindo as populações quilombolas; e
- Criação de consultas à distância gratuitas.

2. *Quanto às medidas de proteção territorial:*

- Suporte para manutenção da posse de comunidades quilombolas certificadas em todos os graus de jurisdição;

- Suspensão dos trabalhos de campo relativos à elaboração/ conclusão de RTIDs; e
- Orientações aos empreendedores que suspendam suas atividades quando essas necessitarem de incursão dentro dos territórios das comunidades quilombolas.

3. *Quanto às medidas de proteção social:*

- Ação de Distribuição de Alimentos a Grupos Populacionais Específicos (ADA), coordenada pela Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional do Ministério da Cidadania;
- Acordo de Cooperação Técnica nº 01/20, celebrado entre a União, por intermédio do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, a Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB), a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), a Fundação Cultural Palmares, **para atendimento de 30.197 famílias quilombolas com 40.334 cestas de alimentos, em 13 Estados; e**
- Auxílio Emergencial 2020, com pagamento de cinco parcelas.

Por sua vez, o Plano de Enfrentamento ora apresentado traz as seguintes iniciativas em cada área, **destacado em negrito o conjunto de novas ações que a União desenvolveu e está implementando** para atendimento da população quilombola em situação de vulnerabilidade:

1. *Quanto às medidas de prevenção e promoção de saúde:*

- Programa Previne Brasil;
- Ampliação do Projeto Mais Médicos;
- Custeio de Centros de Atendimento e Centros Comunitários de referência para a questão da Covid-19;
- Ampliação de Programas e incentivo temporário para indução do funcionamento de todas as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família em horário ampliado;

- Criação de consultas à distância gratuitas;
- Ampliação de equipes de saúde da família e equipes de atenção primária, por meio da Portaria nº 2.405/2020, **da Portaria nº 3.396/2020, da Portaria nº 3.354/2020 e de nova Portaria a ser publicada neste mês, coma ampliação do investimento em R$ 76 milhões (cerca de 40%) em cinco meses (de dezembro de 2020 a abril deste ano)**;
- **Divulgação de campanha de mobilização de lideranças sociais sobre a importância da prevenção e da vacinação prioritária da população quilombola ao longo do mês de abril;**
- **Divulgação de campanha de sensibilização da população quilombola sobre a importância da prevenção e da vacinação contra a covid-19 ao longo do mês de abril;**
- **Divulgação de canal de denúncia e informação sobre o atendimento nos serviços de saúde e a vacinação prioritária para a população quilombola ao longo do mês de abril; e**
- **Medidas para o fornecimento de água potável para comunidades quilombolas.**

2. *Quanto às medidas de proteção territorial:*

- Manutenção da posse das comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares em todos os graus de jurisdição;
- Suspensão dos trabalhos de campo relativos à elaboração/ conclusão de RTIDs;
- Orientações aos empreendedores que suspendam suas atividades quando essas necessitarem de incursão dentro dos territórios das comunidades quilombolas;
- **Orientação junto às unidades regionais do INCRA sobre sua atuação em questões que envolvam invasão de terras ocupadas por quilombolas;**
- **Mapeamento de processos judiciais de reintegração de posse em andamento que envolvam comunidades quilombolas;**

- **Articulação e orientação a estados e municípios quanto a apoio ao isolamento voluntário de comunidades quilombolas;**
- **Elaboração de recomendação aos órgãos que compõem o Comitê Gestor Quilombola para a inclusão de percentual direcionado à participação de comunidades quilombolas em seus editais de projetos, premiações ou outra ação afeta às suas esferas de competência, visando a permanência dessa população em seus territórios durante a pandemia; e**
- **Divulgação de editais e premiações em redes sociais.**

3. Quanto às medidas de proteção social:

- **Ação de Distribuição de Alimentos a Grupos Populacionais Específicos (ADA), pelo qual se distribuirá 440.916 cestas de alimentos para 110.229 famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar, o que não se previa ainda à época da ação**;
- **Acordo de Cooperação Técnica nº 01/20, pelo qual se ampliou o atendimento em 38.940 famílias (total de 69.137 famílias contempladas), com a distribuição de mais 36.786 cestas (total de 77.120 cestas), isto é, 91% de ampliação, em 16 unidades da federação, abrangendo mais 3 estados; e**
- Auxílio Emergencial 2020;
- **Auxílio Emergencial Residual em 2020 e Auxílio Emergencial 2021, tendo o primeiro beneficiado 157.294 pessoas quilombolas do público Bolsa Família e 30.697 pessoas quilombolas inscritas no Cadastro Único e não beneficiárias do Programa e o segundo, novamente as 157.294 pessoas quilombolas do público do Bolsa Família e mais de 18 mil pessoas inscritas no Cadúnico, mas não beneficiárias do Programa; e**
- **Programa Nacional de Alimentação Escolar, que repassará mais de R$ 36 milhões para compra e distribuição de merenda escolar, por**

municípios, estados e o Distrito Federal, para 259.134 estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica.

Como se constata, portanto, muito se avançou nas políticas e iniciativas emergenciais desenvolvidas e em execução pela União desde sua manifestação nos autos da ADPF 742 em outubro de 2020. O que a União apresentou à época pouco se relaciona com o que ela tem feito neste momento para proteger a vida e promover saúde para a população quilombola em todo o país. Tem-se agora um Plano robusto de enfrentamento da pandemia para os quilombolas, tal como determinado pelo Supremo Tribunal Federal.

> O Plano ressente-se da inexistência de instâncias de coordenação e monitoramento, em níveis local, regional e federal, que contemplem a participação efetiva de representantes das comunidades quilombolas. Tal participação pode contribuir para mitigar as dificuldades próprias do Estado em lidar com a diversidade dessas comunidades (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 3).
>
> Digno de nota, ainda, que o Plano não estabelece mecanismos ou instâncias de articulação e coordenação entre União, estados e municípios para a efetivação das ações planejadas para o enfrentamento da Covid-19 entre as comunidades quilombolas (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 6).

Este Plano de Enfrentamento contempla políticas públicas distintas, cuja lógica de coordenação e monitoramento é distinta. Todas as iniciativas associadas à prevenção e à promoção de saúde, por exemplo, são definidas a partir de discussão e de deliberação consensual no âmbito de instâncias colegiadas, compostas por representantes de gestores públicos federais, estaduais, distritais e municipais e, em alguns casos, como no Conselho Nacional de Saúde, da sociedade civil. Nessa área, portanto, as instâncias de coordenação e monitoramento já existem, com participação social.

Por sua vez, no que se refere à política de regularização fundiária, todos os procedimentos realizados pela FCP e pelo INCRA envolvem diretamente os remanescentes de quilombos, que são os principais interessados na regularização. Essa interação também ocorre nas ações de distribuição de alimentos, nas quais as comunidades são consultadas quanto à iniciativa e devem aprová-la para que a distribuição se efetive.

Pela heterogeneidade e especificidades da população quilombola, em cada política setorial, a participação é efetivada em formato distinto. Não obstante, na esfera federal, o Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CNPIR e o Conselho Nacional de Povos e Comunidades Tradicionais – CNPCT constituem espaços transversais de participação, nos quais todas as políticas para essa população são discutidas e diretrizes têm sido formuladas e atendidas, na medida possível, pela União.

> Chama a atenção a ausência de informação sobre a previsão orçamentária ao longo do plano para diversas ações descritas (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 3).
>
> (2) apresentar a dotação orçamentária para execução das ações previstas, com os seguintes filtros: Órgão Superior, Unidade Orçamentária, Programa Orçamentário, Ação Orçamentária, Plano Orçamentário (no PO, descrever pelo menos o Estado e o município para o qual está indo o recurso; desejável nomear a comunidade/território também) e Recurso Autorizado. Com estes dados, a partir do prazo de implementação, a sociedade civil poderá acompanhar, por meio das plataformas de dados abertos do Governo Federal, o recurso Empenhado, Pago e de Restos a Pagar Pagos (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 10).
>
> (3) Apresentar, por ação do plano, a forma de execução: se repasses fundo a fundo, ou se por meio de licitações e convênios (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 10).
>
> (4) Cronograma de execução e desembolso (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 11).
>
> (ii) No que tange à proposta de “ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde”: a maior parte das ações são de comunicação, não havendo maior definição sobre atribuições do Ministério da Saúde, sobretudo em relação à destinação dos recursos da atenção básica e especial, bem como não há definição quanto aos recursos para a compra e distribuição de EPIs, destacadamente, máscaras, tampouco de testes e genotipagem voltados para a população quilombola (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 11).
>
> (iii) A ação de “contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário” está sem recursos no plano apresentado (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 11).
>
> Assim, solicita-se que seja feito, no âmbito do plano, um cronograma de execução e desembolso que efetive a execução do recurso o quanto antes, para que estes recursos cheguem de fato aos municípios e territórios, dada a situação de emergência sanitária (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 12).

O atual Plano de Enfrentamento supera todos os apontamentos supracitados. Na versão preliminar encaminhada aos membros do GT em 31 de março, dados sobre Órgão Superior, Unidade Orçamentária, Programa Orçamentário, Ação

Orçamentária, Plano Orçamentário, dentre outros, não haviam sido apresentados para algumas ações. Adicionalmente, não se indicava como se daria o desembolso dos recursos orçamentários previstos.

Nesta versão, por sua vez, ao final da apresentação das diversas ações programadas para alcance de cada meta no âmbito de cada objetivo, mostra-se quadro com os detalhes sobre o investimento por ação, com os dados solicitados. Além disso, o Plano traz, no Apêndice A, a planilha completa com as informações consolidadas por objetivo, meta e ação do Plano.

Importa acrescentar, por fim, que nem todas as iniciativas aqui descritas implicam despesas, uma vez que refletem atividades já desenvolvidas pela União cotidianamente. Assim, as ações nas quais não se há aplicação de recursos financeiros para sua execução, adiciona-se essa explicação.

> Outro ponto que se destaca é que o Plano, que tem como razão justificadora uma crise sanitária, não aborda o tema do saneamento básico, sequer o fornecimento de água potável para comunidades quilombolas com dificuldade de acesso (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 4).
>
> 2) Promover o fornecimento de água potável para comunidades quilombolas isoladas e com dificuldade de acesso (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 5).
>
> Destaque-se ainda, neste cenário de omissões, a ausência de qualquer planejamento relativo à garantia do acesso à água potável (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 9).

Nesta versão final do Plano, foi inserido, ademais, meta relacionada ao fornecimento de acesso à água para consumo humano e para a produção de alimentos por meio da implementação de tecnologias sociais simples e de baixo custo para famílias quilombolas atingidas pela seca ou falta regular de água. O Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e outras Tecnologias Sociais (Programa Cisternas) alcançará até 1.514 famílias quilombolas nessa situação nos estados da Bahia, Ceará, Minas Gerais, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba, Goiás e Pernambuco.

Adicionalmente, há a possibilidade de investimentos por meio das ações de saneamento em áreas quilombolas, desenvolvidas pela Fundação Nacional de Saúde – Funasa. Não é possível prever, porém, neste momento, tais iniciativas,

tendo em vista que o Orçamento 2021 ainda se encontra sob análise e não foi sancionado.

> O Plano não esclarece que medidas serão tomadas pelo Ministério da Saúde para que o bem-vindo fortalecimento do acesso à Atenção Primária em Saúde e a ampliação de sua capacidade assistencial (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 5).
>
> Por outro lado, o incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde citado como outra ação do Plano visando a ampliação do acesso das comunidades quilombolas aos sistemas públicos de saúde, além deter sido implementada em setembro do ano passado, consistiu em parcela única transferida aos estados e municípios (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 6).
>
> A proposta menciona, genericamente, suposto aumento no credenciamento de agentes de saúde, sem reportar medidas previstas para estimular o credenciamento pelos 1279 municípios onde estão presentes as comunidades quilombolas, bem como para garantir celeridade e eficiência na análise e deferimento destas solicitações. Não estão presentes medidas de fortalecimento à Estratégia de Saúde da Família Quilombola relativas à contratação de agentes comunitários de saúde, médicos e outros profissionais para atuação na Atenção Básica às comunidades (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 8).
>
> Não se verifica, portanto, qualquer planejamento relativo a novos incentivos voltados ao fortalecimento das equipes e serviços da atenção primária à Saúde nos territórios quilombolas. No mais, a União sequer apresentou informações quanto ao atual orçamento disponível para tal ação, muito menos complementação orçamentária do programa para cumprir a determinação judicial (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 8).
>
> Não foram apresentadas, também, medidas de logística que viabilizem a todas as pessoas integrantes de comunidades quilombolas acesso regular a Unidades de Pronto Atendimento, leitos hospitalares, incluindo Unidade de Terapia Intensiva (UTI), indicando cronograma e ações específicas (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 8).
>
> Verifica-se também que não há qualquer ação no Plano relacionada ao atendimento ambulatorial e hospitalar da população quilombola quando necessário pelo agravamento dos sintomas da Covid (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 6).

As medidas relacionadas à promoção de saúde para a população quilombola, por meio, dentre outros, do fortalecimento e da ampliação das equipes de saúde que atendem essa população foram aprimoradas a partir das considerações supra e se encontram mais bem detalhadas no âmbito da meta *1.2.Implementar estratégias de*

ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população quilombola nesta versão final do Plano.

Como mencionado acima, a partir de setembro de 2020, o MS tem investido crescentemente, por meio de repasses financeiros aos municípios, estados e ao Distrito Federal, na ampliação dos serviços de saúde prestados à população quilombola. Pelas Portaria nº 2.405/2020, Portaria nº 3.396/2020, Portaria nº 3.354/2020 e de nova Portaria a ser publicada neste mês, os entes federados têm sido induzidos nesse sentido.

A natureza tripartite do Sistema Único de Saúde e, em seu escopo, dos serviços de atenção primária não possibilita, porém, que o Governo Federal "determine" ou mesmo "controle" tal ampliação e aprimoramentos nos serviços prestados. Cabe à União, por meio do MS, fomentar, o que tem sido feito desde o início da pandemia.

Por essa natureza, adicionalmente, não cabe à União, nem a ela é dada a autonomia e os meios que possibilitem implementar "medidas de logística que viabilizem a todas as pessoas integrantes de comunidades quilombolas acesso regular a Unidades de Pronto Atendimento, leitos hospitalares, incluindo Unidade de Terapia Intensiva (UTI)". O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, que consiste no principal serviço, a nível nacional, de transporte em casos de urgência e emergência, é financiado pelo Governo Federal, mas gerenciado pelos municípios. Cabe, portanto, aos municípios, prestar esse e outros tipos de serviços de transporte para a população quilombola em seu território, competindo à União a indução e a ratificação da importância da prestação desse atendimento.

> Quanto à testagem da população quilombola, procedimento fundamental tanto para a prevenção da disseminação do coronavírus quanto para o encaminhamento dos casos sintomáticos para o atendimento médico ou hospitalar, nenhuma ação e/ou meta concretas são apresentadas no Plano (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 7).
>
> Também não houve detalhamento do planejamento relativo à disponibilização de meios para testagem regular e periódica em integrantes das comunidades quilombolas com suspeita ou ocorrência de contaminação pelo novo coronavírus, conforme orientação médica para acompanhamento epidemiológico (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 9).

As ações voltadas para a disponibilização de testes e de EPIs para a população quilombola encontram-se listadas no âmbito da meta *1.1. Implementar estratégias de prevenção à contaminação por covid-19*. Nesta versão final do Plano, informa-se que, por meio de nova Portaria do MS, será autorizada a compra de um milhão de testes para atender as necessidades de testagem da população quilombola pelos municípios. O planejamento relativo à disponibilização, porém, será feito por cada município, dada sua competência para a aplicação dos testes. Não obstante, a União, por intermédio do MS, orientará e prestará o suporte necessário nesse sentido.

> As campanhas de divulgação da mobilização e sensibilização sobre as medidas preventivas e em apoio à campanha de vacinação não denotam qualquer trabalho técnico, sem recursos específicos para sua concepção, produção e divulgação. Soa estranho a ênfase em ações relacionadas à divulgação de mensagem da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos na Voz do Brasil sobre o tema, o que dificilmente atingiria parte significativa de qualquer comunidade, menos ainda de comunidades quilombolas, sem indícios de que possa promover a sensibilização pretendida. Ademais, é necessário que se constitua uma campanha informativa e de combate às fake news, com ênfase na vacinação e de medidas preventivas à Covid-19observando as especificidades das comunidades quilombolas. Como ação do Plano, deve ter cronograma, meta, indicadores e orçamento (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 7).
>
> No que se refere às ações de comunicação voltadas ao acesso à informação e conteúdos educativos, muito embora se mencione a necessidade de considerar as especificidades deste público, não se apresentou planejamento orçamentário ou a modalidade de comunicação a ser utilizada (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 9).
>
> Não se apresentou uma estratégia de divulgação ampla, que supere efetivamente os entraves na comunicação com as comunidades rurais, inclusive para que as mesmas tenham conhecimento dos canais de atendimento do governo federal (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 9).

A União lançará, neste mês de abril, campanha de sensibilização da população quilombola quanto à importância da vacinação. Nesse sentido, um conjunto de ações foram e estão sendo desenvolvidas para que, no momento oportuno, a campanha seja lançada.

Inicialmente, buscou-se chamar atenção da população quilombola por meio de vídeo orientador, gravado pela Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, que visou apresentar a vacina enquanto um meio de se

assegurar o direito fundamental à vida e à saúde de cada quilombola. Essa primeira iniciativa foi acompanhada de ações de sensibilização, também, das lideranças sociais e gestores públicos municipais e estaduais que atuam com essa população. Sabe-se que esses atores são importantes influenciadores e que, devidamente instruídos, podem apoiar e contribuir muito para a efetivação da vacina dos quilombolas.

Na sequência, e tendo essa primeira sensibilização sido realizada, a campanha será lançada e amplamente divulgada. Os detalhes encontram-se descritos na meta *1.4.Divulgar campanha de sensibilização da população quilombola sobre a importância da prevenção e da vacinação contra covid-19.*

> Nesse sentido, o Plano apresentado deixa, novamente, de observar a decisão do douto Ministro Edson Fachin, de 19 de março de 2021, em que determinou expressamente que no Plano fossem formulados objetivos, metas, ações programáticas, cronograma de implementação e metodologias de avaliação referente ao controle de entrada nos territórios por terceiros, considerado isolamento social comunitário (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 8).
>
> Importa destacar que o INCRA e a Fundação Palmares dispõem de recursos humanos limitados, insuficientes para a implementação de qualquer controle efetivo de acesso aos territórios quilombolas. Por outro lado, o Plano nada menciona acerca de possíveis articulações com estados e municípios para essa finalidade. Ademais, o Plano deixou de considerar as medidas para dotar as comunidades quilombolas de condições para o isolamento social, inclusive das pessoas infectadas pelo Coronavírus, como preconizado pelos protocolos do Ministério da Saúde (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 8).
>
> Por fim, destacamos que o plano não contempla qualquer proposta de medidas que evitem o contágio de quilombolas pela Covid-19 em função da existência de empreendimentos estatais e de particulares com potencial de afetar territórios tradicionais, nos termos da Portaria Interministerial 60/2015 (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 10).

Em que pese a importância de ações que promovam o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, a União, por intermédio do INCRA e da FCP, não possui competência e instrumentos específicos para ofertar diretamente tal apoio.

Não obstante, o Plano prevê um conjunto de ações que podem contribuir para essa finalidade, dentre elas, a orientação a empreendedores para suspenderem suas atividades quando essas necessitarem de incursão dentro dos territórios das

comunidades quilombolas; o mapeamento de processos judiciais de reintegração de posse em andamento que envolvam comunidades quilombolas e a prestação da assistência jurídica necessária; e a articulação e a orientação para a estados e municípios quanto a apoio ao isolamento voluntário de comunidades quilombolas.

Adicionalmente, a União tem buscado promover ações de segurança alimentar para que a população evite deslocamentos e contatos com terceiros, devido, entre outros, à necessidade de se alimentar.

> No que diz respeito à distribuição das cestas, não foi informada a periodicidade das entregas (fluxo). Ademais, não consta quais os critérios utilizados para determinar os estados que estão recebendo as cestas, excluindo, por exemplo, Minas Gerais, estado com elevado número de quilombos, segundo o próprio Plano (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 10).
>
> Registre-se também que a ação (3.1) do documento apresentado pelo governo federal, qual seja, “repassar R$ 35.898.398,00 para a distribuição de merenda escolar, pelos entes federativos, para 258.453 estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica em todo o país”, não está devidamente detalhada, dificultando a compreensão das seguintes informações (i) refere-se a escolas exclusivamente quilombolas?; (ii) qual o período de tempo coberto pela medida?; (iii) como tal medida será implementada, considerando que as escolas quilombolas estão fechadas em virtude da pandemia e não se sabe quando as atividades serão retomadas? Tais questionamentos têm lugar, posto que o documento apenas informa que o recurso cobre a merenda de 258.453 estudantes quilombolas, sem fazer nenhuma referência ao período (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 5).
>
> Vale destacar ainda que a Ação (3.2) “distribuir, em caráter emergencial, 518.036cestas de alimentos para 179.366 famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar” não possui detalhamento sobre como foi definido este número de famílias, como esta meta dialoga com o orçamento, quando começa a distribuição, para quais estados, municípios e comunidades, sob que critérios objetivos e o tempo de execução da medida (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 5).
>
> 3) Além de implementar medidas de busca ativa das situações de insegurança alimentar e nutricional nas comunidades, disponibilizar canal exclusivo de diálogo com as comunidades no tema, de forma que as comunidades possam se cadastrar para recebimento das cestas de alimentos (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 6).

No que diz respeito às ações de distribuição de alimentos, esta versão do Plano apresenta, no detalhamento recomendado acima, as informações quanto aos critérios utilizados para determinar as famílias que estão recebendo as cestas e o cronograma da distribuição; bem como descreve o período de tempo coberto pela

distribuição de alimentação escolar e informa sobre a execução da política pelos municípios, estados e Distrito Federal.

Adicionalmente, importa salientar que tanto a política de distribuição de alimentação escolar, como as ações emergenciais de distribuição de cestas de alimentos são desenvolvidas com a participação da comunidade quilombola.

Acrescente-se também que a União, por intermédio da FCP e do MMFDH, disponibiliza seus canais de atendimento institucionais para o diálogo com as comunidades sobre essas ações, de forma que elas possam solicitar informações, denunciar violações e se cadastrar para recebimento das cestas.

> 1. Instituir sistema de monitoramento e avaliação do plano com indicadores de metas e execução orçamentária de forma a aferir sua eficácia (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 7).
>
> 2. Estabelecer periodicidade de elaboração de relatório de atividades/execução do plano (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 7).
>
> Dar ampla e periódica publicidade às ações adotadas, informando, com indicadores de metas e prazos de execução, de forma a viabilizar o controle social das ações, mas sobretudo a aferição de cumprimento da decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 6).
>
> Por fim, ressalta-se a importância de serem convidados especialistas independentes, pesquisadores da Fiocruz, epidemiologistas, médicos sanitaristas e outros profissionais de saúde afetos ao enfrentamento da pandemia e com conhecimento acerca das comunidades quilombolas para participarem na coordenação e no monitoramento do Plano (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 11).

A seção “Estratégias para monitoramento e avaliação do Plano” foi elaborada a partir das contribuições acima. A União propõe que o monitoramento da execução das ações previstas seja realizado por meio de ferramenta online, no caso, um Painel BI, disponível para qualquer cidadão em sítio eletrônico do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, pela qual será possível acompanhar, com atualizações semanais, o status da implementação de cada ação e o alcance das metas estabelecidas.

Quinzenalmente, após a disponibilização do Painel, a evolução em termos de execução será apresentada por meio de relatório a ser encaminhado ao GT, para fins de avaliação. De posse de dois relatórios quinzenais, a proposta é que o GT se

reúna para proceder à avaliação da execução do Plano e propor alternativas aos gargalos porventura observadas e aprimoramentos às ações desenvolvidas. Para esses encontros, poderão ser convidados especialistas e pesquisadores independentes para contribuírem com os trabalhos.

Por fim, ressalte-se que as recomendações abaixo listadas, relativas à distribuição de EPIs, inclusão de quilombolas no PBF e no Cadúnico, utilização de estoques públicos de alimentos, fomento ao Programa de Aquisição de Alimentos, e criação de linha de fomento emergencial para agricultores e iniciativas de agricultores quilombolas não foram incorporadas pela União à esta versão do Plano, por limitações diversas.

A primeira e principal delas diz respeito à inexistência de orçamento aprovado até o presente momento para possibilitar que tais ações possam ser avaliadas, diante do orçamento disponível, e executadas, na medida da disponibilidade orçamentária. Como sabido, no âmbito da Administração Pública Federal, nenhum processo de aquisição ou ampliação de beneficiário ou focalização de alguma iniciativa pode ser iniciado sem estar atrelado a orçamento aprovado e disponível. Todas as ações abaixo sugeridas implicam despesa, na sua maioria, extra, cuja implementação deve estar legalmente amparada. Sendo assim, na atual conjuntura, não é possível afirmar que a União estará autorizada a desenvolver essas ações específicas, para além das diversas em execução.

> Merece registro negativo que o Plano cite, quanto à distribuição de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para as comunidades quilombolas, apenas uma doação de máscaras realizada no Estado da Bahia, demonstrando a ausência de uma ação de âmbito nacional (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 7).
>
> Neste mesmo caminho, tem-se a manifestação governamental sobre o fornecimento de equipamentos de proteção individual, reportando doações efetuadas no período de outubro e novembro de 2020 (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 8).
>
> Promover a inclusão imediata de todas as pessoas autodeclaradas quilombolas que estejam na fila do Programa Bolsa Família e do Auxílio Emergencial. Durante o período da pandemia, a União deverá, ainda, abster-se de retirar do Programa Bolsa Família pessoas autodeclaradas quilombolas (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 10 | (CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 7).

Promover o cadastro de todas as famílias quilombolas no Cadúnico (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 10 | CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 7).

Utilizar os estoques públicos da Política de Garantia de Preços Mínimos (PGPM), via CONAB, para o atendimento das famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 10 | CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 7).

Fomentar o Programa de Aquisição de Alimentos, no sentido de promover a distribuição de alimentos de forma interrelacionada com a garantia de renda para as famílias agricultoras quilombolas (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 10 | CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 7)

Criar linha de fomento emergencial não reembolsável para agricultores familiares quilombolas com taxa de juros negativa para custeio e investimento da produção de alimentos para o combate à fome nas comunidades quilombolas (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 10 | CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 7)

Criar linha de fomento emergencial não reembolsável para potencializar as ações de produtivas das associações e cooperativas da agricultura familiar quilombola (MPF, Ofício PGR-00117069/2021, p. 10 | CONAQ, 2ª Manifestação SC, p. 7)

III. Introdução

O Brasil, a exemplo de outras nações, vê-se diante de uma pandemia causada por um novo tipo de coronavírus (covid-19). O novo agente foi descoberto no final de 2019, após casos registrados na China, e, desde então, já contaminou mais de 22 milhões de pessoas em todo o mundo[1]. Destas, 2.879.124 (dois milhões, oitocentos e setenta e nove mil, cento e vinte e quatro) pessoas, o que representa 2,17% do total da população mundial, perderam sua vida.

Tão logo a covid-19 foi descoberta, a União criou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-COVID-19), no âmbito do MS. Coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), o COE-COVID foi ativado no dia 22 de janeiro de 2020, com o objetivo de nortear a atuação do MS na resposta à possível emergência de saúde pública. Desde então, o Ministério vem disponibilizando uma série de documentos técnicos para que a população quilombola, os gestores públicos e demais colaboradores possam adotar medidas que ajudem a prevenir, controlar e realizar o manejo de casos pela infecção humana pelo coronavírus (covid-19).

Os primeiros casos de coronavírus no país apareceram no final de fevereiro de 2020, já com o COE-COVID ativo e atuando. Naquele momento, porém, nem o Brasil nem as demais Nações compreendiam a gravidade da epidemia que a China e elas mesmas experimentavam. Não obstante, a rápida disseminação do vírus e a alta probabilidade de sobrecarga no sistema de saúde levaram a União a decretar estado de calamidade pública, no dia 20 de março de 2020, por meio do Decreto Legislativo nº 6. À época, já se sabia, pela experiência de outros países, que a maior proporção de mortes por casos de covid-19 dizia respeito à população idosa, com mais de 60 anos de idade, e às pessoas com comorbidades e doenças crônicas.

Considerado esse diagnóstico, a chegada da covid-19 em territórios quilombolas, sobretudo, afastados dos centros urbanos, deveria ser evitada, desde o princípio, com ações articuladas e efetivas de prevenção e enfrentamento, dadas as condições de moradia com número expressivo de moradores em cada unidade domiciliar e na comunidade e as carências estruturais e históricas, tais como a dificuldade de acesso aos serviços públicos essenciais, dentre eles, o de saúde.

[1] Fonte: https://covidvisualizer.com/. Acesso em 6 de abril de 2021.

2.1. Da População Quilombola:

Os povos de quilombos, ou populações quilombolas contemporâneas, são comunidades remanescentes dos antigos quilombos, formados ainda no período escravista. Sua autodefinição se liga à descendência dos primeiros agrupamentos formados pelas populações negras escravizadas que, como forma de resistência à escravidão, formaram inúmeras comunidades em áreas rurais e urbanas, espalhadas por todo território nacional, ligando-se, portanto, à noção de identidade étnica[2].

Como tais,

> são definidos como grupos étnico-raciais que tenham também uma trajetória histórica própria, dotado de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida, e sua caracterização deve ser dada segundo critérios de auto-atribuição atestada pelas próprias comunidades, como também adotado pela Convenção da OIT sobre Povos Indígenas e Tribais (Conaq. Quilombo? Quem Somos Nós!. Disponível em http://conaq.org.br/quem-somos/).

Proteção Territorial:

Esses grupos étnico-raciais habitam em comunidades remanescentes de quilombos, heterogêneas em sua composição, formação e condições de vida, em decorrência de sua territorialização em diálogo com os contextos locais.

A Constituição Federal de 1988 faz menções específicas aos quilombos, tanto no art. 216:

> Art. 216. Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem:
> § 5º Ficam tombados todos os documentos e os sítios detentores de reminiscências históricas dos antigos quilombos.

Não obstante aos direitos constitucionais assegurados para a população quilombola, a comunidade remanescente de quilombo é uma categoria social

[2] Fonte: http://portalypade.mma.gov.br/quilombolas

relativamente recente. Somente pelo art. 68, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, foi assegurado o direito à posse das terras ocupadas por remanescentes de quilombos:

> Art. 68. Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos.

Adicionalmente, somente em 2003, foi regulamentado o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes, por meio do Decreto nº 4.887. Nele, ficou definido que o INCRA seria o órgão competente na esfera federal para a realização desses procedimentos e compartilharia competência com os órgãos estaduais e municipais com terras de remanescentes de comunidades quilombolas. O órgão deveria ser assistido e acompanhado pela FCP nas ações de regularização fundiária, para garantir a preservação da identidade cultural quilombola, bem como para subsidiar os trabalhos técnicos por ele realizados. Ademais, à FCP competiria garantir assistência jurídica, em todos os graus, aos remanescentes das comunidades para defesa da posse contra esbulhos e turbações, para a proteção da integridade territorial da área delimitada e sua utilização por terceiros.

Não obstante tal regulamentação e após 30 anos de direitos garantidos, até o final de 2018, apenas 305 comunidades em 162 territórios haviam sido tituladas pelo INCRA. Quanto à certificação, no mesmo período, 3.336 comunidades foram certificadas.

Atualmente, são 313 comunidades com títulos de posse, sendo 261 títulos emitidos em 167 territórios quilombolas, localizados em 100 municípios de 18 unidades da federação. Nesses territórios e comunidades, residem 17.268 famílias.

Há, ademais, 3.471 comunidades certificadas, sendo 2.807 certidões emitidas com nº de processo específico junto à FCP e publicização por ato administrativo no Diário Oficial da União. Outras 225 comunidades podem ser certificadas nos próximos meses, sendo que 31 delas estão com seus pedidos de certificação sob análise, 48 aguardam visita técnica e 146 encontram-se com entrega de documentação pendente[3].

[3] Esclarece-se que as solicitações que aguardam visita técnica são aquelas cujas informações prestadas pela comunidade não foram suficientes para permitir ao técnico da FCP proceder à

A lista está disponibilizada em www.palmares.gov.br. Com a exceção do Acre, do Distrito Federal e de Roraima, todos os demais 24 Unidades da Federação possuem, ao menos, oito comunidades quilombolas certificadas.

O Maranhão e a Bahia detêm juntos quase metade dessas comunidades (48%). Somando-se a esses estados, Minas Gerais, Pará, Pernambuco e Rio Grande do Sul possuem 77% do total, o que denota uma concentração nesses seis entes federados, sem desconsiderar o valor histórico e de resistência de cada um dos demais quilombos.

No que se refere à proteção territorial, portanto, a União reconhece, até este momento, a existência de 3.471 comunidades de remanescentes de quilombolas em todo o país, nos termos do Decreto nº 4.887/2003. É esse o universo considerado e tangível para as ações desenvolvidas pela União no sentido de contribuir para o controle de acesso às comunidades quilombolas de modo a favorecer o isolamento comunitário voluntário.

Proteção e Promoção de Saúde:

Em que pese a importância da população quilombola para a história da nação brasileira e seu reconhecimento enquanto tal pela Carta Magna, nunca houve no país um mapeamento censitário dessa população, que permita conhecer o total de comunidades de remanescentes de quilombolas e seu total populacional.

A primeira iniciativa nesse sentido foi realizada em 2019, pelo IBGE, nos trabalhos preparatórios ao Censo 2020. O IBGE mapeou os municípios com a presença de territórios quilombolas e identificou inicialmente comunidades em 5.972 localidades, sendo que a mesma comunidade poderia estar situada em múltiplas localidades[4]. Segundo Damasco,

> É importante destacar que uma mesma comunidade pode ser constituída de várias localidades, conforme as características territoriais locais. O levantamento completo das comunidades indígenas e quilombolas será

certificação. Por sua vez, as comunidades que se encontram com documentação pendente são aquelas que foram diligenciadas, mas até o momento não responderam.

[4] Dados disponíveis em https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/27480-base-de-informacoes-sobre-os-povos-indigenas-e-quilombolas.html?edicao=27481&t=o-que-e. Acesso em 8 de abril de 2021.

realizado por quesitos específicos no Censo 2021 (Entrevista disponível em https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/27487-contra-covid-19-ibge-antecipa-dados-sobre-indigenas-e-quilombolas.html).

A título de exemplo, Barreirinhas no estado do Amazonas estava presente em 167 localidades distintas.

Tendo isso em vista e considerando a necessidade emergencial de estimar a quantidade de vacinas a serem aplicadas prioritariamente na população quilombola acima de 18 anos, o MS solicitou ao IBGE refinamento nos dados levantados em 2019 em relação à essa população. **Por meio de projeção por unidade familiar, o IBGE apresentou uma estimativa de 1.133.106 de pessoas quilombolas acima de 18 anos em 1.279 municípios brasileiros**, que seriam, portanto, elegíveis à vacinação contra a covid-19. A pesquisa considerou todos os territórios quilombolas oficialmente delimitados pelo INCRA e pelos Institutos Estaduais de Terras, bem como os agrupamentos de domicílios e outras localidades ocupadas por quilombolas.

Para fins de proteção e promoção do direito à saúde, portanto, a União considera esse quantitativo indicado pelo IBGE, a partir de levantamento iniciado em 2019 como parte da pesquisa censitária que poderá ser realizada ainda neste ano.

Proteção Social:

Dentre o total estimado de pessoas quilombolas acima de 18 anos pelo IBGE, sabe-se que **565.676 quilombolas, de 194.956 famílias, estão inscritos no Cadastro Único do Ministério da Cidadania[5]. Dentre eles, 141.639 famílias, com 447.657** (79% do total) pessoas, recebem o Programa Bolsa Família e, portanto, encontram-se em situação de vulnerabilidade social. Nessas famílias, encontram-se mais de 260 mil estudantes quilombolas matriculados na rede de educação básica em todo o país. **Esse universo consiste, assim, o público-alvo das ações voltadas para a proteção social neste Plano,** o que abarca, dentre outras, iniciativas de transferência de renda e de distribuição de alimentos.

A vulnerabilidade social dos mais de 565 mil quilombolas pode ser constatada

[5] Não existe outra base de informação disponível com esse nível de detalhamento, razão pela qual os quilombolas têm a previsão de constar como uma categoria específica no próximo Censo.

pelos seguintes indicadores:

- 65% não completaram o ensino fundamental;
- 96% possuem moradias particulares permanentes, sendo que, delas, 56% possuem água canalizada, 78,5%, rede geral de distribuição ou de poço/nascente, e um pouco mais de 20% apresentam escoamento sanitário (rede coletora ou fossa séptica); e
- 88% das moradias possuem energia elétrica e 27%, coleta direta de lixo.

2.2. Da Situação Epidemiológica da covid-19 e dos grupos de risco:

A pandemia da covid-19 impacta o Brasil e os demais países do mundo desde o início de 2020. Tal como se observa para qualquer patógeno respiratório emergente, a detecção e a propagação do coronavírus têm sido acompanhadas pela incerteza sobre as características epidemiológicas, clínicas e virais do novo patógeno e particularmente sobre sua habilidade de se espalhar na população humana e sua virulência.

Como decorrência,

> no ano 2020, registrou-se, no mundo, 84.586.904 milhões de casos da doença, destes 1.835.788 milhões foram a óbitos, no tocante às regiões das Américas, foram confirmados 39,8 milhões de casos e 925 mil óbitos. No Brasil, no mesmo período, notificou-se 7.716.405 milhões de casos da covid-19 e 195.725 mil óbitos [...]
> Segundo dados notificados referente a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), 1,1 milhão de casos foram hospitalizados, destes mais de 55% dos casos confirmados para covid-19 (n=623.124), dos quais 50,2% foram em maiores de 60 anos de idade (Brasil, Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.* 5ª edição. 15/03/2021).

Em que pese o agravamento e o óbito por covid-19 não serem uniformes, eles estão geralmente associados a características sociodemográficas, à imunodeficiências e à preexistência de comorbidades, tais como: doença renal crônica, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial grave, pneumopatias crônicas graves, anemia falciforme, câncer, obesidade mórbida, e à faixa etária superior a 60 anos.

No que se refere às características sociodemográficas, o agravamento e o óbito estão relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), isto é, às

condições de acesso aos serviços públicos e de atendimento nesses espaços da população em situação de vulnerabilidade social.

No Brasil, dentre os grupos sociais nessa situação, encontra-se a população quilombola. Vivendo em comunidades, muitas vezes, distantes dos centros urbanos, essa população é altamente vulnerável à covid-19. Primeiramente, pelo grau coeso de convivência, que facilita e assevera a transmissão de vírus entre seus habitantes. Além disso, o controle de casos e vigilância nessas comunidades são desafiadores, haja vista as dificuldades logísticas para acesso a elas.

Some-se a esses fatores, as carências quanto ao acesso aos serviços de saúde e às dificuldades de implementação de medidas farmacológicas nos casos de contaminação ou infecção por alguma doença.

Por esses e outros fatores, a população quilombola acima de 18 anos consiste no 10º grupo prioritário da vacinação, conforme mostra o Quadro 1 abaixo, e já se encontra sendo vacinada em todo o país.

Quadro 1. Estimativa populacional para a Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19 e ordenamento de grupos prioritários*

Grupo	Grupo prioritário	População estimada*
1	Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	156.878
2	Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	6.472
3	Povos indígenas Vivendo em Terras Indígenas	413.739
4	Trabalhadores de Saúde	6.649.307
5	Pessoas de 90 anos ou mais	893.873
6	Pessoas de 85 a 89 anos	1.299.948
7	Pessoas de 80 a 84 anos	2.247.225
8	Pessoas de 75 a 79 anos	3.614.384
9	Povos e Comunidades tradicionais Ribeirinhas	286.833
10	Povos e Comunidades tradicionais Quilombolas	1.133.106
11	Pessoas de 70 a 74 anos	5.408.657
12	Pessoas de 65 a 69 anos	7.349.241
13	Pessoas de 60 a 64 anos	9.383.724
14	Comorbidades**	17.796.450
15	Pessoas com Deficiência Permanente	7.749.058
16	Pessoas em Situação de Rua	66.963
17	População Privada de Liberdade	753.966
18	Funcionários do Sistema de Privação de Liberdade[A]	108.949
19	Trabalhadores da Educação do Ensino Básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA)	2.707.200
20	Trabalhadores da Educação do Ensino Superior	719.818
21	Forças de Segurança e Salvamento	584.256
22	Forças Armadas	364.036
23	Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros	678.264
24	Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário	73.504
25	Trabalhadores de Transporte Aéreo	116.529
26	Trabalhadores de Transporte de Aquaviário	41.515
27	Caminhoneiros	1.241.061
28	Trabalhadores Portuários	111.397
29	Trabalhadores Industriais	5.323.291
Total		77.279.644

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS. *Dados sujeitos a alterações. **Ver quadro 2 para detalhamento das comorbidades. [A] Exceto trabalhadores de saúde.

Para além dos DSS, há ainda carências no próprio Sistema Único de Saúde no que se refere à identificação, para o adequado atendimento, da população quilombola. Não existem dados consolidados ainda, nem a nível municipal, nem a nível estadual, distrital e federal, sobre a contaminação e a internação por covid-19 dessa população. Os formulários do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foram recentemente aprimorados para constar, em campo específico, a identificação da pessoa quilombola quando atendida pela Rede SUS. Municípios, estados e o Distrito Federal, enquanto os entes competentes pela prestação desses serviços, têm sido estimulados pela União, desde o início de março deste ano, a realizar o adequado preenchimento das fichas cadastrais, de modo que, a médio prazo, tenha-se um mapa confiável sobre a situação de saúde

da população quilombola. Neste momento, porém, não há diagnóstico sobre casos e óbitos por covid-19 específico para a população quilombola.

2.3. Do Orçamento da União para 2021:

Aprovado pelo Congresso Nacional com três meses de atraso no último dia 25 de março, o Orçamento da União para o ano de 2021 pode[6] trazer alterações expressivas em relação às dotações orçamentárias para os órgãos da Administração Pública Federal.

Chama atenção, inicialmente, o drástico corte nas dotações relativas à manutenção das políticas públicas já existentes. Diante do momento mais crítico da pandemia de covid-19 no Brasil, sequer foram mantidos no orçamento os montantes de recursos disponibilizados em 2020 para as áreas de saúde e assistência social. Outro ponto para registro é a redução dos recursos destinados à realização do Censo pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que, praticamente, inviabiliza as pesquisas, informando que seria o primeiro registro dos quilombolas como público específico.

Adiciona-se a isso o remanejamento de R$ 26,5 bilhões — da Previdência, do abono salarial e do seguro-desemprego, entre outros — para emendas parlamentares impositivas. Uma vez que os recursos alocados ao pagamento dos benefícios previdenciários e do seguro-desemprego retirados consistem em despesas obrigatórias e, portanto, terão que ser repostos, será necessário abrir créditos orçamentários adicionais que exigirão a realização de cortes ainda maiores nas despesas discricionárias.

Nesse contexto de significativas restrições orçamentárias e expressivos remanejamentos de recursos discricionários para emendas impositivas de parlamentares é que se apresenta este Plano de Enfrentamento. Buscou-se otimizar todas as possibilidades de atuação do governo federal, mesmo num cenário de inexistência ou restrita capacidade de execução orçamentária. Por meio da integração de esforços governamentais e de parcerias com órgãos públicos de outras esferas da federação e outros Poderes, bem como do setor privado e da

[6] O número expressivo e o ineditismo dos remanejamentos orçamentários feitos pelos parlamentares é alvo, neste momento, de análise pelo Tribunal de Contas da União (TCU).

sociedade civil, as ações de promoção da saúde da população quilombola e de garantia de renda mínima e de segurança alimentar serão implementadas até que a pandemia e suas consequências negativas sejam superadas.

Passa-se, então, à apresentação dos objetivos do Plano Nacional de Enfrentamento da Covid-19 para a População Quilombola.

IV. Objetivos

Este Plano Nacional de Enfrentamento da Covid-19 para a População Quilombola consiste na resposta da União aos riscos à vida e às implicações socioeconômicas negativas para esse grupo populacional em face da pandemia do novo coronavírus.

O Plano compreende, portanto, objetivos associados tanto à proteção e promoção do direito à vida e à saúde, como à defesa do território quilombola, com vistas a se evitar contaminação por presença de atores externos.

São objetivos do Plano:

(1) Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde;
(2) Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário; e
(3) Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social.

O primeiro objetivo contempla ações voltadas à prevenção e à promoção da saúde das populações quilombolas, no intuito de ampliar o acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde.

No que se refere às ações de prevenção, desenvolvidas pelo MS com o apoio de outros órgãos, a saber, MMFDH, FCP, SEGOV e INCRA, destaca-se, entre elas, as voltadas para a sensibilização e orientação para a população quilombola, as lideranças sociais que atuam junto a elas e para os gestores públicos locais, com vistas a assegurar a efetiva vacinação prioritária dessa população e a redução da contaminação e das mortes de quilombolas por covid-19.

Por sua vez, as ações de promoção visam assegurar o atendimento dessa população junto à Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo a ampliação de equipes de saúde para, dentre outros, favorecer a busca ativa, a avaliação de risco, e a coordenação do cuidado na identificação de sinais e sintomas.

Quanto ao segundo objetivo, em que pese as comunidades quilombolas serem territórios privados, particulares, o controle de entrada de terceiros será apoiado pelo INCRA, por meio de suas Superintendências Regionais, e pela FCP. Esses órgãos têm prestado assistência às comunidades quilombolas que possuem processo de regularização fundiária em curso ou já estão devidamente tituladas na defesa da posse contra esbulho e turbações, de modo a contribuir para que não haja trânsito de terceiros não autorizados, salvo daqueles responsáveis pela entrega de itens variados nas comunidades, devidamente autorizados.

Por fim, no que diz respeito às ações de proteção social e econômica, o Plano contempla iniciativas que vão desde a distribuição direta de alimentos pelo governo federal até a garantia de renda mínima para famílias inscritas no Programa Bolsa Família e no Cadúnico, cuja finalidade é possibilitar não só a aquisição de alimentos, como também de itens de higiene e limpeza e de equipamentos de proteção individual pela população quilombola vulnerável.

Tendo em vista a transversalidade do objeto deste Plano, o conjunto de ações desenvolvidas para alcançar os objetivos supracitados encontra-se sob a responsabilidade compartilhada e complementar de diversos órgãos do Governo Federal, com apoio de outras entidades, conforme Quadro 2 abaixo:

Quadro 2. Matriz de Responsabilidade pelas ações do Plano

Objetivo	Órgão(s) Responsável(is)	Órgão(s) apoiador(es)
I. Ampliar estratégias de prevenção e do acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde	Ministério da Saúde	CONASS CONASEMS Fundação Palmares Secretaria de Governo
II. Contribuir para o controle de entrada nos territórios por terceiros considerado isolamento social comunitário	Fundação Palmares INCRA	Secretaria de Governo GSI
III. Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social	Ministério da Cidadania Fundação Palmares	MMFDH MEC Pátria Voluntária/ Casa Civil
Metodologias de avaliação por objetivo	Órgão responsável pelo Objetivo	CGU

A seguir, apresenta-se, de forma detalhada, as ações, metas, cronograma de execução e investimento para se alcançar os objetivos deste Plano.

V. Execução por objetivo

Os três principais objetivos deste Plano, que, em conjunto, possibilitarão a redução do risco de contaminação e de óbitos de quilombolas por covid-19, bem como o impacto negativo das implicações socioeconômicas da pandemia nessa população, serão alcançados por meio de um conjunto de ações, com metas, orçamento e cronograma de execução próprios.

A seguir, esse detalhamento é apresentado por objetivo.

1. Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde:

A ampliação da prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde passa por um conjunto de estratégias voltadas para atores diversos, sejam privados, da sociedade civil, sejam públicos, com atuação nas políticas setoriais. Ela passa por ações diretamente relacionadas à Vigilância em Saúde e à APS que representa o nível de atenção prioritário para a contenção da disseminação da covid-19.

Tendo isso em vista, o MS tem adotado diversas estratégias com vistas a enfrentar o novo coronavírus. Cita-se, a título de exemplo: o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação (PNO), que priorizou a aplicação da vacina contra a covid-19 nos grupos mais vulneráveis, dentre eles, a população quilombola (Anexo B); a ampliação da capacidade assistencial na APS por meio da disponibilização de mais profissionais de saúde para as equipes de atendimento e cuidados; e a sensibilização e a orientação da população quilombola, dos gestores públicos estaduais e municipais e de outros atores privados e públicos que com elas atuam.

Essas e outras ações, conforme descrito adiante, têm sido desenvolvidas para se alcançar as seguintes metas voltadas para ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde:

1.1. Implementar estratégias de prevenção à contaminação por covid-19;

1.2. Implementar estratégias de ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população quilombola;

1.3. *Sensibilizar lideranças sociais sobre a importância da prevenção e da vacinação prioritária da população quilombola ao longo do mês de abril;*
1.4. *Divulgar campanha de sensibilização da população quilombola sobre a importância da prevenção e da vacinação contra a covid-19 ao longo do mês de abril;*
1.5. *Divulgar canal de denúncia e informação sobre o atendimento nos serviços de saúde e a vacinação prioritária para a população quilombola ao longo do mês de abril; e*
1.6. *Contribuir com o fornecimento de água potável para comunidades quilombolas.*

A seguir essas metas são apresentadas com maior detalhamento, acrescentando as ações a serem desenvolvidas e implementadas para alcançá-las, seu cronograma de execução e o orçamento destinado a elas.

1.1. Implementar estratégias de prevenção à contaminação por covid-19:

As estratégias de prevenção devem englobar, em um contexto de pandemia, ações de prevenção, tratamento e reabilitação, com um aumento da resolubilidade dos casos para que seja possível evitar os serviços de saúde de alta complexidade, considerando o risco de vida e a sobrecarga no sistema.

É imperativo que as equipes de saúde, as quais atuam na APS, configurem-se como o primeiro e principal contato da população com o sistema de saúde e busquem atender aos compromissos de diagnosticar, tratar e reabilitar problemas de saúde agudos e crônicos, além de possibilitar a prevenção de agravos, a promoção da saúde e a coordenação do cuidado.

Adicionalmente, esse nível de atenção à saúde deve ser proativo, o que exige identificar as pessoas que não tenham acessado o serviço de saúde por diversos motivos e disponibilizar os meios adequados de imunização.

Para possibilitar que as estratégias de prevenção à contaminação por covid-19 sejam efetivas, o governo federal tem desenvolvido as seguintes ações:

a) Indução de estados e municípios a produzirem dados estratificados sobre a situação de saúde das populações quilombolas no que diz respeito à covid-19, de forma a manter atualizado os sistemas nacionais de informação em saúde:

Com vistas a possibilitar o adequado planejamento e desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde para essa população, o MS ratificou a inclusão da integralidade dos povos e comunidades tradicionais em todos os sistemas informatizados do Ministério da Saúde. Os sistemas da estratégia e-SUS AB se propõem a fornecer informações contidas na base nacional do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) aos diversos sistemas de informação, a fim de qualificar o processo de gestão da informação e fomentar ações de monitoramento, avaliação e tomada de decisão em relação a políticas públicas de saúde em todos os níveis de atenção e governança.

Ressalta-se, ademais, que estão incluídos no SISAB os infectados pelo coronavírus, de forma conhecer e a manter atualizado os sistemas nacionais de informação em saúde em relação à população quilombola, inclusive.

Uma vez que o SISAB é preenchido pelos estados, Distrito Federal e municípios, a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações do MS encaminhou, aos coordenadores estaduais de imunização, ofício (Anexo C), solicitando o adequado e contínuo preenchimento do banco de dados do Sistema. As informações serão utilizadas para a aquisição e a disponibilização de vacinas em quantidade adequada para esse grupo, bem como para a execução de outras ações de APS destinadas a essa população.

Os dados do SISAB têm sido disponibilizados, sempre que atualizados pelos entes federativos, no sítio https://localizasus.saude.gov.br/, Painel Vacinômetro.

b) Vacinação prioritária da população quilombola, conforme Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação (Anexo B):

A vacinação contra a covid-19 foi iniciada em 18 de janeiro de 2021 com doses que somaram um quantitativo aproximado de 6 milhões, recebidas a partir do Laboratório Sinovac/Butantan. Desde então, o MS já distribuiu 10 pautas

consecutivas de vacinas (Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Fiocruz), até o último dia 1 de abril, as quais viabilizaram a entrega de um total aproximado de 43,1 milhões de doses, das quais 6,8 milhões da vacina AstraZeneca/Fiocruz e cerca de 36,3 milhões da vacina Sinovac/Butantan, com o alcance de aproximadamente 24,4 milhões de pessoas, sendo 1.133.106 (hum milhão, cento e trinta e três mil, cento e seis) quilombolas.

Na 9ª pauta de distribuição da vacina, publicada em 19 de março de 2021, 63% da população quilombola já estava contemplada com doses da Sinovac/Butantan. Na 10ª pauta (Anexo D), publicada na semana seguinte, em 25 de março, os demais 37% da população estimada foram contemplados, alcançando-se 100% da população inicialmente mapeada, conforme Quadro 3 abaixo.

Quadro 3. Distribuição dos grupos prioritários atendidos. Brasil. 2021

Grupos Prioritários	(%) pessoas dos grupos atendidas ATÉ a 8ª Pauta	(%) pessoas dos grupos atendidas ATÉ a 9ª Pauta	(%) pessoas dos grupos A SEREM ATENDIDAS, INCLUINDO a 10ª Pauta
Trabalhadores de Saúde	91,3%	95%	97%
Pessoas idosas (60 anos ou mais) residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas)	100%	100%	100%
Pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em residências inclusivas (institucionalizadas)	100%	100%	100%
Povos indígenas vivendo em terras indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena)	100%	100%	100%
Pessoas de 90 anos e mais	100%	100%	100%
Pessoas de de 85 a 89 anos	100%	100%	100%
Pessoas de 80 a 84 anos	100%	100%	100%
Pessoas de 75 a 79 anos	100%	100%	100%
Povos e Comunidades Tradicionais Ribeirinha	--	100%	100%
Povos e Comunidades Tradicionais Quilombola	--	63%	100%
Pessoas 70 a 74 anos	13%	78%	100%
Pessoas de 65 a 69 anos	--	--	30%

Fonte: Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Neste momento, os municípios estão aplicando a primeira dose da vacina na população quilombola em todo o país. São 1.279 municípios com essa população em 25 Unidades da Federação. Para tanto, a União já investiu aproximadamente R$ 26.000.000,00 (vinte e seis milhões de reais) e, nas próximas semanas, investirá valor maior do que esse na aquisição da segunda dose.

Em que pese a perspectiva de progresso na aplicação da vacinação em

parcela expressiva da população quilombola até as primeiras semanas de abril, a pandemia da covid-19 não estará superada e, portanto, as ações de prevenção e de acesso aos serviços públicos de saúde permanecem prioritárias e sendo executadas pela União, estados, Distrito Federal e municípios, conjunta e complementarmente. Neste sentido, o Plano apresentado traz iniciativas que visam contribuir para a redução das vulnerabilidades dos quilombolas, em complementação à vacinação.

c) Garantia de testagem e disponibilização de EPIs para a população quilombola:

Adicionalmente aos repasses financeiros, a União, por intermédio do MS, tem adquirido e distribuído às unidades federativas testes (PCR e rápidos) e EPIs. No endereço eletrônico https://localizasus.saude.gov.br, pelo Painel Testes e Painel EPIs, o MS disponibiliza dados atualizados sobre a distribuição de ambos, respectivamente, por estado.

Outra medida de prevenção consiste em assegurar e ampliar o acesso à testagem para a população quilombola. A esse respeito, informa-se que está em trâmite no MS, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, processo administrativo para aquisição de testes rápidos de antígeno para covid-19. Tal processo conta com o apoio técnico da Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS), que, por meio do Departamento de Saúde da Família, realizou o levantamento das solicitações dos testes rápidos de antígenos para covid-19, dirigidas à SAPS no ano de 2021. O montante solicitado perfaz aproximadamente um milhão de testes, que se concentram majoritariamente nas capitais brasileiras e nos municípios da região Sul.

Em que pese, nas demandas apresentadas à SAPS, não tenha havido direcionamento da solicitação por populações específicas por parte dos municípios e estados, a aquisição de testes contra covid-19 para a população quilombola será acrescida em um milhão de testes a serem disponibilizados aos entes federativos para utilização na população quilombola. Uma vez que o processo de compra ainda se encontra em fase de planejamento, não há, neste momento, cronograma de execução e detalhamento quanto ao investimento orçamentário a ser feito nesse sentido.

Adicionalmente, considerando que as ações são descentralizadas e organizadas em rede regionalizada e hierarquizada com gestão democrática e participativa, visando alcançar a integralidade na atenção e a equidade no acesso, será reforçada, junto aos municípios, estados e Distrito Federal, a importância de se cadastrar as populações quilombolas devidamente no SISAB com a finalidade de resolver a necessidade de cuidado dessa população de modo amplo.

Some-se a essa iniciativa, os esforços da União no sentido de fornecer, com maior celeridade, por meio de doações privadas, EPIs para a população quilombola mais vulnerável. A esse respeito, cita-se a doação de máscaras para comunidades quilombolas do estado da Bahia no período de 19/10/2020 a 15/11/2020. Ao todo, foram doadas 90.800 máscaras para 11.413 famílias quilombolas enquadradas como de alta ou muito alta vulnerabilidade em relação à segurança alimentar, de acordo com o Mapeamento de Insegurança Alimentar - Mapa InSAN, em 22 municípios do estado. Em média, cada uma das famílias recebeu 8 máscaras, conforme Tabela 1 a seguir.

Tabela 1. Distribuição de máscaras para famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar no estado da Bahia.

Municípios	Total famílias	Total de máscaras	Cronograma de distribuição das máscaras descartáveis							
			S. 19 a 25/10		S. 26/10 a 1/11		S. 2 a 8/11		S. 9 a 15/11	
			Previsto	Entregue	Previsto	Entregue	Previsto	Entregue	Previsto	Entregue
Barra do Mendes	231	1.750	1.750	1.750						
Barro Alto	118	900	900	900						
Caetité	788	6.350					6.350	6.350		
Campo Formoso	2.207	17.750	17.750	3.950				2.100		11.700
Canarana	319	2.600			2.600	2.600				
Cipó*	302	2.350			2.350	2.350				
Gentio do Ouro	304	2.300			2.300	2.300				
Igrapiúna	191	1.450	1.450	1.450						
Irecê	316	2.550					2.550			2.550
João Dourado	720	5.500	5.500	5.500						
Jussara	235	1.850	1.850	1.850						
Lapão	1.678	13.600			13.600	13.600				
Lençóis	156	1.300					1.300	1.300		
Morro do Chapéu	581	4.700					4.700	4.700		
Mulungu do Morro	517	3.950	3.950	3.950						
Nordestina	447	3.350			3.350	3.350				
Piatã	530	4.300					4.300	4.300		
Pindobaçu	299	2.450			2.450	2.450				

São Gabriel	392	3.200				3.200	3.200			
Simões Filho	722	5.650	5.650	5.650						
Uibai	233	1.900			1.900	1.900				
Xique-Xique	127	1.050					1.050			1.050
Total	**11.413**	**90.800**	**38.800**	**25.000**	**28.550**	**31.750**	**23.450**	**18.750**	**-**	**15.300**

No Quadro a seguir, descreve-se as ações, os públicos beneficiados, o cronograma de execução e o responsável por ação. Ressalte-se que a maior parcela delas é contínua, tendo, portanto, somente data de início e não de fim. O período de sua execução corresponderá ao contexto da própria pandemia da covid-19 e de sua superação nos próximos meses.

Quadro 4. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
1. Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde	1.1. Implementar estratégias de prevenção à contaminação por covid-19	Indução de estados e municípios a produzirem dados estratificados sobre a situação de saúde das populações quilombolas no que diz respeito à covid-19, de forma a manter atualizado os sistemas nacionais de informação em saúde	Gestores municipais de 1.279 municípios e estaduais de 25 unidades da federação	MS	03/032021	-
		Vacinação prioritária da população quilombola	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil		19/03/2021	-
		Distribuição de 90.800 máscaras para famílias quilombolas	11.413 famílias quilombolas de 22 municípios no estado da Bahia	Pátria Voluntária	19/10/2020	15/11/2020
		Disponibilização de 1 milhão de testes aos entes federativos para testagem da população quilombola	Gestores municipais de 1.279 municípios e 25 unidades da federação | População quilombola (a informar)	MS	01/05/2021	-

Para a implementação das ações supracitadas, a União tem investido montante expressivo de recursos orçamentários. No quadro abaixo, faz-se referência a eles. Informa-se, porém, que o cálculo do investimento ainda se encontra em desenvolvimento e será informado tão logo seja concluído.

Quadro 5. Detalhamento do investimento orçamentário

Ação/ Atividade	Investimento (R$)	Unidade orçamentária	Programa Orçamentário	Ação orçamentária	Plano Orçamentário	Modalidade
Indução de estados e municípios a produzirem dados estratificados	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Vacinação prioritária da população quilombola	26.000.000,00	36201	5018	21CO	CV19	Aplicação direta
Distribuição de 90.800 máscaras para famílias quilombolas enquadradas	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Disponibilização de 1 milhão de testes aos entes federativos para testagem da população quilombola	*(a informar)*	*(a informar)*	*(a informar)*	*(a informar)*	*(a informar)*	*(a informar)*

Dentre as ações supracitadas, a indução para a produção de dados pelos entes federativos e a doação de máscaras não envolvem despesas específicas, uma vez que decorrem de atividades já desenvolvidas pela Administração Pública Federal, sem ônus adicional para os órgãos. Desta forma, no quadro demonstrativo acima, não há especificação de gastos para elas.

Ademais, pelo processo ainda estar em fase de planejamento, não é possível detalhar, até esta data, as informações sobre a aquisição e a disponibilização de testes para a população quilombola.

Por fim, quanto à vacinação prioritária dessa população, o desembolso já foi realizado, na totalidade do recurso, para a Fundação Oswaldo Cruz.

1.2. Implementar estratégias de ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população quilombola;

Com a implantação do Programa Previne Brasil em 2019, por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, a União, por intermédio do MS, tem investido na ampliação do acesso da população à atenção primária a partir do credenciamento de equipes de saúde da família – eSF e de atenção primária – eAP que atuam nas Unidades de Saúde da Família. É meta do governo federal a implantação de 50 mil equipes até 2022, alcançando-se a cobertura de 70% da população.

O Brasil conta atualmente com mais de 45 mil (quarenta e cinco mil) eSF e quase 3 mil (três mil) eAP implantadas. As Equipes de Saúde da Família são compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde, nas quais a jornada de trabalho para todos os integrantes é de 40 horas semanais. Todas as equipes devem conhecer a população sob sua responsabilidade pelo nome, local de moradia e situação de saúde de cada indivíduo.

Além disso, elas devem consistir no ponto de referência para as pessoas que tiverem um problema de saúde. As equipes devem, portanto, realizar a busca ativa dessa população, sobretudo, dos grupos mais expostos e vulneráveis a certas situações de saúde. Nesse sentido, é de extrema importância que os gestores locais mobilizem e incentivem as equipes de saúde da família para que cadastrem as populações quilombolas, com o apoio do MS nesse sentido.

Dentre esses profissionais, destacam-se os Agentes Comunitários de Saúde para o fortalecimento das ações de prevenção e promoção voltadas às populações quilombolas. Eles são protagonistas dentro das comunidades no que concerne ao cuidado em saúde, sendo, portanto, imprescindível que eles sejam orientados, testados e façam uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPIs para a realização de qualquer contato com a comunidade.

Nesse sentido, desde o início da pandemia, o MS tem investido na ampliação das eSF e das eAP que atuam nas Unidades de Saúde da Família. Somente em 2020, foram editadas três portarias para autorizar e regulamentar o repasse de

recurso financeiro aos municípios e ao Distrito Federal, que se propusessem a ampliar as estratégias e os serviços de saúde para os povos e comunidades tradicionais, dentre eles, a população quilombola.

Em 16 de setembro de 2020, foi publicada a primeira Portaria, a Portaria n° 2.405, que instituiu incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional e temporário, aos municípios e Distrito Federal para o fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no cuidado às populações específicas, incluindo a população quilombola, no contexto da covid-19.

O incentivo financeiro tem a finalidade de apoiar a gestão local na qualificação da identificação precoce, do acompanhamento e monitoramento de populações específicas com síndrome gripal, suspeita ou confirmação de covid-19. Conforme estabelece o art. 3º da referida Portaria, o incentivo financeiro tem como objetivos:

> Art. 3º O incentivo financeiro de que trata esta Portaria tem a finalidade de apoiar a gestão local na qualificação da identificação precoce, do acompanhamento e monitoramento de populações específicas com síndrome gripal, suspeita ou confirmação de Covid-19, observadas as seguintes orientações no contexto local:
> I - organizar os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e estruturar fluxo diferenciado no ambiente interno das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o acolhimento e a identificação de casos de síndrome gripal ou de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19, de forma a garantir o acesso seguro;
> II - realizar a estratificação de risco das pessoas com sintomas de síndrome gripal ou com suspeita ou confirmação de Covid-19, conforme protocolos e orientações do Ministério da Saúde, para identificação e atenção aos casos leves e encaminhamento seguro e imediato de casos graves aos serviços especializados de referência;
> III - atualizar e qualificar os dados cadastrais da população acompanhada pelas equipes e serviços da APS, com o preenchimento obrigatório de informações autodeclaradas como os campos raça/cor/etnia e, nos casos de povos e comunidades tradicionais;
> IV - articular ações de saúde integradas a outros setores atuantes nos territórios adscritos, a fim de ofertar suporte e assistência em saúde aos grupos vulnerabilizados socioeconomicamente;
> V - identificar populações específicas no território adscrito e realizar ações estratégicas de prevenção e atenção para minimizar os impactos decorrentes da epidemia causada pelo novo coronavírus, considerando os seguintes contextos:
> a) áreas remotas de populações dispersas, como as de campo, florestas, águas, quilombolas e assentamentos, onde as condições geográficas e dispersão territorial dificultam o acesso à saúde;
> b) abrigos, centros comunitários, centros de acolhimento, albergues noturnos e demais instituições com essa finalidade;
> c) instituições de longa permanência para idosos (ILPI);
> d) unidades prisionais;
> e) unidades socioeducativas;
> f) acampamentos de populações ciganas ou circenses; ou
> g) áreas de comunidades e favelas.

> VI - ofertar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os profissionais de saúde e realizar treinamento para o uso e medidas de segurança, com o requisito da paramentação para atendimentos presenciais e em visitas domiciliares;
> VII - identificar de forma precoce os casos de síndrome gripal ou suspeitos de Covid-19 e realizar o diagnóstico clínico ou laboratorial, conforme orientações do Ministério da Saúde;
> VIII - realizar o rastreamento e o monitoramento de contatos de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19, em conjunto com a vigilância em saúde;
> IX - registrar as informações assistenciais e notificar os casos suspeitos e confirmados por meio dos sistemas de informação do Ministério da Saúde; ou
> X - realizar ações de educação em saúde para orientar a população quanto às medidas sobre restrição ao ambiente domiciliar e demais medidas não farmacológicas para casos confirmados de Covid-19 e seus contatos.

A Portaria nº 2.405/2020 abarcou, portanto, todas as ações necessárias para o fortalecimento das equipes e dos serviços da APS no cuidado à população quilombola no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da covid-19.

Não obstante, tendo em vista a persistência da pandemia e a importância de se dar continuidade às ações de Atenção Primária para a população quilombola, o MS editou outras duas Portarias e, nos próximos dias, publicará a quarta, com objetivo semelhante, qual seja, instituir incentivo financeiro federal de custeio para os municípios e o Distrito Federal destinado ao fortalecimento das equipes de assistência em saúde no enfrentamento da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente da covid-19.

Em 11 de dezembro de 2020, foi publicada a Portaria nº 3.396 e, na sequência, em 16 de dezembro de 2020, a Portaria nº 3.354, ambas voltadas para o fortalecimento das ações municipais de assistência em saúde de populações tradicionais, inclusive da população quilombola, sendo a última com recorte para as pessoas com albinismo, cuja maior incidência é na população quilombola, negra e indígena. Para além do atendimento no âmbito da APS, o repasse financeiro dessa última foi voltado para a realização de cadastro das pessoas com albinismo no SISAB.

Ao todo, a União, por intermédio do MS, disponibiliza aos municípios e ao Distrito Federal R$ 395.793.140,00 para financiamento de ações de fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no cuidado às populações tradicionais, dentre elas, quilombolas, no contexto da pandemia de covid-19. Pela

Portaria nº 2.405/2020, foram R$ 319.429.740,00; pela Portaria nº 3.396/2020, R$ 20.874.000,00; pela Portaria nº 3.354/2020, mais R$ 7.125.000,00; e, com a nova Portaria a ser publicada nos próximos dias, serão disponibilizados outros R$ 48.364.400,00. Ressalte-se que, por meio do novo repasse a ser realizado, os municípios e o Distrito Federal poderão adquirir, inclusive, testes contra covid-19 para utilização preventiva junto à população quilombola.

Quadro 6. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
1. Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde	1.2. Implementar estratégias de ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população quilombola	Fortalecimento das ações de promoção do acesso aos serviços de saúde para a população quilombola no contexto da covid-19	Toda a população quilombola	MS	16/09/2020	31/12/2021

Para a implementação das ações supracitadas, a União tem investido montante expressivo de recursos orçamentários, bem como seu cronograma de desembolso. Nos quadros abaixo, faz-se referência a eles. Informa-se, porém, que o cálculo do investimento ainda se encontra em desenvolvimento e será informado tão logo seja concluído.

Quadro 7. Detalhamento do investimento orçamentário

Ação/ Atividade	Investimento (R$)	Unidade orçamentária	Programa Orçamentário	Ação orçamentária	Plano Orçamentário	Modalidade
Fortalecimento das ações de promoção do acesso aos serviços de saúde para a população quilombola no contexto da covid-19	319.429.740,00	36901	5018	21CO	CV50 - COVID-19	Fundo a Fundo
	20.874.000,00	36901	5021 - 5019	20YM e 2E79	0	Fundo a Fundo
	7.125.000,00	36901	5021	20YM	0	Fundo a Fundo
	48.364.400,00	36901	5019	219A	CVB0	Fundo a Fundo

Quadro 8. Cronograma de desembolso

Ação/ Atividade	Desembolso	Período
Fortalecimento das ações de promoção do acesso aos serviços de saúde para a população quilombola no contexto da covid-19	Parcela única	Até 31/12/2019
	Parcela única	Até 31/12/2020
	Parcela única	Até 31/12/2021
	Parcela única	Até 31/12/2022

1.3. Sensibilizar lideranças sociais sobre a importância da prevenção e da vacinação prioritária da população quilombola:

O acesso à informação precisa e qualificada consiste em um dos pilares para a prevenção a qualquer doença e para a redução das chances de contaminação por ela, sobretudo, em contextos de epidemia. Num cenário de pandemia mundial de covid-19, a informação torna-se ainda mais imprescindível para se evitar contaminação e morte pelo coronavírus. Mais do que isso, a informação confiável torna-se crucial para combater a desinformação e suas implicações, tais como a evitável exposição ao vírus e o maior risco de morte.

Por se tratar de um vírus novo e, até 2020, desconhecido por todos, dentre outras razões, há ainda certa desconfiança social quanto à forma mais adequada de

enfrentá-lo e quanto à eficácia das vacinas que têm sido produzidas por diferentes laboratórios no Brasil e no mundo, não obstante as comprovações científicas e aprovação pelas autoridades sanitárias doméstica e internacionais.

Tal desconfiança tem sido observada em determinados grupos de quilombolas pelo país. A União, por intermédio da FCP e do MMFDH, tem recebido, desde o início da vacinação prioritária dessa população a nível nacional a partir da semana do dia 22 de março de 2021, informações acerca da negativa e/ou resistência de quilombolas à vacinação, sob a alegação de que a vacina pode trazer algum dano pessoal e espiritual para ele(a).

Considerando a importância da vacinação para a promoção de saúde e redução do risco de morte da população quilombola frente ao coronavírus; e

Diante da importância de se respeitar, por seu turno, a crença e a decisão de cada pessoa quilombola quanto à sua própria vacinação;

A União tem atuado na mobilização e na sensibilização de lideranças sociais quanto à importância de ações de prevenção individuais e coletivas e da vacinação prioritária da população quilombola, tal como definido no PNO. Uma das metas para ampliar a prevenção e o acesso aos serviços de saúde consiste, portanto, na divulgação de campanha educativa para essas lideranças, com vistas a orientá-los e municiá-los com as informações corretas quanto à prevenção, dentre outros, pela vacinação.

No Quadro a seguir, descreve-se as ações, os públicos beneficiados, os órgãos responsáveis, o cronograma de implementação e os investimentos realizados para se alcançar a meta de *divulgar campanha de mobilização de lideranças sociais sobre a importância da prevenção e da vacinação prioritária da população quilombola*.

Dentre as ações, destaca-se:

1. a divulgação de vídeo institucional e de áudio da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damares Alves, nas páginas oficiais do MMFDH[7] e da Ministra e na Voz do Brasil, respectivamente, no

[7] O vídeo está disponível em https://youtu.be/9gXGIxoOgtc, e foi amplamente divulgado por meio da notícia "Ministra Damares pede diálogo com quilombolas e indígenas sobre vacinação contra Covid-19", disponível em https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/marco/ministra-damares-pede-dialogo-com-quilombolas-e-indigenas-sobre-vacinacao-contra-covid-19.

sentido de sensibilizar, mobilizar e orientar a população quilombola, as lideranças sociais e os gestores municipais que atuam junto à população quanto à importância da vacinação prioritária e neste momento dessa população; e

2. a elaboração e envio de ofício para organizações da sociedade civil que atuam com quilombolas, com orientações para a efetiva aplicação prioritária da vacina nesse grupo populacional (Apêndice B).

No quadro a seguir, o detalhamento da implementação dessas ações é feito, destacando os responsáveis e o público beneficiado por elas.

Quadro 9. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
1. Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde	1.2. Divulgar campanha de mobilização de lideranças sociais e gestores públicos sobre a importância da prevenção e da vacinação prioritária da população quilombola	Gravação de vídeo da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos de mobilização e sensibilização de lideranças sociais quanto à importância da vacinação prioritária da população quilombola	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MMFDH	26/03/2021	26/03/2021
		Edição, com inserção de Libras, de vídeo da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos de mobilização e sensibilização de lideranças sociais			29/03/2021	29/03/2021
		Publicação do vídeo no sítio eletrônico do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos			29/03/2021	29/03/2021
		Divulgação, nas redes sociais oficiais da Ministra e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, do vídeo da campanha			29/03/2021	29/03/2021

		Divulgação do vídeo na Newsletter semanal da Secretaria de Atenção Primária em Saúde - SAPS e no portal da Secretaria	220 mil emails para Gestores municipais		01/04/2021	-
		Gravação e divulgação, na Voz do Brasil, de áudio da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos para quilombolas e lideranças sociais sobre a importância da vacinação	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil | Gestores municipais dos 1.279 municípios com comunidades quilombolas		30/03/2021	30/03/2021
		Divulgação do vídeo por e-mail e nos grupos de whatsapp de lideranças quilombolas e religiosas que atuam com essa população	1.052 lideranças quilombolas | 98.865 famílias quilombolas	FCP	29/03/2021	01/04/2021
			72 conselheiros do CNPIR e CNPCT 211 lideranças, ou associações quilombolas	MMFDH	29/03/2021	01/04/2021
		Elaboração e envio de ofício para os gestores municipais e estaduais de promoção da igualdade racial com solicitação de divulgação de vídeo para suas redes de profissionais que atuam com a população quilombola	220 mil e-mails para Gestores municipais de 1.279 municípios e 25 unidades da federação	MS	30/03/2021	31/03/2021
		Elaboração e envio de ofício para os gestores municipais e estaduais de saúde com solicitação de divulgação de vídeo para suas redes de profissionais que atuam com a população quilombola	320 e-mails enviados a gestores da igualdade racial estaduais e municipais	MMFDH	30/03/2021	31/03/2021

		Elaboração e envio de ofício para gestores municipais e estaduais com solicitação para divulgação de vídeo para as redes de profissionais que atuam com a população quilombola	1.279 ofícios, sendo 1 por Prefeitura com comunidade quilombola em seu território	SEGOV	30/03/2021	31/03/2021
		Elaboração de ofício para as Superintendências Regionais e Unidades Avançadas com solicitação para divulgação de vídeo para as redes de profissionais que atuam com a população quilombola	40 unidades em todo o país	INCRA	30/03/2021	31/03/2021

As ações supracitadas não envolvem despesas específicas, uma vez que decorrem de atividades já desenvolvidas pela Administração Pública Federal, sem ônus adicional para os órgãos. Desta forma, não se apresenta a seguir quadro demonstrativo de investimento orçamentário-financeiro para o alcance da meta *divulgar campanha de mobilização de lideranças sociais sobre a importância da prevenção e da vacinação prioritária da população quilombola*.

1.4. Divulgar campanha de sensibilização da população quilombola sobre a importância da prevenção e da vacinação contra covid-19:

Como salientado acima, o acesso à informação precisa e qualificada sobre o coronavírus e suas formas de prevenção pela população quilombola tem consistido em relevante desafio, notadamente, pela disseminação de “desinformação”, dentre outras, relacionada à vacina contra a Covid-19, que constitui atualmente a principal resposta de prevenção à essa doença.

Por ainda haver desconfiança de parcela dessa população quanto à forma mais adequada de enfrentar o vírus e quanto à eficácia das vacinas que têm sido produzidas por diferentes laboratórios no Brasil e no mundo, a União, por intermédio da FCP, do MS, do MMFDH e da SEGOV, tem buscado informar e orientar corretamente a população quilombola quanto aos riscos da Covid-19 para sua

saúde, quanto às melhores práticas para prevenir a contaminação por esse vírus, e quanto à importância da vacinação para se proteger em caso de contaminação pela Covid-19.

Considerando que a vacinação não pode ser forçada e que se deve respeitar a decisão de cada pessoa quilombola quanto à sua própria saúde; mas, não obstante,

Tendo em vista a importância cientificamente comprovada da vacinação para a prevenção de mortes pela Covid-19, sobretudo, em grupos socialmente mais vulneráveis,

A União trabalha na sensibilização da população quilombola sobre a importância da prevenção e da vacinação, tal como definido no PNO. Uma das metas para ampliar a prevenção e o acesso aos serviços de saúde consiste, portanto, na divulgação de campanha educativa para essa população, com vistas a orientá-los com as informações corretas quanto à prevenção, dentre outros, pela vacinação.

Nesse sentido, logo no início da pandemia, a FCP criou e tem divulgado, desde então, a cartilha virtual *Não Leve a COVID-19 Pro Quilombo*, disponível em http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/covid-quilombo.pdf. A cartilha tem sido reiteradamente encaminhada para lideranças quilombolas por meio de redes de transmissão como as do WhatsApp. Todas as 3.471 comunidades certificadas pela FCP têm sido alcançadas por essas informações. A Tabela 2 a seguir mostra o alcance dessa divulgação em todo o país, apenas pelos canais da Fundação:

Tabela 2. Alcance dos materiais orientativos sobre a covid-19 para populações quilombolas

UF	Total de lideranças alcançadas	Total de famílias potencialmente alcançadas
AL	69	5800
AM	6	1200
AP	6	1931
BA	208	24464
CE	41	3765
GO	59	8177
MT	59	8177
MS	22	1400
PB	45	5685
PR	41	2429
PE	195	10516
PI	37	5685
RN	33	3614
RS	132	5685
SC	17	1052

SE	37	5685
TO	45	3600
TOTAL	**1.052**	**98.865**

Somando esforços, o MMFDH também tem divulgado orientações sobre prevenção da covid-19 e vacinação para as lideranças e associações quilombolas com os quais já teve algum contato. Por fim, consolidando esse conjunto de iniciativas, o MS lançará campanha para essa população sobre a importância da vacinação, conforme detalhado no Apêndice C.

No Quadro a seguir, descreve-se as ações, os públicos beneficiados, os órgãos responsáveis e o cronograma de implementação para se alcançar a meta de *divulgar campanha de sensibilização da população quilombola sobre a importância da prevenção e da vacinação.*

Quadro 10. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
1. Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde	Divulgar campanha de sensibilização sobre a importância da prevenção e da vacinação para a população quilombola	Gravação de vídeo da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos de mobilização e sensibilização da população quilombola sobre a importância da vacinação	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil 1.052 lideranças quilombolas 98.865 famílias quilombolas	MMFDH	26/03/2021	26/03/2021
		Edição, com inserção de Libras, de vídeo da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos mobilização e sensibilização da população quilombola sobre a importância da vacinação			29/03/2021	29/03/2021
		Publicação do vídeo no sítio eletrônico do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos			29/03/2021	29/03/2021
		Divulgação, nas redes sociais oficiais da Ministra e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, do vídeo da campanha			29/03/2021	29/03/2021

		Gravação e divulgação, na Voz do Brasil, de áudio da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos para quilombolas sobre a importância da vacinação			30/03/2021	30/03/2021
		Divulgação do vídeo por e-mail e nos grupos de whatsapp de lideranças quilombolas e quilombolas que atuam com essa população		MMFDH FCP	29/03/2021	01/04/2021
		Divulgação do vídeo por e-mail e nos grupos de whatsapp de lideranças quilombolas e quilombolas que atuam com essa população	72 e-mails a conselheiros do CNPIR e CNPCT 211 e-mail enviado a lideranças, ou associações quilombolas	MMFDH	29/03/2021	01/04/2021
		Definição de estratégias de comunicação específicas para essa população	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MS	05/04/2021	09/04/2021
		Criação do enxoval de comunicação para a população quilombola			05/04/2021	16/04/2021
		Divulgação de campanha para a população quilombola		FCP MMFDH MS SEGOV INCRA	19/04/2021	-

As ações supracitadas não envolvem nem envolverão despesas específicas. Com exceção da campanha, as iniciativas decorrem de atividades já desenvolvidas pela Administração Pública Federal, sem ônus adicional para os órgãos envolvidos. Por seu turno, dado que o Orçamento da União ainda não está sancionado, a campanha será inicialmente orgânica, sendo divulgada nos canais de comunicação oficiais da União, bem como por meio de listas de transmissão do WhatsApp e de mailing lists, para lideranças, organizações da sociedade civil e órgãos públicos estaduais, distritais e municipais.

Desta forma, não se apresenta a seguir quadro demonstrativo de investimento orçamentário-financeiro nem de desembolso para o alcance da meta *divulgar*

campanha de sensibilização sobre a importância da prevenção e da vacinação para a população quilombola.

1.5. Divulgar canal de denúncia e informação sobre o atendimento nos serviços de saúde e a vacinação prioritária para a população quilombola:

Somado às campanhas para a população quilombola e para as lideranças sociais e os gestores públicos descritas nas subseções acima, o recebimento, por parte do governo federal, de informações quanto à resistência de quilombolas à vacinação já relatadas, bem como a necessidade de se conhecer e avaliar os diversos aspectos que envolvem a vacinação prioritária da população quilombola, tais como o adequado quantitativo de doses a ser disponibilizado, o cumprimento da priorização da vacinação desse grupo pelos estados e municípios, a qualidade do atendimento realizado, dentre outros, apontam para a importância de se divulgar amplamente canal de atendimento para se garantir a efetividade das medidas de prevenção, tais como a vacinação, para a população quilombola.

Nesse sentido, a prevenção e a ampliação do acesso aos serviços de saúde requerem, adicionalmente, a disponibilização de ferramentas para que a informação seja transmitida e a violação de direito seja apurada e as providências tomadas para, de um lado, a responsabilização, se cabível, do violador e, de outro, os aprimoramentos nos serviços e nas ações implementadas.

A União, por intermédio do MS, disponibiliza o Disque Saúde 136 para que o cidadão possa se manifestar[8]. O Disque é um canal de teleatendimento para manifestações sobre os serviços prestados pelo SUS. Ele funciona 24 horas e a ligação é gratuita. De segunda a sexta-feira, das 7h às 22h, aos sábados e domingos, das 8h às 18h, o cidadão pode falar diretamente com o operador. Fora desses horários, é possível obter informações pela Unidade de Atendimento Audível (URA).

O cidadão pode procurar o Disque Saúde 136 para fazer denúncia, reclamação, solicitação, pedido de informação, elogio ou sugestão. Pela **opção 7**, a população quilombola pode se manifestar como e sobre o que desejar e necessitar

[8] Link para acesso às informações sobre o Disque Saúde 136: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/disque_saude_136.pdf

em relação à vacinação, ao atendimento pelas equipes de saúde locais, às formas de prevenção da covid-19, ou sobre qualquer outro assunto.

O Disque 136 analisa e encaminha as demandas recebidas e também atua, de forma espontânea, em contato ativo com usuários dos serviços de saúde pública para que as informações recolhidas incrementem as políticas públicas de saúde. É, portanto, um recurso que pode facilitar o acesso a serviços de saúde e também receber denúncias sobre ausência de atendimentos.

Em que pese ser o Disque 136 a principal porta de entrada para manifestações diversas relacionadas à política de saúde, reclamações, solicitações, pedidos de informação e sugestões são encaminhados, também, para outros órgãos federais, estaduais, distrital e municipais, por meio de outros canais de atendimento oficiais e não oficiais (telefone, e-mail e WhatsApp).

Tendo isso em vista e considerando a importância de se integrar as manifestações recebidas pelos diferentes órgãos públicos para fins de aprimoramentos na própria política e em suas ações, a União estabeleceu um fluxo padronizado de encaminhamento de informações e denúncias quanto à vacinação e ao atendimento nos serviços públicos de saúde, como mostra a Figura 1 abaixo.

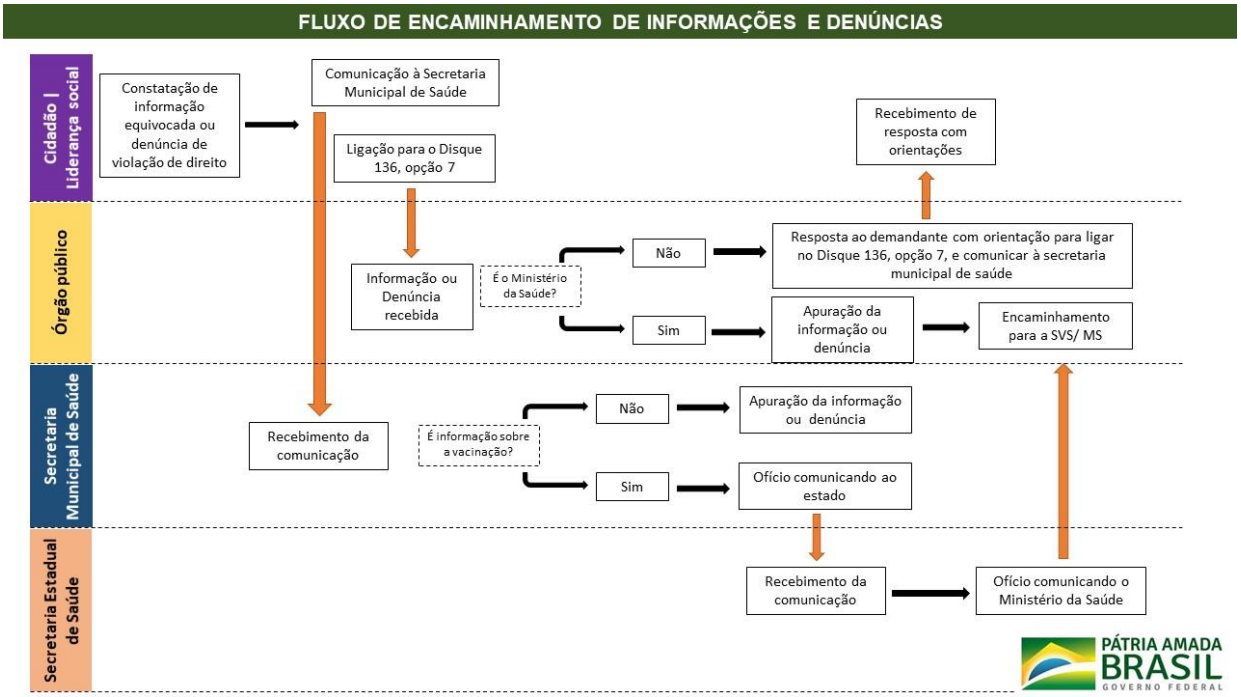


Figura 1. Fluxo de encaminhamento de informações e denúncias.

O fluxo canaliza as manifestações recebidas por “portas de entrada” distintas para o mesmo órgão, a saber, o MS. Independente da esfera da federação e do órgão receptor da demanda, a informação chegará ao órgão de coordenação nacional da política de saúde para avaliação e providências. Dessa forma, busca-se assegurar que os dados produzidos e as providências tomadas sejam as mais próximas possíveis da realidade brasileira. Num contexto de distribuição de vacinas baseada em estimativa populacional, como o atual, essa ação ganha ainda mais relevância. Ela possibilitará que os municípios, estados, Distrito Federal e o governo federal disponibilizem o quantitativo adequado de doses da vacina e prestem o atendimento esperado, com vistas a prevenir a contaminação e as mortes de quilombos por covid-19.

Some-se a isso a iniciativa do MS em elaborar materiais informativos sobre o Disque 136 direcionados às populações quilombolas. Os materiais serão divulgados no portal do Ministério, bem como nas redes sociais da instituição. Após a publicação, as peças publicitárias serão enviadas aos gestores, profissionais de saúde, parceiros institucionais, sociedade civil e lideranças comunitárias, por meio de mailing lists e listas de transmissão do WhatsApp que a FCP, o MMFDH e a SEGOV disponibilizam.

A seguir, detalha-se os públicos beneficiados, os responsáveis e o cronograma de implementação das ações desenvolvidas para se alcançar a meta *divulgar canal de denúncia e informação sobre o atendimento nos serviços de saúde e a vacinação prioritária para a população quilombola.*

Quadro 11. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos	*sobre o atendimento nos serviços de saúde e a*	Elaboração de fluxo de encaminhamento de denúncias e informações sobre os serviços de saúde e a vacinação	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MMFDH MS FCP SEGOV	30/03/2021	31/03/2021

		Elaboração e envio de comunicado para lideranças sociais que atuam junto às comunidades quilombolas, divulgando o Disque 136, opção 7	1.052 lideranças quilombolas | 98.865 famílias quilombolas | 1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil		31/03/2021	01/04/2021
		Criação de enxoval de comunicação para a população quilombola, com divulgação do Disque 136	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MS	05/04/2021	16/04/2021
		Divulgação de campanha para a população quilombola com informação sobre o Disque 136		MMFDH MS FCP SEGOV INCRA	19/04/2021	-

Todas essas ações já estão contempladas nas atividades desenvolvidas pela Administração Pública Federal e, portanto, não envolvem despesas, nem acarretam ônus adicional para os órgãos envolvidos. Desta forma, não se apresenta a seguir quadro demonstrativo de investimento orçamentário-financeiro nem de desembolso para o alcance da meta *divulgar canal de denúncia e informação sobre o atendimento nos serviços de saúde e a vacinação prioritária para a população quilombola.*

1.6. Contribuir com o fornecimento de água potável para comunidades quilombolas:

O fornecimento de água potável para a população quilombola em seus territórios compete aos estados, Distrito Federal e aos munícipios, com o apoio do governo federal, notadamente, do MS, por intermédio da Funasa. Por meio de convênios celebrados com os entes federados, são implementadas medidas estruturais e estruturantes de saneamento em comunidades de remanescentes de quilombos certificadas pela FCP.

As ações de saneamento contemplam:

- Implantação e/ou a ampliação e/ou a melhoria de sistemas públicos de abastecimento de água e de esgotamento sanitário;

- Elaboração de projetos de sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário; e
- Implantação de melhorias sanitárias domiciliares e/ou coletivas de pequeno porte, incluindo a implantação de sistemas de captação e armazenamento de água de chuva (cisternas).

As propostas para implantação das ações de saneamento rural são selecionadas a partir de critérios epidemiológicos, socioeconômicos e ambientais, voltados para a promoção e proteção da saúde, definidos em Portarias da Funasa. Destaca-se que o atendimento das solicitações está limitado e condicionado à disponibilidade e à programação orçamentária, em conformidade com o que dispõe a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de cada exercício.

Os processos seletivos em andamento são divulgados oficialmente por meio do Diário Oficial da União (D.O.U) e do sítio eletrônico da Funasa. Quando em fase de seleção, as propostas são inicialmente cadastradas e transmitidas no SIGA (Sistema Integrado de Gerenciamento de Ações da Funasa), por meio do qual as mesmas são analisadas e classificadas. Posteriormente, os proponentes cujas propostas foram selecionadas para aquele exercício são convocados a cadastrá-las na Plataforma+Brasil (Portal de convênios do Governo Federal), por meio do sítio eletrônico www.plataformamaisbrasil.gov.br.

Adicionalmente a esses projetos, o MCID e o MMFDH, em parceria, têm implementado o Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e outras Tecnologias Sociais (Programa Cisternas) para famílias quilombolas, inscritas no Cadúnico, atingidas pela seca ou pela falta regular de água.

Por meio de Termo de Execução Descentralizada nº 17/2018, um total de R$ 12.680.823,81 tem sido investido para o atendimento a 3.857 famílias quilombolas em 55 municípios brasileiros em 8 unidades da Federação, a saber: Bahia, Ceará, Minas Gerais, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba, Goiás e Pernambuco. Neste ano, se a situação de pandemia da covid-19 for controlada e não mais for necessário o isolamento social, 1.514 famílias desse total serão beneficiadas com a implantação de cisternas em sua comunidade, num investimento estimado de R$ 4.976.518,00.

A Tabela 3 abaixo traz o detalhamento dessa ação.

Tabela 3. Total de famílias beneficiadas pelo Programa Cisternas.

UF	Município	Total de Famílias	Cisternas construídas	Cisternas implantadas (%)
BAHIA	América Dourada	58	58	100%
	Bom Jesus da Lapa	100	0	0%
	Bonito	200	0	0%
	Caetité	107	47	44%
	Carinhanha	20	20	100%
	Guanambi	32	15	47%
	João Dourado	130	0	0%
	Lagoa Real	13	0	0%
	Morro do Chapéu	80	9	11%
	Muquém de São Francisco	80	80	100%
	Palmas de Monte Alto	47	0	0%
	Riacho de Santana	147	67	46%
	Santa Maria da Vitória	39	39	100%
	São Gabriel	111	96	86%
	Serra do Ramalho	93	26	28%
	Sítio do Mato	7	0	0%
	Wanderley	21	21	100%
	Xique-Xique	96	0	0%
	Barra do Mendes	70	70	100%
	Campo Formoso	219	219	100%
	Morro do Chapéu	184	105	57%
	Pindobaçu	34	33	97%
CEARÁ	Aracati	15	14	93%
	Pacajus	60	60	100%
MINAS GERAIS	Berilo	100	21	21%
	Catuji	92	67	73%
	Felisburgo	48	11	23%
	Pedras de Maria da Cruz	40	40	100%
	São Francisco	200	200	100%
PIAUÍ	Assunção do Piauí	47	47	100%
	Batalha	20	20	100%
	Isaías Coelho	100	100	100%
	Paquetá	38	38	100%
	Piripiri	71	70	99%
RIO GRANDE DO NORTE	Açu	50	50	100%
	Luiz Gomes	8	4	50%
	Patú	23	20	87%
	Pedro Avelino	53	21	40%
	Portoalegre	44	41	93%
PARAÍBA	Cacimbas	21	21	100%
	Tavares	4	4	100%
	Santa Luzia	5	3	60%
GOIÁS	Teresina de Goiás	10	10	100%
	Monte Alegre de Goiás	39	28	72%
	Cavalcante	91	91	100%
PERNAMBUCO	Águas Belas	90	90	100%
	Itaiba	64	64	100%
	Floresta	16	16	100%
	Inajá	70	70	100%
	Brejão	90	90	100%
	Garanhuns	115	50	43%
	Bom Conselho	92	0	0%
	Cabrobó	20	0	0%

	Orocó	53	0	0%
	Santa Maria da Boa Vista	80	0	0%
PARAÍBA	Areia	10	10	100%
	Donas Inês	11	11	100%
	Gurinhém	19	19	100%
	Riachão do Bacamarte	13	13	100%
	Boa Vista	16	16	100%
	Várzea	8	8	100%
	(Demanda sendo verificada in loco pelo convenente. Ainda não há municípios definidos)	23	0	0%
TOTAL GERAL	**55 municípios**	**3.857**	**2.343**	**61%**

2. Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário:

A União, por meio da FCP e do INCRA, tem executado e continuará executando um conjunto de medidas de proteção territorial para contribuir para o isolamento comunitário voluntário e, por conseguinte, para a prevenção da contaminação da população das comunidades quilombolas pela presença de terceiros em seu território.

A FCP, nos termos dos artigos 1º e 2º da Lei nº 7.668, de 22 de agosto de 1988, deve promover a preservação dos valores culturais, sociais e econômicos decorrentes da influência negra na formação da sociedade brasileira e exercer, no que couber, as responsabilidades contidas no art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, regulamentado pelo Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, em que tem a competência a de assistir e acompanhar o INCRA nas ações de regularização fundiária dos remanescentes das comunidades dos quilombos e de garantir assistência jurídica, em todos os graus, aos remanescentes das comunidades dos quilombos tituladas na defesa da posse e da integridade de seus territórios contra esbulhos, turbações e utilização por terceiros.

O § 4º do art. 3º do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, reserva à FCP, ademais, a competência pela emissão de certidão para as comunidades quilombolas e sua inscrição em cadastro geral. O procedimento para solicitação da certidão é regulamentado pela Portaria nº 98, de 26 de novembro de 2007. Em que

pese as medidas adotadas para o trabalho remoto em razão da pandemia do Covid-19, a FCP tem procedido à análise das solicitações e emitido as certidões de certificação, garantindo o cumprimento do Decreto e o acesso às políticas públicas, como às de saúde, enquanto populações tradicionais. No último dia 1 de abril, por exemplo, mais quatro comunidades quilombolas foram certificadas por meio das Portarias nº 84 e 85, de 26 de março de 2021. Em seu site www.palmares.gov.br, a Fundação disponibiliza mensalmente as informações sobre as comunidades certificadas.

Por sua vez, o INCRA tem atuado para garantir a preservação dos direitos humanos e sociais, notadamente em situação de tensão e conflitos sociais envolvendo remanescentes de quilombolas.

Tendo isso em vista e no sentido de contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário, a FCP e o INCRA apresentam como meta *ampliar as estratégias para favorecer o isolamento social comunitário das 3.471 comunidades quilombolas certificadas comunidades quilombolas contra terceiros.*

Para alcançá-la, as seguintes ações têm sido e serão implementadas:

Quadro 12. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário	Ampliar as estratégias para favorecer o isolamento social comunitário de comunidades quilombolas contra terceiros	Orientação junto às unidades regionais do INCRA sobre sua atuação em questões que envolvam invasão de terras ocupadas por quilombolas	3.471 comunidades quilombolas certificadas	FCP INCRA	02/03/2021	01/04/2021
		Orientações aos empreendedores para suspenderem suas atividades quando essas necessitarem de incursão dentro dos territórios das comunidades quilombolas		INCRA	02/03/2021	-
		Suspensão dos trabalhos de campo relativos à elaboração/ conclusão de RTIDs	-	INCRA	02/03/2021	-

		Mapeamento de processos judiciais de reintegração de posse em andamento que envolvam comunidades quilombolas	-	FCP	05/04/2021	16/04/2021
		Articulação e orientação a estados e municípios quanto a apoio ao isolamento voluntário de comunidades quilombolas	3.471 comunidades quilombolas certificadas	FCP INCRA	12/04/2021	16/04/2021
		Elaboração de recomendação aos órgãos que compõem o Comitê Gestor Quilombola para a inclusão de percentual direcionado à participação de comunidades quilombolas em seus editais de projetos, premiações ou outra ação afeta às suas esferas de competência, visando a permanência dessa população em seus territórios durante a pandemia	3.471 comunidades quilombolas certificadas	FCP	05/04/2021	16/04/2021
		Divulgação de editais e premiações em redes sociais	3.471 comunidades quilombolas certificadas	FCP	05/04/2021	-

Uma vez que as ações supracitadas não envolvem despesas específicas por se tratarem de atividades já desenvolvidas pela FCP e o INCRA, sem ônus adicional para os órgãos envolvidos, não se apresenta a seguir quadro demonstrativo de investimento orçamentário-financeiro, nem cronograma de desembolso para o alcance da meta Ampliar as estratégias para favorecer o isolamento social comunitário das 3.471 comunidades quilombolas certificadas comunidades quilombolas contra terceiros.

3. Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social:

O fomento e o desenvolvimento de ações de segurança alimentar, bem como a busca por garantir renda mínima à população mais vulnerável também constituem

objetivos da União no sentido de preservar a vida das populações quilombolas e garantir o isolamento necessário para prevenção da contaminação pela covid-19. A necessidade de distanciamento social, de modo a evitar a transmissão e a contaminação pela doença, pode culminar, por sua vez, em perda de emprego formal ou informal e em perda de outras fontes de renda, ocasionando, assim, insegurança alimentar, dentre outras consequências. É nesse contexto de extrema vulnerabilidade que repousa a relevância de ação proativa do Estado junto a essa população, no sentido de minimizar os danos da perda da renda e, por conseguinte, da insegurança alimentar em face da pandemia da covid-19.

Tendo isso em vista, a União propõe um conjunto de iniciativas que buscam, de forma complementar e temporalmente distribuída, promover saúde a partir de ações de distribuição emergencial de alimentos e de disponibilização de recursos para que a população quilombola adquira, quando e conforme sua necessidade, os itens básicos de sobrevivência, tais como alimentos, itens de higiene e limpeza e EPIs. O repasse financeiro consiste na alternativa mais assertiva e célere nesse sentido, uma vez que respeita a necessidade e as particularidades de cada pessoa e família em situação de vulnerabilidade.

Sendo assim, são metas da União para promover ações de segurança alimentar:

3.1. *Repassar, em 2020 e 2021, R$ 79.466.212,60 para a distribuição de merenda escolar, pelos entes federativos, para mais de 260 mil estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica em todo o país;*
3.2. *Distribuir, em caráter emergencial, enquanto perdurar a ESPIN, 518.036 cestas de alimentos para 179.366 famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar; e*
3.3. *Garantir renda mínima para as famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social elegíveis aos benefícios sociais enquanto perdurar a ESPIN.*

A seguir essas metas são apresentadas com maior detalhamento, acrescentando as ações a serem desenvolvidas e implementadas para alcançá-las, seu cronograma de execução e o orçamento destinado a elas.

3.1. Repassar, em 2020 e 2021, R$ 79.466.212,60 para a distribuição de merenda escolar, pelos entes federativos, para mais de 260 mil estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica em todo o país:

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), gerenciado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), é uma das políticas públicas de segurança alimentar e nutricional mais antigas do país e um dos maiores programas de alimentação escolar do mundo, tanto em número de estudantes atendidos quanto em recursos financeiros alocados. Através da oferta de alimentação durante o intervalo das atividades escolares, diariamente, aproximadamente 50 milhões de refeições são servidas para mais de 40 milhões de estudantes de 160 mil escolas públicas do país. O PNAE visa melhorar a qualidade das refeições, formar bons hábitos alimentares e aumentar a capacidade de aprendizagem; possui um sólido arcabouço legal que contribui, através da oferta de uma alimentação saudável e adequada, com o crescimento e desenvolvimento de estudantes de escolas públicas todos os dias.

No que se refere à alimentação escolar quilombola, é importante observar que, a partir da Lei nº 11.947/2009, o Programa adotou medidas com o intuito de beneficiar as comunidades quilombolas, aumentando o valor *per capita* repassado para os alunos quilombolas matriculados em áreas remanescentes de quilombos e dando prioridade aos agricultores familiares quilombolas para a venda de alimentos para a Alimentação Escolar.

Diante da declaração da Organização Mundial da Saúde - OMS de emergência em saúde pública em decorrência do coronavírus e levando em consideração a suspensão das aulas nos estados da federação devido à pandemia, o PNAE passou por mudanças temporárias em sua execução:

- ✓ A Lei nº 13.987, de 7 de abril de 2020, autorizou, em caráter excepcional, durante o período de suspensão das aulas em razão de

situação de emergência ou calamidade pública, a distribuição de gêneros alimentícios adquiridos com recursos do Programa aos pais ou responsáveis dos estudantes das escolas públicas de educação básica; e

- ✓ A Resolução do Conselho Deliberativo - CD/FNDE nº 2, de 9 de abril de 2020, normatizou a distribuição dos gêneros alimentícios aos estudantes durante a pandemia. O normativo orienta que aquisição de gêneros alimentícios deve seguir as determinações da legislação do PNAE, respeitando os hábitos alimentares, a cultura local e, preferencialmente, composto por alimentos in natura e minimamente processados. A orientação também prevê que a aquisição de gêneros alimentícios ocorra da agricultura familiar, priorizando a compra local, mesmo durante este período excepcional, seguindo um rito adaptado ao período de quarentena e isolamento social recomendado pelos órgãos da saúde federais e locais.

Ademais, o FNDE manteve regularmente a transferência de recursos financeiros às Entidades Executoras, nos termos do art. 47 da Resolução CD/FNDE nº 6/2020, e **autorizou o pagamento de parcelas extras**, por meio da Resolução CD/FNDE nº 20/2020. Cada ente federado recebeu o valor correspondente a uma parcela extra, em dezembro de 2020 e em janeiro de 2021, mesmo não sendo usualmente período letivo. Houve um acréscimo, portanto, de **10% no investimento total do Programa de 2019 para 2020, em razão da pandemia. Neste ano de 2021, esse acréscimo, mesmo sem Orçamento aprovado até o presente momento, já foi assegurado,** podendo ser, inclusive, ampliado, a depender do contexto de pandemia nos próximos meses.

Ressalta-se que, além do repasse de recursos financeiros, o FNDE tem realizado diversas ações, com o objetivo de apoiar os gestores do PNAE para que efetivamente ocorra a distribuição dos gêneros alimentícios adquiridos com os recursos do Programa, na forma proposta pelos citados normativos. Destacam-se as rodas de conversas virtuais com grupos de gestores de todas as regiões do Brasil, periodicamente, para sensibilizá-los e orientá-los quanto às adaptações necessárias a cada localidade.

Diante da vulnerabilidade social e tendo em vista as particularidades culturais e a heterogeneidade das comunidades remanescentes de quilombos, o PNAE dispõe de uma atenção especial para esse público, havendo, portanto, um olhar específico para Alimentação Escolar Quilombola. Para os estudantes quilombolas, portanto:

- ✓ Os cardápios devem atender às especificidades culturais das comunidades;
- ✓ Os cardápios devem apresentar, no mínimo, 30% (trinta por cento) das necessidades nutricionais de energia, macronutrientes e micronutrientes prioritários, por refeição ofertada e, no caso de três refeições, no mínimo 70% (setenta por cento) das necessidades nutricionais devem ser atendidas; e
- ✓ Do total dos recursos financeiros repassados pelo FNDE no âmbito do PNAE, no mínimo 30% (trinta por cento) deve ser utilizado na aquisição de gêneros alimentícios diretamente da Agricultura Familiar e do Empreendedor Familiar Rural ou suas organizações, dentre elas, de comunidades quilombolas, que fazem parte dos grupos prioritários, conforme o art. 14, da Lei nº 11.947/2009.

Adicionalmente,

- ✓ Normativo do FNDE recomenda que o Conselho de Alimentação Escolar (CAE) dos Estados e dos Municípios que possuam alunos matriculados em escolas localizadas em áreas remanescentes de quilombos tenha, em sua composição, pelo menos um membro representante quilombola; e
- ✓ A transferência de recursos financeiros *per capita* é diferenciada para atendimento aos estudantes matriculados em áreas de remanescentes quilombos. Como exemplo, cita-se que, enquanto o valor *per capita* para oferta da alimentação escolar do estudante matriculado no ensino fundamental e no ensino médio é de R$ 0,36 (trinta e seis centavos de real), o valor *per capita* para **os estudantes matriculados em escolas de educação básica localizadas em áreas remanescentes de**

quilombos é de R$ 0,64 (sessenta e quatro centavos de real), isto é, 77% maior.

Para que as entidades executoras do PNAE que atendem à educação quilombola consigam garantir segurança alimentar e nutricional dos estudantes matriculados na rede de educação básica, ofertando uma alimentação ou um kit de gêneros alimentícios, que promova a formação de hábitos alimentares saudáveis e atenda às especificidades culturais das comunidades quilombolas, **a União, por meio do FNDE, transferiu, em 2020, R$ 42.972.953,00 para o atendimento a 268.192 estudantes quilombolas em 2.506 escolas em todo o país, representando acréscimo de 10% no repasse total.**

Em 2021, o FNDE tem uma previsão de repasse complementar no valor de R$ 36.493.259,60, para atendimento a 259.134 estudantes em todo o país. **Mantém-se, portanto, o acréscimo no valor bruto de 10%, por meio de pagamento de parcela extra no mês de janeiro deste ano,** sendo a variação relacionada ao número de alunos até o momento informados pelos gestores municipais e estaduais de educação.

A seguir apresenta-se o detalhamento do repasse estimado por região do país neste ano de 2021:

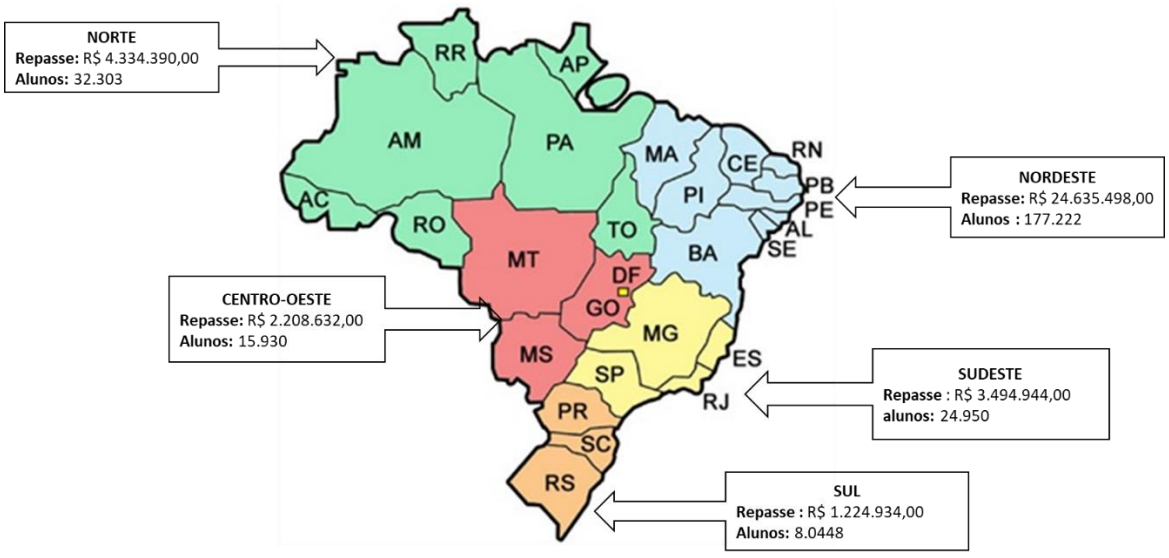


Figura 3: Repasse financeiro do PNAE por região para atendimento de estudantes quilombolas

Usualmente, o repasse é realizado mensalmente, de fevereiro a novembro, mas, devido à pandemia, o repasse foi feito de fevereiro a dezembro em 2020 e, neste ano, iniciou-se em janeiro e deverá ser concluído em novembro, caso a pandemia esteja superada. Cabe ressaltar que todo o recurso destinado à execução do PNAE deve ser investido unicamente para a aquisição de gêneros alimentícios para os estudantes, visando garantir a segurança alimentar e nutricional e o direito à alimentação.

No quadro a seguir, apresenta-se o detalhamento das ações para se alcançar a meta de *repassar R$ 79.466.212,60, em 2020 e 2021, para a distribuição de merenda escolar, pelos entes federativos, para os estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica em todo o país.*

Quadro 13. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social	Repassar R$ 35.898.398,00 para a distribuição de merenda escolar, pelos entes federativos, para 258.453 estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica em todo o país	Elaboração e publicação de resolução com definição de regras quanto à compra e distribuição dos alimentos pelos estados e municípios	268.192 estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica	FNDE/ MEC	01/04/2020	13/04/2020
		Elaboração e divulgação de cartilha com regras a serem seguidas pelos gestores para distribuição de alimentos aos estudantes			01/04/2020	30/04/2020
		Rodas periódicas e virtuais de conversas com grupos de gestores para orientação e suporte			01/04/2020	-
		Repasse mensal, em 11 parcelas, de recursos financeiros para a execução do PNAE em 2020			01/02/2020	31/12/2021

		Repasse mensal, em 11 parcelas, de recursos financeiros para a execução do PNAE em 2021	259.134 estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica		01/01/2021	30/11/2021

Neste ano de 2021, o repasse dos R$ 36.493.259,60 para estados, Distrito Federal e municípios será realizado em 11 parcelas, sendo que cada uma no valor aproximado de R$ 3.317.569,05. O Quadro a seguir detalha essas informações.

Quadro 14. Detalhamento do investimento orçamentário

Ação/ Atividade	Investimento (R$)	Unidade orçamentária	Programa Orçamentário	Ação orçamentária	Plano Orçamentário	Modalidade
Repasse de recursos para merenda escolar em 2020	42.972.953,00	26298	Educação Básica de Qualidade	00PI – Apoio à Alimentação Escolar na Educação Básica	0000	Custeio
Repasse de recursos para merenda escolar em 2021	36.493.259,60	26298	Educação Básica de Qualidade	00PI – Apoio à Alimentação Escolar na Educação Básica	0000	Custeio

O desembolso das parcelas ocorre mensalmente, nos primeiros dias úteis de cada mês, e é realizado por meio de transferência do valor total da parcela para conta única, aberta pelo FNDE para cada ente federado.

3.2. Distribuir, em caráter emergencial 518.036 cestas de alimentos para 179.366 famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar:

Uma das mais graves consequências ocasionadas pela pandemia da Covid-19 consiste na insegurança alimentar, resultante ora da perda de emprego formal ou informal e de outras fontes de renda, ora da impossibilidade de se deslocar para um centro comercial com vistas a adquirir o alimento necessário para sua subsistência.

Essas consequências danosas para a saúde e o bem-estar do indivíduo são ainda mais experimentadas pelos grupos populacionais social e historicamente vulneráveis e cujos territórios estão localizados em regiões mais isoladas e distantes dos grandes centros.

Um desses grupos consiste na população quilombola que, por apresentar essas particularidades, tem sido priorizada pelo governo federal nas ações de segurança alimentar desenvolvidas. Desde o início da pandemia, a distribuição emergencial de cestas de alimentos para a garantia do direito à vida e à saúde dessa população tem integrado ações de cinco órgãos, quais sejam, o MMFDH, o MCID, a Companhia Nacional de Abastecimento – CONAB do Ministério da Agricultura, Pesca e Abastecimento, a FCP, e o Programa Pátria Voluntária da Casa Civil da Presidência da República.

Em 2020, a segurança alimentar dessa população foi coordenada pelo MMFDH, por intermédio da Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SNPIR, com o apoio da CONAB, FCP e Pátria Voluntária. Enquanto órgão de articulação e acompanhamento da execução das políticas públicas desenvolvidas em prol das comunidades quilombolas (Portaria nº 3.136/2019), a SNPIR articulou a obtenção de recursos orçamentários e mobilizou a CONAB e a FCP para uma parceria, viabilizando o atendimento de 69.137 famílias quilombolas em todo o país.

Nessa parceria, a CONAB, com sua expertise nas questões relacionadas ao abastecimento de alimentos e aos processos de compra e distribuição de gêneros alimentícios, ficou responsável pela aquisição dos alimentos com as respectivas embalagens para acondicionamento, por meio de sistema próprio de comercialização; pela montagem das cestas e seu armazenamento; e pela disponibilização das cestas nas comunidades quilombolas a partir das parcerias locais estabelecidas pela FCP.

Por sua vez, a FCP contribuiu com a definição das famílias atendidas pelas 77.120 (setenta e sete mil e cento e vinte) cestas. Essas foram indicadas com base nos critérios estabelecidos na Portaria MDS nº 527/2017, que, em seu art. 2º, estabelece que o atendimento deva ser realizado para:

II. Beneficiários inclusos no Cadastro Único para Programas Sociais, com exceção das populações indígenas; e com

III. Priorização realizada a partir da avaliação de mapas de insegurança alimentar da SESAN e órgãos parceiros.

Tendo isso em vista, a FCP tem indicado, por meio desses critérios, as famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar, no Mapa SISAN, sopesada com a situação de vulnerabilidade social diante dos desdobramentos negativos da pandemia da Covid-19.

No mês de abril de 2021, a distribuição das mais de 77 mil cestas de alimentos em 16 estados brasileiros será concluída, com as últimas entregas no estado do Mato Grosso. Com 22 kg cada, as cestas são compostas por 10 kg de arroz, 4 kg de feijão, 1 kg de leite em pó, 1 lata de óleo de soja, 1 kg de macarrão espaguete, 1 kg de flocos de milho (regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) ou 1 kg de fubá (regiões Sul e Sudeste), 2 kg de farinha de mandioca (regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) ou 2 kg de farinha de trigo (regiões Sul e Sudeste), e 2 kg de açúcar. Excepcionalmente, em razão da oferta no mercado fornecedor, a CONAB teve frustradas as aquisições previstas de alguns itens em alguns estados, o que atrasou as entregas, mas não frustrou a distribuição prevista das cestas de alimentos.

Os períodos de execução da iniciativa estão descritos a seguir, a partir da disponibilização das cestas de alimentos montadas pela CONAB em sua Unidade Armazenadora:

Quadro 15. Total de famílias quilombolas beneficiadas e período de distribuição de cestas de alimentos por unidade da federação

UF	Famílias beneficiadas	Cestas de alimentos	Período de distribuição
AL	2.578	2.578	24/08 a 13/09/2020
AP	1.432	1.432	08/09 a 25/10/2020
BA	24.461	25.960	14/05 a 31/05/2020; 23/11 a 20/12/2020
CE	4.826	4.826	23/11 a 20/2020
GO	2.981	2.981	17/08 a 13/09/2020
MA	3.214	3.781	01/06 a 14/06/2020; 14/08 a 30/08/2020
MT	*4.400*	*4.400*	*15/03 a 30/04/2021*
PA	4.568	5.476	29/06 a 05/07/2020; 24/08 a 06/09/2020
PB	4.600	4.600	25/01 a 14/02/2021
PE	2.137	2.804	14/05 a 31/05/2020;

			27/07 a 02/08/2020
PI	888	1.776	08/06 a 21/06/2020
PR	2.098	4.196	13/07 a 02/08/2020
RN	2.493	2.493	24/08 a 06/09/2020
RS	4.670	4.974	05/10 a 14/11/2020
SC	1.052	2.104	24/08 a 06/09/2020
SE	2.739	2.739	14 a 20/12/2020
Total	**69.137**	**77.120**	

A execução dessa ação foi possibilitada pela disponibilização de recurso orçamentário por meio da Medida Provisória nº 942, de 2 de abril de 2020, transformada na Lei Ordinária nº 14033/2020, dentro do contexto do Programa 5034 – Proteção à Vida, Fortalecimento da Família, Promoção e Defesa dos Direitos Humanos para todos, Objetivo: 1179 - Ampliar o acesso e o alcance das políticas de direitos, com foco no fortalecimento da família, por meio da melhoria da qualidade dos serviços de promoção e proteção da vida, desde a concepção, da mulher, da família e dos direitos humanos para todos, do Plano Plurianual 2020-2023.

No total, foram repassados cerca de R$ 7.600.000,00 (sete milhões e seiscentos mil reais) para aquisição, embalagem, acondicionamento e distribuição para as comunidades quilombolas. O detalhamento dessas despesas é apresentado a seguir.

Quadro 16. Detalhamento do investimento orçamentário.

Ação/ Atividade	Investimento (R$)	Unidade orçamentária	Programa Orçamentário	Ação orçamentária	Plano Orçamentário	Modalidade
Distribuição de 77.120 cestas de alimentos para famílias quilombolas	7.600.000,00	81000	5034	21AR	001	Custeio

A execução detalhada dessa iniciativa pode ser acompanhada pelo Painel de Monitoramento desenvolvido, disponível pelo link: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjlhMzA1NjQtMDQ2Yy00OGUyLWEzYTktMDI3YjBjYTU3MTc0IiwidCI6ImZiYTViMTc4LTNhZjEtNDQyMC05NjZiLWJmNTE2M2U2YjFkYSJ9.

Com vistas a dar continuidade às ações de segurança alimentar por meio de distribuição direta de alimentos para a população quilombola em situação de vulnerabilidade, o MCID solicitou crédito extraordinário para executar, com a entrega de cestas de alimentos para a população quilombola em situação de insegurança alimentar, programas de distribuição de alimentos, como a Ação de Distribuição de Alimentos (ADA).

Nesse sentido, em 26 de outubro de 2020, foi editada a Medida Provisória nº 1.008, que abriu crédito extraordinário no valor de R$ 228.000.000,00 em favor desse Ministério.

Para a operacionalização desse atendimento, o MCID firmou parceria com a Conab para a aquisição e embalagem das cestas e a distribuição delas nas comunidades quilombolas. A composição básica da cesta contempla até oito produtos, pesando até 25 kg, conforme lista a seguir:

- 4 kg de feijão tipo 1 preto e/ou cores;
- 1 lata de óleo de soja;
- 2 kg de macarrão espaguete comum;
- 2 kg de fubá (Região Centro-Sul) ou 2 kg de flocos de milho (Região Norte/Nordeste/Centro-Oeste);
- 2 kg de farinha de mandioca (Norte/Nordeste/Centro-Oeste) ou 2 kg de farinha de trigo (Centro-Sul);
- 10 kg de arroz tipo 1;
- 2 kg de açúcar cristal e/ou mascavo; e
- 2 kg de leite em pó integral.

Ao todo, serão 440.916 cestas de alimentos distribuídas, ao longo de quatro meses, para 110.229 famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar, em 13 estados, conforme mostra a Tabela 4 abaixo.

Tabela 4. Total de cestas e de famílias atendidas por UF

UF	Número de famílias atendidas	Total de cestas
AM	820	3.280
AP	1.931	7.724
BA	35.180	140.720
CE	4.826	19.304
MS	1.400	5.600
MT	13.065	52.260
PA	24.669	98.676
PE	10.516	42.064
PR	3.200	12.800
RN	3.614	14.456
RS	5.900	23.600
SC	1.208	4.832
TO	3.900	15.600
TOTAL	**110.229**	**440.916**

O cronograma de execução dessa iniciativa está definido no Quadro a seguir.

Quadro 17. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social	Distribuir 440.916 cestas de alimentos para famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar	Aquisição e recepção nas Unidades de Abastecimento da Conab de 9.700.152 kg de alimentos para a composição de 440.916 cestas de alimentos	110.229 famílias quilombolas	MCID CONAB FCP	31/12/2020	31/03/2021
		Embalagem de 9.700.152 kg de alimentos para a composição de 440.916 cestas de alimentos			01/02/2021	30/06/2021
		Distribuição de 440.916 cestas de alimentos			01/02/2021	31/02/2021
		Monitoramento da distribuição de 440.916 cestas de alimentos		FCP	01/02/2021	31/02/2021
		Apresentação de relatório final sobre a distribuição de 440.916 cestas de alimentos			01/01/2022	31/01/2022

Para a execução dessa ação, o Governo Federal investirá cerca de R$ 53.000.000,00 (cinquenta e três milhões de reais), como mostra o Quadro 15 abaixo.

Quadro 18. Detalhamento do investimento orçamentário

Ação/ Atividade	Investimento (R$)	Unidade orçamentária	Programa Orçamentário	Ação orçamentária	Plano Orçamentário	Modalidade
Distribuição de 440.916 cestas de alimentos para famílias quilombolas	52.909.920	550008/0001	5033	21C0	CV60 - COVID-19 - Medida Provisória nº 1.008, de 26 de outubro de 2020	Aplicação direta

No Apêndice D, apresenta-se a lista de comunidades quilombolas beneficiadas pelas iniciativas de segurança alimentar do governo federal, por município e unidade da federação, com o quantitativo de cestas distribuídas para cada uma delas. Ressalte-se, porém, que ainda não há a completa definição das famílias quilombolas por estado que serão beneficiadas. Para os estados MT, PA, BA e PE, o mapeamento das comunidades e famílias encontra-se em fase de conclusão pela FCP.

3.3. Garantir renda mínima para as famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social elegíveis aos benefícios sociais:

Além de realizar o repasse de recursos financeiros para a compra de merenda escolar para os estudantes quilombolas matriculados na Rede de Educação Básica e de distribuir diretamente cestas de alimentos para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar, a União também tem assegurado renda mínima para esse grupo populacional inscrito no Cadastro Único e beneficiário do Programa Bolsa Família.

Com a disseminação mundial do novo coronavírus e a pandemia de Covid-19, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o governo brasileiro precisou tomar diversas medidas para fazer frente à situação, principalmente no que diz respeito à proteção dos segmentos populacionais mais vulneráveis, que foram os primeiros a serem atingidos pela interrupção das atividades econômicas ocasionada pelo imperativo de isolamento social e serão os últimos a sair dessa situação.

Entre essas medidas, foi instituído o auxílio emergencial, previsto no art. 2º da Lei nº 13.982, de 02 de abril de 2020, concedido em cinco parcelas no valor de R$

600,00 (seiscentos reais), sendo três previstas pela referida Lei e mais duas por meio de prorrogação constante no Decreto nº 10.412, de 30 de junho de 2020.

Por essa medida, foram beneficiadas até 197.453 pessoas[9] em famílias quilombolas beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) e 37.570 inscritas no Cadastro Único e não beneficiárias do PBF foram alcançadas, num investimento total de R$ 191.987.280,00.

Após 5 (cinco) meses de concessão do auxílio emergencial, porém, a pandemia de covid-19 persistia nos seus efeitos negativos para a economia e para a renda da população brasileira, sendo necessária a manutenção do pagamento de um benefício destinado a conferir proteção e alívio da situação de pobreza especialmente à população mais vulnerável, ainda que em valor reduzido.

Nesse sentido, o governo federal encaminhou, em 2 de setembro de 2020, Medida Provisória para o Congresso Nacional com proposta que previa o Auxílio Emergencial Residual para evitar que os milhões de brasileiros atendidos pelo auxílio emergencial voltassem a ficar desassistidos. A Medida estabelecia que a parcela do Auxílio Emergencial Residual seria paga de forma subsequente à última parcela do auxílio emergencial no valor de R$ 300,00 (trezentos reais), em até quatro parcelas mensais.

Para tanto, foram previstos critérios e condições para elegibilidade dos cidadãos que foram selecionados a partir de três públicos: beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), cadastrados no Cadastro Único, mas que não recebem Bolsa Família, e trabalhadores que não estão inscritos no Cadastro Único (chamados de Extracad). Para os dois primeiros públicos, o processo de avaliação dos critérios de elegibilidade e a concessão do auxílio se deu de forma automática, com base nas informações das famílias cadastradas até o dia 2 de abril de 2020; já aqueles não incluídos no Cadastro Único até aquela data precisaram solicitar o benefício por meio do preenchimento de formulário disponibilizado na plataforma digital elaborada pela Caixa Econômica Federal (Caixa).

Em que pese a legislação não trazer expressamente tratamento diferenciado para os Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos (GPTE), nos quais estão incluídos os quilombolas, o fato de a família não constar previamente no Cadastro

[9] A quantidade de beneficiados por mês variou, sendo que o número maior de beneficiados foi de 197.453 em junho de 2020.

Único ou não ser beneficiária do PBF não impediu seu acesso ao Auxílio Emergencial nem o Auxílio Emergencial Residual.

Ao todo, foram beneficiados, pelos dois benefícios, cerca de 658 milhões de pessoas, totalizando o repasse de mais de R$ 116 bilhões. Para o público beneficiário do Auxílio Emergencial de 2020 que já estava inscrito no Cadastro Único, é possível identificar o pertencimento a GPTE, a partir da informação declarada pela família no seu cadastramento.

Das 3.024.275 famílias identificadas como GPTE no Cadastro Único, 2.628.422 foram beneficiadas pelo Auxílio Emergencial, o que corresponde a 87% do total de GPTE cadastrados. Dessas, **tiveram acesso ao benefício até 163.320[10] pessoas de famílias quilombolas do público PBF e 28.795 quilombolas do público Cadastro Único e não beneficiárias do PBF, com o pagamento do benefício de R$ 300,00.**

Adicionalmente, 1.902 quilombolas, um acréscimo de 6% em relação ao total inicial de 35.235 quilombolas, foram incluídos no grupo de beneficiários inscritos no Cadúnico para recebimento das cinco parcelas de R$ 600,00.

A Tabela 5 a seguir apresenta o total de pessoas quilombolas

Tabela 5. Total de quilombolas beneficiados pelo auxílio emergencial e residual em 2020

Público Beneficiário	Valor do Benefício (R$)	Total de beneficiados		Total Repassado (R$)
		Auxílio Emergencial 2020	Auxílio Residual 2020	
Beneficiário PBF	-	Até 197.453	Até 163.320	864.284.613,00
Beneficiário Cadúnico e não beneficiário PBF	1.200,00	2.335	-	105.705.000,00
	600,00	35.235	1.902	19.706.000,00
	300,00	-	28.795	43.192.500,00
TOTAL		**235.020**	**194.017**	**1.032.888.113,00**

Com a manutenção da situação grave de saúde pública associada às medidas de isolamento social adotadas em diversas regiões do país, e após a cessação dos pagamentos referidos, o governo federal elaborou Medida Provisória de novo auxílio emergencial, e a encaminhou ao Congresso Nacional para apreciação em 18 de março, após aprovação da Proposta de Emenda à Constituição Emergencial – PEC Emergencial em 10 de março. Em que pese a Medida ainda se encontrar em

[10] Vide comentário anterior. O número maior de beneficiários do PBF com a extensão do auxílio foi de 163.320 pessoas em setembro de 2020.

tramitação no âmbito do Senado Federal, ela já está em vigor e em execução pelo governo federal.

O Auxílio Emergencial 2021, instituído pela Medida Provisória nº 1.039, de 18 de março de 2021, será pago em quatro parcelas mensais para aqueles que eram elegíveis à política em dezembro de 2020 e será composto por três benefícios diferentes: (i) benefício básico; (ii) benefício para a mãe solo; e (iii) benefício para famílias unipessoais (ou pessoas que habitam sozinhas). Os valores são de R$ 250,00 no enquadramento básico, com ampliação para R$ 375,00 à mãe solo e redução para R$ 150,00 à família unipessoal.

No que se refere aos quilombolas trabalhadores informais, contribuintes individuais do Regime Geral de Previdência Social, microempreendedores individuais e desempregados, espera-se que o Auxílio Emergencial 2021 atenda quantitativo equivalente ao público final do Auxílio Emergencial Residual, com leve redução, considerando os novos critérios de elegibilidade do novo benefício. **Estima-se que serão beneficiadas em torno de 18 mil pessoas quilombolas não beneficiárias do PBF e até 157 mil pessoas quilombolas do público PBF. Para o primeiro público, a expectativa é de investimento em torno de R$ 17 milhões. Já para o público PBF, ainda não é possível estimar. Será necessário aguardar a primeira rodada de pagamentos a partir de 16 de abril para estimar.**

Para melhorar o acesso das famílias quilombolas aos benefícios financeiros do Auxílio Emergencial, o MCID irá realizar a divulgação de orientações sobre o Auxílio Emergencial 2021 e Programa Bolsa Família. Essa ação desdobra-se em três atividades:

a) Elaboração de material informativo sobre o Auxílio Emergencial 2021, em especial orientações acerca dos meios de pagamento e saque do benefício, com destaque para famílias quilombolas e outros povos e comunidades tradicionais;
b) Divulgação de material informativo sobre o Auxílio Emergencial 2021 junto a gestores estaduais e municipais, Fundação Cultural Palmares (FCP) e organizações representativas de quilombolas; e
c) Divulgação de material informativo sobre Poupança Social Digital para acesso ao benefício do Programa Bolsa Família para famílias quilombolas.

Como a gestão do Cadastro Único e PBF é compartilhada entre os entes federados, será necessário fazer a mobilização de estados e municípios para o cadastramento e atualização cadastral de famílias quilombolas e atendimento ao Programa Bolsa Família, considerando o contexto da pandemia da COVID-19. Nesse sentido estão previstas as seguintes atividades:

a) Elaboração e envio de ofícios para Coordenações Estaduais do Cadastro Único e Programa Bolsa Família sobre a importância de adoção de estratégias diferenciadas de cadastramento e atualização cadastral de famílias quilombolas e de atendimento ao Programa Bolsa Família, considerando o contexto da pandemia da covid-19; e
b) Elaboração e divulgação de informe para gestões municipais do Cadastro Único e Programa Bolsa Família sobre a importância de adoção de estratégias diferenciadas de cadastramento e atualização cadastral de famílias quilombolas e de atendimento ao Programa Bolsa Família, considerando o contexto da pandemia da covid-19.

Por fim, o governo federal, por intermédio do Ministério da Cidadania, considera importante dar transparência sobre o acesso desse público ao Auxílio Emergencial, comprometendo-se com a divulgação de informações sobre o acesso de quilombolas ao Auxílio Emergencial:

a) Consolidação e sistematização de informações sobre o acesso de quilombolas ao Auxílio Emergencial 2021; e
b) Disponibilização mensal de dados sobre o acesso de quilombolas ao Auxílio Emergencial 2021.

No quadro a seguir, detalha-se o cronograma de execução das ações descritas acima para se alcançar a meta de *garantir renda mínima para as famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social elegíveis aos benefícios sociais.*

Quadro 19. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social	*Garantir renda mínima de R$ 150,00 (cento e cinquenta reais) a R$ 375,00 (trezentos e setenta e cinco reais), durante 4 meses, para todas as famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social elegíveis ao Auxílio Emergencial ou habilitadas ao Programa Bolsa Família*	Pagamento do Auxílio Emergencial 2020	Até 197.453 pessoas quilombolas do público PBF	MCID	01/04/2021	30/08/2020
			37.510 pessoas quilombolas inscritas no Cadastro Único e não beneficiárias do PBF		01/04/2021	30/08/2020
		Pagamento do Auxílio Emergencial Residual 2020	Até 163.320 pessoas quilombolas do público PBF		01/08/2020	31/12/2020
			110.229 famílias quilombolas		01/08/2020	31/12/2020
		Elaboração de material informativo sobre o Auxílio Emergencial 2021	157.294 pessoas quilombolas do público PBF 18 mil quilombolas inscritas no Cadastro Único e não beneficiárias do PBF (estimado)		01/04/2021	05/04/2021
		Divulgação de material informativo sobre o Auxílio Emergencial 2021 junto a gestores estaduais e municipais, FCP e organizações representativas de quilombolas			05/04/2021	09/04/2021
		Divulgação de material informativo sobre Poupança Social Digital para acesso ao benefício do Programa Bolsa Família para famílias quilombolas			05/04/2021	09/04/2021

		Elaboração e envio de ofícios para Coordenações Estaduais do Cadastro Único e Programa Bolsa Família sobre a importância de adoção de estratégias diferenciadas de cadastramento e atualização cadastral de famílias quilombolas	26 Coordenações Estaduais do Cadastro Único e Programa Bolsa Família		05/04/2021	09/04/2021
		Elaboração e envio de ofícios para gestões municipais do Cadastro Único e Programa Bolsa Família sobre a importância de adoção de estratégias diferenciadas de cadastramento e atualização cadastral de famílias quilombolas	30 municípios com maior concentração de famílias quilombolas inscritas no Cadastro Único		05/04/2021	09/04/2021
		Consolidação e sistematização de informações completas sobre o acesso de quilombolas ao Auxílio Emergencial 2021	Quilombolas elegíveis ao Auxílio Emergencial 2021		05/04/2021	31/08/2021
		Disponibilização mensal de dados sobre o acesso de quilombolas ao Auxílio Emergencial 2021			05/04/2021	31/08/2021
		Pagamento do Auxílio Emergencial 2021	Até 157.294 pessoas quilombolas do público PBF	MCID	16/04/2021	30/07/2021

			(estimado)			
			18 mil pessoas inscritas no Cadúnico, mas não beneficiárias do PBF (estimado)		06/04/2021	30/07/2021

Salienta-se que o calendário de pagamentos do benefício será diferenciado para as pessoas quilombolas inscritas no PBF e para os demais quilombolas elegíveis ao auxílio. Para as primeiras, o pagamento terá início no dia 16 de abril e seguirá até o dia 30, conforme número final do NIS do beneficiado. O calendário completo pode ser acessado pelo link: https://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx#calendario.

Por seu turno, as pessoas quilombolas inscritas no Cadúnico, mas não beneficiárias do PBF, bem como os quilombolas elegíveis ao benefício por outros critérios terão a primeira parcela do auxílio paga a partir de 6 de abril, com calendário já anunciado pela Caixa Econômica, por meio do link https://auxilio.caixa.gov.br/#/inicio.

Por fim, quanto ao investimento do Governo Federal no pagamento do auxílio para a população quilombola, não é possível ainda estimar a despesa. O valor só será conhecido após a primeira rodada de pagamentos, na primeira semana de abril, uma vez que os cruzamentos de dados pessoais dos quilombolas elegíveis, com base nos novos critérios definidos para o benefício deste ano, ainda se encontram em execução.

Tendo isso em vista, no Quadro 20 abaixo, apresenta-se o detalhamento do investimento já realizado e a ser realizado com vistas ao pagamento do Auxílio Emergencial. Informa-se que, salvo no que se refere ao valor estimado de despesa com o benefício deste ano para a população do PBF, os demais valores foram estimados e se encontram informados a seguir.

Quanto ao desembolso, as parcelas são depositadas diretamente na conta do beneficiário, conforme calendário citado anteriormente, e, portanto, a informação não é repetida a seguir.

Quadro 20. Detalhamento do investimento orçamentário

Ação/ Atividade	Investimento (R$)	Unidade orçamentária	Programa Orçamentário	Ação orçamentária	Plano Orçamentário	Modalidade
Pagamento do Auxílio Emergencial 2020 para beneficiários PBF	72.272.280,00	55101	5028	21CP	CV20 - CV 30 - CV40 - CV50 - 0000	Aplicação direta
Pagamento do Auxílio Emergencial 2020 para inscritos no Cadúnico	119.715.000,00	55101	5028	21CP	CV20 - CV 30 - CV40 - CV50 - 0000	Aplicação direta
Pagamento do Auxílio Emergencial Residual 2020 para beneficiários do PBF	141.561.813,00	55101	5028	21CP	CV20 - CV 30 - CV40 - CV50 - 0000	Aplicação direta
Pagamento do Auxílio Emergencial Residual 2020 para inscritos no Cadúnico	48.898.500,00	55101	5028	21CP	CV20 - CV 30 - CV40 - CV50 - 0000	Aplicação direta
Pagamento do Auxílio Emergencial 2021 para beneficiários do PBF	*(a informar)*	55101	5028	21CP	CV10	Aplicação direta
Pagamento do Auxílio Emergencial 2021 para inscritos no Cadúnico	17.480.400,00	55101	5028	21CP	CV10	Aplicação direta

Em síntese, portanto, no que diz respeito à promoção de ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social, a União tem desenvolvido ações complementares e sequenciais, que buscam minimamente possibilitar que os quilombolas tenham seu sustento diário garantido, seja pelo

alimento doado, seja pela aquisição dele por recurso próprio proveniente de benefício do governo federal.

A seguir, apresenta-se as estratégias de monitoramento e avaliação do Plano.

VI. Estratégias para monitoramento e avaliação do Plano

O monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas e implementadas pela União para alcance das metas e objetivos descritos na seção anterior serão realizados a partir de estratégias distintas e específicas para os diferentes contornos político-institucionais das políticas setoriais aos quais eles estão atrelados.

(1) Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde:

O Ministério da Saúde tem acompanhado junto aos parceiros institucionais e às principais plataformas de comunicação a divulgação das orientações sobre formas de prevenção da Covid-19 para a população quilombola em todo o país.

Nesse sentido, tem sido enviados ofícios aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios,:

a. solicitando a alimentação dos sistemas de informação em saúde com as informações sobre a população quilombola a fim de manter atualizados os casos confirmados e óbitos decorrentes da Covid-19 entre essa população;
b. orientando quanto ao recebimento de denúncias e ao encaminhamento de informações sobre os serviços de saúde e de vacinação; e
c. divulgando os materiais informativos e educativos de sensibilização quanto à importância da prevenção e da vacinação da população quilombola.

Esses ofícios enviados e os recebidos em resposta têm sido monitorados e compilados, de modo que as denúncias sejam apuradas e os dados sejam consolidados para a produção e a divulgação de informações junto aos estados e municípios e para o cidadão brasileiro.

Ressalta-se, ademais, que o MS criou e disponibiliza dois portais: o https://localizasus.saude.gov.br/ e o https://aps.saude.gov.br/ape/corona, nos quais todas as informações relativas à covid-19 são encontradas.

No primeiro, estão disponibilizadas, dentre outras, as informações quanto à vacinação da população como um todo e, especificamente, da população quilombola. No Painel "Vacinômetro-SUS. Somos uma só nação", pode-se acompanhar a aplicação da primeira e da segunda doses da vacina contra a covid-19 por unidade da federação, sexo, faixa etária, e por público priorizado.

A título de exemplo, tomando como referência a data de 3 de abril de 2021, os estados e o Distrito Federal haviam informado ao MS a aplicação de 75.142 (setenta e cinco mil, cento e quarenta e duas) vacinas, sendo 68.362 (sessenta e oito mil, trezentas e sessenta e duas) primeiras doses e as demais, 6.780 (seis mil, setecentos e oitenta) segundas doses. Em que pese o maior quantitativo de doses ter sido enviado ao estado de São Paulo, o estado do Maranhão, de Goiás, do Piauí e do Tocantins havia, até dia 3, aplicado, proporcionalmente, número maior de vacinas na população quilombola, conforme mostra a Figura 3 abaixo.

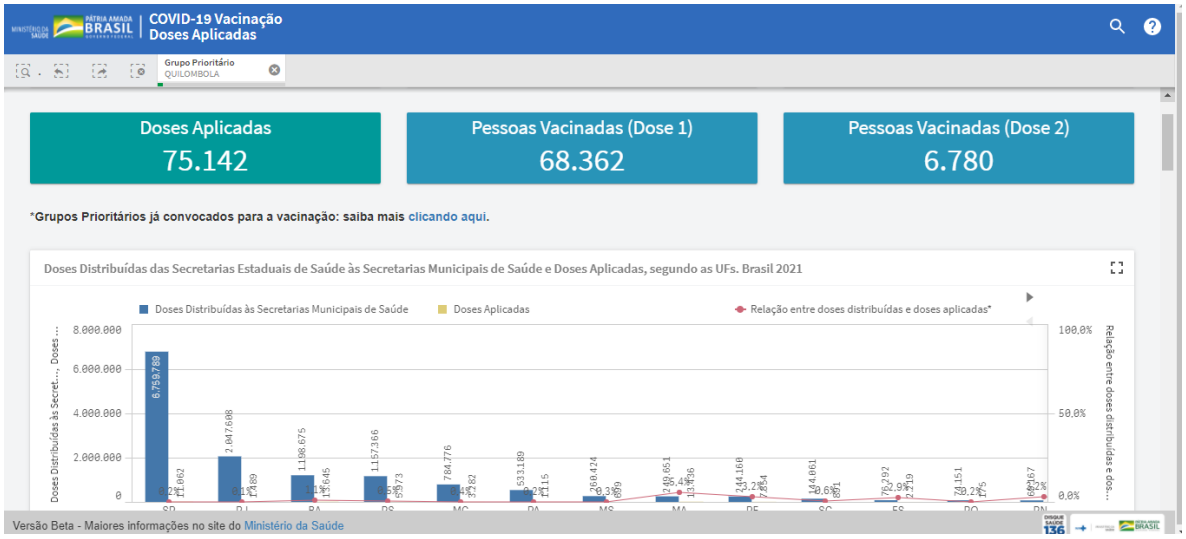


Figura 3. Doses aplicadas por UF. Disponível em: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Vacina/DEMAS_C19Vacina.html. Acesso em 4 de abril de 2020.

Das 75.142 (setenta e cinco mil, cento e quarenta e duas) vacinas aplicadas, 39.000 (trinta e nove mil) o foram em mulheres (Figura 4 abaixo). Ademais, as pessoas quilombolas de 30 a 64 anos foram as que mais receberam a vacina até o presente momento em todo o país (Figura 5).

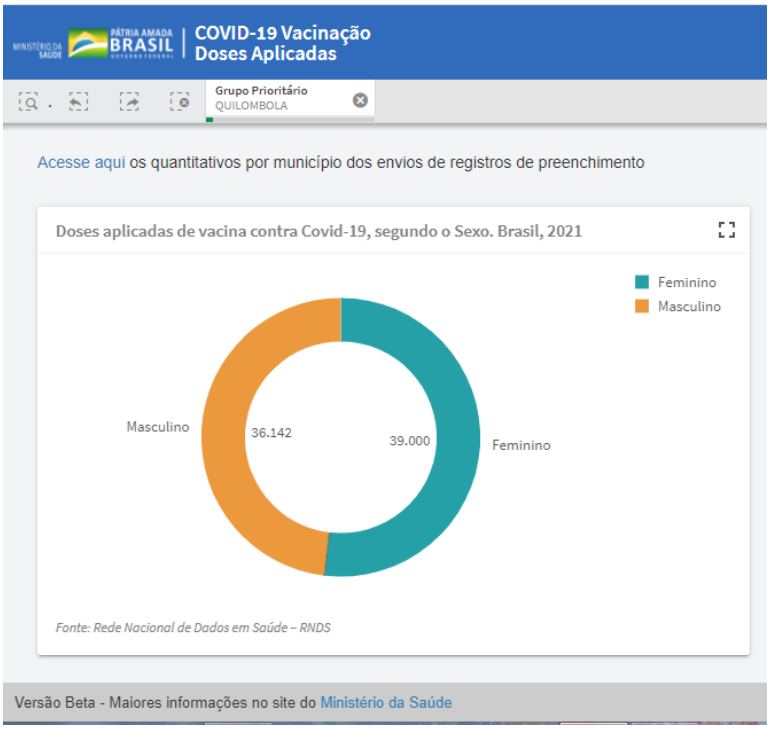


Figura 4. Doses aplicadas segundo sexo. Disponível em: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Vacina/DEMAS_C19Vacina.html. Acesso em 4 de abril de 2020.

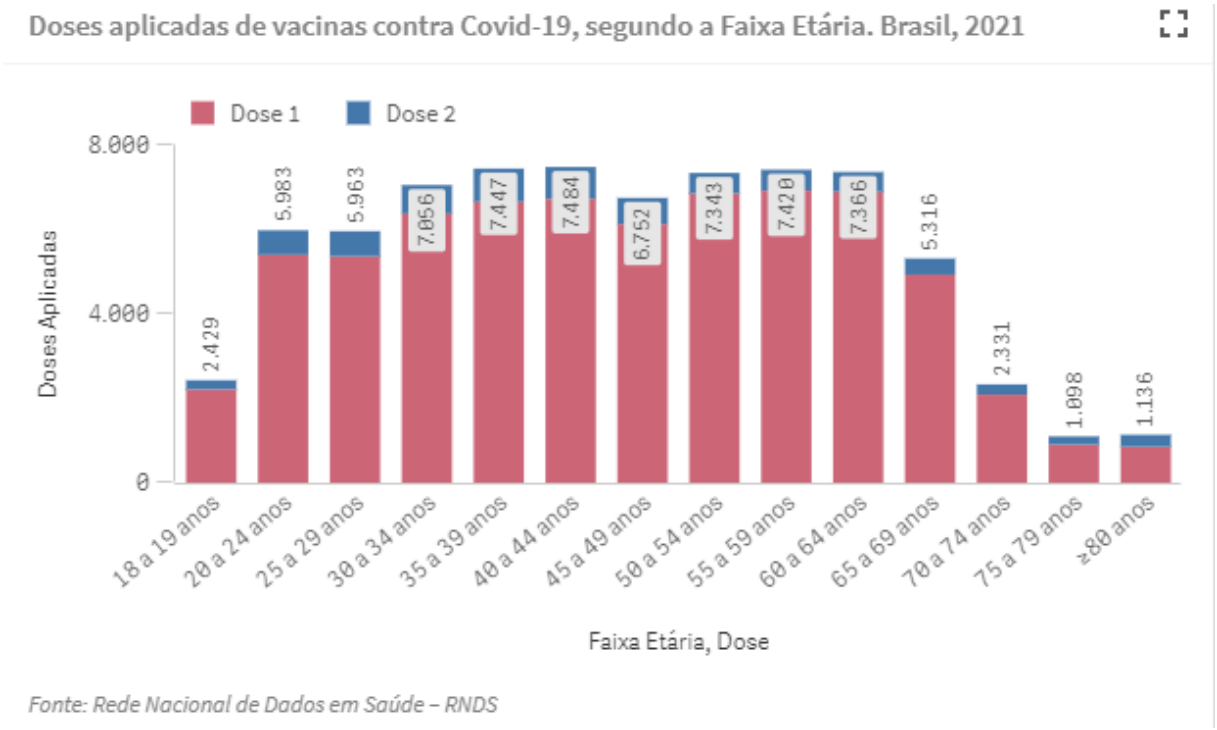


Figura 5. Doses aplicadas por faixa etária. Disponível em: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Vacina/DEMAS_C19Vacina.html. Acesso em 4 de abril de 2020.

Também estão disponíveis dados sobre a distribuição de EPIs pelo MS. No Painel de EPI, a distribuição por unidade da federação e por tipo de EPI é encontrada. Do início da pandemia até o presente momento, o Governo Federal já entregou mais de 345 milhões de EPIs em todo o país.

Por último, mas sem esgotar as informações disponibilizadas em https://localizasus.saude.gov.br/, destaca-se o Painel de Testes, que apresenta os dados quanto ao total de testes rápidos e PCRs adquiridos e entregues aos estados e ao Distrito Federal. A Figura 6 mostra o retrato até o último dia 3 de abril de 2021. Já foram investidos mais de R$ 748 milhões na aquisição e distribuição de 23.561.497 (vinte e três milhões, quinhentos e sessenta e um mil, quatrocentos e noventa e sete) testes rápidos e PCR para todo o país.

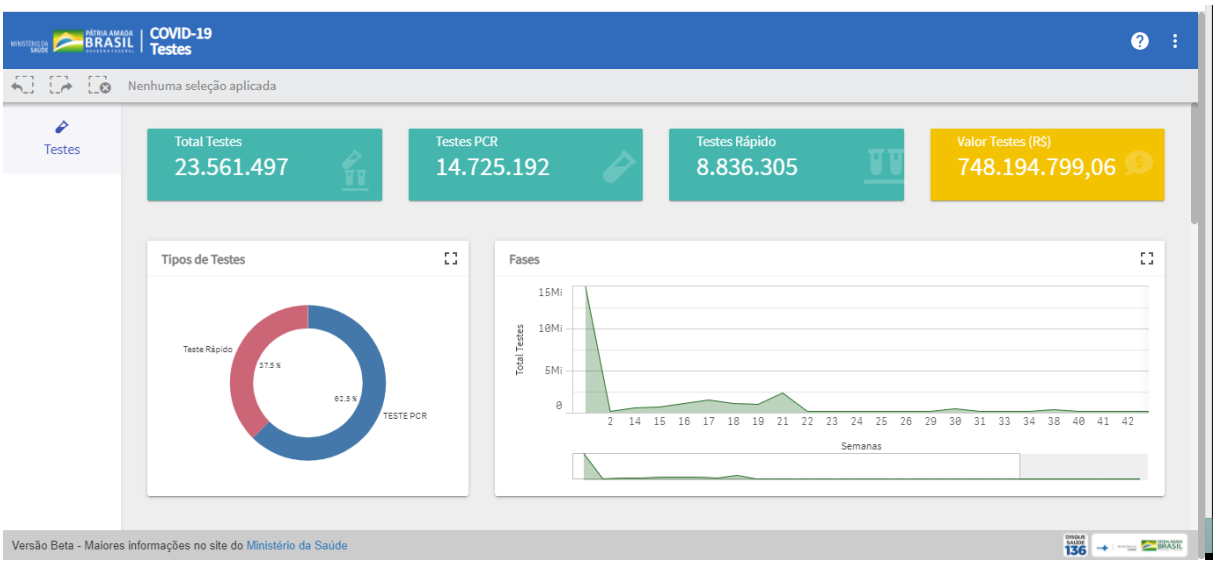


Figura 6. Testes adquiridos e distribuídos no Brasil. Disponível em: https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Insumos_TESTES/DEMAS_C19Insumos_TESTES.html. Acesso em 4 de abril de 2020.

(2) Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário:

O monitoramento da entrada de terceiros nos territórios quilombolas é realizado pelos agentes do INCRA que atuam nas Superintendências Regionais e Unidades Avançadas próximas aos territórios quilombolas. O acompanhamento é feito em tempo real e as providências são tomadas sempre que necessário.

A FCP contribui com assistência jurídica, em todos os graus, aos remanescentes de quilombos de comunidades tituladas, de modo a promover a defesa da posse e a integridade de seus territórios contra esbulhos, turbações e utilização por terceiros.

A comunidade pode solicitar a intervenção do INCRA ou da FCP por meio dos seguintes canais de comunicação: dpc@palmares@gov.br, pelo canal E-SIC disponível no sítio eletrônico: www.palmares.gov.br; ou ainda por telefone através do número (61) 98276-0365, com WhatsApp.

(3) Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social:

O alcance desse objetivo passa por ações complementares desenvolvidas e implementadas desde o início da pandemia da covid-19 em 2020.

No que se refere ao repasse recursos financeiros federais destinados à execução do PNAE, os valores e a quantidade de estudantes atendidos podem ser acessados no portal do FNDE, conforme links: https://www.fnde.gov.br/sigefweb/index.php/liberacoes (recurso) e http://www.fnde.gov.br/pnaeweb/publico/relatorioDelegacaoEstadual.do (alunado). No período de pandemia, o FNDE, por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Alimentação Escolar, tem realizado o monitoramento da execução do Programa por parte das entidades executoras de forma remota.

Por sua vez, no que diz respeito às ações de distribuição de alimentos por meio da parceria do MMFDH com a CONAB e a FCP, foi criado um Painel de Monitoramento para acompanhamento, em tempo real, das entregas de cestas realizadas de maio de 2020 a abril deste ano para as famílias quilombolas em todo o país. O Painel encontra-se disponível pelo link: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjlhMzA1NjQtMDQ2Yy00OGUyLWEzYTktMDI3YjBjYTU3MTc0IiwidCI6ImZiYTViMTc4LTNhZjEtNDQyMC05NjZiLWJmNTE2M2U2YjFkYSJ9.

Para as cestas a serem entregues pelo MCID, em parceria com a CONAB e a FCP, o monitoramento das entregas será realizado por meio de planilha

compartilhada entre os parceiros em ambiente digital colaborativo e por meio de reuniões semanais de controle da execução e de mapeamento e providências quanto a riscos ao processo como um todo e a suas diferentes etapas.

Adicionalmente a essas ferramentas, a União disponibilizará um Painel online para acompanhamento, em tempo real, da execução das ações previstas neste Plano por objetivo. O Painel será construído pelo MMFDH, por meio da SNPIR, e disponibilizado no sítio eletrônico da Pasta, na Aba *Plano de Enfrentamento da Covid-19 para Povos e Comunidades Tradicionais*, a ser disponibilizada no endereço https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/acoes-e-programas.

Essa aba trará uma apresentação sucinta sobre o Plano e disponibilizará painéis para consulta e análise de dados quanto às ações de promoção à saúde, notadamente, a vacinação da população quilombola, as ações de segurança alimentar e dados gerais sobre esse importante grupo populacional no Brasil.

A criação e a disponibilização dessa aba relativa ao Plano de Enfrentamento, bem como da ferramenta de acompanhamento da execução do Plano seguirão o seguinte cronograma:

Quadro 21. Cronograma de criação da página e das ferramentas de acompanhamento da execução do Plano

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
Estabelecer estratégias de monitoramento e avaliação do Plano	Criar e disponibilizar ferramentas de acompanhamento da execução do Plano Nacional de Enfrentamento da Covid-19	Criação da aba Plano de Enfrentamento da Covid-19 para População Quilombola	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MMFDH	31/03/2021	01/04/2021
		Disponibilização da aba Plano de Enfrentamento da Covid-19 para População Quilombola, com acesso ao Painel de Vacinação			01/04/2021	01/04/2021
		Criação do Painel de Acompanhamento da Execução do Plano			30/03/2021	09/04/2021

		Disponibilização do Painel de Acompanhamento da Execução do Plano			12/04/2021	16/04/2021
		Divulgação do Painel de Acompanhamento da Execução do Plano			19/04/2021	30/04/2021

Essa ferramenta possibilitará que relatórios periódicos sejam produzidos pelos diversos órgãos do governo federal envolvidos na execução deste Plano e disponibilizados ao grupo de trabalho e no sítio eletrônico do MMFDH, enquanto órgão de coordenação do Plano.

Com o Painel e os relatórios disponibilizados, tornar-se-á possível a realização de pesquisas e de avaliações mais abrangentes e robustas sobre as estratégias adotadas e os resultados por elas alcançados ao longo do tempo.

Governança do Plano

A União propõe que essas estratégicas de avaliação e monitoramento componham a metodologia de governança do Plano. Assim, propõe-se que o monitoramento da execução das ações previstas seja realizado por meio de ferramenta online, no caso, um Painel BI, disponível para qualquer cidadão em sítio eletrônico do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, pela qual será possível acompanhar, com atualizações semanais, o status da implementação de cada ação e o alcance das metas estabelecidas.

Propõe-se, ademais, que a análise da evolução da execução do Plano seja realizada quinzenalmente, após a disponibilização do Painel, por meio de relatório a ser encaminhado ao GT, para fins de avaliação.

De posse de dois relatórios quinzenais, a proposta é que o GT se reúna para proceder à avaliação da execução do Plano e propor alternativas aos gargalos porventura observadas e aprimoramentos às ações desenvolvidas. Para esses encontros, poderão ser convidados especialistas e pesquisadores independentes para contribuírem com os trabalhos.

VII. Considerações Finais

Ao longo de três semanas, desde o dia 22 de março, a União envidou esforços concentrados e prioritários no sentido de elaborar, a partir do diálogo com lideranças quilombolas e outros atores públicos e da sociedade civil, este Plano Nacional de Enfrentamento da Covid-19 para a População Quilombola.

Ao longo de duas reuniões, este Plano foi debatido e todas as recomendações tecnicamente viáveis neste momento foram, em alguma medida, incorporadas, como apresentado na parte inicial do documento.

Complexo e abrangente, o Plano é composto de um amplo conjunto de metas, que se desdobram e se materializam em ações diversas, com responsáveis, cronograma de execução e aplicação de recursos orçamentários específicos.

Por suas características supracitadas e pelo dinamismo da pandemia, é um plano em permanente construção e aprimoramento. Por isso, a União manterá ativo o Grupo de Trabalho sobre o Plano, com reuniões de monitoramento a serem realizadas mensalmente, além de disponibilização um Painel de Monitoramento da Execução do Plano, que poderá ser acessado por qualquer cidadão, para acompanhamento das ações implementadas.

Além de elaborar o Plano, o desafio agora é efetivá-lo no âmbito local, por meio, notadamente, do apoio das secretarias estaduais e municipais de saúde, das lideranças quilombolas e do próprio quilombola nos territórios. Considerando as particularidades locais e de cada comunidade, o plano serve de orientação e de suporte para que a vacinação prioritária, os atendimentos de saúde, as ações de vigilância e informação, a proteção territorial e as iniciativas voltadas para a segurança alimentar e a garantia de renda da população quilombola alcancem a todos. Assim, espera-se garantir o direito à vida e à saúde de cada pessoa quilombola em todo o país.

APÊNDICE A

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término	Investimento (R$)	Unidade orçamentária	Programa Orçamentário	Ação orçamentária	Plano Orçamentário	Modalidade	Desembolso	Período
1. Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde	1.1. Implementar estratégias de prevenção à contaminação por covid-19	Indução de estados e municípios a produzirem dados estratificados sobre a situação de saúde das populações quilombolas no que diz respeito à covid-19, de forma a manter atualizado os sistemas nacionais de informação em saúde	Gestores municipais de 1.279 municípios e estaduais de 25 unidades da federação	MS	03/032021	-	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Vacinação prioritária da população quilombola	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil		22/03/2021	-	R$ 26.000.000,00	36201	5018	21CO	CV19	Aplicação direta	Parcela única	-
		Distribuição de 90.800 máscaras para famílias quilombolas enquadradas como de alta ou muito alta vulnerabilidade em relação à segurança alimentar alimentar, de acordo com o Mapeamento de Insergurança Alimentar - Mapa InSAN	11.413 famílias quilombolas de 22 municípios no estado da Bahia	Pátria Voluntária	19/10/2020	15/11/2020	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Disponibilização de 1 milhão de testes aos entes federativos para testagem da população quilombola	Até 1 milhão de quilombolas	MS	01/05/2021	-	*(a informar)*	*(a informar)*	*(a informar)*	*(a informar)*	*(a informar)*	*(a informar)*	*(a informar)*	*(a informar)*
	1.2. Implementar estratégias de ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população quilombola	Fortalecimento das ações de promoção do acesso aos serviços de saúde para a população quilombola no contexto da covid-19	Toda a população quilombola		16/09/2020	31/12/2020	R$ 319.429.740,00	36901	5018	21CO	CV50 - COVID-19	Fundo a Fundo	Parcela única	Até 31/12/2019
					11/12/2020	31/12/2020	R$ 20.874.000,00	36901	5021 - 5019	20YM e 2E79	0	Fundo a Fundo	Parcela única	Até 31/12/2020
					16/12/2020	31/12/2021	R$ 7.125.000,00	36901	5021	20YM	0	Fundo a Fundo	Parcela única	Até 31/12/2021
					20/04/2021	31/12/2021	R$ 48.364.400,00	36901	5019	219A	CVB0	Fundo a Fundo	Parcela única	Até 31/12/2022
	1.3. Sensibilizar lideranças sociais e gestores públicos sobre a importância da prevenção e da vacinação prioritária da população quilombola	Gravação de vídeo da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos de mobilização e sensibilização de lideranças sociais quanto à importância da vacinação prioritária da população quilombola	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MMFDH	26/03/2021	26/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Edição, com inserção de Libras, de vídeo da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos de mobilização e sensibilização de lideranças sociais			29/03/2021	29/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Publicação do vídeo no sítio eletrônico do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos			29/03/2021	29/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Divulgação, nas redes sociais oficiais da Ministra e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, do vídeo da campanha			29/03/2021	29/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Divulgação do vídeo na Newsletter semanal da Secretaria de Atenção Primária em Saúde - SAPS e no portal da Secretaria	220 mil emails para Gestores municipais		01/04/2021	-	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Gravação e divulgação, na Voz do Brasil, de áudio da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos para quilombolas e lideranças sociais sobre a importância da vacinação	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil | Gestores municipais dos 1.279 municípios com comunidades quilombolas		30/03/2021	30/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Divulgação do vídeo por e-mail e nos grupos de whatsapp de lideranças quilombolas e religiosas que atuam com essa população	1.052 lideranças quilombolas | 98.865 famílias quilombolas	FCP	29/03/2021	01/04/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
			72 e-mails enviados a conselheiros do CNPIR e CNPCT (entre titulares e suplentes) 211 e-mail enviado a lideranças, ou associações quilombolas	MMFDH	29/03/2021	01/04/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Elaboração e envio de ofício para os gestores municipais e estaduais de promoção da igualdade racial com solicitação de divulgação de vídeo para suas redes de profissionais que atuam com a população quilombola	220 mil emails para Gestores municipais de 1.279 municípios e 25 unidades da federação	MS	30/03/2021	31/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Elaboração e envio de ofício para os gestores municipais e estaduais de saúde com solicitação de divulgação de vídeo para suas redes de profissionais que atuam com a população quilombola	320 e-mails enviados a gestores da igualdade racial estaduais e municipais	MMFDH	30/03/2021	31/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Elaboração e envio de ofício para gestores municipais e estaduais com solicitação para divulgação de vídeo para as redes de profissionais que atuam com a população quilombola	1.279 ofícios, sendo 1 por Prefeitura com comunidade quilombol a em seu território	SEGOV	30/03/2021	31/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Elaboração de ofício para as Superintendências Regionais e Unidades Avançadas com solicitação para divulgação de vídeo para as redes de profissionais que atuam com a população quilombola	40 unidades em todo o país	INCRA	30/03/2021	31/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	ola sobre a importância da -19	Gravação de vídeo da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos de mobilização e sensibilização da população quilombola sobre a importância da vacinação			26/03/2021	26/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Edição, com inserção de Libras, de vídeo da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos mobilização e sensibilização da população quilombola sobre a importância da vacinação			29/03/2021	29/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica

	1.4. Divulgar campanha de sensibilização da população quilomb prevenção e da vacinação contra a covid	Publicação do vídeo no sítio eletrônico do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MMFDH	29/03/2021	29/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Divulgação, nas redes sociais oficiais da Ministra e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, do vídeo da campanha			29/03/2021	29/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Gravação e divulgação, na Voz do Brasil, de áudio da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos para quilombolas sobre a importância da vacinação			30/03/2021	30/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Divulgação do vídeo por e-mail e nos grupos de whatsapp de lideranças quilombolas e quilombolas que atuam com	1.052 lideranças quilombolas | 98.865 famílias quilombolas 72 e-mails a conselheiros do CNPIR e CNPCT 211 e-mail enviado a lideranças, ou associações quilombolas	FCP MMFDH	29/03/2021	01/04/2021	R$ - R$ -	Não se aplica Não se aplica	Não se aplica Não se aplica	Não se aplica Não se aplica	Não se aplica Não se aplica	Não se aplica Não se aplica	Não se aplica Não se aplica	Não se aplica Não se aplica
		Definição de estratégias de comunicação específicas para essa população	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MS	05/04/2021	09/04/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Criação de enxoval de comunicação para a população quilombola			05/04/2021	16/04/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Divulgação de campanha para a população quilombola		FCP MMFDH MS SEGOV INCRA	19/04/2021	-	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	1.5. Divulgar canal de denúncia e informação sobre o atendimento nos serviços de saúde e a vacinação prioritária para a população quilombola	Elaboração de fluxo de encaminhamento de denúncias e informações sobre os serviços de saúde e a vacinação	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MMFDH MS FCP SEGOV	30/03/2021	31/03/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Elaboração e envio de comunicado para lideranças sociais que atuam junto às comunidades quilombolas, divulgando o Disque 136, opção 7	1.052 lideranças quilombolas | 98.865 famílias quilombolas		12/04/2021	16/04/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Criação de materiais publicitários personalizados para a população quilombola, com divulgação do Disque 136	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MS	05/04/2021	16/04/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Divulgação dos materiais publicitários criados para a população quilombola com informação sobre o Disque 136		MMFDH MS FCP SEGOV INCRA	19/04/2021	-	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	1.6. Contribuir com o fornecimento de água potável para comunidades quilombolas.	Implantar 1.514 cisternas em comunidades quilombolas	1.514 famílias quilombolas	MMFDH MICD	A depender da situação epidemiológica		R$ 4.976.518,00	810008	2034	6040	0	Aplicação direta	Parcela 1 - R$ 3.621.000,00 | Parcela 2: R$ 9.059.823,81	16/11/2018 | 19/12/2018
2. Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário	2.1 Ampliar as estratégias para favorecer o isolamento social comunitário das 3.471 comunidades quilombolas certificadas contra terceiros	Orientação junto às unidades regionais do INCRA sobre sua atuação em questões que envolvam invasão de terras ocupadas	3.471 comunidades quilombolas certificadas	FCP INCRA	02/03/2021	01/04/2021	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Orientações aos empreendedores para suspenderem suas atividades quando essas necessitarem de incursão dentro dos		FCP INCRA	05/04/2021	16/04/2021	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Suspensão dos trabalhos de campo relativos à elaboração/ conclusão de RTIDs	-	INCRA	02/03/2021	-	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Mapeamento de processos judiciais de reintegração de posse em andamento que envolvam comunidades quilombolas	-	FCP	05/04/2021	16/04/2021	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Articulação e orientação a estados e municípios quanto a apoio ao isolamento voluntário de comunidades quilombolas	3.471 comunidades quilombolas certificadas	FCP INCRA	12/04/2021	16/04/2021	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Elaboração de recomendação aos órgãos que compõem o Comitê Gestor Quilombola para a inclusão de percentual direcionado à participação de comunidades quilombolas em seus editais de projetos, premiações ou outra ação afeta às suas esferas de competência, visando a permanência dessa população em seus territórios		FCP	05/04/2021	16/04/2021	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Divulgação de editais e premiações em redes sociais			05/04/2021	-	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
ituação de vulnerabilidade social	3.1. Repassar, em 2020 e 2021, R$ 79.466.212,60 para a distribuição de merenda escolar, pelos entes federativos, para mais de 260 mil estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica em todo o país	Elaboração e publicação de resolução com definição de regras quanto à compra e distribuição dos alimentos pelos estados e municípios	268.192 estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica	FNDE/ MEC	01/04/2020	13/04/2020	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Elaboração e divulgação de cartilha com regras a serem seguidas pelos gestores para distribuição de alimentos aos estudantes			01/04/2020	30/04/2020	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Rodas periódicas e virtuais de conversas com grupos de gestores para orientação e suporte			01/04/2020	-	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Repasse mensal, em 11 parcelas, de recursos financeiros para a execução do PNAE em 2020			01/02/2020	30/12/2020	R$ 42.972.953,00	26298	Educação Básica de Qualidade	00PI – Apoio à Alimentação Escolar na Educação Básica	0000 - Apoio à alimentação escolar na educação básica	Aplicação direta	Mensal	Primeiros dias úteis
		Repasse mensal, em 11 parcelas, de recursos financeiros para a execução do PNAE em 2021	259.134 estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica		01/01/2021	30/11/2021	R$ 36.493.259,60	26298	Educação Básica de Qualidade	00PI – Apoio à Alimentação Escolar na Educação Básica	0000 - Apoio à alimentação escolar na educação básica	Aplicação direta	Mensal	Primeiros dias úteis
em caráter 8.036 cestas ara 179.366 mbolas em segurança ntar		Distribuição de 70.120 cestas de alimentos para famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar	69.137 famílias quilombolas	MMFDH	14/05/2020	30/04/2021	R$ 7.600.000,00	81000	5034	21AR	1	Aplicação direta	Parcela única	abr/20

Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em s	3.2. Distribuir, emergencial 51 de alimentos p famílias quilo situação de ir alime	Distribuição de 440.916 cestas de alimentos para famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar	110.229 famílias quilombolas	MCID	01/12/2020	31/12/2021	R$ 52.909.920,00	550008/0001	5033	21C0	CV60 - COVID-19 - Medida Provisória nº 1.008, de 26 de outubro de 2020	Aplicação direta	Parcela única	dez/20
	3.3. Garantir renda mínima para as famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social elegíveis aos benefícios socials	Pagamento do Auxílio Emergencial 2020	Até 197.453 pessoas quilombolas do público PBF	MCID	01/04/2021	30/08/2020	R$ 72.272.280,00	55101	5028	21CP	CV20 - CV 30 - CV40 - CV50 - 0000	Aplicação direta	Mensal	01/04/2020 a 28/02/2021
			37.510 pessoas quilombolas inscritas no Cadastro Único e não beneficiárias do PBF		01/04/2021	30/08/2020	R$ 119.715.000,00	55101	5028	21CP	CV20 - CV 30 - CV40 - CV50 - 0000	Aplicação direta	Mensal	01/04/2020 a 31/08/2020
		Pagamento do Auxílio Emergencial Residual 2020	Até 163.320 pessoas quilombolas do público PBF		01/08/2020	31/12/2020	R$ 141.561.813,00	55101	5028	21CP	CV20 - CV 30 - CV40 - CV50 - 0000	Aplicação direta	Mensal	17/09/2020 a 30/12/2020
			30.697 pessoas quilombolas inscritas no Cadastro Único e não beneficiárias do PBF		01/08/2020	31/12/2020	R$ 48.898.500,00	55101	5028	21CP	CV20 - CV 30 - CV40 - CV50 - 0000	Aplicação direta	Mensal	30/09/2020 a 29/12/2020
		Elaboração de material informativo sobre o Auxílio Emergencial 2021, em especial orientações acerca dos meios de pagamento e saque do benefício, com destaque para famílias quilombolas e	157.294 pessoas quilombolas do público PBF		01/04/2021	05/04/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Divulgação de material informando sobre o Auxílio Emergencial 2021 junto a gestores estaduais e municipais, FCP e organizações representativas de	18 mil quilombolas inscritas no Cadastro Único e não beneficiárias do PBF (estimado)		05/04/2021	09/04/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Divulgação de material informativo sobre Poupança Social Digital para acesso ao benefício do Programa Bolsa Família para			05/04/2021	09/04/2021		Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Elaboração e envio de ofícios para Coordenações Estaduais do Cadastro Único e Programa Bolsa Família sobre a importância de adoção de estratégias diferenciadas de cadastramento e atualização cadastral de famílias quilombolas e de atendimento ao Programa Bolsa Família, considerando o contexto da pandemia da COVID-19.	26 Coordenações Estaduais do Cadastro Único e Programa Bolsa Família		05/04/2021	09/04/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Elaboração e envio de ofícios para gestões municipais do Cadastro Único e Programa Bolsa Família sobre a importância de adoção de estratégias diferenciadas de cadastramento e atualização cadastral de famílias quilombolas e de atendimento ao Programa Bolsa Família, considerando o contexto da pandemia da COVID-19.	30 municípios com maior concentração de famílias quilombolas inscritas no Cadastro Único		05/04/2021	09/04/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Consolidação e sistematização de de informações completas sobre o acesso de quilombolas ao Auxílio Emergencial 2021	Quilombolas elegíveis para o Auxílio Emergencial 2021		05/04/2021	31/08/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Disponibilização mensal de dados sobre o acesso de quilombolas ao Auxílio			05/04/2021	31/08/2021	R$ -	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
		Pagamento do Auxílio Emergencial 2021	Até 157.294 pessoas quilombolas do público PBF (estimado)		16/04/2021	30/07/2021	(a informar)	55101	5028	21CP	CV10	Aplicação direta	Mensal	16/04/2021 a 30/07/2021
			18 mil pessoas inscritas no Cadúnico, mas não beneficiárias do PBF (estimado)		06/04/2021	30/07/2021	R$ 17.480.400,00	55101	5028	21CP	CV10	Aplicação direta	Mensal	06/04/2021 a 22/08/2021

Apêndice B – Minutas de Ofício encaminhadas para lideranças sociais e gestores públicos com orientações sobre a vacinação prioritária da população quilombola

MINUTA DE OFÍCIO 1

Destinatários: Lideranças sociais com atuação junto às comunidades quilombolas

Assunto: Prevenção da Covid-19 e Vacinação Prioritária da População Quilombola

Prezado(a),

Cumprimentando-o(a) cordialmente, faz-se referência às ações do Governo Federal no sentido de enfrentar a COVID-19, para assegurar o direito à vida e à saúde da população quilombola.

O Ministério da Saúde enviou, nas últimas duas semanas, 1.133.106 (hum milhão, centro e trinta e três mil e cento e seis) doses de vacina AstraZeneca para que os Estados promovam, junto aos municípios, a primeira dose da vacinação prioritária para a população quilombola.

A vacina é a principal forma de prevenir e reduzir as mortes por coronavírus. Por isso, é tão importante que todos os quilombolas, que desejem, possam tomá-la nos próximos dias.

Por esse motivo, queremos apoiá-lo(a) e solicitar seu apoio na mobilização da(s) comunidade(s) quilombola(s) à qual pertence e/ou conhece para o enfrentamento da COVID-19, principalmente, pela vacinação.

O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, através de vídeo da Ministra Damares Alves, reforça a importância da vacinação como forma de garantir seu direito humano à vida e à saúde.

Link: https://youtu.be/9gXGIxoOgtc

Esse vídeo pode ser encaminhado para todas as pessoas quilombolas que conhece.

Ressaltamos ainda, que estão disponíveis no endereço eletrônico https://localizasus.saude.gov.br, informações sobre os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e os testes rápidos distribuídos aos estados para repasse aos municípios.

Além disso, todos os documentos contendo orientações para o manejo da COVID-19, produzidos pelo Ministério da Saúde, podem ser acessados em https://coronavirus.saude.gov.br/.

Considerando o curso da pandemia por COVID-19 e a possibilidade de publicação de novas estratégias por parte do Ministério da Saúde, as orientações podem ser modificadas a qualquer momento. Nesse sentido, recomendamos o acesso contínuo para conhecimento das atualizações

Caso tenham dúvida ou queiram denunciar algum tipo de violação de direito relacionado à vacinação ou à outra situação relativa à pandemia, basta discar 136 (Disque Saúde) e, em seguida, a opção 7, para falar com um atendente e tirar a dúvida ou realizar a denúncia diretamente. O Ministério da Saúde está pronto para orientar a população quilombola e tomar as providências necessárias para proteger seus direitos.

A VACINA é um direito seu. CUIDAR de você é DEVER nosso!

Atenciosamente,

MINUTA DE OFÍCIO 2

Destinatários: Gestores públicos e Conselheiros da área de Saúde e da Igualdade Racial

Assunto: Prevenção da Covid-19 e Vacinação Prioritária da População Quilombola

Sugestão:

Prezado(a),

Cumprimentando-o(a) cordialmente, faz-se referência às ações do Governo Federal no sentido de enfrentar a COVID-19, para assegurar o direito à vida e à saúde da população quilombola.

O Ministério da Saúde enviou, nas últimas duas semanas, 1.133.106 (hum milhão, centro e trinta e três mil e cento e seis) doses de vacina AstraZeneca para que os Estados promovam, junto aos municípios, a primeira dose da vacinação prioritária para a população quilombola.

A vacina é a principal forma de prevenir e reduzir as mortes por coronavírus. Por isso, é tão importante que todos os quilombolas, que desejem, possam tomá-la nos próximos dias.

A orientação quanto à vacinação e o apoio na mobilização das comunidades quilombolas são fundamentais para a efetiva vacinação neste momento.

Por esse motivo, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, através da Ministra Damares Alves, produziu um vídeo em que ressalta a importância da vacinação enquanto forma de garantir o direito humano à vida e à saúde.

Link: https://youtu.be/9gXGIxoOgtc

Esse vídeo pode ser encaminhado para todas as pessoas quilombolas de seu município e utilizado para sensibilizá-los sobre a importância da vacinação.

Além disso, o Ministério da Saúde disponibiliza, no endereço eletrônico https://localizasus.saude.gov.br, informações sobre os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e os testes rápidos distribuídos aos estados para repasse ao seu município. E, no endereço https://coronavirus.saude.gov.br/, estão disponibilizados os documentos contendo orientações para o manejo da COVID-19.

Considerando o curso da pandemia por COVID-19 e a possibilidade de publicação de novas estratégias por parte do Ministério da Saúde, as orientações podem ser modificadas a qualquer momento. Nesse sentido, recomendamos o acesso contínuo para conhecimento das atualizações

Renovando votos de estima, este órgão agradece seu apoio e permanece à disposição para adicionais esclarecimentos por meio da XXX, telefone: XXX.

Atenciosamente,

AÇÕES DE COMUNICAÇÃO



VACINAÇÃO COMUNIDADE QUILOMBOLA

IMPRENSA

- ✓ Elaboração de texto e vídeo com ações do Ministério da Saúde em relação à vacinação quilombola, como quantidade de doses enviadas e medidas de conscientização sobre a imunização dessa população.
- ✓ Estratégia de comunicação interna: publicação de texto no site do Ministério da Saúde e vídeo no Youtube do Ministério da Saúde.
- ✓ Estratégia de comunicação externa: oferecer a pauta para veículo de comunicação com abrangência nacional + distribuir a pauta regionalizada para veículos de comunicação instalados em cidades próximas às comunidades quilombolas, como forma de atender localmente a essa população.

MULTIMÍDIA (REDES SOCIAIS, TV E RÁDIO)

- ✓ Conteúdo sobre importância da vacinação
- ✓ Orientação para profissionais de saúde sobre a vacinação de quilombolas
- ✓ Publicação de imagens de quilombolas sendo vacinados, para estimular a adesão à campanha

PUBLICIDADE

- ✓ Elaboração de toda a identidade visual
- ✓ Criação de peças para parceiros
- ✓ Elaboração de conteúdo para projeto de rádio

PALMARES
FUNDAÇÃO CULTURAL

UF	MUNICIPIO	COMUNIDADE	Nº DE FAMILIAS	Nº D CESTAS	Peso Total (kg)	STATUS
AL	ARAPIRACA	CARRASCO	156	156	3432	Atendida
AL	ARAPIRACA	PAU D´ARCO	54	54	3432	Atendida
AL	CANAPÍ	MUNDUBIM	57	57	1188	Atendida
AL	CANAPÍ	TUPETE	73	73	1254	Atendida
AL	CANAPÍ	SERRA ALTO DE NEGRAS	50	50	1606	Atendida
AL	CARNEIROS	SÍTIO LAGOA DO ALGODÃO	88	88	1100	Atendida
AL	IGREJA NOVA	PALMEIRA DOS NEGROS	100	100	1936	Atendida
AL	IGREJA NOVA	SAPÉ	103	103	2200	Atendida
AL	JACARÉ DOS HOMENS	ALTO DA MADEIRA	77	77	2266	Atendida
AL	JACARÉ DOS HOMENS	POVOADO RIBEIRAS	30	30	1694	Atendida
AL	JACARÉ DOS HOMENS	POVOADO BAIXAS	77	77	660	Atendida
AL	JACARÉ DOS HOMENS	POÇÃO	30	30	1694	Atendida
AL	PALMEIRA DOS INDIOS	POVOADO TABACARIA	131	131	660	Atendida
AL	PÃO DE AÇUCAR	CHIFRE DO BODE	50	50	2882	Atendida
AL	PÃO DE AÇUCAR	POÇO DO SAL	54	54	1100	Atendida
AL	POÇO DAS TRINCHEIRAS	ALTO DO TAMANDUÁ	291	291	1188	Atendida
AL	POÇO DAS TRINCHEIRAS	JACU-MOCO	165	165	6402	Atendida
AL	POÇO DAS TRINCHEIRAS	POVOADO JORGE	126	126	3630	Atendida
AL	SANTANA DO MUNDAU	FILUS	35	35	2772	Atendida
AL	SANTANA DO MUNDAU	JUSSARA	52	52	770	Atendida
AL	SANTANA DO MUNDAU	MARIANA	30	30	1144	Atendida
AL	SÃO JOSE DA TAPERA	CACIMBA DO BARRO	34	34	660	Atendida
AL	SÃO JOSE DA TAPERA	POVOADO CABLOCO	81	81	748	Atendida
AL	TAQUARANA	POÇOS DO LUNGA	70	70	1782	Atendida
AL	TAQUARANA	PASSAGEM DO VIGÁRIO	23	23	1540	Atendida
AL	TAQUARANA	MAMELUCO	164	164	506	Atendida
AL	TAQUARANA	LAGOA DO COXO	32	32	3608	Atendida
AL	TRAIPU	BELO HORIZONTE	60	60	704	Atendida
AL	TRAIPU	MUMBAÇA	186	186	1320	Atendida
AL	TRAIPU	SÍTIO LAGOA DO TABULEIRO	49	49	4092	Atendida
AL	TRAIPU	URUÇU	50	50	1078	Atendida
AM	NOVO AIRÃO	TAMBOR RURAL	100	100	2200	A ser atendida
AM	NOVO AIRÃO	TAMBOR URBANO	120	120	2640	A ser atendida
AM	BARREIRINHA	BOA FÉ	54	54	1188	A ser atendida
AM	BARREIRINHA	ITUQUARA-SÃO PAULO	130	130	2860	A ser atendida
AM	BARREIRINHA	SÃO PEDRO	20	20	440	A ser atendida
AM	BARREIRINHA	TEREZA DO MATUPIRI	104	104	2288	A ser atendida
AM	BARREIRINHA	TRINDADE	52	52	1144	A ser atendida
AM	MANAUS	BARRANCO DE SÃO BENEDITO	145	145	3190	A ser atendida
AM	ITACOATIARA	SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS DO LAGO DE SERPA	95	95	2090	A ser atendida
AP	CALÇOENE	**CUNANI**	**87**	**87**	**1914**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**LAGOA DOS ÍNDIOS**	**74**	**74**	**1628**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**CONCEIÇÃO DO MACACOARI**	**44**	**44**	**968**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**MEL DA PEDREIRA**	**28**	**28**	**616**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**ILHA REDONDA**	**65**	**65**	**1430**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**SÃO JOSÉ DO MATA FOME**	**25**	**25**	**550**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**SÃO PEDRO DOS BOIS**	**50**	**50**	**1100**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**ROSA**	**20**	**20**	**440**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**AMBÉ**	**45**	**45**	**990**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**PORTO DO ABACATE**	**53**	**53**	**1166**	A ser atendida
AP	MACAPÁ | SANTANA	**SÃO RAIMUNDO DA PIRATIVA**	**33**	**33**	**726**	A ser atendida
AP	SANTANA	**ENGENHO DO MATAPÍ**	**48**	**48**	**1056**	A ser atendida
AP	OIAPOQUE	**KULUMBÚ DO PATUAZINHO**	**90**	**90**	**1980**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**CURRALINHO**	**56**	**56**	**1232**	A ser atendida
AP	SANTANA	**NOSSA SENHORA DO DESTERRO DOS DOIS IRMÃOS**	**10**	**10**	**220**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**SÃO JOÃO DO MATAPI**	**42**	**42**	**924**	A ser atendida
AP	SANTANA	**ALTO PIRATIVA**	**44**	**44**	**968**	A ser atendida
AP	SANTANA	**CINCO CHAGAS**	**32**	**32**	**704**	A ser atendida
AP	TARTARUGALZINHO	**SÃO TOMÉ DO APOREMA**	**32**	**32**	**704**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**SANTO ANTÔNIO DO MATAPI**	**26**	**26**	**572**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**RESSACA DA PEDREIRA**	**82**	**82**	**1804**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**SÃO JOSÉ DO MATAPI DO PORTO DO CÉU**	**44**	**44**	**968**	A ser atendida
AP	FERREIRA GOMES	**IGARAPÉ DO PALHA**	**38**	**38**	**836**	A ser atendida
AP	ITAUBAL	**SÃO MIGUEL DO MACACOARI**	**60**	**60**	**1320**	A ser atendida
AP	SANTANA	**IGARAPÉ DO LAGO**	**50**	**50**	**1100**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**SANTA LÚZIA DO MARUANUM I**	**51**	**51**	**1122**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**SÃO JOÃO DO MARUANUM II**	**47**	**47**	**1034**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**CURIAÚ**	**33**	**33**	**726**	A ser atendida
AP	LARANJAL DO JARI	**SÃO JOSÉ**	**21**	**21**	**462**	A ser atendida
AP	MAZAGÃO	**IGARAPÉ DO LAGO DO MARACÁ (Composta pelas Comunidades: Mari, Conceição, Joaquina, Fortaleza e Laranjal do Maracá)**	**99**	**99**	**2178**	A ser atendida
AP	VITÓRIA DO JARI	**TAPERERA**	**54**	**54**	**1188**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**CAMPINA GRANDE**	**30**	**30**	**660**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**CARMO DO MARUANUM**	**65**	**65**	**1430**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**TORRÃO DO MATAPI**	**93**	**93**	**2046**	A ser atendida
AP	SANTANA	**SÃO FRANCISCO DO MATAPÍ**	**35**	**35**	**770**	A ser atendida
AP	OIAPOQUE	**VILA VELHA DO CASSIPORÉ**	**50**	**50**	**1100**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**LAGO DO PAPAGAIO**	**24**	**24**	**528**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**RIO PESCADO**	**14**	**14**	**308**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**SANTO ANTÔNIO DA PEDREIRA**	**79**	**79**	**1738**	A ser atendida
AP	MACAPÁ	**ABACATE DA PEDREIRA**	**58**	**58**	**1276**	A ser atendida
AP	CALÇOENE	CUNANI	42	42	924	Atendida
AP	MACAPÁ	LAGOA DOS ÍNDIOS	58	58	1.276	Atendida
AP	MACAPÁ	CONCEIÇÃO DO MACACOARI	8	8	176	Atendida
AP	MACAPÁ	MEL DA PEDREIRA	21	21	462	Atendida
AP	MACAPÁ	ILHA REDONDA	54	54	1.188	Atendida
AP	MACAPÁ	SÃO JOSÉ DO MATA FOME	16	16	352	Atendida
AP	MACAPÁ	SÃO PEDRO DOS BOIS	33	33	726	Atendida
AP	MACAPÁ	ROSA	14	14	308	Atendida
AP	MACAPÁ	AMBÉ	31	31	682	Atendida
AP	MACAPÁ	PORTO DO ABACATE	35	35	770	Atendida
AP	MACAPÁ | SANTANA	SÃO RAIMUNDO DA PIRATIVA	33	33	726	Atendida
AP	SANTANA	ENGENHO DO MATAPÍ	4	4	88	Atendida
AP	OIAPOQUE	KULUMBÚ DO PATUAZINHO	43	43	946	Atendida
AP	MACAPÁ	CURRALINHO	47	47	1.034	Atendida
AP	SANTANA	NOSSA SENHORA DO DESTERRO DOS DOIS IRMÃOS	10	10	220	Atendida
AP	MACAPÁ	SÃO JOÃO DO MATAPI	32	32	704	Atendida
AP	SANTANA	ALTO PIRATIVA	40	40	880	Atendida
AP	SANTANA	CINCO CHAGAS	17	17	374	Atendida
AP	TARTARUGALZINHO	SÃO TOMÉ DO APOREMA	32	32	704	Atendida
AP	MACAPÁ	SANTO ANTÔNIO DO MATAPI	26	26	572	Atendida
AP	MACAPÁ	RESSACA DA PEDREIRA	75	75	1.650	Atendida
AP	MACAPÁ	SÃO JOSÉ DO MATAPI DO PORTO DO CÉU	23	23	506	Atendida
AP	FERREIRA GOMES	IGARAPÉ DO PALHA	21	21	462	Atendida
AP	SANTANA	IGARAPÉ DO LAGO	78	78	1.716	Atendida
AP	MACAPÁ	SANTA LÚZIA DO MARUANUM I	16	16	352	Atendida
AP	MACAPÁ	SÃO JOÃO DO MARUANUM II	16	16	352	Atendida
AP	MACAPÁ	CURIAÚ	141	141	3.102	Atendida
AP	LARANJAL DO JARI	SÃO JOSÉ	15	15	330	Atendida

AP	MACAPÁ	CAMPINA GRANDE	16	16	352	Atendida
AP	MACAPÁ	CARMO DO MARUANUM	15	15	330	Atendida
AP	MACAPÁ	TORRÃO DO MATAPI	48	48	1.056	Atendida
AP	SANTANA	SÃO FRANCISCO DO MATAPÍ	22	22	484	Atendida
AP	OIAPOQUE	VILA VELHA DO CASSIPORÉ	50	50	1.100	Atendida
AP	MACAPÁ	LAGO DO PAPAGAIO	15	15	330	Atendida
AP	MACAPÁ	RIO PESCADO	14	14	308	Atendida
AP	MACAPÁ	SANTO ANTÔNIO DA PEDREIRA	39	39	858	Atendida
AP	MACAPÁ	ABACATE DA PEDREIRA	60	60	1.320	Atendida
AP	ITAUBAL	SÃO MIGUEL DO MACACOARI	44	44	968	Atendida
AP	VITÓRIA DO JARÍ	TAPERERA	51	51	1.122	Atendida
AP	MAZAGÃO	CONCEIÇÃO DO MARACÁ	77	77	1.694	Atendida
BA	SIMÕES FILHO	RIO DOS MACACOS	350	700	15400	Atendida
BA	SIMÕES FILHO	PITANGA DOS PALMARES	400	800	17600	Atendida
BA	SIMÕES FILHO	DANDÁ	200	400	8800	Atendida
BA	CRUZ DAS ALMAS	VILA GUAXINIM BAIXA DA LINHA	380	760	16720	Atendida
BA	MARAGOGIPE	BURI	170	340	7480	Atendida
BA	ALAGOINHAS	FAZENDA OITEIRO	110	110	2420	Atendida
BA	ALAGOINHAS	FAZENDA CANGULA	220	220	4840	Atendida
BA	ALAGOINHAS | ARAMARI	CATUZINHO	165	165	3630	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	LAJEDÃO DOS MATEUS	18	18	396	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	LAPINHA	18	18	396	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	LAGOA VERDE (composta pelos povoados Lagoa Verde, Lagoa Verde de Baia e Queimada Nova dos Vianas)	37	37	814	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	CANABRAVA	54	54	1188	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	GARAPA	1	1	22	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	QUEIMADA DOS BENEDITOS	37	37	814	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	ALEGRE	38	38	836	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	BARRIGUDA DOS BIDÓS	18	18	396	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	BOA ESPERANÇA	5	5	110	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	BOA VISTA	35	35	770	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	CAMPO ALEGRE	53	53	1166	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	MULUNGU	42	42	924	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	SARANDÍ	78	78	1716	Atendida
BA	AMÉRICA DOURADA	PREVENIDO	396	396	8712	Atendida
BA	ANTÔNIO GONÇALVES	JIBÓIA	124	124	2728	Atendida
BA	ANTÔNIO GONÇALVES LOGISTICA DE ENTREGA: MUNICIPIO DE SENHOR DO BONFIM -COMUNIDADE TIJUAÇU, PORQUE ESTA COMUNIDADE CONCEIÇÃO PERTENCE AO TERRITORIO CULTURAL TIJUAÇU	MACACO DE CIMA (pertence ao territorio de Tijuaçu)	56	56	1232	Atendida
BA	ANTÔNIO GONÇALVES LOGISTICA DE ENTREGA: MUNICIPIO DE SENHOR DO BONFIM -COMUNIDADE TIJUAÇU, PORQUE ESTA COMUNIDADE CONCEIÇÃO PERTENCE AO TERRITORIO CULTURAL TIJUAÇU)	CONCEIÇÃO (pertence ao território de Tijuaçu)	60	60	1320	Atendida
BA	ANTÔNIO GONÇALVES	BANANEIRA DOS PRETOS	110	110	2420	Atendida
BA	BARRA	TORRINHA	94	94	2068	Atendida
BA	BARRA	PEDRA NEGRA DA EXTREMA	60	60	1320	Atendida
BA	BARRA	IGARITÉ	200	200	4400	Atendida
BA	BARRA	JUÁ	165	165	3630	Atendida
BA	BARRA	CURRALINHO	270	270	5940	Atendida
BA	BARRA DO MENDES	ANTARÍ	69	69	1518	Atendida
BA	BARRA DO MENDES	CANARINA	50	50	1100	Atendida
BA	BARRA DO MENDES	QUEIMADA DO RUFINO	16	16	352	Atendida
BA	BARRA DO MENDES	VOLTA DO ÁBDON	11	11	242	Atendida
BA	BOM JESUS DA LAPA	ARAÇÁ- CARIACA(170), COXO(11), RETIRO(16), PATOS (2) E PEDRA(44) Araçá beira rio 3	246	246	5412	Atendida
BA	BOM JESUS DA LAPA	JUÁ	430	430	9460	Atendida
BA	BOM JESUS DA LAPA	BANDEIRA		0	0	Atendida
BA	BOM JESUS DA LAPA	LAGOA DO PEIXE	63	63	1386	Atendida
BA	BOM JESUS DA LAPA	LAGOA DAS PIRANHAS	160	160	3520	Atendida
BA	BOM JESUS DA LAPA	BARRINHA	50	50	1100	Atendida
BA	BOM JESUS DA LAPA	BEBEDOURO	54	54	1188	Atendida
BA	BOM JESUS DA LAPA	FORTALEZA	120	120	2640	Atendida
BA	BOM JESUS DA LAPA	PEROBA	sem informação	sem informação	#VALOR!	Atendida
BA	BOM JESUS DA LAPA | MALHADA	NOVA BATALHINHA	35	35	770	Atendida
BA	BOM JESUS DA LAPA | MALHADA | RIACHO DE SANTANA	RIO DAS RÃS	850	850	18700	Atendida
BA	ITAGUAÇU DA BAHIA	ALEGRE e BARREIROS	51	51	1122	Atendida
BA	ITAGUAÇU DA BAHIA	ALTO BEBEDOURO	76	76	1672	Atendida
BA	ITAGUAÇU DA BAHIA	NOVA IGUAÇU	516	516	11352	Atendida
BA	ITAGUAÇU DA BAHIA	CAJUEIRO	41	41	902	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	FEITOSA	36	36	792	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	PARA QUEDAS	17	17	374	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	SERRINHA	26	26	572	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	LAGOA DO MEIO	18	18	396	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	DESCOBERTA	8	8	176	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	LAGOA DOS LUNDUS	52	52	1144	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	MATA DO MILHO	234	234	5148	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	RIACHO	113	113	2486	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	SERRA AZUL	8	8	176	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	SALINAS	15	15	330	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	BAIXA DAS CABAÇAS	41	41	902	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	SERTÃO BONITO	7	7	154	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	ANGICÃO	85	85	1870	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	LAGOA DO BARRO	15	15	330	Atendida
BA	JOÃO DOURADO	LAGOA DO ROZENO	4	4	88	Atendida
BA	MUQUÉM DE SÃO FRANCISCO	FAZENDA GRANDE	173	173	3806	Atendida
BA	MUQUÉM DE SÃO FRANCISCO	Cipó	35	35	770	Atendida
BA	MUQUÉM DE SÃO FRANCISCO	BOA VISTA DO PIXAIM	100	100	2200	Atendida
BA	MUQUÉM DE SÃO FRANCISCO	PEDRINHAS	109	109	2398	Atendida
BA	RIACHO DE SANTANA	AGRESTE	160	160	3520	Atendida
BA	RIACHO DE SANTANA	DUAS LAGOAS	85	85	1870	Atendida
BA	RIACHO DE SANTANA	RIO DO TANQUE	**86**	86	1892	Atendida
BA	RIACHO DE SANTANA	SAMBAÍBA	80	80	1760	Atendida
BA	RIACHO DE SANTANA	LARGO DA VITÓRIA	160	160	3520	Atendida
BA	RIACHO DE SANTANA	PAUS PRETOS	46	46	1012	Atendida
BA	RIACHO DE SANTANA	AGRESTINHO	52	52	1144	Atendida
BA	RIACHO DE SANTANA	GATOS VESPERINA	73	73	1606	Atendida

BA	RIACHO DE SANTANA/MACAÚBAS	MATA DO SAPÉ	46	46	1012	Atendida
BA	RIO DE CONTAS	BARRA, BANANAL E RIACHO DAS PEDRAS ,BARAÚNAS, RANCHARIA DO MEIO, TAPUI, VÁRZEA E VÁRZEA NOVA	300	300	6600	Atendida
BA	UIBAÍ	LAGOINHA	144	144	3168	Atendida
BA	UIBAÍ	CALDEIRÃO	89	89	1958	Atendida
BA	CACHOEIRA	CAONGE (18), DENDÊ (21) , ENGENHO DA PONTE (16), ENGENHO DA PRAIA (30) E KALEMBA (31)	116	116	2552	Atendida
BA	CACHOEIRA	CAIMBONGO	20	20	440	Atendida
BA	CACHOEIRA	CALOLÉ(113(,TOMBO E PALMEIRAS (17) IMBIARA (30), IMBIARA DE CIMA (45)	205	205	4510	Atendida
BA	CACHOEIRA	ENGENHO DA VITORIA (28) /maria preto (20)	48	48	1056	Atendida
BA	CACHOEIRA	ENGENHO NOVO DO VALE DO IGUAPE (Santa Ctarina) (bacia do iguape)	187	187	4114	Atendida
BA	CACHOEIRA	SÃO TIAGO DO IGUAPÉ	600	600	13200	Atendida
BA	CACHOEIRA	BREJO DO ENGENHO DA GUAÍBA	152	152	3344	Atendida
BA	CACHOEIRA	ENGENHO DA CRUZ	150	150	3300	Atendida
BA	CACHOEIRA	TABULEIRO DA VITÓRIA	256	256	5632	Atendida
BA	CACHOEIRA	MUTECHO E ACUTINGA	183	183	4026	Atendida
BA	CACHOEIRA	SÃO FRANCISCO DO PARAGUAÇU	600	600	13200	Atendida
BA	FILADÉLFIA	GAVIÃO	50	50	1100	Atendida
BA	FILADÉLFIA	RIACHO DAS PEDRINHAS	77	77	1694	Atendida
BA	FILADÉLFIA	PAPAGAIO	90	90	1980	Atendida
BA	FILADÉLFIA	BARREIRAS (FAZ PARTE DO TERRRITORIO DE TIJUAÇU)	52	52	1144	Atendida
BA	FILADÉLFIA	CANA FISTA	36	36	792	Atendida
BA	FILADÉLFIA	CABEÇA DA VACA 2	80	80	1760	Atendida
BA	FILADÉLFIA	CABEÇA DA VACA 1	77	77	1694	Atendida
BA	FILADÉLFIA	AGUADAS	180	180	3960	Atendida
BA	FILADÉLFIA	VÁRZEA DA SERRA	102	102	2244	Atendida
BA	FILADÉLFIA	GRAVATÁ	30	30	660	Atendida
BA	FILADÉLFIA	CACHIMBO	80	80	1760	Atendida
BA	FILADÉLFIA	RIACHO DO SILVA e JUNCO	53	53	1166	Atendida
BA	FILADÉLFIA	BARREIRA DA PEDRA I E II	102	102	2244	Atendida
BA	FILADÉLFIA	MUQUÉM	53	53	1166	Atendida
BA	FILADÉLFIA	RAPOSA	53	53	1166	Atendida
BA	FILADÉLFIA	FAZENDA GADO BRAVO E ADJACÊNCIAS	102	102	2244	Atendida
BA	FILADÉLFIA	MASSAROCA	50	50	1100	Atendida
BA	FILADÉLFIA	MORRINHOS (ta juntc com Cabeça da Vaca 2)		0	0	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	LAGE E MAMOEIRO	80	80	1760	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	CARIACÁ	50	50	1100	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	ALTO BONITO	70	70	1540	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	OLARIA	66	66	1452	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	QUEBRA FACÃO	80	80	1760	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	LAGINHA	25	25	550	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	TIJUAÇU (sede)	800	800	17600	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	UMBURANA	200	200	4400	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	ALTO DA MARAVILHA	400	400	8800	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	ANACLETO	70	70	1540	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	PASSAGEM VELHA	60	60	1320	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	CRUZEIRO	50	50	1100	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	CAZUMBA	78	78	1716	Atendida
BA	BANZAÊ	BAIXÃO II e PIAUÍ	40	40	880	Atendida
BA	BANZAÊ	TERRA DA LUA	67	67	1474	Atendida
BA	BANZAÊ	MARIA PRETA	50	50	1100	Atendida
BA	BONITO	BOTAFOGO	100	100	2200	Atendida
BA	BONITO	VARAME	100	100	2200	Atendida
BA	BONITO	RIO DAS LAGES	98	98	2156	Atendida
BA	BONITO	RIBEIRO	100	100	2200	Atendida
BA	BONITO	QUIXABÁ	75	75	1650	Atendida
BA	BONITO	MATA FLORENÇA	79	79	1738	Atendida
BA	BONITO	GUARANI	96	96	2112	Atendida
BA	BONITO	GRAMIAR	67	67	1474	Atendida
BA	BONITO	CABECEIRA DO BREJO	100	100	2200	Atendida
BA	BONITO	CATUABINHA	**258**	258	5676	Atendida
BA	BONITO	GITIRANA	**83**	83	1826	Atendida
BA	BONITO	ARIZONA	**63**	63	1386	Atendida
BA	BONITO	BAIXA DO CHEIRO	**104**	104	2288	Atendida
BA	BONITO	BAIXA VISTOSA	**126**	126	2772	Atendida
BA	BONITO	BALIZA	**51**	51	1122	Atendida
BA	CAMAMU	JETIMANA	85	85	1870	Atendida
BA	CAMAMU	BARROSO	35	35	770	Atendida
BA	CAMAMU	GARCIA	95	95	2090	Atendida
BA	CAMAMU	PORTO DO CAMPO	75	75	1650	Atendida
BA	CAMAMU	RONCO	76	76	1672	Atendida
BA	CAMAMU	TAPUIA	250	250	5500	Atendida
BA	CAMAMU	PEDRA RASA	115	115	2530	Atendida
BA	CAMAMU	PRATIGI	55	55	1210	Atendida
BA	CAMAMU	ACARAÍ	160	160	3520	Atendida
BA	CAMAMU	PIMENTEIRA	44	44	968	Atendida
BA	CARINHANHA	BARRA DO PARATECA	350	350	7700	Atendida
BA	CARINHANHA	ESTREITO	67	67	1474	Atendida
BA	FILADÉLFIA	CAJÁ	150	150	3300	Atendida
BA	FILADÉLFIA	MACACO DE BAIXO	80	80	1760	Atendida
BA	FILADÉLFIA	RIACHÃO	50	50	1100	Atendida
BA	SÃO FRANCISCO DO CONDE	MONTE RECÔNCAVO	640	640	14080	Atendida
BA	SÃO FRANCISCO DO CONDE	PORTO DE DOM JOÃO	70	70	1540	Atendida
BA	SEABRA	LAGOA DO BAIXÃO	450	450	9900	Atendida
BA	SEABRA	SERRA DO QUEIMADÃO	50	50	1100	Atendida
BA	SEABRA /IBITIARA	MORRO REDONDO	50	50	1100	Atendida
BA	SEABRA	BAIXÃO VELHO	115	115	2530	Atendida
BA	SEABRA	AGRESTE	101	101	2222	Atendida
BA	SEABRA	OLHOS D'ÁGUA DO BASÍLIO	54	54	1188	Atendida
BA	SEABRA	VÃO DAS PALMEIRAS	300	300	6600	Atendida
BA	SEABRA	CAPÃO DAS GAMELAS	67	67	1474	Atendida
BA	SEABRA	CACHOEIRA DA VÁRZEA E MOCAMBO DA CACHOEIRA	302	302	6644	Atendida
BA	SEABRA	VAZANTE	59	59	1298	Atendida
BA	SENHOR DO BONFIM	ÁGUA BRANCA	8	8	176	Atendida
BA	CONDE	PEDRA GRANDE	112	112	2464	Atendida
BA	CONDE	BURÍ	200	200	4400	Atendida
BA	SANTO AMARO	SÃO BRAZ	350	350	7700	Atendida
BA	SANTO AMARO	CAMBUTA	270	270	5940	Atendida
BA	SANTO AMARO	ALTO DO CRUZEIRO-ACUPE	350	350	7700	Atendida
BA	SOUTO SOARES	SEGREDO	200	200	4400	Atendida
BA	SOUTO SOARES	MATINHA e CAJAZEIRA	35	35	770	Atendida
BA	SOUTO SOARES	NOVO HORIZONTE I	50	50	1100	Atendida
BA	WENCESLAU GUIMARÃES	NOVA ESPERANÇA	170	170	3740	Atendida
BA	WENCESLAU GUIMARÃES	RIO PRETO	127	127	2794	Atendida
BA	WENCESLAU GUIMARÃES	JERICÓ	60	60	1320	Atendida
BA	WENCESLAU GUIMARÃES	SARILÂNDIA	140	140	3080	Atendida
BA	WENCESLAU GUIMARÃES	MUCUGÊ	100	100	2200	Atendida
BA	WENCESLAU GUIMARÃES	RIACHÃO DAS FLORES	100	100	2200	Atendida
BA	JEREMOABO	CASINHAS	250	250	5500	Atendida
BA	JEREMOABO	BAIXA DA LAGOA, OLHOS D'AGUA e QUELÉS	62	62	1364	Atendida

BA	JEREMOABO	JUAZEIRO DOS CAPOTES	74	74	1628	Atendida
BA	JEREMOABO	VIRAÇÃO E SIRIQUINHA	86	86	1892	Atendida
BA	JEREMOABO	SÍTIO ALAGOINHAS, ADRIANA E BANANEIRINHA	28	28	616	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	VARGEM ALTA	496	496	10912	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	MARI		0	0	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	CEDRO, CURRAL NOVO e SÍTIO CANJIRANA		0	0	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	ANGICO		0	0	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	VARGEM COMPRIDA		0	0	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	BARRA		0	0	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	JUAZEIRINHO E ADJACÊNCIAS		0	0	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	AROEIRA		0	0	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	TOQUINHA		0	0	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	BRASILEIRA E ADJACÊNCIAS		0	0	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	LAGOA SECA E REGIOES VIZINHAS		0	0	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	EMPOEIRA		0	0	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	JUREMA E ADJACENCIAS		0	0	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	FAZENDA CAMPOS SÍTIO LEÃO		0	0	Atendida
BA	PALMAS DE MONTE ALTO	RANCHO DAS MÃES		0	0	Atendida
BA	IRAQUARA	POVOADO DOS MORENOS	60	60	1320	Atendida
BA	IRAQUARA	RIACHO DO MEL	280	280	6160	Atendida
BA	IRAQUARA	POVOADO ESCÔNCIO	137	137	3014	Atendida
BA	IRAQUARA	MEIO CENTRO	63	63	1386	Atendida
BA	IRAQUARA	MATO PRETO	270	270	5940	Atendida
CE	CAUCAIA	**BOQUEIRÃO DAS ARARAS**	**129**	**129**	**2838**	A ser atendida
CE	CAUCAIA	**CERCADÃO DO DICETAS**	**158**	**158**	**3476**	A ser atendida
CE	CAUCAIA	**PORTEIRAS**	**180**	**180**	**3960**	A ser atendida
CE	CAUCAIA	**SERRA DO JUÁ**	**35**	**35**	**770**	A ser atendida
CE	CAUCAIA	**CAETANOS EM CAPUAN**	**130**	**111**	**2442**	A ser atendida
CE	CAUCAIA	**SERRA DA RAJADA**	**97**	**97**	**2134**	A ser atendida
CE	CAUCAIA	**SERRA DA CONCEIÇÃO**	**78**	**78**	**1716**	A ser atendida
CE	CAUCAIA	**DESERTO**	**58**	**58**	**1276**	A ser atendida
CE	CAUCAIA	**BOQUEIRÃOZINHO**	**103**	**103**	**2266**	A ser atendida
CE	CAUCAIA	CAETANOS EM CAPUAN	100	100	2200	Atendida
CE	CAUCAIA	SERRA DA RAJADA	97	97	2134	Atendida
CE	CAUCAIA	SERRA DA CONCEIÇÃO	78	78	1716	Atendida
CE	CAUCAIA	DESERTO	48	48	1056	Atendida
CE	CAUCAIA	BOQUEIRÃOZINHO	183	183	4026	Atendida
CE	COREAÚ | MORAÚJO	TIMBAÚBA	211	211	4642	Atendida
CE	CRATEÚS	QUEIMADAS	95	95	2090	Atendida
CE	CROATÁ | IPUEIRAS	TRÊS IRMÃOS	17	17	374	Atendida
CE	HORIZONTE | PACAJUS	ALTO ALEGRE	193	193	4246	Atendida
CE	HORIZONTE | PACAJUS	BASE	160	160	3520	Atendida
CE	IPUEIRAS	SITIO TROMBETAS	55	55	1210	Atendida
CE	IPUEIRAS	COITÉ	80	80	1760	Atendida
CE	ITAPIPOCA	NAZARÉ	50	50	1100	Atendida
CE	MONSENHOR TABOSA	BUQUEIRÃO	29	29	638	Atendida
CE	MORRINHOS	ALTO ALEGRE	30	30	660	Atendida
CE	MORRINHOS	CURRALINHO	93	93	2046	Atendida
CE	MORRINHOS	JUNCO MANSO I	12	12	264	Atendida
CE	NOVO ORIENTE	MINADOR	25	25	550	Atendida
CE	NOVO ORIENTE	BOM SUCESSO	75	75	1650	Atendida
CE	NOVO ORIENTE	BARRIGUDA	150	150	3300	Atendida
CE	OCARA	MELÂNCIAS	85	85	1870	Atendida
CE	PACUJÁ	BATOQUE	89	89	1958	Atendida
CE	PARAMBU	SERRA DOS RODRIGUES	52	52	1144	Atendida
CE	PORTEIRAS	SOUZA	160	160	3520	Atendida
CE	POTENGI	SÍTIO CARCARÁ	100	100	2200	Atendida
CE	QUITERIANÓPOLIS	GAVIÃO	34	34	748	Atendida
CE	QUITERIANÓPOLIS	FIDELIS	16	16	352	Atendida
CE	QUITERIANÓPOLIS	CROATÁ	80	80	1760	Atendida
CE	QUITERIANÓPOLIS	FURADA	45	45	990	Atendida
CE	QUITERIANÓPOLIS	SÃO JERÔNIMO	40	40	880	Atendida
CE	QUIXADÁ	SÍTIO VEIGA	46	46	1012	Atendida
CE	SALITRE	SERRA DOS CHAGAS	49	49	1078	Atendida
CE	SALITRE	RENASCER LAGOA DOS CRIOULOS	300	300	6600	Atendida
CE	SALITRE	NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS DO SITIO ARAPUCA	40	40	880	Atendida
CE	SÃO BENEDITO	SÍTIO CARNAUBA II	148	148	3256	Atendida
CE	TAMBORIL	ENCANTADOS DO BOM JARDIM	50	50	1100	Atendida
CE	TAMBORIL	TORRES	40	40	880	Atendida
CE	TAMBORIL	BRUTOS	86	86	1892	Atendida
CE	TAUÁ	CONSCIÊNCIA NEGRA	45	45	990	Atendida
CE	TURURU	CONCEIÇÃO DOS CAETANOS	479	479	10538	Atendida
GO	CAVALCANTE	CAPELA	120	120	10538	Atendida
GO	CAVALCANTE	SÃO DOMINGOS	245	245	2640	Atendida
GO	CAVALCANTE	DOS MORROS	110	110	5390	Atendida
GO	MONTE ALEGRE DE GOIÁS	KALUNGA -MONTE ALEGRE	400	400	2420	Atendida
GO	TERESINA DE GOIÁS	KALUNGA -TERESINA	260	260	8800	Atendida
GO	CAVALCANTE	KALUNGA-CAVALCANTE	1095	1095	5720	Atendida
GO	IACIARA	POVOADO LEVANTADO	30	30	24090	Atendida
GO	IACIARA	EXTREMA	25	25	660	Atendida
GO	IACIARA | POSSE	BACO-PARI	53	53	550	Atendida
GO	MONTE ALEGRE DE GOIÁS	PELOTAS	64	64	1166	Atendida
GO	NOVA ROMA E TERESINA	ABOBREIRA	49	49	1408	Atendida
GO	PIRACANJUBA	ANA LAURA	250	250	1078	Atendida
GO	PROFESSOR JAMIL	BOA NOVA	160	160	5500	Atendida
GO	SÃO JOÃO D ALIANÇA	FORTE	120	120	3520	Atendida
MA	PERI-MIRIM	CAPOEIRA GRANDE	70	140	3080	Atendida
MA	PERI-MIRIM	IGARAPE -AÇU	79	158	3476	Atendida
MA	PERI-MIRIM	MALHADA DE PRETO	79	158	3476	Atendida
MA	PERI-MIRIM	PEDRINHAS	54	108	2376	Atendida
MA	PERI-MIRIM	PERICUMA	60	120	2640	Atendida
MA	PERI-MIRIM	RIO DA PRATA	90	180	3960	Atendida
MA	PERI-MIRIM	SANTA CRUZ	65	130	2860	Atendida
MA	PERI-MIRIM	TIJUCA	70	140	3080	Atendida
MA	BACURI	BACURI (BARREIRA;SANTA ROSA;BATE PÉ;VILA NOVA;SÃO FÉLIX;SÃO FÉLIX;JURUPIRANGA)	662	662	14564	Atendida
MA	BEQUIMÃO	BEQUIMÃO(tijuca, pericumã, capoeira grande, rio da prata, malhada dos pretos, santa cruz, itaquipé)	538	538	11836	Atendida
MA	PENALVA	PENALVA/MA (CEDREIRO E SIMAUMA;PONTA DO CURRAL;SÃO JOSÉ;SÃO MIGUEL DO POVOADO QUERÉS)	1447	1447	31834	Atendida
MS	AQUIDAUANA	FURNAS DOS BAIANOS	22	22		A ser atendida
MS	BONITO	ÁGUAS DO MIRANDA	22	22		A ser atendida
MS	CAMPO GRANDE	CHÁCARA DO BURITI	50	50		A ser atendida
MS	CAMPO GRANDE	SÃO JOÃO BATISTA	53	53		A ser atendida
MS	CAMPO GRANDE	TIA EVA MARIA DE JESUS/ TIA EVA (VILA SÃO BENEDITO)	150	150		A ser atendida
MS	CORGUINHO	FURNAS DA BOA SORTE	60	60		A ser atendida
MS	CORUMBÁ	RIBEIRINHA FAMÍLIA OSÓRIO	25	25		A ser atendida
MS	CORUMBÁ	MARIA THEODORA GONÇALVES DE PAULA	22	22		A ser atendida
MS	CORUMBÁ	CAMPOS CORREIA	27	27		A ser atendida
MS	DOURADOS | ITAPORÃ	PICADINHA (DESIDERIO FELIPPE DE OLIVEIRA)	198	198		A ser atendida
MS	FIGUEIRÃO	SANTA TEREZA	69	69		A ser atendida
MS	JARAGUARI	FURNAS DO DIONÍSIO	100	100		A ser atendida
MS	MARACAJU	SAO MIGUEL	53	53		A ser atendida
MS	NIOAQUE	FAMÍLIA CARDOSO	181	181		A ser atendida

MS	NIOAQUE	FAMÍLIA ARAÚJO E RIBEIRO	25	25		A ser atendida
MS	NIOAQUE	FAMÍLIA BULHÕES	56	56		A ser atendida
MS	NIOAQUE	FAMÍLIA MARTINS DA CONCEIÇÃO	25	25		A ser atendida
MS	PEDRO GOMES	FAMÍLIA QUINTINO	46	46		A ser atendida
MS	RIO BRILHANTE	FAMÍLIA JARCEM	100	100		A ser atendida
MS	RIO NEGRO	OROLÂNDIA	50	50		A ser atendida
MS	SONORA	FAMÍLIA BISPO	12	12		A ser atendida
MS	TERENOS	COMUNIDADE DOS PRETOS	54	54		A ser atendida
MT	BARRA DO BUGRES	BAIXIO	168	168	3696	Atendida
MT	BARRA DO BUGRES	VACA MORTA	169	169	3718	Atendida
MT	BARRA DO BUGRES	MORRO REDONDO	170	170	3740	Atendida
MT	BARRA DO BUGRES	ÁGUA DOCE	171	171	3762	Atendida
MT	CÁRCERES	PITA CANUDOS	172	172	3784	Atendida
MT	CHAPADA DOS GUIMARÃES	LAGOINHA DE CIMA	173	173	3806	Atendida
MT	CHAPADA DOS GUIMARÃES	LAGOINHA DE BAIXO	174	174	3828	Atendida
MT	CHAPADA DOS GUIMARÃES	ITAMBÉ	175	175	3850	Atendida
MT	CHAPADA DOS GUIMARÃES	BARRO PRETO SERRA DO CAMBAMBI	176	176	3872	Atendida
MT	NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	JACARÉ DE CIMA	177	177	3894	Atendida
MT	NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	CABECEIRA DO SANTANA	178	178	3916	Atendida
MT	NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	ENTRADA DO BANANAL	179	179	3938	Atendida
MT	NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	BARREIRO	180	180	3960	Atendida
MT	NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	RIBEIRÃO DA MUTUCA	181	181	3982	Atendida
MT	NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	MATA CAVALO - CABECEIRA DO JOAO CUIABA	182	182	4004	Atendida
MT	NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	MATA CAVALO - AGUAÇU	183	183	4026	Atendida
MT	NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	MATA CAVALO/MATA CAVALO DE BAIXO (260 FAMILIAS)	184	184	4048	Atendida
MT	NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	MATA CAVALO/CAPIM VERDE e OURINHOS	186	186	4092	Atendida
MT	POCONÉ	VARAL	187	187	4114	Atendida
MT	POCONÉ	CANTO DO AGUSTINHO	188	188	4136	Atendida
MT	POCONÉ	CÉU AZUL	190	190	4180	Atendida
MT	POCONÉ	CHAFARIZ (10 FMILIAS) E URUBAMA (4 FAMILIAS)	191	191	4202	Atendida
MT	POCONÉ	CURRALINHO	192	192	4224	Atendida
MT	POCONÉ	MINADOURO 2	193	193	4246	Atendida
MT	POCONÉ	COITINHO	194	194	4268	Atendida
MT	POCONÉ	RETIRO	195	195	4290	Atendida
MT	POCONÉ	CAPÃO VERDE	196	196	4312	Atendida
MT	POCONÉ	PEDRA VIVA	197	197	4334	Atendida
MT	POCONÉ	PASSAGEM DE CARRO	198	198	4356	Atendida
MT	POCONÉ	SETE PORCOS	199	199	4378	Atendida
MT	POCONÉ	TANQUE DO PADRE PINHAL	200	200	4400	Atendida
MT	POCONÉ	IMBÉ	201	201	4422	Atendida
MT	POCONÉ	PANTANALZINHO	202	202	4444	Atendida
MT	POCONÉ	MORRO CORTADO	203	203	4466	Atendida
MT	POCONÉ	CÁGADO	204	204	4488	Atendida
MT	POCONÉ	JEJUM	205	205	4510	Atendida
MT	POCONÉ	MORRINHOS	206	206	4532	Atendida
MT	POCONÉ	SÃO BENEDITO	207	207	4554	Atendida
MT	POCONÉ	CARRETÃO	208	208	4576	Atendida
MT	POCONÉ	CAMPINA DE PEDRA	209	209	4598	Atendida
MT	POCONÉ	CAMPINA DE PEDRA	210	210	4620	Atendida
MT	POCONÉ	LARANJAL	211	211	4642	Atendida
MT	POCONÉ	SÃO GONÇALO II	212	212	4664	Atendida
MT	POCONÉ	CHUMBO	213	213	4686	Atendida
MT	PORTO ESTRELA	BOCAINA(São Francisco-Pé de Galinha; Sete Barreiro)	214	214	4708	Atendida
MT	PORTO ESTRELA | BARRA DO BUGRES	VÃOZINHO/VOLTINHA	215	215	4730	Atendida
MT	SANTO ANTÔNIO DO LEVERGER	ABOLIÇÃO/ Familia Chagas	216	216	4752	Atendida
MT	SANTO ANTÔNIO DO LEVERGER	ABOLIÇÃO	217	217	4774	Atendida
MT	VÁRZEA GRANDE	CAPÃO DO NEGRO CRISTO REI	218	218	4796	Atendida
MT	NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO	MATA CAVALO/MATA CAVALO DE CIMA (72 FAMILIAS)	185	185	4070	Atendida
MT	POCONÉ	CAMPINA II	189	189	4158	Atendida
PA	ACARÁ	JABAQUARA	24	48	1056	Atendida
PA	ACARÁ	CARANANDUBA	50	100	2200	Atendida
PA	ACARÁ	GUAJARA	70	140	3080	Atendida
PA	ACARÁ	RIBEIRINHOS VALE DO ACARÁ – ARQVA	49	98	2156	Atendida
PA	ACARÁ	SÃO JOSÉ	69	138	3036	Atendida
PA	ACARÁ	ITAPUANA	20	40	880	Atendida
PA	ACARÁ	MONTE ALEGRE	80	160	3520	Atendida
PA	ACARÁ	SÃO SEBASTIÃO E SANTA MARIA	90	180	3960	Atendida
PA	ACARÁ	ITACOÃ MIRI	90	180	3960	Atendida
PA	ACARÁ	ESPIRITO SANTO IG JACARÉQUARA	31	62	1364	Atendida
PA	ACARÁ	IG. MASSARANDUBA/ IPITINGA / VILA FORMOSA/TURÉ/MONTE SIÃO	90	180	3960	Atendida
PA	ACARÁ	PARAISO	54	108	2376	Atendida
PA	ACARÁ	SÃO ROSARIO/SANTO ESTEVÃO DO ITAU SUL/ MÃE EFIGENIA	70	140	3080	Atendida
PA	ACARÁ	ITANCOÃZINHO	74	148	3256	Atendida
PA	ACARÁ	MENINO JESUS	47	94	2068	Atendida
PA	GURUPÁ	JOCOJÓ	56	56	1232	Atendida
PA	GURUPÁ	ALTO IPIXUNA	76	76	1672	Atendida
PA	GURUPÁ	CARRAZEDO	101	101	2222	Atendida
PA	GURUPÁ	FLEXINHA	38	38	836	Atendida
PA	GURUPÁ	GURUPÁ MIRIM	76	76	1672	Atendida
PA	GURUPÁ	MARIA RIBEIRA	100	100	2200	Atendida
PA	GURUPÁ	CAMUTÁ DO IPIXUNA	56	56	1232	Atendida
PA	GURUPÁ	SÃO FRANCISCO MÉDIO DO IPIXUNA	22	22	484	Atendida
PA	GURUPÁ	BACÁ DO IPIXUNA	76	76	1672	Atendida
PA	GURUPÁ	ALTO PUCURUÍ	34	34	748	Atendida
PA	CONCÓRDIA DO PARÁ	NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO CARUPERÊ	60	60	1320	Atendida
PA	CONCÓRDIA DO PARÁ	NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO IPANEMA	90	90	1980	Atendida
PA	CONCÓRDIA DO PARÁ	SANTO ANTÔNIO	82	82	1804	Atendida
PA	CONCÓRDIA DO PARÁ	IGARAPE DONA CARUPERE	94	94	2068	Atendida
PA	CONCÓRDIA DO PARÁ	NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO	69	69	1518	Atendida
PA	CONCÓRDIA DO PARÁ	TIMBOTEUA CRAVO	83	83	1826	Atendida
PA	CONCÓRDIA DO PARÁ	CAMPO VERDE	78	78	1716	Atendida
PA	CONCÓRDIA DO PARÁ	VELHO EXPEDITO	55	55	1210	Atendida
PA	CONCÓRDIA DO PARÁ	NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS VILA DO CRAVO	48	48	1056	Atendida
PA	BREU BRANCO	JUTAÍ	200	200	4400	Atendida

PA	ABAETETUBA	(ALTO E BAIXO ITACURUÇÁ, CAMPOPEMA, JENIPAÚBA, ACARAQUI, IGARAPÉ SÃO JOÃO (MÉDIO ITACURUÇÁ), ARAPAPU, RIO TAUARÉ-AÇÚ, ARAPAPUZINHO E RIO IPANEMA) (RAMAL DO BACURI) (CAETÉ)(RAMAL DO PIRATUBA) (SAMAÚMA)	600	600	13200	Atendida
PA	ABAETETUBA | MOJU	ÁFRICA e LARANJITUBA	50	50	1100	Atendida
PA	ABAETETUBA	CAETÉ	75	75	1650	Atendida
PA	GARRAFÃO DO NORTE	CASTANHALZINHO	42	42	924	Atendida
PA	GARRAFÃO DO NORTE	CUTUVELO	53	53	1166	Atendida
PA	PONTA DE PEDRAS	SANTANA DO ARARI	165	165	3630	Atendida
PA	PONTA DE PEDRAS	TARTARUGUEIRO	120	120	2640	Atendida
PA	SANTA LUZIA DO PARÁ	TIPITINGA	41	41	902	Atendida
PA	SANTA LUZIA DO PARÁ	JACAREQUARA	60	60	1320	Atendida
PA	SANTA ISABEL DO PARÁ	MACAPAZINHO	263	263	5786	Atendida
PA	SANTA LUZIA DO PARÁ	MURUTEUAZINHO	58	58	1276	Atendida
PA	INHANGAPI	CUMARU, BANDEIRA BRANCA (MURAITEUA)	215	215	4730	Atendida
PA	INHANGAPI	PARAÍSO	100	100	2200	Atendida
PA	INHANGAPI	MENINO JESUS DE PETIMANDEUA	115	115	2530	Atendida
PA	CASTANHAL	MACAPAZINHO	67	67	1474	Atendida
PB	SANTA LUZIA	SERRA DO TALHADO -ZONA URBANA = 100 familias ; ZONA RURAL = 30	130	130	2340	Atendida
PB	GURINHÉM | MOGEIRO	MATÃO	45	45	810	Atendida
PB	AREIA	ENGENHO DO BONFIM	40	40	720	Atendida
PB	SERRA REDONDA| INGÁ	PEDRA D'ÁGUA	130	130	2340	Atendida
PB	VÁRZEA	PITOMBEIRA	50	50	900	Atendida
PB	ALAGOA GRANDE	CAIANA DOS CRIOULOS	150	150	2700	Atendida
PB	CONDE	MITUAÇU	350	350	6300	Atendida
PB	CAJAZEIRINHAS	VINHAS	24	24	432	Atendida
PB	RIACHÃO DO BACAMARTE	GRILO	99	99	1782	Atendida
PB	CAJAZEIRINHAS	UMBURANINHA	39	39	702	Atendida
PB	SÃO BENTO	CONTENDAS	11	11	198	Atendida
PB	COREMAS	SANTA TEREZA	150	150	2700	Atendida
PB	COREMAS	MÃE D'ÁGUA	98	98	1764	Atendida
PB	COREMAS	COMUNIDADE NEGRA DE BARREIRAS	75	75	1350	Atendida
PB	CATOLÉ DO ROCHA	LAGOA RASA	43	43	774	Atendida
PB	SERRA REDONDA	SÍTIO MATIAS	48	48	864	Atendida
PB	JOÃO PESSOA	PARATIBE	110	110	1980	Atendida
PB	CONDE	GURUGI	200	200	3600	Atendida
PB	CONDE	IPIRANGA	202	202	3636	Atendida
PB	CATOLÉ DO ROCHA	CURRALINHO/JATOBÁ	12	12	216	Atendida
PB	CATOLÉ DO ROCHA	SÃO PEDRO DOS MIGUÉIS	30	30	540	Atendida
PB	SÃO JOSÉ DE PRINCESA	SÍTIO LIVRAMENTO	44	44	792	Atendida
PB	DONA INÊS	CRUZ DA MENINA	152	367	6606	Atendida
PB	TRIUNFO	40 NEGROS	65	65	1170	Atendida
PB	TAVARES	DOMINGOS FERREIRA	150	150	2700	Atendida
PB	LIVRAMENTO	AREIA DE VERÃO, VILA TEIMOSA e SUSSUARANA	112	112	2016	Atendida
PB	CACIMBAS	SERRA FEIA	252	568	10224	Atendida
PB	DIAMANTE	BARRA DE OITIS	198	198	3564	Atendida
PB	AREIA	ENGENHO MUNDO NOVO	46	46	828	Atendida
PB	MANAÍRA	FONSECA	65	65	1170	Atendida
PB	DIAMANTE	SÍTIO VACA MORTA	60	60	1080	Atendida
PB	NOVA PALMEIRA	SERRA DO ABREU	32	32	576	Atendida
PB	POMBAL	OS DANIEL	70	70	1260	Atendida
PB	POMBAL	RUFINOS DO SÍTIO SÃO JOÃO	133	133	2394	Atendida
PB	CACIMBAS	ARACATI, CHÃ I E II	118	299	5382	Atendida
PB	SÃO BENTO	TERRA NOVA	122	122	2196	Atendida
PB	SÃO JOÃO DO TIGRE	CACIMBA NOVA	80	80	1440	Atendida
PB	POMBAL	OS BARBOSAS	33	33	594	Atendida
PB	BOA VISTA	SANTA ROSA	75	75	1350	Atendida
PB	SERRA BRANCA	SÍTIO CANTINHO	45	45	810	Atendida
PE	BREJÃO	BATINGA/ADJASCENCIA CAMPO CUMPRIDO	77	77	1694	Atendida
PE	BREJÃO	CURIQUINHA DOS NEGROS	200	200	4400	Atendida
PE	BREJÃO	BATINGA	280	280	6160	Atendida
PE	CAETES	ATOLEIRO	252	252	5544	Atendida
PE	SÃO BENTO DO UNA	PRIMAVERA	232	232	5104	Atendida
PE	SÃO BENTO DO UNA	CALDEIRÃOZINHO	104	104	2288	Atendida
PE	SÃO BENTO DO UNA	GIRAL	87	87	1914	Atendida
PE	SÃO BENTO DO UNA	CAIBRAS	73	73	1606	Atendida
PE	SÃO BENTO DO UNA	SERROTE DO GADO BRABO	165	165	3630	Atendida
PE	BETÂNIA	SITIO BREDOS	63	126	2772	Atendida
PE	BETÂNIA	SÍTIO BAIXAS	47	94	2068	Atendida
PE	BETÂNIA	SÍTIO SÃO CAETANO (MALHADA DOS BOIS, RIACHO FUNDO, MALHADINHA)	108	216	4752	Atendida
PE	BETÂNIA	SÍTIO TEIXEIRA/PINHEIRO	66	132	2904	Atendida
PE	CAPOEIRAS	CASCAVÉL	147	294	6468	Atendida
PE	CAPOEIRAS	FIDELÃO	82	164	3608	Atendida
PE	CAPOEIRAS	IMBÉ	154	308	6776	Atendida
PI	Assunção do Piauí	SITIO VELHO	107	214	4.708	Atendida
PI	Campinas do Piauí	SALINAS	117	234	5.148	Atendida
PI	Campinas do Piauí	VOLTA	147	294	6.468	Atendida
PI	Isaías Coelho	SABONETE	50	100	2.200	Atendida
PI	Isaías Coelho	MORRINHO, BARREIRAS, CABECA DA VACA, CIPOAL E SAPE	85	170	3.740	Atendida
PI	Isaías Coelho	QUILOMBO QUEIMADA GRANDE	40	80	1.760	Atendida
PI	Isaías Coelho	QUILOMBO RIACHO FUNDO	80	160	3.520	Atendida
PI	Isaías Coelho	QUILOMBO FAZENDA NOVA E CARREIRA DA VACA	51	102	2.244	Atendida
PI	Isaías Coelho	QUILOMBO CARAÍBAS	95	190	4.180	Atendida
PI	Redenção do Gurguéia	BREJÃO DOS AIPINS E ADJACÊNCIAS.	116	232	5.104	Atendida
PR	ADRIANÓPOLIS	JOÃO SURÁ	57	114	2508	Atendida
PR	ADRIANÓPOLIS	PRAIA DO PEIXE	6	12	264	Atendida
PR	ADRIANÓPOLIS	PORTO VELHO	18	36	792	Atendida
PR	ADRIANÓPOLIS	SETE BARRAS	42	84	1848	Atendida
PR	ADRIANÓPOLIS	CÓRREGO DAS MOÇAS - SEDE	66	132	2904	Atendida
PR	ADRIANÓPOLIS	SÃO JOÃO	42	84	1848	Atendida
PR	ADRIANÓPOLIS	CÓRREGO DO FRANCO	78	156	3432	Atendida
PR	ADRIANÓPOLIS	ESTREITINHO	17	34	748	Atendida
PR	ADRIANÓPOLIS	TRÊS CANAIS	22	44	968	Atendida
PR	ARAPOTÍ	FAMÍLIA XAVIER	**78**	156	**3432**	Atendida
PR	BOCAIÚVA DO SUL	AREIA BRANCA	36	72	1584	Atendida
PR	CAMPO LARGO	PALMITAL DOS PRETOS	**32**	64	1408	Atendida
PR	CANDOÍ	DESPRAIADO	**62**	124	**2728**	Atendida
PR	CANDOÍ	VILA TOMÉ	30	60	**1320**	Atendida
PR	CANDOÍ	CAVERNOSO	33	66	**1452**	Atendida
PR	CASTRO	SERRA DO APON	69	138	3036	Atendida
PR	CASTRO	LIMITÃO	55	110	2420	Atendida
PR	CASTRO	TRONCO	40	80	1760	Atendida
PR	CASTRO	MAMÃS - NÚCLEO CASTRO	31	62	1364	Atendida
PR	CURIÚVA	ÁGUA MORNA	27	54	1188	Atendida
PR	CURIÚVA	GUAJUVIRA	89	178	3916	Atendida
PR	DOUTOR ULISSES	VARZEÃO// GRAMADINHO	49	98	2156	Atendida
PR	GUAÍRA	MANOEL CIRÍACO DOS SANTOS	26	52	1144	Atendida
PR	GUARAPUAVA	INVERNADA PAIOL DE TELHA - ASSENTAMENTO	59	118	2596	Atendida
PR	GUARAPUAVA	INVERNADA PAIOL DE TELHA -URBANO	115	230	5060	Atendida
PR	GUARAQUEÇABA	BATUVA	**37**	74	**1628**	Atendida
PR	GUARAQUEÇABA	RIO VERDE	**10**	20	**440**	Atendida
PR	IVAÍ	RIO DO MEIO	**35**	70	**1540**	Atendida
PR	IVAÍ	SÃO ROQUE	**40**	80	**1760**	Atendida
PR	LAPA	RESTINGA	56	112	**2464**	Atendida

PR	LAPA	FEIXO	70	140	**3080**	Atendida
PR	LAPA	VILA ESPERANÇA	45	90	**1980**	Atendida
PR	PALMAS	ADELAIDE Mª TRINDADE BATISTA	125	250	5500	Atendida
PR	PALMAS	CASTORINA MARIA DA CONCEIÇÃO	40	80	1760	Atendida
PR	PALMAS	TOBIAS FERREIRA	92	184	4048	Atendida
PR	PINHÃO -ENTREGA EM RESERVA DO IGUAÇU	PAIOL DE TELHA - NUCLEO PINHÃO	25	50	1100	Atendida
PR	PONTA GROSSA	SANTA CRUZ	32	64	1408	Atendida
PR	PONTA GROSSA	SUTIL	45	90	1980	Atendida
PR	RESERVA DO IGUAÇU	PAIOL DE TELHA - FUNDÃO	109	218	4796	Atendida
PR	S. MIGUEL DO IGUAÇÚ	APEPU	120	240	5280	Atendida
PR	SERRO AZUL	MAMÃS-VARZEÃO	12	24	528	Atendida
PR	TERRA ROXA	MANOEL CIRIACO	11	22	484	Atendida
PR	TURVO	CAMPINA DOS MORENOS	**15**	30	**660**	Atendida
RN	BODÓ | LAGOA NOVA | SANTANA DO MATOS	MACAMBIRA	287	287	6314	A ser atendida
RN	AFONSO BEZERRA	CURRALINHO	24	24	528	Atendida
RN	AFONSO BEZERRA	CABEÇA DOS MENDES	26	26	572	Atendida
RN	BOM JESUS	SITIO GROSSOS	150	150	3300	Atendida
RN	BOM JESUS	SITIO PAVILHÃO	32	32	704	Atendida
RN	CEARÁ - MIRIM	COQUEIROS	426	426	9372	Atendida
RN	CURRAIS NOVOS	NEGROS DO RIACHO	78	78	1716	Atendida
RN	IPANGUAÇU	PICADAS	182	182	4004	Atendida
RN	LAGOA NOVA	MACAMBIRA	287	287	6314	Atendida
RN	MACAIBA	CAPOEIRAS	325	325	7150	Atendida
RN	PARANAMIRIM	MOITA VERDE	112	112	2464	Atendida
RN	PARELHAS	BOA VISTA DOS NEGROS	260	260	5720	Atendida
RN	PATU	JATOBA	21	21	462	Atendida
RN	PEDRO AVELINO	AROEIRA	63	63	1386	Atendida
RN	POÇO BRANCO	ACAUÃ	57	57	1254	Atendida
RN	PORTA ALEGRE	SITIO ARRROJADO/ENGENHO	28	28	616	Atendida
RN	PORTA ALEGRE	SITIO LAJES	28	28	616	Atendida
RN	PORTA ALEGRE	SITIO PEGA	28	28	616	Atendida
RN	PORTA ALEGRE	SITIO SOBRADO	28	28	616	Atendida
RN	SANTO ANTÔNIO	CAJAZEIRAS	51	51	1122	Atendida
RN	TIMBAU	SIBAUNA	165	165	3630	Atendida
RN	TOUROS	BAIXA DO QUINQUIM	50	50	1100	Atendida
RN	TOUROS	GERAL	72	72	1584	Atendida
RS	ALEGRETE	ANGICO	40	40	880	A ser atendida
RS	ARROIO DO TIGRE	LINHA FÃO e SÍTIO NOVO	36	36	792	Atendida
RS	BAGÉ	PALMAS	27	27	594	Atendida
RS	CACHOEIRA DO SUL	RINCÃO DO IRAPUAZINHO	5	5	110	Atendida
RS	CANDIOTA	CANDIOTA	50	50	1100	Atendida
RS	CANGUÇU	MANOEL DO RÊGO	24	24	528	Atendida
RS	CANGUÇU	ARMADA	50	50	1100	Atendida
RS	CANGUÇU	POTREIRO GRANDE	32	32	704	Atendida
RS	CANGUÇU	PASSO DO LOURENÇO	38	38	836	Atendida
RS	CANGUÇU	FAVILA	37	37	814	Atendida
RS	CANGUÇU	IGUATEMI	20	20	440	Atendida
RS	CANGUÇU	ESTÂNCIA DA FIGUEIRA	15	15	330	Atendida
RS	CANGUÇU	MAÇAMBIQUE	66	66	1452	Atendida
RS	CANGUÇU	CERRO DAS VELHAS	27	27	594	Atendida
RS	CANGUÇU	CERRO DA VIGÍLIA	44	44	968	Atendida
RS	CANGUÇU	CERRO DA BONECA	34	34	748	Atendida
RS	CANGUÇU	FAXINAL	32	32	704	Atendida
RS	CANGUÇU	BISA VICENTE	11	11	242	Atendida
RS	CANGUÇU	FILHOS DOS QUILOMBOS	30	30	660	Atendida
RS	CANGUÇU	BOQUEIRÃO	16	16	352	Atendida
RS	CANGUÇU	SANTA CLARA E ARREDORES	18	18	396	Atendida
RS	CANOAS	CHÁCARA BARRETO	43	43	946	Atendida
RS	CATUÍPE	PASSO DO ARAÇÁ	11	11	242	Atendida
RS	CERRITO	LICHIGUANA	18	18	396	Atendida
RS	CERRITO	EMÍLIA DE MORAES	17	17	374	Atendida
RS	COLORADO	VILA PADRE OSMARI	160	160	3520	Atendida
RS	COLORADO	VISTA ALEGRE	32	32	704	Atendida
RS	CRISTAL	SERRINHA DO CRISTAL	50	50	1100	Atendida
RS	ENCRUZILHADA DO SUL	MEDEIROS (Vau dos Prestes.)	28	28	616	Atendida
RS	FORMIGUEIRO	PASSOS DOS MAIAS	34	34	748	Atendida
RS	FORMIGUEIRO	PASSOS DOS BRUM	51	51	1122	Atendida
RS	FORMIGUEIRO	TIMBAÚVA	156	156	3432	Atendida
RS	FORMIGUEIRO	MARIA JOAQUINA	66	66	1452	Atendida
RS	FORTALEZA DOS VALOS	CAPÃO DOS LOPES	18	18	396	Atendida
RS	FORTALEZA DOS VALOS	COSTANEIRA	26	26	572	Atendida
RS	GIRUÁ	CORREA	9	9	198	Atendida
RS	GRAVATAÍ	MANOEL BARBOSA	43	43	946	Atendida
RS	JACUIZINHO | TUNAS	NOVO HORIZONTE/RINCÃO DOS CAIXÕES	30	30	660	Atendida
RS	JAGUARÃO	MADEIRA	12	12	264	Atendida
RS	LAGOÃO	VILA MILOCA	61	61	1342	Atendida
RS	LAJEADO	UNIDOS DO LAJEADO	33	33	726	Atendida
RS	LAVRAS DO SUL	CORREDOR DOS MUNHÓS	11	11	242	Atendida
RS	MAQUINÉ | OSÓRIO	MORRO ALTO	87	87	1914	Atendida
RS	MORRO REDONDO	VÓ ERNESTINA	130	130	2860	Atendida
RS	MOSTARDAS	CASCA	102	102	2244	Atendida
RS	MUITOS CAPÕES	MATO GRANDE	71	71	1562	Atendida
RS	PALMARES DO SUL	LIMOEIRO	75	75	1650	Atendida
RS	PEDRAS ALTAS	VÁRZEA DOS BAIANOS	71	71	1562	Atendida
RS	PEDRAS ALTAS	SOLIDÃO	23	23	506	Atendida
RS	PEDRAS ALTAS	BOLSA DO CANDIOTA	33	33	726	Atendida
RS	PELOTAS	ALTO DO CAIXÃO	120	120	2640	Atendida
RS	PELOTAS	VÓ ELVIRA	55	55	1210	Atendida
RS	PORTÃO	BOM JARDIM	30	30	660	Atendida
RS	PORTÃO	MACACO BRANCO	120	120	2640	Atendida
RS	PORTO ALEGRE	FAMÍLIA SILVA	24	24	528	Atendida
RS	PORTO ALEGRE	ALPES	120	120	2640	Atendida
RS	PORTO ALEGRE	FAMÍLIA FIDELIX	29	29	638	Atendida
RS	PORTO ALEGRE	FAMÍLIA MACHADO	300	300	6600	Atendida
RS	PORTO ALEGRE	FAMILIA FLORES	30	30	660	Atendida
RS	PORTO ALEGRE	FAMÍLIA LEMOS	18	18	396	Atendida
RS	RESTINGA SECA	RINCÃO DOS MARTINIANOS (Vovô Geraldo)	58	58	1276	Atendida
RS	RESTINGA SECA	SÃO MIGUEL	30	30	660	Atendida
RS	RESTINGA SECA	VÓ FERMINA E VÓ MARIA EULINA	14	14	308	Atendida
RS	RIO GRANDE	MACANUDOS	46	46	1012	Atendida
RS	RIO PARDO	RINCÃO DOS NEGROS	10	10	220	Atendida
RS	RODEIO BONITO	BINO	14	14	308	Atendida
RS	ROSÁRIO DO SUL	RINCÃO DA CHIRCA	10	10	220	Atendida
RS	SALTO DO JACUÍ	JÚLIO BORGES	48	48	1056	Atendida
RS	SALTO DO JACUÍ	QUILOMBOLAS URBANOS DO JACUÍ	60	60	1320	Atendida
RS	SANTA MARIA	ARNESTO PENNA CARNEIRO	14	14	308	Atendida
RS	SANTA MARIA	RECANTO DOS EVANGÉLICOS	40	40	880	Atendida
RS	SANTANA DA BOA VISTA	TIO DÔ	54	54	1188	Atendida
RS	SANT'ANA DO LIVRAMENTO	IBICUÍ DA ARMADA	35	35	770	Atendida
RS	SÃO LOURENÇO DO SUL	MONJOLO	20	20	440	Atendida
RS	SÃO LOURENÇO DO SUL	RINCÃO DAS ALMAS	109	109	2398	Atendida

RS	SÃO LOURENÇO DO SUL	COXILHA NEGRA	40	40	880	Atendida
RS	SÃO LOURENÇO DO SUL	PICADA	15	15	330	Atendida
RS	SÃO LOURENÇO DO SUL	TORRÃO	25	25	550	Atendida
RS	SÃO SEPÉ	IPÊ	16	16	352	Atendida
RS	SÃO SEPÉ	PASSOS DOS BRUM	28	28	616	Atendida
RS	SÃO SEPÉ	FUNDOS DO FORMIGUEIRO	15	15	330	Atendida
RS	SARANDI	BEIRA CAMPO	33	33	726	Atendida
RS	TAPES	CHÁCARA DA CRUZ	28	28	616	Atendida
RS	TAVARES	VÓ MARINHA	15	15	330	Atendida
RS	TAVARES	CAPOROROCAS	18	18	396	Atendida
RS	TAVARES	ANASTÁCIA MACHADO	25	25	550	Atendida
RS	VIAMÃO	CANTÃO DAS LOMBAS	29	29	638	Atendida
RS	VIAMÃO	ANASTÁCIA	18	18	396	Atendida
RS	VIAMÃO	PEIXOTO DOS BOTINHAS	59	59	1298	Atendida
SC	ABDON BATISTA | CAMPOS NOVOS	INVERNADA DOS NEGROS (320 INVERNADA; 50 NUCLEO MONTE CARLO)	**370**	**370**	8140	A ser atendida
SC	ARAQUARI	ITAPOCU	**45**	**45**	990	A ser atendida
SC	ARAQUARI	AREIAS PEQUENAS	**35**	**35**	770	A ser atendida
SC	BALNEÁRIO CAMBORIÚ	MORRO DO BOI	**13**	**13**	286	A ser atendida
SC	CAPIVARI DE BAIXO	ILHOTINHA	**127**	**127**	2794	A ser atendida
SC	FLORIANÓPOLIS	VIDAL MARTINS	**31**	**31**	682	A ser atendida
SC	GAROPABA	MORRO DO FORTUNATO	**86**	**86**	1892	A ser atendida
SC	GAROPABA	ALDEIA	**63**	**63**	1386	A ser atendida
SC	JOINVILLE	BECO DO CAMINHO CURTO	27	**27**	594	A ser atendida
SC	JOINVILLE	**RIBEIRÃO DO CUBATÃO**	**15**	**15**	330	A ser atendida
SC	MONTE CARLO	CAMPO DOS POLI	**21**	**21**	462	A ser atendida
SC	PAULO LOPES	SANTA CRUZ	**67**	**67**	1474	A ser atendida
SC	PORTO BELO	VALONGO	**30**	**30**	660	A ser atendida
SC	PRAIA GRANDE | MAMPITUBA	SÃO ROQUE	**62**	**62**	1364	A ser atendida
SC	SANTO AMARO DA IMPERATRIZ	TABULEIRO	**32**	**32**	704	A ser atendida
SC	SANTO AMARO DA IMPERATRIZ	**CALDAS DO CUBATÃO**	**60**	**60**	1320	A ser atendida
SC	SÃO FRANCISCO DO SUL	**TAPERA**	**15**	**15**	330	A ser atendida
SC	ABDON BATISTA | CAMPOS NOVOS	INVERNADA DOS NEGROS	340	680	14960	Atendida
SC	ARAQUARI	ITAPOCU	45	90	1980	Atendida
SC	ARAQUARI	AREIAS PEQUENAS	40	80	1760	Atendida
SC	BALNEÁRIO CAMBORIÚ	MORRO DO BOI	10	20	440	Atendida
SC	CAPIVARI DE BAIXO	ILHOTINHA	120	240	5280	Atendida
SC	FLORIANÓPOLIS	VIDAL MARTINS	31	62	1364	Atendida
SC	GAROPABA	MORRO DO FORTUNATO	78	156	3432	Atendida
SC	GAROPABA	ALDEIA	61	122	2684	Atendida
SC	JOINVILLE	BECO DO CAMINHO CURTO	45	90	1980	Atendida
SC	JOINVILLE	RIBEIRÃO DO CUBATÃO	15	30	660	Atendida
SC	MONTE CARLO	CAMPO DOS POLI	21	42	924	Atendida
SC	PAULO LOPES	SANTA CRUZ	57	114	2508	Atendida
SC	PORTO BELO	VALONGO	30	60	1320	Atendida
SC	PRAIA GRANDE | MAMPITUBA	SÃO ROQUE	62	124	2728	Atendida
SC	SANTO AMARO DA IMPERATRIZ	TABULEIRO	32	64	1408	Atendida
SC	SANTO AMARO DA IMPERATRIZ	CALDAS DO CUBATÃO	50	100	2200	Atendida
SC	SÃO FRANCISCO DO SUL	TAPERA	15	30	660	Atendida
SE	POÇO REDONDO	SERRA DA GUIA	194	194	4268	Atendida
SE	SANTA LUZIA DO ITANHY	BODÉ	16	16	352	Atendida
SE	SANTA LUZIA DO ITANHY	CAJAZEIRAS	162	162	3564	Atendida
SE	SANTA LUZIA DO ITANHY	CASTRO	200	200	4400	Atendida
SE	SANTA LUZIA DO ITANHY	PEDRA D' ÁGUA	27	27	594	Atendida
SE	SANTA LUZIA DO ITANHY	PEDRA FURADA	88	88	1936	Atendida
SE	SANTA LUZIA DO ITANHY	RUA DA PALHA	200	200	4400	Atendida
SE	SANTA LUZIA DO ITANHY	TABOA	120	120	2640	Atendida
SE	INDIAROBA	DESTERRO	150	150	3300	Atendida
SE	CUMBE	POVOADO FORTE	146	146	3212	Atendida
SE	BARRA DOS COQUEIROS	PONTAL DA BARRA	143	143	3146	Atendida
SE	JAPOATÃ	LADEIRAS	147	147	3234	Atendida
SE	CAPELA	FAZENDA PIRANGI	52	52	1144	Atendida
SE	ARACAJU	MALOCA	100	100	2200	Atendida
SE	CAPELA	TERRA DURA E COQUEIRAL	150	150	3300	Atendida
SE	ILHA DAS FLORES	BONGUE	213	213	4686	Atendida
SE	PIRAMBU	ALAGAMAR	80	80	1760	Atendida
SE	CAPELA	CANTA GALO	107	107	2354	Atendida
SE	PIRAMBU	ANINGAS	56	56	1232	Atendida
SE	POÇO VERDE	LAGOA DO JUNCO	88	88	1936	Atendida
SE	AQUIDABÃ	MOCAMBO	85	85	1870	Atendida
SE	CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO	RUA DOS NEGROS	215	215	4730	Atendida

Plano Nacional de Enfrentamento da covid-19 para a População Quilombola

(em construção)

VERSÃO PRELIMINAR

Brasília, 09 de abril, 2021.

© 2021. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Ministério da Saúde, Ministério do Turismo, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Ministério da Cidadania, Ministério da Educação, Gabinete de Segurança Institucional, Casa Civil, Secretaria de Governo da Presidência da República, Controladoria Geral da União.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total deste documento, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 2021.

VERSÃO PRELIMINAR

Sumário

LISTA DE FIGURAS 5

LISTA DE QUADROS 6

LISTA DE TABELAS 7

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 8

I. Apresentação do Plano 9

II. Introdução 12

2.1. Da População Quilombola: 13

2.2. Da Situação Epidemiológica da covid-19 e dos grupos de risco: 15

2.3. Do Orçamento da União para 2021: 17

III. Objetivos 19

IV. Execução por objetivo 22

1. Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde: 22

1.1. Implementar estratégias de prevenção à contaminação por covid-19: 24

1.2. Divulgar campanha de mobilização de lideranças sociais sobre a importância da prevenção e da vacinação prioritária da população quilombola: 32

1.3. Divulgar campanha de sensibilização da população quilombola sobre a importância da prevenção e da vacinação contra covid-19: 35

1.4. Divulgar canal de denúncia e informação sobre o atendimento nos serviços de saúde e a vacinação prioritária para a população quilombola: 38

2. Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário: 42

3. Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social: 44

3.1. Repassar R$ 35.898.398,00 para a distribuição de merenda escolar, pelos entes federativos, para 258.453 estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica em todo o país: 45

3.2. Distribuir, em caráter emergencial, 518.036 cestas de alimentos para 179.366 famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar: 49

3.3. Garantir renda mínima de R$ 150,00 (cento e cinquenta reais) a R$ 375,00 (trezentos e setenta e cinco reais), durante 4 meses, para todas as famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social elegíveis ao Auxílio Emergencial ou habilitadas ao Programa Bolsa Família: 55

V. Estratégias para monitoramento e avaliação do Plano 63

VI. Contribuições dos atores externos ao Plano 67

VERSÃO PRELIMINAR

VII. Considerações Finais 68

Apêndice A – Minutas de Ofício encaminhadas para lideranças sociais e gestores públicos com orientações sobre a vacinação prioritária da população quilombola 69

Apêndice B – Mapa de comunidades quilombolas atendidas com cestas alimentares por município e UF em 2020 e 2021 72

VERSÃO PRELIMINAR

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxo de encaminhamento de informações e denúncias..... 37

Figura 2. Cronograma integrado de execução das ações relacionadas às metas para alcance do objetivo de ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde 39

Figura 3: Repasse financeiro do PNAE por região para atendimento de estudantes quilombolas 46

Figura 4. Cronograma integrado de execução das ações relacionadas às metas para alcance do objetivo de ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde 60

VERSÃO PRELIMINAR

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estimativa populacional para a Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19 e ordenamento de grupos prioritários* 13

Quadro 2. Distribuição dos grupos prioritários atendidos. Brasil. 2021 14

Quadro 3. Matriz de Responsabilidade pelas ações do Plano 17

Quadro 4. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 27

Quadro 5. Detalhamento do investimento orçamentário 28

Quadro 6. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 32

Quadro 7. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 34

Quadro 8. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 38

Quadro 9. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 41

Quadro 10. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 46

Quadro 11. Detalhamento do investimento orçamentário 47

Quadro 12. Total de famílias quilombolas beneficiadas e período de distribuição de cestas de alimentos por unidade da federação 49

Quadro 13. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 50

Quadro 14. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 52

Quadro 15. Detalhamento do investimento orçamentário 52

Quadro 16. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação 57

Quadro 17. Detalhamento do investimento orçamentário 59

Quadro 18. Cronograma de criação da página e das ferramentas de acompanhamento da execução do Plano 63

VERSÃO PRELIMINAR

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de máscaras para famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar no estado da Bahia 25

Tabela 2. Total de cestas e de famílias atendidas por UF 51

VERSÃO PRELIMINAR

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AGU	Advocacia Geral da União
CGU	Controladoria Geral da União
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
CONAQ	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DPU	Defensoria Pública da União
ECAM	Equipe de Conservação da Amazônia
FCP	Fundação Cultural Palmares
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
GSI	Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
ISA	Instituto Socioambiental
MCID	Ministério da Cidadania
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
SEGOV	Secretaria de Governo da Presidência da República

VERSÃO PRELIMINAR

I. Apresentação do Plano

A União apresenta o Plano Nacional de Enfrentamento da covid-19 para a População Quilombola para compor as medidas de proteção e promoção de saúde em um contexto de pandemia.

O Plano está desenhado conforme decisão proferida em Medida Cautelar, nos autos da ADPF nº 742, de 2 de março de 2021, e por decisão monocrática proferida em 19 de março de 2021, pelo Ministro Edson Fachin, oficiando como Relator na Ação, pela qual acolheu pedido veiculado em embargos de declaração e determinou à União:

> "formule, no prazo de 30 dias, plano nacional de enfrentamento da pandemia covid-19 no que concerne à população quilombola, formulando objetivos, metas, ações programáticas, cronograma de implementação e metodologias de avaliação, contemplando, ao menos, providências visando a ampliação das estratégias de prevenção e do acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde, controle de entrada nos territórios por terceiros considerado isolamento social comunitário e distribuição de alimentos e material de higiene e desinfecção".

O Plano foi construído pela União, sob a responsabilidade dos órgãos federais que atendem à população quilombola, no exíguo prazo do dia 22 de março, quando a intimação supracitada foi recebida pela União, até o dia 09 de abril, prazo final dos 30 dias da data da intimação inicial em 09 de março. Participaram dessa construção atores externos da sociedade civil e do Poder Público, por meio de discussões em duas reuniões de grupo de trabalho interdisciplinar e paritário criado para esse fim e de contribuições documentadas e encaminhadas para a União.

A União envolveu 11 (onze) órgãos com competências diretamente associadas às determinações no âmbito da ADPF 742 e convidou o MPF, a DPU, o CNDH, a Abrasco e a CONAQ para compor o grupo.

Adicionalmente, com vistas a assegurar a paridade no grupo, definida, na primeira reunião do GT em 10 de março, enquanto igualdade no número de instituições participantes com direito a voz e voto, solicitou-se à CONAQ a indicação de sete representantes de entidades a ela associadas ou parceiras para compor o grupo com direito a voz e voto, sem prejuízo da ampla participação social a convite da CONAQ, com direito a voz.

VERSÃO PRELIMINAR

Dessa forma, compuseram o grupo de trabalho intersetorial e paritário:

(I) Pela Administração Pública:

- Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH);
- Ministério da Saúde (MS);
- Ministério da Cidadania (MCID);
- Fundação Cultural Palmares (FCP);
- Secretaria de Governo da Presidência da República (SEGOV/PR);
- Advocacia Geral da União (AGU);
- Controladoria Geral da União (CGU);
- Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (GSI/PR);
- Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA);
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

(II) Pela Sociedade Civil e demais órgãos convidados:

- Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ);
- Defensoria Pública da União (DPU);
- Ministério Público Federal (MPF);
- Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH);
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco);
- Instituto Socioambiental (ISA);
- Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC);
- Terra de Direitos;
- Equipe de Conservação da Amazônia (ECAM);
- Coalizão Negra por Direitos; e
- Núcleo de Análise e Avaliação de Políticas Públicas da Universidade de Brasília.

VERSÃO PRELIMINAR

Dos debates e contribuições de cada ator no âmbito do grupo e por meio de documentos encaminhados, este Plano Nacional de Enfrentamento foi formulado e apresenta objetivos, metas, ações programáticas, cronograma de implementação e metodologias de avaliação que tratam da ampliação de estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde, de controle de entrada nos territórios por terceiros considerado isolamento social comunitário, e de ações de proteção social e econômica, notadamente, de distribuição de alimentos e de pagamento de auxílio financeiro para as famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade.

O Plano reflete, ademais, os esforços permanentes da União no sentido de proteger a população quilombola da covid-19 e de seus efeitos socioeconômicos, envidados desde o início da pandemia em 2020.

Apresenta-se, a seguir, breve síntese do Plano, com a indicação da quantidade de famílias quilombolas alcançadas e o valor total investido, até o momento, pelo Governo Federal para assegurar a vida e a saúde dessa população.

VERSÃO PRELIMINAR

II. Introdução

O Brasil, a exemplo de outras nações, vê-se diante de uma pandemia causada por um novo tipo de coronavírus (covid-19). O novo agente foi descoberto no final de 2019, após casos registrados na China, e, desde então, já contaminou mais de 22 milhões de pessoas em todo o mundo[1]. Destas, 2,810,052 (2,18% do total) perderam sua vida.

Tão logo a covid-19 foi descoberta, a União criou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-COVID-19), no âmbito do MS. Coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), o COE-COVID foi ativado no dia 22 de janeiro de 2020, com o objetivo de nortear a atuação do MS na resposta à possível emergência de saúde pública. Desde então, o Ministério vem disponibilizando uma série de documentos técnicos para que a população quilombola, gestores e colaboradores possam adotar medidas que ajudem a prevenir, controlar e realizar o manejo de casos pela infecção humana pelo coronavírus (covid-19).

Os primeiros casos de coronavírus no país apareceram no final de fevereiro de 2020, já com o COE-COVID ativo e atuando. Naquele momento, porém, nem o Brasil nem as demais Nações compreendiam a gravidade da epidemia que a China e elas mesmas experimentavam. Não obstante, a rápida disseminação do vírus e a alta probabilidade de sobrecarga no sistema de saúde levaram o Governo Federal a decretar estado de calamidade pública, no dia 20 de março de 2020, por meio do Decreto Legislativo nº 6. À época, já se sabia, pela experiência de outros países, que a maior proporção de mortes por casos de covid-19 dizia respeito à população idosa, com mais de 60 anos de idade, e às pessoas com comorbidades e doenças crônicas.

Considerado esse diagnóstico, a chegada da covid-19 em territórios quilombolas, sobretudo, afastados dos centros urbanos, deveria ser evitada, desde o princípio, com ações articuladas e efetivas de prevenção e enfrentamento, dadas as condições de moradia com número expressivo de moradores em cada unidade domiciliar e na comunidade e carências estruturais e históricas, tais como a dificuldade de acesso aos serviços públicos essenciais, dentre eles, o de saúde.

[1] Fonte: https://covidvisualizer.com/. Acesso em 30 de março de 2020.

VERSÃO PRELIMINAR

2.1. Da População Quilombola:

Os povos de quilombos, ou populações quilombolas contemporâneas, são comunidades remanescentes dos antigos quilombos, formados ainda no período escravista. Sua autodefinição se liga à descendência dos primeiros agrupamentos formados pelas populações negras escravizadas que, como forma de resistência à escravidão, formaram inúmeras comunidades em áreas rurais e urbanas, espalhadas por todo território nacional, ligando-se, portanto, à noção de identidade étnica[2].

A Constituição Federal de 1988 faz menções específicas aos quilombos, tanto no art. 216:

> *Art. 216. Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem:*
> *§ 5º Ficam tombados todos os documentos e os sítios detentores de reminiscências históricas dos antigos quilombos.*

Como no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, art. 68:

> *Art. 68. Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos.*

Sob essa perspectiva, o Estado brasileiro certificou, até fevereiro de 2021, um total de 3.466 comunidades, com nº de processo específico junto à Fundação Cultural Palmares e publicização por ato administrativo no Diário Oficial da União.

Com a exceção do Acre, do Distrito Federal e de Roraima, todos os demais 24 Estados da Federação possuem, ao menos, oito comunidades quilombolas certificadas.

O Maranhão e a Bahia detêm juntos quase metade dessas comunidades (48,3%). Somando-se a esses estados, Minas Gerais, Pará, Pernambuco e Rio Grande do Sul possuem 77,1% do total, o que denota uma concentração nesses seis entes federados, sem desconsiderar o valor histórico e de resistência de cada um dos demais quilombos.

Os quilombolas correspondem a um dos 28 (vinte e oito) segmentos dos Povos

[2] Fonte: http://portalypade.mma.gov.br/quilombolas

VERSÃO PRELIMINAR

e das Comunidades Tradicionais previstos no Decreto nº 8.750/2016, dando-lhes representatividade formal no Conselho Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais.

Em 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, nos trabalhos preparatórios ao Censo 2020, realizou um mapeamento dos municípios com presença de comunidades quilombolas. Por meio de projeção por unidade familiar, a pesquisa apresentou uma estimativa de 1.133.106 de pessoas elegíveis à vacinação contra a covid-19. A pesquisa considerou todos os territórios quilombolas oficialmente delimitados pelo INCRA e pelos Institutos Estaduais de Terras e os agrupamentos de domicílios e outras localidades ocupadas por quilombolas.

A população quilombola representa atualmente, portanto, mais de 1,13 milhões de brasileiros. Desse total, 565.676 quilombolas estão inscritos no Cadastro Único do Ministério da Cidadania[3]. Desse total, 447.657 (79%) recebem o Programa Bolsa Família; 65% estudaram sem completar o ensino fundamental; e quase 38% são menores de idade.

Com relação às moradias, 96% são particulares permanentes. Delas, 56% possuem água canalizada, 78,5%, rede geral de distribuição ou de poço/nascente, e um pouco mais de 20% apresentam escoamento sanitário (rede coletora ou fossa séptica). Ademais, 88% das moradias de quilombolas inscritos no Cadúnico possuem energia elétrica e 27%, coleta direta de lixo.

Por fim, cabe acrescentar os dados do INEP sobre o número de escolas em áreas remanescentes de quilombo, num total de 2.532 escolas.

É, com base nesse contexto de visíveis vulnerabilidades socioeconômicas às quais a população quilombola está submetida, que o Governo Federal priorizou a vacinação desse grupo populacional, entendendo que essa é a forma mais efetiva de se reduzir o risco de morte pela covid-19, e tem, desde o início da pandemia, desenvolvido ações para assegurar segurança alimentar, seja bem distribuição direta de alimentos, seja pela garantia de renda mínima para essa população.

[3] Não existe outra base de informação disponível com esse nível de detalhamento, razão pela qual os quilombolas têm a previsão de constar como uma categoria específica no próximo Censo.

VERSÃO PRELIMINAR

2.2. Da Situação Epidemiológica da covid-19 e dos grupos de risco:

A pandemia da covid-19 impacta o Brasil e os demais países do mundo desde o início de 2020. Tal como se observa para qualquer patógeno respiratório emergente, a detecção e a propagação do coronavírus têm sido acompanhadas pela incerteza sobre as características epidemiológicas, clínicas e virais do novo patógeno e particularmente sobre sua habilidade de se espalhar na população humana e sua virulência.

Como decorrência,

> no ano 2020, registrou-se, no mundo, 84.586.904 milhões de casos da doença, destes 1.835.788 milhões foram a óbitos, no tocante às regiões das Américas, foram confirmados 39,8 milhões de casos e 925 mil óbitos. No Brasil, no mesmo período, notificou-se 7.716.405 milhões de casos da covid-19 e 195.725 mil óbitos [...]
> Segundo dados notificados referente a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), 1,1 milhão de casos foram hospitalizados, destes mais de 55% dos casos confirmados para covid-19 (n=623.124), dos quais 50,2% foram em maiores de 60 anos de idade (Brasil, Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.* 5ª edição. 15/03/2021).

Em que pese o agravamento e o óbito por covid-19 não serem uniformes, eles estão geralmente associados a características sociodemográficas, à imunodeficiências e à preexistência de comorbidades, tais como: doença renal crônica, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial grave, pneumopatias crônicas graves, anemia falciforme, câncer, obesidade mórbida, e à faixa etária superior a 60 anos.

No que se refere às características sociodemográficas, o agravamento e o óbito estão relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), isto é, às condições de acesso aos serviços públicos e de atendimento nesses espaços da população em situação de vulnerabilidade social.

No Brasil, dentre os grupos sociais nessa situação, encontra-se a população quilombola. Vivendo em comunidades, muitas vezes, distantes dos centros urbanos, essa população é altamente vulnerável à covid-19. Primeiramente, pelo grau coeso de convivência, que facilita e assevera a transmissão de vírus entre seus habitantes. Além disso, o controle de casos e vigilância nessas comunidades são desafiadores, haja vista as dificuldades logísticas para acesso a elas.

VERSÃO PRELIMINAR

Some-se a esses fatores, as carências quanto ao acesso aos serviços de saúde e às dificuldades de implementação de medidas farmacológicas nos casos de contaminação ou infecção por alguma doença.

Por esses e outros fatores, a população quilombola encontra-se entre os primeiros grupos populacionais a serem vacinados, com vistas à prevenção de óbitos e complicações por covid-19, conforme mostra o Quadro 1 abaixo. Estima-se, inicialmente, a vacinação nas próximas semanas de mais de 1,1 milhão de quilombolas acima de 18 anos em todo o país.

Quadro 1. Estimativa populacional para a Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19 e ordenamento de grupos prioritários*

Grupo	Grupo prioritário	População estimada*
1	Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	156.878
2	Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	6.472
3	Povos indígenas Vivendo em Terras Indígenas	413.739
4	Trabalhadores de Saúde	6.649.307
5	Pessoas de 90 anos ou mais	893.873
6	Pessoas de 85 a 89 anos	1.299.948
7	Pessoas de 80 a 84 anos	2.247.225
8	Pessoas de 75 a 79 anos	3.614.384
9	Povos e Comunidades tradicionais Ribeirinhas	286.833
10	Povos e Comunidades tradicionais Quilombolas	1.133.106
11	Pessoas de 70 a 74 anos	5.408.657
12	Pessoas de 65 a 69 anos	7.349.241
13	Pessoas de 60 a 64 anos	9.383.724
14	Comorbidades**	17.796.450
15	Pessoas com Deficiência Permanente	7.749.058
16	Pessoas em Situação de Rua	66.963
17	População Privada de Liberdade	753.966
18	Funcionários do Sistema de Privação de Liberdade[A]	108.949
19	Trabalhadores da Educação do Ensino Básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA)	2.707.200
20	Trabalhadores da Educação do Ensino Superior	719.818
21	Forças de Segurança e Salvamento	584.256
22	Forças Armadas	364.036
23	Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros	678.264
24	Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário	73.504
25	Trabalhadores de Transporte Aéreo	116.529
26	Trabalhadores de Transporte de Aquaviário	41.515
27	Caminhoneiros	1.241.061
28	Trabalhadores Portuários	111.397
29	Trabalhadores Industriais	5.323.291
Total		77.279.644

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS. *Dados sujeitos a alterações. **Ver quadro 2 para detalhamento das comorbidades. [A] Exceto trabalhadores de saúde.

Na 9ª pauta de distribuição da vacina, 63% da população quilombola já estava contemplada com doses da Sinovac/Butantan. Na 10ª pauta, publicada no último dia 25 de março, os demais 37% da população estimada foram contemplados, alcançando-se 100% da população inicialmente mapeada, conforme Quadro 2 abaixo.

Quadro 2. Distribuição dos grupos prioritários atendidos. Brasil. 2021

Grupos Prioritários	(%) pessoas dos grupos atendidas ATÉ a 8ª Pauta	(%) pessoas dos grupos atendidas ATÉ a 9ª Pauta	(%) pessoas dos grupos A SEREM ATENDIDAS, INCLUINDO a 10ª Pauta
Trabalhadores de Saúde	91,3%	95%	97%
Pessoas idosas (60 anos ou mais) residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas)	100%	100%	100%
Pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em residências inclusivas (institucionalizadas)	100%	100%	100%
Povos indígenas vivendo em terras indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena)	100%	100%	100%
Pessoas de 90 anos e mais	100%	100%	100%
Pessoas de de 85 a 89 anos	100%	100%	100%
Pessoas de 80 a 84 anos	100%	100%	100%
Pessoas de 75 a 79 anos	100%	100%	100%
Povos e Comunidades Tradicionais Ribeirinha	--	100%	100%
Povos e Comunidades Tradicionais Quilombola	--	63%	100%
Pessoas 70 a 74 anos	13%	78%	100%
Pessoas de 65 a 69 anos	--	--	30%

Fonte: Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Em que pese a perspectiva de progresso na aplicação da vacinação em parcela expressiva da população quilombola até as primeiras semanas de abril, a pandemia da covid-19 não estará superada e, portanto, as ações de prevenção e de acesso aos serviços públicos de saúde permanecem prioritárias e sendo executadas pela União, estados, Distrito Federal e municípios. Neste sentido, o Plano apresentado traz iniciativas que visam contribuir para a redução das vulnerabilidades dos quilombolas, em complementação à vacinação.

2.3. Do Orçamento da União para 2021:

Aprovado pelo Congresso Nacional com três meses de atraso no último dia 25

de março, o Orçamento da União para o ano de 2021 pode[4] trazer alterações expressivas em relação às dotações orçamentárias para os órgãos da Administração Pública Federal.

Chama atenção, inicialmente, o drástico corte nas dotações orçamentárias relativas à manutenção das políticas públicas já existentes. Diante do momento mais crítico da pandemia de COVID-19 no Brasil, sequer foram mantidos no orçamento os montantes de recursos disponibilizados em 2020 para as áreas de saúde e assistência social. Outro ponto para registro é a redução dos recursos destinados à realização do Censo pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que, praticamente, inviabiliza as pesquisas, informando que seria o primeiro registro dos quilombolas como público específico.

Adiciona-se a isso, o remanejamento de R$ 26,5 bilhões — da Previdência, do abono salarial e do seguro-desemprego, entre outros — para emendas parlamentares impositivas. Uma vez que os recursos alocados ao pagamento dos benefícios previdenciários e do seguro-desemprego retirados consistem em despesas obrigatórias e, portanto, terão que ser repostos, será necessário abrir créditos orçamentários adicionais que exigirão a realização de cortes ainda maiores nas despesas discricionárias.

Nesse contexto de significativas restrições orçamentárias e expressivos remanejamentos de recursos discricionários para emendas impositivas de parlamentares é que se apresenta este Plano de Enfrentamento. Buscou-se otimizar todas as possibilidades de atuação do governo federal, mesmo num cenário de inexistência ou restrita capacidade de execução orçamentária. Por meio da integração de esforços governamentais e de parcerias com órgãos públicos de outras esferas da federação e outros Poderes, bem como do setor privado e da sociedade civil, a promoção da saúde da população quilombola e a garantia de renda mínima e de segurança alimentar buscarão ser efetivadas até que a pandemia e suas consequências negativas sejam superadas.

Passa-se, então, à apresentação do Plano Nacional de Enfrentamento da COVID-19 para a População Quilombola.

[4] O número expressivo e o ineditismo dos remanejamentos orçamentários feitos pelos parlamentares é alvo, neste momento, de análise pelo Tribunal de Contas da União (TCU).

VERSÃO PRELIMINAR

III. Objetivos

Este Plano Nacional de Enfrentamento da covid-19 para a População Quilombola consiste na resposta da União aos riscos à vida e às implicações socioeconômicas negativas para esse grupo populacional em face da pandemia do novo coronavírus.

O Plano compreende, portanto, objetivos associados tanto à proteção e promoção do direito à vida e à saúde, como à defesa do território quilombola, com vistas a se evitar contaminação por presença de atores externos.

Sendo assim, são objetivos do Plano:

(1) Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde;
(2) Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário; e
(3) Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social.

O primeiro objetivo contempla ações voltadas à prevenção e à promoção da saúde das populações quilombolas, no intuito de ampliar o acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde.

As ações de prevenção compreendem diversas iniciativas desenvolvidas pelo MS com o apoio de outros órgãos, a saber, MMFDH, FCP, SEGOV e INCRA. Dentre elas, cabe inicialmente destacar as ações de sensibilização e orientação para a população quilombola, para as lideranças sociais que atuam junto a elas e para os gestores públicos locais, com vistas a assegurar a efetiva vacinação prioritária dessa população e a redução da contaminação e das mortes de quilombolas.

Por sua vez, as ações de promoção visam assegurar o atendimento dessa população junto à Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo a busca ativa, a avaliação de risco, a coordenação do cuidado na identificação de sinais e sintomas, e a identificação da gravidade clínica.

VERSÃO PRELIMINAR

Quanto ao segundo objetivo, o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas será apoiado pelo INCRA, por meio de suas Superintendências Regionais, e pela Fundação Cultural Palmares (FCP). Esses órgãos têm prestado assistência às comunidades quilombolas que possuem processo de regularização fundiária em curso ou já estão devidamente tituladas no que diz respeito à defesa da posse contra esbulho e turbações, de modo a contribuir para que não haja trânsito de terceiros não autorizados, salvo daqueles responsáveis pela entrega de alimentos e kits sanitários nas comunidades, devidamente autorizados.

Por fim, no que diz respeito às ações de segurança alimentar, o Plano contempla iniciativas que vão desde a distribuição direta de alimentos pelo governo federal até a garantia de renda mínima para famílias inscritas no Programa Bolsa Família e no Cadúnico, dentre outras, para possibilitar não só a aquisição de alimentos, como também de itens de higiene e limpeza e de equipamentos de proteção individual pela população quilombola vulnerável.

Tendo em vista a transversalidade do objeto deste Plano, o conjunto de ações desenvolvidas para alcançar os objetivos supracitados encontra-se sob a responsabilidade compartilhada e complementar de diversos órgãos do Governo Federal, com apoio de outras entidades, conforme Quadro 3 abaixo:

Quadro 3. Matriz de Responsabilidade pelas ações do Plano

Objetivo	Órgão(s) Responsável(is)	Órgão(s) apoiador(es)
I. Ampliar estratégias de prevenção e do acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde	Ministério da Saúde	CONASS CONASEMS Fundação Palmares Secretaria de Governo
II. Contribuir para o controle de entrada nos territórios por terceiros considerado isolamento social comunitário	Fundação Palmares INCRA	Secretaria de Governo GSI
III. Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social	Ministério da Cidadania Fundação Palmares	MMFDH MEC Pátria Voluntária/ Casa Civil
Metodologias de avaliação por objetivo	Órgão responsável pelo Objetivo	CGU

VERSÃO PRELIMINAR

A seguir, apresenta-se, de forma detalhada, as ações, metas, cronograma de execução e investimento feito para alcançar os objetivos deste Plano.

VERSÃO PRELIMINAR

IV. Execução por objetivo

Os três principais objetivos deste Plano, que, em conjunto, possibilitarão a redução do risco de contaminação e de óbitos de quilombolas por covid-19, bem como o impacto negativo das implicações socioeconômicas da pandemia nessa população, serão alcançados por meio de um conjunto de ações, com metas, orçamento e cronograma de execução próprios.

A seguir, esse detalhamento é apresentado por objetivo.

1. Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde:

A ampliação da prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde passa por um conjunto de estratégias voltadas para atores diversos, sejam privados, da sociedade civil, sejam públicos, com atuação nas políticas setoriais. Ela passa por ações diretamente relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS), que representa o nível de atenção prioritário para a contenção da disseminação da covid-19.

Tendo isso em vista, a Secretaria de Atenção Básica em Saúde tem adotado diversas estratégias com vistas a enfrentar o novo coronavírus. Cita-se, a título de exemplo, o fortalecimento do Acesso na APS; a ampliação da capacidade assistencial na APS por meio da disponibilização de mais profissionais de saúde para as equipes; e suporte clínico para que as equipes possam realizar o adequado manejo dos casos.

Com a implantação do Programa Previne Brasil em 2019 pelo MS, todas as equipes de saúde devem conhecer a população sob sua responsabilidade pelo nome, local de moradia e situação de saúde de cada indivíduo. Além disso, elas devem consistir no ponto de referência para as pessoas que tiverem um problema de saúde. As equipes devem, portando, realizar a busca ativa dessa população, sobretudo, dos grupos mais expostos e vulneráveis a certas situações de saúde. Nesse sentido, é de extrema importância que os gestores locais mobilizem e incentivem as equipes de saúde da família para que cadastrem as populações quilombolas eles têm contado com o apoio do MS para tal.

VERSÃO PRELIMINAR

O MS está aumentando, ademais, o acesso da população à atenção primária a partir do credenciamento de mais equipes de saúde da família – eSF e de atenção primária – eAP que atuam nas Unidades de Saúde da Família. É meta do governo federal a implantação de 50 mil equipes até 2022, alcançando-se a cobertura de 70% da população.

Adicionalmente e considerando a necessidade de qualificar o acesso da população aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), foi publicada a Portaria n° 2.405, de 16 de setembro de 2020, que institui incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional e temporário, aos municípios e Distrito Federal para o fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no cuidado às populações específicas, incluindo a população quilombola, no contexto da covid-19. O incentivo financeiro tem a finalidade de apoiar a gestão local na qualificação da identificação precoce, do acompanhamento e monitoramento de populações específicas com síndrome gripal, suspeita ou confirmação de Covid-19.

O Brasil conta atualmente com mais de 45 mil (quarenta e cinco mil) eSF e quase 3 mil (três mil) eAP implantadas, que atuam nas UBS. As Equipes de Saúde da Família são compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde, nas quais a jornada de trabalho para todos os integrantes é de 40 horas semanais.

Dentre esses profissionais, destaca-se a importância dos Agentes Comunitários de Saúde para o fortalecimento das ações de prevenção e promoção voltadas às populações quilombolas. Eles são protagonistas dentro das comunidades no que concerne ao cuidado em saúde, sendo, portanto, imprescindível que eles sejam orientados, testados e façam uso de EPIs para a realização de qualquer contato com a comunidade.

Além deles, é necessário assegurar a testagem da população quilombola, com o devido alinhamento com as estratégias implementadas pelo gestor local, para que as ações de proteção à população sejam realizadas com agilidade.

No endereço eletrônico https://localizasus.saude.gov.br, o MS disponibiliza as informações sobre os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e os testes rápidos distribuídos aos estados para repasse aos municípios.

VERSÃO PRELIMINAR

Somado a elas, o sítio eletrônico também apresenta informações técnicas e oficiais para a população quilombola, utilizando recursos adequados à realidade de seu território (carta, e-mail, radiofonia, telefone/celular, internet), com disponibilização de materiais educativos sobre a COVID-19 com linguagem de fácil entendimento e culturalmente adequada.

Essas e outras ações, conforme descrito adiante, têm sido desenvolvidas para se alcançar as seguintes metas definidas para se alcançar o objetivo de ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde:

1.1. Implementar estratégias de prevenção à contaminação por covid-19;
1.2. Divulgar campanha de mobilização de lideranças sociais sobre a importância da prevenção e da vacinação prioritária da população quilombola;
1.3. Divulgar campanha de sensibilização da população quilombola sobre a importância da prevenção e da vacinação contra a covid-19; e
1.4. Divulgar canal de denúncia e informação sobre o atendimento nos serviços de saúde e a vacinação prioritária para a população quilombola.

A seguir essas metas são apresentadas com maior detalhamento, acrescentando as ações a serem desenvolvidas e implementadas para alcançá-las, seu cronograma de execução e o orçamento destinado a elas.

1.1. Implementar estratégias de prevenção à contaminação por covid-19:

As ações de atenção primária devem englobar, em um contexto de pandemia, ações de prevenção, tratamento e reabilitação, com um aumento da resolubilidade dos casos para que seja possível evitar remoções desnecessárias para outros níveis de atenção, considerando a sobrecarga do sistema de saúde.

É imperativo que as equipes de saúde, as quais atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), configurem-se como o primeiro e principal contato da população com o sistema de saúde e busquem atender aos compromissos de diagnosticar, tratar e

VERSÃO PRELIMINAR

reabilitar problemas de saúde agudos e crônicos, além de possibilitar a prevenção de agravos, a promoção da saúde e a coordenação do cuidado.

Adicionalmente, esse nível de atenção à saúde deve ser proativo, o que exige identificar as pessoas que não tenham acessado o serviço de saúde por diversos motivos.

Para possibilitar com que as estratégias de prevenção à contaminação por covid-19 sejam efetivas, o governo federal tem desenvolvido as seguintes ações:

a) Ampliação do acesso à saúde das populações quilombolas, de forma a fortalecer as ações de promoção e prevenção da saúde com contexto da covid-19;
b) Incentivo aos municípios para fortalecerem em seus respectivos territórios ações direcionadas à população quilombola, promovendo a vinculação dessas populações aos pontos de atenção;
c) Indução de estados e municípios a produzirem dados estratificados sobre a situação de saúde das populações quilombolas no que diz respeito à covid-19, de forma a manter atualizado os sistemas nacionais de informação em saúde;
d) Estabelecimento de critérios para avaliação de barreiras de acesso a cuidados primários em saúde;
e) Garantia de testagem e disponibilização de EPIs para os agentes de saúde locais;
f) Garantia de testagem e disponibilização de EPIs para a população quilombola; e
g) Criação de materiais educativos sobre a covid-19 com linguagem de fácil entendimento e culturalmente adequada.

A ampliação do acesso à saúde das populações quilombolas, de forma a fortalecer as ações de promoção e prevenção da saúde com contexto da covid-19, tem sido promovida por meio do aumento do credenciamento de eSF e eAP que atuam nas Unidades de Saúde da Família.

Por sua vez, o incentivo aos municípios para fortalecerem em seus respectivos territórios ações direcionadas à população quilombola decorre de publicação de

VERSÃO PRELIMINAR

Portaria n° 2.405, de 16 de setembro de 2020, que institui incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional e temporário, aos municípios e Distrito Federal para o fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no cuidado às populações específicas, incluindo a população quilombola, no contexto da covid-19.

No que diz respeito à indução de estados e municípios a produzirem dados estratificados sobre a situação de saúde das populações quilombolas no que diz respeito à covid-19, o MS realizou alterações no sistema de registro de pacientes, onde estão incluídos os infectados com o coronavírus, de forma conhecer e a manter atualizado os sistemas nacionais de informação em saúde em relação à população quilombola, inclusive.

Quanto ao estabelecimento de critérios para avaliação de barreiras de acesso a cuidados primários em saúde e a garantia de testagem e disponibilização de EPIs para os agentes de saúde locais, desde o início da pandemia, o MS tem atuado proativamente nesse sentido e disponibilizado as informações atualizadas, que podem ser acessadas pelo sítio https://localizasus.saude.gov.br/.

Some-se a essa atuação junto aos municípios, os esforços da União no sentido de fornecer EPIs para a população quilombola mais vulnerável. A esse respeito, cita-se a doação de máscaras para comunidades quilombolas do estado da Bahia no período de 19/10/2020 a 15/11/2020. Ao todo, foram doadas 90.800 máscaras para 11.413 famílias quilombolas enquadradas como de alta ou muito alta vulnerabilidade em relação à segurança alimentar, de acordo com o Mapeamento de Insegurança Alimentar - Mapa InSAN, em 22 municípios do estado. Em média, cada uma das famílias recebeu 8 máscaras, conforme Tabela 1 a seguir.

VERSÃO PRELIMINAR

Tabela 1. Distribuição de máscaras para famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar no estado da Bahia.

Municípios	Total famílias	Total de máscaras	Cronograma de distribuição das máscaras descartáveis							
			S. 19 a 25/10		S. 26/10 a 1/11		S. 2 a 8/11		S. 9 a 15/11	
			Previsto	Entregue	Previsto	Entregue	Previsto	Entregue	Previsto	Entregue
Barra do Mendes	231	1.750	1.750	1.750						
Barro Alto	118	900	900	900						
Caetité	788	6.350					6.350	6.350		
Campo Formoso	2.207	17.750	17.750	3.950				2.100		11.700
Canarana	319	2.600			2.600	2.600				
Cipó*	302	2.350			2.350	2.350				
Gentio do Ouro	304	2.300			2.300	2.300				
Igrapiúna	191	1.450	1.450	1.450						
Irecê	316	2.550					2.550			2.550
João Dourado	720	5.500	5.500	5.500						
Jussara	235	1.850	1.850	1.850						
Lapão	1.678	13.600			13.600	13.600				
Lençóis	156	1.300					1.300	1.300		
Morro do Chapéu	581	4.700					4.700	4.700		
Mulungu do Morro	517	3.950	3.950	3.950						
Nordestina	447	3.350			3.350	3.350				
Piatã	530	4.300					4.300	4.300		
Pindobaçu	299	2.450			2.450	2.450				
São Gabriel	392	3.200				3.200	3.200			
Simões Filho	722	5.650	5.650	5.650						
Uibai	233	1.900			1.900	1.900				
Xique-Xique	127	1.050					1.050			1.050
Total	**11.413**	**90.800**	**38.800**	**25.000**	**28.550**	**31.750**	**23.450**	**18.750**	**-**	**15.300**

VERSÃO PRELIMINAR

Outra medida de prevenção consiste em assegurar e ampliar o acesso à testagem. Está em trâmite no MS, em especial na Secretária de Vigilância em Saúde – SVS, processo administrativo para aquisição de testes rápidos de antígeno para covid-19. Tal processo conta com o apoio técnico da Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS), que, por meio do Departamento de Saúde da Família, realizou o levantamento das solicitações dos testes rápidos de antígenos para covid-19, dirigidas à SAPS no ano de 2021.O montante solicitado perfaz aproximadamente um milhão de testes, que se concentram majoritariamente nas capitais brasileiras e nos municípios da região Sul.

Salienta-se que, nas demandas apresentadas à SAPS, não houve direcionamento da solicitação por populações específicas por parte dos municípios e

estados. Diante disso e considerando que as ações são descentralizadas e organizadas em rede regionalizada e hierarquizada com gestão democrática e participativa, visando alcançar integralidade na atenção e equidade no acesso, providências quanto ao cadastramento de populações quilombolas foram demandadas aos municípios com a finalidade de resolver a necessidade de cuidado dessa população de modo amplo.

Providências dessa magnitude demandam tempo e procedimentos que não permitem a apresentação de um cronograma factível de entrega desses testes às populações quilombolas, neste momento. No entanto, a SAPS está comprometida em realizar com presteza as ações de sua competência de modo a compendiar o período para apresentação de dados relevantes à justificação da aquisição de Teste Rápido de Antígeno para covid-19 que beneficiará tal população.

Por fim, no que concerne à criação de materiais educativos sobre a covid-19 para a população quilombola, a FCP tem divulgado, fazendo coro às ações do MS, orientações de prevenção e informações sobre os modos de contágio e sobre o controle para os casos identificados, por meio do Portal Palmares e das redes sociais. A cartilha virtual *Não Leve a COVID-19 Pro Quilombo*, disponível em http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/covid-quilombo.pdf, foi desenvolvida pensando nas peculiaridades das populações quilombolas.

A cartilha tem sido reiteradamente divulgada para lideranças quilombolas por meio de redes de transmissão como as do WhatsApp. O Brasil tem, atualmente, 3.432 comunidades certificadas pela FCP e todas elas têm sido alcançadas por essas informações.

A FCP também disponibiliza contatos de telefone e e-mail para denúncias, reclamações e orientações sobre as ações de proteção ao patrimônio afrobrasilerio em seu sítio eletrônico: www.palmares.gov.br.

No Quadro a seguir, descreve-se as os públicos beneficiados, o cronograma de execução e o responsável por ação. Ressalte-se que a maior parcela delas é contínua, tendo, portanto, somente data de início e não de fim. O período de sua execução corresponderá ao contexto da própria pandemia da covid-19 e de sua superação nos próximos meses.

VERSÃO PRELIMINAR

Quadro 4. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde	Implementar estratégias de prevenção à contaminação por covid-19	Ampliação do acesso à saúde das populações quilombolas, de forma a fortalecer as ações de promoção e prevenção da saúde com contexto da covid-19	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MS	01/03/2020	-
		Incentivo aos municípios para fortalecerem em seus respectivos territórios ações direcionadas à população quilombola, promovendo a vinculação dessas populações aos pontos de atenção			16/09/2020	-
		Indução de estados e municípios a produzirem dados estratificados sobre a situação de saúde das populações quilombolas no que diz respeito à covid-19, de forma a manter atualizado os sistemas nacionais de informação em saúde			03/032021	-
		Estabelecimento de critérios para avaliação de barreiras de acesso a cuidados primários em saúde			01/03/2020	-
		Garantia de testagem e disponibilização de EPIs para os agentes de saúde locais	Gestores municipais de 1.279 municípios e 25 unidades da federação		01/03/2020	-
		Garantia de testagem para a população quilombola	*(a informar)*		01/03/2021	*(a informar)*
		Distribuição de 90.800 máscaras para famílias quilombolas enquadradas como de alta ou muito alta vulnerabilidade em relação à segurança alimentar de acordo	11.413 famílias quilombolas de 22 municípios no estado da Bahia	Pátria Voluntária	19/10/2020	15/11/2020

VERSÃO PRELIMINAR

		com o Mapeamento de Insergurança Alimentar - Mapa InSAN				
		Criação de materiais educativos sobre a covid-19 com linguagem de fácil entendimento e culturalmente adequada	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MS	05/04/2021	09/04/2021

Para a implementação das ações supracitadas, o MS tem investido montante expressivo de recursos orçamentários. No quadro abaixo, faz-se referência a eles. Informa-se, porém, que o cálculo do investimento ainda se encontra em desenvolvimento e será informado tão logo seja concluído.

Quadro 5. Detalhamento do investimento orçamentário

Ação/ Atividade	Investimento (R$)	Unidade orçamentária	Programa Orçamentário	Ação orçamentária	Plano Orçamentário	Modalidade
Ampliação do acesso à saúde das populações quilombolas, de forma a fortalecer as ações de promoção e prevenção da saúde com contexto da covid-19	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*
Incentivo aos municípios para fortalecerem em seus respectivos territórios ações direcionadas à população quilombola, promovendo a vinculação dessas populações aos pontos de atenção	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*

VERSÃO PRELIMINAR

Indução de estados e municípios a produzirem dados estratificados sobre a situação de saúde das populações quilombolas no que diz respeito à covid-19, de forma a manter atualizado os sistemas nacionais de informação em saúde	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Estabelecimento de critérios para avaliação de barreiras de acesso a cuidados primários em saúde	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Garantia de testagem e disponibilização de EPIs para os agentes de saúde locais	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*
Garantia de testagem para a população quilombola	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*	*(A informar)*
Distribuição de 90.800 máscaras para famílias quilombolas enquadradas como de alta ou muito alta vulnerabilidade em relação à segurança alimentar alimentar, de acordo com o Mapeamento de Insergurança Alimentar - Mapa InSAN	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Criação de materiais educativos sobre a covid-19 com linguagem	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica

VERSÃO PRELIMINAR

de fácil entendimento e culturalmente adequada						

Dentre as ações supracitadas, a indução para a produção de dados pelos entes federativos, o estabelecimento de critérios, a doação de máscaras e a criação de materiais educativos não envolvem despesas específicas, uma vez que decorrem de atividades já desenvolvidas pela Administração Pública Federal, sem ônus adicional para os órgãos. Desta forma, no quadro demonstrativo acima, não há especificação de gastos para elas.

1.2. Divulgar campanha de mobilização de lideranças sociais sobre a importância da prevenção e da vacinação prioritária da população quilombola:

O acesso à informação precisa e qualificada consiste em um dos pilares para a prevenção a qualquer doença e para a redução das chances de contaminação por ela, sobretudo, em contextos de epidemia. Num cenário de pandemia mundial de covid-19, a informação torna-se ainda mais imprescindível para se evitar contaminação e morte pelo coronavírus. Mais do que isso, a informação confiável torna-se crucial para combater a desinformação e suas implicações, tais como a evitável exposição ao vírus e maior risco de morte.

Por se tratar de um vírus novo e, até 2020, desconhecido por todos, dentre outras razões, há ainda certa desconfiança social quanto à forma mais adequada de enfrentá-lo e quanto à eficácia das vacinas que têm sido produzidas por diferentes laboratórios no Brasil e no mundo, não obstante as comprovações científicas e aprovação pelas autoridades sanitárias doméstica e internacionais.

Tal desconfiança tem sido observada em determinados grupos de quilombolas pelo país. O governo federal, por intermédio da FCP e do MMFDH, tem recebido, desde o início da vacinação prioritária dessa população a nível nacional a partir da semana do dia 22 de março de 2021, informações acerca da negativa e/ou resistência de quilombolas à vacinação, sob a alegação de que a vacina pode trazer algum dano pessoal e espiritual para ele(a).

VERSÃO PRELIMINAR

Considerando a importância da vacinação para a promoção de saúde e redução do risco de morte da população quilombola frente ao coronavírus; e

Diante da importância de se respeitar, por seu turno, a crença e a decisão de cada pessoa quilombola quanto à sua própria vacinação;

O governo federal tem atuado na mobilização e na sensibilização de lideranças sociais quanto à importância de ações de prevenção individuais e coletivas e da vacinação prioritária da população quilombola, tal como definido no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação. Uma das metas para ampliar a prevenção e o acesso aos serviços de saúde consiste, portanto, na divulgação de campanha educativa para essas lideranças, com vistas a orientá-los e municiá-los com as informações corretas quanto à prevenção, dentre outros, pela vacinação.

No Quadro a seguir, descreve-se as ações, os públicos beneficiados, os órgãos responsáveis, o cronograma de implementação e os investimentos realizados para se alcançar a meta de *divulgar campanha de mobilização de lideranças sociais sobre a importância da prevenção e da vacinação prioritária da população quilombola*.

Dentre as ações, destaca-se:

1. a divulgação de vídeo institucional e de áudio da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damares Alves, nas páginas oficiais do MMFDH[5] e da Ministra e na Voz do Brasil, respectivamente, no sentido de sensibilizar, mobilizar e orientar a população quilombola, as lideranças sociais e os gestores municipais que atuam junto à população quanto à importância da vacinação prioritária e neste momento dessa população; e
2. a elaboração e envio de ofício para organizações da sociedade civil que atuam com quilombolas e para órgãos municipais e estaduais responsáveis pela vacinação dessa população, com orientações para a efetiva aplicação prioritária da vacina nesse grupo populacional (Apêndice A).

[5] O vídeo está disponível em https://youtu.be/9gXGIxoOgtc, e foi amplamente divulgado por meio da notícia “Ministra Damares pede diálogo com quilombolas e indígenas sobre vacinação contra Covid-19”, disponível em https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/marco/ministra-damares-pede-dialogo-com-quilombolas-e-indigenas-sobre-vacinacao-contra-covid-19.

VERSÃO PRELIMINAR

No quadro a seguir, o detalhamento da implementação dessas ações é feito, destacando os responsáveis e o público beneficiado por elas.

Quadro 6. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
1. Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde	Divulgação de campanha orgânica de mobilização de lideranças sociais sobre a importância da vacinação prioritária da população quilombola	Gravação de vídeo da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos de mobilização e sensibilização de lideranças sociais quanto à importância da vacinação prioritária da população quilombola	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MMFDH	26/03/2021	26/03/2021
		Edição, com inserção de Libras, de vídeo da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos de mobilização e sensibilização de lideranças sociais			29/03/2021	29/03/2021
		Publicação do vídeo no sítio eletrônico do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos			29/03/2021	29/03/2021
		Divulgação, nas redes sociais oficiais da Ministra e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, do vídeo da campanha			29/03/2021	29/03/2021
		Gravação e divulgação, na Voz do Brasil, de áudio da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos para quilombolas e lideranças sociais sobre a importância da vacinação			30/03/2021	30/03/2021
		Divulgação do vídeo por e-mail e nos grupos de whatsapp de lideranças quilombolas e religiosas que atuam com essa população	(*a informar*)	FCP MMFDH SEGOV	29/03/2021	01/04/2021
		Elaboração e envio de ofício para os gestores municipais e estaduais de saúde com solicitação de divulgação de vídeo para suas redes de profissionais que atuam com a população quilombola	Gestores municipais de 1.279 municípios e 25 unidades da federação	MS	30/03/2021	31/03/2021

VERSÃO PRELIMINAR

		Elaboração e envio de ofício para gestores municipais e estaduais com solicitação para divulgação de vídeo para as redes de profissionais que atuam com a população quilombola		SEGOV	30/03/2021	31/03/2021
		Elaboração de ofício para as Superintendências Regionais e Unidades Avançadas com solicitação para divulgação de vídeo para as redes de profissionais que atuam com a população quilombola	40 unidades em todo o país	INCRA	30/03/2021	31/03/2021

As ações supracitadas não envolvem despesas específicas, uma vez que decorrem de atividades já desenvolvidas pela Administração Pública Federal, sem ônus adicional para os órgãos. Desta forma, não se apresenta a seguir quadro demonstrativo de investimento orçamentário-financeiro para o alcance da meta *divulgar campanha de mobilização de lideranças sociais sobre a importância da prevenção e da vacinação prioritária da população quilombola*.

1.3. Divulgar campanha de sensibilização da população quilombola sobre a importância da prevenção e da vacinação contra covid-19:

Como salientado acima, o acesso à informação precisa e qualificada sobre o coronavírus e suas formas de prevenção pela população quilombola tem consistido em relevante desafio, notadamente, pela disseminação de "desinformação", dentre outras, relacionada à vacina contra a Covid-19, que constitui atualmente a principal resposta de prevenção à essa doença.

Por ainda haver desconfiança de parcela dessa população quanto à forma mais adequada de enfrentar o vírus e quanto à eficácia das vacinas que têm sido produzidas por diferentes laboratórios no Brasil e no mundo, o governo federal, por intermédio da Fundação Cultural Palmares, do Ministério da Saúde, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos e da Secretaria de Governo da Presidência da República, tem buscado informar e orientar corretamente a população quilombola quanto aos riscos da Covid-19 para sua saúde, quanto às

VERSÃO PRELIMINAR

melhores práticas para prevenir a contaminação por esse vírus, e quanto à importância da vacinação para se proteger em caso de contaminação pela Covid-19.

Considerando que a vacinação não pode ser forçada e que se deve respeitar a decisão de cada pessoa quilombola quanto à sua própria saúde; mas, não obstante,

Tendo em vista a importância cientificamente comprovada da vacinação para a prevenção de mortes pela Covid-19, sobretudo, em grupos socialmente mais vulneráveis,

O governo federal trabalha na sensibilização da população quilombola sobre a importância da prevenção e da vacinação, tal como definido no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação. Uma das metas para ampliar a prevenção e o acesso aos serviços de saúde consiste, portanto, na divulgação de campanha educativa para essa população, com vistas a/ orientá-los com as informações corretas quanto à prevenção, dentre outros, pela vacinação.

No Quadro a seguir, descreve-se as ações, os públicos beneficiados, os órgãos responsáveis e o cronograma de implementação para se alcançar a meta de *divulgar campanha de sensibilização da população quilombola sobre a importância da prevenção e da vacinação.*

VERSÃO PRELIMINAR

Quadro 7. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
1. Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde	Divulgar campanha de sensibilização sobre a importância da prevenção e da vacinação para a população quilombola	Gravação de vídeo da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos de mobilização e sensibilização da população quilombola sobre a importância da vacinação	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MMFDH	26/03/2021	26/03/2021
		Edição, com inserção de Libras, de vídeo da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos mobilização e sensibilização da população quilombola sobre a importância da vacinação			29/03/2021	29/03/2021

		Publicação do vídeo no sítio eletrônico do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos			29/03/2021	29/03/2021
		Divulgação, nas redes sociais oficiais da Ministra e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, do vídeo da campanha			29/03/2021	29/03/2021
		Gravação e divulgação, na Voz do Brasil, de áudio da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos para quilombolas sobre a importância da vacinação			30/03/2021	30/03/2021
		Veiculação das informações sobre a vacinação prioritária da população quilombola na mídia televisa e rádios			30/03/2021	01/04/2021
		Divulgação do vídeo por e-mail e nos grupos de whatsapp de lideranças quilombolas e quilombolas que atuam com essa população	(*a informar*)	FCP MMFDH SEGOV	29/03/2021	01/04/2021
		Mapeamento das instituições e lideranças sociais de quilombolas e dos meios de comunicação para alcance dessa população	(*a informar*)	MS	30/03/2021	01/04/2021
		Criação de estratégias de comunicação específicas para essa população	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil		05/04/2021	09/04/2021
		Criação de materiais publicitários personalizados para a população quilombola			05/04/2021	09/04/2021
		Divulgação dos materiais publicitários criados para a população quilombola		FCP MMFDH MS SEGOV INCRA	09/04/2021	30/04/2021

As ações supracitadas não envolvem despesas específicas, uma vez que decorrem de atividades já desenvolvidas pela Administração Pública Federal, sem ônus adicional para os órgãos envolvidos. Desta forma, não se apresenta a seguir

VERSÃO PRELIMINAR

quadro demonstrativo de investimento orçamentário-financeiro para o alcance da meta *divulgar campanha de sensibilização sobre a importância da prevenção e da vacinação para a população quilombola.*

1.4. Divulgar canal de denúncia e informação sobre o atendimento nos serviços de saúde e a vacinação prioritária para a população quilombola:

Somado às campanhas para a população quilombola e para lideranças sociais e gestores públicos descritas nas subseções acima, o recebimento, por parte do governo federal, de informações quanto à resistência de quilombolas à vacinação por agentes públicos, já relatadas, bem como a necessidade de se conhecer e avaliar os diversos aspectos que envolve a vacinação prioritária da população quilombola, tais como o adequado quantitativo de doses a ser disponibilizado, o cumprimento da priorização da vacinação desse grupo pelos estados e municípios, a qualidade do atendimento realizado, dentre outros, apontam para a importância de se divulgar amplamente canal de atendimento para se garantir a efetividade das medidas de prevenção, tais como a vacinação, para a população quilombola.

Nesse sentido, a prevenção e a ampliação do acesso aos serviços de saúde requerem, adicionalmente, a disponibilização de ferramentas para que a informação seja transmitida e a violação de direito seja apurada e as providências tomadas para a responsabilização, se cabível, do violador e os aprimoramentos nos serviços e nas ações implementadas.

O governo federal, por intermédio do Ministério da Saúde, disponibiliza o Disque Saúde 136 para que o cidadão possa se manifestar[6]. O Disque é um canal de teleatendimento para manifestações sobre os serviços prestados pelo SUS. Ele funciona 24 horas e a ligação é gratuita. De segunda a sexta-feira, das 7h às 22h, aos sábados e domingos, das 8h às 18h, o cidadão pode falar diretamente com o operador. Fora desses horários, é possível obter informações pela Unidade de Atendimento Audível (URA).

O cidadão pode procurar o Disque Saúde 136 para fazer denúncia, reclamação, solicitação, pedido de informação, elogio ou sugestão. Pela **opção 7**, a

[6] Link para acesso às informações sobre o Disque Saúde 136: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/disque_saude_136.pdf

VERSÃO PRELIMINAR

população quilombola pode se manifestar como e sobre o que desejar e necessitar em relação à vacinação, ao atendimento pelas equipes de saúde locais, às formas de prevenção da covid-19, ou sobre qualquer outro assunto.

O Disque 136 analisa e encaminha as demandas recebidas e também atua, de forma espontânea, em contato ativo com usuários dos serviços de saúde pública para que as informações recolhidas incrementem as políticas públicas de saúde, ou seja, é um recurso que pode facilitar acesso a serviços de saúde e também receber denúncias sobre ausência de atendimentos.

Em que pese ser o Disque 136 a principal porta de entrada para manifestações diversas relacionadas à política de saúde, reclamações, solicitações, pedidos de informação e sugestões são encaminhados, também, para outros órgãos federais, estaduais, distrital e municipais, por meio de outros canais de atendimento oficiais e não oficiais (telefone, e-mail e WhatsApp).

Tendo isso em vista e considerando a importância de se integrar as manifestações recebidas pelos diferentes órgãos públicos para fins de aprimoramentos na própria política e em suas ações, o governo federal estabeleceu um fluxo padronizado de encaminhamento de informações e denúncias quanto à vacinação e ao atendimento nos serviços públicos de saúde, como mostra a Figura 1 abaixo.

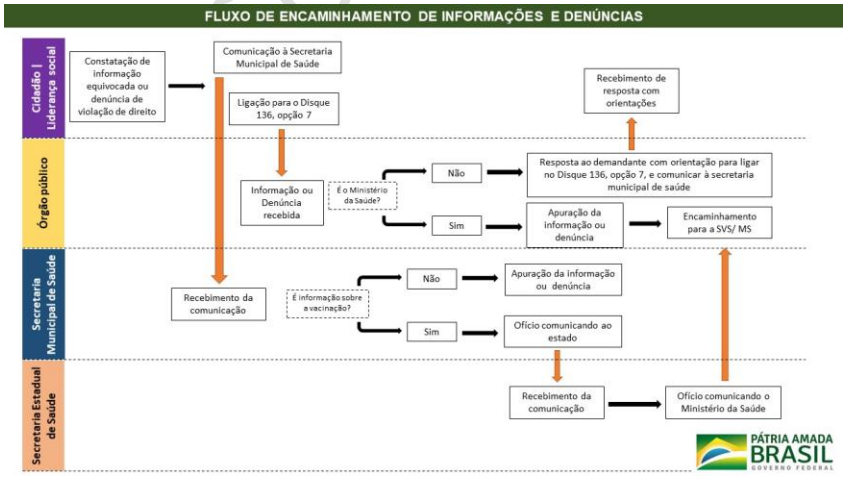


Figura 1. Fluxo de encaminhamento de informações e denúncias.

PRELIMINAR

O fluxo canaliza as manifestações recebidas por “portas de entrada” distintas para o mesmo órgão, a saber, o Ministério da Saúde. Independente da esfera da federação e do órgão receptor da demanda, a informação chegará ao órgão de coordenação nacional da política de saúde para avaliação e providências. Dessa forma, busca-se assegurar que os dados produzidos e as providências tomadas sejam as mais próximas possíveis à realidade brasileira. Num contexto de distribuição de vacinas baseada em estimativa populacional, como o atual, essa ação ganha ainda mais relevância. Ela possibilitará que os municípios, estados, Distrito Federal e o governo federal disponibilizem o quantitativo adequado de doses da vacina e prestem o atendimento esperado, com vistas a prevenir a contaminação e as mortes de quilombos por covid-19.

Some-se a isso a iniciativa do MS em elaborar materiais informativos sobre o Disque 136 direcionados às populações quilombolas. Os materiais serão divulgados no portal do Ministério, bem como nas redes sociais da instituição. Após a publicação, as peças publicitárias serão enviadas aos gestores, profissionais de saúde, parceiros institucionais, sociedade civil e lideranças comunitárias.

A seguir, detalha-se os públicos beneficiados, os responsáveis e o cronograma de implementação das ações desenvolvidas para se alcançar a meta *divulgar canal de denúncia e informação sobre o atendimento nos serviços de saúde e a vacinação prioritária para a população quilombola.*

Quadro 8. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
1. Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde	*Divulgar canal de denúncia e informação sobre o atendimento nos serviços de saúde e a vacinação prioritária para a população quilombola*	Elaboração de fluxo de encaminhamento de denúncias e informações sobre os serviços de saúde e a vacinação	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MMFDH MS FCP SEGOV	30/03/2021	31/03/2021
		Elaboração e envio de comunicado para lideranças sociais que atuam junto às comunidades quilombolas, divulgando o Disque 136, opção 7	*(a informar)*		31/03/2021	01/04/2021
		Criação de materiais publicitários personalizados para a população quilombola, com divulgação do Disque 136	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MS	05/04/2021	09/04/2021

VERSÃO PRELIMINAR

		Divulgação dos materiais publicitários criados para a população quilombola com informação sobre o Disque 136		MMFDH MS FCP SEGOV INCRA	09/04/2021	30/04/2021

Todas essas ações já estão contempladas nas atividades desenvolvidas pela Administração Pública Federal e, portanto, não envolvem despesas, nem acarretam ônus adicional para os órgãos envolvidos. Desta forma, não se apresenta a seguir quadro demonstrativo de investimento orçamentário-financeiro para o alcance da meta *divulgar canal de denúncia e informação sobre o atendimento nos serviços de saúde e a vacinação prioritária para a população quilombola*.

Em síntese, portanto, no que diz respeito à ampliação da prevenção, com foco na vacinação prioritária da população quilombola, e do acesso aos serviços de saúde, o governo federal tem desenvolvido ações complementares e sequenciais, que buscam orientar e possibilitar que os gestores públicos locais possam efetivar as medidas sanitárias e de saúde desenvolvidas e os quilombos possam acessar tais ações com a prioridade planejada.

A Figura 2 a seguir apresenta, de forma integrada, o cronograma previsto para o alcance das metas estabelecidas para o objetivo de *ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde*, com foco a partir de março deste ano.

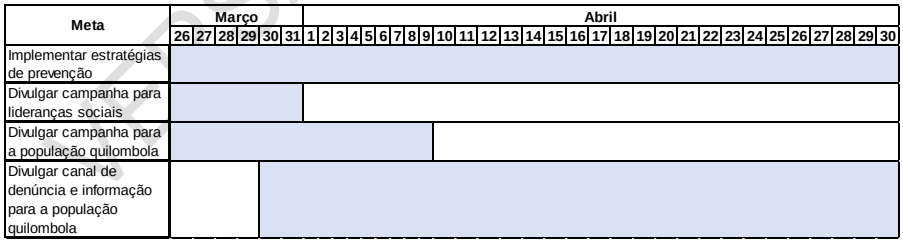


Figura 2. Cronograma integrado de execução das ações relacionadas às metas para alcance do objetivo de ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde.

VERSÃO PRELIMINAR

2. Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário:

A União, por meio da FCP e do INCRA, tem executado e continuará executando um conjunto de medidas de proteção territorial para contribuir para o isolamento comunitário voluntário e, por conseguinte, para a prevenção da contaminação da população das comunidades quilombolas pela presença de terceiros em seu território.

A FCP, nos termos dos artigos 1º e 2º da Lei nº 7.668, de 22 de agosto de 1988, deve promover a preservação dos valores culturais, sociais e econômicos decorrentes da influência negra na formação da sociedade brasileira e exercer, no que couber, as responsabilidades contidas no art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, regulamentado pelo Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, em que tem a competência a de assistir e acompanhar o INCRA nas ações de regularização fundiária dos remanescentes das comunidades dos quilombos e de garantir assistência jurídica, em todos os graus, aos remanescentes das comunidades dos quilombos tituladas na defesa da posse e da integridade de seus territórios contra esbulhos, turbações e utilização por terceiros.

O § 4º do art. 3º do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, reserva à FCP, ademais, a competência pela emissão de certidão para as comunidades quilombolas e sua inscrição em cadastro geral. O procedimento para solicitação da certidão é regulamentado pela Portaria nº 98, de 26 de novembro de 2007. Em que pese as medidas adotadas para o trabalho remoto em razão da pandemia do Covid-19, a FCP tem procedido à análise das solicitações e emitido as certidões de certificação, garantindo o cumprimento do Decreto e o acesso às políticas públicas, como às de saúde, enquanto populações tradicionais. Em seu site www.palmares.gov.br, a Fundação disponibiliza mensalmente as informações sobre as comunidades certificadas.

Por sua vez, o INCRA tem atuado para garantir a preservação dos direitos humanos e sociais, notadamente em situação de tensão e conflitos sociais envolvendo remanescentes de quilombolas.

VERSÃO PRELIMINAR

Tendo isso em vista e no sentido de contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário, a FCP e o INCRA apresentam como meta *ampliar as estratégias para favorecer o isolamento social comunitário de comunidades quilombolas contra terceiros.*

Para alcançá-la, as seguintes ações têm sido e serão implementadas:

Quadro 9. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário	Ampliar as estratégias para favorecer o isolamento social comunitário de comunidades quilombolas contra terceiros	Orientação junto às unidades regionais do INCRA sobre sua atuação em questões que envolvam invasão de terras ocupadas por quilombolas	3.432 comunidades quilombolas certificadas	FCP INCRA	02/03/2021	01/04/2021
		Mapeamento de processos judiciais de reintegração de posse em andamento que envolvam comunidades quilombolas		FCP INCRA	05/04/2021	16/04/2021
		Elaboração de recomendação aos órgãos que compõem o Comitê Gestor Quilombola para a inclusão de percentual direcionado à participação de comunidades quilombolas em seus editais de projetos, premiações ou outra ação afeta às suas esferas de competência, visando a permanência dessa população em seus territórios durante a pandemia		FCP	05/04/2021	16/04/2021
		Divulgação de editais e premiações em redes sociais		FCP	05/04/2021	-

Uma vez que as ações supracitadas não envolvem despesas específicas por se tratarem de atividades já desenvolvidas pela FCP e o INCRA, sem ônus adicional para os órgãos envolvidos, não se apresenta a seguir quadro demonstrativo de

VERSÃO PRELIMINAR

investimento orçamentário-financeiro para o alcance da meta *ampliar as estratégias para favorecer o isolamento social comunitário de comunidades quilombolas contra terceiros.*

3. Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social:

O fomento e o desenvolvimento de ações de segurança alimentar, bem como a busca por garantir renda mínima à população mais vulnerável também constituem objetivos da União no sentido de preservar a vida das populações quilombolas e garantir o isolamento necessário para prevenção da contaminação pela covid-19. A necessidade de distanciamento social, de modo a evitar a transmissão e a contaminação pela doença, pode culminar, por sua vez, em perda de emprego formal ou informal e em perda de outras fontes de renda, ocasionando, assim, insegurança alimentar, dentre outras consequências. É nesse contexto de extrema vulnerabilidade que repousa a relevância de ação proativa do Estado junto a essa população, no sentido de minimizar os danos da perda da renda e da insegurança alimentar em face da pandemia da covid-19.

Tendo isso em vista, a União propõe um conjunto de iniciativas que buscam promover saúde a partir de ações de segurança alimentar e de garantia de renda mínima de modo a reduzir, em momentos mais arriscados, os deslocamentos da população quilombola e a garantir, em momentos de maior controle da pandemia, a aquisição dos alimentos e outros itens básicos por essa população.

São metas da União nesse sentido:

2.1. *Repassar R$ 35.898.398,00 para a distribuição de merenda escolar, pelos entes federativos, para 258.453 estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica em todo o país;*

2.2. *Distribuir, em caráter emergencial, 518.036 cestas de alimentos para 179.366 famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar; e*

2.3. *Garantir renda mínima de R$ 150,00 (cento e cinquenta reais) a R$ 375,00 (trezentos e setenta e cinco reais), durante 4 meses, para todas*

VERSÃO PRELIMINAR

as famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social elegíveis ao Auxílio Emergencial ou habilitadas ao Programa Bolsa Família.

A seguir essas metas são apresentadas com maior detalhamento, acrescentando as ações a serem desenvolvidas e implementadas para alcançá-las, seu cronograma de execução e o orçamento destinado a elas.

3.1. Repassar R$ 35.898.398,00 para a distribuição de merenda escolar, pelos entes federativos, para 258.453 estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica em todo o país:

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), gerenciado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação - MEC, é uma das políticas públicas de segurança alimentar e nutricional mais antigas do país e um dos maiores programas de alimentação escolar do mundo, tanto em número de estudantes atendidos quanto em recursos financeiros alocados. Através da oferta de alimentação durante o intervalo das atividades escolares, diariamente, aproximadamente 50 milhões de refeições são servidas para mais de 40 milhões de estudantes de 160 mil escolas públicas do país. O PNAE visa melhorar a qualidade das refeições, formar bons hábitos alimentares e aumentar a capacidade de aprendizagem; possui um sólido arcabouço legal que contribui, através da oferta de uma alimentação saudável e adequada, com o crescimento e desenvolvimento de estudantes de escolas públicas todos os dias.

No que se refere à alimentação escolar quilombola, é importante observar que a partir da Lei 11.947/2009, o Programa adotou medidas com o intuito de beneficiar as comunidades quilombolas, aumentando o valor *per capita* repassado para os alunos quilombolas matriculados em áreas remanescentes de quilombos e dando prioridade aos agricultores familiares quilombolas para a venda de alimentos para a Alimentação Escolar.

Diante da declaração da Organização Mundial da Saúde - OMS de emergência em saúde pública em decorrência do coronavírus (Covid-19) e levando em consideração a suspensão das aulas nos estados da federação devido à pandemia, o PNAE passou por mudanças temporárias em sua execução. A Lei nº 13.987, de 7

VERSÃO PRELIMINAR

de abril de 2020, autorizou, em caráter excepcional, durante o período de suspensão das aulas em razão de situação de emergência ou calamidade pública, a distribuição de gêneros alimentícios adquiridos com recursos do Programa aos pais ou responsáveis dos estudantes das escolas públicas de educação básica. A Resolução do Conselho Deliberativo - CD/FNDE nº 2, de 9 de abril de 2020, normatizou como a distribuição dos gêneros alimentícios aos estudantes durante a pandemia. Cabe destacar que, o normativo do FNDE orienta que aquisição de gêneros alimentícios deverá seguir as determinações da legislação do PNAE respeitando os hábitos alimentares, a cultura local e, preferencialmente, composto por alimentos in natura e minimamente processados. Destaca-se também a orientação de garantir a aquisição de gêneros alimentícios da agricultura familiar, priorizando a compra local, mesmo durante este período excepcional, seguindo um rito adaptado ao período de quarentena e isolamento social recomendado pelos órgãos da saúde federais e locais.

Esclarece-se ainda que o FNDE manteve regularmente a transferência às Entidades Executoras de recursos financeiros federais do PNAE, nos termos do art. 47 da Resolução CD/FNDE nº 6/2020 e autorizou o pagamento de parcelas extras, por meio da Resolução CD/FNDE nº 20/2020.

Ressalta-se que, além do repasse de recursos financeiros, com o objetivo de apoiar os gestores do PNAE para que efetivamente ocorra a distribuição dos gêneros alimentícios adquiridos com os recursos do Programa, na forma proposta pelos citados normativos, o FNDE tem realizado diversas ações, como a participação em rodas de conversas virtuais com grupos de gestores de todas as regiões do Brasil, periodicamente, para sensibilizar os responsáveis e orientar as adaptações necessárias a cada localidade.

Diante da vulnerabilidade social e a necessidade de apoio no aspecto intersetorial para os remanescentes de quilombos, o FNDE dispõe de uma atenção especial para esse público, havendo, portanto, um olhar específico para Alimentação Escolar Quilombola, considerando algumas particularidades. Nesse sentido, destacamos a seguir algumas determinações contidas nos normativos que regem o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) sobre o tema:

VERSÃO PRELIMINAR

- ✓ Os cardápios devem atender às especificidades culturais das comunidades quilombolas; devem ser atendidas, no mínimo 30% (trinta por cento) das necessidades nutricionais de energia, macronutrientes e micronutrientes prioritários, por refeição ofertada, e no caso de três refeições, no mínimo 70% (setenta por cento) das necessidades nutricionais devem ser atendidas.
- ✓ Do total dos recursos financeiros repassados pelo FNDE no âmbito do PNAE, no mínimo 30% (trinta por cento) deve ser utilizado na aquisição de gêneros alimentícios diretamente da Agricultura Familiar e do Empreendedor Familiar Rural ou suas organizações. Destaca-se que as comunidades quilombolas fazem parte dos grupos prioritários para a seleção dos fornecedores de produtos para a alimentação escolar, conforme o art. 14, da Lei nº 11.947/2009.
- ✓ O normativo do FNDE recomenda que o Conselho de Alimentação Escolar (CAE) dos Estados e dos Municípios que possuam alunos matriculados em escolas localizadas em áreas remanescentes de quilombos tenha, em sua composição, pelo menos um membro representante quilombola.
- ✓ O PNAE transfere *per capita* diferenciados para atendimento aos estudantes matriculados em áreas de remanescentes quilombos. Como exemplo, podemos citar que, enquanto o valor *per capita* para oferta da alimentação escolar do estudante matriculados no ensino fundamental e no ensino médio é de R$ 0,36 (trinta e seis centavos de real), o valor *per capita* para os estudantes matriculados em escolas de educação básica localizadas em áreas remanescentes de quilombos é de R$ 0,64 (sessenta e quatro centavos de real).

Para que as entidades executoras do PNAE que atendem à Educação quilombola consigam garantir segurança alimentar e nutricional dos **258.453** estudantes matriculados, ofertando uma alimentação ou um kit de gêneros alimentícios, que promova a formação de hábitos alimentares saudáveis e atenda às especificidades culturais das comunidades quilombolas, em 2021, o FNDE tem uma

VERSÃO PRELIMINAR

previsão de repasse complementar no valor de **R$ 35.898.398,00**. A seguir apresenta-se o detalhamento do repasse por região do país:

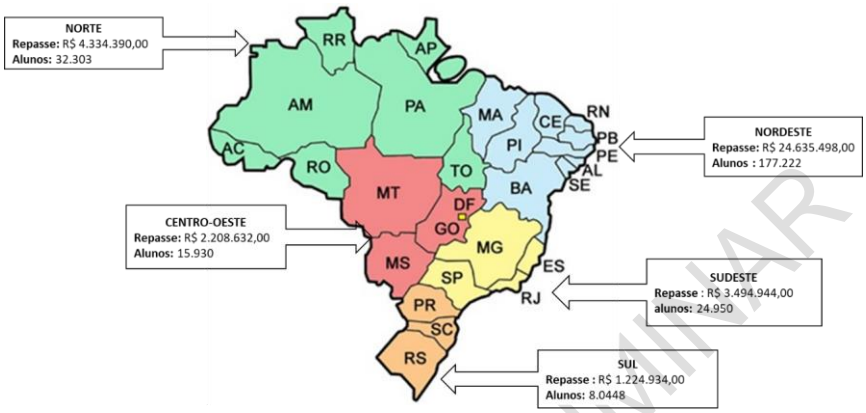


Figura 3: Repasse financeiro do PNAE por região para atendimento de estudantes quilombolas

Cabe ressaltar que o repasse dos recursos financeiros federais destinados à execução do PNAE devem ser investidos unicamente para a aquisição de gêneros alimentícios para os estudantes, visando garantir a segurança alimentar e nutricional e o direito à alimentação.

No quadro a seguir, apresenta o detalhamento das ações para se alcançar a meta de *repassar R$ 35.898.398,00 para a distribuição de merenda escolar, pelos entes federativos, para 258.453 estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica em todo o país.*

Quadro 10. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
alimentos e da garantia de renda mínima para a população	de merenda escolar, pelos entes federativos, para 258.453 estudantes	Elaboração e publicação de resolução com definição de regras quanto à compra e distribuição dos alimentos pelos estados e municípios	258.453 estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica	FNDE/ MEC	01/04/2020	13/04/2020

VERSÃO PRELIMINAR

		Elaboração e divulgação de cartilha com regras a serem seguidas pelos gestores para distribuição de alimentos aos estudantes			01/04/2020	30/04/2020
		Repasse mensal, em 10 parcelas, de recursos financeiros para a execução do PNAE			01/02/2021	30/11/2021

No total, serão repassados R$ 35.898.398,00 (trinta e cinco milhões, oitocentos e noventa e oito mil e trezentos e noventa e oito reais) para estados, Distrito Federal e municípios. O repasse é realizado em 10 parcelas, de fevereiro a novembro, no valor aproximado de R$ 3.312.007,03, por parcela, para atender cerca de 258.453 estudantes matriculados em áreas quilombolas. O Quadro a seguir detalha essas informações.

Quadro 11. Detalhamento do investimento orçamentário

Ação/ Atividade	Investimento (R$)	Unidade orçamentária	Programa Orçamentário	Ação orçamentária	Plano Orçamentário	Modalidade
Repasse de recursos para merenda escolar	35.898.398,00	26298	Educação Básica de Qualidade	00PI – Apoio à Alimentação Escolar na Educação Básica	0000	Custeio

3.2. Distribuir, em caráter emergencial, 518.036 cestas de alimentos para 179.366 famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar:

Uma das mais graves consequências ocasionadas pela pandemia da Covid-19 consiste na insegurança alimentar, resultante ora da perda de emprego formal ou informal e de outras fontes de renda, ora da impossibilidade de se deslocar para um centro comercial com vistas a adquirir o alimento necessário para sua subsistência.

VERSÃO PRELIMINAR

Essas consequências danosas para a saúde e o bem-estar do indivíduo são ainda mais experimentadas pelos grupos populacionais social e historicamente vulneráveis e cujos territórios estão localizados em regiões mais isoladas e distantes dos grandes centros.

Um desses grupos consiste na população quilombola que, por apresentar essas particularidades, tem sido priorizada pelo governo federal nas ações de segurança alimentar desenvolvidas. Desde o início da pandemia, a distribuição emergencial de cestas de alimentos para a garantia do direito à vida e à saúde dessa população tem integrado ações de cinco órgãos, quais sejam, o MMFDH, o MCID, a Companhia Nacional de Abastecimento – CONAB do Ministério da Agricultura, Pesca e Abastecimento, a FCP, e o Programa Pátria Voluntária da Casa Civil da Presidência da República.

Em 2020, a segurança alimentar dessa população foi coordenada pelo MMFDH, por intermédio da Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SNPIR, com o apoio da CONAB, FCP e Pátria Voluntária. Enquanto órgão de articulação e acompanhamento da execução das políticas públicas desenvolvidas em prol das comunidades quilombolas (Portaria nº 3.136/2019), a SNPIR articulou a obtenção de recursos orçamentários e mobilizou a CONAB e a FCP para uma parceria, viabilizando o atendimento de 69.137 famílias quilombolas em todo o país.

Nessa parceria, a CONAB, com sua expertise nas questões relacionadas ao abastecimento de alimentos e aos processos de compra e distribuição de gêneros alimentícios, ficou responsável pela aquisição dos alimentos com as respectivas embalagens para acondicionamento, por meio de sistema próprio de comercialização; pela montagem das cestas e seu armazenamento; e pela disponibilização das cestas nas comunidades quilombolas a partir das parcerias locais estabelecidas pela FCP.

Por sua vez, a FCP contribuiu com a definição das famílias atendidas pelas 77.120 (setenta e sete mil e cento e vinte) cestas. Essas foram indicadas com base em sua situação de insegurança alimentar, no Mapa SISAN, sopesado com a situação de vulnerabilidade social diante dos desdobramentos negativos da pandemia da Covid-19.

VERSÃO PRELIMINAR

No mês de abril de 2021, a distribuição das mais de 77 mil cestas de alimentos em 16 estados brasileiros será concluída, com as últimas entregas no estado do Mato Grosso. Com 22 kg cada, as cestas são compostas por 10 kg de arroz, 4 kg de feijão, 1 kg de leite em pó, 1 lata de óleo de soja, 1 kg de macarrão espaguete, 1 kg de flocos de milho (regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) ou 1 kg de fubá (regiões Sul e Sudeste), 2 kg de farinha de mandioca (regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) ou 2 kg de farinha de trigo (regiões Sul e Sudeste), e 2 kg de açúcar. Excepcionalmente, em razão da oferta no mercado fornecedor, a CONAB teve frustradas as aquisições previstas de alguns itens em alguns estados, o que atrasou as entregas, mas não frustrou a distribuição prevista das cestas de alimentos.

Os períodos de execução da iniciativa estão descritos a seguir, a partir da disponibilização das cestas de alimentos montadas pela CONAB em sua Unidade Armazenadora:

Quadro 12. Total de famílias quilombolas beneficiadas e período de distribuição de cestas de alimentos por unidade da federação

UF	Famílias beneficiadas	Cestas de alimentos	Período de distribuição
AL	2.578	2.578	24/08 a 13/09/2020
AP	1.432	1.432	08/09 a 25/10/2020
BA	24.461	25.960	14/05 a 31/05/2020; 23/11 a 20/12/2020
CE	4.826	4.826	23/11 a 20/2020
GO	2.981	2.981	17/08 a 13/09/2020
MA	3.214	3.781	01/06 a 14/06/2020; 14/08 a 30/08/2020
MT	*4.400*	*4.400*	*15/03 a 30/04/2021*
PA	4.568	5.476	29/06 a 05/07/2020; 24/08 a 06/09/2020
PB	4.600	4.600	25/01 a 14/02/2021
PE	2.137	2.804	14/05 a 31/05/2020; 27/07 a 02/08/2020
PI	888	1.776	08/06 a 21/06/2020
PR	2.098	4.196	13/07 a 02/08/2020
RN	2.493	2.493	24/08 a 06/09/2020
RS	4.670	4.974	05/10 a 14/11/2020
SC	1.052	2.104	24/08 a 06/09/2020
SE	2.739	2.739	14 a 20/12/2020
Total	**69.137**	**77.120**	

A execução dessa ação foi possibilitada pela disponibilização de recurso orçamentário por meio da Medida Provisória nº 942, de 2 de abril de 2020, transformada na Lei Ordinária nº 14033/2020, dentro do contexto do Programa 5034 – Proteção à Vida, Fortalecimento da Família, Promoção e Defesa dos Direitos

VERSÃO PRELIMINAR

Humanos para todos, Objetivo: 1179 - Ampliar o acesso e o alcance das políticas de direitos, com foco no fortalecimento da família, por meio da melhoria da qualidade dos serviços de promoção e proteção da vida, desde a concepção, da mulher, da família e dos direitos humanos para todos, do Plano Plurianual 2020-2023.

No total, foram repassados cerca de R$ 7.600.000,00 (sete milhões e seiscentos mil reais) para aquisição, embalagem, acondicionamento e distribuição para as comunidades quilombolas. O detalhamento dessas despesas é apresentado a seguir.

Quadro 13. Detalhamento do investimento orçamentário.

Ação/ Atividade	Investimento (R$)	Unidade orçamentária	Programa Orçamentário	Ação orçamentária	Plano Orçamentário	Modalidade
Distribuição de 77.120 cestas de alimentos para famílias quilombolas	7.600.000,00	81000	5034	21AR	001	Custeio

A execução detalhada dessa iniciativa pode ser acompanhada pelo Painel de Monitoramento desenvolvido, disponível pelo link: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjlhMzA1NjQtMDQ2Yy00OGUyLWEzYTktMDI3YjBjYTU3MTc0IiwidCI6ImZiYTViMTc4LTNhZjEtNDQyMC05NjZiLWJmNTE2M2U2YjFkYSJ9.

Com vistas a dar continuidade às ações de segurança alimentar por meio de distribuição direta de alimentos para a população quilombola em situação de vulnerabilidade, o MCID solicitou crédito extraordinário para executar, com a entrega de cestas de alimentos para a população quilombola em situação de insegurança alimentar, programas de distribuição de alimentos, como a Ação de Distribuição de Alimentos (ADA).

Nesse sentido, em 26 de outubro de 2020, foi editada a Medida Provisória n. 1.008, que abriu crédito extraordinário no valor de R$ 228.000.000,00 em favor desse Ministério.

Para a operacionalização desse atendimento, o MCID firmou parceria com a Conab para a aquisição e embalagem das cestas e a distribuição delas nas

VERSÃO PRELIMINAR

comunidades quilombolas. A composição básica da cesta contempla até oito produtos, pesando até 25 kg, conforme lista a seguir:

- 4 kg de feijão tipo 1 preto e/ou cores;
- 1 lata de óleo de soja;
- 2 kg de macarrão espaguete comum;
- 2 kg de fubá (Região Centro-Sul) ou 2 kg de flocos de milho (Região Norte/Nordeste/Centro-Oeste);
- 2 kg de farinha de mandioca (Norte/Nordeste/Centro-Oeste) ou 2 kg de farinha de trigo (Centro-Sul);
- 10 kg de arroz tipo 1;
- 2 kg de açúcar cristal e/ou mascavo; e
- 2 kg de leite em pó integral.

Ao todo, serão 440.916 cestas de alimentos distribuídas, ao longo de quatro meses, para 110.229 famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar, em 13 estados, conforme mostra a Tabela 2 abaixo.

Tabela 2. Total de cestas e de famílias atendidas por UF

UF	Número de famílias atendidas	Total de cestas
AM	820	3.280
AP	1.931	7.724
BA	35.180	140.720
CE	4.826	19.304
MS	1.400	5.600
MT	13.065	52.260
PA	24.669	98.676
PE	10.516	42.064
PR	3.200	12.800
RN	3.614	14.456
RS	5.900	23.600
SC	1.208	4.832
TO	3.900	15.600
TOTAL	**110.229**	**440.916**

O cronograma de execução dessa iniciativa está definido no Quadro a seguir.

VERSÃO PRELIMINAR

Quadro 14. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social	Distribuir 440.916 cestas de alimentos para famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar	Aquisição e recepção nas Unidades de Abastecimento da Conab de 9.700.152 kg de alimentos para a composição de 440.916 cestas de alimentos	110.229 famílias quilombolas	MCID CONAB FCP	31/12/2020	31/03/2021
		Embalagem de 9.700.152 kg de alimentos para a composição de 440.916 cestas de alimentos			01/02/2021	30/06/2021
		Distribuição de 440.916 cestas de alimentos			01/02/2021	31/02/2021
		Monitoramento da distribuição de 440.916 cestas de alimentos		FCP	01/02/2021	31/02/2021
		Apresentação de relatório final sobre a distribuição de 440.916 cestas de alimentos			01/01/2022	31/01/2022

A esse respeito, cabe ressaltar que ainda não há a completa definição das famílias quilombolas por estado que serão beneficiadas pela ação. Para os estados MT, PA, BA e PE, o mapeamento das comunidades e famílias encontra-se em fase de conclusão pela FCP.

Para a execução dessa ação, o Governo Federal investirá cerca de R$ 53.000.000,00 (cinquenta e três milhões de reais), como mostra o Quadro 15 abaixo.

Quadro 15. Detalhamento do investimento orçamentário

Ação/ Atividade	Investimento (R$)	Unidade orçamentária	Programa Orçamentário	Ação orçamentária	Plano Orçamentário	Modalidade
Distribuição de 440.916 cestas de alimentos para famílias quilombolas	R$ 52.909.920	550008/0001	5033	21C0	CV60 - COVID-19 - Medida Provisória nº 1.008, de 26 de outubro de 2020	Aplicação direta

No Apêndice B, apresenta-se a lista de comunidades quilombolas beneficiadas pelas iniciativas de segurança alimentar do governo federal, por

VERSÃO PRELIMINAR

município e unidade da federação, com o quantitativo de cestas distribuídas para cada uma delas.

3.3. Garantir renda mínima de R$ 150,00 (cento e cinquenta reais) a R$ 375,00 (trezentos e setenta e cinco reais), durante 4 meses, para todas as famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social elegíveis ao Auxílio Emergencial ou habilitadas ao Programa Bolsa Família:

Além de realizar o repasse de recursos financeiros para a compra de merenda escolar para os estudantes quilombolas da Rede Pública de Educação Básica e de distribuir diretamente cestas de alimentos para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social, o governo federal também tem assegurado renda mínima para esse grupo populacional inscrito no Cadastro Único e beneficiário do Programa Bolsa Família.

Com a disseminação mundial do novo coronavírus e a pandemia de Covid-19, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o governo brasileiro precisou tomar diversas medidas para fazer frente à situação, principalmente no que diz respeito à proteção dos segmentos populacionais mais vulneráveis, que foram os primeiros a serem atingidos pela interrupção das atividades econômicas ocasionada pelo imperativo de isolamento social e serão os últimos a sair dessa situação.

Entre essas medidas, foi instituído o auxílio emergencial, previsto no art. 2º da Lei nº 13.982, de 02 de abril de 2020, concedido em cinco parcelas no valor de R$ 600,00 (seiscentos reais), sendo três previstas pela referida Lei e mais duas por meio de prorrogação constante no Decreto nº 10.412, de 30 de junho de 2020.

Por essa medida, foram beneficiadas 197.803 pessoas em famílias quilombolas beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) e 28.561 inscritas no Cadastro Único e não beneficiárias do PBF foram alcançadas.

Após 5 (cinco) meses de concessão do auxílio emergencial, porém, a pandemia de covid-19 persistia nos seus efeitos negativos para a economia e para a renda da população brasileira, sendo necessária a manutenção do pagamento de um benefício destinado a conferir proteção e alívio da situação de pobreza especialmente à população mais vulnerável, ainda que em valor reduzido.

VERSÃO PRELIMINAR

Nesse sentido, o governo federal encaminhou, em 2 de setembro de 2020, Medida Provisória para o Congresso Nacional com proposta que previa o Auxílio Emergencial Residual para evitar que os milhões de brasileiros atendidos pelo auxílio emergencial voltassem a ficar desassistidos. A Medida estabelecia que a parcela do Auxílio Emergencial Residual seria paga de forma subsequente à última parcela do auxílio emergencial no valor de R$ 300,00 (trezentos reais), em até quatro parcelas mensais.

Para tanto, foram previstos critérios e condições para elegibilidade dos cidadãos que foram selecionados a partir de três públicos: beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), cadastrados no Cadastro Único, mas que não recebem Bolsa Família, e trabalhadores que não estão inscritos no Cadastro Único (chamados de Extracad). Para os dois primeiros públicos, o processo de avaliação dos critérios de elegibilidade e a concessão do auxílio se deu de forma automática, com base nas informações das famílias cadastradas até o dia 2 de abril de 2020; já aqueles não incluídos no Cadastro Único até aquela data precisaram solicitar o benefício por meio do preenchimento de formulário disponibilizado na plataforma digital elaborada pela Caixa Econômica Federal (Caixa).

Por essa medida, tiveram acesso ao benefício 157.294 pessoas de famílias quilombolas do público PBF e 24.337 quilombolas do público Cadastro Único e não beneficiárias do PBF. Como a legislação não traz expressamente tratamento diferenciado para os Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos (GPTE), nos quais estão incluídos os quilombolas, os procedimentos para acesso ao novo auxílio emergencial de famílias pertencentes aos povos e comunidades tradicionais são os mesmos das demais famílias, não havendo qualquer forma de discriminação no que diz respeito às regras do AE 2021. Tampouco o fato de a família não constar previamente no Cadastro Único ou não ser beneficiária do PBF impediu seu acesso ao Auxílio Emergencial nem o Auxílio Emergencial Residual.

Ao todo, foram beneficiados, pelos dois benefícios, cerca de 658 milhões de pessoas, totalizando o repasse de mais de R$ 116 bilhões. Para o público beneficiário do Auxílio Emergencial de 2020 que já estava inscrito no Cadastro Único é possível identificar o pertencimento a GPTE, a partir da informação declarada pela família no seu cadastramento.

VERSÃO PRELIMINAR

Das 3.024.275 famílias identificadas como GPTE no Cadastro Único, 2.628.422 foram beneficiadas pelo Auxílio Emergencial, o que corresponde a 87% do total de GPTE cadastrados. Dessas, 160.013 são famílias quilombolas, o que representa um alcance de 87% de famílias quilombolas inscritas no Cadastro Único pelo Auxílio Emergencial em 2020.

Com a manutenção da situação grave de saúde pública associada às medidas de isolamento social adotadas em diversas regiões do país, e após a cessação dos pagamentos referidos, o governo federal elaborou Medida Provisória de novo auxílio emergencial, e a encaminhou ao Congresso Nacional para apreciação em 18 de março, após aprovação da Proposta de Emenda à Constituição Emergencial – PEC Emergencial em 10 de março. Em que pese a Medida ainda se encontrar em tramitação no âmbito do Senado Federal, ela já está em vigor e em execução pelo governo federal.

O Auxílio Emergencial 2021, instituído pela Medida Provisória nº 1.039, de 18 de março de 2021, será pago em quatro parcelas mensais para aqueles que eram elegíveis à política em dezembro de 2020 e será composto por três benefícios diferentes: (i) benefício básico; (ii) benefício para a mãe solo; e (iii) benefício para famílias unipessoais (ou pessoas que habitam sozinhas). Os valores são de R$ 250,00 no enquadramento básico, com ampliação para R$ 375,00 à mãe solo e redução para R$ 150,00 à família unipessoal.

No que se refere aos quilombolas trabalhadores informais, contribuintes individuais do Regime Geral de Previdência Social, microempreendedores individuais e desempregados, espera-se que o Auxílio Emergencial 2021 atenda quantitativo equivalente ao público final do Auxílio Emergencial Residual, com leve redução, considerando os novos critérios de elegibilidade do novo benefício.

Para melhorar o acesso das famílias quilombolas aos benefícios financeiros do Auxílio Emergencial, o MCID irá realizar a divulgação de orientações sobre o Auxílio Emergencial 2021 e Programa Bolsa Família. Essa ação desdobra-se em três atividades:

a) Elaboração de material informativo sobre o Auxílio Emergencial 2021, em especial orientações acerca dos meios de pagamento e saque do benefício,

VERSÃO PRELIMINAR

com destaque para famílias quilombolas e outros povos e comunidades tradicionais;

b) Divulgação de material informativo sobre o Auxílio Emergencial 2021 junto a gestores estaduais e municipais, Fundação Cultural Palmares (FCP) e organizações representativas de quilombolas; e
c) Divulgação de material informativo sobre Poupança Social Digital para acesso ao benefício do Programa Bolsa Família para famílias quilombolas.

Como a gestão do Cadastro Único e PBF é compartilhada entre os entes federados, será necessário fazer a mobilização de estados e municípios para o cadastramento e atualização cadastral de famílias quilombolas e atendimento ao Programa Bolsa Família, considerando o contexto da pandemia da COVID-19. Nesse sentido estão previstas as seguintes atividades:

a) Elaboração e envio de ofícios para Coordenações Estaduais do Cadastro Único e Programa Bolsa Família sobre a importância de adoção de estratégias diferenciadas de cadastramento e atualização cadastral de famílias quilombolas e de atendimento ao Programa Bolsa Família, considerando o contexto da pandemia da covid-19; e
b) Elaboração e divulgação de informe para gestões municipais do Cadastro Único e Programa Bolsa Família sobre a importância de adoção de estratégias diferenciadas de cadastramento e atualização cadastral de famílias quilombolas e de atendimento ao Programa Bolsa Família, considerando o contexto da pandemia da covid-19.

Por fim, o governo federal, por intermédio do Ministério da Cidadania, considera importante dar transparência sobre o acesso desse público ao Auxílio Emergencial, comprometendo-se com a divulgação de informações sobre o acesso de quilombolas ao Auxílio Emergencial:

a) Consolidação e sistematização de informações sobre o acesso de quilombolas ao Auxílio Emergencial 2021; e
b) Disponibilização mensal de dados sobre o acesso de quilombolas ao Auxílio Emergencial 2021.

VERSÃO PRELIMINAR

No quadro a seguir, detalha-se o cronograma de execução das ações descritas acima para se alcançar a meta de *garantir renda mínima de R$ 150,00 (cento e cinquenta reais) a R$ 375,00 (trezentos e setenta e cinco reais), durante 4 meses, para todas as famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social elegíveis ao Auxílio Emergencial ou habilitadas ao Programa Bolsa Família*.

Ressalta-se que, no caso dos quilombolas inscritos no Cadúnico, mas não beneficiários do PBF, a meta é de alcançar todos os elegíveis ao auxílio 2021, o que corresponderá a, no máximo, 24.337 pessoas, tendo em vista os critérios mais restritivos para recebimento do benefício.

Quadro 16. Públicos beneficiados, órgãos responsáveis e cronograma de implementação por ação

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social	*Garantir renda mínima de R$ 150,00 (cento e cinquenta reais) a R$ 375,00 (trezentos e setenta e cinco reais), durante 4 meses, para todas as famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade social elegíveis ao Auxílio Emergencial ou habilitadas ao Programa Bolsa Família*	Elaboração de material informativo sobre o Auxílio Emergencial 2021, em especial orientações acerca dos meios de pagamento e saque do benefício, com destaque para famílias quilombolas e outros povos e comunidades tradicionais.	157.294 pessoas de famílias quilombolas do público PBF **Até** 24.337 quilombolas do público Cadastro Único e não beneficiárias do PBF	MCID	01/04/2021	05/04/2021
		Divulgação de material informativo sobre o Auxílio Emergencial 2021 junto a gestores estaduais e municipais, FCP e organizações representativas de quilombolas.			05/04/2021	09/04/2021
		Divulgação de material informativo sobre Poupança Social Digital para acesso ao benefício do Programa Bolsa Família para famílias quilombolas.			05/04/2021	09/04/2021
		Elaboração e envio de ofícios para Coordenações Estaduais do Cadastro Único e Programa Bolsa Família sobre a importância de adoção de estratégias diferenciadas de cadastramento e	26 Coordenações Estaduais do Cadastro Único e Programa Bolsa Família		05/04/2021	09/04/2021

TEXTO PRELIMINAR

		atualização cadastral de famílias quilombolas e de atendimento ao Programa Bolsa Família, considerando o contexto da pandemia da COVID-19.				
		Elaboração e envio de ofícios para gestões municipais do Cadastro Único e Programa Bolsa Família sobre a importância de adoção de estratégias diferenciadas de cadastramento e atualização cadastral de famílias quilombolas e de atendimento ao Programa Bolsa Família, considerando o contexto da pandemia da COVID-19.	30 municípios com maior concentração de famílias quilombolas inscritas no Cadastro Único		05/04/2021	09/04/2021
		Consolidação e sistematização de informações completas sobre o acesso de quilombolas ao Auxílio Emergencial 2021	Quilombolas elegíveis ao Auxílio Emergencial 2021		05/04/2021	31/08/2021
		Disponibilização mensal de dados sobre o acesso de quilombolas ao Auxílio Emergencial 2021			05/04/2021	31/08/2021
		Pagamento do Auxílio Emergencial 2021	157.294 pessoas de famílias quilombolas do público PBF	Caixa Econômica Federal	16/04/2021	30/07/2021
			Até 24.337 quilombolas do público Cadastro Único e não beneficiárias do PBF		(A informar)	(A informar)

VERSÃO PRELIMINAR

Salienta-se que o calendário de pagamentos do benefício será diferenciado para as pessoas quilombolas inscritas no PBF e para os demais quilombolas elegíveis ao auxílio. Para as primeiras, o pagamento terá início no dia 16 de abril e seguirá até o dia 30, conforme número final do NIS do beneficiado. O calendário completo pode ser acessado pelo link: https://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx#calendario.

Por seu turno, as pessoas quilombolas inscritas no Cadúnico, mas não beneficiárias do PBF, bem como os quilombolas elegíveis ao benefício por outros critérios terão a primeira parcela do auxílio paga em abril, mas com data ainda a ser anunciada pela Caixa Econômica. Tão logo o calendário de pagamentos seja definido, ele será disponibilizado no link https://www.caixa.gov.br/auxilio/PAGINAS/DEFAULT2.ASPX.

Por fim, quanto ao investimento do Governo Federal no pagamento do auxílio para a população quilombola, não é possível ainda estimar a despesa. O valor só será conhecido após a primeira rodada de pagamentos, em abril, uma vez que os cruzamentos de dados pessoais dos quilombolas elegíveis, com base nos novos critérios definidos para o benefício deste ano, ainda se encontram em execução neste momento.

Tendo isso em vista, no Quadro 17 abaixo, aponta-se que o detalhamento do investimento será informado tão logo os dados estejam disponíveis e sejam conhecidos.

Quadro 17. Detalhamento do investimento orçamentário

Ação/ Atividade	Investimento (R$)	Unidade orçamentária	Programa Orçamentário	Ação orçamentária	Plano Orçamentário	Modalidade
Pagamento do Auxílio Emergencial 2021 para beneficiários do PBF	(a informar)	(a informar)	(a informar)	(a informar)	(a informar)	(a informar)
Pagamento do Auxílio Emergencial 2021 para inscritos no Cadúnico	(a informar)	(a informar)	(a informar)	(a informar)	(a informar)	(a informar)

VERSÃO PRELIMINAR

Em síntese, portanto, no que diz respeito à promoção de ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social, o governo federal tem desenvolvido ações complementares e sequenciais, que buscam minimamente possibilitar que os quilombolas tenham seu sustento diário garantido, seja pelo

alimento doado, seja pela aquisição dele por recurso próprio proveniente de benefício do governo federal.

A Figura 4 a seguir apresenta, de forma integrada, o cronograma previsto para o alcance das metas estabelecidas para esse objetivo.

Meta	2020												2021											
	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20	jun/20	jul/20	ago/20	set/20	out/20	nov/20	dez/20		jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21
Repassar R$ 35.898.398,00 para a distribuição de merenda escolar																								
Distribuir, em caráter emergencial, 518.036 cestas de alimentos																								
Garantir renda mínima para famílias quilombolas elegíveis ao Auxílio Emergencial ou habilitadas ao Programa Bolsa Família																								

Figura 4. Cronograma integrado de execução das ações relacionadas às metas para alcance do objetivo de ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde.

A seguir, apresenta-se as estratégias de monitoramento e avaliação do Plano.

VERSÃO PRELIMINAR

V. Estratégias para monitoramento e avaliação do Plano

O monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas e implementadas pela União para alcance das metas e objetivos descritos na seção anterior serão realizados a partir de estratégias distintas e específicas para os diferentes contornos político-institucionais das políticas setoriais aos quais eles estão atrelados.

(1) Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde:

O Ministério da Saúde vai acompanhar junto aos parceiros institucionais e às principais plataformas de comunicação a divulgação das orientações sobre formas de prevenção da Covid-19 para a população quilombola em todo o país.

Além disso, todas as informações disponibilizadas serão replicadas por ofícios aos estados e municípios, de forma a contar com o apoio dos gestores locais. Ressalta-se, ademais, que todas as informações no que diz respeito à covid-19 encontram-se nos portais https://localizasus.saude.gov.br/ e https://aps.saude.gov.br/ape/corona.

No que concerne ao envio de ofícios aos estados e munícipios, solicitando a alimentação dos sistemas de informação em saúde com as informações sobre a população quilombola a fim de manter atualizados os casos confirmados e óbitos decorrentes da Covid-19 entre essa população, bem como ao recebimento de denúncias e de informações sobre os serviços de saúde e de vacinação, o MS fará o monitoramento e compilação dos dados para a produção e divulgação de informações.

(2) Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário:

O monitoramento da entrada de terceiros nos territórios quilombolas é realizado pelos agentes do INCRA que atuam nas Superintendências Regionais e Unidades Avançadas próximas aos territórios quilombolas. O acompanhamento é feito em tempo real e as providências são tomadas sempre que necessário.

VERSÃO PRELIMINAR

A FCP contribui com assistência jurídica, em todos os graus, aos remanescentes de quilombos de comunidades tituladas, de modo a promover a defesa da posse e a integridade de seus territórios contra esbulhos, turbações e utilização por terceiros.

A comunidade pode solicitar a intervenção do INCRA ou da FCP por meio dos seguintes canais de comunicação: dpc@palmares@gov.br, pelo canal E-SIC disponível no sítio eletrônico: www.palmares.gov.br; ou ainda por telefone através do número (61) 98276-0365, com WhatsApp.

(3) Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social:

O alcance desse objetivo passa por ações complementares desenvolvidas e implementadas desde o início da pandemia da covid-19 em 2020.

No que se refere ao repasse recursos financeiros federais destinados à execução do PNAE, os valores e a quantidade de estudantes atendidos podem ser acessados no portal do FNDE, conforme links: https://www.fnde.gov.br/sigefweb/index.php/liberacoes (recurso) e http://www.fnde.gov.br/pnaeweb/publico/relatorioDelegacaoEstadual.do (alunado). No período de pandemia, o FNDE, por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Alimentação Escolar, tem realizado o monitoramento da execução do Programa por parte das entidades executoras de forma remota.

Por sua vez, no que diz respeito às ações de distribuição de alimentos por meio da parceria do MMFDH com a CONAB e a FCP, foi criado um Painel de Monitoramento para acompanhamento, em tempo real, das entregas de cestas realizadas de maio de 2020 a abril deste ano para as famílias quilombolas em todo o país. O Painel encontra-se disponível pelo link: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjlhMzA1NjQtMDQ2Yy00OGUyLWEzYTktMDI3YjBjYTU3MTc0IiwidCI6ImZiYTViMTc4LTNhZjEtNDQyMC05NjZiLWJmNTE2M2U2YjFkYSJ9.

Para as cestas a serem entregues pelo MCID, em parceria com a CONAB e a FCP, o monitoramento das entregas será realizado por meio de planilha

VERSÃO PRELIMINAR

compartilhada entre os parceiros em ambiente digital colaborativo e por meio de reuniões semanais de controle da execução e de mapeamento e providências quanto a riscos ao processo como um todo e a suas diferentes etapas.

Adicionalmente a essas ferramentas, a União disponibilizará um Painel online para acompanhamento, em tempo real, da execução das ações previstas neste Plano por objetivo. O Painel será construído pelo MMFDH, por meio da SNPIR, e disponibilizado no sítio eletrônico da Pasta, na Aba *Plano de Enfrentamento da Covid-19 para Povos e Comunidades Tradicionais*, a ser disponibilizada no endereço https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/acoes-e-programas.

Essa aba trará uma apresentação sucinta sobre o Plano e disponibilizará painéis para consulta e análise de dados quanto às ações de promoção à saúde, notadamente, a vacinação da população quilombola, as ações de segurança alimentar e dados gerais sobre esse importante grupo populacional no Brasil.

A criação e a disponibilização dessa aba relativa ao Plano de Enfrentamento, bem como da ferramenta de acompanhamento da execução do Plano seguirão o seguinte cronograma:

Quadro 18. Cronograma de criação da página e das ferramentas de acompanhamento da execução do Plano

Objetivo	Meta	Ação/ Atividade	Público Beneficiado	Responsável	Data de início	Data de término
Estabelecer estratégias de monitoramento e avaliação do Plano	Criar e disponibilizar ferramentas de acompanhamento da execução do Plano Nacional de Enfrentamento da Covid-19	Criação da aba Plano de Enfrentamento da Covid-19 para População Quilombola	1.133.106 quilombolas acima de 18 anos em todo o Brasil	MMFDH	31/03/2021	01/04/2021
		Disponibilização da aba Plano de Enfrentamento da Covid-19 para População Quilombola, com acesso ao Painel de Vacinação			01/04/2021	01/04/2021
		Criação do Painel de Acompanhamento da Execução do Plano			30/03/2021	09/04/2021
		Disponibilização do Painel de Acompanhamento da Execução do Plano			12/04/2021	12/04/2021
		Divulgação do Painel de Acompanhamento da Execução do Plano			12/04/2021	14/04/2021

VERSÃO PRELIMINAR

Essa ferramenta possibilitará que relatórios periódicos sejam produzidos pelos diversos órgãos do governo federal envolvidos na execução deste Plano e disponibilizados ao grupo de trabalho e no sítio eletrônico do MMFDH, enquanto órgão de coordenação do Plano.

Com o Painel e os relatórios disponibilizados, tornar-se-á possível a realização de pesquisas e de avaliações mais abrangentes e robustas sobre as estratégias adotadas e os resultados por elas alcançados ao longo do tempo.

VERSÃO PRELIMINAR

VI. Contribuições dos atores externos ao Plano

Comentado [VP1]: Será construído após o recebimento e avaliação das novas contribuições

VERSÃO PRELIMINAR

VII. Considerações Finais

Ao longo de três semanas e meia, desde o dia 17 de março, a União envidou esforços concentrados e prioritários no sentido de elaborar, a partir do diálogo com lideranças quilombolas e outros atores públicos e da sociedade civil, plano nacional de enfrentamento da covid-19 para a população quilombola.

Ao longo de duas reuniões, este Plano foi debatido e todas as recomendações tecnicamente viáveis neste momento foram, em alguma medida, incorporadas, como apresentado na seção anterior.

Complexo e abrangente, o Plano é composto de um amplo conjunto de metas, que se desdobram e se materializam em ações diversas, com responsáveis, cronograma de execução e aplicação de recursos orçamentários específicos.

Por suas características supracitadas e pelo dinamismo da pandemia, é um plano em permanente construção e aprimoramento. Por isso, a União manterá ativo o Grupo de Trabalho sobre o Plano, com reuniões de monitoramento a serem realizadas mensalmente, sempre às quartas-feiras, além de disponibilização um Painel de Monitoramento da Execução do Plano, que poderá ser acessado por qualquer cidadão, para acompanhamento das ações implementadas.

Além de elaborar o Plano, o desafio agora é efetivá-lo no âmbito local, por meio, notadamente, das secretarias municipais de saúde, das lideranças quilombolas e do próprio quilombola nos territórios. Considerando as particularidades locais e de cada comunidade, o plano serve de orientação e de suporte para que a vacinação prioritária, os atendimentos de saúde, as ações de vigilância e informação, a proteção territorial e as iniciativas voltadas para a segurança alimentar e a garantia de renda da população quilombola alcancem a todos. Assim, espera-se garantir o direito à vida e à saúde de cada pessoa quilombola em todo o país.

VERSÃO PRELIMINAR

Apêndice A – Minutas de Ofício encaminhadas para lideranças sociais e gestores públicos com orientações sobre a vacinação prioritária da população quilombola

MINUTA DE OFÍCIO 1

Destinatários: Lideranças sociais com atuação junto às comunidades quilombolas

Assunto: Prevenção da Covid-19 e Vacinação Prioritária da População Quilombola

Prezado(a),

Cumprimentando-o(a) cordialmente, faz-se referência às ações do Governo Federal no sentido de enfrentar a COVID-19, para assegurar o direito à vida e à saúde da população quilombola.

O Ministério da Saúde enviou, nas últimas duas semanas, 1.133.106 (hum milhão, centro e trinta e três mil e cento e seis) doses de vacina AstraZeneca para que os Estados promovam, junto aos municípios, a primeira dose da vacinação prioritária para a população quilombola.

A vacina é a principal forma de prevenir e reduzir as mortes por coronavírus. Por isso, é tão importante que todos os quilombolas, que desejem, possam tomá-la nos próximos dias.

Por esse motivo, queremos apoiá-lo(a) e solicitar seu apoio na mobilização da(s) comunidade(s) quilombola(s) à qual pertence e/ou conhece para o enfrentamento da COVID-19, principalmente, pela vacinação.

O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, através de vídeo da Ministra Damares Alves, reforça a importância da vacinação como forma de garantir seu direito humano à vida e à saúde.

Link: https://youtu.be/9gXGIxoOgtc

Esse vídeo pode ser encaminhado para todas as pessoas quilombolas que conhece.

Ressaltamos ainda, que estão disponíveis no endereço eletrônico https://localizasus.saude.gov.br, informações sobre os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e os testes rápidos distribuídos aos estados para repasse aos municípios.

Além disso, todos os documentos contendo orientações para o manejo da COVID-19, produzidos pelo Ministério da Saúde, podem ser acessados em https://coronavirus.saude.gov.br/.

VERSÃO PRELIMINAR

Considerando o curso da pandemia por COVID-19 e a possibilidade de publicação de novas estratégias por parte do Ministério da Saúde, as orientações podem ser modificadas a qualquer momento. Nesse sentido, recomendamos o acesso contínuo para conhecimento das atualizações

Caso tenham dúvida ou queiram denunciar algum tipo de violação de direito relacionado à vacinação ou à outra situação relativa à pandemia, basta discar 136 (Disque Saúde) e, em seguida, a opção 7, para falar com um atendente e tirar a dúvida ou realizar a denúncia diretamente. O Ministério da Saúde está pronto para orientar a população quilombola e tomar as providências necessárias para proteger seus direitos.

A VACINA é um direito seu. CUIDAR de você é DEVER nosso!

Atenciosamente,

MINUTA DE OFÍCIO 2

Destinatários: Gestores públicos e Conselheiros da área de Saúde e da Igualdade Racial

Assunto: Prevenção da Covid-19 e Vacinação Prioritária da População Quilombola

Sugestão:

Prezado(a),

Cumprimentando-o(a) cordialmente, faz-se referência às ações do Governo Federal no sentido de enfrentar a COVID-19, para assegurar o direito à vida e à saúde da população quilombola.

O Ministério da Saúde enviou, nas últimas duas semanas, 1.133.106 (hum milhão, centro e trinta e três mil e cento e seis) doses de vacina AstraZeneca para que os Estados promovam, junto aos municípios, a primeira dose da vacinação prioritária para a população quilombola.

A vacina é a principal forma de prevenir e reduzir as mortes por coronavírus. Por isso, é tão importante que todos os quilombolas, que desejem, possam tomá-la nos próximos dias.

A orientação quanto à vacinação e o apoio na mobilização das comunidades quilombolas são fundamentais para a efetiva vacinação neste momento.

Por esse motivo, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, através da Ministra Damares Alves, produziu um vídeo em que ressalta a importância da vacinação enquanto forma de garantir o direito humano à vida e à saúde.

VERSÃO PRELIMINAR

Link: https://youtu.be/9gXGIxoOqtc

Esse vídeo pode ser encaminhado para todas as pessoas quilombolas de seu município e utilizado para sensibilizá-los sobre a importância da vacinação.

Além disso, o Ministério da Saúde disponibiliza, no endereço eletrônico https://localizasus.saude.gov.br, informações sobre os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e os testes rápidos distribuídos aos estados para repasse ao seu município. E, no endereço https://coronavirus.saude.gov.br/, estão disponibilizados os documentos contendo orientações para o manejo da COVID-19.

Considerando o curso da pandemia por COVID-19 e a possibilidade de publicação de novas estratégias por parte do Ministério da Saúde, as orientações podem ser modificadas a qualquer momento. Nesse sentido, recomendamos o acesso contínuo para conhecimento das atualizações

Renovando votos de estima, este órgão agradece seu apoio e permanece à disposição para adicionais esclarecimentos por meio da XXX, telefone: XXX.

Atenciosamente,

VERSÃO PRELIMINAR

Apêndice B – Mapa de comunidades quilombolas atendidas com cestas alimentares por município e UF em 2020 e 2021

VERSÃO PRELIMINAR



VACINAÇÃO
BRASIL IMUNIZADO
SOMOS UMA SÓ NAÇÃO

PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE | PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações

PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

| 5ª edição |

Brasília/DF
15/03/2021

Ministro da Saúde
Eduardo Pazuello

Secretário Executivo
Élcio Franco

Diretor de Logística
Roberto Ferreira Dias

Secretário de Atenção Primária à Saúde
Raphael Câmara Medeiros Parente

Secretário de Atenção Especializada à Saúde
Luiz Otávio Franco Duarte

Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Mayra Pinheiro

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde
Hélio Angotti Neto

Secretário Especial de Saúde Indígena
Robson Santos da Silva

Secretário de Vigilância em Saúde
Arnaldo Correia de Medeiros

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa
Diretor-presidente Antônio Barra Torres

Diretor do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde
Breno Leite Soares

Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
Laurício Monteiro Cruz

Diretor Substituto do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
Marcelo Yoshito Wada

Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações
Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato

Coordenadora-Geral do Programa Nacional de Imunizações – Substituta
Adriana Regina Farias Pontes Lucena

Coordenador-Geral de Laboratórios de Saúde Pública
Eduardo Filizolla

Coordenador-Geral de Planejamento e Orçamento – SVS
Geraldo da Silva Ferreira

Coordenadora do Núcleo de Eventos, Cerimonial e Comunicação da SVS
Eunice de Lima

Organizadores:
Secretaria de Vigilância em Saúde

Aedê Cadaxa; Alexsandra Freire da Silva; Aline Almeida da Silva; Ana Carolina Cunha Marreiros; Ana Goretti Kalume Maranhão; Antonia Maria da Silva Teixeira; Alexandre Amorim; Ariana Josélia Gonçalves Pereira, Carlos Eduardo Fonseca; Carlos Hott; Carolina Daibert; Caroline Gava; Cibelle Mendes Cabral; Daiana Araújo da Silva; Elder Marcos de Morais; Elenild de Góes Costa; Erik Vaz da Silva Leocadio; Ernesto Isaac Montenegro Renoiner; Eunice Lima; Felipe Cotrim de Carvalho; Isabel Aoki; Jaqueline de Araujo Schwartz; João Carlos Lemos Sousa; Juliana Vieira; Karla Luiza de Arruda Calvette Costa; Kelly Cristina Rodrigues de França; Luana Carvalho; Luciana Melo; Lucimeire Neris Sevilha da Silva Campos; Maria Guida Carvalho de Moraes; Marina Morais; Michelle Flaviane Soares Pinto; Patrícia Gonçalves Carvalho; Patrícia Soares de Melo Freire Glowacki; Priscila Caldeira Alencar de Souza; Regina Célia Mendes dos Santos Silva; Robinson Luiz Santi; Rui Moreira Braz; Sandra Maria Deotti Carvalho; Sirlene de Fátima Pereira; Thaís Tâmara Castro e Souza Minuzzi; Vando Souza Amancio; Victor Bertollo Gomes Porto; Walquiria Almeida.

Este documento foi elaborado tendo por base as discussões desenvolvidas pelos grupos técnicos no âmbito da Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis de acordo com a Portaria nº 28 de 03 de setembro de 2020.

AGRADECIMENTOS

O Ministério da Saúde, por intermédio do Programa Nacional de Imunizações do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde, em parceria com Conass e Conasems estreitou ainda mais a parceria com as Sociedades Científicas, Conselhos de Classe e Organização Pan-Americana da Saúde, para estabelecer uma estratégia de enfrentamento à pandemia da covid-19 no país e um plano de vacinação.

Assim, o Ministério da Saúde agradece o apoio inestimável de todos que contribuíram para a consecução do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19, reiterando que essa união de esforços coordenados pelo Sistema Único de Saúde é fundamental para o alcance dos objetivos e para superar o desafio de vacinar milhões de brasileiros que compõem os grupos prioritários no menor tempo possível.

Ressalta-se que o êxito dessa Campanha, de dimensões nunca vistas no país, será possível com a efetiva participação dos milhares de trabalhadores civis e militares, do setor público e privado e de toda a sociedade, destacando-se o trabalho dos milhares de vacinadores espalhados em todo o Brasil, que levarão a vacina a cada um dos brasileiros elencados nos grupos prioritários.

Sugestões, Dúvidas e Colaborações

Endereço: SRTVN, Quadra 701, Bloco D, Ed. PO 700, 6º andar-CGPNI

Brasília/DF. CEP 70.719-040

Fones: 61 3315-3874

Endereço eletrônico: cgpni@saude.gov.br

Nos estados: Coordenações Estaduais de Imunizações/Secretarias Estaduais de Saúde

Nos municípios: Secretarias Municipais de Saúde, Postos de Vacinação, Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

Nota: Assessoria de Imprensa e Comunicação do Ministério da Saúde: responsável pela ativação do plano de comunicação de crise e definição do porta-voz.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa): responsável pelo registro e liberação do uso da Vacina COVID-19.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CGLOG	Coordenação Geral de Logística de Insumos Estratégicos para Saúde
CGPNI	Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRIE	Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEIDT	Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
DLOG	Departamento de Logística em Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAPV	Evento Adverso Pós-Vacinação
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
E-SUS	Estratégia de Reestruturação de Informações do Sistema Único de Saúde
GAB	Gabinete
GELAS	Gerência de Laboratórios de Saúde Pública
GFARM	Gerência de Farmacovigilância
GGFIS	Gerência-Geral de Inspeção e Fiscalização Sanitária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – Inmetro
MERS	Síndrome Respiratória Aguda do Médio Oriente
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PROCC	Programa de Computação Científica da Fiocruz
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SARS	Síndrome Respiratória Aguda
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIVEP - GRIPE	Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UF	Unidades Federativas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **10**

PÚBLICO-ALVO **11**

PRINCIPAIS PREMISSAS DO PLANO **12**

INTRODUÇÃO **13**

OBJETIVOS DO PLANO **15**

OBJETIVO GERAL 15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 15

1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA COVID-19 E GRUPOS DE RISCO **16**

1.1. CARACTERIZAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO PARA AGRAVAMENTO E ÓBITO PELA COVID-19 16
1.2. GRUPOS COM ELEVADA VULNERABILIDADE SOCIAL 17

2. VACINAS COVID-19 ..... **18**

2.1. PLATAFORMAS TECNOLÓGICAS DAS VACINAS COVID-19 EM PRODUÇÃO 19
2.2. VACINAS COVID-19 EM USO NO BRASIL 20
2.2.1. Vacina adsorvida covid-19 (inativada) - Instituto Butantan (IB) / Sinovac *20*
2.2.2. Vacina covid-19 (recombinante) - Fiocruz/Astrazeneca *21*
2.2.3. Administração simultânea com outras vacinas (coadministração) *22*
2.2.4. Intercambialidade *23*

3. OBJETIVOS DA VACINAÇÃO E GRUPOS PRIORITÁRIOS **23**

3.1. GRUPOS PRIORITÁRIOS A SEREM VACINADOS E ESTIMATIVA DE DOSES DE VACINAS NECESSÁRIAS 23

4. FARMACOVIGILÂNCIA **28**

4.1. PRECAUÇÕES À ADMINISTRAÇÃO DA VACINA 30
4.1.1. Doenças febris agudas, pessoas com suspeita de covid-19 e histórico prévio de infecção pelo SARS-CoV-2. ..... *30*
4.1.2. Vacinação de pessoas com exposição recente à covid-19. ..... *31*
4.1.3. Pessoas com uso recente de imunoglobulinas *31*
4.1.4. Gestantes, Puérperas e Lactantes *31*
4.1.5. Pessoas em uso de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes orais *33*
4.1.6. Portadores de Doenças Reumáticas Imunomediadas (DRIM) *33*
4.1.7. Pacientes Oncológicos, Transplantados e Demais Pacientes Imunossuprimidos *33*
4.2. CONTRAINDICAÇÕES À ADMINISTRAÇÃO DAS VACINAS COVID-19 34
4.3. ERROS DE IMUNIZAÇÃO E CONDUTAS RECOMENDADAS 34

5. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO **36**

5.1. O REGISTRO DO VACINADO 36
5.2. O REGISTRO DA MOVIMENTAÇÃO DA VACINA 39
5.3. GESTÃO DA INFORMAÇÃO 40

6. OPERACIONALIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO **41**

6.1. MECANISMO DE GESTÃO EM SAÚDE 41
6.2. PLANEJAMENTO PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO 42
6.2.1. Capacitações *42*
6.2.2. Microprogramação *42*
6.3. REDE DE FRIO E O PLANEJAMENTO LOGÍSTICO 43
6.3.1. A estrutura nacional de logística *44*

6.3.2. A organização das Centrais de Rede de Frio e pontos de vacinação *45*
6.3.3. Cadeia de Frio *46*
6.3.4. Logística para a distribuição de vacinas *46*
6.3.5. Armazenamento *47*
6.4. Recomendações sobre medidas de saúde pública de prevenção à transmissão da covid-19 nas ações de vacinação. 48
7. MONITORAMENTO, SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO 51
7.1. Processo de Supervisão e Avaliação 53
8. ORÇAMENTO PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINA 53
9. ESTUDOS PÓS-MARKETING 54
10. COMUNICAÇÃO 56
11. ENCERRAMENTO DA CAMPANHA 64
REFERÊNCIAS CONSULTADAS 65
APÊNDICE 74
Definições da Cadeia de Frio 74
ANEXOS 75
Anexo I. Descrição dos grupos prioritários e recomendações para vacinação 75
Anexo II. Nota Técnica que trata da ordem de priorização na vacinação dentro dos grupos prioritários, nas distintas fases de vacinação contra a Covid-19 79
Anexo III. Competências das três esferas de gestão 85
Anexo IV. Bases legais e financiamento 88
Anexo V. Perguntas de pesquisa e desenhos de estudo para fase de monitoramento pós-marketing 92
Anexo VI. Informes Técnicos e Notas Informativas acerca da Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19 – 2021 96
Apêndice I – Primeiro Informe Técnico/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS *96*
Apêndice II – Segundo Informe Técnico/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS *127*
Apêndice III – Nota Informativa Nº 6/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS *161*
Apêndice IV – Nota Informativa Nº 13/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS *166*
Apêndice V – Terceiro Informe Técnico/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS *170*
Apêndice VI – Quarto Informe Técnico/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS *176*
Apêndice VI – Quinto Informe Técnico/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS *181*

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) e do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), apresenta o **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19**, como medida adicional de resposta ao enfrentamento da doença, tida como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), mediante ações de vacinação nos três níveis de gestão.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 18 de setembro de 1973, é responsável pela política nacional de imunizações e tem como missão reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, com fortalecimento de ações integradas de vigilância em saúde para promoção, proteção e prevenção em saúde da população brasileira. É um dos maiores programas de vacinação do mundo, sendo reconhecido nacional e internacionalmente. O PNI atende a toda a população brasileira, atualmente estimada em 211,8 milhões de pessoas, sendo um patrimônio do estado brasileiro, mantido pelo comprometimento e dedicação de profissionais da saúde, gestores e de toda a população. São 47 anos de ampla expertise em vacinação em massa e está preparado para promover a vacinação contra a covid-19.

Para colaboração na elaboração deste plano, o Ministério da Saúde instituiu a Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis por meio da Portaria GAB/SVS n° 28 de 03 de setembro de 2020 com a Coordenação da SVS, composta por representantes deste ministério e de outros órgãos governamentais e não governamentais, assim como Sociedades Científicas, Conselhos de Classe, especialistas com expertise na área, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

O plano encontra-se organizado em 10 eixos, a saber:

1. Situação epidemiológica e definição da população-alvo para vacinação;
2. Vacinas COVID-19;
3. Farmacovigilância;
4. Sistemas de Informações;
5. Operacionalização para vacinação;
6. Monitoramento, Supervisão e Avaliação;
7. Orçamento para operacionalização da vacinação;

8. Estudos pós-marketing;
9. Comunicação;
10. Encerramento da campanha de vacinação.

As diretrizes definidas neste plano visam apoiar as Unidades Federativas (UF) e municípios no planejamento e operacionalização da vacinação contra a doença. O êxito dessa ação será possível mediante o envolvimento das três esferas de gestão em esforços coordenados no Sistema Único de Saúde (SUS), mobilização e adesão da população à vacinação.

Destaca-se que as informações contidas neste plano trazem diretrizes gerais acerca da operacionalização da vacinação contra a covid-19 no País. As atualizações específicas acerca dos imunizantes que venham a ser aprovados pela Anvisa e adquiridos pelo Ministério da Saúde, assim como orientações específicas acerca das etapas de vacinação, serão realizadas por meio dos Informes Técnicos da Campanha Nacional da Vacinação contra a Covid-19.

PÚBLICO-ALVO

Este documento é destinado aos responsáveis pela gestão da operacionalização e monitoramento da vacinação contra a covid-19 das instâncias federal, estadual, regional e municipal. Elaborado pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações, tem por objetivo instrumentalizar as instâncias gestoras na operacionalização da vacinação contra a covid-19.

PRINCIPAIS PREMISSAS DO PLANO

Este plano foi elaborado em consonância com as orientações globais da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

Até o fechamento desta edição existem três vacinas COVID-19 com autorização para uso no Brasil pela Anvisa: uma com autorização para uso emergencial (Sinovac/Butantan) e duas com registro definitivo (AstraZeneca/Fiocruz e Pfizer). As vacinas das indústrias AstraZeneca e Sinovac estão em uso desde o início da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 2021 no país.

Algumas definições contidas neste plano são dinâmicas, condicionadas às características e disponibilidade das vacinas aprovadas e adquiridas para o uso no País, e poderão ser ajustadas como, por exemplo, adequação dos grupos prioritários, população-alvo, capacitações e estratégias para a vacinação.

Nesta quinta edição do Plano, foram atualizados os memorandos e aquisições de vacinas COVID-19 pelo Ministério da Saúde; incluiu-se nos apêndices as pautas de distribuição realizadas até o momento, com descrição da população-alvo contemplada; foram atualizadas as orientações da vacinação em gestantes, puérperas e lactantes, atualizadas as orientações de vacinação de trabalhadores da saúde; e incluídas informações de condutas relacionadas aos erros de imunização.

Este plano apresenta diretrizes gerais para a Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, de forma que **especificidades e alterações de cenários conforme disponibilidade de vacinas serão informadas e divulgadas oportunamente por meio de Informes Técnicos da Campanha Nacional de Vacinação** pelo Programa Nacional de Imunizações.

INTRODUÇÃO

A covid-19 é a maior pandemia da história recente da humanidade causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Trata-se de uma infecção respiratória aguda potencialmente grave e de distribuição global, que possui elevada transmissibilidade entre as pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 80% das pessoas com covid-19 se recuperam da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 ficam gravemente doentes e desenvolvem dificuldade de respirar. Os idosos e pessoas com comorbidades, tais como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. No entanto, qualquer pessoa pode se infectar com o vírus da covid-19 e evoluir para formas graves da doença.

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

O planejamento da vacinação nacional é orientado com fulcro na Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e Lei nº 6.360/1976 e normas sanitárias brasileiras, conforme RDC nº 55/2010, RDC 348/2020 e RDC nº 415/2020 que atribui a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) a avaliação de registros e licenciamento das vacinas.

Na atual situação, onde se estabelece a autorização temporária de uso emergencial, em caráter experimental, de vacinas COVID-19 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância nacional, decorrente da epidemia da covid-19, os requisitos estão definidos na RDC nº 444, de 10 de dezembro de 2020. Essa Resolução regula os critérios mínimos a serem cumpridos pelas empresas para submissão do pedido de autorização temporária de uso emergencial durante a vigência da emergência em saúde pública, detalhados no Guia da Anvisa nº 42/2020.

Em 09 de setembro de 2020 foi instituído um Grupo de Trabalho para a coordenação de esforços da União na aquisição e na distribuição de vacinas COVID-19 (Resolução n° 8), no âmbito do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da covid-19, coordenado pelo representante do Ministério da Saúde, e formado por representantes de vários ministérios e secretarias do governo federal, bem como por representantes do Conass e Conasems, com objetivo de coordenar as ações governamentais relativas às vacinas COVID-19 e colaborar no planejamento da estratégia nacional de imunização voluntária contra a covid-19.

Para o acompanhamento das ações relativas à vacina AZD 1222/ChAdOx1 n-CoV19 contra covid-19, decorrentes da Encomenda Tecnológica (ETEC) firmada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a empresa AstraZeneca, foi publicada a Portaria GM/MS Nº 3.290, de 4 de dezembro de 2020, instituindo Comitê Técnico no âmbito do Ministério da Saúde. Além disso, este Ministério segue com o monitoramento técnico e científico do cenário global de desenvolvimento de vacinas COVID-19 e na perspectiva de viabilizar acesso da população brasileira a vacinas seguras e eficazes, se articula com representantes de diversas empresas e laboratórios desenvolvedores de vacinas, para aproximação técnica e logística de candidatas.

Até o momento registra-se a adesão do Brasil:

Encomenda tecnológica: Fiocruz/AstraZeneca – previstas 102,4 milhões de doses, até julho/2021 e em torno de 110 milhões de doses (produção nacional) entre agosto a dezembro/2021.

Covax Facility: previstas 42,5 milhões de doses (10 laboratórios estão negociando com a Covax Facility o cronograma de entrega). Previsão de entrega de 9.122.400 doses da vacina AZD1222 da AstraZeneca em maio deste ano.

Instituto Butantan/ Sinovac: previstas 46 milhões de doses no primeiro semestre de 2021 e 54 milhões no segundo semestre de 2021. Há a possibilidade de adquirir mais 30 milhões para o segundo semestre deste ano.

Precisa/ Covaxin (Bharat/Biotech): previstas 20 milhões de doses no primeiro semestre de 2021.

União Quimica/ Sputnik: previstas 10 milhões de doses no primeiro semestre de 2021.

Intenção de contratar: 38 milhões de doses da vacina Janssen Ad26.COV2.S/JNJ-78436735 e 100.001.070 da Vacina BioNTech-Pfizer/ BNT162b2.

Memorandos de Entendimento: na medida da evolução das negociações deste Ministério da Saúde, memorandos de entendimento, não vinculantes vão sendo definidos e ajustados de acordo com os cronogramas e quantitativos negociados com

as farmacêuticas, que atualmente ofertam o produto ao mercado nacional. A partir dos memorandos de entendimento, o MS prossegue com as negociações até a efetivação dos contratos, a fim de disponibilizar o quanto antes a maior quantidade possível de doses de vacina para imunizar a população brasileira de acordo com as indicações dos imunizantes.

Em 17 de janeiro de 2021 a Anvisa autorizou para uso emergencial as vacinas COVID-19 do laboratório Sinovac Life Sciences Co. LTD - vacina adsorvida covid-19 (inativada) - e do laboratório Serum Institute of India Pvt. Ltd [Oxford] - vacina covid-19 (recombinante) (ChAdOx1 nCoV-19). A Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 teve início no dia 18 de janeiro de 2021.

Em 17 de janeiro de 2021 a Anvisa autorizou para uso emergencial as vacinas COVID-19 do laboratório Sinovac Life Sciences Co. LTD - vacina adsorvida covid-19 (inativada) (Sinovac/Butantan); e do laboratório Serum Institute of India Pvt. Ltd [Oxford] - vacina covid-19 (recombinante) (ChAdOx1 nCoV-19) (AstraZeneca/Fiocruz). Em 23 de fevereiro de 2021 a Anvisa concedeu registro definitivo no País da vacina BioNTech-Pfizer, e no dia 12 de março foi concedido o registro da vacina AstraZeneca/Fiocruz. **A Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 teve início no dia 18 de janeiro de 2021**.

OBJETIVOS DO PLANO

Objetivo geral

Estabelecer as ações e estratégias para a operacionalização da vacinação contra a covid-19 no Brasil.

Objetivos específicos

- Apresentar a população-alvo e grupos prioritários para vacinação;
- Otimizar os recursos existentes por meio de planejamento e programação oportunos para operacionalização da vacinação nas três esferas de gestão;
- Instrumentalizar estados e municípios para vacinação contra a covid-19.

1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA COVID-19 E GRUPOS DE RISCO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a detecção e a propagação de um patógeno respiratório emergente são acompanhadas pela incerteza sobre as características epidemiológicas, clínicas e virais do novo patógeno e particularmente sua habilidade de se espalhar na população humana e sua virulência (caso – severidade), diante disso, a pandemia decorrente da infecção humana pelo novo coronavírus tem causado impactos com prejuízos globais de ordem social e econômica, tornando-se o maior desafio de saúde pública.

Corroborando, no ano 2020, registrou-se, no mundo, 84.586.904 milhões de casos da doença, destes 1.835.788 milhões foram a óbitos, no tocante às regiões das Américas, foram confirmados 39,8 milhões de casos e 925 mil óbitos. No Brasil, no mesmo período, notificou-se 7.716.405 milhões de casos da covid-19 e 195.725 mil óbitos. A situação epidemiológica atualizada por país, território e área está disponível nos sítios eletrônicos https://covid19.who.int/table e https://covid.saude.gov.br. Segundo dados notificados referente a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), 1,1 milhão de casos foram hospitalizados, destes mais de 55% dos casos confirmados para covid-19 (n=623.124), dos quais 50,2% foram em maiores de 60 anos de idade.

1.1. Caracterização de Grupos de Risco para agravamento e óbito pela covid-19

Considerando que não há uniformidade na ocorrência de covid-19 na população, sendo identificado, até o momento, que o agravamento e óbito estão relacionados especialmente à características sociodemográficas; preexistência de comorbidades, tais como: doença renal crônica, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial grave, pneumopatias crônicas graves, anemia falciforme, câncer, obesidade mórbida (IMC≥40); síndrome de down; além de idade superior a 60 anos e indivíduos imunossuprimidos.

Em relatório produzido pelos pesquisadores do PROCC/Fiocruz, com análise do perfil dos casos hospitalizados ou óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por covid-19 no Brasil, notificados até agosto de 2020 no Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), quando comparados com todas as hospitalizações e óbitos por covid-19 notificados, identificou maior risco (sobrerrisco – SR) para hospitalização por SRAG por covid-19 em indivíduos a partir da faixa etária

de 45 a 49 anos de idade (SR=1,1), e para óbito, o risco aumentado apresenta-se a partir da faixa etária de 55 a 59 anos (SR =1,5).

Entretanto, destaca-se que a partir de 60 anos de idade o SR tanto para hospitalização quanto para óbito por covid-19 apresentou-se maior que 2 vezes comparado à totalidade dos casos, com aumento progressivo nas faixas etárias de maior idade, chegando a um SR de 8,5 para hospitalização e 18,3 para óbito entre idosos com 90 anos e mais. Ainda, nos dados analisados, dentre as comorbidades com SR de hospitalizações, identificou-se diabetes mellitus (SR = 4,2), doença renal crônica (SR = 3,2) e outras pneumopatias crônicas (SR= 2,2). Os mesmos fatores de risco foram observados para os óbitos, com SR geral de 5,2; 5,1 e 3,3 para diabetes mellitus, doença renal crônica, e outras pneumopatias crônicas, respectivamente.

1.2. Grupos com elevada vulnerabilidade social

Além dos indivíduos com maior risco para agravamento e óbito devido às condições clínicas e demográficas, existem ainda grupos com elevado grau de vulnerabilidade social e, portanto, suscetíveis a um maior impacto ocasionado pela covid-19. Neste contexto, é importante que os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) também sejam levados em consideração ao pensar a vulnerabilidade à covid-19.

A exemplo disso, nos Estados Unidos da América (país mais atingido pela covid-19 nas Américas) por exemplo, os povos nativos, afrodescendentes e comunidades latinas foram mais suscetíveis à maior gravidade da doença, em grande parte atribuído a pior qualidade e acesso mais restrito aos serviços de saúde.

De forma semelhante, no Brasil os povos indígenas, vivendo em terras indígenas, são altamente vulneráveis à covid-19. Populações indígenas convivem, em geral, com elevada carga de morbimortalidade, com o acúmulo de comorbidades infecciosas, carenciais e ligadas à contaminação ambiental, assim como doenças crônicas, aumentando o risco de complicações e mortes pela covid-19. As doenças infecciosas nesses grupos tendem a se espalhar rapidamente e atingir grande parte da população devido ao modo de vida coletivo e às dificuldades de implementação das medidas não farmacológicas, além de sua disposição geográfica, sendo necessário percorrer longas distâncias para acessar cuidados de saúde, podendo levar mais de um dia para chegar a um serviço de atenção especializada à saúde, a depender de sua localização.

Em consonância a estes determinantes, encontram-se também as populações ribeirinhas e quilombolas. A transmissão de vírus nestas comunidades tende a ser

intensa pelo grau coeso de convivência. O controle de casos e vigilância nestas comunidades impõe desafios logísticos, de forma que a própria vacinação teria um efeito protetor altamente efetivo de evitar múltiplos atendimentos por demanda.

Assim, no delineamento de ações de vacinação nestas populações deve-se considerar os desafios logísticos e econômicos de se realizar a vacinação em áreas remotas e de difícil acesso. Não é custo-efetivo vacinar populações em territórios de difícil acesso em fases escalonadas, uma vez que a baixa acessibilidade aumenta muito o custo do programa de vacinação. Além disso, múltiplas visitas aumentam o risco de introdução da covid-19 e outros patógenos durante a própria campanha de vacinação.

Há ainda outros grupos populacionais caracterizados pela vulnerabilidade social e econômica que os colocam em situação de maior exposição à infecção e impacto pela doença. A exemplo, citam-se pessoas em situação de rua, refugiados residentes em abrigos e pessoas com deficiência permanente, grupos populacionais que têm encontrado diversas barreiras para adesão a medidas não farmacológicas.

Outro grupo vulnerável é a população privada de liberdade, suscetível a doenças infectocontagiosas, como demonstrado pela prevalência aumentada de infecções transmissíveis nesta população em relação à população em liberdade, sobretudo pelas más condições de habitação e circulação restrita, além da inviabilidade de adoção de medidas não farmacológicas efetivas nos estabelecimentos de privação de liberdade, tratando-se de um ambiente potencial para ocorrência de surtos, o que pode fomentar ainda a ocorrência de casos fora desses estabelecimentos.

2. VACINAS COVID-19

No atual cenário de grande complexidade sanitária mundial, uma vacina eficaz e segura é reconhecida como uma solução em potencial para o controle da pandemia, aliada à manutenção das medidas de prevenção já estabelecidas.

Até 12 de março de 2021 a OMS relatou 182 vacinas COVID-19 candidatas em fase pré-clínica de pesquisa e 81 vacinas candidatas em fase de pesquisa clínica. Das vacinas candidatas em estudos clínicos, 21 encontravam-se na fase III de ensaios clínicos para avaliação de eficácia e segurança, a última etapa antes da aprovação pelas agências reguladoras e posterior imunização da população.

Atualizações sobre as fases de vacinas em desenvolvimento encontram-se disponíveis no sítio eletrônico https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines. O detalhamento da produção e estudos em desenvolvimento encontra-se descrito no Relatório Técnico de Monitoramento de Vacinas em Desenvolvimento contra SARS-CoV-2, da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (https://www.gov.br/saude/pt-br/Coronavirus/vacinas/relatorios-de-monitoramento-sctie).

Diante da emergência em saúde pública e necessidade da disponibilização de vacinas como medida adicional na prevenção da covid-19, a Anvisa, como órgão regulador do Estado brasileiro, concedeu a autorização temporária de uso emergencial, em caráter experimental, dos dois processos submetidos na Agência, referentes às seguintes vacinas contra a Covid-19, que estão em uso no Brasil até o momento:

• Instituto Butantan (IB) Coronavac - Vacina adsorvida COVID-19 (Inativada) Fabricante: Sinovac Life Sciences Co., Ltd. Parceria: IB/ Sinovac.

• Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - INSTITUTO DE TECNOLOGIA EM IMUNOBIOLÓGICOS - Bio-Manguinhos Covishiled - Vacina covid-19 (recombinante) Fabricante: Serum Institute of India Pvt. Ltd. Parceria: Fiocruz/ Astrazeneca.

2.1. Plataformas tecnológicas das Vacinas COVID-19 em produção

A seguir são descritas as principais plataformas tecnológicas utilizadas para o desenvolvimento das vacinas em estudo clínico de fase III na ocasião da redação deste documento.

a) Vacinas de vírus inativados – As vacinas de vírus inativados utilizam tecnologia clássica de produção, através da qual é produzida uma grande quantidade de vírus em cultura de células, sendo estes posteriormente inativados por procedimentos físicos ou químicos. Geralmente são vacinas seguras e imunogênicas, pois os vírus inativados não possuem a capacidade de replicação.

b) Vacinas de vetores virais – Estas vacinas utilizam vírus humanos ou de outros animais, replicantes ou não, como vetores de genes que codificam a produção da proteína antigênica (no caso a proteína Spike ou proteína S do SARS-CoV-2). Os vetores virais replicantes podem se replicar dentro das células enquanto os não-replicantes, não conseguem realizar o processo de replicação, porque seus genes principais foram desativados ou excluídos. Uma vez inoculadas, estas vacinas com os

vírus geneticamente modificados estimulam as células humanas a produzir a proteína Spike, que vão, por sua vez, estimular a resposta imune específica. O vírus recombinante funciona como um transportador do material genético do vírus alvo, ou seja, é um vetor inócuo, incapaz de causar doenças.

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

d) Unidades proteicas – Através de recombinação genética do vírus SARS-CoV-2, se utilizam nanopartículas da proteína Spike (S) do vírus recombinante SARS-CoV-2 rS ou uma parte dessa proteína denominada de domínio de ligação ao receptor (RDB). Os fragmentos do vírus desencadeiam uma resposta imune sem expor o corpo ao vírus inteiro. Esta é uma tecnologia já licenciada e utilizada em outras vacinas em uso em larga escala e, usualmente, requer adjuvantes para indução da resposta imune.

2.2. Vacinas COVID-19 em uso no Brasil

2.2.1. Vacina adsorvida covid-19 (inativada) - Instituto Butantan (IB) / Sinovac

É uma vacina contendo antígeno do vírus inativado SARS CoV-2. Os estudos de soroconversão da vacina adsorvida COVID-19 (Inativada), demonstraram resultados superiores a 92% nos participantes que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 14 dias e mais do que 97% em participantes que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 28 dias.

A eficácia desta vacina foi demonstrada em um esquema contendo 2 doses com intervalo de 2 a 4 semanas. Para prevenção de casos sintomáticos de covid-19 que precisaram de assistência ambulatorial ou hospitalar a eficácia foi de

77,96%. Não ocorreram casos graves nos indivíduos vacinados, contra 7 casos graves no grupo placebo.

Tabela 1: Vacina adsorvida covid-19 (inativada) - Instituto Butantan (IB) / Sinovac. Brasil, 2021.

Vacina adsorvida covid-19 (Inativada)	
Plataforma	Vírus inativado
Indicação de uso	Pessoas com idade maior ou igual a 18 anos
Forma farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola, multidose 10 doses
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/intervalos	2 doses de 0,5 ml, intervalo entre doses de 2 à 4 semanas
Composição por dose	0,5 ml contém 600SU de 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.
Prazo de validade e conservação	12 meses, se conservado entre 2°C e 8°C
Validade após abertura do frasco	8 horas após abertura em temperatura de 2°C à 8°C

Fonte: CGPNI/SVS/MS
*Dados sujeitos a alterações

2.2.2. Vacina covid-19 (recombinante) - Fiocruz/Astrazeneca

A vacina covid-19 (recombinante) desenvolvida pelo laboratório AstraZeneca/Universidade de Oxford em parceria com a Fiocruz é uma vacina contendo dose de 0,5 mL contém $1 \times 10_{11}$ partículas virais (pv) do vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação (ChAdOx1), que expressa a glicoproteína SARS-CoV-2 Spike (S). Produzido em células renais embrionárias humanas (HEK) 293 geneticamente modificadas.

Os estudos de soroconversão da vacina covid-19 (recombinante) demonstraram resultados em ≥ 98% dos indivíduos em 28 dias após a primeira dose e > 99% em 28 dias após a segunda dose.

A eficácia desta vacina foi demonstrada em um esquema contendo 2 doses com intervalo de 12 semanas. Os indivíduos que tinham uma ou mais

comorbidades tiveram uma eficácia da vacina de 73,43%, respectivamente, foi similar à eficácia da vacina observada na população geral.

Tabela 2: Especificação da Vacina covid-19 (recombinante) - AstraZeneca/Fiocruz. Brasil, 2021.

Vacina covid-19 (recombinante)	
Plataforma	Vacina covid-19 (recombinante)
Indicação de uso	Pessoas com idade maior ou igual a 18 anos
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola com 5,0 mL (10 doses) cada.
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/Intervalos	2 doses de 0,5 mL cada, com intervalo de 12 semanas
Composição por dose	0,5 mL contém 1 × 1011 partículas virais (pv) do vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação (ChAdOx1), que expressa a glicoproteína SARS-CoV-2 Spike (S). Excipientes: L-Histidina, cloridrato de L-histidina monoidratado, cloreto de magnésio hexaidratado, polissorbato 80, etanol, sacarose, cloreto de sódio, edetato dissódico di-hidratado (EDTA) e água para injetáveis.
Prazo de validade e conservação	24 meses a partir da data de fabricação se conservado na temperatura 2°C à 8°C
Validade após abertura do frasco	6 horas após aberta sob refrigeração (2ºC a 8ºC)

Fonte: CGPNI/SVS/MS
*Dados sujeitos a alterações

2.2.3. Administração simultânea com outras vacinas (coadministração)

É improvável que a administração simultânea das vacinas COVID-19 com as demais vacinas do calendário vacinal incorra em redução da resposta imune ou risco aumentado de eventos adversos. No entanto, devido à ausência de estudos nesse sentido, bem como visando possibilitar o monitoramento de eventos adversos pós vacinação, neste momento, não se recomenda a administração simultânea com as demais vacinas do calendário vacinal.

Preconiza-se um INTERVALO MÍNIMO de 14 DIAS entre as vacinas COVID-19 e as diferentes vacinas do Calendário Nacional de Vacinação.

Em situações de urgência, como a administração de soros antiofídicos ou vacina antirrábica para profilaxia pós exposição, esse intervalo poderá ser desconsiderado.

2.2.4. Intercambialidade

Indivíduos que iniciaram a vacinação contra a covid-19 deverão completar o esquema com a mesma vacina. Indivíduos que por ventura venham a ser **vacinados de maneira inadvertida com 2 vacinas diferentes deverão ser notificados como um erro de imunização no e-SUS Notifica (https://notifica.saude.gov.br)** e serem acompanhados com relação ao desenvolvimento de eventos adversos e falhas vacinais.

Esses indivíduos não poderão ser considerados como devidamente imunizados, no entanto, neste momento, **não se recomenda a administração de**

Maiores detalhes dos erros de imunização e condutas podem ser encontrados no item 4.3 deste Plano.

doses adicionais de vacinas COVID-19.

3. Objetivos da vacinação e grupos prioritários

Considerando a transmissibilidade da covid-19 (R0 entre 2,5 e 3), cerca de 60 a 70% da população precisaria estar imune (assumindo uma população com interação homogênea) para interromper a circulação do vírus. Desta forma seria necessária a vacinação de 70% ou mais da população para eliminação da doença, a depender da efetividade da vacina em prevenir a transmissão.

Portanto, em um momento inicial, onde não existe ampla disponibilidade da vacina no mercado mundial, o objetivo principal da vacinação passa a ser focado na redução da morbimortalidade causada pela covid-19, bem como a proteção da força de trabalho para manutenção do funcionamento dos serviços de saúde e dos serviços essenciais.

3.1. Grupos Prioritários a serem vacinados e estimativa de doses de vacinas necessárias

O plano de vacinação foi desenvolvido pelo Programa Nacional de Imunizações com apoio técnico-científico de especialistas na Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis (Portaria GAB/SVS n° 28 de 03 de setembro de

2020), pautado também nas recomendações do SAGE - Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (em inglês, *Strategic Advisor Group of Experts on Immunization*) da OMS. Considerando o exposto na análise dos grupos de risco (item 1 deste documento) e tendo em vista o objetivo principal da vacinação contra a covid-19, foi definido como prioridade a preservação do funcionamento dos serviços de saúde; a proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolver formas graves da doença; a proteção dos demais indivíduos vulneráveis aos maiores impactos da pandemia; seguido da preservação do funcionamento dos serviços essenciais.

O quadro 1 demonstra as estimativas populacionais dos grupos prioritários e o ordenamento das prioridades para a Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19. Os detalhamentos das especificações dos grupos prioritários e as recomendações para vacinação dos grupos elencados encontram-se no Anexo I.

O PNI reforça que todos os grupos elencados serão contemplados com a vacinação, entretanto de forma escalonada por conta de não dispor de doses de vacinas imediatas para vacinar todos os grupos em etapa única. Cabe ressaltar que ao longo da campanha poderá ocorrer alterações na sequência de prioridades descritas no quadro 1 e/ou subdivisões de alguns estratos populacionais, bem como a inserção de novos grupos, à luz de novas evidências sobre a doença, situação epidemiológica e das vacinas COVID-19. O detalhamento da estratégia de vacinação de cada grupo prioritário por etapas encontra-se disponível na Nota Técnica nº 155/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS (Anexo II).

Essas alterações, caso venham ser necessárias, terão detalhamento por meio de informes técnicos e notas informativas no decorrer da campanha. Os informes e notas informativas com o detalhamento das ações já realizadas estão disponíveis no site do Ministério da Saúde (https://www.gov.br/saude/pt-br/Coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19). Neste mesmo link serão disponibilizados ainda as atualizações do plano e os informes técnicos a serem emitidos ao longo da campanha.

Cabe ressaltar que é de interesse do PNI e do Ministério da Saúde ofertar a vacina COVID-19 a toda a população brasileira, a depender da produção e disponibilização das vacinas, mas neste momento é extremamente necessário o seguimento das prioridades elencadas, conforme o quadro que segue abaixo.

Quadro 1. Estimativa populacional para a Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19 - 2021 e ordenamento dos grupos prioritários*

Grupo	Grupo prioritário	População estimada*
1	Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	156.878
2	Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	6.472
3	Povos indígenas Vivendo em Terras Indígenas	413.739
4	Trabalhadores de Saúde	6.649.307
5	Pessoas de 90 anos ou mais	893.873
6	Pessoas de 85 a 89 anos	1.299.948
7	Pessoas de 80 a 84 anos	2.247.225
8	Pessoas de 75 a 79 anos	3.614.384
9	Povos e Comunidades tradicionais Ribeirinhas	286.833
10	Povos e Comunidades tradicionais Quilombolas	1.133.106
11	Pessoas de 70 a 74 anos	5.408.657
12	Pessoas de 65 a 69 anos	7.349.241
13	Pessoas de 60 a 64 anos	9.383.724
14	Comorbidades**	17.796.450
15	Pessoas com Deficiência Permanente	7.749.058
16	Pessoas em Situação de Rua	66.963
17	População Privada de Liberdade	753.966
18	Funcionários do Sistema de Privação de Liberdade[A]	108.949
19	Trabalhadores da Educação do Ensino Básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA)	2.707.200
20	Trabalhadores da Educação do Ensino Superior	719.818
21	Forças de Segurança e Salvamento	584.256
22	Forças Armadas	364.036
23	Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros	678.264
24	Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário	73.504
25	Trabalhadores de Transporte Aéreo	116.529
26	Trabalhadores de Transporte de Aquaviário	41.515
27	Caminhoneiros	1.241.061
28	Trabalhadores Portuários	111.397
29	Trabalhadores Industriais	5.323.291
Total		**77.279.644**

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS. *Dados sujeitos a alterações. **Ver quadro 2 para detalhamento das comorbidades. [A] Exceto trabalhadores de saúde.

1) Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas; Pessoas com Deficiência Institucionalizadas e Pessoas em situação de rua: Sistema Único da Assistência Social - SUAS, 2019/2020 -estimada a partir do censo SUAS. O grupo prioritário Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas foi estimado com uma margem de erro de 100% para incorporar os estabelecimentos privados não registrados no censo; **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. Para as faixas acima de 60 anos, foi baseada no banco do CNES; **4) Pessoas com 60 anos ou mais:** Estimativas preliminares, por faixa etária elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE, de 2020; **5) Povos e Comunidades Tradicionais Ribeirinhas:** base de dados do SISAB, Secretaria de Atenção Primária à Saúde SAPS, outubro de 2020, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos; **6) Povos e Comunidades Tradicionais Quilombolas:** dados do Censo do IBGE-2010, tendo como referência as áreas mapeadas em 2020, incluiu indivíduos acima de 18 anos; **7) Comorbidades:** IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde, de 2019, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos; **8) População Privada de Liberdade e Funcionários do Sistema de Privação de Liberdade:** base de dados do Departamento Penitenciário Nacional- Infopen, de 2020, incluiu indivíduos acima de 18 anos; **09) Forças de Segurança e Salvamento:** dados disponibilizados pelas secretarias de defesa dos estados de AP, MA, MT, PE, PR, RN, RO, RR, SC, TO. Os demais estados o grupo Força de Segurança e Salvamento foi definido a partir da subtração dos dados do grupo Força de Segurança e Salvamento da Campanha de Influenza, de 2020, pelo grupo das Forças Armadas da atual campanha, com exceção dos estados de AM, RJ e MS. Nestes estados, foram estimados os dados de Força de Segurança e Salvamento da Campanha de Influenza divido por 2 (média entre os dados do Grupo de Força de Segurança e Salvamento e Forças Armadas dos outros estados). **10) Forças Armadas:** Ministério da Defesa, de dezembro de 2020, incluiu indivíduos acima de 18 anos; **11) Pessoas com Deficiência Permanente:** dados do Censo do IBGE, de 2010, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos; **12) Trabalhadores de Ensino Básico e Trabalhadores de Ensino Superior:** Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), de 2019, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos; **13) Caminhoneiros:** Base CAGED e ANTT (RNTRC), de 2020, incluiu indivíduos acima de 18 anos; **14) Trabalhadores Portuários:** Base CAGED, ATP e ABTP, de 2020, incluiu indivíduos acima de 18 anos; **15) Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário Passageiros Urbano e de Longo Curso, Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário e Trabalhadores de Transporte de Aquaviário:** Base CAGED, de 2020, incluiu indivíduos acima de 18 anos; **16) Trabalhadores de Transporte Aéreo:** Base CAGED, de 2020, dados concecidos pelos aeroportos e empresas de serviços auxliares ao transporte aéreo e ANEAA, incluiu indivíduos acima de 18 anos; **17) Trabalhadores Industriais:** Pesquisa Nacional de Saúde, de 2019, e base de dados do CNAE e SESI, de 2020, incluiu indivíduos de 18 a 59 anos.

Quadro 2. Descrição das comorbidades incluídas como prioritárias para vacinação contra a covid-19

Grupo de comorbidades	Descrição
Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes
Pneumopatias crônicas graves	Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática).
Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	HAR= Quando a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos
Hipertensão arterial estágio 3	PA sistólica ≥180mmHg e/ou diastólica ≥110mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade
Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade	PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade
Doenças cardiovasculares	
Insuficiência cardíaca (IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária
Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)
Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)
Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras)
Miocardiopatias e Pericardiopatias	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática
Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)
Cardiopatias congênita no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento

	miocárdico.
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)
Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m2) e/ou síndrome nefrótica.
Imunossuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV e CD4 <350 células/mm3; doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.
Anemia falciforme	Anemia falciforme
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40
Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Com base nas revisões de literatura contidas nas referências deste documento.

4. Farmacovigilância

Frente à introdução de novas vacinas de forma mais ágil, usando novas tecnologias de produção e que serão administradas em milhões de indivíduos, pode haver um aumento no número de notificações de eventos adversos pós-vacinação (EAPV). Assim, torna-se premente o fortalecimento dos sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária no Brasil, em especial no manejo, identificação, notificação e investigação de EAPV por profissionais da saúde.

Portanto, o MS elaborou **Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós-Vacinação** acordado entre a SVS do MS e a Anvisa. Este documento será utilizado como referência para a vigilância de EAPV com os protocolos já existentes. O Sistema Nacional de Vigilância de EAPV é composto pelas seguintes instituições:

- Ministério da Saúde: Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações/DEIDT/SVS/MS;

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Gerência de Farmacovigilância (GFARM), Gerência-Geral de Inspeção e Fiscalização Sanitária (GGFIS) e Gerência de Laboratórios de Saúde Pública (GELAS/DIRE4/ANVISA);
- Secretarias Estaduais/Distrital de Saúde: Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária e Coordenações de Imunização;
- Secretarias Municipais de Saúde: Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária e Coordenações de Imunização;
- Serviços de referências e contra referências: CRIE, Atenção Primária e Especializada (Serviços de Urgência/Emergência, Núcleos de Vigilância Hospitalares). Laboratórios Produtores com registro ativo.

Para o manejo apropriado dos EAPV de uma nova vacina é essencial contar com um sistema de vigilância sensível para avaliar a segurança do produto e dar resposta rápida a todas as preocupações da população relacionadas às vacinas. Estas atividades requerem notificação e investigação rápida do evento ocorrido. Os três principais componentes de um sistema de vigilância de EAPV são:

- Detecção, notificação e busca ativa de novos eventos;
- Investigação (exames clínicos, exames laboratoriais, etc.) e;
- Classificação final dos EAPV.

Todos os eventos, não graves ou graves, compatíveis com as definições de casos, estabelecidas no Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação, **deverão ser notificados**, seguindo o fluxo estabelecido pelo PNI. O sistema para notificação será o **e-SUS Notifica**, disponível no link https://notifica.saude.gov.br/. A notificação de queixas técnicas das vacinas COVID-19 autorizadas para uso emergencial temporário, em caráter experimental, deve ser realizada no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária - **Notivisa**, disponível em versão eletrônica no endereço: https://www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmlogin.asp.

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

É importante destacar que as notificações deverão primar pela qualidade no

preenchimento de todas as variáveis contidas na ficha de notificação/investigação de EAPV do PNI. Destaca-se ainda que, na possibilidade de oferta de diferentes vacinas, desenvolvidas por diferentes plataformas, é imprescindível o cuidado na identificação do tipo de vacina suspeita de provocar o EAPV, como número de lote e fabricante.

Atenção especial e busca ativa devem ser dadas à notificação de eventos adversos graves, raros e inusitados, óbitos súbitos inesperados, erros de imunização (programáticos), além dos Eventos Adversos de Interesse Especial (EAIE), que estão devidamente descritos no Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação e, os que não constam no Manual estão descritos no Protocolo acima citado. Para os **eventos adversos graves,** a notificação deverá ser feita em até 24 horas, conforme portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020.

Caberá aos municípios e estados a orientação e determinação de referências e contrarreferências, em especial para o atendimento especializado terciário no processo de uma vigilância ativa estruturada.

4.1. Precauções à administração da vacina

Considerando que a(s) vacina(s) COVID-19 não foram testadas em todos os grupos de pessoas, há algumas precauções e contraindicações que podem ser temporárias, até que haja mais pesquisas e administração ampla na sociedade.

4.1.1. Doenças febris agudas, pessoas com suspeita de covid-19 e histórico prévio de infecção pelo SARS-CoV-2.

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

É improvável que a vacinação de **indivíduos infectados** (em período de incubação) ou assintomáticos tenha um efeito prejudicial sobre a doença. Entretanto, **recomenda-se o adiamento da vacinação nas pessoas com quadro sugestivo de infecção em atividade** para se evitar confusão com outros diagnósticos diferenciais. Como a piora clínica pode ocorrer até duas semanas após a infecção, **idealmente a vacinação deve ser adiada até a recuperação clínica total e pelo menos quatro**

semanas após o início dos sintomas ou quatro semanas a partir da primeira amostra de PCR positiva em pessoas assintomáticas.

4.1.2. Vacinação de pessoas com exposição recente à covid-19.

As vacinas COVID-19, atualmente, **não são recomendadas para controle de surtos** ou para profilaxia pós-exposição ao SARS-CoV-2 em pessoas com exposição conhecida. Devido ao período de incubação mediano da covid-19 ser de apenas 4 – 5 dias, é improvável que a vacinação contra à covid-19 gere uma resposta imune adequada dentro desse prazo para uma profilaxia pós-exposição efetiva.

Pessoas na comunidade ou em contexto ambulatorial, que tiverem sido contatos de casos suspeitos ou confirmados de covid-19, não devem ser vacinadas durante o período de quarentena (conforme recomendado no Guia de Vigilância da Covid-19) para evitar exposição potencial de profissionais de saúde e os demais usuários do serviço durante a vacinação.

Moradores ou pacientes que vivem institucionalizados em serviços de saúde (p.ex, instituições de longa permanência) ou não relacionados à saúde (p.ex, populações privadas de liberdade, pessoas em situação de rua em abrigos), ou em comunidades fechadas (p.ex., indígenas, quilombolas), com exposição conhecida à covid-19 e/ou aguardando testes para SARS-CoV-2, podem ser vacinadas, desde que não apresentem sintomas consistentes com à covid-19. Nessas situações, a exposição e a transmissão do SARS-CoV-2 pode ocorrer de forma repetida e por longos períodos de tempo, além dos profissionais de saúde e demais funcionários já estarem em contato com os moradores. Os profissionais de saúde responsáveis pela vacinação devem utilizar medidas de prevenção e controle da infecção.

4.1.3. Pessoas com uso recente de imunoglobulinas

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

4.1.4. Gestantes, Puérperas e Lactantes

A segurança e eficácia das vacinas não foram avaliadas nestes grupos, no entanto estudos em animais não demonstraram risco de malformações. Ressalta-se que as vacinas de plataformas de vírus inativado já são utilizadas por este grupo de mulheres no Calendário Nacional de Vacinação, e um levantamento de evidências sobre recomendações nacionais e internacionais de vacinação com vacinas COVID-19 de gestantes, puérperas e lactantes, realizado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia

e Insumos Estratégicos (SCTIE), em sua maioria defende a vacinação das mulheres nessas condições, **se pertencentes a algum grupo prioritário**.

Assim, o PNI orienta que para as mulheres que estejam gestantes ou no período de puerpério e lactação, **pertencentes a um dos grupos prioritários, especialmente com alguma comorbidade**, seja ofertada a vacinação, conforme os grupos elencados nas etapas da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19.

Para gestantes sem comorbidades e que pertençam aos grupos prioritários, orienta-se que seja realizada a avaliação dos riscos e benefícios, principalmente em relação às atividades desenvolvidas pela mulher. As gestantes que se enquadrarem nesses critérios deverão ser vacinadas conforme o calendário de vacinação dos grupos prioritários disponíveis no Plano Nacional de Vacinação contra a covid-19.

As gestantes, puérperas e lactantes devem ser informadas sobre os dados de eficácia e segurança das vacinas conhecidos e da ausência de alguns dados relacionados, assim como dos riscos potenciais da infecção pelo SARS-CoV-2, para que possam tomar uma decisão esclarecida.

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

As gestantes, puérperas e lactantes, pertencentes aos grupos prioritários, que não concordarem em serem vacinadas, devem ser apoiadas em sua decisão e instruídas a manter medidas de proteção como higiene das mãos, uso de máscaras e distanciamento social.

O ALEITAMENTO MATERNO NÃO DEVERÁ SER INTERROMPIDO em caso da vacinação de lactantes.

A vacinação inadvertida das gestantes (fora dos grupos prioritários) deverá ser notificada no sistema de notificação e-SUS notifica como um “erro de imunização” para fins de controle e monitoramento de ocorrência de eventos adversos.

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

4.1.5. Pessoas em uso de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes orais

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

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

4.1.6. Portadores de Doenças Reumáticas Imunomediadas (DRIM)

Preferencialmente o paciente deve ser vacinado estando com a doença controlada ou em remissão, como também em baixo grau de imunossupressão ou sem imunossupressão.

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

4.1.7. Pacientes Oncológicos, Transplantados e Demais Pacientes Imunossuprimidos

A eficácia e segurança das vacinas COVID-19 não foram avaliadas nesta população. No entanto, considerando as plataformas em questão (vetor viral não replicante e vírus inativado) é improvável que exista risco aumentado de eventos adversos. A avaliação de risco benefício e a decisão referente à vacinação ou não deverá ser realizada pelo paciente em conjunto com o médico assistente, sendo que a vacinação somente deverá ser realizada com prescrição médica.

4.2. Contraindicações à administração das vacinas COVID-19

- **Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer dos excipientes da vacina;**

- **Para aquelas pessoas que já apresentaram uma reação anafilática confirmada a uma dose anterior de uma vacina COVID-19;**

ATENÇÃO: recomenda-se que, antes de qualquer vacinação, seja verificada nas bulas e respectivo(s) fabricante(s), as informações fornecidas por este(s) sobre a(s) vacina(s) a ser(em) administrada(s). Até o momento a vacinação contra a covid-19 não está indicada para indivíduos menores de 18 anos no Brasil.

Ressalta-se que informações e orientações detalhadas encontram-se no **Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós-Vacinação.**

4.3. Erros de imunização e condutas recomendadas

Erros de imunização (programáticos) são eventos adversos pós-vacinação evitáveis e que, portanto, devem ser minimizados através do treinamento adequado dos vacinadores e com uso da técnica correta de vacinação. A seguir apresenta-se alguns erros de imunização potencialmente associados as vacinas COVID-19 juntamente com a orientação das condutas pertinentes:

I. Extravasamento durante a administração

A ocorrência de extravasamentos durante ou após a aplicação de uma vacina, seja no próprio local da injeção ou na conexão entre a seringa e a agulha, são considerados erros de imunização. Sua ocorrência deverá ser evitada e os vacinadores treinados na técnica correta de boas práticas de vacinação, com especial atenção no encaixe das agulhas na seringa e na técnica de administração intramuscular.

No entanto, caso esse erro ocorra, considerando que habitualmente os volumes de dose recomendados contém um excesso de antígeno como margem de erro, é pouco provável que **extravasamentos de pequenos volumes** (ex.: 2 a 3 gotas) incorram em pior resposta imune, desta forma, **como regra geral, não se recomenda doses adicionais**. Em situações de exceção, onde se observe o extravasamento de grandes volumes de vacina (avaliação caso a caso), recomenda-

se a revacinação imediata.

II. Vacinação de menores de 18 anos

As vacinas COVID-19 não estão indicadas para essa faixa etária, indivíduos que forem inadvertidamente vacinados deverão ter seus esquemas encerrados sem que sejam administradas doses adicionais.

III. Intervalo inadequado entre as doses dos esquemas propostos

A vacinação deverá respeitar os intervalos recomendados para cada fabricante para assegurar a melhor resposta imune. A segunda dose de vacina COVID-19 administrada com **intervalo inferior a 14 dias (2 semanas) não poderá ser considerada válida**, desta forma recomenda-se o agendamento de nova dose respeitando o intervalo recomendado.

Em casos nos quais o indivíduo tenha recebido a primeira dose de vacina COVID-19 de um produtor (fabricante) e com menos de 14 dias venha receber uma segunda dose de vacina COVID-19 de outro produtor (fabricante), a segunda dose deverá ser desconsiderada e **reagendada uma segunda dose conforme intervalo indicado da primeira vacina** COVID-19 recebida.

Atrasos em relação ao intervalo máximo recomendado para cada vacina devem ser evitados uma vez que não se pode assegurar a devida proteção do indivíduo até a administração da segunda dose. Porém, caso ocorram atrasos o esquema vacinal deverá ser completado com a administração da segunda dose o mais rápido possível.

IV. Administração inadvertida por via subcutânea

As vacinas COVID-19 em uso no país são de administração por via intramuscular. A administração pela via subcutânea não é recomendada uma vez que não se tem dados de eficácia e segurança por essa via e poderá aumentar o risco de eventos adversos locais para vacinas com uso de adjuvantes.

No entanto, também, não estão disponíveis dados de segurança com doses adicionais das vacinas. Desta forma, caso ocorra **a vacinação inadvertida por via subcutânea, o erro de imunização deverá ser notificado e a dose deverá ser considerada válida**, caso o erro tenha acontecido com a primeira dose, a segunda dose deverá ser agendada com o aprazamento no intervalo recomendado. Ressalta-se a necessidade de uso da via intramuscular na dose subsequente.

5. Sistemas de Informação

Na Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19, observada a necessidade de acompanhar e monitorar os vacinados, o Ministério da Saúde desenvolveu módulo específico nominal, para registro de cada cidadão vacinado com a indicação da respectiva dose administrada (Laboratório e lote), além da implementação do módulo de movimentação de imunobiológico para facilitar a rastreabilidade e controle dos imunobiológicos distribuídos, facilitando o planejamento e o acompanhamento em situações de Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV).

5.1. O registro do vacinado

O registro da dose aplicada da vacina será nominal/individualizado. Essa modalidade de registro garante o reconhecimento do cidadão vacinado pelo número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou do Cartão Nacional de Saúde (CNS), a fim de possibilitar o acompanhamento das pessoas vacinadas, evitar duplicidade de vacinação, e identificar/monitorar a investigação de possíveis EAPV.

Os registros das doses aplicadas deverão ser realizados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (Novo SI-PNI - online) ou em um sistema próprio que interopere com ele, por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

No caso das salas de vacina sem conectividade com a internet que funcionam no âmbito da APS, os registros das doses aplicadas poderão ser feitos no e-SUS AB, por meio da Coleta de Dados Simplificada - modalidade CDS. Essas salas farão registros *offline* e depois submeterão seus registros para o servidor assim que a conexão com a internet estiver disponível, no prazo máximo de 48 horas.

Da mesma forma, as salas de vacina que ainda não estão informatizadas e/ou não possuem uma adequada rede de internet disponível, ou mesmo as unidades em atividades de vacinação extramuros durante a campanha, deverão realizar os registros de dados nominais e individualizados em formulários, para posterior registro no sistema de informação em até 48 horas.

O formulário contém as dez variáveis mínimas padronizadas, a saber:

- CNES - Estabelecimento de Saúde;
- CPF/CNS do vacinado;

- Data de nascimento;
- Nome da mãe;
- Sexo;
- Grupo prioritário;
- Data da vacinação;
- Nome da Vacina/fabricante;
- Tipo de Dose; e
- Lote/validade da vacina.

Com o objetivo de facilitar a identificação do cidadão durante o processo de vacinação, o SI-PNI possibilitará utilizar o QR-Code que pode ser gerado pelo próprio cidadão no **Aplicativo ConecteSUS**. O cidadão que faz parte dos grupos prioritários elegíveis para a vacinação, mas que chega ao serviço de saúde sem o seu QR-Code em mãos não deixará de ser vacinado. Para isso, o profissional de saúde tem uma alternativa de busca no SI-PNI, pelo Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou Cartão Nacional de Saúde (CNS), a fim de localizar o cidadão na base de dados nacional de imunização e tão logo avançar para o ato de vacinar e de execução do registro da dose aplicada.

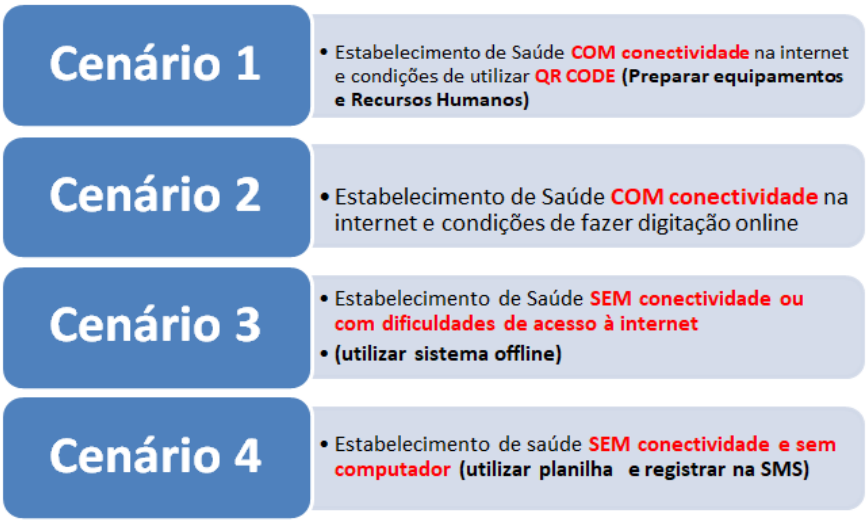
Realizou-se pré-cadastro para alguns grupos prioritários, isto é, diferentes bases de dados foram integradas ao SI-PNI e ao aplicativo ConecteSUS para identificar automaticamente os cidadãos que fazem parte dos grupos prioritários da Campanha. Entretanto, caso o cidadão comprove que faz parte do grupo prioritário e não esteja listado na base de dados do público-alvo, o profissional de saúde poderá habilitá-lo no SI-PNI para receber a vacina. A ausência do nome do cidadão na base de dados do público-alvo não deve ser impedimento para ele receber a vacina, desde que comprove que integra algum grupo prioritário.

Destaca-se ainda que, em consonância com a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n° 197/2017, todo serviço de vacinação possui obrigatoriedade na informação dos dados ao ente federal, por meio do sistema de informação oficial do Ministério da Saúde, ou um sistema próprio que interopere com o mesmo.

Estabelecimentos de saúde público ou privado com sistema de informação próprio ou de terceiros deverão providenciar o registro de vacinação de acordo com o modelo de dados do Módulo de Campanha Covid-19, disponível no Portal de Serviços do Ministério da Saúde, no link: (hps://rnds-guia.saude.gov.br/).

A transferência dos dados de vacinação da Campanha Covid-19 deverá ocorrer diariamente, por meio de Serviços da RNDS, conforme modelo de dados e as orientações disponibilizadas no Portal de Serviços do MS, no link: (hps://servicosdatasus.saude.gov.br/detalhe/UZQjoYDDFN) e (hps://rnds-guia.saude.gov.br/). A **RNDS** (https://rnds.saude.gov.br/) promove troca de informações entre pontos da Rede de Atenção à Saúde permitindo a transição e continuidade do cuidado nos setores público e privado.

A capacidade tecnológica disponível nas salas de vacina – informatização e conectividade determinará o tempo médio para registro do vacinado no Sistema de Informação. Existem cenários diferentes nas salas de vacina, de acordo com as condições tecnológicas (Figura 1).



Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS.

Figura 1. Cenários para registro do vacinado no Sistema de Informação, conforme condições tecnológicas das salas de vacina

Caso sejam identificados problemas que impossibilitem o registro eletrônico da vacina, o MS orienta a utilização de um plano de contingência que inclua a ativação do registro manual do formulário que contém as 10 variáveis mínimas para posterior digitação no Sistema de Informação, de forma que não gere impactos no ato da vacinação.

Somente com a identificação do cidadão pelo CPF ou CNS será possível promover a troca de informações entre os **Pontos da Rede de Atenção à Saúde** por meio da RNDS, permitindo a transição e continuidade do cuidado nos setores público e privado, como por exemplo, o acesso do cidadão à sua caderneta nacional digital de vacinação e ao certificado nacional de vacinação, além do acesso aos dados clínicos

no prontuário eletrônico pelos profissionais de saúde devidamente credenciados, que prestam o atendimento direto ao cidadão.

A Notificação e Investigação de EAPV deverão ser realizadas no e-SUS Notifica. Esta será a única via de entrada de dados, já acordado entre a Anvisa e a CGPNI. O formulário de preenchimento dentro do sistema desenvolvido pelo DATASUS foi construído visando aprimorar o fluxo de informação entre o MS, Anvisa e OMS.

Reforça-se que os registros das doses aplicadas das vacinas COVID-19 deverão garantir a identificação do cidadão vacinado pelo número do CPF ou do CNS, para possibilitar a identificação, o controle, a segurança e o monitoramento das pessoas vacinadas, evitar duplicidade de vacinação e possibilitar acompanhamento de possíveis EAPV. Estes deverão garantir também a identificação da vacina, do lote, do produtor e do tipo de dose aplicada, objetivando possibilitar o registro na carteira digital de vacinação.

Maiores detalhes sobre o registro de vacinação e os roteiros completos sobre a operacionalização dos sistemas de informação para registro de doses aplicadas das vacinas contra a covid-19, estão disponíveis na Nota Informativa nº1/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS.

5.2. O registro da movimentação da Vacina

Afim de garantir a rastreabilidade dos imunobiológicos adquiridos e distribuídos à Rede de Frio nacional, atendendo às exigências previstas na Portaria GM/MS n° 69 de 14 de janeiro de 2021, o DataSUS disponibilizou o módulo de movimentação de imunobiológico do SI-PNI, onde de forma automática, por meio de seleção disponível em lista suspensa, o usuário incluirá o lote, laboratório e quantidade de imunobiológico na entrada do produto de cada uma das unidades. A saída será selecionável e classificável com possibilidade da indicação de saída por consumo (doses utilizadas), transferência para outra unidade, ou ainda por perda física (quebra do frasco; falta de energia; falha do equipamento; validade vencida, procedimento inadequado; falha de transporte; outros motivos), seguindo o padrão usualmente utilizado pelas unidades.

Importante ratificar que a indicação de consumo “**Doses utilizadas**” deverá ser **registrada por número de doses do frasco aberto** para vacinação, para que os cálculos automáticos do sistema sejam viabilizados adequadamente e o monitoramento de perdas técnicas seja possível de realizar-se em tempo real, com

ajustes necessários do planejamento nacional para revisão continuada da aquisição e distribuição da vacina. Esclarece-se que, o cálculo é realizado pelo sistema, pela diferença entre o total de doses utilizadas e o total de doses aplicadas, o resto da subtração indica a perda técnica ocorrida, variável de controle.

5.3. Gestão da Informação

Para a análise do desempenho da Campanha, informações de doses aplicadas e coberturas vacinais (CV) estão disponibilizadas aos gestores, profissionais de saúde e para a sociedade por meio do Painel de Visualização (Vacinômetro) e poderá ser acessado pelo link: https://localizasus.saude.gov.br/, contendo diferentes relatórios, gráficos e mapas.

No referido painel há dados de doses aplicadas das vacinas contra covid-19, por grupo prioritário, por UF e municípios, por um determinado período de tempo, por sexo, por faixa etária, por tipo de vacina e tipo de dose. Ainda apresenta as coberturas vacinais do Brasil, das UF e dos municípios, por grupo prioritário, em um determinado período de tempo, por sexo, por faixa etária e a distribuição espacial das coberturas vacinais segundo as UF e municípios. Neste, também constam os quantitativos de doses distribuídas para estados.

Para acesso interno do Ministério da saúde foram desenvolvidos mais dois painéis de contribuição. São eles:

1 - Distribuição dos EAPV, segundo pessoa, lugar e tempo, e ainda, por tipo de vacina e tipos de dose. Serão apresentados os gráficos de dados gerais do Brasil, estados e municípios de acordo com diferentes filtros. Terão dados e informações de EAPV por grupo prioritário, por tipo de evento, por tipo de evento adverso associado, por sexo e faixa etária, por fabricantes e vacinas, por diagnóstico clínico, por tipo de manifestação clínica, por classificação de causalidade e por status da investigação.

2 - O de logística, garantirá o acompanhamento e rastreabilidade das vacinas COVID-19 nas diversas unidades da rede de frio, desde a instância nacional até a entrega do produto, na instância local da rede de frio, nas unidades de vacinação. Esse painel permite o monitoramento de estoque e controle de consumo e, eventuais perdas operacionais e *status* de quarentena da vacina, em informações gráficas e/ou numéricas, potencializando as tomadas de decisões logísticas oportunas por parte do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde, por intermédio do DATASUS, disponibilizará os **microdados referentes à Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, no Portal https://opendatasus.saude.gov.br/**, com registro individualizado e dados anonimizados, respeitando o disposto na Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018, conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Os dados estarão publicados no OpendataSUS de acordo com o formato de dados abertos, ou seja, *Comma Separeted Values* (CSV) ou *Application Programming Interface* (API).

A obtenção desses dados pode ser feita via portal, selecionando o documento e clicando no botão de *download*, ou via API do *Comprehensive Knowledge Archive Network* (CKAN). A chave de acesso é obtida na página do perfil do usuário. Para mais informações acessar https://docs.ckan.org/en/2.9/api/.

Salienta-se que os dados individualizados e identificados estarão disponíveis somente para os profissionais da saúde devidamente credenciados e com senhas, resguardando toda a privacidade e confidencialidade das informações, para acompanhamento da situação vacinal no estabelecimento de saúde.

Na Nota Informativa nº 1/2021 CGPNI/DEIDT/SVS/MS inclui maiores esclarecimentos acerca do acesso aos dados e informações para o acompanhamento do desempenho da Campanha, dentre outros.

6. Operacionalização para vacinação

6.1. Mecanismo de gestão em saúde

O Ministério da Saúde coordena as ações de resposta às emergências em saúde pública, incluindo a mobilização de recursos, aquisição de imunobiológicos, apoio na aquisição de insumos e a articulação da informação entre as três esferas de gestão do SUS.

As diretrizes e responsabilidades para a execução das ações de vigilância em saúde, entre as quais se incluem as de vacinação, são definidas em legislação nacional (Lei nº 6.259/1975), a qual aponta que a gestão das ações é compartilhada pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. Devem ser pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo por base a regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis. A descrição das responsabilidades de cada ente relacionadas à operacionalização da campanha encontra-se no Anexo III.

6.2. Planejamento para operacionalização da vacinação

6.2.1. Capacitações

A CGPNI, visando aumentar a capilaridade da informação, em conjunto do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Apoiadores do MS/OPAS atuante nos Estados está disponibilizando capacitações voltadas para a qualificação de profissionais da saúde do SUS que atuarão nas campanhas de vacinação contra a covid-19, em especial aos profissionais inseridos na Atenção Primária em Saúde e nas cerca de 38 mil salas de vacina existentes no país.

O Projeto de Fortalecimento das Ações de Imunização nos Territórios Municipais (**Projeto ImunizaSUS**), proveniente do convênio do Ministério da Saúde com o Conasems, tem por objetivo ofertar a Educação Continuada com a disponibilização de ferramentas de apoio para o fortalecimento da atuação dos profissionais de imunização no âmbito da atenção básica Municipal. O referido projeto teve lançamento no último 21 de janeiro, com capacidade para capacitar 94,5 mil profissionais do SUS, distribuídos em todo o país, em 180 horas de capacitação com tutoria.

Corroborando com o projeto supracitado, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em acordo com o Ministério da Saúde, em 04 de março de 2021 lançou o curso **Vacinação: protocolos e procedimentos técnicos,** com o apoio do PNI. O curso encontra-se disponível no Campus Virtual Fiocruz (EaD) e tem por objetivo capacitar os profissionais da rede do SUS de todo o país que atuarão na campanha de vacinação, o acesso é público, gratuito e autoinstrucional (não conta com tutoria).

6.2.2. Microprogramação

As UF devem dispor de plano de operacionalização e os municípios uma programação local da campanha de vacinação, incluída no Plano Municipal de Saúde, com base nas diretrizes do Plano Nacional. Os dados submetidos à União no decorrer do exercício de 2020 serão referências a serem aplicadas pelas UF nos seus respectivos planos.

A microprogramação será importante para mapear a população-alvo e as estratégias mais adequadas para a captação e adesão de cada grupo, bem como alcançar a meta de vacinação definida para os grupos prioritários, sendo fundamental ter informação sobre a população adscrita.

Essa planificação requer a articulação das Secretarias Estaduais e Municipais

de Saúde com diversas instituições e parceiros, assim como a formação de alianças estratégicas com organizações governamentais e não governamentais, conselhos comunitários e outros colaboradores.

Destaca-se a importância e necessidade de uma boa estratégia de comunicação da vacinação, da organização de capacitações de recursos humanos, dentre outros.

A vacinação contra a covid-19 pode exigir diferentes estratégias, devido à possibilidade da oferta de diferentes vacinas, para diferentes faixas etárias/grupos e também da realidade de cada município. Alguns pontos devem ser considerados pelos municípios para definição de suas estratégias, que envolvem os seguintes aspectos, conforme orientação a seguir:

Vacinação de trabalhadores da saúde: exige trabalho conjunto entre Atenção Primária à Saúde e Urgência e Emergência, principalmente para aqueles que atuam em unidades exclusivas para atendimento da covid-19;

Vacinação de idosos: a vacinação casa a casa pode ser uma estratégia em resposta àqueles que têm mobilidade limitada ou que estejam acamados;

Vacinação em instituições de saúde de longa permanência: fazer um diagnóstico prévio do público alvo institucionalizado para organização da logística de vacinação *in loco*;

Organização da unidade básica de saúde: avaliar diferentes frentes de vacinação, para evitar aglomerações. Deve-se pensar na disposição e circulação destas pessoas nas unidades de saúde e/ou postos externos de vacinação.

6.3. Rede de Frio e o planejamento logístico

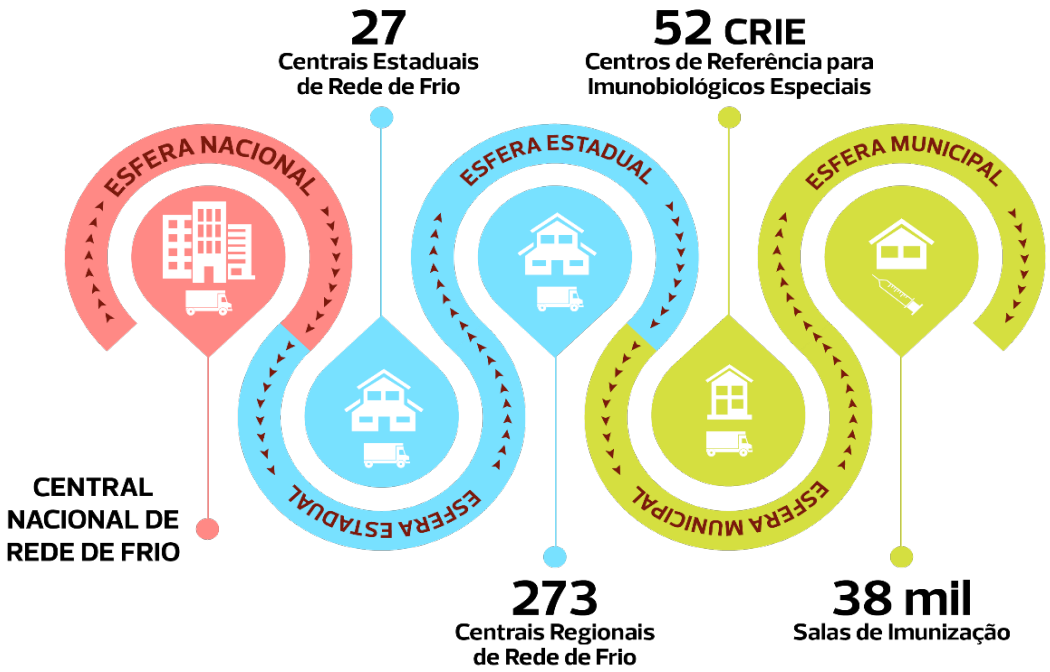
A Rede de Frio Nacional organiza-se nas três esferas de gestão, viabilizando a adequada logística de aproximadamente 300 milhões de doses dos 47 imunobiológicos distribuídos anualmente pelo PNI, para garantia de vacinação em todo o território nacional. A Rede Conta com a seguinte estrutura (Figura 2):

1 Central Nacional;

27 Centrais Estaduais; 273 Centrais Regionais e aproximadamente 3.342 Centrais Municipais;

Aproximadamente 38 mil Salas de Imunização, podendo chegar a 50 mil pontos de vacinação em períodos de campanhas;

52 Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).



Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Adaptado Manual de Rede de Frio, 2017. *CRIE pode ser de gestão Estadual ou Municipal

Figura 2 - Organização da Rede de Frio Nacional

6.3.1. A estrutura nacional de logística

A atividade logística é realizada pelo Departamento de Logística/Coordenação-Geral de Logística de Insumos Estratégicos para Saúde do Ministério da Saúde (DLOG/CGLOG), localizado em Brasília/MS.

A operacionalização da logística se dá por meio de uma empresa terceirizada (VTC-LOG), que presta os serviços de armazenagem e transporte dos Insumos Estratégicos em Saúde (IES) do Ministério da Saúde. Esta realiza a entrega dos imunobiológicos nas centrais estaduais de rede de frio das 27 UF. Ressalta-se que o MS possui uma coordenação operando dentro do Centro de Distribuição Logístico (CDL) da empresa que acompanha e fiscaliza *in loco* toda a operação. O CDL localiza-se na cidade de Guarulhos - São Paulo, nas proximidades do aeroporto, possui 36.000 m^2, distribuídos nos seguintes setores:

- Área climatizada: 15º C a 30º C;
- Área de congelados e maturados: até -35º C; e
- Área de refrigerados: 2° C à 8º C.

A área de refrigerados é destinada ao armazenamento, dentre outros, dos imunobiológicos. Dispõe de 7.145 posições palete, dispostas numa área de 7.000 m^2. Possui capacidade operacional de recebimento de 30.000.000 de doses de vacina/dia, e de produção e expedição de 18.480.000 doses de vacina/dia.

A empresa dispõe de outras 3 sedes, que estão sendo equipadas com câmaras refrigeradas, que possuirão as seguintes capacidades:

- Brasília (sede): 1.000 posições palete.
- Rio de Janeiro (Galeão): 1.000 posições palete.
- Recife: 500 posições palete.

As câmaras operam no sistema *crossdocking*, o que permite a maior rapidez e flexibilidade no recebimento e distribuição das vacinas.

Na logística de distribuição são utilizados os modais aéreo e rodoviário, esse último opera atualmente com uma frota de 100 veículos com baús refrigerados, com sistema de rastreamento e bloqueio via satélite. A frota encontra-se em expansão.

No modal aéreo, o MS terá o apoio da Associação Brasileira de Empresas Aéreas por meio das companhias aéreas Azul, Gol, Latam e Voepass, para o transporte gratuito da vacina COVID-19 às unidades federadas do país. Ainda, o MS contará com a parceria do Ministério da Defesa, no apoio às ações em segurança, comando e controle e logística para vacinação em áreas de difícil acesso.

6.3.2. A organização das Centrais de Rede de Frio e pontos de vacinação

As centrais de rede de frio são organizadas por portes variados de I à III (Portaria n° 2.682/2013), de acordo com a população, que reflete a demanda de doses e, consequente, volume de armazenamento das estruturas. A sala de vacinação tem sua estrutura definida segundo a RDC n° 50 de 21 de fevereiro de 2002 e os CRIE em consonância com a Portaria n° 48 de 28 de julho de 2004.

A depender do porte da unidade de rede de frio são utilizadas câmaras frias de infraestrutura, ou câmaras refrigeradas para o armazenamento dos imunobiológicos. Em esforço convergente das diversas esferas de gestão, desde 2012, a rede de frio do Brasil vem substituindo a utilização de refrigeradores domésticos pelas câmaras refrigeradas, equipamentos cadastrados na Anvisa, próprios para o armazenamento seguro das vacinas.

6.3.3. Cadeia de Frio

Por meio de uma cadeia de frio estruturada mantém-se rigoroso monitoramento e controle da temperatura, desde as plantas produtoras até os pontos de vacinação, visando a preservação adequada e evitando a exposição dos imunobiológicos distribuídos às condições diversas.

A exposição acumulada da vacina às temperaturas mais quentes ou mais frias, ou ainda à luz, em qualquer etapa da cadeia, gera uma perda de potência que não poderá ser restaurada. As vacinas que contêm adjuvante de alumínio, quando expostas à temperatura 0°C, ou inferiores, podem ter perda de potência em caráter permanente.

6.3.4. Logística para a distribuição de vacinas

Com o objetivo de promover a adequada logística da vacina COVID-19, com segurança, efetividade e equidade, realizou-se um planejamento participativo com os programas estaduais de imunizações das 27 UF e com a CGLOG, que se responsabiliza pelo recebimento das vacinas no CDL, pela amostragem e envio das amostras no prazo de 24 horas para análise do INCQS.

Durante a campanha de vacinação contra a covid-19, para promover maior celeridade do processo e em conformidade com a RDC nº 73, de 21 de outubro de 2008, serão realizadas análises por Protocolo Resumido de Produção e Controle de Qualidade (PRPCQ), no prazo de 48 horas e as análises de bancada com previsão de conclusão em 20 dias. Os processos de análises de bancada das vacinas fornecidas pelos Laboratórios ocorrerão de forma concorrente à análise PRPCQ, em conformidade com as orientações da Anvisa.

Seguindo os processos internos do MS, os laudos de análise com os resultados são verificados pela equipe do PNI no Sistema online do INCQS (Harpya), para posterior liberação no Sistema de Insumos Estratégicos SIES/MS, no prazo de 24 horas. Após a liberação do SIES/MS os lotes ficam disponíveis para distribuição e inicia-se o envio das doses de vacinas às 27 UF. As vacinas chegam aos estados em até cinco dias. A distribuição dos imunobiológicos aos seus respectivos municípios e regiões administrativas é competência dos estados e do Distrito Federal, tendo prazo variável.

Observadas as etapas a serem cumpridas para o planejamento logístico da distribuição das vacinas COVID-19, bem como para a garantia da continuidade da rotina e

campanha da influenza, são definidas semanas sequenciais alternadas para distribuição dos imunobiológicos aos estados, além de 96 horas totais para cumprimento das etapas de geração e impressão digital de laudos e liberação no Sistema.

O período para completar o esquema de vacinação (dose 1 e dose 2), dependerá do intervalo entre as doses recomendado por cada laboratório, que também será fator condicionante para a logística de distribuição: simultânea das doses (D1+D2) ou envio escalonado. Os intervalos das vacinas em uso no país encontram-se detalhados no **Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19 - 2021**, atualizado de acordo com as vacinas disponíveis, assim como o cronograma de distribuição. No que cerne a população indígena as orientações são proferidas pela Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (Nota Técnica n°5 mencionada no Anexo IV).

Tendo em vista que não se têm disponíveis estudos de coadministração entre as vacinas COVID-19 e outras vacinas e haverá coincidência na realização das campanhas de vacinação contra a covid-19 e influenza a partir da segunda quinzena de abril de 2021, foi estabelecido pelo PNI, após avaliação no âmbito da Câmara Técnica Assessora em Imunização e em conformidade com o SAGE/OMS (*Strategic Advisory Group of Experts on Immunization*), o intervalo mínimo entre a vacina COVID-19 e influenza de no mínimo 14 dias. Esse intervalo também é recomendado para as demais vacinas do calendário nacional de vacinação. As orientações em estudo estão sujeitas à alterações, que serão devidamente atualizadas nos Informes Técnicos da Campanha caso seja necessário.

O monitoramento e controle de consumo da vacina COVID-19 serão simultâneos à evolução da campanha de forma que o percentual de perdas operacionais, definidos com base nas características específicas da vacina, que incluem esquema de duas doses e estratégia da vacinação em modo campanha, inicialmente previsto de 5%, poderá ser redefinido de acordo com a necessidade, a cada etapa da campanha de vacinação. Os informes Técnicos e as Notas Informativas com as orientações da campanha e as pautas de distribuição das vacinas COVID-19 para as UF realizadas até esta edição encontram-se nos apêndices do Anexo VI.

6.3.5. Armazenamento

Com o objetivo de manter a confiabilidade da temperatura de armazenamento dos imunobiológicos nas diversas unidades de rede de frio orienta-se o registro da temperatura em mapas de controle, no início e término do expediente. Os sensores

aplicados à medição devem ser periodicamente calibrados e certificados por Laboratórios de Calibração da Rede Brasileira de Calibração do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – Inmetro, de forma a garantir a precisão dos registros de temperatura (+2° a +8°C).

Em relação à promoção da garantia do desempenho dos equipamentos de armazenamento e das condições de manuseio dos imunobiológicos convenciona-se o uso de ar-condicionado nos ambientes. No que se refere à segurança do funcionamento dos equipamentos, para preservação das condições de armazenamento, a depender da unidade de rede de frio, recomenda-se o uso de geradores de energia elétrica, nobreak, ou ainda câmaras refrigeradas com autonomia de 72 horas ou em conformidade com o plano de contingência local.

Observadas todas as medidas de segurança adotadas em orientação única à Rede de Frio Nacional, nos casos de ocorrência de mau funcionamento no abastecimento de energia elétrica e/ou exposição dos imunobiológicos, ou ainda constatação de desvio da qualidade dos imunobiológicos da rede é orientado o registro em formulário padronizado em banco unificado para registro do histórico dos produtos, desde a aquisição até a administração.

6.4. Recomendações sobre medidas de saúde pública de prevenção à transmissão da covid-19 nas ações de vacinação.

Considerando o atual cenário de transmissão comunitária da covid-19 em todo território nacional, faz-se necessária a manutenção das medidas não farmacológicas de prevenção à transmissão do vírus. Durante o momento da campanha, vários formatos de organização do processo de trabalho das equipes podem ser admitidos com intuito de vacinar o maior número de pessoas entre o público alvo estabelecido neste plano e, ao mesmo tempo, evitar aglomerações.

Nesse sentido, é muito importante que as Secretarias Municipais de Saúde e a rede de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) estabeleçam parcerias locais com instituições públicas a fim de descentralizar a vacinação para além das Unidades da APS. Possíveis parceiros podem ser os serviços de assistência social, a rede de ensino, as Forças Armadas, os centros de convivência, entre outros. No âmbito da APS, sugere-se as seguintes estratégias que podem ser adotadas isoladamente ou de forma combinada pelos serviços:

 Articular e organizar a APS mantendo, quando possível e necessário, horário estendido, a fim de aumentar a oferta de vacinação para horários alternativos, como hora do almoço, horários noturnos e finais de semana. Nesse sentido, unidades com mais de uma equipe podem se organizar em escalas de trabalho flexíveis a fim de garantir o quantitativo de profissionais necessários para assegurar acesso da população à vacina durante todo o horário de funcionamento do serviço. Nesse cenário, faz-se necessário dimensionar o quantitativo de vacinas, incluindo a demanda estimada nos horários estendidos;

 Se necessário, buscar parcerias com cursos de graduação da área da saúde com o objetivo de ter equipes de apoio adicional às estratégias de vacinação;

 Como a vacinação ocorrerá principalmente durante a semana, é importante organizar os serviços de modo que a vacinação não prejudique os demais atendimentos na APS, incluindo a vacinação de rotina. Sugere-se, quando possível, a reserva de um local específico na unidade de saúde para administração das vacinas da campanha;

 Realizar triagem rápida, preferencialmente no momento de identificação/cadastro do usuário, para identificar pessoas com sinais e sintomas de doença respiratória e síndrome gripais, as quais não deverão ser vacinadas. As mesmas devem ser redirecionadas para o atendimento em saúde;

 Realizar triagem rápida para identificar pessoas com contraindicações à vacinação ou com necessidade de precauções adicionais, conforme descrito no tópico específico deste informe.

 Se necessário, realizar vacinação extramuros de acordo com as especificidades dos grupos elencados para vacinação;

 Realizar vacinação domiciliar para aqueles com dificuldade de locomoção: idosos, pessoas portadoras de necessidades especiais, entre outros;

 Avaliar a viabilidade da utilização da estratégia de vacinação nos serviços de saúde priorizados para a vacinação, instituições de longa permanência de idosos e de pessoas com deficiência (incluindo seus trabalhadores) e aldeias indígenas.

NA UNIDADE DE SAÚDE E LOCAIS DE VACINAÇÃO

 Fixar cartazes para comunicação à população sobre as medidas de prevenção e controle (etiqueta respiratória), sinais e sintomas de síndrome gripal e outras informações sobre a covid19;

 Organizar os serviços conforme protocolos locais de prevenção da covid-19 e/ou manuais do Ministério da Saúde para a porta de entrada dos atendimentos na UBS e para os locais de vacinação;

 Disponibilizar locais para higienização das mãos ou ofertar dispenser com álcool em gel na concentração de 70%, para facilitar a higienização das mãos dos profissionais e da população que buscar a vacinação em locais de destaque;

 Sempre que possível utilizar sistema de agendamento para evitar acúmulo de pessoas na fila de espera;

 Aumentar a distância nas filas, entre uma pessoa e outra (no mínimo um metro). Sugere-se, para tanto, a marcação de distanciamento físico no chão para orientar a distância entre as pessoas na fila;

 Ampliar a frequência de limpeza de pisos, corrimãos, maçanetas e banheiros com solução de água sanitária e a desinfecção de fômites e superfícies com álcool a 70%;

 Manter comunicação frequente com a equipe de vigilância em saúde do Município para organização do fluxo de rastreamento e monitoramento dos casos suspeitos de covid -19.

USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

A utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) pelos trabalhadores de saúde envolvidos na Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, tem como objetivo a proteção destes trabalhadores, bem como a segurança dos indivíduos que serão atendidos pela vacinação. Nesse sentido, seguem abaixo as orientações:

• **EPI obrigatórios durante a rotina de vacinação:**

- Máscara cirúrgica: obrigatória durante todo o período de vacinação, prevendo-se a troca, sempre que estiver suja ou úmida.

• EPI recomendados durante a rotina de vacinação:

- Proteção ocular: Protetor facial (face shield) ou óculos de proteção;

- Avental descartável para uso diário ou avental de tecido higienizado diariamente;

• EPI com possibilidade de uso eventual (somente para situações específicas):

- Luvas: Não está indicada na rotina de vacinação. Dispor de quantitativo na unidade somente para indicações específicas: vacinadores com lesões abertas nas mãos ou raras situações que envolvam contato com fluidos corporais do paciente. Se usadas, devem ser trocadas entre os pacientes, associadas à adequada higienização das mãos.

Para acesso aos cartazes sobre a Covid-19 ou outras informações, acesse o site: https://aps.saude.gov.br/noticia/7236

Para maiores informações entre em contato com o 136.

7. Monitoramento, Supervisão e Avaliação

O monitoramento, supervisão e avaliação são importantes para acompanhamento da execução das ações planejadas, na identificação oportuna da necessidade de intervenções, assim como para subsidiar a tomada de decisão gestora em tempo oportuno. Ocorre de maneira transversal em todo o processo de vacinação. O monitoramento está dividido em três blocos, a saber:

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

Para o monitoramento, avaliação e identificação da estrutura existente na rede foram definidas as informações necessárias, conforme segue no quadro 3.

Quadro 3. Informações necessárias para construção de indicadores para monitoramento

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

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS. *Apoio na identificação de novos grupos prioritários.

No que diz respeito ao monitoramento de processos definiu-se monitorar:

- Status da aquisição das vacinas;
- Status da aquisição dos insumos - seringas e agulhas;
- Status da liberação/desembaraço das vacinas/IFA* após importação (somente para imunizantes que serão produzidos nacionalmente);
- Aprovação das vacinas no Brasil.

Os indicadores de intervenção encontram-se descritos no quadro 4, a seguir.

Quadro 4. Indicadores de intervenção

Indicadores	Descrição
Recurso financeiros	Recursos orçamentário e financeiro repassados para estados e municípios.
Cobertura Vacinal	Cobertura vacinal por instâncias de gestão e grupos prioritários.
Doses aplicadas por tipo de vacina	N° doses aplicadas (tipo de vacina/ grupo-alvo / faixa etária; por fases da vacinação.

	Por natureza do serviço (Público / Privado). Por município.
Monitoramento do avanço da campanha por fases/etapas	Metas estabelecidas de alcance da vacinação por período/fases da campanha.
Doses perdidas	Perdas técnicas e físicas por instância de gestão.
Estoque de vacina	N° de doses disponíveis por instância de gestão.
Taxa de abandono de vacinas	N° de primeiras e de segunda doses por instância de gestão.
Notificação de EAPV	N° casos EAPV. População-alvo. Por faixa etária. Critério de gravidade - Investigado/encerrado com decisão de nexo causal por instância de gestão.
Boletins informativos	N° boletins informativos produzidos e publicados.

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

7.1. Processo de Supervisão e Avaliação

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

Ao final da intervenção deve-se realizar a avaliação de todas as fases do processo, do planejamento à execução, com resultados esperados e alcançados, identificando as fortalezas e fragilidades do Plano Operativo e da intervenção proposta. Destaca-se a flexibilidade deste Plano, para acompanhar as possíveis mudanças tanto no cenário epidemiológico da doença, quanto nos estudos das vacinas, podendo exigir alterações ao longo do processo.

8. Orçamento para operacionalização da vacina

Para a execução da vacinação contra a covid-19, recursos financeiros federais administrados pelo Fundo Nacional de Saúde são repassados pelo Ministério da Saúde aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios e são organizados e transferidos fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única e mantidos em instituições oficiais federais conforme dispõe a Portaria no 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que versa sobre as regras, sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. As bases legais e financiamento dos recursos estão dispostas no Anexo IV.

Nos termos da Medida Provisória n. 994, de 06 de agosto de 2020, transformada na Lei Ordinária nº 14107/2020, destaca-se que houve a abertura de crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R$ 1.994.960.005,00, que incorporou a encomenda tecnológica da vacina AstraZeneca/Fiocruz.

Do mesmo modo, conforme Medida Provisória nº 1003, de 2020 o Poder Executivo Federal adere ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 - *Covax Facility*, administrado pela Aliança Gavi (*Gavi Alliance*), com a finalidade de adquirir vacinas COVID-19, que consequentemente ensejou a Medida Provisória nº 1004, de 2020, cuja vigência encontra-se prorrogada, a qual abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R$ 2.513.700.000,00, associado à aquisição de 42 milhões de doses de vacinas.

No mais, R$177,6 milhões foram disponibilizados para custeio e investimento na Rede de Frio, na modernização dos CRIE e fortalecimento e ampliação da vigilância de síndromes respiratórias.

Destaca-se, ainda, que o Ministério da Saúde instaurou processo aquisitivo de 510 milhões de seringas e agulhas. Serão distribuídos ainda pelo Ministério da Saúde os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários para os profissionais da saúde envolvidos no processo de vacinação contra a covid-19. É relevante informar que o governo federal disponibilizará crédito extraordinário para aquisição de toda e qualquer vacina que obtenha registro de forma emergencial ou regular e apresenta eficácia e segurança para a população brasileira.

9. Estudos pós-marketing

Vacinas são usualmente administradas em milhões de indivíduos saudáveis. Desta forma, antes da sua implementação na população faz-se necessário assegurar um excelente perfil de benefício/risco. Portanto, as vacinas passam por uma rigorosa avaliação de eficácia e segurança previamente à sua aprovação para o registro na Anvisa e posterior uso. Após a sua aprovação, a introdução de um novo imunobiológico no PNI dependerá ainda de uma avaliação criteriosa com relação ao perfil de benefício-risco do produto, considerando a epidemiologia local e o perfil de custo-efetividade do mesmo.

Apesar da avaliação realizada durante os estudos prévios ao registro, comercialização e uso das vacinas (estudos pré-clínicos e estudos clínicos de fase I, II e III), existem ainda uma série de questões que somente poderão ser respondidas após seu uso em larga escala na população. Neste cenário torna-se fundamental a realização de estudos pós-implantação, contidos dentro da fase IV de pesquisa clínica. Nesta fase objetiva-se compreender como será a efetividade e segurança da vacina em situação de vida real e os diferentes fatores que poderão afetar essas características. Essa etapa de avaliação torna-se ainda mais importante no atual contexto da pandemia de covid-19, uma vez que, visando assegurar uma vacinação em tempo oportuno para a população, é de se esperar que em um momento inicial as vacinas serão liberadas para uso emergencial, com dados de segurança e eficácia estabelecidos com tempo de seguimento encurtado.

Além de dados de segurança e efetividade, outros fatores precisam ainda serem avaliados após o início da vacinação, principalmente no que diz respeito ao impacto das ações de vacinação e os fatores relacionados, como coberturas vacinais nos diferentes grupos-alvo, adesão da população à vacina, confiança da população na vacina, impacto da introdução da vacina na epidemiologia da doença em questão e nas condições gerais de saúde da população, adequação e manejo da rede de frio, ocorrência de EAPV e Eventos Adversos de Interesse Especial (EAIE) nos primeiros anos de introdução das vacinas, vacinação segura, entre outros.

Desta forma, em reuniões com o comitê de especialistas foram identificadas as principais perguntas de pesquisa que precisarão ser respondidas na fase pós-implantação, bem como desenhos de estudos para responder a elas (Anexo V). Essas podem ser agrupadas em três principais eixos: 1- Questões relacionadas à segurança, 2- Questões relacionadas à eficácia, 3- Questões relacionadas ao impacto das ações de vacinação para covid-19. Vale ressaltar, no entanto, que este documento não visa ser uma lista exaustiva uma vez que novas perguntas poderão surgir ao longo do uso da vacina na população bem como propostas adicionais de estudos poderão ser levantadas.

Muitas questões poderão ser avaliadas com os dados gerados pelos próprios sistemas do MS, incluindo avaliações de eficácia, segurança e impacto da vacinação. No entanto, serão necessários ainda estudos adicionais para responder perguntas específicas. Desta forma a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações e o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde vêm trabalhando ativamente para a viabilização da execução dos estudos necessários.

10. Comunicação

A comunicação é uma importante ferramenta para atingirmos em tempo ágil milhares de cidadãos brasileiros. Pessoas das mais diversas classes sociais e econômicas.

Desta forma a comunicação será de fácil entendimento e disruptiva, com o objetivo de quebrar crenças negativas contra a vacina, alcançando assim os resultados e metas almejadas.

A campanha de combate ao coronavírus tem como objetivo: informar, educar, orientar, mobilizar, prevenir ou alertar a população brasileira, gerando consenso popular positivo em relação à importância da vacinação.

A elaboração da campanha publicitária seguirá um planejamento de acordo com a evolução de cada etapa da vacinação. Começando com mensagens de antecipação e preparação, passando em seguida para a próxima fase de informação à população com clareza: como, quando, onde e para quem será a primeira etapa e demais etapas, baseando-se no uso da ferramenta 5W2H (traduzido do inglês: quem, quando, onde o quê, porquê, como e quanto custa) que tem como objetivo principal auxiliar no planejamento de ações, pois ele ajuda a esclarecer questionamentos, sanar dúvidas sobre um problema ou tomar decisões.

Trazendo benefícios e facilidade na compreensão de fatos e um melhor aproveitamento de informações. Isso acontece pois o 5W2H ajuda a obter respostas que clareiam cenários e a organizar e sistematizar ideias, e preocupações advindas da população. Baseada nestas premissas a campanha de Comunicação foi desenvolvida em duas fases:

Fase 1 - Campanha de informação sobre o processo de produção e aprovação de uma vacina, com vistas a dar segurança à população em relação a eficácia do(s) imunizante(s) que o país vier a utilizar, bem como da sua capacidade operacional de distribuição.

Fase 2 - Campanha de informação sobre a importância da vacinação, públicos prioritários e demais, dosagens, locais etc. Prevista para iniciar assim que tenhamos a definição das vacinas.

Público-alvo x objetivos de comunicação

População geral – manter a população informada sobre a importância e segurança da vacinação, mesmo antes da vacina começar a ser ofertada. Esclarecer

sobre o fortalecimento da vigilância dos EAPV, a fim de manter a tranquilidade no processo.

Profissionais da Saúde – informação sobre a vacinação e mobilização destes profissionais para sua importância no processo, protegendo a integridade do sistema de saúde e a infraestrutura para continuidade dos serviços essenciais.

Gestores da rede pública – mantê-los informados e garantir intervenções unificadas.

Profissionais de portos, aeroportos e fronteiras – informações sobre a vacinação, sua importância e qual sua participação no processo.

Redes Sociais do MS e parceiros – manter toda a população informada, respondendo as falsas notícias e mensagens.

Mensagens-chave

Os materiais de comunicação terão como premissa a transparência e a publicidade, tendo como mensagens-chave:

- O sistema de saúde pública está preparado para atender essa emergência de saúde e para realizar a vacinação com segurança;
- As medidas estão sendo tomadas para a proteção da população brasileira;
- O SUS por meio do PNI – com quase 50 anos de atuação – trabalha sempre tendo com premissa a segurança e eficácia dos imunizantes;
- Redução da transmissão da infecção na comunidade, protegendo as populações de maior risco;
- Baixe o aplicativo Conecte-SUS, que trará o registro da vacina utilizada, doses ministradas, além de alerta da data para segunda dose, em caso de necessidade.

Medidas estratégicas

- Definição de um único porta-voz, para não haver conflito de informações, que tenha conhecimento e experiência sobre o assunto nos diferentes níveis de gestão.
- Manter um fluxo contínuo de comunicação com a imprensa para informar sobre o cenário da vacinação.
- Elaboração e divulgação de materiais informativos sobre a(s) vacina(s)

aprovada(s), por meio de canais direto de comunicação, para a população, profissionais da saúde, jornalistas e formadores de opinião.

- Monitoramento de redes sociais para esclarecer rumores, boatos e informações equivocadas.
- Disponibilizar peças publicitárias a serem veiculadas nas redes sociais e nos diversos meios de comunicação.
- Manter atualizada a página eletrônica da covid-19 com informações sobre a vacinação.
- Aproximar as assessorias de comunicação dos estados e municípios para alinhamento de discurso e desenvolvimento de ações.
- Estabelecer parcerias com a rede de comunicação pública (TVs, rádios e agências de notícias) para enviar mensagens com informações atualizadas.
- No portal eletrônico da covid-19, criar um mapa digital que apresenta para a população e imprensa em geral a quantidade e percentuais de brasileiros vacinados, por regiões e estados integrado com a carteira de vacinação digital do SUS.

Campanha Publicitária fase 1

O Ministério da Saúde está envidando esforços para garantir a segurança da população.

Mote:

Mensagem principal: Vacinação - Brasil imunizado, somos uma só nação!

Palavras chaves:

- "VACINA SEGURA – É o Governo Federal cuidando dos brasileiros."
- “SUS – Saúde com responsabilidade social.”
- “A VACINA é um direito seu. CUIDAR de você é DEVER nosso! Ministério da Saúde, Governo Federal”.

Além de materiais gráficos, a campanha conta com dois filmes publicitários (versões: 30” e 60”), spot de rádio 60” e 30”, peças de mídia exterior OOH e DOOH, e peças para internet e redes sociais.

Filmes e Spots:

Título: Esclarecimentos 60” e 30”

Peças:



Veiculação:

TV aberta e segmentada, internet, rádio, mídia exterior: telas ônibus, terminal rodoviário, metrô, supermercado, salão de beleza, shopping e aeroporto e canais oficiais do Ministério da Saúde. A veiculação foi bonificada, de acordo com a disponibilidade dos veículos de mídia, no período de 16 de dezembro de 2020 à 20 de janeiro de 2021.

Campanha Publicitária fase 2

Compreende a etapa de disponibilização de informações sobre a vacinação da população, em todo o território nacional, levando em conta as fases e seus respectivos públicos e o calendário.

O objetivo desta campanha é tornar as informações para vacinação contra a covid-19 de forma acessível, de acordo com a realidade de cada região. O mote da campanha continua “Brasil Imunizado, somos uma só nação”.

A campanha conta com filmes de 60” e 30”, spots de 30”, peças gráficas, peças para redes sociais, mídia exterior, mídia digital, entre outros e foi veiculada no período de 20 de janeiro a 15 de fevereiro de 2021 nos meios TV, Rádio, Internet e Mídia Exterior: Outdoor social, mobiliário urbano, mobiliário urbano digital, painel led,

bancas, terminal rodoviário, metrô e banco 24h. O investimento foi de aproximadamente R$ 34.6 milhões.

Um novo flight de mídia foi programado para o período de 13 de fevereiro a 25 de março de 2021 e conta com a veiculação da campanha na TV, internet e mídia exterior: Mobiliário urbano, mobiliário urbano digital, painel led, terminal rodoviário, metrô, Aeroporto, beackseat (assento de ônibus), telas em ônibus e conta com um investimento previsto de aproximadamente R$ 4 milhões.

O Ministério da Saúde também firmou parcerias com instituições públicas e privadas para ampliar a divulgação da campanha. Dentre os principais parceiros tivemos as operadoras de telefonia móvel Oi, Vivo, Claro e Tim e o Sindicato das empresas de telefonia móvel - Conexis, bancos como a Caixa, Banco do Brasil e a Federação Brasileira de Bancos - Febraban, Liquigás, Google, Ambev, Coca Cola Brasil, Infraero, Herbalife, Uber, Associação Brasileira das Empresas de Transporte Terrestre de Passageiros - Abrati, entre outros, que disponibilizaram as mensagens da campanha em seus canais de divulgação.

Conheça a campanha. Acesse: https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/2021/coronavirus.

Cartaz


MOVIMENTO VACINA BRASIL
gov.br/saude
136
A VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 COMEÇOU.
AS VACINAS APROVADAS PELA ANVISA JÁ ESTÃO SENDO DISTRIBUÍDAS EM TODO O BRASIL. ELAS SÃO UM DIREITO À SAÚDE. JUNTOS, VAMOS CUIDAR UNS DOS OUTROS.
SUS
Fique atento ao primeiro grupo a ser vacinado:
• Trabalhadores da saúde da linha de frente.
• Pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas.
• Pessoas com deficiência a partir de 18 anos institucionalizadas.
• População indígena vivendo em terras indígenas.
Se você faz parte do grupo acima, procure uma Unidade de Saúde e vacine-se. Para saber mais, acesse gov.br/saude
BRASIL IMUNIZADO
SOMOS UMA SÓ NAÇÃO
BAIXE O APP CONECTE SUS CIDADÃO
Android
iPhone
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
PÁTRIA AMADA BRASIL

Email marketing





Card para redes sociais

#Brasilimunizado - A vacina contra a Covid-19 está a caminho dos estados e do DF! A previsão é de que a imunização dos primeiros grupos prioritários comece hoje (18), de acordo com a logística de cada estado. Confira na prefeitura de sua cidade como será a vacinação no seu município. Saiba mais em gov.br/saúde

#ComVida21 #OcuidadoContinua #VacinaCovid #VemVacina



11. Encerramento da campanha

Nessa estratégia de vacinação e face à diversidade de vacinas a serem utilizadas, de variados grupos selecionados da população para a vacinação, é necessário realizar o monitoramento e avaliação constante durante e após a campanha para verificar o alcance da meta de cobertura, a aceitabilidade da vacina, os eventos adversos, a imunidade de curto e longo prazo, o impacto da introdução da vacina no país e a oportuna identificação das necessidades de novas intervenções.

No decorrer da campanha o monitoramento será constante, com relatórios situacionais periódicos por meio dos instrumentos de informações disponibilizados pelo MS. E após a campanha será realizada a avaliação pós – introdução (estudos pós-marketing). Este trabalho trará subsídios para avaliação dos resultados alcançados, ações assertivas e lições aprendidas nas diferentes esferas de gestão.

Referências consultadas

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Gestão de Riscos – Diretrizes**. ISO/ IEC 31000:2009 e 31010:2009. Disponível em: http://www.abnt.org.br/.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RELATÓRIO - **Bases técnicas para decisão do uso emergencial, em caráter experimental de vacinas contra a covid-19.** Disponível em https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/confira-materiais-da-reuniao-extraordinaria-da-dicol/relatorio-bases-tecnicas-para-decisao-do-uso-emergencial-final-4-1.pdf

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Guia sobre os requisitos mínimos para submissão de solicitação de autorização temporária de uso emergencial, em caráter experimental, de vacinas Covid-19**. Guia nº 42/2020 – versão 1, de 2 de dez. 2020.

AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC n°430 de 8 de outubro de 2020**. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e Transporte de Medicamentos. Brasil, 2020.

ANDERSON, E. J. et al. **Safety and Immunogenicity of SARS-CoV-2 mRNA-1273 Vaccine in Older Adults**. New England Journal of Medicine, 2020. p. 1–12.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução normativa - IN Nº 77, de 17 de novembro de 2020. **Diário Oficial da União**, p. 60440, Brasília, DF, 18 de nov. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. **Resolução CONAMA nº 358**, de 29 de abril de 2005. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 04 de maio de 2005. Disponível em: http://www2.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=462

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei6.259-1975?OpenDocument **Diário Oficial da União**: seção 1, 30 de out. de 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm.

BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção1, 24 de set. 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6360.htm.

BRASIL. Medida provisória nº 1.004, de 24 de setembro 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R$ 2.513.700.000,00, para o fim que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 set. 2020. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=600&pagina=1&data=24/09/2020&totalArquivos=3. Acesso em: 13 de out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o registro de produtos biológicos novos e produtos biológicos e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC n° 55, de 16 de dezembro de 2010**. Dispõe sobre o registro de produtos biológicos novos e produtos biológicos e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 197, de 26 de dezembro 2017**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de vacinação humana.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 222, de 28 de março de 2018**. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 415, de 26 de agosto de 2020**. Define novos critérios e procedimentos extraordinários para tratamento de petições de registro e mudanças pós-registro de medicamentos e produtos biológicos em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 149. Brasília, DF, 27 de ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC n°430 de 8 de outubro de 2020**. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e Transporte de Medicamentos. Brasil, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 de dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GAB/SVS nº 28, de 3 de setembro de 2020. Institui a Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 04 set. 2019. https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gab/svs-n-28-de-3-de-setembro-de-2020-275908261.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 01, 02 de fev. 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 264 de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação n 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p 197, 19 de

fev. 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-264-de-17-de-fevereiro-de-2020-244043656.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.682, de 7 de novembro de 2013. Estabelece procedimentos e critérios para o repasse de recursos financeiros de investimento pelo Ministério da Saúde destinados ao fomento e aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 7 nov. 2013 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2682_07_11_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 1.883, de 4 de novembro de 2018. Defini o cadastramento dos estabelecimentos de saúde enquadrados como Central de Abastecimento e de estabelecimentos que realizam Serviço de Imunização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e inclui no Módulo Básico do CNES o campo Abrangência de Atuação, com intuito de enquadrar o estabelecimento de saúde em sua respectiva instância de atuação. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 127, Brasília, DF, 24 dez. 2018. Disponível em https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/56641437.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Relatório Técnico – **Monitoramento de vacinas em desenvolvimento con'tra Sars-CoV-2.** Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2020/novembro/13/20201030_cgpclin_decit_sctie_ms_relatorio_tecnico_monitoramento_vacinas_sars-cov-2_final.pdf. Brasília, 2020.

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória Nº 1.003, de 24 de setembro de 2020. Autoriza o Poder Executivo federal a aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Convid-19-Covax Facility. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 de out. 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.003-de-24-de-setembro-de-2020-279272787. Acesso em: 13 de out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência Nacional em Vigilância Sanitária. **Protocolo de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. Estratégia de vacinação contra o vírus influenza pandêmica (H1N1)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial Nº 38. Doença pelo Coronavírus covid-19. Semana Epidemiológica 44** (25/10 a 31/10/2020). Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2020/novembro/13/boletim_epidemiologico_covid_38_final_compressed.pdf/.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 250 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença pelo Coronavírus COVID-19. **Boletim Epidemiológico Especial Nº 44. Doença pelo Coronavírus covid-19. Semana Epidemiológica 53 (27/12/2020 a 02/01/2021)**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/07/boletim_epidemiologico_covid_44.pdf

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 48, de 28 de julho de 2004. Institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, define as competências da Secretaria de Vigilância em Saúde, dos Estados, Distrito Federal e CRIE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 de julho de 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2004/prt0048_28_07_2004.html

BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória Nº 1.003, de 24 de setembro de 2020. Autoriza o Poder Executivo federal a aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas Convid-19-Covax Facility. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 de out. 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.003-de-24-de-setembro-de-2020-279272787. Acesso em: 13 de out. 2020.

BRASIL. Secretaria Executiva. Portaria Nº 684, de 10 de dezembro de 2020. Composição do Comitê Técnico para o acompanhamento das ações relativas à vacina AZD 1222/ChAdOx1 n-CoV19 contra a Covid19, decorrentes da Encomenda Tecnológica firmada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a empresa AstraZeneca. **Diário Oficial da União**: seção 2. Brasil, 11 de dez. 2020. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/12/2020&jornal=529&pagina=34&totalArquivos=47.

CANSINO BIOLOGICS INC.; BEIJING INSTITUTE OF BIOTECHNOLOGY. **Phase III Trial of A COVID-19 Vaccine of Adenovirus Vector in Adults 18 Years Old and Above**.

CANSINO BIOLOGICS INC.; BEIJING INSTITUTE OF BIOTECHNOLOGY; JIANGSU PROVINCE CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **A Clinical Trial of A COVID-19 Vaccine Named Recombinant Novel Coronavirus Vaccine (Adenovirus Type 5 Vector)**.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Evidence used to update the list of underlying medical conditions that increase a person's risk of severe illness from COVID-19**.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD)**, Division of Viral Diseases. 2 de

nov. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/evidence-table.html CEPI. https://cepi.net/research_dev/our-portfolio.

CHANDRASHEKAR, A. et al. **SARS-CoV-2 infection protects against rechallenge in rhesus macaques**. Science, v. 369, n. 6505. p. 812–817, 14 Aug. 2020.

COLLINS, F. S.; STOFFELS, P. **Accelerating COVID-19 Therapeutic Interventions and Vaccines (ACTIV)**. JAMA, v. 323, n. 24, p. 2455, 23 Jun. 2020.

CORBETT, K. S. et al. **Evaluation of the mRNA-1273 Vaccine against SARS-CoV-2 in Nonhuman Primates**. New England Journal of Medicine, v. 383, n. 16, p. 1544–1555, 2020.

CORBETT, K. S. et al. **SARS-CoV-2 mRNA vaccine design enabled by prototype pathogen preparedness. Nature**, v. 586, n. 7830, p.567–571, 22 Oct. 2020.

CSL. **CSL to manufacture and supply University of Queensland and Oxford University vaccine candidates for Australia**. Disponível em: https://www.csl.com/news/2020/20200907-csl-to-manufacture-and-supply-uq-and-ouvaccine-candidates-for-australia.

DOREMALEN, N. VAN et al. **ChAdOx1 nCoV-19 vaccine prevents SARS-CoV-2 pneumonias in rhesus macaques.** v. 586, n. 7830, p. 578–582, 22 Oct. 2020. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41586-020-2608-y

DOWD, Jennifer Beam et al**. Demographic science aids in understanding the spread and fatality rates of COVID-19**. Proceedings of the National Academy of Sciences, v. 117, n. 18, p. 9696-9698, 2020. Disponível em**:** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32064853/

FANG, Xiaoyu et al. **Epidemiological, comorbidity factors with severity and prognosis of COVID-19: a systematic review and meta-analysis**. Aging (Albany NY), v.12, n. 13, p. 12493, 2020. Disponível em: https://www.aging-us.com/article/103579.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). **Recomendação Febrasgo na Vacinação de gestantes e lactantes contra COVID-19.** Acesso em 19/01/2020. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1207-recomendacao-febrasgo-na-vacinacao-gestantes-e-lactantes-contra-covid-19

FERGUSON NM, Laydon D, Nedjati-gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, et al. **Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID- 19 mortality and healthcare demand. 2020**. Disponível em: https://standpunkt.jetzt/wp-content/uploads/2020/07/COVID19-Report-9-Imperial-College.pdf.
FIGLIOZZI, Stefano et al. **Predictors of adverse prognosis in COVID□19: A systematic review and meta□analysis. European journal of clinical investigation**, p. 13362, 2020. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13362

GAMALEYA RESEARCH INSTITUTE OF EPIDEMIOLOGY AND MICROBIOLOGY; HEALTH MINISTRY OF THE RUSSIAN FEDERATION. NCT04587219 - **The Study of "Gam-COVID-Vac" Vaccine Against COVID-19 With the Participation of Volunteers of 60 y.o and Older**.

GAMALEYA RESEARCH INSTITUTE OF EPIDEMIOLOGY AND MICROBIOLOGY; HEALTH MINISTRY OF THE RUSSIAN FEDERATION. NCT04564716 - Clinical Trial of Efficacy, Safety, and Immunogenicity of Gam-COVID-Vac Vaccine Against COVID-19 in Belarus. ClinicalTrials.gov, 2020.

GAO, Q. et al. **Development of an inactivated vaccine candidate for SARS-CoV-2. Science**, v. 369, n. 6499, p. 77–81, 3 Jul. 2020.

GAVI THE VACCINE ALLIANCE. **Respondendo ao COVID-19**. Disponível em: https://www.gavi.org/covid19.

GOLD, Morgan Spencer et al. **COVID-19 and comorbidities: a systematic review and meta-analysis**. Postgraduate. Medicine, p. 1-7, 2020. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00325481.2020.1786964

GOVERNO DO BRASIL. **Brasil anuncia acordo para produção de vacina contra Covid-19**. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/06/brasil-entra-em-parceria-para-producao-de-vacina-contra-covid-19.

GRAHAM, S. P. et al. **Evaluation of the immunogenicity of prime-boost vaccination with the replication-deficient viral vectored COVID-19 vaccine candidate ChAdOx1 nCoV-19**. npj Vaccines, v. 5, n. 1, p. 69, 27 Dec. 2020.

GUAN W, Liang W, Zhao Y, Liang H, Chen Z, Li Y, et al. **Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis** .2020. Acesso em: http://erj.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/13993003.00547-2020

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

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. **Taxas de mortalidade específicas por idade COVID-19**. Disponível em: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_30-marzo-2020.pdf

JACKSON, L. A. et al. **An mRNA Vaccine against SARS-CoV-2. Preliminary Report**. New England Journal of Medicine, 2020.

JARDIM, Paulo de Tarso Coelho et al. **COVID-19 experience among Brasil's indigenous people. Rev. Assoc. Med. Bras**. V. 66. n. 7. pp. 861-863. 27 Oct. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302020000700861&lng=en&nrm=iso.

JOHNSON & JOHNSON. **Johnson & Johnson Announces Acceleration of its COVID-19 Vaccine Candidate; Phase 1/2a Clinical Trial to Begin in Second Half of July**. Disponível em: https://www.jnj.com/johnson-johnson-announcesacceleration-of-its-covid-19-vaccine-candidate-phase-1-2a-clinical-trial-to-begin-in-second-half-ofjuly.

KEECH, C. et al. **Phase 1–2 Trial of a SARS-CoV-2 Recombinant Spike Protein Nanoparticle Vaccine**. New England Journal of Medicine, p. 1–13, 2 Sep. 2020.

Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. **Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the post pandemic period**.

Science (80) May. 2020. Disponível em: https://www.sciencemag.org/lookup/doi/10.1126/science.abb5793.

LEE, W. S. et al. **Antibody-dependent enhancement and SARS-CoV-2 vaccines and therapies**. Nature Microbiology, v. 5, n. 10, p. 1185–1191, 9 Oct. 2020.

LIN, Q. et al. **Duration of serum neutralizing antibodies for SARS-CoV-2: Lessons from SARS-CoV infection**. Journal of Microbiology, Immunology and Infection, v. 53, n. 5, p. 821–822, Oct. 2020.

LONDON SCHOOL OF HYGIENE & TROPICAL MEDICINE. **COVID-19 vaccine tracker.** Disponível em: https://vac-lshtm.shinyapps.io/ncov_vaccine_landscape/

MERCADO, N. B. et al. **Single-shot Ad26 vaccine protects against SARS-CoV-2 in rhesus macaques**. Nature, v. 586, n. 7830, p. 583–588, 22 Oct. 2020.

MODERNA INC. **Moderna's Work on a COVID-19 Vaccine Candidate**. Disponível em: https://www.modernatx.com/modernaswork-potential-vaccine-against-covid-19.

MODERNATX, I. **Safety, Reactogenicity, and Immunogenicity of mRNA-1653 in Healthy Adults**. NCT03392389. ClinicalTrials.gov, 2020.

MULLIGAN, M. J. et al. **Phase I/II study of COVID-19 RNA vaccine BNT162b1 in adults**. Nature, v. 586, n. 7830, p. 589–593, 22 Oct. 2020.

NOVAVAX INC. **Novavax Announces Positive Phase 1 Data for Its COVID-19 Vaccine Candidate**. Disponível em: https://ir.novavax.com/news-releases/news-release-details/novavax-announces-positive-phase-1-data-its-covid-19-vaccine.

NOVAVAX. **Clinical Stage Pipeline – Novavax – Creating Tomorrow's Vaccines Today.** Disponível em: https://novavax.com/our-pipeline#nvx-cov2373.

NOVEL, Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology et al. **The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China**. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi, v. 41, n. 2, p. 145, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32064853/ 29.

NPO PETROVAX; CANSINO BIOLOGICS INC. NCT04540419. **Clinical Trial of Recombinant Novel Coronavirus Vaccine (Adenovirus Type 5 Vector) Against COVID-19.** Disponível em**:** https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04540419

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Modelo de valores do SAGE OMS para alocação e priorização de vacinação contra a COVID-19**. Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização. OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-116 Organização Mundial da Saúde. Orientações para o planejamento da introdução da vacina contra a COVID-19. OPAS, Versão 1: 10, 2020.

Organização Panamericana de Saúde. Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Disponível em: https://www.paho.org/pt/covid19

PAÍS, EL. **Argentina e México produzirão vacina de Oxford para a América Latina. Brasil já tem acordo próprio**. Disponível em:

https://brasil.elpais.com/internacional/2020-08-13/argentina-e-mexico-produzirao-vacina-deoxford-para-a-america-latina-brasil-ja-tem-acordo-proprio.html.

PATI, R.; SHEVTSOV, M. SONAWANE, A. **Nanoparticle Vaccines Against Infectious Diseases**. Frontiers in Immunology, v. 9, 4 Oct. 2018.

ROCKX, B. et al. **Comparative pathogenesis of COVID-19, MERS, and SARS in a nonhuman primate model**. Science, v. 368, n. 6494, p. 1012–1015, 29 May 2020.

S. KOCHHAR, D.A. Salmon. **Planning for COVID-19 vaccines safety surveillance**. v. 38, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.07.013

SADOFF, J. et al. **Safety and immunogenicity of the Ad26.COV2.S COVID-19 vaccine candidate: interim results of a phase 1/2a, double-blind, randomized, placebo-controlled trial**. medRxiv, p. 2020.09.23.20199604, 2020.

SAHIN, U. et al. **Concurrent human antibody andTH1 type T-cell responses elicited by a COVID-19 RNA vaccine**. medRxiv, p. 2020.07.17.20140533, 2020.

SCHALKE, T. et al. **Developing mRNA-vaccine technologies**. RNA Biology, v. 9, n. 11, p. 1319–1330, 27 Nov. 2012.

SHAN, C. et al. **Infection with novel coronavirus (SARS-CoV-2) causes pneumonia in Rhesus macaques**. Cell Research, v. 30, n. 8, p. 670–677, 2020.

SIMONNET A, Chetboun M, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, et al. **High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS CoV 2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation**. Obesity, oby.22831. 09 Apr 2020. Disponível em: http://doi.wiley.com/10.1002/oby.22831.

SINGH, K.; MEHTA, S. **The clinical development process for a novel preventive vaccine: An overview**. Journal of Postgraduate Medicine, v. 62, n. 1, p. 4, 2016.

SUL, O. **Empresa farmacêutica faz acordo para produção da vacina da Universidade de Oxford na China**. Disponível em: https://www.osul.com.br/empresa-farmaceutica-faz-acordo-para-producao-da-vacina-da-universidade-de-oxford-na-china/

TOSTANOSKI, L. H. et al. **Ad26 vaccine protects against SARS-CoV-2 severe clinical disease in hamsters**. Nature Medicine, v. 26, n. 11, p. 1694–1700, 3 Nov. 2020.

VACCINE AND IMMUNIZATION DEVICES ASSESSMENT TEAM et al. **CONSIDERATIONS FOR EVALUATION OF COVID19 VACCINES FOR WHO EUL**, v. v24092020, 2020.

WALSH, E. E. et al. **RNA-Based COVID-19 Vaccine BNT162b2 Selected for a Pivotal Efficacy Study**. medRxiv, p. 0.1101/2020.08.17.20176651, 2020.

WALSH, E. E. et al. **Safety and Immunogenicity of Two RNA-Based Covid-19 Vaccine Candidates**. New England Journal of Medicine, p. NEJMoa2027906, 14 Oct. 2020.

WANG, H. et al. **Development of an Inactivated Vaccine Candidate, BIBP-CorV, with Potent Protection against SARS-CoV-2**. Cell, v. 182, n. 3, p. 713- 721, 9, Aug. 2020.

WHO. **Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard**. Disponível em: https://covid19.who.int/. Acesso em: 26 de novembro de 2020.

WHO. **COVID-19 Vaccines: Safety Surveillance Manual**. Module: Establishing active surveillance systems for adverse events of special interest during COVID-19 vaccine. Disponível em: https://www.who.int/vaccine_safety/committee/Module_AESI.pdf?ua=1

WHO. **COVID-19 Vaccines: Safety Surveillance Manual**. Module: Responding to adverse events following COVID-19 immunization (AEFIs). Disponível em: https://www.who.int/vaccine_safety/committee/Module_AEFI.pdf?ua=1

WHO. **Global Advisory Committee on Vaccine Safety**, 27-28 May 2020. Disponível em: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1eQf2TXXPi4Y3U1zFSo2j0pyp73gagdJx4p-VMy_qXCk/edit#gid=0

WÖLFEL, R. et al. **Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019**. Nature, v. 581, n. 7809, p. 465–469, 1 May 2020.

WHO. **DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines**. 2 October 2020. Disponível em https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-Covid-19-candidate-vaccines. Acesso em: 12 de nov. 2020.

Planos que apoiaram a elaboração deste documento:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Plano de Preparação Brasileiro para o Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza. Brasília – DF 2010. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_brasileiro_pandemia_influenza_IV.pdfConsulta em setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Estratégia Nacional de Vacinação Contra o Vírus Influenza Pandêmico (H1N1) 2009**. Brasil, 2010 - Informe Técnico Operacional. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_vacinacao_influenza.pdf. Consulta em agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Plano Nacional de Resposta a um Evento de Detecção de Poliovírus e um Surto de Poliomielite: Estratégia do Brasil**. Disponível em: SEI Nup. nº 25000.094010/2020-81.

Apêndice

Definições da Cadeia de Frio

CADEIA DE FRIO: é o processo logístico para conservação dos imunobiológicos, desde o laboratório produtor até o usuário, incluindo as etapas de recebimento, armazenamento, distribuição e transporte, de forma oportuna e eficiente, assegurando a preservação de suas características originais. (Manual Rede de Frio, 2017)

ARMAZENAGEM: guarda, manuseio e conservação segura de medicamentos (RDC n° 430/20).

BOAS PRÁTICAS: conjunto de ações que asseguram a qualidade de um medicamento por meio do controle adequado durante os processos (RDC n°430/20).

DISTRIBUIÇÃO: conjunto de atividades relacionadas à movimentação de cargas que inclui o abastecimento, armazenamento e expedição de medicamentos, excluída a de fornecimento direto ao público (RDC n° 430/20).

OPERADOR LOGÍSTICO (OL): empresa detentora de Autorização de Funcionamento (AFE) e Autorização Especial (AE), quando aplicável, capacitada a prestar os serviços de transporte e/ou armazenamento (RDC n° 430/20).

QUALIFICAÇÃO: conjunto de ações realizadas para atestar e documentar que quaisquer instalações, sistemas e equipamentos estão propriamente instalados e/ou funcionam corretamente e levam aos resultados esperados (RDC n° 430/20).

QUALIFICAÇÃO TÉRMICA: verificação documentada de que o equipamento ou a área de temperatura controlada garantem homogeneidade térmica em seu interior (RDC n° 430/20).

TRANSPORTADOR: empresa que realiza o transporte de medicamentos, do remetente para determinado destinatário, podendo executar adicionalmente a armazenagem em trânsito (RDC n° 430/20).

LOGÍSTICA REVERSA: quando os medicamentos estiverem sendo devolvidos ou recolhidos do mercado (RDC n° 430/20).

ANEXOS

Anexo I. Descrição dos grupos prioritários e recomendações para vacinação

População-alvo	Definição	Recomendações
Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	Pessoas com 60 anos ou mais que residem em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), como casa de repouso, asilo e abrigo.	Será solicitado documento que comprove a idade e residência. Orienta-se a vacinação no local. Caso haja residentes com idade inferior a 60 anos, estes deverão ser vacinados e todos os trabalhadores desses locais.
Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	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.	Deficiência autodeclarada e documento que comprove a residência. Orienta-se a vacinação no local, contemplando também os trabalhadores desses locais.
Povos indígenas vivendo em terras indígenas	Indígenas vivendo em terras indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS).	A vacinação será realizada em conformidade com a organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI) nos diferentes municípios.
Trabalhadores da Saúde	Considera-se trabalhadores da saúde a serem vacinados na campanha, os indivíduos que trabalham em estabelecimentos de assistência, vigilância à saúde, regulação e gestão à saúde; ou seja, que atuam em estabelecimentos de serviços de saúde, a exemplo de hospitais, clínicas, ambulatórios, unidades básicas de saúde, laboratórios, farmácias, drogarias e outros locais. Dentre eles, estão os profissionais de saúde que são representados em 14 categorias, conforme resolução n° 287, de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, biólogos, biomédicos, farmacêucos, odontólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, profissionais da educação física, médicos veterinários e seus respecvos técnicos e auxiliares), agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, profissionais da vigilância em saúde e os trabalhadores de apoio (exemplos: recepcionistas, seguranças, trabalhadores da limpeza, cozinheiros e auxiliares, motoristas de ambulâncias, gestores e outros). Inclui-se, ainda, aqueles profissionais que atuam em cuidados	Para o planejamento da ação, torna-se oportuno a identificação dos serviços e o levantamento do quantitativo dos trabalhadores da saúde envolvidos na resposta pandêmica 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.

	domiciliares (exemplos: programas ou serviços de atendimento domiciliar, cuidadores de idosos, doulas/parteiras), funcionários do sistema funerário, Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbito (SVO) que tenham contato com cadáveres potencialmente contaminados e; acadêmicos em saúde e estudantes da área técnica em saúde em estágio hospitalar, atenção básica, clínicas e laboratórios. Os trabalhadores que atuam nos estabelecimentos de serviços de interesse à saúde das instuições de longa permanência para idosos (ILPI), casas de apoio e cemitérios serão contemplados no grupo trabalhadores da saúde e a recomendação é que também sejam vacinados.	
População idosa	Idosos com 60 anos ou mais	Deverão receber a vacina COVID-19 em conformidade com as fases pré-definidas, de acordo com as faixas de idade. Será solicitado documento que comprove a idade.
Povos e comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas	Povos habitando em comunidades tradicionais ribeirinhas e 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.
Pessoas com comorbidades	Pessoas com 18 a 59 anos com uma ou mais das comorbidades pré-determinadas. (**Ver quadro 2 do plano de vacinação**)	Indivíduos pertencentes a esses grupos poderão estar 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.
Pessoas com deficiência permanente	Para fins de inclusão na população-alvo para vacinação, serão considerados indivíduos com deficiência permanente aqueles que apresentem uma ou mais das seguintes limitações: 1 - Limitação motora que cause	Deficiência autodeclarada

	grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas. 2 - Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo. 3- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar mesmo com uso de óculos. 4- Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.	
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.
População privada de liberdade	População acima de 18 anos em estabelecimentos de privação de liberdade.	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).
Funcionários do sistema de privação de liberdade.	Policiais penais e demais funcionários, com exceção dos trabalhadores de saúde.	
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.
Forças de Segurança e Salvamento	Policiais federais, militares, civis e rodoviários; bombeiros militares e civis; e guardas municipais.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa com o serviço de forças de segurança e salvamento ou apresentação de declaração emitida pelo serviço em que atua.
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 de	Motoristas e cobradores de	Nessa estratégia será solicitado

Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros Urbano e de Longo Curso	transporte coletivo rodoviário de passageiros.	documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista profissional do transporte de passageiros.
Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário	Funcionários das empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas
Trabalhadores de Transporte Aéreo	Funcionários das companhias aéreas nacionais, definidos pelo Decreto nº 1.232/1962 e pela Lei nº 13.475/2017 e funcionários dos aeroportos e dos serviços auxiliares ao transporte aéreo (aeroportuários).	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de companhias aéreas nacionais, e aos demais o devido credenciamento aeroportuário válido, conforme o Decreto 7.168/2010 e RBAC 107 da ANAC.
Trabalhadores de Transporte Aquaviário	Funcionários das empresas brasileiras de navegação.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado das empresas brasileiras de navegação.
Caminhoneiros	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 motorista.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista profissional do transporte rodoviário de cargas (caminhoneiro).
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 Industriais	Trabalhadores da indústria e construção civil, conforme Decreto 10.282/2020, 10.292/2020 e 10.342/2020.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de empresas industriais e de construção civil, como: declarações dos serviços onde atuam, carteira de trabalho, contracheque com documento de identidade, ou crachá funcional.

Anexo II. Nota Técnica que trata da ordem de priorização na vacinação dentro dos grupos prioritários, nas distintas fases de vacinação contra a Covid-19

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

NOTA TÉCNICA Nº 155/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS

ASSUNTO

Trata-se da Cota n. 01027/2021/CONJUR-MS/CGU/AGU (0019258889) que remete o Ofício n. 00326/2021/SGCT/AGU (0019257973), de 25 de fevereiro de 2021, oriundo da Secretaria-Geral de Contencioso, o qual solicita **informações minuciosas sobre a ordem de priorização na vacinação dentro dos grupos prioritários, especificando, com clareza, quem dentro deles terá precedência, nas distintas fases de vacinação contra a Covid-19.**

Em atenção à solicitação, a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) apresenta nesta nota técnica a ordem de priorização dos grupos definidos prioritários para vacinação contra a covid-19 no cenário de ausência de doses de vacina para cobrir a totalidade dos grupos elencados no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO), em caráter complementar às Notas Informativas nº 16/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS (0019078282) e nº 17/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS (0019159078), que tratam de esclarecimentos acerca das definições dos grupos prioritários da campanha nacional de vacinação contra a Covid-19. Destaca-se que a ordem de priorização está destacada na quarta edição do PNO, já enviada em solicitações anteriores.

ANÁLISE

Considerando as evidências já expostas nas notas supracitadas e descritas no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19[1] (PNO) e os quantitativos de doses de vacinas COVID-19 entregues ao Ministério da Saúde, prontamente distribuídas às Unidades Federativas (UF), desde o início da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 em 18 de janeiro de 2021, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) reforça a urgência em dispor de maiores volumes de doses de vacinas COVID-19 para melhor operacionalização e resultados da intervenção da vacinação no país.

No entanto, deve-se considerar a situação mundial na busca de vacinas e insumos para produção que podem implicar em dificuldades para ampla

disponibilidade de vacinas, à exemplo do atraso na entrega da matéria-prima (Insumo Farmacêutico Ativo) que ocorreu aos laboratórios produtores brasileiros, tendo como uma das consequências atrasos na produção e entregas das vacinas.

Assim, considerando que alguns grupos prioritários elencados possuem um grande volume populacional, faz-se necessário prever algumas prioridades dentro desses estratos populacionais ("prioridade dentro da prioridade") dado a possibilidade de doses insuficientes para cobrir todo o grupo em etapa única. Resgata-se no quadro abaixo os grupos descritos no PNO, segundo sua ordem de priorização para vacinação na Campanha Nacional 2021:

Quadro 1: Estimativa populacional para a Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19 - 2021 e ordenamento dos grupos prioritários*

Grupo	Grupo prioritário	População estimada*
1	Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	156.878
2	Pessoas com deficiência institucionalizadas	6.472
3	Povos indígenas vivendo em terras indígenas	413.739
4	Trabalhadores de saúde	6.649.307
5	Pessoas de 90 anos ou mais	893.873
6	Pessoas de 85 a 89 anos	1.299.948
7	Pessoas de 80 a 84 anos	2.247.225
8	Pessoas de 75 a 79 anos	3.614.384
9	Povos e comunidades tradicionais Ribeirinhas	286.833
10	Povos e comunidades tradicionais Quilombolas	1.133.106
11	Pessoas de 70 a 74 anos	5.408.657
12	Pessoas de 65 a 69 anos	7.349.241
13	Pessoas de 60 a 64 anos	9.383.724
14	Pessoas de 18 a 59 anos com comorbidades**	17.796.450
15	Pessoas com deficiência permanente	7.749.058
16	Pessoas em situação de rua	66.963
17	População privada de liberdade	753.966
18	Funcionários do sistema de privação de liberdade	108.949
19	Trabalhadores da educação do ensino básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA)	2.707.200
20	Trabalhadores da educação do ensino superior	719.818
21	Forças de segurança e salvamento	584.256
22	Forças Armadas	364.036
23	Trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros	678.264
24	Trabalhadores de transporte metroviário e ferroviário	73.504
25	Trabalhadores de transporte aéreo	116.529
26	Trabalhadores de transporte aquaviário	41.515
27	Caminhoneiros	1.241.061
28	Trabalhadores portuários	111.397
29	Trabalhadores industriais	5.323.291

	Total	**77.279.644**

Fonte: CGPNI/DEIDT/SVS/MS. *Dados sujeitos a alterações. Atualização de 15/02/2021.

Destaca-se que as pautas de distribuição das vacinas às UF, elaboradas e divulgadas pelo PNI por meio de Informes Técnicos da Campanha,[2] com base no quantitativo de doses entregues ao Ministério da Saúde e priorização dos grupos, já direcionam as prioridades para as quais àquelas doses devem ser destinadas. Cita-se, por exemplo, o escalonamento do grupo de trabalhadores da saúde, já amplamente divulgados nas notas informativas e informes técnicos.

Em caráter de continuidade, de se estabelecer critérios para vacinação por etapas dentro do grupo prioritário, **nas ocasiões em que o quantitativo de doses distribuídas não forem suficientes para cobrir o grupo específico do chamamento,** recomenda-se:

> **Trabalhadores da Saúde:** equipes de vacinação que estiverem inicialmente envolvidas na vacinação dos grupos; trabalhadores das Instituições de Longa Permanência de Idosos e de Residências Inclusivas; trabalhadores dos serviços de saúde públicos e privados em unidades de referência para atendimento aos casos suspeitos e confirmados de covid-19. Seguidamente, conforme mais doses de vacinas forem sendo disponibilizadas ao grupo de trabalhadores da saúde, elencar os demais trabalhadores de saúde, até atender em 100% esse público prioritário.
>
> **Para população idosa:** priorizar idosos com comorbidade na respectiva faixa etária; alternativamente, pode-se iniciar a vacinação da maior para a menor idade dentro da referida faixa etária.
>
> **Povos e comunidades tradicionais Ribeirinhas e Quilombolas:** por se tratar de um contingente populacional menor em relação aos demais, é pouco provável que haja necessidade de vacinar essas populações por etapas; além de não ser viável operacionalmente. Mas, na impossibilidade de vacinação em etapa única, recomenda-se iniciar pelas faixas de idade mais avançadas e dar preferência às pessoas com comorbidades.
>
> **Pessoas de 18 a 59 anos com comorbidades:** não foi possível obter estimativas para cada morbidade relacionada, excluindo as sobreposições (co-morbidades). Soma-se a isso a dificuldade operacional de segregar os indivíduos para vacinação por tipo de comorbidade, considerando que a maioria das comorbidades já tem um risco atribuído bastante alto para quadros graves e óbitos pela covid-19. Assim, havendo necessidade de vacinar o grupo de pessoas com comorbidades em etapas, por se tratar de um grupo bastante populoso, orienta-se iniciar a vacinação pelas faixas de idade mais velhas.
>
> **Pessoas com deficiência permanente**: impende destacar que a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (nº 13.146 de 6 de

julho de 2015) não difere quanto a priorização e/ou vulnerabilidade quanto ao tipo de deficiência e grau de comprometimento implicado. No entanto, no contexto da covid-19, sabe-se que algumas condições aumentam potencialmente o risco de infecção, como por exemplo pessoas que possuem necessidade de uso frequente das mãos (exploração tátil, mobilidades) e/ou auxílio de terceiros para execução de suas atividades diárias, dificuldades para maior frequência na higienização e cuidado pessoal.

Pessoas em situação de rua e população privada de liberdade: trata-se de indivíduos extremamente vulneráveis e em contingente populacional relativamente pequeno em relação aos demais grupos, de forma que não é orientado a vacinação em etapas destes grupos, principalmente da população privada de liberdade pelo aglomerado e condições de convívio.

Funcionários do sistema de privação de liberdade: priorizar os funcionários que trabalham diretamente no contato com a população privada de liberdade.

Trabalhadores da educação do ensino básico e superior: recomenda-se iniciar a vacinação pelos professores que atuam em sala de aula, justificando-se pela permanência em ambiente mais fechado e por maior período de tempo que os demais trabalhadores. E, sendo necessário fragmentar também os demais trabalhadores, iniciar pelas faixas de idade mais velhas (50 a 59 anos; 40 a 49 anos; 30 a 39 anos e; 18 a 29 anos respectivamente).

Forças de segurança e salvamento e Forças Armadas: recomenda-se iniciar pelos trabalhadores mais expostos, ou seja, os que se encontram na linha de frente das atividades de rua e segurança, e, posteriormente seguir com os servidores de cargos e funções administrativas.

Trabalhadores de transporte coletivo rodoviário, metroviário, ferroviário, aéreo e aquaviário: iniciar preferencialmente com os profissionais que estão expostos ao contato direto com passageiros e posteriormente os que exercem funções administrativas.

Caminhoneiros: iniciar pelas faixas de idade mais velhas (50 a 59 anos; 40 a 49 anos; 30 a 39 anos e; 18 a 29 anos respectivamente).

Trabalhadores portuários: iniciar pelas faixas de idade mais velhas (50 a 59 anos; 40 a 49 anos; 30 a 39 anos e; 18 a 29 anos respectivamente).

Trabalhadores industriais: iniciar pelos profissionais mais expostos, caracterizando-se pelos que desenvolvem suas atividades na linha de transformação/fabricação em ambientes internos com aglomeração em que há dificuldades de manter o distanciamento entre os funcionários, dando preferência às faixas de idade mais velhas (50 a

59 anos; 40 a 49 anos; 30 a 39 anos e; 18 a 29 anos respectivamente). Posteriormente os funcionários em atividades internas de outros setores do seguimento.

Vale ratificar que os grupos prioritários para vacinação contra a covid-19 foram definidos com apoio técnico-científico de especialistas da Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis e em consonância com as recomendações do *SAGE* - Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (em inglês, *Strategic Advisor Group of Experts on Immunization*) da Organização Mundial da Saúde,[3] mediante cenário de disponibilidade de vacinas para oferta à população.

As orientações acima destacadas na priorização de cada grupo prioritário poderão sofrer alterações de acordo com os quantitativos de vacinas entregues pelos produtores e a ordem de priorização dos grandes grupos seguirá o ordenamento já previsto no PNO. Ressalta-se que todos os grupos elencados no PNO serão atendidos na integralidade, em fases ainda a serem definidas, as quais serão comunicadas à estados e municípios por meio de informes técnicos.

CONCLUSÃO

Diante do quantitativo ainda limitado na disponibilidade das vacinas para oferta à população-alvo da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 2021, o PNI ratifica a importância das doses disponibilizadas serem destinadas àqueles grupos que, inicialmente, já apresentam maior risco de exposição, complicação e óbito pela covid-19, conforme prioridades elencadas no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO).

Conforme o chamamento dos grupos prioritários, em ordem elencada pelo PNO, não havendo doses suficientes para cobrir 100% do referido grupo, recomenda-se a adoção das estratégias supracitadas nesta Nota, em consonância com as orientações divulgadas oportunamente nos Informes Técnicos da campanha.

Por fim, o Programa Nacional de Imunizações ratifica a necessidade deste Ministério da Saúde seguir empreendendo esforços na aquisição de vacinas com celeridade, para fins de otimização da Campanha Nacional, enquanto os nossos laboratórios produtores se ajustam para fornecimento regular das vacinas contratadas que viabilize maior abrangência dos grupos prioritários. A disponibilidade de maior volume de vacinas irá potencializar os impactos da vacinação com redução na incidência de casos graves e óbitos pela covid-19.

REFERÊNCIAS

[1] BRASIL. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília; 4ªed; fev/2021.[https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/29/PlanoVacinaoCovid_ed4_15fev21_cgpni_18h05.pdf]

[2] BRASIL. **Informes Técnicos e Notas Informativas acerca da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 2021**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/Coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19

[3] WHO - SAGE – World Health Organization. Strategic Advisor Group of Experts on Immunization. **Roadmap For Prioritizing Uses Of COVID-19 Vaccines In The Context Of Limited Supply**. Disponível em https://www.who.int/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply (Documento de 13 de novembro de 2020).

Atenciosamente,

FRANCIELI FONTANA SUTILE TARDETTI FANTINATO
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações

LAURÍCIO MONTEIRO CRUZ
Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

ARNALDO CORREIA DE MEDEIROS
Secretaria de Vigilância em Saúde

MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA
Secretário-Executivo do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

JURANDI FRUTUOSO SILVA
Secretário-Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

---

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0019355122** e o código CRC **C7D55E08**.

Referência: Processo nº 00737.014414/2020-63 SEI nº 0019355122

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações - CGPNI
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br

Anexo III. Competências das três esferas de gestão

CONSTITUEM COMPETÊNCIAS DA GESTÃO FEDERAL:

A coordenação do PNI (incluindo a definição das vacinas dos calendários e das campanhas nacionais de vacinação), as estratégias e as normatizações técnicas sobre sua utilização;

Apoiar os Estados, Distrito Federal e os Municípios na aquisição de seringas e agulhas para a Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19, em conformidade com a Portaria de Consolidação nº 04 de 28 de setembro de 2017, que atribui à Secretaria de Vigilância em Saúde a "*gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o monitoramento dos estoques e a solicitação da distribuição aos estados e Distrito Federal de acordo com as normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XVIII)*" e o provimento de insumos estratégicos que incluem "***seringas e agulhas para campanhas de vacinação que não fazem parte daquelas já estabelecidas*** *ou quando solicitadas por um Estado; (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 6º, XIX, b)*"

O provimento dos imunobiológicos definidos pelo PNI, considerados insumos estratégicos;

A gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a consolidação e a análise dos dados nacionais e a retroalimentação das informações à esfera estadual.

CONSTITUEM COMPETÊNCIAS DA GESTÃO ESTADUAL:

A coordenação do componente estadual do PNI;

Organizar a logística de distribuição de vacinas, seringas e agulhas e a rede de frio em seu território;

O provimento de seringas e agulhas para a vacinação de rotina;

A gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a consolidação e a análise dos dados municipais, o envio dos dados ao nível federal dentro dos prazos estabelecidos e a retroalimentação das informações à esfera municipal.

CONSTITUEM COMPETÊNCIAS DA GESTÃO MUNICIPAL:

A coordenação e a execução das ações de vacinação elencadas pelo PNI, incluindo a vacinação de rotina, as estratégias especiais (como campanhas e vacinações de

bloqueio) e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

A gerência do estoque municipal de vacinas e outros insumos, incluindo o armazenamento e o transporte para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;

O descarte e a destinação final de frascos, seringas e agulhas utilizados, conforme as normas técnicas vigentes;

A gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a coleta, o processamento, a consolidação e a avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes, bem como a transferência dos dados em conformidade com os prazos e fluxos estabelecidos nos âmbitos nacional e estadual e a retroalimentação das informações às unidades notificadoras.

CONSTITUEM COMPETÊNCIAS DA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA:

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) foi criado em 1999, a partir da Lei nº 9836/1999, que acrescentou os artigos 19-A à 19-H à Lei nº 8080/1990 e definiu a União como responsável pela atenção primária à saúde da população residente dentro das Terras Indígenas. O atendimento às comunidades indígenas aldeadas, realizado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), considera a realidade local, os determinantes ambientais e outras especificidades, bem como a logística de transporte das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, que utiliza diferentes modais (terrestre, fluvial e aéreo) para acesso às localidades de difícil acesso. A população estimada para vacinação considera a população indígena, dentro dos critérios deste plano e a legislação vigente do escopo de atuação da SESAI, incluindo a medida cautelar proferida na Arguição por Descumprimento de Preceito Fundamental nº 709, a qual prevê a extensão dos serviços do SASISUS aos povos situados em terras não homologadas durante o período da pandemia.

Quanto à logística, informa-se que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são unidades gestoras descentralizadas do SASISUS, sendo 34 unidades em todo o país, que abrangem mais de um município e, em alguns casos, mais de um estado.

Com relação ao processo logístico da Rede de Frio para conservação dos imunobiológicos, cada DSEI é responsável pela organização e articulação local. Geralmente, eles realizam essa organização (planejamento, recebimento,

armazenamento e distribuição) junto aos municípios. Em alguns casos, ocorre diretamente com os estados ou com a regional de saúde.

Os imunobiológicos são distribuídos, em sua maioria, diretamente do município para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), as quais se responsabilizam, a partir daí, pelo acondicionamento durante o transporte e ações de vacinação nas comunidades indígenas.

Para isso, cada Distrito apresenta diferentes estruturas, podendo utilizar transporte aéreo, fluvial e/ou terrestre e acondicionamento em refrigeradores domésticos, a luz solar ou câmaras frias, além de caixas térmicas. Ressalta-se que a energia também possui diferentes fontes de alimentação, podendo ser convencional, solar ou por gerador.

Independentemente da estrutura local, cada EMSI realiza o monitoramento contínuo da temperatura, desde a retirada dos imunobiológicos nos municípios até a ida às aldeias, bem como no seu retorno aos municípios, preenchendo formulários de controle específicos, que são enviados às sedes administrativas.

Continuamente os Distritos realizam processos de compra para aquisição de equipamentos e insumos de forma a atender suas necessidades. Atualmente, os 34 DSEI contam com 287 refrigeradores solares, que colaboram com as ações de imunizações nas comunidades com maior dificuldade de acesso.

Assim, para a organização da logística e planejamento da vacinação contra covid-19, avalia-se a necessidade de adotar uma estratégia semelhante à utilizada para a operacionalização da Campanha da Influenza (preenchimento de planilha de ajuste de distribuição por estado e município).

Anexo IV. Bases legais e financiamento

Bases legais

RDC n° 50 de 21 de fevereiro de 2002	Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.
Portaria Nº 48, de 28 de julho de 2004	Institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, define as competências da Secretaria de Vigilância em Saúde, dos Estados, Distrito Federal e CRIE e dá outras providências.
Portaria Nº 2.682, de 7 de novembro de 2013	Estabelece procedimentos e critérios para o repasse de recursos financeiros de investimento pelo Ministério da Saúde destinados ao fomento e aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.
Portaria n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017	Dispõe sobre as regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS
Portaria n° 1.883 de 4 de novembro de 2018	Orientou a necessidade da criação do perfil destas unidades no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), viabilizado no segundo semestre de 2019.
Decreto Nº 10.212, DE 30 de janeiro de 2020	Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005.
Portaria n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017	Versa sobre as regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS.
Medida Provisória nº 976, de 4 de junho de 2020	Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R$ 4.489.224.000,00, para o fim que especifica.
Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus, onde no seu Art.4º define que fica dispensada a licitação para aquisição de bens, serviços e insumos de saúde destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus.
Medida Provisória nº 994, de 6 de agosto de 2020	Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R$ 1.994.960.005,00, para o fim que especifica, e dá outras providências.
Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011	Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

RDC nº 348, de 17 de março de 2020	Define os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para tratamento de petições de registro de medicamentos, produtos biológicos e produtos para diagnóstico in vitro e mudança pós-registro de medicamentos e produtos biológicos em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus.
RESOLUÇÃO RE Nº 2.556, DE 21 DE JULHO DE 2020. Publicado em: 21/07/2020 | Edição: 138-A | Seção:1 - Extra | Página: 1. Órgão: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Segunda Diretoria/Gerência Geral de Medicamentos e Produtos Biológicos.	Vacinas BNT162 com RNA antiviral para imunização ativa contra covid-19 - ENSAIOS CLÍNICOS - Anuência em processo do Dossiê de Desenvolvimento Clínico de Medicamento (DDCM) - Produtos Biológicos.
Lei 6.360, de 23 de setembro de 1976	Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências.
Resolução-RE nº 2.895, de 6 de agosto de 2020	Instituiu uma mudança no protocolo de pesquisa da vacina de Oxford contra a covid-19. Inclui a administração de uma dose de reforço para os voluntários que estão participando do estudo. Autorizou a ampliação da faixa etária para a realização dos testes (18 a 69 anos).
Portaria GAB/SVS Nº 28, de 3 de setembro de 2020	Institui a Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis. https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gab/svs-n-28-de-3-de-setembro-de-2020-275908261
Resolução Nº 8, de 9 de setembro de 2020	Institui Grupo de Trabalho para a coordenação de esforços da União na aquisição e na distribuição de vacinas COVID-19, no âmbito do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da covid-19. https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-8-de-9-de-setembro-de-2020-276627239
Recomendação Conjunta Nº 1, de 9 de setembro de 2020	Dispõe sobre cuidados à comunidade socioeducativa, nos programas de atendimento do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), no contexto de transmissão comunitária do novo Coronavírus (covid-19), em todo o território nacional e dá outras providências. https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/recomendacao-conjunta-n-1-de-9-de-setembro-de-2020-278467073
Nota Técnica nº 5/2021 - COAGAS/DASI/SESAI/MS	Orientação técnica da Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI) para a distribuição da vacina Covid-19, visando a Imunização dos

	Povos Indígenas, em consonância com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19.
Medida Provisória 1003, de 24 de setembro de 2020	Autoriza a adesão do Brasil à aliança global coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que reúne governos e fabricantes para garantir o desenvolvimento de uma vacina COVID-19 e o acesso igualitário.
Medida Provisória nº 1.004, de 24 de setembro de 2020.	"Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R$ 2.513.700.000,00, para o fim que especifica, e dá outras providências. " https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8894916&disposition=inline
RDC n°430 de 8 outubro de 2020	"Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e Transporte de Medicamentos". Esse plano observa todos os requisitos que se relacionam com os objetivos da logística dos imunobiológicos, afim de promover práticas seguras ao processo de introdução da vacina COVID-19.
Instrução Normativa - IN Nº 77, DE 17 de novembro de 2020	Dispõe sobre o procedimento de submissão contínua de dados técnicos para o registro de vacinas covid-19. https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-in-n-77-de-17-de-novembro-de-2020-288986932
Portaria Nº 3.190, de 26 de novembro de 2020	Institui o Gabinete de Crise da covid-19 e altera a Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020, para dispor sobre o Centro de Operações de Emergências para o novo Coronavírus (COE covid-19). https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.190-de-26-de-novembro-de-2020-290849829
PORTARIA Nº 3.248, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2020	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro destinado aos Estados e Distrito Federal, para estruturação de unidades de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações e para Vigilância Epidemiológica, para o enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia de Covid19.
Portaria nº 2782 de 14 de outubro de 2020	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio para execução das ações de imunização e vigilância em saúde, para enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia de covid-19.

Portaria Nº 684, de 10 de dezembro de 2020	Comitê Técnico para o acompanhamento das ações relativas à vacina AZD 1222/ChAdOx1 n-CoV19 contra a covid19, decorrentes da Encomenda Tecnológica firmada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a empresa AstraZeneca.
RDC Nº 465, DE 9 DE FEVEREIRO DE 2021	Estabelece a dispensa de registro e da autorização de uso emergencial e os procedimentos para importação e monitoramento das vacinas Covid-19 adquiridas pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Instrumento de Acesso Global de Vacinas Covid-19 (Covax Facility) para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2)

Anexo V. Perguntas de pesquisa e desenhos de estudo para fase de monitoramento pós-marketing

Questões relacionadas à segurança

Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV) são quaisquer eventos adversos à saúde de um indivíduo que ocorrem com associação temporal a uma vacina podendo ou não ter relação causal com a mesma. Nos estudos de fase 3 é possível descrever a proporção de eventos adversos comuns atribuíveis à vacina, no entanto apenas após o uso em larga escala torna-se possível a avaliação de eventos adversos raros. Grupos especiais como por exemplo gestantes, imunossuprimidos, crianças e idosos usualmente não são incluídos nos estudos de fase 3 ou estão sub representados nesses estudos.

O Programa Nacional de Imunizações já conta com um sistema de vigilância universal, do tipo passivo, para Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV), que incluem eventos adversos pós-vacinais (com ou sem relação causal) bem como erros de imunização. Com relação às vacinas covid-19 o "Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós-Vacinação" (publicação pendente) descreve as ações que serão realizadas em conjunto pelo Programa Nacional de Imunização e a ANVISA para a farmacovigilância após a introdução das vacinas covid-19 no território nacional.

Os sistemas de notificação passiva de EAPV, apesar de gerarem informações valiosas com relação ao descritivo de ocorrência de eventos adversos, usualmente não permitem estabelecer causalidade entre a ocorrência de EAPV e a vacina. Desta forma são necessários outros desenhos de estudos que estabeleçam causalidade entre eventos adversos raros e vacinas.

Considerando o histórico de introdução de outras vacinas, características relacionadas à fisiopatologia da covid-19, características das plataformas de vacina covid-19 em desenvolvimento e dados de estudos em animais a Colaboração Brighton estabeleceu uma lista de Eventos Adversos de Interesse Especial (EAIE) que poderão estar relacionados às vacinas covid-19 e, portanto, deverão ser monitorados ativamente após a implementação das vacinas covid-19. Neste sentido estão sendo realizadas tratativas dentro da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações para o estabelecimento de uma rede sentinela de vigilância ativa de EAPV e EAIE.

Como complemento às avaliações de segurança a serem realizadas pelo Ministério da Saúde, entende-se ser necessário a complementação com estudos visando avaliar as seguintes perguntas de interesse:

- Qual é a taxa de incidência dos diferentes EAPV nos indivíduos vacinados bem como os fatores associados?
- Características clínicas e epidemiológicas (tempo, lugar e pessoa).
- Qual a resposta imune humoral e celular desenvolvida por indivíduos que evoluem com eventos adversos graves.
- Quais são os fatores genéticos associados ao desenvolvimento de eventos adversos graves com forte relação causal com a vacina.
- Relação com a dose da vacina (primeira *vs* segunda dose) e sítio de aplicação
- Qual é o perfil de segurança da vacina em grupos especiais? A saber: trabalhadores de saúde; gestantes e puérperas; crianças; idosos; imunossuprimidos; pessoas com comorbidades; indígenas e outras populações vulneráveis.
- Quais eventos adversos podem ocorrer a longo/médio prazo após a aplicação da vacina COVID-19?
- Quais eventos adversos graves terão relação causal com a vacina?
- Qual o impacto da coadministração de outras vacinas com as vacinas COVID-19 na incidência de eventos adversos?
- Há aumento de casos de EAPV ou EAIE, relacionados no tempo e/ou espaço, que receberam a mesma vacina COVID-19 (fabricante/lote)?
- Qual risco de exacerbação da COVID-19 induzida pela vacinação?

Questões relacionadas à efetividade

Os dados de eficácia gerados por ensaios clínicos randomizados na fase 3 de pesquisa clínica nem sempre irão refletir as condições observadas em vida real. Fatores como condições de armazenamento e administração, questões relacionadas às populações envolvidas, tempo decorrido após a vacinação e mesmo fatores epidemiológicos poderão afetar a efetividade de uma vacina. Portanto o monitoramento de efetividade deverá ser contínuo e sistemático, visando avaliar os diferentes fatores que poderão impactar na resposta imune em situações de vida real.

Perguntas de interesse:

- Qual é a efetividade direta das vacinas covid-19?
- Qual é a efetividade indireta das vacinas covid-19?
- A efetividade e/ou imunogenicidade (celular e humoral) da vacina covid-19 varia em populações especiais? A saber: trabalhadores de saúde; gestantes e puérperas; crianças; idosos; imunossuprimidos; pessoas com comorbidades; indígenas e outras populações vulneráveis.
- Quais são as características clínicas e epidemiológicas associadas às falhas vacinais?
- Qual a influência da história pregressa de infecções naturais pelo SARS-Cov-2 e demais vírus na resposta imune às vacinas covid-19?
- Quais são os fatores individuais e estruturais que podem estar associados à falha vacinal?
- Qual é o tempo de duração da resposta imune celular e humoral para covid-19?
- Qual é o impacto da coadministração com outras vacinas do calendário vacinal na efetividade e/ou imunogenicidade das vacinas covid-19?
- Qual o papel do reforço natural na duração da proteção conferida pela vacina
- Quais são os mecanismos de ação da vacina: bloqueio da infecção, modificação da morbidade e bloqueio da transmissão (carga viral).
- Qual é o impacto das variantes genômicas do vírus na efetividade da vacina.

Avaliação do impacto da introdução das vacinas covid-19:

Os principais objetivos da vacinação são reduzir a morbimortalidade pela covid-19 e, em um segundo momento, promover o controle da transmissão da covid-19 na população. Para atingir esses objetivos, no entanto, não basta a existência de uma vacina (s) eficaz e segura, faz-se necessário ainda garantir que a(s) vacina seja(m) administrada(s) nos grupos pré-determinados, na taxa adequada e em tempo oportuno, entre outros fatores. Desta forma o monitoramento do plano de implantação transcende questões relacionadas unicamente às vacinas utilizadas e necessitará de estudos específicos para sua avaliação.

Perguntas de interesse:

- Qual é o impacto da vacinação com as diferentes vacinas na epidemiologia da covid-19?

- Quais são as principais barreiras para a não vacinação da população-alvo?
- Qual a percepção de risco e qual o impacto da vacinação sobre mudanças comportamentais relacionadas à proteção individual (uso de máscaras e higienização das mãos por exemplo).
- Quais são os conhecimentos, as atitudes e as práticas da população com relação à vacina covid-19?
- Quais são os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre a segurança da vacina covid-19?
- Quais são os fatores associados a hesitação em vacinar?
- Quais são os principais mitos em relação às vacinas?
- Qual é a efetividade dos diferentes métodos de vacinação em massa (extramuros, vacinação em escolas e ambientes de trabalho, vacinação em postos de saúde, etc) para atingir elevadas coberturas vacinais nos grupos alvos para vacinação.
- Qual é o impacto populacional de diferentes estratégias de vacinação (grupos prioritários, população geral) na ocorrência de casos graves e óbitos por covid-19?
- Qual é o impacto no meio ambiente pela disposição final dos resíduos da vacinação?
- Qual é a percepção da população não alvo da vacina pela priorização de grupos alvo na introdução da vacina covid-19?
- Quais os riscos e benefícios associados ao uso de forma intercambiada de diferentes vacinas, caso isso venha a ocorrer.
- Qual o impacto dos programas de vacinação sobre a variabilidade gênica viral.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações

Informe Técnico

Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19

Brasília, 19/01/2021

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) e do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), realizará a campanha nacional de vacinação contra a covid-19, de forma gradual, a iniciar em janeiro de 2021.

Na ocasião, o início da vacinação se dará pelos trabalhadores da saúde, pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas), pessoas maiores de 18 anos com deficiência residentes em Residências Inclusivas (institucionalizadas) e indígenas vivendo em terras indígenas em conformidade com os cenários de disponibilidade da vacina.

Esta ação envolve as três esferas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), contando com recursos da União, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Para o êxito da campanha de vacinação, conforme aumento na disponibilidade de vacinas, estima-se o funcionamento de aproximadamente 50 mil postos de vacinação. Este informe apresenta as diretrizes e orientações técnicas e operacionais para a estruturação e operacionalização da campanha nacional de vacinação contra a covid-19.

1. INTRODUÇÃO

A covid-19 é a maior pandemia da história recente da humanidade causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Trata-se de uma infecção respiratória aguda potencialmente grave e de distribuição global, que possui elevada transmissibilidade entre as pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 80% das pessoas com covid-19 se recuperam da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Entretanto, uma em cada seis pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 desenvolvem formas graves da doença. Pessoas idosas e/ou com morbidades, a exemplo de pessoas com problemas cardíacos e pulmonares, diabetes ou câncer, dentre outros, têm maior risco de evoluírem para formas graves da doença. É sabido que as medidas não farmacológicas para conter a transmissão do novo coronavírus, que

apesar de terem sido fundamentais até o presente momento tem elevado custo social e econômico, tornando-se imprescindível dispor de uma vacina contra a doença.

De acordo com o panorama da OMS, atualizado em 12 de janeiro de 2021, existem 173 vacinas COVID-19 candidatas em fase pré-clínica de pesquisa e 63 vacinas candidatas em fase de pesquisa clínica, das quais 20 encontram-se na fase III de ensaios clínicos. Mediante busca mundial de uma vacina COVID-19, o governo brasileiro viabilizou crédito orçamentário extraordinário em favor do Ministério da Saúde, para garantir ações necessárias à produção e disponibilização de vacinas COVID-19 à população brasileira. Por se tratar de uma busca mundial pela tecnologia, produção e aquisição do imunobiológico, a disponibilidade da vacina é inicialmente limitada.

Considerando a disponibilidade limitada de doses da vacina faz-se necessária a definição de grupos prioritários para a vacinação. Neste cenário os grupos de maior risco para agravamento e óbito deverão ser priorizados. Além disso, no contexto pandêmico que se vive, com a grande maioria da população ainda altamente suscetível à infecção pelo vírus, também é prioridade a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.

De acordo com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, foram definidos grupos alvo da campanha, a saber: idosos (60 anos ou mais), indígenas vivendo em terras indígenas, trabalhadores da saúde, povos e comunidades tradicionais ribeirinhas, povos e comunidades tradicionais quilombolas, pessoas com determinadas morbidades (ver descritivo no Anexo I), população privada de liberdade, funcionários do sistema de privação de liberdade, pessoas em situação de rua, forças de segurança e salvamento, Forças Armadas, pessoas com deficiência permanente grave, trabalhadores da educação, caminhoneiros, trabalhadores de transporte coletivo rodoviário passageiros urbano e de longo curso, trabalhadores de transporte metroviário e ferroviário, trabalhadores de transporte aéreo, trabalhadores portuários, trabalhadores de transporte aquaviário. Nessa perspectiva, este documento trata das diretrizes para a operacionalização da campanha de vacinação, abordando a logística do

armazenamento e distribuição das vacinas, o registro das doses administradas e a vigilância de possíveis eventos adversos pós-vacinação (EAPV), além de comunicação e mobilização sobre a importância da vacinação.

2. OBJETIVO DA VACINAÇÃO

Redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus, bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.

2.1. *Objetivos Específicos*

Vacinar os grupos de maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos;

Vacinar trabalhadores da saúde para manutenção dos serviços de saúde e capacidade de atendimento à população;

Vacinar os indivíduos com maior risco de infecção;

Vacinar os trabalhadores dos serviços essenciais.

3. POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo da campanha nacional de vacinação contra a covid-19, mencionadas na introdução deste informe (descritas no Anexo I), foram priorizadas segundo os critérios de exposição à infecção e de maiores riscos para agravamento e óbito pela doença. O escalonamento desses grupos populacionais para vacinação se dará conforme a disponibilidade das doses de vacina, após liberação para uso emergencial pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

O Ministério da Saúde iniciará a campanha nacional de vacinação contra a covid-19 com um total de 6 milhões de doses da vacina Sinovac (Butantan). **Ressalta-se que esta vacina tem indicação de duas doses para completar o esquema vacinal.**

Neste cenário, considerando as duas doses para completar o esquema vacinal (intervalo de 2 a 4 semanas entre elas) e o percentual de perda operacional de 5%, estima-se vacinar nesta primeira etapa cerca de 2,8 milhões de pessoas, priorizando os grupos que seguem:

Trabalhadores da saúde (ver estrato populacional abaixo)

Pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas);

Pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em Residências Inclusivas (institucionalizadas);

População indígena vivendo em terras indígenas.

Diante das doses disponíveis para distribuição inicial às UF e a estimativa populacional dos trabalhadores de saúde, será necessária uma ordem de priorização desse estrato populacional. Assim, recomenda-se a seguinte ordem para vacinação dos trabalhadores da saúde conforme disponibilidade de doses, sendo facultado a Estados e Municípios a possibilidade de adequar a priorização conforme a realidade local:

Equipes de vacinação que estiverem inicialmente envolvidas na vacinação dos grupos elencados para as 6 milhões de doses;

Trabalhadores das Instituições de Longa Permanência de Idosos e de Residências Inclusivas (Serviço de Acolhimento Institucional em Residência Inclusiva para jovens e adultos com deficiência);

Trabalhadores dos serviços de saúde públicos e privados, tanto da urgência quanto da atenção básica, envolvidos diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de covid-19;

Demais trabalhadores de saúde

Cabe esclarecer que **TODOS os trabalhadores da saúde serão contemplados com a vacinação**, entretanto a ampliação da cobertura desse público será gradativa, conforme disponibilidade de vacinas. Ressalta-se ainda que as especificidades e particularidades regionais serão discutidas na esfera bipartite (Estado e Município).

3.1. *META DE VACINAÇÃO*

Tendo em vista o objetivo principal da vacinação, de reduzir casos graves e óbitos pela covid- 19, é fundamental alcançar altas e homogêneas coberturas vacinais. Para tanto, todos os esforços devem estar voltados para vacinar toda a população alvo. Portanto, o PNI estabeleceu como meta, vacinar ao menos 90% da população alvo de cada grupo, uma vez que é de se esperar que uma pequena parcela da população apresente contraindicações à vacinação.

4. ESPECIFICAÇÕES DA VACINA QUE SERÁ DISPONIBILIZADA NA CAMPANHA

A Campanha Nacional de vacinação contra a covid-19 iniciará com a vacina Sinovac/Butantan (**Quadro 1**)

4.1. *Vacina Coronavac COVID-19 (Sinovac/Butantan)*

A vacina desenvolvida pelo laboratório Sinovac em parceria com o Butantan é uma vacina contendo o **vírus SARS-CoV-2 inativado**.

Os estudos de soroconversão da vacina Sinovac/Butantan, demonstraram resultados de > 92% nos participantes que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 14 dias e > 97% nos participantes que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 28 dias. A eficácia desta vacina foi demonstrada em um esquema contendo 2 doses com intervalo de 2 semanas. Para prevenção de casos sintomáticos de covid-19 que precisaram de assistência ambulatorial ou hospitalar a eficácia foi de 77,96%. Não ocorreram casos graves nos indivíduos vacinados, contra 7 casos graves no grupo placebo.

Quadro 1 - Especificações da vacina COVID-19: Sinovac/Butantan. Brasil, 2021

	Sinovac - Butantan
Plataforma	Vírus inativado
Indicação de uso	maior ou igual a 18 anos
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola com 0,5 mL (frasco monodose)
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/Intervalos	2 doses de 0,5 mL cada, com intervalo de 2-4 semanas
Composição por dose	0,5mL contém 600 SU de antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2
Prazo de validade e conservação	24 meses a partir da data de fabricação se conservado na temperatura
	2°C a 8°C
Validade após abertura do frasco	Imediatamente após abertura do frasco
	

Dados sujeitos a alterações
* a indicação da vacina será para pessoas a partir de 18 anos de idade no país.
Fonte: CGPNI/SVS/MS

4.2. *Conservação da Vacina*

Para garantir a potência das vacinas COVID-19, é necessário mantê-las em condições adequadas de conservação, com temperatura controlada, e em conformidade com as orientações do fabricante e aprovação pela Anvisa. A exposição acumulada da vacina a temperaturas fora das preconizadas, ou diretamente à luz, em qualquer etapa da cadeia, gera uma perda de potência que não poderá ser restaurada.

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

ATENÇÃO
A vacina Sinovac/Butantan contém adjuvante de alumínio, quando expostas à temperatura abaixo de

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf

4.3. *Esquema de vacinação*

A vacina proveniente do laboratório Sinovac/Butantan, deverá ser administrada exclusivamente por **via intramuscular em esquema de duas doses**, com intervalo determinado conforme segue:

- **Vacina Sinovac/Butantan**: intervalo entre as doses, de 02 a 04 semanas.

Destaca-se que, em caso de alguma ocorrência que impeça o indivíduo de retornar no prazo determinado, é possível tomar a 2ª dose para completar o esquema.

4.4. *Estratégia de vacinação dos grupos prioritários na primeira etapa*

Nesse primeiro momento, recomenda-se realizar a vacinação com equipes volantes, nos próprios serviços de saúde priorizados para a vacinação (serviços de saúde públicos e privados, tanto da urgência quanto da atenção básica, envolvidos diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de covid-19), Instituições de Longa Permanência de Idosos, residências inclusivas de pessoas com deficiência e em terras indígenas. Para otimizar o tempo e não

perder oportunidades, **ao vacinar os idosos e as pessoas com deficiência, institucionalizados, é importante também incluir os trabalhadores de saúde que fazem parte do corpo técnico dessas instituições.**

4.5. *Procedimento para a administração das vacinas*

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

Serão utilizadas para aplicação seringas e agulhas com as seguintes especificações:

- **seringas** de plástico descartáveis (de 1,0 ml, 3,0 ml);
- **agulhas** descartáveis de para uso **intramuscular**: 25 x 6,0 dec/mm; 25 x 7,0 dec/mm; 25 x 8,0 dec/mm e 30 x 7,0 dec/mm**.**

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Recomenda-se que seja feita curta anamnese com o paciente para constatação acerca de alergias, histórico de Síndrome Vasovagal e possíveis sinais e sintomas de síndrome gripal e/ou síndrome febril aguda, antes da aplicação da vacina.
- No caso de indivíduo com histórico de Síndrome Vasovagal, colocá-lo em observação clínica por pelo menos 15 minutos após a administração da vacina.
- Recomenda-se observar a presença de sangramento ou hematomas após uma administração intramuscular em indivíduos recebendo terapia anticoagulante ou aqueles com trombocitopenia ou qualquer distúrbio de coagulação (como hemofilia). Orienta-se pressionar o algodão no local da aplicação por mais tempo. Caso ocorra sangramento encaminhar para atendimento médico.
- Ao final do expediente e considerando a necessidade de otimizar doses ainda disponíveis em frascos abertos, a fim de evitar perdas técnicas, direcionar o uso da vacina para pessoas contempladas em alguns dos grupos priorizados no

Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19. NÃO DEIXE DE VACINAR!! NÃO DESPERDICE DOSES DE VACINA!!

Demais especificidades acessar o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação disponível no link:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf.

4.6. *Administração simultânea com outras vacinas*

Considerando a ausência de estudos de coadministração, neste momento não se recomenda a administração simultânea das vacinas COVID-19 com outras vacinas. Desta forma, preconiza-se um intervalo mínimo de 14 dias entre as vacinas COVID-19 e as diferentes vacinas do Calendário Nacional de Vacinação.

5. CRONOGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DAS VACINAS

Considerando as doses disponíveis para o início da campanha e os grupos prioritários elencados neste informe, apresenta-se no **ANEXO 2** a população-alvo para vacinação e a distribuição das doses de vacina COVID-19 para execução da primeira etapa da campanha.

Observado o total de doses recebidas para o início da campanha e a importância de se promover o maior alcance da população, adotou-se a seguinte estratégia, considerando perda operacional de 5%:

- **Sinovac/Butantan (frasco unidose)**: as UF serão contempladas com as duas **doses (D1 e D2) simultaneamente** por pessoa a vacinar. O intervalo considerado para essa **vacina é de 2 a 4 semanas**.
- As vacinas necessárias para a segunda dose serão, preferencialmente, armazenadas nas centrais estaduais devendo o fluxo e cronograma de distribuição ser acordado entre Estados e Municípios.

Neste sentido, a distribuição das vacinas foi realizada por UF de forma

proporcional e igualitária, observadas a necessidade de manutenção em cartuchos fechados (embalagem secundária) onde consta inscrito o contexto da autorização "Uso Emergencial", plano de distribuição por UF disponível no **ANEXO 2**.

Importante destacar a apresentação das embalagens para aplicação do conceito de arredondamento utilizado no plano de distribuição: Sinovac/Butantan cartuchos de 40 frascos com 1 dose, 40 doses por cartucho. Dada a necessidade da logística de distribuição aos Pólos base dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, população com previsão na Fase I, consta no plano de distribuição, indicado de forma específica, o total de doses e embalagens para cada UF destinada à população indígena e à população em geral (institucionalizados: 60 e mais e pessoas com deficiência; e trabalhador da saúde).

O Ministério da Saúde reitera que, à medida em que o laboratório disponibilizar novos lotes de vacina, o Programa Nacional de Imunizações irá dispor de novas grades de distribuição e cronogramas de vacinação dos grupos prioritários, conforme previsto no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.

Considerando os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a aplicação de excepcionalidades a requisitos específicos de rotulagem e bulas de medicamentos, em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus, previstos na Resolução da Diretoria Colegiada RDC n°400 de 21 de julho 2020, a bula da vacina Sinovac/Butatan traduzida será disponibilizada por meio do site do Instituto Butantan, disponível em vacinacovid.butantan.gov.br e do site da Anvisa: https://www.gov.br/anvisa/pt-br.

5.1. *Disponibilidade de seringas e agulhas a serem utilizadas na estratégia de vacinação*

O Ministério da Saúde irá apoiar os Estados e Municípios com o envio de seringas e agulhas para a realização dessa ação de imunização, devido ao momento de pandemia.

Para o início da campanha, está disponível para distribuição, ainda em janeiro, o quantitativo de 15 milhões de seringas e agulhas aos Estados. A prioridade na

distribuição será daqueles entes que estejam com baixo nível de estoque desses insumos, uma vez que o fornecimento ao Ministério será realizado de forma gradual.

6. RECOMENDAÇÕES SOBRE MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA DE PREVENÇÃO À TRANSMISSÃO DA COVID-19 NAS AÇÕES DE VACINAÇÃO.

Considerando o atual cenário de transmissão comunitária da covid-19 em todo território nacional, faz-se necessária a manutenção das medidas não farmacológicas de prevenção à transmissão do vírus. Durante o momento da campanha, vários formatos de organização do processo de trabalho das equipes podem ser admitidos com intuito de vacinar o maior número de pessoas entre o público-alvo estabelecido neste plano e, ao mesmo tempo, evitar aglomerações.

Nesse sentido, é muito importante que as Secretarias Municipais de Saúde e a rede de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) estabeleçam parcerias locais com instituições públicas a fim de descentralizar a vacinação para além das Unidades da APS. Possíveis parceiros podem ser os serviços de assistência social, a rede de ensino, as Forças Armadas, os centros de convivência, entre outros.

No âmbito da APS, sugere-se as seguintes estratégias que podem ser adotadas isoladamente ou de forma combinada pelos serviços:

- Articular e organizar a APS mantendo, quando possível e necessário, horário estendido, a fim de aumentar a oferta de vacinação para horários alternativos, como hora do almoço, horários noturnos e finais de semana. Nesse sentido, unidades com mais de uma equipe podem se organizar em escalas de trabalho flexíveis a fim de garantir o quantitativo de profissionais necessários para assegurar acesso da população à vacina durante todo o horário de funcionamento do serviço. Nesse cenário, faz-se necessário dimensionar o quantitativo de vacinas, incluindo a demanda estimada nos horários estendidos;
- Se necessário, buscar parcerias com cursos de graduação da

área da saúde com o objetivo de ter equipes de apoio adicional às estratégias de vacinação;

- Como a vacinação ocorrerá principalmente durante a semana, é importante organizar os serviços de modo que a vacinação não prejudique os demais atendimentos na APS, incluindo a vacinação de rotina. Sugere-se, quando possível, a reserva de um local específico na unidade de saúde para administração das vacinas da campanha;
- Realizar triagem rápida, preferencialmente no momento de identificação/cadastro do usuário, para identificar pessoas com sinais e sintomas de doença respiratória e síndromes gripais, as quais não deverão ser vacinadas. As mesmas devem ser redirecionadas para o atendimento em saúde;
- Realizar triagem rápida para identificar pessoas com contraindicações à vacinação ou com necessidade de precauções adicionais, conforme descrito no tópico específico deste informe.
- Se necessário, realizar vacinação extramuros de acordo com as especificidades dos grupos elencados para vacinação;
- Realizar vacinação domiciliar para aqueles com dificuldade de locomoção: idosos, pessoas portadoras de necessidades especiais, entre outros;
- Avaliar a viabilidade da utilização da estratégia de vacinação nos serviços de saúde priorizados para a vacinação, instituições de longa permanência de idosos e de pessoas com deficiência (incluindo seus trabalhadores) e aldeias indígenas.

NA UNIDADE DE SAÚDE E LOCAIS DE VACINAÇÃO

- Fixar cartazes para comunicação à população sobre as medidas de prevenção e controle (etiqueta respiratória), sinais e sintomas de síndrome gripal e outras informações sobre a covid- 19;
- Organizar os serviços conforme protocolos locais de prevenção da covid-19 e/ou manuais do Ministério da Saúde para a porta de entrada dos atendimentos na UBS e para os locais de vacinação;
- Disponibilizar locais para higienização das mãos ou ofertar

dispenser com álcool em gel na concentração de 70%, para facilitar a higienização das mãos dos profissionais e da população que buscar a vacinação em locais de destaque,

- ❖ Sempre que possível utilizar sistema de agendamento para evitar acúmulo de pessoas na fila de espera;
- ❖ Aumentar a distância nas filas, entre uma pessoa e outra (no mínimo um metro). Sugere-se, para tanto, a marcação de distanciamento físico no chão para orientar a distância entre as pessoas na fila;
- ❖ Ampliar a frequência de limpeza de pisos, corrimãos, maçanetas e banheiros com solução de água sanitária e a desinfecção de fômites e superfícies com álcool a 70%;
- ❖ Manter comunicação frequente com a equipe de vigilância em saúde do Município para organização do fluxo de rastreamento e monitoramento dos casos suspeitos de covid-19

USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

A utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) pelos trabalhadores de saúde envolvidos na Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, tem como objetivo a proteção destes trabalhadores, bem como a segurança dos indivíduos que serão atendidos pela vacinação. Nesse sentido, seguem abaixo as orientações:

- **EPIs recomendados durante a <u>rotina</u> de vacinação**

- Máscara cirúrgica: **<u>obrigatória</u>** durante todo o período de vacinação, prevendo-se quantitativo suficiente para troca a cada 2-3 horas ou quando estiver úmida;

- Proteção ocular: Protetor facial (*face shield*) ou óculos de proteção;

- Avental descartável para uso diário ou avental de tecido higienizado diariamente;

- **EPIs com possibilidade de uso eventual (somente para situações específicas)**

- Luvas: Não está indicada na rotina de vacinação. Dispor de

quantitativo na unidade somente para indicações específicas: vacinadores com lesões abertas nas mãos ou rarassituações que envolvam contato com fluidos corporais do paciente. Se usadas, devem ser trocadas entre os pacientes, associadas à adequada higienização das mãos.

ATENÇÃO:
Máscaras N95: Não tem indicação para a rotina de vacinação.

Para maiores informações entre em contato com o 136.

7. GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS PROVENIENTES DA VACINAÇÃO

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

Diante disso, para um adequado gerenciamento de resíduos voltado para a vacinação contra a Covid-19, orienta-se o descarte dos frascos em caixa descartável para a vacina Sinovac/Butantan.

Os serviços responsáveis pelo gerenciamento de resíduos devem se organizar para um maior processamento de resíduos, mediante tamanha dimensão da campanha.

8. FARMACOVIGILÂNCIA

Frente à introdução de novas vacinas ou em situações de pandemia, a exemplo da atual, para a qual se está produzindo vacinas de forma acelerada, usando novas tecnologias de produção e que serão administradas em milhões de indivíduos, é de se esperar a ocorrência de elevado número de notificações de eventos adversos pós-vacinação (EAPV).

Para o manejo apropriado dos EAPV de uma nova vacina é essencial contar com um sistema de vigilância sensível para avaliar a segurança do produto e dar resposta rápida a todas as preocupações da população relacionadas às vacinas. Estas atividades requerem notificação e investigação rápida e adequada do evento ocorrido.

Os três principais componentes de um sistema de vigilância de EAPV são: detecção, notificação e busca ativa de novos eventos; investigação (exames clínicos, exames laboratoriais etc.) e classificação final de causalidade. Usualmente recomenda-se a notificação de todos EAPV graves para as vacinas de uso rotineiro no PNI bem como surtos de eventos adversos leves.

No entanto, considerando a introdução das vacinas COVID-19 e a necessidade de se estabelecer o perfil de segurança das mesmas, orienta-se que, **TODOS os eventos, não graves ou graves**, compatíveis com as definições de casos, estabelecidas nos documentos abaixo, bem como os **erros de imunização e problemas com a rede de frio, deverão ser notificados no e-SUSnotifica.**

> Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação 4ª Edição, 2020 (disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epidemiologica_eventos_vacin acao_4ed.pdf)
>
> Protocolo de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação para a estratégia de vacinação contra o vírus SARS-CoV2 (Covid19), Ministério da Saúde, 2020 (acesso disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/21/estrategia_vacinacao_covid19.pdf),

Atenção especial e **busca ativa** devem ser dadas à notificação de eventos adversos graves, raros e inusitados, óbitos súbitos inesperados, erros de

imunização (programáticos), além dos Eventos Adversos de Interesse Especial (EAIE), que estão devidamente descritos no Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós-Vacinação para a estratégia de vacinação contra o vírus SARS-CoV-2 (Covid19).

Ressalta-se que caberá aos Municípios, Estados e Distrito Federal a orientação e determinação de referências e contrarreferências, em especial para o atendimento especializado terciário no processo de uma vigilância ativa estruturada.

É importante destacar que as notificações deverão primar pela qualidade no preenchimento de todas as variáveis contidas no formulário de notificação/investigação de EAPV do PNI, com o maior número de informações possíveis. Destaca-se ainda que na possibilidade de oferta de diferentes vacinas, desenvolvidas por diferentes plataformas, **é imprescindível o cuidado na identificação do tipo de vacina suspeita de provocar o EAPV, como número de lote e fabricante.**

A notificação de queixas técnicas das vacinas COVID-19 autorizadas para uso emergencial temporário, em caráter experimental, deve ser realizada no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária - Notivisa, disponível em versão eletrônica no endereço: www8.anvisa.gov.br/notícias/frmlogin.asp.

8.1. *Precauções*

- Em geral, como com todas as vacinas, diante de doenças agudas febris moderadas ou graves, recomenda-se o adiamento da vacinação até a resolução do quadro com o intuito de não se atribuir à vacina as manifestações da doença.
- Não há evidências, até o momento, de qualquer preocupação de segurança na vacinação de indivíduos com história anterior de infecção ou com anticorpo detectável pelo SARS-COV-2.
- É improvável que a vacinação de indivíduos infectados (em período de incubação) ou assintomáticos tenha um efeito prejudicial sobre a doença. Entretanto, recomenda-se o adiamento da vacinação **nas pessoas com quadro sugestivo de infecção em atividade** para se evitar confusão com outros diagnósticos diferenciais. Como a piora clínica pode ocorrer até duas semanas após a infecção, **idealmente a vacinação deve ser adiada até a recuperação clínica total e pelo menos quatro semanas após o início dos sintomas** ou quatro semanas a partir da primeira amostra de PCR positiva em pessoas

assintomáticas.

➢ *Grupos especiais:*

GESTANTES, PUÉRPERAS E LACTANTES:

- A segurança e eficácia das vacinas não foram avaliadas nestes grupos, no entanto estudo sem animais não demonstraram risco de malformações.
- Para as mulheres pertencentes ao grupo de risco e nestas condições, a vacinação poderá ser realizada após avaliação cautelosa dos riscos e benefícios e com decisão compartilhada, entre a mulher e seu médico prescritor.
- Para àquelas que forem vacinadas inadvertidamente o profissional deverá tranquiliza-la sobre a baixa probabilidade de risco e encaminhar para o acompanhamento pré-natal.
- A vacinação inadvertida deverá ser notificada no sistema de notificação e-SUS notifica como um "erro de imunização" para fins de controle e monitoramento de ocorrência de eventos adversos.
- Eventos adversos que venham a ocorrer com a gestante após a vacinação deverão ser notificados no e-SUS notifica, bem como quaisquer eventos adversos que ocorram com o feto ou com o recém-nascido até 6 meses após o nascimento.

USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS E ANTICOAGULANTES ORAIS E VACINAÇÃO:

- Os antiagregantes plaquetários devem ser mantidos e não implicam em impedimento à vacinação. O uso de injeção intramuscular em pacientes sob uso crônico de antiagregantes plaquetários é prática corrente, portanto considerado seguro.
- Não há relatos de interação entre os anticoagulantes em uso no Brasil – varfarina, apixabana, dabigatrana, edoxabana e rivaroxabana – com vacinas. Portanto deve ser mantida conforme a prescrição do médico assistente. Dados obtidos com vacinação intramuscular contra Influenza em pacientes anticoagulados com

varfarina mostraram que esta via foi segura, sem manifestações hemorrágicas locais de vulto. A comparação da via intramuscular com a subcutânea mostrou que a primeira é segura e eficaz na maioria das vacinas em uso clínico. **Por cautela, a vacina pode ser administrada o mais longe possível da última dose do anticoagulante direto.**

PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS REUMÁTICAS IMUNOMEDIADAS (DRIM):

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

PACIENTES ONCOLÓGICOS, TRANSPLANTADOS E DEMAIS PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS:

- A eficácia e segurança das vacinas COVID-19 não foram avaliadas nesta população. No entanto, considerando as plataformas em questão (vetor viral não replicante e vírus inativado) é improvável que exista risco aumentado de eventos adversos.
- A avaliação de risco benefício e a decisão referente à vacinação ou não deverá ser realizada pelo paciente em conjunto com o médico assistente, sendo que a vacinação somente deverá ser realizada com prescrição médica.

8.2. *Contraindicações*

Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer dos excipientes da vacina;

Para aquelas pessoas que já apresentaram uma reação anafilática confirmada a uma dose anterior de uma vacina COVID-19;

ATENÇÃO: recomenda-se que, antes de qualquer vacinação, seja verificada nas bulas dos respectivo(s) fabricante(s), as informações fornecidas por este(s) sobre a(s) vacina(s) a ser(em) administrada(s).

9. REGISTRO E INFORMAÇÃO

Na Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19, observada a necessidade de acompanhar e monitorar os vacinados, o Ministério da Saúde desenvolveu módulo específico nominal, para cadastro de cada cidadão com a indicação da respectiva dose administrada (Laboratório e lote), além da atualização do módulo de movimentação de imunobiológico para facilitar a rastreabilidade e controle dos imunobiológicos distribuídos, facilitando o planejamento e o acompanhamento em situações de Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV).

9.1. *O registro do vacinado*

O registro da dose aplicada da vacina será nominal/individualizado. Essa modalidade de registro garante o reconhecimento do cidadão vacinado pelo número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou do Cartão Nacional de Saúde (CNS), a fim de possibilitar o acompanhamento das pessoas vacinadas, evitar duplicidade de vacinação, e identificar/monitorar a investigação de possíveis EAPV. Os **registros das doses aplicadas deverão ser realizados** no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (Novo SI-PNI - online) ou em um sistema próprio que interopere com ele, por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

No caso das **salas de vacina sem conectividade com a internet** que funcionam no âmbito da APS, os registros das doses aplicadas poderão ser feitos no e-SUS AB, por meio da Coleta de Dados Simplificada - modalidade CDS. Essas salas farão registros *offline* e depois submeterão seus registros para o servidor assim que a

conexão com a internet estiver disponível, **no prazo máximo de 48 horas.**

Da mesma forma, a**s salas de vacina que ainda não estão informatizadas e/ou não possuem uma adequada rede de internet** disponível, ou mesmo as unidades em atividades de vacinação extramuros durante a campanha, deverão realizar os registros de dados nominais e individualizados em formulários, para posterior **registro no sistema de informação em até 48 horas**.

O formulário contém as dez variáveis mínimas padronizadas, a saber: CNES - Estabelecimento de Saúde; CPF/CNS do vacinado; Data de nascimento; Nome da mãe; Sexo; Grupo prioritário; Data da vacinação; Nome da Vacina/fabricante; Tipo de Dose; e Lote/validade da vacina. Com o objetivo de facilitar a identificação do cidadão durante o processo de vacinação, o SI-PNI possibilitará utilizar o QR-Code que pode ser gerado pelo próprio cidadão no Aplicativo ConecteSUS.

Destaca-se ainda que, em consonância com a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n° 197/2017, todo serviço de vacinação possui obrigatoriedade na informação dos dados ao ente federal, por meio do sistema de informação oficial do Ministério da Saúde, ou um sistema próprio que interopere com o mesmo.

Estabelecimentos de **saúde público ou privado** com sistema de informação próprio ou de terceiros **deverão providenciar o registro de vacinação de acordo com o modelo de dados do Módulo de Campanha Covid-19, disponível no Portal de Serviços do Ministério da Saúde, no link: (hps://rnds-guia.saude.gov.br/).**

A **transferência dos dados de vacinação da Campanha Covid-19 deverá ocorrer diariamente** para base nacional de imunização. por meio de Serviços da RNDS, conforme modelo de dados e as orientações disponibilizadas no Portal de Serviços do MS, no link: (hps://servicos-datasus.saude.gov.br/detalhe/UZQjoYDDFN) e (hps://rnds-guia.saude.gov.br/).

Para a análise do desempenho da Campanha, informações de doses aplicadas e coberturas vacinais (CV) serão disponibilizadas aos gestores, profissionais de saúde e para a sociedade por meio do Painel de Visualização (Vacinômetro) e

poderá ser acessado pelo link: https://localizasus.saude.gov.br/, contendo diferentes relatórios, gráficos e mapas.

O Ministério da Saúde por intermédio do DATASUS, disponibilizará, para as SES e SMS, os dados referentes à Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, no Portal https://opendatasus.saude.gov.br/, sem identificação do cidadão, e respeitando o disposto na Lei n.º13.709, de 14 de agosto de 2018, conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Os dados estarão publicados no OpendataSUS de acordo com o formato de dados abertos, ou seja, *Comma Separeted Values* (CSV) ou *Applicaon Programming Interface* (API).

A obtenção desses dados pode ser feita via portal, selecionando o documento e clicando no botão de download, ou via API do *Comprehensive Knowledge Archive Network* (CKAN). A chave de acesso é obtida na página do perfil do usuário. Para mais informações acessar https://docs.ckan.org/en/2.9/api/.

Maiores detalhes sobre o registro de vacinação e os roteiros completos sobre a operacionalização dos sistemas de informação para registro de doses aplicadas das vacinas contra a Covid-19, estão disponíveis na Nota Informativa nº 1/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS que constam as orientações acerca do acesso aos dados e informações para o acompanhamento do desempenho da Campanha, dentre outros.

9.2. *O registro da movimentação da Vacina*

Afim de garantir a rastreabilidade dos imunobiológicos adquiridos e distribuídos à Rede de Frio nacional, o DataSUS atualizou o módulo de movimentação de imunobiológico do SI-PNI, onde de **forma automática**, por meio de **seleção disponível em lista suspensa**, o usuário **incluirá o lote, laboratório e quantidade de imunobiológico** na entrada do produto de cada uma das unidades. A saída será selecionável e classificável com possibilidade da indicação de saída por consumo (doses utilizadas), transferência para outra unidade, ou ainda por perda física (quebra do frasco; falta de energia; falha do equipamento; validade vencida, procedimento inadequado; falha de transporte; outros motivos), seguindo o padrão usualmente utilizado pelas unidades.

Importante ratificar que a indicação de consumo **"Doses utilizadas" deverá ser**

registrada por número de doses do frasco aberto para vacinação, para que os cálculos automáticos do sistema sejam viabilizados adequadamente e o monitoramento de perdas técnicas seja possível de realizar-se em tempo real, com ajustes necessários do planejamento nacional para revisão continuada da aquisição e distribuição da vacina. Esclarece-se que, o cálculo é realizado pelo sistema, pela diferença entre o total de doses utilizadas e o total de doses aplicadas, o resto da subtração indica a perda técnica ocorrida, variável de controle.

10. COMUNICAÇÃO SOCIAL

A elaboração da campanha publicitária seguirá um planejamento de acordo com a evolução de cada etapa da vacinação. Começando com mensagens de antecipação e preparação, passando em seguida para a próxima fase de informação à população com clareza: como, quando, onde e para quem será a primeira etapa e demais etapas. Para maiores informações sobre o plano de comunicação, acessar o documento na íntegra no https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica-1.pdf.

10.1 Operacionalização da Campanha

A microprogramação é uma etapa fundamental no planejamento da campanha, essencial para alcançar os objetivos da vacinação. Mediante esse processo se identificam as populações institucionalizadas, definem-se as estratégias de vacinação (data, locais), calculam-se os recursos humanos, financeiros e a logística necessária. O delineamento de ações de vacinação deve considerar os desafios logísticos e econômicos de se realizar a vacinação em áreas remotas e de difícil acesso.

A programação local da campanha de vacinação, incluída no Plano Municipal de Saúde, considerando o Plano Nacional de Imunização quantifica todos os recursos necessários e existentes (humanos, materiais e financeiros), e facilita a mobilização de recursos adicionais mediante participação social e o estabelecimento de alianças com diversos parceiros. O monitoramento das ações programadas é fundamental para, se necessário, promover oportunamente o redirecionamento das ações. Destaca-se:

- A importância e necessidade de uma boa estratégia de comunicação para mobilização dos grupos prioritários na busca da adesão à vacinação. Podendo fazer uso da mídia local (convencional e alternativa) com informações pertinentes ao cronograma vacinal, por exemplo;
- Intensificar as capacitações dos recursos humanos, preparando-os para implementação da vacinação de maneira a compreenderem a estratégia proposta, o motivo dos grupos selecionados, sobre a vacina a ser aplicada e a importância de aplicar somente nos grupos priorizados naquele momento.;
- Mobilização e participação ampla de todos os segmentos da sociedade, em especial dos ligados diretamente aos grupos prioritários.
- Articulação com as instituições com potencial de apoio à campanha de vacinação Rede de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, setor da educação, empresas públicas e privadas, sociedades científicas e acadêmicas, Forças de Segurança e Salvamento, entre outros.
- Orientação quanto ao cronograma de execução das diferentes fases da vacinação de forma constante, segundo disponibilidade da vacina em cada fase de execução por população prioritária considerando o plano de trabalho diário e semanal e o monitoramento paratomada de decisões oportunas. Tendo em vista as orientações do Ministério da Saúde.
- Disponibilidade de estratégias (números telefônicos, página web, redes sociais entre outros) para agendamento da vacinação nos casos de população priorizada não concentrada para garantir a vacinação.
- Organizar o serviço de vacinação para evitar aglomerações e contato dos grupos de forma a otimizar a disposição e circulação dos profissionais e indivíduos que serão vacinados

nas unidades de saúde e/ou postos externos de vacinação.

- Alimentação do sistema de informação de modo a monitorar o avanço da vacinação em cada etapa e nos grupos prioritários, conforme orientado pelo Ministério da Saúde, permitindo avaliar o alcance da população alvo da vacinação e, monitoramento da cobertura vacinal e, quando necessária, a adoção de medidas de correção, revisão de ação específica, inclusive de comunicação e/ou mobilização.

REFERÊNCIAS

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, 7 de setembro de 2014. Dispõe sobre o regulamento técnico de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n-222-de-28-de- marco-de-2018-comentada

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 18, de 23 de março de 2018, que dispõe sobre a classificação de riscos de Organismos Geneticamente Modificados (OGM) e os níveis de biossegurança a serem aplicados nas atividades e projetos com OGM e seus derivados em contenção. http://ctnbio.mctic.gov.br/resolucoes-normativas

Brasil, Ministério do Meio Ambiente. Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS).

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial nº 39. Doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica 48 (22/11 a 28/11 de 2020). Disponível em:https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/03/boletim_epidemiologico_covid_39.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Operacionalização de Vacinação contra Covid-19. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica.pdf

Dalafuente JC, et al. Influenza vaccination and warfarin anticoagulation: a comparison of subcutaneous and intramuscular routes of administration in elderly men. Pharmacotherapy. 1998;18(3):631-6.

Fang, Xiaoyu. et al. Aging (Albany NY) 12.13.2020: 12493. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/evidence-table.html

Figliozzi, Stefano. et al. European Journal of Clinical Investigation 50.10 (2020): el3362. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eci.13362

Nandy, Kunal. et. al. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 14.5 (2020): 1017 – 1025.

Raj G, et al. Safety of intramuscular influenza immunization among patients receiving long-term warfarin anticoagulation therapy. Arch Intern Med.1995;155(14):1529-31.

Sociedade Brasileira de Reumatologia. Força-Tarefa para gerar as Orientações de Vacinação contra SARS- CoV-2 para Pacientes com Doenças Reumáticas Imunomediadas (DRIM). Disponível em: https://www.bioredbrasil.com.br/wp-content/uploads/2021/01/SBR-Força-Tarefa-Vacinas-COVID-19.pdf

ANEXO 1

Descrição dos grupos prioritários e recomendações para vacinação

População-alvo	*Definição*	*Recomendações*
Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	Pessoas com 60 anos ou mais que residem em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), como casa de repouso, asilo e abrigo.	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.
Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	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.	Deficiência autodeclarada e documento que comprove a residência Orienta-se vacinação no local, contemplando todos os trabalhadores locais.
Povos indígenas vivendo em terras indígenas	Indígenas vivendo em terras indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.	A vacinação será realizada em conformidade com a organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI) nos diferentes municípios.
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.
Trabalhadores da Saúde	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, ou seja, 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. A vacina também será ofertada para acadêmicos em saúde e estudantes da área técnica em saúde em estágio hospitalar, atenção básica, clínica e laboratorial.	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.
Grupo com comorbidades	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.
População-alvo	***Definição***	***Recomendações***

Funcionários do sistema de privação de liberdade	Policiais penais (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
Forças de Segurança e Salvamento	Policiais federais, militares, civis e rodoviários; bombeiros militares e civis; e guardas municipais	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa com o serviço de forças de segurança e salvamento ou apresentação de declaração emitida pelo serviço em que atua.
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.
População-alvo	***Definição***	***Recomendações***
	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:	

Pessoas com deficiência permanente	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
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
Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário	Funcionários das empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas
Trabalhadores de Transporte Aquaviário	Funcionários das empresas brasileiras de navegação.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado das empresas brasileiras de navegação.

Anexo 1

População-alvo da primeira etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 e distribuição das doses da vacina adsorvida covid-19 (Sinovac/Butantan), por U Brasil, jan/2021.

Estado	Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	População indígena vivendo em terras indígenas	34% Trabalhadores de Saúde	POP-ALVO Etapa 1	BUTANTAN POP. GERAL (caixas)	BUTANTAN POP. GERAL (doses 1 e 2 + 5%)	BUTANTAN INDÍGENA (caixas)	BUTANTAN INDÍGENA (doses 1 e + 5%)
Rondônia	140	0	7.784	15.595	23.519	826	33.040	409	16.360
Acre	244	0	12.815	6.343	19.402	346	13.840	673	26.920
Amazonas	400	60	101.156	32.813	134.429	1.747	69.880	5.311	212.440
Roraima	100	0	36.834	4.833	41.767	259	10.360	1.934	77.360
Pará	962	10	23.184	58.334	82.490	3.114	124.560	1.217	48.680
Amapá	76	0	7.616	7.057	14.749	375	15.000	400	16.000
Tocantins	424	0	6.749	13.803	20.976	746	29.840	354	14.160
NORTE	**2.346**	**70**	**196.138**	**138.778**	**337.332**	**7.413**	**296.480**	**10.298**	**411.920**
Maranhão	264	110	19.626	58.223	78.223	3.076	123.040	1.030	41.200
Piauí	460	10	21	28.651	29.142	1.529	61.160	1	40
Ceará	2398	132	20.250	86.380	109.160	4.668	186.720	1.062	42.480
Rio Grande do Norte	1400	10	0	37.848	39.258	2.061	82.440	0	0
Paraíba	1212	120	10.432	42.925	54.689	2.324	92.960	548	21.920
Pernambuco	2462	130	26.506	99.924	129.022	5.382	215.280	1.392	55.680
Alagoas	1246	10	7.946	32.594	41.796	1.777	71.080	417	16.680
Sergipe	240	22	250	22.760	23.272	1.209	48.360	13	520
Bahia	9788	285	27.201	142.087	179.361	7.988	319.520	1.427	57.080
NORDESTE	**19.470**	**829**	**112.232**	**551.393**	**683.924**	**30.014**	**1.200.560**	**5.890**	**235.600**
Minas Gerais	38578	1.160	7.878	227.472	275.088	14.028	561.120	414	16.560
Espírito Santo	2970	210	2.793	42.273	48.246	2.386	95.440	147	5.880
Rio de Janeiro	10892	783	381	220.495	232.551	12.188	487.520	20	800
São Paulo	42604	1.357	3.727	598.518	646.206	33.730	1.349.200	196	7.840
SUDESTE	**95.044**	**3.510**	**14.779**	**1.088.757**	**1.202.090**	**62.332**	**2.493.280**	**777**	**31.080**
Paraná	12224	482	10.816	102.959	126.481	6.072	242.880	568	22.720
Santa Catarina	3460	263	8.317	56.540	68.580	3.164	126.560	437	17.480
Rio Grande do Sul	9510	380	14.348	138.523	162.761	7.792	311.680	753	30.120
SUL	**25.194**	**1.125**	**33.481**	**298.021**	**357.821**	**17.028**	**681.120**	**1.758**	**70.320**
Mato Grosso do Sul	**2966**	**95**	**46.180**	**26.356**	**75.597**	**1.544**	**61.760**	**2.425**	**97.000**
Mato Grosso	**2382**	**190**	**28.758**	**28.744**	**60.074**	**1.644**	**65.760**	**1.510**	**60.400**
Goiás	**8828**	**475**	**320**	**77.549**	**87.172**	**4.560**	**182.400**	**17**	**680**
Distrito Federal	**648**	**178**	**95**	**49.629**	**50.550**	**2.649**	**105.960**	**5**	**200**

Estado	Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	População indígena vivendo em terras indígenas	34% Trabalhadores de Saúde	POP-ALVO Etapa 1	BUTANTAN POP. GERAL (caixas)	BUTANTAN POP. GERAL (doses 1 e 2 + 5%)	BUTANTAN INDÍGENA (caixas)	BUTANTAN INDÍGENA (doses 1 e + 5%)
CENTRO-OESTE	**14.824**	**938**	**75.353**	**182.278**	**273.393**	**10.397**	**415.880**	**3.957**	**158.280**

BRASIL	156.878	6.472	431.983	2.259.227	2.854.560	127.184	5.087.360	22.680	907.200
						Total (caixas - doses)		149.864	5.994.56

*__BUTANTAN__, CARTUCHOS DE 40 FRASCOS COM 1 DOSE POR FRASCO: 40 DOSES (POR CARTUCHO)

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 **População indígena vivendo em terras indígenas**: dados disponibilizados pelo Departamento de Saúde Indígena – DESAI, novembro de 2020, incluiu indígenas acima de 18**; 34% Trabalhadores de Saúde**: estimativa da Campanha de Influenza de 2020 - dados preliminares, incluiu indivíduos entre 18 a 59 anos.

EXPEDIENTE

Ministro da Saúde Eduardo Pazuello
Secretário Executivo Élcio Franco
Diretor de Logística
Roberto Ferreira Dias
Secretário de Atenção Primária à Saúde
Raphael Câmara Medeiros Parente
Secretário de Atenção Especializada à Saúde
Luiz Otávio Franco Duarte
Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Mayra Pinheiro
Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde
Hélio Angotti Neto
Secretário Especial de Saúde Indígena
Robson Santos Da Silva
Secretário de Vigilância em Saúde
Arnaldo Correia Medeiros
Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa
Diretor-presidente Antônio Barra Torres
Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
Laurício Monteiro Cruz
Diretor Substituto do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
Marcelo Yoshito Wada
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações
Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações - substituta
Adriana Regina Farias Pontes Lucena
Coordenadora Geral de Laboratórios de Saúde Pública - Substituta
Carla Freitas
Coordenador Geral de Planejamento e Orçamento - SVS
Geraldo da Silva Ferreira
Coordenadora do Núcleo de Eventos, Cerimonial e Comunicação da SVS
Eunice de Lima

Organização: Secretaria de Vigilância em Saúde

Alexsandra Freire da Silva; Aline Almeida da Silva; Ana Carolina Cunha Marreiros; Ana Goretti Kalume Maranhão; Antonia Maria da Silva Teixeira; Ariana Josélia Gonçalves Pereira; Carlos Hott; Caroline Gava; Cibelle Mendes Cabral; Elenild de Góes Costa; Elder Marcos de Moraes Karla Luiza de Arruda Calvette Costa; Kelly Cristina Rodrigues de França; Lucimeire Neris Sevilha da Silva Campos; Maria Guida Carvalho de Moraes; Michelle Flaviane Soares Pinto; Patrícia Gonçalves Carvalho; Patrícia Soares de Melo Freire Glowacki; Priscila Caldeira Alencar de Souza; Regina Célia Mendes dos Santos Silva; Robinson Luiz Santi; Rui Moreira Braz; Sandra Maria Deotti Carvalho; Sirlene de Fátima Pereira; Thaís Tâmara Castro e Souza Minuzzi; Vando Souza Amancio; Victor Bertollo Gomes Porto.

Sugestões, Dúvidas e Colaborações
Endereço: SRTVN, Quadra 701, Bloco D, Ed. PO 700, 6º andar-CGPNI Brasília/DF. CEP 70.719-040
Fones: 61 3315-3874
Endereço eletrônico: cgpni@saude.gov.br
Nos estados: Coordenações Estaduais de Imunizações/Secretarias Estaduais de Saúde
Nos municípios: Secretarias Municipais de Saúde, Postos de Vacinação, Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações

Segundo Informe Técnico

Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19

Brasília, 23/01/2021

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) e do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), iniciou, em janeiro de 2021, de forma gradual, a campanha nacional de vacinação contra a covid-19.

Na ocasião, o início da vacinação se deu pelos trabalhadores da saúde, pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas), pessoas maiores de 18 anos com deficiência residentes em Residências Inclusivas (institucionalizadas), população indígena que vive em terras indígenas homologadas e não homologadas, em conformidade com os cenários de disponibilidade da vacina.

Esta ação envolve as três esferas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), contando com recursos da União, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Para o êxito da campanha de vacinação, conforme aumento na disponibilidade de vacinas, estima-se o funcionamento de aproximadamente 50 mil postos de vacinação.

Este informe apresenta as diretrizes e orientações técnicas e operacionais para a estruturação e operacionalização da campanha nacional de vacinação contra a covid-19.

1. INTRODUÇÃO

A covid-19 é a maior pandemia da história recente da humanidade causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Trata-se de uma infecção respiratória aguda potencialmente grave e de distribuição global, que possui elevada transmissibilidade entre as pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 80% das pessoas com covid-19 se recuperam da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Entretanto, uma em cada seis pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 desenvolvem formas graves da doença. Pessoas idosas e/ou com morbidades, a exemplo de pessoas com problemas cardíacos e pulmonares, diabetes ou câncer, dentre outros, têm maior risco de evoluírem para formas graves da doença. É sabido que as medidas não farmacológicas para conter a transmissão do novo coronavírus, que apesar de terem sido fundamentais até o presente momento tem elevado custo social e econômico, tornando-se imprescindível dispor de uma vacina contra a doença.

De acordo com o panorama da OMS, atualizado em 12 de janeiro de 2021, existem 173 vacinas

COVID-19 candidatas em fase pré-clínica de pesquisa e 63 vacinas candidatas em fase de pesquisa clínica, das quais 20 encontram-se na fase III de ensaios clínicos. Mediante busca mundial de uma vacina COVID-19, o governo brasileiro viabilizou crédito orçamentário extraordinário em favor do Ministério da Saúde, para garantir ações necessárias à produção e disponibilização de vacinas COVID-19 à população brasileira. Por se tratar de uma busca mundial pela tecnologia, produção e aquisição do imunobiológico, a disponibilidade da vacina é inicialmente limitada.

Considerando a disponibilidade limitada de doses da vacina faz-se necessária a definição de grupos prioritários para a vacinação. Neste cenário os grupos de maior risco para agravamento e óbito deverão ser priorizados. Além disso, no contexto pandêmico que se vive, com a grande maioria da população ainda altamente suscetível à infecção pelo vírus, também é prioridade a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.

De acordo com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, foram definidos grupos alvo da campanha, a saber: pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas, pessoas com deficiência institucionalizadas, população indígena que vive em terras indígenas homologadas e não homologadas, trabalhadores de saúde, pessoas de 75 anos ou mais; povos e comunidades tradicionais ribeirinhas; povos e comunidades tradicionais quilombolas, pessoas de 60 a 74 anos, pessoas com comorbidades (Anexo I), pessoas com deficiência permanente grave, pessoas em situação de rua, população privada de liberdade, funcionários do sistema de privação de liberdade, trabalhadores da educação do ensino básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA), trabalhadores da educação do ensino superior, forças de segurança e salvamento, forças armadas, trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros, trabalhadores de transporte metroviário e ferroviário, trabalhadores de transporte aéreo, trabalhadores transporte aquaviário, caminhoneiros, trabalhadores portuários, trabalhadores industriais. (Anexo II)

Nessa perspectiva, este documento trata das diretrizes para a operacionalização da campanha de vacinação, abordando a logística do armazenamento e distribuição das vacinas, o registro das doses administradas e a vigilância de possíveis eventos adversos pós-vacinação (EAPV), além de comunicação e mobilização sobre a importância da vacinação.

Destaca-se que a partir da disponibilidade da vacina ao Ministério da Saúde as informações referentes aos cronogramas, quantitativos e laboratórios produtores serão comunicados aos Estados e Municípios por meio de Nota Informativa.

2. OBJETIVO DA VACINAÇÃO

Redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus, bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.

2.1. *Objetivos Específicos*

- Vacinar os grupos de maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos;
- Vacinar trabalhadores da saúde para manutenção dos serviços de saúde e capacidade de atendimento à população;
- Vacinar os indivíduos com maior risco de infecção;
- Vacinar os trabalhadores dos serviços essenciais.

3. POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo da campanha nacional de vacinação contra a covid-19, mencionadas na introdução deste informe (descritas no Anexo I e II), foram priorizadas segundo os critérios de exposição à infecção e de maiores riscos para agravamento e óbito pela doença. O escalonamento desses grupos populacionais para vacinação se dará conforme a disponibilidade das doses de vacina, após liberação para uso emergencial pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

O Ministério da Saúde iniciou a campanha nacional de vacinação contra a covid-19 em 18 de janeiro de 2021, com um total de 6 milhões de doses da vacina Sinovac (Butantan). De acordo com o quantitativo disponibilizado, na primeira etapa da campanha foram incorporados os seguintes grupos prioritários:

- Pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas);
- Pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em Residências Inclusivas (institucionalizadas);
- População indígena que vive em terras indígenas homologadas e não homologadas; e
- 34% dos Trabalhadores da saúde (ver estrato populacional abaixo)

Considerando a dimensão da categoria dos trabalhadores de saúde (6.649.307), foi necessário um ordenamento de priorização desse estrato populacional, a fim de atender **TODOS os trabalhadores da saúde com a vacinação,** sendo facultado a Estados e Municípios a possibilidade de adequar a priorização conforme a realidade local, a serem pactuadas na esfera bipartite (Estado e Município).

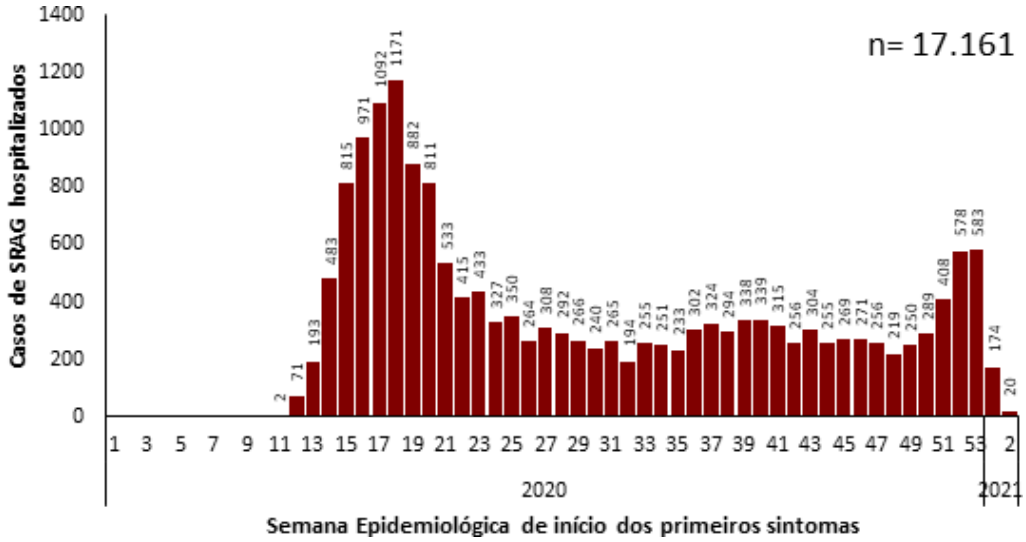
Segue abaixo a orientação de priorização da categoria dos trabalhadores de saúde que foram estabelecidas:

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

3.1. *Situação Epidemiológica do Amazonas*

A situação epidemiológica atual chama atenção para o estado do Amazonas, principalmente no município de Manaus, capital do Estado, com cenário extremamente crítico. Ressalta-se que, do ano de 2020 até a segunda semana epidemiológica (incompleta) de 2021, foram notificados 24.327 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados no Estado, dos quais 70,5% (n=17.161) foram confirmados para covid-19.

É necessário destacar que após um período em que foi observado tendência de estabilidade na ocorrência de SRAG por covid-19 no Estado, a partir da semana epidemiológica (SE) 21 (maio/2020) até a SE 49 (até 05 de dezembro de 2020), foi registrado aumento sustentado no número de notificações pela doença nas semanas seguintes (Figura 1).



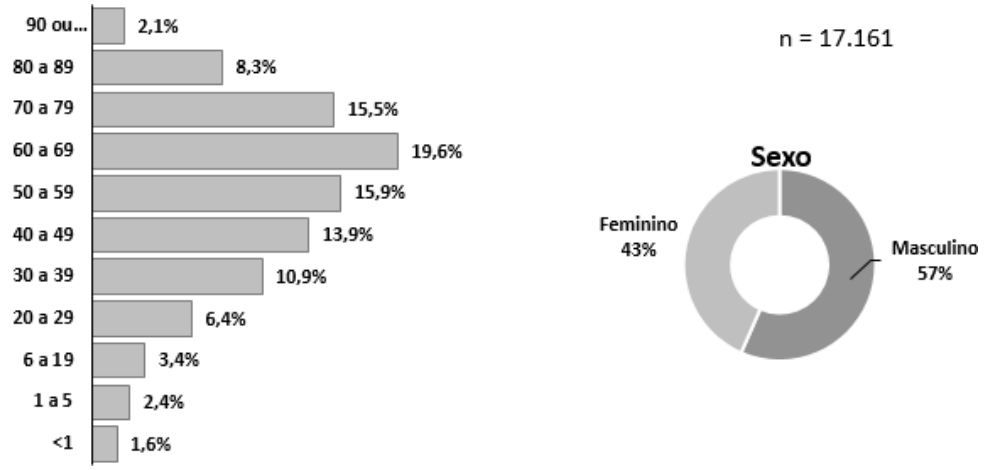
Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 15 de janeiro de 2021, dados sujeitos a alterações.

Figura 1 - Distribuição de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por covid-19, segundo semana epidemiológica de início dos primeiros sintomas. Amazonas, de 2020 a 2021 até a SE 02, incompleta.

Cabe atenção à interpretação dos dados iniciais do ano de 2021 quanto ao tempo de investigação,

registro e a conclusão do caso pelos serviços de saúde e vigilância epidemiológica do Estado no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

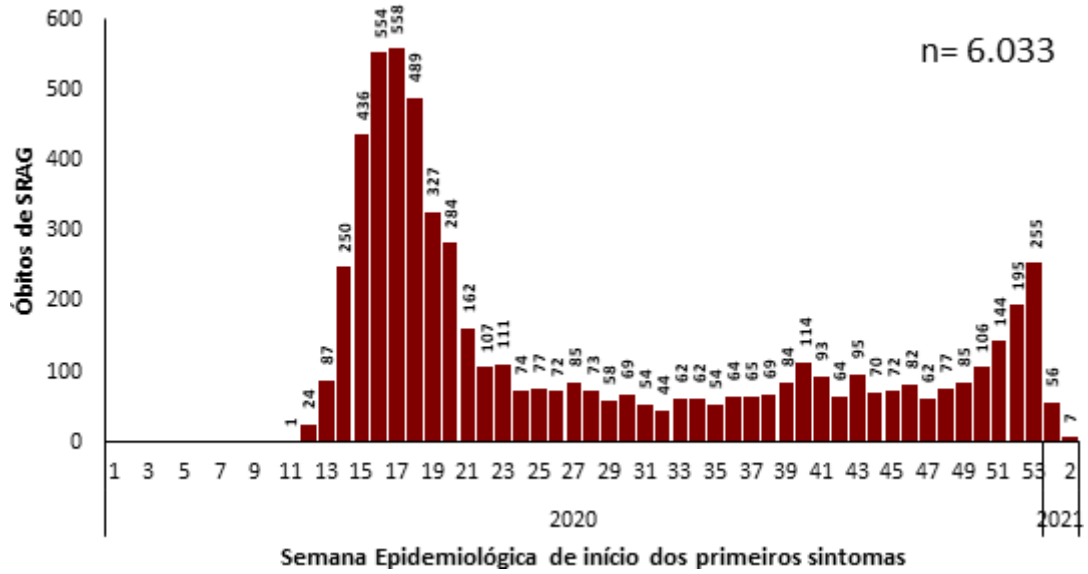
Dos casos de SRAG hospitalizados por covid-19, no período analisado, as faixas etárias com maior frequência de casos foram idosos de 60 a 69 anos de idade (19,6%), seguida das faixas etárias de 50 a 59 anos (15,9%), 70 a 79 anos (15,5%) e 40 a 49 anos (13,9%), com predomínio do sexo masculino (Figura 2).



Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 15 de janeiro de 2021, dados sujeitos a alterações.

Figura 2. Distribuição de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por covid-19, segundo faixa etária e sexo. Amazonas, de 2020 a 2021 até a SE 02, incompleta.

Dos 17.161 casos de SRAG por covid-19, 6.033 (2,8%) evoluíram para óbito. A curva de notificação dos óbitos manteve o mesmo padrão que a dos casos, o maior registro de óbitos no Amazonas ocorreu dentre as SE 14 a 20, com tendência de estabilização posterior observada até a SE 48 de 2020 (até dia 28 de novembro). A partir da SE 49, um novo aumento no número de óbitos é observado, acompanhando o crescimento dos casos. Ressalta-se que o declínio apresentado nas últimas semanas pode estar atrelado ao tempo de investigação e a conclusão do óbito pelos serviços de saúde no sistema de informação (Figura 3).

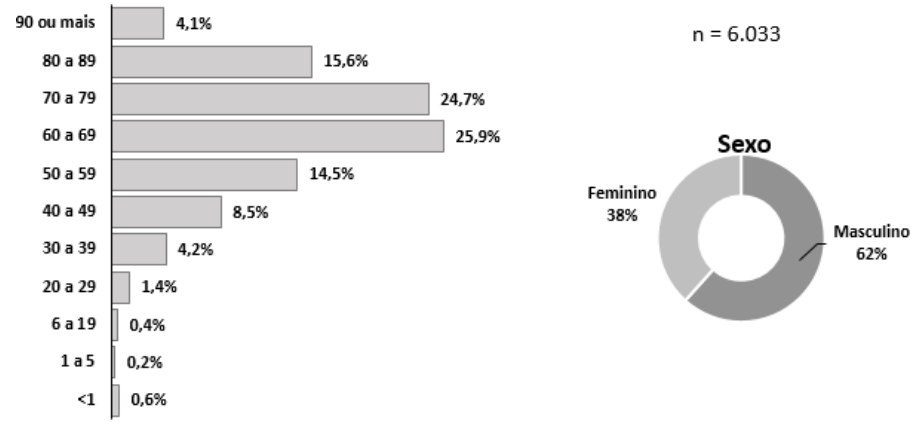


Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 15 de janeiro de 2021, dados sujeitos a alterações.

Figura 3: Distribuição de óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por covid-19, segundo semana epidemiológica de início dos primeiros sintomas. Amazonas, de 2020 a 2021 até a SE 02, incompleta.

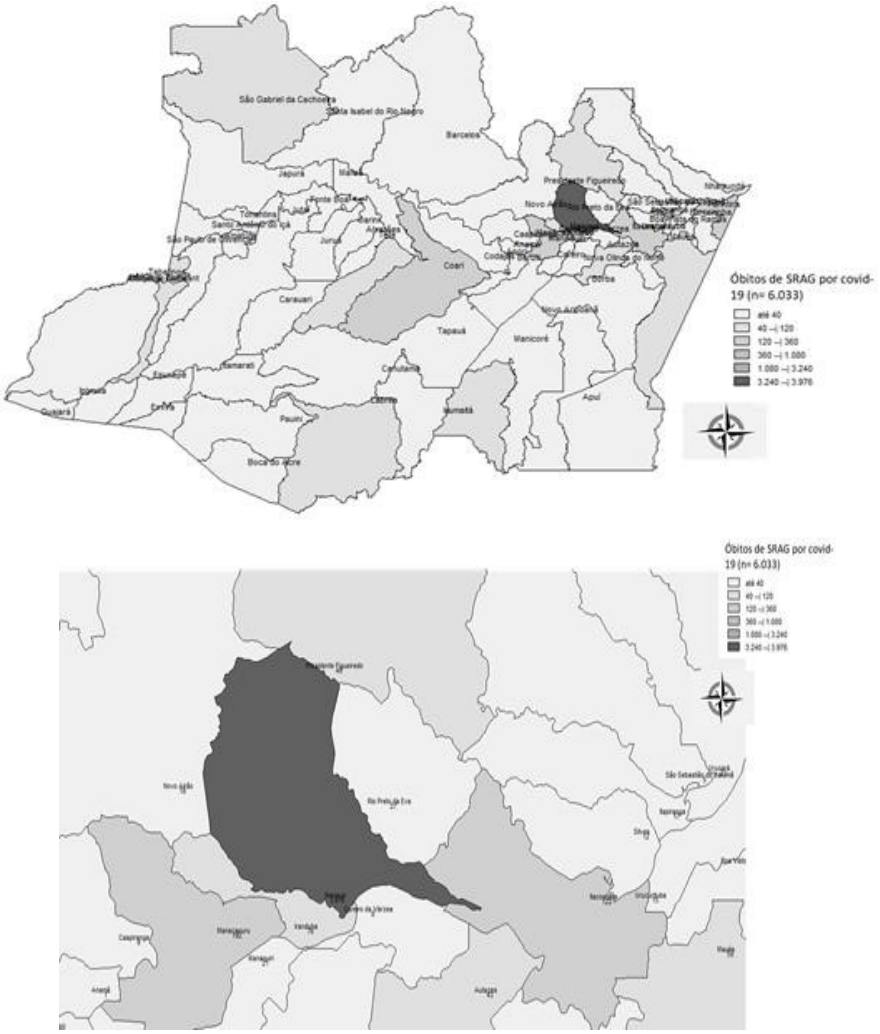
Dos óbitos de SRAG por covid-19, neste período, 62% foram em homens e 38% em mulheres. Quanto às faixas etárias mais frequentes nos óbitos pela doença, a maioria ocorreu em idosos de 60 a 69 anos de idade (25,9%), seguido de pacientes com 70 a 79 anos (24,9%), 80 a 89 anos (15,6%) e

faixa etária de 50 a 59 anos (15,5%) (Figura 4). Destaca-se que 65,9% (n=3.976) desses óbitos ocorreram em Manaus, sendo o município com o maior número de casos graves com evolução ao óbito da unidade federada, quando comparado aos demais (Figura 5).



Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 15 de janeiro de 2021, dados sujeitos a alterações.

Figura 4: Distribuição de óbitos de SRAG por covid-19, segundo faixa etária e sexo. Amazonas, de 2020 a 2021 até a SE 02, incompleta.



Fonte: SIVEP-Gripe, atualizado em 15 de janeiro de 2021, dados sujeitos a alterações.

Figura 5: Distribuição espacial dos óbitos de SRAG por covid-19, segundo municípios de residência e ampliação para Manaus. Amazonas, de 2020 a 2021 até a SE 02, incompleta.

1.1. *Meta de Vacinação*

Tendo em vista o objetivo principal da vacinação, de reduzir casos graves e óbitos pela covid- 19, é fundamental alcançar altas e homogêneas coberturas vacinais. Para tanto, todos os esforços devem estar voltados para vacinar toda a população alvo. Portanto, o PNI estabeleceu como meta, vacinar ao menos 90% da população alvo de cada grupo, uma vez que é de se esperar que uma pequena parcela da população apresente contraindicações à vacinação.

4. ESPECIFICAÇÃO DA VACINA

A continuidade da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 é organizada com a introdução, na rede pública de saúde, da vacina proveniente das Farmacêuticas Sinovac/Butantan (Quadro 1) e AstraZeneca/Universidade de Oxford/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/Serum Índia -

COVID-19 (recombinante) (Quadro 2).

4.1. *Vacina Coronavac COVID-19 (Sinovac/Butantan)*

Os estudos de soroconversão da vacina Sinovac/Butantan, demonstraram resultados de > 92% nos participantes que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 14 dias e > 97% nos participantes que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 28 dias.

A eficácia desta vacina foi demonstrada em um esquema contendo 2 doses com intervalo de 2 a 4 semanas. Para prevenção de casos sintomáticos de covid-19 que precisaram de assistência ambulatorial ou hospitalar a eficácia foi de 77,96%. Não ocorreram casos graves nos indivíduos vacinados, contra 7 casos graves no grupo placebo.

Quadro 1: Especificação da Vacina COVID-19: Sinovac/Butantan. Brasil, 2021.

Sinovac/Butantan	
Plataforma	Vírus inativado
Indicação de uso	Maior ou igual à 18 anos
Forma farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola, multidose 10 doses
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/intervalos	2 doses de 0,5 ml, intervalo entre doses de 2 à 4 semanas
Composição por dose	0,5 ml com tém 600SU de antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2
Prazo de validade e conservação	12 meses, se conservado entre 2°C e 8°C
Validade após abertura do frasco	8 horas após abertura em temperatura de 2°C à 8°C

Dados sujeitos a alterações * a indicação da vacina será para pessoas a partir de 18 anos de idade no país.

Fonte: CGPNI/SVS/MS

1.1. *Vacina Covishield COVID-19 (AstraZeneca/Fiocruz)*

A vacina desenvolvida pelo laboratório AstraZeneca/Universidade de Oxford em parceria com a Fiocruz é uma vacina contendo dose de 0,5 mL contém 1×10^{11} partículas virais (pv) do vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação (ChAdOx1), que expressa a glicoproteína SARS-CoV-2 Spike (S). Produzido em células renais embrionárias humanas (HEK) 293 geneticamente modificadas.

Os estudos de soroconversão da vacina ***Covishield***, demonstraram resultados em ≥ 98% dos indivíduos em 28 dias após a primeira dose e > 99% em 28 dias após a segunda dose.

A eficácia desta vacina foi demonstrada em um esquema contendo 2 doses com intervalo de 12 semanas. Os indivíduos que tinham uma ou mais comorbidades tiveram uma eficácia da vacina de 73,43%, respectivamente, foi similar à eficácia da vacina observada na população geral.

Quadro 2: Especificação da Vacina COVID-19: AstraZeneca/Fiocruz. Brasil, 2021.

AstraZeneca/Fiocruz	
Plataforma	**Vacina covid-19 (recombinante)**
Indicação de uso	maior ou igual a 18 anos
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola com 5,0 mL (10 doses) cada.
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/Intervalos	2 doses de 0,5 mL cada, com intervalo de 12 semanas
Composição por dose	0,5 mL contém 1 × 10^{11} partículas virais (pv) do vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação (ChAdOx1), que expressa a glicoproteína SARS-CoV-2 Spike (S).
Prazo de validade e conservação	24 meses a partir da data de fabricação se conservado na temperatura; 2°C à 8°C
Validade após abertura do frasco	6 horas após aberta sob refrigeração (2ºC a 8ºC)

Fonte: CGPNI/SVS/MS Dados sujeitos a alterações. *a indicação da vacina será para pessoas a partir de 18 anos de idade no país.

5. CONSERVAÇÃO DA VACINA

Para garantir a potência das vacinas COVID-19, é necessário mantê-las em condições adequadas de conservação, com temperatura controlada, e em conformidade com as orientações do fabricante e aprovação pela Anvisa. A exposição acumulada da vacina a temperaturas fora das preconizadas, ou diretamente à luz, em qualquer etapa da cadeia, gera uma perda de potência que não poderá ser restaurada.

As vacinas deverão ser acondicionadas em temperatura de +2ºC a +8ºC nas câmaras frias/refrigeradas. Referente a preparação da caixa térmica, essa deverá obedecer as recomendações já definidas no Manual de Normas e Procedimentos para vacinação disponível no link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf

ATENÇÃO

A vacina Sinovac/Butantan contém adjuvante de alumínio. Quando expostas à temperatura inferior à 0°C poderá ter perda de potência em caráter permanente.

Dados os conhecimentos técnicos acerca do produto orienta-se extremo rigor de monitoramento da temperatura, evitando quaisquer variações fora da faixa de controle.

5.1. *Esquema de vacinação*

A vacina proveniente do laboratório Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Universidade de Oxford/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/Serum Índia deverá ser administrada exclusivamente por **via intramuscular em esquema de duas doses**, com intervalo determinado conforme segue:

- **Vacina Sinovac/Butantan**: intervalo entre as doses, de 02 a 04 semanas.
- **Vacina AstraZeneca/Fiocruz**: intervalo entre as doses, 12 semanas.

Destaca-se que, caso haja alguma ocorrência que impeça o indivíduo de retornar no prazo determinado, orienta-se tomar a 2ª dose para completar o esquema.

5.2. *Estratégia de vacinação dos grupos prioritários*

Nesse primeiro momento, recomenda-se realizar a vacinação com equipes volantes, nos próprios serviços de saúde priorizados para a vacinação (serviços de saúde públicos e privados, tanto da urgência quanto da atenção básica, envolvidos diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de covid-19), Instituições de Longa Permanência de Idosos, residências inclusivas de pessoas com deficiência e em terras indígenas. Para otimizar o tempo e não perder oportunidades, ao vacinar os idosos e as pessoas com deficiência, institucionalizados, é importante também in**cluir os trabalhadores de saúde que fazem parte do corpo técnico dessas instituições.**

5.3. *Procedimento para a administração das vacinas*

A administração das vacinas será pela **via intramuscular (IM),** no **músculo deltoide,** observando a via e dosagem orientadas pelo laboratório. Contudo poderá ser realizada no vasto lateral da coxa **caso haja algum impedimento ou especificidade**. Outra área alternativa para a administração será a ventroglútea, devendo ser utilizada por profissionais capacitados.

Serão utilizadas para aplicação seringas e agulhas com as seguintes especificações:

- **Seringas** de plástico descartáveis (de 1,0 mL, 3,0 mL);
- **Agulhas** descartáveis para uso **intramuscular**: 25 x 6,0 dec/mm; 25 x 7,0 dec/mm; 25 x 8,0 dec/mm e 30 x 7,0 dec/mm**.**

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Recomenda-se que seja feita curta anamnese com o paciente para constatação acerca de alergias, histórico de Síndrome Vasovagal e possíveis sinais e sintomas de síndrome gripal e/ou síndrome febril aguda, antes da aplicação da vacina.
- No caso de indivíduo com histórico de Síndrome Vasovagal, colocá-lo em observação clínica por pelo menos 15 minutos após a administração da vacina.
- Recomenda-se observar a presença de sangramento ou hematomas após uma administração intramuscular em indivíduos recebendo terapia anticoagulante ou aqueles com trombocitopenia ou qualquer distúrbio de coagulação (como hemofilia). Orienta-se pressionar o algodão no local da aplicação por mais tempo. Caso ocorra sangramento encaminhar para atendimento médico.
- Ao final do expediente e considerando a necessidade de otimizar doses ainda disponíveis em frascos abertos, a fim de evitar perdas técnicas, direcionar o uso da vacina para pessoas contempladas em alguns dos grupos priorizados no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19. NÃO DEIXE DE VACINAR!! NÃO DESPERDICE DOSES DE VACINA!!

Demais especificidades acessar o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação disponível no link

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf.

ATENÇÃO:

A Vacina Sinovac/Butantan, por se tratar de um produto adjuvantado (com hidróxido de alumínio), deve ser **HOMOGENEIZADO**, com **MOVIMENTOS CIRCULARES LEVES**.

Verifique sempre que o produto esteja realmente **DILUÍDO E SEM GRUMOS**!!!

Administração simultânea com outras vacinas

Considerando a ausência de estudos de coadministração, neste momento não se recomenda a administração simultânea das vacinas COVID-19 com outras vacinas.

ATENÇÃO:

Preconiza-se um **INTERVALO MÍNIMO de 14 DIAS entre as vacinas** COVID-19 e as diferentes vacinas do Calendário Nacional de Vacinação!!!

6. CRONOGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DAS VACINAS

Considerando as vacinas já contratualizadas pelo Ministério da Saúde até o momento, a continuidade da campanha será realizada com as vacinas **AstraZeneca/Fiocruz** e **Sinovac/Butantan. A priorização da população alvo segue a sequência** dos grupos prioritários relacionados no Plano Nacional para Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 em percentuais compatíveis com os quantitativos recebidos a partir dos Laboratórios.

O **Anexo III faz referência** à população-alvo indicada para vacinação e a distribuição das doses de vacina COVID-19 por UF, considerando o total de doses disponíveis.

No decorrer da Campanha, o MS objetiva manter o maior alcance da população. Assim, adotou-se inicialmente estratégia de esquema de vacinação com perda operacional de 5% (com revisão continuada em tempo real), conforme segue:

- **Sinovac/Butantan (frasco multidoses: 10 doses/frasco)**: entrega **simultânea** das duas **doses (D1 e D2),** considerando que o intervalo entre doses dessa **vacina é** de 2 a 4 semanas.
- **AstraZeneca/Fiocruz (frasco multidoses: 10 doses/frasco): observado o maior intervalo entre doses, de 8 a 12 semanas, serão realizadas duas entregas. Neste momento segue para distribuição a primeira dose (D1) do esquema. Posteriormente, será encaminhada segunda dose (D2) para completar o esquema com esta vacina.**

ATENÇÃO:

Considera-se esquema completo a aplicação das duas doses (D1+D2) de ambas as vacinas, respeitando os intervalos preconizados.

No caso das vacinas Sinovac/Butantan, orienta-se que o armazenamento da segunda dose seja realizado, preferencialmente, nas centrais estaduais, devendo o fluxo e cronograma de distribuição ser acordado entre Estados e Municípios.

Dado o contexto da autorização, consta inscrito nos cartuchos a orientação de "Uso Emergencial". Em atendimento às orientações regulatórias (Guia n°42/ANVISA), a distribuição das vacinas às UF foi realizada por cartucho fechado (embalagem secundária), implicando no arredondamento do total destinado à cada Estado, conforme fator de embalagem:

- Sinovac/Butantan (frasco multidoses: 10 doses/frasco): cartucho de 20 frascos, 200 doses.
- AstraZeneca/Fiocruz (frasco multidoses: 10 doses/frasco): cartucho de 50 frascos, 500 doses.

O Ministério da Saúde reitera que, à medida em que os laboratórios disponibilizarem novos lotes de vacina, novas grades de distribuição e cronogramas de vacinação dos grupos prioritários serão orientados pelo Programa Nacional de Imunizações, conforme previsto no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 e disponibilizados em Notas Informativas (NI).

Considerando os critérios e os procedimentos extraordinários e temporários para a aplicação de excepcionalidades a requisitos específicos de rotulagem e bulas de medicamentos, em virtude da emergência de saúde pública internacional decorrente do novo Coronavírus, previstos na Resolução da Diretoria Colegiada RDC n°400 de 21 de julho 2020, as vacinas seguem sem as bulas. As bulas traduzidas dessas vacinas, **Sinovac/Butatan e AstraZeneca/Fiocruz estão** disponibilizadas nos sites dos Laboratórios, Butantan e Fiocruz, respectivamente, e no site da Anvisa.

6.1. *Disponibilidade de seringas e agulhas a serem utilizadas na estratégia de vacinação*

O Ministério da Saúde irá apoiar os Estados e Municípios com o envio de seringas e agulhas para a realização dessa ação de imunização, devido ao momento de pandemia (Portaria de Consolidação n°4 de 28 de setembro de 2017 - Origem: PRT MS/GM 1.378/2013).

Existe a previsão , ainda em janeiro, de se distribuir o quantitativo de 15 milhões de seringas e agulhas aos Estados. A priorização será realizada a partir daqueles entes com menor quantitativo em

seus estoques, considerado o cronograma de recebimento escalonado dos produtos, por parte do MS.

7. RECOMENDAÇÕES SOBRE MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA DE PREVENÇÃO À TRANSMISSÃO DA COVID-19 NAS AÇÕES DE VACINAÇÃO.

Considerando o atual cenário de transmissão comunitária da covid-19 em todo território nacional, faz-se necessária a manutenção das medidas não farmacológicas de prevenção à transmissão do vírus. Durante o momento da campanha, vários formatos de organização do processo de trabalho das equipes podem ser admitidos com intuito de vacinar o maior número de pessoas entre o público- alvo estabelecido neste plano e, ao mesmo tempo, evitar aglomerações.

Nesse sentido, é muito importante, na medida do possível, que as Secretarias Municipais de Saúde e a rede de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)/ Estratégia Saúde da Família (ESF) estabeleçam parcerias locais com instituições públicas a fim de descentralizar a vacinação para além das Unidades da APS. Possíveis parceiros podem ser os serviços de assistência social, a rede de ensino, as Forças Armadas, os centros de convivência, entre outros.

No âmbito da APS, sugere-se as seguintes estratégias que podem ser adotadas isoladamente ou de forma combinada pelos serviços:

- Articular e organizar a APS mantendo, quando possível e necessário, horário estendido, a fim de aumentar a oferta de vacinação para horários alternativos, como hora do almoço, horários noturnos e finais de semana. Nesse sentido, unidades com mais de uma equipe podem se organizar em escalas de trabalho flexíveis a fim de garantir o quantitativo de profissionais necessários para assegurar acesso da população à vacina durante todo o horário de funcionamento do serviço. Nesse cenário, faz-se necessário dimensionar o quantitativo de vacinas, incluindo a demanda estimada nos horários estendidos;
- Se necessário, buscar parcerias com cursos de graduação da área da saúde com o objetivo de ter equipes de apoio adicional às estratégias de vacinação;
- Como a vacinação ocorrerá principalmente durante a semana, é importante organizar os serviços de modo que a vacinação não prejudique os demais atendimentos na APS, incluindo a vacinação de rotina. Sugere-se, quando possível, a reserva de um local específico na unidade de saúde para administração das vacinas da campanha;
- Realizar triagem rápida, preferencialmente no momento de identificação/cadastro do usuário, para identificar pessoas com sinais e sintomas de doença respiratória e síndrome gripal, as quais não deverão ser vacinadas. As mesmas devem ser

redirecionadas para o atendimento em saúde;

- Realizar triagem rápida para identificar pessoas com contraindicações à vacinação ou com necessidade de precauções adicionais, conforme descrito no tópico específico deste informe;
- Se necessário, realizar vacinação extramuros de acordo com as especificidades dos grupos elencados para vacinação;
- Realizar vacinação domiciliar para aqueles com dificuldade de locomoção: idosos, pessoas portadoras de necessidades especiais, entre outros;
- Avaliar a viabilidade da utilização da estratégia de vacinação nos serviços de saúde priorizados para a vacinação, instituições de longa permanência de idosos e de pessoas com deficiência (incluindo seus trabalhadores) e aldeias indígenas.

NA UNIDADE DE SAÚDE E LOCAIS DE VACINAÇÃO

- Fixar cartazes para comunicação à população sobre as medidas de prevenção e controle (etiqueta respiratória), sinais e sintomas de síndrome gripal e outras informações sobre a covid-19;
- Organizar os serviços conforme protocolos locais de prevenção da covid-19 e/ou manuais do Ministério da Saúde para a porta de entrada dos atendimentos na UBS e para os locais de vacinação;
- Disponibilizar locais para higienização das mãos ou ofertar dispenser com álcool em gel na concentração de 70%, para facilitar a higienização das mãos dos profissionais e da população que buscar a vacinação em locais de destaque,
- Sempre que possível utilizar sistema de agendamento para evitar acúmulo de pessoas na fila de espera;
- Aumentar a distância nas filas, entre uma pessoa e outra (no mínimo um metro). Sugere-se, para tanto, a marcação de distanciamento físico no chão para orientar a distância entre as pessoas na fila;
- Ampliar a frequência de limpeza de pisos, corrimãos, maçanetas e banheiros com solução de água sanitária e a desinfecção de fômites e superfícies com álcool a 70%;
- Manter comunicação frequente com a equipe de vigilância em saúde do Município para organização do fluxo de rastreamento e monitoramento dos casos suspeitos de covid -19.

USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

A utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) pelos trabalhadores de saúde envolvidos na Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, tem como objetivo a proteção destes trabalhadores, bem como a segurança dos indivíduos que serão atendidos pela vacinação. Nesse sentido, seguem abaixo as orientações:

- **EPI obrigatórios durante a rotina de vacinação:**
  - Máscara cirúrgica: obrigatória durante todo o período de vacinação, prevendo-se a troca, sempre que estiver suja ou úmida.
- **EPI recomendados durante a rotina de vacinação:**
  - Proteção ocular: Protetor facial (face shield) ou óculos de proteção;
  - Avental descartável para uso diário ou avental de tecido higienizado diariamente;
- **EPI com possibilidade de uso eventual (somente para situações específicas):**
  - Luvas: Não está indicada na rotina de vacinação. Dispor de quantitativo na unidade somente para indicações específicas: vacinadores com lesões abertas nas mãos ou raras situações que envolvam contato com fluidos corporais do paciente. Se usadas, devem ser trocadas entre os pacientes, associadas à adequada higienização das mãos.
- Para acesso aos cartazes sobre a Covid-19 ou outras informações, acesse o site: https://aps.saude.gov.br/noticia/7236
- Para maiores informações entre em contato com o 136.

8. GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS PROVENIENTES DA VACINAÇÃO

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

Diante disso, para um adequado gerenciamento de resíduos voltado para a vacinação contra a covid-19, orienta-se, quanto à vacina Sinovac/Butantan, descartar os frascos em caixa coletora de perfurocortantes (descartex). Referente a vacina AstraZeneca/Fiocruz os frascos vazios deverão

passar pelo processo de autoclavagem seguido do descarte em caixa coletora de perfurocortantes (descartex). Os serviços responsáveis pelo gerenciamento de resíduos devem se organizar para um maior processamento de resíduos, mediante tamanha dimensão da campanha.

9. FARMACOVIGILÂNCIA

Frente à introdução de novas vacinas ou em situações de pandemia, a exemplo da atual, para a qual se está produzindo vacinas de forma acelerada, usando novas tecnologias de produção e que serão administradas em milhões de indivíduos, é de se esperar a ocorrência de elevado número de notificações de eventos adversos pós-vacinação (EAPV).

Para o manejo apropriado dos EAPV de uma nova vacina é essencial contar com um sistema de vigilância sensível para avaliar a segurança do produto e dar resposta rápida a todas as preocupações da população relacionadas às vacinas. Estas atividades requerem notificação e investigação rápida e adequada do evento ocorrido.

Os três principais componentes de um sistema de vigilância de EAPV são: detecção, notificação e busca ativa de novos eventos; investigação (exames clínicos, exames laboratoriais etc.) e classificação final de causalidade. Usualmente recomenda-se a notificação de todos EAPV graves para as vacinas de uso rotineiro no PNI bem como surtos de eventos adversos leves.

No entanto, considerando a introdução das vacinas COVID-19 e a necessidade de se estabelecer o perfil de segurança das mesmas, orienta-se que, **TODOS os eventos, não graves ou graves**, compatíveis com as definições de casos, estabelecidas nos documentos abaixo, bem como os **erros de imunização e problemas com a rede de frio, deverão ser notificados no e-SUS notifica** disponível no link https://notifica.saude.gov.br/.

- Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação 4ª Edição, 2020 (disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epidemiologica_eventos_vacin acao_4ed.pdf)
- Protocolo de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação para a estratégia de vacinação contra o vírus SARS-CoV2 (Covid19), Ministério da Saúde, 2020 (acesso disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/21/estrategia_vacinacao_covid19.pdf),

Atenção especial e **busca ativa** devem ser dadas à notificação de eventos adversos graves, raros e inusitados, óbitos súbitos inesperados, erros de imunização (programáticos), além dos Eventos

Adversos de Interesse Especial (EAIE), que estão devidamente descritos no Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós-Vacinação para a estratégia de vacinação contra o vírus SARS-CoV-2 (Covid19).

É importante destacar que as notificações deverão primar pela qualidade no preenchimento de todas as variáveis contidas no formulário de notificação/investigação de EAPV do PNI, com o maior número de informações possíveis. Destaca-se ainda que na possibilidade de oferta de diferentes vacinas, desenvolvidas por diferentes plataformas, **é imprescindível o cuidado na identificação do tipo de vacina suspeita de provocar o EAPV, como número de lote e fabricante.**

A **notificação de queixas técnicas das vacinas COVID-19** autorizadas para uso emergencial temporário, em caráter experimental, **deve ser realizada** no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária - **Notivisa**, disponível em versão eletrônica no endereço: https://www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmlogin.asp.

Ressalta-se que caberá aos Municípios, Estados e Distrito Federal a orientação e determinação de referências e contrarreferências, em especial para o atendimento especializado terciário no processo de uma vigilância ativa estruturada.

9.1. Precauções

- Em geral, como com todas as vacinas, diante de doenças agudas febris moderadas ou graves, recomenda-se o adiamento da vacinação até a resolução do quadro com o intuito de não se atribuir à vacina as manifestações da doença.
- Não há evidências, até o momento, de qualquer preocupação de segurança na vacinação de indivíduos com história anterior de infecção ou com anticorpo detectável pelo SARS-COV-2.
- É improvável que a vacinação de indivíduos infectados (em período de incubação) ou assintomáticos tenha um efeito prejudicial sobre a doença. Entretanto, recomenda-se o adiamento da vacinação **nas pessoas com quadro sugestivo de infecção em atividade** para se evitar confusão com outros diagnósticos diferenciais. Como a piora clínica pode ocorrer até duas semanas após a infecção, **idealmente a vacinação deve ser adiada até a recuperação clínica total e pelo menos quatro semanas após o início dos sintomas** ou quatro semanas a partir da primeira amostra de PCR positiva em pessoas assintomáticas.
- Pacientes que fazem uso de imunoglobulina humana devem ser vacinados com pelo

menos um mês de intervalo entre a administração da imunoglobulina e a vacina, de forma a não interferir na resposta imunológica.

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

Grupos especiais:

GESTANTES, PUÉRPERAS E LACTANTES:

- A segurança e eficácia das vacinas não foram avaliadas nestes grupos, no entanto estudos em animais não demonstraram risco de malformações.
- Para as mulheres, **pertencentes a um dos grupos prioritários**, que se apresentem nestas condições (gestantes, lactantes ou puérperas), a vacinação poderá ser realizada após avaliação cautelosa dos riscos e benefícios e com decisão compartilhada, entre a mulher e seu médico prescritor.
- As gestantes e lactantes devem ser informadas sobre os dados de eficácia e segurança das vacinas conhecidos assim como os dados ainda não disponíveis. A decisão entre o médico e a paciente deve considerar:

- ✓ O nível de potencial contaminação do vírus na comunidade;
- ✓ A potencial eficácia da vacina;
- ✓ O risco e a potencial gravidade da doença materna, incluindo os efeitos no feto e no recém-nascido e a segurança da vacina para o binômio materno-fetal.

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

- As gestantes e lactantes, pertencentes aos grupos prioritários, que não concordarem em serem vacinadas, devem ser apoiadas em sua decisão e instruídas a manter medidas de proteção como higiene das mãos, uso de máscaras e distanciamento social.
- Caso opte-se pela vacinação das lactantes o aleitamento materno não deverá ser interrompido.

- A vacinação inadvertida das gestantes (sem indicação médica) deverá ser notificada no sistema de notificação e-SUS notifica como um “erro de imunização” para fins de controle e monitoramento de ocorrência de eventos adversos.
- Eventos adversos que venham a ocorrer com a gestante após a vacinação deverão ser notificados no e-SUS notifica, bem como quaisquer eventos adversos que ocorram com o feto ou com o recém-nascido até 6 meses após o nascimento.

USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS E ANTICOAGULANTES ORAIS E VACINAÇÃO:

- Os antiagregantes plaquetários devem ser mantidos e não implicam em impedimento à vacinação. O uso de injeção intramuscular em pacientes sob uso crônico de antiagregantes plaquetários é prática corrente, portanto considerado seguro.
- Não há relatos de interação entre os anticoagulantes em uso no Brasil – varfarina, apixabana, dabigatrana, edoxabana e rivaroxabana – com vacinas. Portanto deve ser mantida conforme a prescrição do médico assistente. Dados obtidos com vacinação intramuscular contra Influenza em pacientes anticoagulados com varfarina mostraram que esta via foi segura, sem manifestações hemorrágicas locais de vulto. A comparação da via intramuscular com a subcutânea mostrou que a primeira é segura e eficaz na maioria das vacinas em uso clínico. **Por cautela, a vacina pode ser administrada o mais longe possível da última dose do anticoagulante direto.**

PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS REUMÁTICAS IMUNOMEDIADAS (DRIM):

- Preferencialmente o paciente deve ser vacinado estando com a doença controlada ou em remissão, como também em baixo grau de imunossupressão ou sem imunossupressão. Entretanto, a decisão sobre a vacinação em pacientes com DRIM deve ser individualizada, levando em consideração a faixa etária, a doença reumática autoimune de base, os graus de atividade e imunossupressão, além das comorbidades,

devendo ser sob orientação de médico especialista. A escolha da vacina deve seguir as recomendações de órgãos sanitários e regulatórios, assim como a disponibilidade local.

PACIENTES ONCOLÓGICOS, TRANSPLANTADOS E DEMAIS PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS:

- A eficácia e segurança das vacinas COVID-19 não foram avaliadas nesta população. No entanto, considerando as plataformas em questão (vetor viral não replicante e vírus inativado) é improvável que exista risco aumentado de eventos adversos.
- A avaliação de risco benefício e a decisão referente à vacinação ou não deverá ser realizada pelo paciente em conjunto com o médico assistente, sendo que a vacinação somente deverá ser realizada com prescrição médica.

9.2. *Contraindicações*

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

ATENÇÃO: recomenda-se que, antes de qualquer vacinação, seja verificada nas bulas dos respectivo(s) fabricante(s), as informações fornecidas por este (s) sobre a(s) vacina(s) a ser(em) administrada(s).

- Destaca-se que informações e orientações detalhadas encontram-se no Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós-Vacinação.

10. REGISTRO E INFORMAÇÃO

Na Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19, observada a necessidade de acompanhar e monitorar os vacinados, o Ministério da Saúde desenvolveu módulo específico nominal, para cadastro de cada cidadão com a indicação da respectiva dose administrada (Laboratório e lote), além da atualização do módulo de movimentação de imunobiológico para facilitar a rastreabilidade e controle dos imunobiológicos distribuídos, facilitando o planejamento e o acompanhamento em situações de Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV).

10.1. *O registro do vacinado*

O registro da dose aplicada da vacina será nominal/individualizado. Essa modalidade de registro garante o reconhecimento do cidadão vacinado pelo número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou do Cartão Nacional de Saúde (CNS), a fim de possibilitar o acompanhamento das pessoas vacinadas, evitar duplicidade de vacinação, e identificar/monitorar a investigação de possíveis EAPV.

Os **registros das doses aplicadas deverão ser realizados** no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (Novo SI-PNI - online) ou em um sistema próprio que interopere com ele, por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

No caso das **salas de vacina sem conectividade com a internet** que funcionam no âmbito da APS, os registros das doses aplicadas poderão ser feitos no e-SUS AB, por meio da Coleta de Dados Simplificada - modalidade CDS. Essas salas farão registros *offline* e depois submeterão seus registros para o servidor assim que a conexão com a internet estiver disponível, **no prazo máximo de 48 horas.**

Da mesma forma, a**s salas de vacina que ainda não estão informatizadas e/ou não possuem uma adequada rede de internet** disponível, ou mesmo as unidades em atividades de vacinação extramuros durante a campanha, deverão realizar os registros de dados nominais e individualizados em formulários, para posterior **registro no sistema de informação em até 48 horas**.

O formulário contém as dez variáveis mínimas padronizadas, a saber: CNES - Estabelecimento de Saúde; CPF/CNS do vacinado; Data de nascimento; Nome da mãe; Sexo; Grupo prioritário; Data da vacinação; Nome da Vacina/fabricante; Tipo de Dose; e Lote/validade da vacina.

Com o objetivo de facilitar a identificação do cidadão durante o processo de vacinação, o SI-PNI possibilitará utilizar o QR-Code que pode ser gerado pelo próprio cidadão no Aplicativo ConecteSUS.

Destaca-se ainda que, em consonância com a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n° 197/2017, todo serviço de vacinação possui obrigatoriedade na informação dos dados ao ente federal, por meio do sistema de informação oficial do Ministério da Saúde, ou um sistema próprio que interopere com o mesmo.

Estabelecimentos de **saúde público ou privado** com sistema de informação próprio ou de terceiros **deverão providenciar o registro de vacinação de acordo com o modelo de dados do Módulo de Campanha Covid-19, disponível no Portal de Serviços do Ministério da Saúde, no link: (hps://rnds-guia.saude.gov.br/).**

A **transferência dos dados de vacinação da Campanha Covid-19 deverá ocorrer diariamente** para base nacional de imunização. por meio de Serviços da RNDS, conforme modelo de dados e as orientações disponibilizadas no Portal de Serviços do MS, no link: (hps://servicos-datasus.saude.gov.br/detalhe/UZQjoYDDFN) e (hps://rnds-guia.saude.gov.br/).

Para a análise do desempenho da Campanha, informações de doses aplicadas e coberturas vacinais (CV) serão disponibilizadas aos gestores, profissionais de saúde e para a sociedade por meio do Painel

de Visualização (Vacinômetro) e poderá ser acessado pelo link: https://localizasus.saude.gov.br/, contendo diferentes relatórios, gráficos e mapas.

O Ministério da Saúde por intermédio do DATASUS, disponibilizará, para as SES e SMS, os dados referentes à Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, no Portal https://opendatasus.saude.gov.br/, sem identificação do cidadão, e respeitando o disposto na Lei n.º13.709, de 14 de agosto de 2018, conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Os dados estarão publicados no OpendataSUS de acordo com o formato de dados abertos, ou seja, *Comma Separeted Values* (CSV) ou *Applicaon Programming Interface* (API).

A obtenção desses dados pode ser feita via portal, selecionando o documento e clicando no botão de download, ou via API do *Comprehensive Knowledge Archive Network* (CKAN). A chave de acesso é obtida na página do perfil do usuário. Para mais informações acessar https://docs.ckan.org/en/2.9/api/.

Maiores detalhes sobre o registro de vacinação e os roteiros completos sobre a operacionalização dos sistemas de informação para registro de doses aplicadas das vacinas contra a Covid-19, estão disponíveis na Nota Informativa nº 1/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS que constam as orientações acerca do acesso aos dados e informações para o acompanhamento do desempenho da Campanha, dentre outros.

10.2. *O registro da movimentação da Vacina*

Afim de garantir a rastreabilidade dos imunobiológicos adquiridos e distribuídos à Rede de Frio nacional, o DataSUS atualizou o módulo de movimentação de imunobiológico do SI-PNI, onde de **forma automática**, por meio de **seleção disponível em lista suspensa**, o usuário **incluirá o lote, laboratório e quantidade de imunobiológico** na entrada do produto de cada uma das unidades. A saída será selecionável e classificável com possibilidade da indicação de saída por consumo (doses utilizadas), transferência para outra unidade, ou ainda por perda física (quebra do frasco; falta de energia; falha do equipamento; validade vencida, procedimento inadequado; falha de transporte; outros motivos), seguindo o padrão usualmente utilizado pelas unidades.

Importante ratificar que a indicação de consumo **"Doses utilizadas" deverá ser registrada por número de dose**s do frasco aberto para vacinação, para que os cálculos automáticos do sistema sejam viabilizados adequadamente e o monitoramento de perdas técnicas seja possível de realizar-se em tempo real, com ajustes necessários do planejamento nacional para revisão continuada da aquisição e distribuição da vacina. Esclarece-se que, o cálculo é realizado pelo sistema, pela diferença

entre o total de doses utilizadas e o total de doses aplicadas, o resto da subtração indica a perda técnica ocorrida, variável de controle.

11. COMUNICAÇÃO SOCIAL

A elaboração da campanha publicitária seguirá um planejamento de acordo com a evolução de cada etapa da vacinação. Começando com mensagens de antecipação e preparação, passando em seguida para a próxima fase de informação à população com clareza: como, quando, onde e para quem será a primeira etapa e demais etapas. Trazendo benefícios e facilidade na compreensão de fatos e um melhor aproveitamento de informações.

Baseada nestas premissas a campanha de Comunicação foi desenvolvida em duas fases:

Fase 1 - Campanha de informação sobre o processo de produção e aprovação de uma vacina, com vistas a dar segurança à população em relação a eficácia do (s) imunizante(s) que o país vier a utilizar, bem como da sua capacidade operacional de distribuição.

Fase 2 - Campanha de informação sobre a importância da vacinação, públicos prioritários e demais, dosagens, locais etc. Prevista para iniciar assim que tenhamos a definição das vacinas.

Os materiais de comunicação terão como premissa a transparência e a publicidade informando a população através de parcerias com a rede de comunicação pública (TVs, rádios e agências de notícias) para enviar mensagens com informações atualizadas, monitoramento de redes sociais para esclarecer rumores, boatos e informações equivocadas, aproximar as assessorias de comunicação dos estados para alinhamento de discurso e desenvolvimento de ações. Ademais será utilizado filmes curtos de 30” e 60” divulgados em YOUTUBE e INSTAGRAM (alta): https://we.tl/t-unZT3ioqda e WHATSAPP: 30MB: https://we.tl/t-SarHIlgRF6 .

Para informações mais detalhadas sobre a comunicação da Campanha acessar o documento na íntegra, no Plano Nacional de Operacionalização para Vacinação Contra a Covid-19.

11.1. *Operacionalização da Campanha*

A microprogramação é uma etapa fundamental no planejamento da campanha, essencial para alcançar os objetivos da vacinação. Mediante esse processo se identificam as populações institucionalizadas, definem-se as estratégias de vacinação (data, locais), calculam-se os recursos humanos, financeiros e a logística necessária. O delineamento de ações de vacinação deve considerar os desafios logísticos e econômicos de se realizar a vacinação em áreas remotas e de difícil acesso.

A programação local da campanha de vacinação, incluída no Plano Municipal de Saúde,

considerando o Plano Nacional de Imunização quantifica todos os recursos necessários e existentes (humanos, materiais e financeiros), e facilita a mobilização de recursos adicionais mediante participação social e o estabelecimento de alianças com diversos parceiros. O monitoramento das ações programadas é fundamental para, se necessário, promover oportunamente o redirecionamento das ações. Destaca-se:

- A importância e necessidade de uma boa estratégia de comunicação para mobilização dos grupos prioritários na busca da adesão à vacinação. Podendo fazer uso da mídia local (convencional e alternativa) com informações pertinentes ao cronograma vacinal, por exemplo;
- Intensificar as capacitações dos recursos humanos, preparando-os para implementação da vacinação de maneira a compreenderem a estratégia proposta, o motivo dos grupos selecionados, sobre a vacina a ser aplicada e a importância de aplicar somente nos grupos priorizados naquele momento.;
- Mobilização e participação ampla de todos os segmentos da sociedade, em especial dos ligados diretamente aos grupos prioritários.
- Articulação com as instituições com potencial de apoio à campanha de vacinação - Rede de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, setor da educação, empresas públicas e privadas, sociedades científicas e acadêmicas, Forças de Segurança e Salvamento, entre outros.
- Orientação quanto ao cronograma de execução das diferentes fases da vacinação de forma constante, segundo disponibilidade da vacina em cada fase de execução por população prioritária considerando o plano de trabalho diário e semanal e o monitoramento para tomada de decisões oportunas. Tendo em vista as orientações do Ministério da Saúde.
- Disponibilidade de estratégias (números telefônicos, página web, redes sociais entre outros) para agendamento da vacinação nos casos de população priorizada não concentrada para garantir a vacinação.
- Organizar o serviço de vacinação para evitar aglomerações e contato dos grupos de forma a otimizar a disposição e circulação dos profissionais e indivíduos que serão vacinados nas unidades de saúde e/ou postos externos de vacinação.
- Alimentação do sistema de informação de modo a monitorar o avanço da vacinação em cada etapa e nos grupos prioritários, conforme orientado pelo Ministério da Saúde, permitindo avaliar o alcance da população alvo da vacinação e, monitoramento da

cobertura vacinal e, quando necessária, a adoção de medidas de correção, revisão de ação específica, inclusive de comunicação e/ou mobilização.

REFERÊNCIAS

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, 7 de setembro de 2014. Dispõe sobre o regulamento técnico de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-rdc-n-222-de-28-de- marco-de-2018-comentada

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 18, de 23 de março de 2018, que dispõe sobre a classificação de riscos de Organismos Geneticamente Modificados (OGM) e os níveis de biossegurança a serem aplicados nas atividades e projetos com OGM e seus derivados em contenção. http://ctnbio.mctic.gov.br/resolucoes-normativas

Brasil, Ministério do Meio Ambiente. Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS).

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial nº39. Doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica 48 (22/11 a 28/11 de 2020). Disponível em:https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/03/boletim_epidemiologico_covid_39.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Operacionalização de Vacinação contra Covid-19. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica.pdf

Dalafuente JC, et al. Influenza vaccination and warfarin anticoagulation: a comparison of subcutaneous and intramuscular routes of administration in elderly men. Pharmacotherapy. 1998;18(3):631-6.

Fang, Xiaoyu. et al. Aging (Albany NY) 12.13.2020: 12493. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/evidence-table.html

Figliozzi, Stefano. et al. European Journal of Clinical Investigation 50.10 (2020): el3362. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eci.1336 Nandy, Kunal. et. al. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 14.5 (2020): 1017 – 1025.

Raj G, et al. Safety of intramuscular influenza immunization among patients receiving long-term

warfarin anticoagulation therapy. Arch Intern Med.1995;155(14):1529-31.

Sociedade Brasileira de Reumatologia. Força-Tarefa para gerar as Orientações de Vacinação contra SARS- CoV-2 para Pacientes com Doenças Reumáticas Imunomediadas (DRIM). Disponível em: https://www.bioredbrasil.com.br/wp-content/uploads/2021/01/SBR-Força-Tarefa-Vacinas-COVID-19.pdf

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório - Bases Técnicas para decisão do uso Emergencial, em caráter experimental de vacinas contra a covid-19. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/confira-materiais-da-reuniao-extraordinaria-da-dicol/relatorio-bases-tecnicas-para-decisao-do-uso-emergencial-final-4-1.pdf

ANEXO 1

Descrição das comorbidades incluídas como prioritárias para vacinação contra a covid-19.

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

Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras)
Miocardiopatias e Pericardiopatias	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática
Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)
Cardiopatias congênita no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardiodesfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)
Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m2) e síndrome nefrótica.
Imunossuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV e CD4 <350 células/mm3; doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais individuos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias.
Anemia falciforme	Anemia falciforme
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40
Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21

ANEXO 2

Descrição dos grupos prioritários e recomendações para vacinação

População-alvo	Definição	Recomendações

Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	Pessoas com 60 anos ou mais que residem em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), como casa de repouso, asilo e abrigo.	Será solicitado documento que comprove a idade e residência. Orienta-se a vacinação no local. Caso haja residentes com idade inferior a 60 anos, estes deverão ser vacinados e todos os trabalhadores desses locais.
Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	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.	Deficiência autodeclarada e documento que comprove a residência. Orienta-se a vacinação no local, contemplando também os trabalhadores desses locais.
Povos indígenas vivendo em terras indígenas	Indígena que vive em terras indígenas homologadas e não homologadas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS).	A vacinação será realizada em conformidade com a organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI) nos diferentes municípios.
Trabalhadores da Saúde	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. Compreende tanto os profissionais da saúde (ex. 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 (ex. recepcionistas, seguranças, trabalhadores da limpeza, cozinheiros e auxiliares, motoristas de ambulâncias e outros), ou seja, todos aqueles que trabalham nos serviços de saúde. Inclui-se ainda aqueles profissionais que atuam em cuidados domiciliares (ex. cuidadores de idosos, doulas/parteiras), bem como funcionários do sistema funerário que tenham contato com cadáveres potencialmente contaminados. A vacina também será ofertada para acadêmicos em saúde e estudantes da área técnica em saúde em estágio hospitalar, atenção básica, clínicas e laboratórios.	Para o planejamento da ação, torna-se oportuno a identificação dos serviços e o levantamento do quantitativo dos trabalhadores da saúde envolvidos na resposta pandêmica 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.
Pessoas de 80 anos e mais Pessoas de 75 a 79 anos Pessoas de 70 a 74 anos Pessoas de 65 a 69 anos Pessoas de 60 a 64 anos	Deverão receber a vacina COVID-19 em conformidade com as fases pré-definidas.	Será solicitado documento que comprove a idade.
Povos e comunidades tradicionaisribeirinhas e quilombolas	Povos habitando em comunidades tradicionais ribeirinhas e 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.

Pessoas com comorbidades	Pessoas com 18 a 59 anos com uma ou mais das comorbidades pré-determinadas. (**Ver quadro 1 do plano de vacinação**)	Indivíduos pertencentes a esses grupos poderão estar 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.
Pessoas com deficiência permanente	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. 3- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar. 4- Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.	Deficiência autodeclarada
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.
População privada de liberdade	População acima de 18 anos em estabelecimentos de privação de liberdade.	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).
Funcionários do sistema de privação de liberdade.	Policiais penais e demais funcionários, com exceção dos trabalhadores de saúde.	
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.

Forças de Segurança e Salvamento	Policiais federais, militares, civis e rodoviários; bombeiros militares e civis; e guardas municipais.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a vinculação ativa com o serviço de forças de segurança e salvamento ou apresentação de declaração emitida pelo serviço em que atua.
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 de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros Urbano e de Longo Curso	Motoristas e cobradores de transporte coletivo rodoviário de passageiros.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista profissional do transporte de passageiros.
Trabalhadores de TransporteMetroviário e Ferroviário	Funcionários das empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de empresas metroferroviárias de passageiros e de cargas
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
Trabalhadores de TransporteAquaviário	Funcionários das empresas brasileiras de navegação.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado das empresas brasileiras de navegação.
Caminhoneiros	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 motorista.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista profissional do transporte rodoviário de cargas (caminhoneiro).
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 Industriais	Trabalhadores da indústria e construção civil, conforme Decreto 10.292/2020 e 10.342/2020.	Nessa estratégia será solicitado documento que comprove a situação de trabalhador empregado de empresas industriais e de construção civil, como: declarações dos serviços onde atuam, carteira de trabalho, contracheque com documento de identidade, ou crachá funcional.

ANEXO 3

Cenário Etapa 2 Fase 1 Campanha Nacional Covid- 19

Estado	Idosos 70 anos e mais AMAZONAS[1]*	27% Trabalhadores de Saúde**	POP-ALVO Etapa 2	AstraZeneca (caixas)	AstraZeneca (dose 1 + 5%)
Rondônia		12.490	12.490	26	13.000
Acre		5.080	5.080	11	5.500
Amazonas	100.000	26.282	121.520	265	132.500
Roraima		3.871	3.871	8	4.000
Pará		46.723	46.723	98	49.000
Amapá		5.652	5.652	12	6.000
Tocantins		11.056	11.056	23	11.500
NORTE		**111.154**	**206.392**	**443**	**221.500**
Maranhão		46.634	46.634	97	48.500
Piauí		22.948	22.948	48	24.000
Ceará		69.186	69.186	145	72.500
Rio Grande do Norte		30.315	30.315	63	31.500
Paraíba		34.380	34.380	72	36.000
Pernambuco		80.034	80.034	168	84.000
Alagoas		26.106	26.106	55	27.500
Sergipe		18.230	18.230	38	19.000
Bahia		113.804	113.804	239	119.500
NORDESTE		**441.637**	**441.637**	**925**	**462.500**
Minas Gerais		182.193	182.193	381	190.500
Espírito Santo		33.858	33.858	71	35.500
Rio de Janeiro		176.605	176.605	370	185.000
São Paulo		479.382	479.382	1.004	502.000
SUDESTE		**872.038**	**872.038**	**1.826**	**913.000**
Paraná		82.465	82.465	173	86.500
Santa Catarina		45.285	45.285	95	47.500
Rio Grande do Sul		110.949	110.949	232	116.000
SUL		**238.700**	**238.700**	500	250.000
Mato Grosso do Sul		21.110	21.110	44	22.000
Mato Grosso		23.023	23.023	48	24.000
Goiás		62.112	62.112	131	65.500
Distrito Federal		39.750	39.750	83	41.500
CENTRO-OESTE		**145.995**	**145.995**	**306**	**153.000**
BRASIL	**95.238**	**1.809.524**	**1.904.762**	**4.000**	**2.000.000**

[1] 5% fundo estratégico. *AM: Cobre 100% dos Idosos com 75 anos e mais e 37% dos idosos com 70 a 74 anos. ** Totaliza 61% dos trabalhadores da saúde

EXPEDIENTE

Ministro da Saúde
Eduardo Pazuello
Secretário Executivo
Élcio Franco
Diretor de Logística
Roberto Ferreira Dias
Secretário de Atenção Primária à Saúde
Raphael Câmara Medeiros Parente
Secretário de Atenção Especializada à Saúde
Luiz Otávio Franco Duarte
Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Mayra Pinheiro
Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde
Hélio Angotti Neto
Secretário Especial de Saúde Indígena
Robson Santos da Silva
Secretário de Vigilância em Saúde
Arnaldo Correia Medeiros
Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa
Diretor-presidente Antônio Barra Torres
Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
Laurício Monteiro Cruz
Diretor Substituto do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
Marcelo Yoshito Wada
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações
Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações - substituta
Adriana Regina Farias Pontes Lucena
Coordenador Geral de Laboratórios de Saúde Pública
Eduardo Filizola
Coordenador Geral de Planejamento e Orçamento - SVS
Geraldo da Silva Ferreira
Coordenadora do Núcleo de Eventos, Cerimonial e Comunicação da SVS
Eunice de Lima

Organização: Secretaria de Vigilância em Saúde

Alexsandra Freire da Silva; Aline Almeida da Silva; Ana Carolina Cunha Marreiros; Ana Goretti Kalume Maranhão; Antonia Maria da Silva Teixeira; Ariana Josélia Gonçalves Pereira; Carlos Hott; Caroline Gava; Cibelle Mendes Cabral; Elenild de Góes Costa; Elder Marcos de Moraes, Felipe Cotrim de Carvalho; , Greice Madeleine Ikeda do Carmo; Jaqueline de Araujo Schwartz; Karla Luiza de Arruda Calvette Costa; Kelly Cristina Rodrigues de França; João Carlos Lemos Sousa; Lucimeire Neris Sevilha da Silva Campos; Maria Guida Carvalho de Moraes; Michelle Flaviane Soares Pinto; Patrícia Gonçalves Carvalho; Patrícia Soares de Melo Freire Glowacki; Priscila Caldeira Alencar de Souza; Regina Célia Mendes dos Santos Silva; Robinson Luiz Santi; Rui Moreira Braz; Sandra Maria Deotti Carvalho; Sirlene de Fátima Pereira; Thaís Tâmara Castro e Souza Minuzzi; Vando Souza Amancio; Victor Bertollo Gomes Porto.

Sugestões, Dúvidas e Colaborações
Endereço: SRTVN, Quadra 701, Bloco D, Ed. PO 700, 6º andar-CGPNI Brasília/DF. CEP 70.719-040
Fones: 61 3315-3874
Endereço eletrônico: cgpni@saude.gov.br
Nos estados: Coordenações Estaduais de Imunizações/Secretarias Estaduais de Saúde Nos municípios: Secretarias Municipais de Saúde, Postos de Vacinação, Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.

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

NOTA INFORMATIVA Nº 6/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Dispõe sobre as orientações técnicas relativas a continuidade da Campanha Nacional de vacinação contra a Covid-19.

I – DO CONTEÚDO:

A Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), atualiza as orientações técnicas relativas à continuidade da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, a partir da decisão de autorização emergencial pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para uso das vacinas Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Fiocruz.

Destaca-se que a vacinação contra Covid-19 iniciou em 18 de janeiro, com doses que somaram um quantitativo de 6 milhões, distribuídas pelo laboratório Sinovac em parceria com o Butantan, para contemplar os grupos, a saber: **1)**- 34% dos Trabalhadores da saúde (de acordo com o seguinte estrato populacional: Equipes de vacinação que estiverem inicialmente envolvidas na vacinação dos grupos elencados para as 6 milhões de doses, Trabalhadores das Instituições de Longa Permanência de Idosos e de Residências Inclusivas, Trabalhadores dos serviços de saúde públicos e privados, tanto da urgência quanto da atenção básica, envolvidos diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de covid- 19, Demais trabalhadores de saúde); **2)**- Pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas); **3)**- Pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em Residências Inclusivas (institucionalizadas); **4)**- Povos indígenas vivendo em terras indígenas homologadas e não homologadas.

Com a disponibilização de 2 milhões de doses da vacina AstraZeneca, já distribuídas aos Estados, será possível vacinar mais 27% dos Trabalhadores de Saúde (1.809.524), além dos idosos do estado do Amazonas, que devido ao cenário epidemiológico instalado, receberá um quantitativo de doses suficiente para vacinar 100% dos idosos de 80 anos e mais; 100% dos idosos de 75 a 79 anos; e 37% dos idosos de 70 a 74 anos de idade (totalizando 95.235).

Com intuito de dar continuidade a vacinação dos grupos alvo, considerando a disponibilização de mais quantitativos de doses desenvolvidos e distribuídos pelos laboratórios produtores, esta CGPNI apresenta um cálculo adicional de doses, a ser somado ao já dispensado previamente aos demais entres federativos.

II – JUSTIFICATIVA:

Considerando os **riscos de agravamento e óbito pela covid-19 e de vulnerabilidade social** que orientam a definição dos grupos prioritários definidos no Plano Nacional para Operacionalização da vacinação contra a covid-19 (PNO).

Considerando o objetivo de promover a **redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus,** bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.

Considerando também, o **perfil epidemiológico** que, atualmente, ratifica uma criticidade do cenário na Região Norte do País, reforçando as ações gradativas nos Estados para minimização dos impactos decorrentes da covid-19.

Considerando o **processo escalonado de recebimento das vacinas** já contratualizadas pelo Ministério da Saúde, bem como a publicação dos Informes Técnicos, Primeiro e Segundo, que fazem constar as diretrizes e orientações técnicas e operacionais para a estruturação e operacionalização da campanha nacional de vacinação contra a covid-19.

III– CÁLCULO:

No contexto supra e obedecendo o princípio da equidade, norteador do Sistema Único de Saúde, as doses foram distribuídas à 6% dos trabalhadores de saúde das 27 unidades federadas (totalizando até o momento 67% desse público), após se ter **extraído 5% do total de doses recebidas** para início gradual do atendimento aos idosos dos estados da região norte, dado o já observado agravamento epidemiológico dessa região, sendo os estados contemplados nos seguintes termos:

1- Amazonas (70% do total extraído): 28% dos idosos de 70 à 74 anos (15.167 idosos);

2- Pará (15% do total extraído): 3% dos idosos com 80 anos e mais (3.250 idosos);

3- Rondônia (5% do total extraído): 6% dos idosos com 80 anos e mais (1.083 idosos);

4- Roraima (5% do total extraído): 27% dos idosos com 80 anos e mais (1.083 idosos);

5- Acre (5% do total extraído): 12% dos idosos com 80 anos e mais (1.083 idosos).

IV- Figura 3. População-alvo da terceira etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 e distribuição das doses da vacina adsorvida covid-19 (Sinovac/Butantan), por UF, Brasil, jan/2021.

Estado	28% Idosos 70 a 74 anos AMAZONAS[1] *	Idosos 80 anos e mais[1] **	6% Trabalhadores de Saúde***	POP-ALVO Etapa 3	Butantan (caixas)	Butantan (doses1 e 2 + 5%)
Rondônia	0	1.083	2.858	3.941	41	8.200
Acre	0	1.083	1.162	2.246	24	4.800
Amazonas	15.167	-	6.013	21.179	223	44.600
Roraima	0	1.083	886	1.969	21	4.200
Pará	0	3.250	10.689	13.939	146	29.200
Amapá	0	0	1.293	1.293	14	2.800
Tocantins	0	0	2.529	2.529	27	5.400
NORTE	**15.167**	**6.500**	**25.430**	**47.096**	**496**	**99.200**
Maranhão	0	0	10.669	10.669	112	22.400
Piauí	0	0	5.250	5.250	55	11.000
Ceará	0	0	15.828	15.828	166	33.200
Rio Grande do Norte	0	0	6.935	6.935	73	14.600
Paraíba	0	0	7.865	7.865	83	16.600
Pernambuco	0	0	18.310	18.310	192	38.400
Alagoas	0	0	5.972	5.972	63	12.600
Sergipe	0	0	4.171	4.171	44	8.800
Bahia	0	0	26.036	26.036	273	54.600
NORDESTE			**101.037**	**101.037**	**1.061**	**212.200**
Minas Gerais	0	0	41.682	41.682	438	87.600
Espírito Santo	0	0	7.746	7.746	81	16.200
Rio de Janeiro	0	0	40.403	40.403	424	84.800
São Paulo***	0	0	105.664	105.693	1.110	221.940
SUDESTE			**195.495**	**195.524**	**2.053**	**410.540**
Paraná	0	0	18.866	18.866	198	39.600
Santa Catarina	0	0	10.360	10.360	108	21.600
Rio Grande do Sul	0	0	25.383	25.383	267	53.400
SUL			**54.609**	**54.609**	**573**	**114.600**
Mato Grosso do Sul	0	0	4.829	4.829	51	10.200
Mato Grosso	0	0	5.267	5.267	55	11.000
Goiás	0	0	14.210	14.210	149	29.800
Distrito Federal	0	0	9.094	9.094	95	19.000
CENTRO-OESTE			**33.400**	**33.400**	**350**	**70.000**
BRASIL	**15.167**	**6.500**	**409.971**	**416.471**	**4.533**	**906.540**

[1] 5% Fundo estratégico. *Totaliza 65% dos idosos com 70 a 74 anos do AM. **Idosos com 80 anos e mais: 6% de RO; 12% do AC; 27% de RR; 3% do PA. *** Totaliza 67% dos trabalhadores da saúde

VALIDADE DAS VACINAS

Esclarece-se sobre os prazos de **validade aprovados nos pedidos de uso emergencial** pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária das vacinas, a partir da data de fabricação:

- Sinovac/Butantan: **12 meses**
- AstraZeneca: **6 meses**

V – CONCLUSÃO

No decorrer da campanha, **Notas Informativas como esta** seguirão como documentos complementares aos Informes Técnicos, Primeiro e Segundo, devendo ser o **meio de atualização dos novos cronogramas de distribuição dos lotes das vacinas** contratualizadas pelo Ministério da Saúde, bem como de novas **orientações técnicas** que se façam necessárias.

Por oportuno, a Equipe da CGPNI se coloca à disposição para as orientações relativas às diretrizes para a operacionalização da campanha de vacinação e outros esclarecimentos, fone: (61) 3315- 3874, e-mail cgpni@saude.gov.br.

FRANCIELI FONTANA SUTILE TARDETTI FANTINATO
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações

LAURÍCIO MONTEIRO CRUZ
Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

Brasília, 25 de janeiro de 2021.

Referência: Processo nº 25000.009758/2021-77

SEI nº 0018736515

Apêndice IV – Nota Informativa Nº 13/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS

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

NOTA INFORMATIVA Nº 13/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Dispõe sobre as orientações técnicas relativas a continuidade da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19.

I – DO CONTEÚDO:

A Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), atualiza as orientações técnicas relativas à continuidade da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, a partir da decisão de autorização emergencial pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para uso das vacinas Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Fiocruz.

A vacinação contra covid-19 foi iniciada aos 18 de janeiro de 2021, com doses que somaram um quantitativo de 5.994.560 milhões, recebidas a partir da Sinovac em parceria com o Butantan. Posteriormente, o MS distribuiu 2 milhões de doses da vacina AstraZeneca/Fiocruz ao País; seguidas de mais 906.600 mil doses da vacina Sinovac/Butantan; e, nesta Nota Técnica, traz-se novo quantitativo de doses da vacina Sinovac/Butantan a ser distribuído às 27 unidades federadas.

A Campanha Nacional em andamento incorporou até o momento os seguintes grupos

prioritários:

- Trabalhadores de Saúde (parcial);
- Pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas) - (total);
- Pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em residências Inclusivas

(institucionalizadas) - (total);

- Povos indígenas vivendo em terras indígenas homologadas (total)

- Idosos da região norte do País (parcial).

II –JUSTIFICATIVA:

Os **riscos de agravamento e óbito pela covid-19 e de vulnerabilidade social** orientam a definição dos grupos prioritários delineados no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO), que tem como objetivo promover a **redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus,** bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.

Durante as últimas **reuniões** procedidas **pela câmara técnica** do Eixo "Situação epidemiológica e a definição da população-alvo para vacinação" avaliou-se a transmissão comunitária em todo o território nacional. Em plenária foi observado o sobrerisco para óbito por covid-19, relacionado à faixas etárias mais avançadas, que chegam à **8,5 para hospitalização e 18,3 para óbito entre idosos com 90 anos ou mais.** Assim, nessa pauta, a distribuição de vacinas, foi priorizada às pessoas com 90 anos ou mais (100%) à exceção dessa população do estado do AM, já totalmente contemplada em pauta anterior (906.600mil Sinovac/Butantan), em paralelo à continuidade da vacinação dos trabalhadores de saúde, com um percentual de atendimento de 6%, totalizando 73% desse público.

Destarte, **essa pauta prevê um total de 2.905.600 milhões de doses da vacina covid-19 Sinovac/Butantan a ser distribuído** para o atendimento da população com **90 anos ou mais (100%) e a continuidade dos trabalhadores de saúde das 27 unidades federadas (6%)**, seguindo priorização dos grupos do PNO e o princípio da equidade previsto no Sistema Único de Saúde (SUS).

III– CÁLCULO:

A população idosa consta estratificada no PNO para as faixas etárias entre 60 e 64; 65 e 69; 70 e 74; 75 e 79; e 80 anos ou mais, para as quais foram definidas as estimativas. Assim, não há uma estimativa oficial para a população de idosos acima de 90 anos de idade. Os dados para essa população, constam agregados na faixa etária de 80 anos ou mais. Neste sentido, para se estimar esta população, objeto de pauta desse novo cronograma de distribuição, foi realizada uma projeção linear a partir da pirâmide etária e da tendência observada de queda nas faixas etárias anteriores. Ressalta-se portanto que essa estimativa pode ter imprecisões e visa exclusivamente nortear a distribuição das doses aos estados e municípios de maneira proporcional à sua população de idosos acima de 80 anos.

Ainda, visando contemplar o cenário epidemiológico atual, foi definido um fundo estratégico igual a 5% do total de doses disponível nesta pauta direcionado à 6% do grupo prioritário de Pessoas de 80 anos ou mais dos estados de Rondônia, Amapá e Tocantins, em igual proporção, e à 72% das Pessoas de 70 à 74 anos do Estado do Amazonas perfazendo o atendimento total desta faixa etária (70 à 74) para o estado do AM (Figura 1).

Estado	6% Trabalhadores de Saúde*	Idosos 70 a 74 anos AMAZONAS[1] **	Idosos 80 a 89 anos[1] ***	90 anos ou mais	POP-ALVO Etapa 4	Butantan (caixas)	Butantan (doses 1 e 2 + 5%)
Rondônia	2.904	0	10.845	3.701	17.449	183	36.600
Acre	1.181	0	0	1.871	3.052	32	6.400
Amazonas	6.110	39.720	--	--	45.830	481	96.200
Roraima	900	0	0	816	1.716	18	3.600
Pará	10.861	0	0	19.785	30.647	322	64.400
Amapá	1.314	0	4.370	1.491	7.175	75	15.000
Tocantins	2.570	0	14.250	4.863	21.683	228	45.600
NORTE	**25.839**	**39.720**	**29.465**	**32.527**	**127.551**	**1.339**	**267.800**
Maranhão	10.841	0	0	23.183	34.024	357	71.400
Piauí	5.335	0	0	12.132	17.467	183	36.600
Ceará	16.083	0	0	38.679	54.762	575	115.000
Rio Grande do Norte	7.047	0	0	15.210	22.257	234	46.800
Paraíba	7.992	0	0	18.751	26.744	281	56.200
Pernambuco	18.605	0	0	37.705	56.310	591	118.200
Alagoas	6.069	0	0	10.490	16.558	174	34.800
Sergipe	4.238	0	0	7.106	11.344	119	23.800
Bahia	26.455	0	0	62.199	88.654	931	186.200
NORDESTE	**102.664**	**0**	**0**	**225.455**	**328.119**	**3.445**	**689.000**
Minas Gerais	42.353	0	0	107.931	150.284	1.578	315.600
Espírito Santo	7.871	0	0	18.042	25.913	272	54.400
Rio de Janeiro	41.054	0	0	93.290	134.344	1.411	282.200
São Paulo	111.438	0	0	218.769	330.207	3.467	693.400
SUDESTE	**202.716**	**0**	**0**	**438.032**	**640.748**	**6.728**	**1.345.600**
Paraná	19.170	0	0	50.889	70.059	736	147.200
Santa Catarina	10.527	0	0	29.933	40.460	425	85.000
Rio Grande do Sul	25.792	0	0	66.204	91.996	966	193.200
SUL	**55.489**	**0**	**0**	**147.026**	**202.515**	**2.127**	**425.400**
Mato Grosso do Sul	4.907	0	0	10.356	15.263	160	32.000
Mato Grosso	5.352	0	0	9.240	14.591	153	30.600
Goiás	14.439	0	0	22.630	37.069	389	77.800
Distrito Federal	9.240	0	0	8.607	17.848	187	37.400
CENTRO-OESTE	**33.938**	**0**	**0**	**50.833**	**84.771**	**889**	**177.800**
BRASIL	**420.647**	**39.720**	**29.465**	**893.873**	**1.383.705**	**14.528**	**2.905.600**

[1] 5% Fundo estratégico. *Totaliza 73% dos trabalhadores da saúde. **Totaliza 100% dos idosos com 70 a 74 anos do AM. ***Totaliza 12% dos Idosos com 80 anos e mais de RO; 6% do AP e TO.

Figura 4. População-alvo da quarta etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 e distribuição das doses da vacina adsorvida covid-19 (Sinovac/Butantan), por UF, Brasil, fev/2021.

Oportunamente, no que se cerne as seringas indicadas para a administração das vacinas covid-19. Desta forma, recomenda-se a administração das vacinas pela via intramuscular (IM), com uso das seringas de plástico descartáveis de 1,0 mL e 3,0 mL. As seringas de 5,0 mL, anteriormente indicadas, serão utilizadas para diluição na rotina de vacinação.

IV – CONCLUSÃO

No decorrer da campanha, as **Notas Informativas,** documentos complementares aos Informes Técnicos Primeiro e Segundo, atualizarão semanalmente **os cronogramas de distribuição dos lotes das vacinas** contratualizadas pelo Ministério da Saúde e **novas orientações técnicas** que se façam necessárias à **continuidade da vacinação dos grupos alvos**, de forma cumulativa, até que se alcance o quantitativo total da população prevista nas estimativas e atualizações do PNO (0018957879).

Por oportuno, a equipe da CGPNI se coloca à disposição para as orientações relativas às diretrizes para a operacionalização da campanha de vacinação contra a covid-19 e outros esclarecimentos, fone: (61) 3315-3874, e-mail cgpni@saude.gov.br.

FRANCIELI FONTANA SUTILE TARDETTI FANTINATO

Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações

LAURÍCIO MONTEIRO CRUZ

Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

Brasília, 05 de fevereiro de 2021.

Referência: Processo nº 25000.009758/2021-77
SEI nº 0018956077

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

Terceiro Informe Técnico

5ª Pauta de Distribuição

Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19

Dispõe sobre as orientações técnicas relativas à continuidade da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19.

Brasília, 23/02/2021

A Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), atualiza as orientações técnicas relativas à continuidade da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, a partir da decisão de autorização emergencial pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para uso das vacinas Sinovac/Butantan (Vacina adsorvida covid-19 (inativada)) e AstraZeneca/Fiocruz (Vacina covid-19 (recombinante)).

A vacinação contra a covid-19 foi iniciada aos 18 de janeiro de 2021, com doses que somaram um quantitativo aproximado de 6 milhões, recebidas a partir do Laboratório Sinovac/Butantan. Posteriormente, o MS distribuiu 2 milhões de doses da vacina do produtor/fornecedor AstraZeneca/Fiocruz ao País seguidas de 3.812.140 (906.600 + 2.905.600) doses da vacina do laboratório Sinovac/Butantan, totalizando aproximadas 11,8 milhões de doses distribuídas.

A Campanha Nacional de Vacinação em andamento incorporou até o momento os seguintes grupos prioritários:

- Trabalhadores de Saúde (73%);
- Pessoas idosas (60 anos ou mais) residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas) (100%);
- Pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em residências inclusivas (institucionalizadas) (100%);
- Povos indígenas vivendo em terras indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena) (100% do quantitativo inicial repassado pela Secretaria de Saúde Indígena - SESAI);
- Idosos de 90 anos ou mais (100%) e;
- Idosos da região norte do País (parcial): a saber

Amazonas

- ✓ 100% dos idosos de 70 anos ou mais
- ✓ 31% dos idosos de 65 a 69 anos

Roraima, Rondônia, Acre, Amapá, Tocantins, Pará

- ✓ Idosos de 80 a 89 anos (parcial)

O presente Informe Técnico traz novo quantitativo de doses das vacinas Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Fiocruz a ser distribuído às 27 unidades federadas.

JUSTIFICATIVA

Os riscos de agravamento e óbito pela covid-19 e de vulnerabilidade social orientaram a definição dos grupos prioritários delineados no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO), disponível no link https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/janeiro/29/PlanoVacinaoCovid_ed4_15fev21_cgpni_18h05.pdf. Este tem como objetivo promover a **redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus SARS-CoV2,** bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.

Diante do exposto, para dar continuidade à Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 e atender de forma ordenada os grupos prioritários elencados no PNO, a quinta pauta de distribuição segue com um quantitativo de 1,2 milhão de doses da Vacina Sinovac/Butantan e 2,0 milhões de doses da Vacina AstraZeneca/Fiocruz, perfazendo um total de 3,2 milhões de doses a serem distribuídas às 27 unidades federadas do País. Assim, nessa pauta, foram priorizadas pessoas de 85 a 89 anos (100%), pessoas de 80 a 84 anos (24%), à exceção dessas populações do estado do Amazonas já totalmente contemplada em pauta anterior, 3.837 indígenas e 8% dos trabalhadores de saúde.

Destarte, **essa pauta prevê um total de 1.2 milhão de doses da Vacina Sinovac/Butantan**, **correspondente à entrega das D1 e D2 do esquema vacinal e 2 milhões de doses da Vacina AstraZeneca/Fiocruz correspondente à entrega da D1.**

IMPORTANTE – VACINA SINOVAC/BUTANTAN

Tendo em vista o intervalo entre a D1 e D2 (2 a 4 semanas), e considerando que ainda não há um fluxo de produção regular da vacina, orienta -se que a D2 seja reservada para garantir que o esquema vacinal seja completado dentro desse período, evitando prejuízo nas ações de vacinação.

Ressalta-se que o quantitativo correspondente a **D2 da Vacina AstraZeneca/Fiocruz será distribuída às UFs em prazo oportuno** afim de completar o esquema vacinal. É importante destacar que o **intervalo entre as D1 e D2 de oito a doze semanas está preservado** e deverá ser observado, conforme consta no PNO e bula da vacina.

POPULAÇÃO

A população idosa consta estratificada no PNO para as faixas etárias de 60 a 64; 65 a 69; 70 a 74; 75 a 79; e 80 anos ou mais, para as quais foram definidas as estimativas. Considerando que não há uma estimativa oficial para a população de idosos de 80 a 84 anos e de 85 a 89 anos, os dados para essa população constam agregados na faixa etária de 80 anos ou mais. Neste sentido, para se estimar a população de 80 a 84 anos e 85 a 89 anos, objeto de pauta desse cronograma de distribuição (Quadros 1 e 2), foi realizada uma projeção linear a partir da pirâmide etária e da tendência observada de queda nas faixas etárias anteriores. Ressalta-se, portanto, que essa estimativa pode ter imprecisões e visa exclusivamente nortear a distribuição das doses aos estados e municípios de maneira proporcional à sua população de idosos acima de 80 anos.

Devido ao número de casos acumulados confirmados de covid-19, que colocam o Brasil em terceiro do ranking precedido apenas pelos Estados Unidos e Índia até o final da sexta semana epidemiológica (SE 6) de 2021 e, o aumento dos óbitos na região norte (SE 6), com a maior taxa de mortalidade do País, foram promovidas ações estratégicas para esta região, culminando na definição de um Fundo Estratégico, inicialmente, equivalente à 5% do total de doses de vacinas de cada uma das pautas de distribuição. O Fundo estratégico foi implementado a partir da segunda pauta de distribuição dessa Campanha, atendendo gradativamente os estados da região norte. Nesta pauta foi direcionado, do 5% do fundo estratégico,70% ao Amazonas, 20% ao Pará e 10% Acre para também atender aos seguintes grupos prioritários:

Amazonas - 70% do fundo estratégico, destinado ao atendimento de 86.667 pessoas entre 60 e 69 anos de idade (60 a 64 anos – 26% e 65 a 69 anos - totalizando 100%).

Pará – 20% do fundo estratégico, destinado ao atendimento de 24.762 pessoas entre 80 e 84 anos (50%).

Acre – 10% do fundo estratégico, destinado ao atendimento de 12.381 pessoas, perfazendo 100% de 75 a 84 anos e 13% de 70 a 74 anos de idade.

CONCLUSÃO

No decorrer da campanha, Informes Técnicos atualizarão **os cronogramas de distribuição dos lotes das vacinas** contratualizadas pelo MS e **novas orientações técnicas** que se façam necessárias à **continuidade da vacinação dos grupos alvo**, de forma cumulativa, até que se alcance o quantitativo total da população prevista nas estimativas e atualizações do PNO.

Por oportuno, a equipe da CGPNI se coloca à disposição para as orientações relativas às diretrizes para a operacionalização da campanha de vacinação contra a covid19 e outros esclarecimentos, fone: (61) 3315-3874, e-mail cgpni@saude.gov.br.

Quadro 1 - Distribuição das vacinas Sinovac/Butantan, Etapa 5 (1.2 milhão de doses)

Etapa 5, Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19					
Estado	**Fundo Estartégico 5% do total de doses**	**24% Pessoas de 80 a 84 anos**	**POP-ALVO FASE 1**		**BUTANTAN (1.200.000) D1+D2, 5%**
				CAIXAS	**DOSES**
				200	**1.200.000**
Rondônia	0	640	640	7	**1.400**
Acre	2.857	1.135	3.992	42	**8.400**
Amazonas	20.000	0	20.000	210	**42.000**
Roraima	0	495	495	5	**1.000**
Pará	5.714	11.997	17.711	186	**37.200**
Amapá	0	364	364	4	**800**
Tocantins	0	1.187	1.187	12	**2.400**
NORTE	**28.571**	**15.817**	**44.388**	**466**	**93.200**
Maranhão	0	14.057	14.057	148	**29.600**
Piauí	0	7.356	7.356	77	**15.400**
Ceará	0	23.453	23.453	246	**49.200**
Rio Grande do Norte	0	9.223	9.223	97	**19.400**
Paraíba	0	11.370	11.370	119	**23.800**
Pernambuco	0	22.862	22.862	240	**48.000**
Alagoas	0	6.360	6.360	67	**13.400**
Sergipe	0	4.309	4.309	45	**9.000**
Bahia	0	37.715	37.715	396	**79.200**
NORDESTE	**0**	**136.705**	**136.705**	**1.435**	**287.000**
Minas Gerais	0	65.444	65.444	687	**137.400**
Espírito Santo	0	10.940	10.940	115	**23.000**
Rio de Janeiro	0	56.567	56.567	594	**118.800**
São Paulo**	0	132.651	132.651	1.393	**278.600**
SUDESTE	**0**	**265.602**	**265.602**	**2.789**	**557.800**
Paraná	0	30.857	30.857	324	**64.800**
Santa Catarina	0	22.912	22.912	241	**48.200**
Rio Grande do Sul	0	40.143	40.143	421	**84.200**
SUL	**0**	**89.149**	**93.911**	**986**	**197.200**
Mato Grosso do Sul	0	6.279	6.279	66	**13.200**
Mato Grosso	0	5.602	5.602	59	**11.800**
Goiás	0	13.722	13.722	144	**28.800**
Distrito Federal	0	5.219	5.219	55	**11.000**
CENTRO-OESTE	**0**	**30.823**	**30.823**	**324**	**64.800**
BRASIL	**28.571**	**538.095**	**571.429**	**6.000**	**1.200.000**
Fundo Estratégico: 5% total de doses, sendo 70% AM; 20% PA; e 10% AC					
Amostra INCQS - retirada aleatória de 60 doses referente a 3 lotes					

Quadro 2 - Distribuição das vacinas AstraZeneca/Fiocruz, Etapa 5 (2.0 milhões de doses)

Etapa 5, Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19							
Estado	Fundo Estratégico 5% total Doses	8% Trabalhadores de Saúde	Pessoas de 85 a 89 (100%)	População indígena (excedente)	POP-ALVO FASE 1		ASTRAZENECA (2.000.000) D1, 5%
						CAIXAS	DOSES
						500	2.000.000
Rondônia	0	3.707	0	0	3.707	8	4.000
Acre	9.524	1.508	1.615	0	12.646	27	13.500
Amazonas	66.667	7.799	0	0	74.466	156	78.000
Roraima	0	1.149	93	0	1.242	3	1.500
Pará	19.048	13.865	25.273	0	58.186	122	61.000
Amapá	0	1.677	0	0	1.677	4	2.000
Tocantins	0	3.281	0	0	3.281	7	3.500
NORTE	**95.238**	**32.985**	**26.981**	**0**	**155.204**	**327**	**163.500**
Maranhão	0	13.839	33.422	0	47.260	99	49.500
Piauí	0	6.810	17.490	0	24.300	51	25.500
Ceará	0	20.531	55.760	499	76.790	161	80.500
Rio Grande do Norte	0	8.996	21.927	2.920	33.843	71	35.500
Paraíba	0	10.202	27.032	418	37.653	79	39.500
Pernambuco	0	23.750	54.356	0	78.106	164	82.000
Alagoas	0	7.747	15.122	0	22.869	48	24.000
Sergipe	0	5.410	10.244	0	15.653	33	16.500
Bahia	0	33.771	89.667	0	123.439	259	129.500
NORDESTE	**0**	**131.055**	**325.020**	**3.837**	**459.912**	**965**	**482.500**
Minas Gerais	0	54.066	155.595	0	209.661	440	220.000
Espírito Santo	0	10.047	26.010	0	36.057	76	38.000
Rio de Janeiro	0	52.407	134.489	0	186.896	392	196.000
São Paulo**	0	142.256	315.381	0	457.637	961	480.500
SUDESTE	**0**	**258.777**	**631.475**	**0**	**890.251**	**1.869**	**934.500**
Paraná	0	24.471	73.362	0	97.834	205	102.500
Santa Catarina	0	13.438	43.152	0	56.590	119	59.500
Rio Grande do Sul		32.924	95.441	0	128.365	270	135.000
SUL	**0**	**70.834**	**211.955**	**0**	**282.789**	**594**	**297.000**
Mato Grosso do Sul	0	6.264	14.929	0	21.194	45	22.500
Mato Grosso	0	6.832	13.320	0	20.152	42	21.000
Goiás	0	18.432	32.624	0	51.055	107	53.500
Distrito Federal	0	11.796	12.408	0	24.204	51	25.500
CENTRO-OESTE	**0**	**43.324**	**73.281**	**0**	**116.605**	**245**	**122.500**
BRASIL	**95.238**	**536.975**	**1.268.712**	**3.837**	**1.904.762**	**4.000**	

Fundo Estratégico: 5% total de doses, sendo 70% AM; 20% PA; e 10% AC

Amostra INCQS - retirada aleatória de 80 doses referente a 4 lotes

Apêndice VI – Quarto Informe Técnico/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS

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

QUARTO INFORME TÉCNICO

6ª PAUTA DE DISTRIBUIÇÃO

PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS RELATIVAS À CONTINUIDADE DA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19.

BRASILIA, 02 DE MARÇO DE 2021.

INTRODUÇÃO

A Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), atualiza as orientações técnicas relativas à continuidade da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, iniciada a partir da decisão de autorização emergencial pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para uso das vacinas Sinovac/Butantan (Vacina adsorvida covid-19 (inativada)) e AstraZeneca/Fiocruz (Vacina covid-19 (recombinante)).

A vacinação contra a covid-19 foi iniciada aos 18 de janeiro de 2021, com doses que somaram um quantitativo aproximado de 6 milhões, recebidas a partir do Laboratório Sinovac/Butantan. Posteriormente, o MS distribuiu, em 5 pautas consecutivas de distribuição (Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Fiocruz), um total de aproximadamente 15 milhões de doses, das quais 4 milhões da AstraZeneca/Fiocruz e cerca de 11 milhões da Sinovac/Butantan.

A Campanha Nacional de Vacinação, em andamento, já teve um alcance de aproximadamente 8,9 milhões de pessoas relacionadas aos seguintes grupos prioritários:

- Trabalhadores de Saúde (81%);
- Pessoas idosas (60 anos ou mais) residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas) (100%);
- Pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em residências inclusivas (institucionalizadas) (100%);
- Povos indígenas vivendo em terras indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena) (100% do quantitativo inicial repassado pela Secretaria de Saúde Indígena - SESAI);
- Idosos de 90 anos ou mais (100%);
- Idosos de 85 a 89 anos (100%); e
- Idosos de 80 a 84 anos (24%).

Adicionalmente, devido ao número de casos acumulados confirmados de covid-19 no Brasil, foram promovidas ações estratégicas para o País que culminaram na definição de um Fundo Estratégico, equivalente à 5% do total de doses de vacinas de cada uma das pautas de distribuição. O Fundo estratégico foi implemente do a partir da segunda pauta de distribuição dessa Campanha. Neste sentido, os estados da região norte, já beneficiados com esta ação, demonstram evolução na cobertura vacinal dos grupos prioritários de idosos a partir de 60 anos de idade.

JUSTIFICATIVA

Os **riscos de agravamento e óbito pela covid-19 e de vulnerabilidade social**, orientaram a definição dos grupos prioritários delineados no Plano Nacional de Operacionalização da vacinação contra a Covid-19, disponível no link:

https://www.gov.br/saude/pt- br/media/pdf/2021/janeiro/29/PlanoVacinaoCovid_ed4_15fev21_cgpni_18h05.pdf. Este tem como objetivo promover a redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus SARS-CoV2, bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais. Neste sentido, dando continuidade à Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid, a sexta pauta, incorporada ao presente Informe Técnico, traz o quantitativo adicional de 2.552.820 milhões de doses da vacina Sinovac/Butantan (Quadro1), a ser distribuído às 27 unidades federadas, para atender um total de 1.215.629 milhões de pessoas, dentre as quais 60.781 mil pessoas priorizadas pelo Fundo estratégico

(5% do total de doses:127.641 mil doses), para atender os estados de CE (10%), PB (5%), SE (5%), PR (10%), SC (10%), GO (10%), AM (30%), RO (5%), PA (10%) e RR (5%), e o restante distribuído para os grupos prioritários sequenciais das 27UF, igualitariamente, no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO):

- Pessoas de 80 a 84 anos (continuidade - perfazendo um total de 70%);
- Trabalhadores de saúde (continuidade - perfazendo um total de 82,8%);
- População indígena (excedente no estado do AM, 929 indígenas).

Quadro 1 - Distribuição das vacinas Sinovac/Butantan, Etapa 6 (2.5 milhões de doses). Brasil.

Estado	1,8% Trabalhadores de Saúde	Fundo Estartégico 5% do total de doses	Indígenas	46% Pessoas de 80 à 84 anos	POP-ALVO FASE 1		BUTANTAN (1.200.000) D1+D2, 5%
						CAIXAS	DOSES
							200
						200	2.552.820
Rondônia	830	3.039		4.242	8.111	85	17.000
Acre	337	0		2.145	2.483	26	5.220
Amazonas	1.746	18.234	925	9.006	29.912	314	62.800
Roraima	257	3.039		935	4.231	44	8.800
Pará	3.104	6.078		22.682	31.863	335	67.000
Amapá	375	0		1.709	2.085	22	4.400
Tocantins	734	0		5.574	6.309	66	13.200
NORTE	**7.383**	**30.391**	**925**	**46.294**	84.994	**892**	**178.420**
Maranhão	3.098	0		26.577	29.675	312	62.400
Piauí	1.524	0		13.908	15.432	162	32.400
Ceará	4.596	6.078		44.341	55.015	578	115.600
Rio Grande do Norte	2.014			17.436	19.450	204	40.800
Paraíba	2.284	3.039		21.496	26.819	282	56.400
Pernambuco	5.316			43.224	48.540	510	102.000
Alagoas	1.734			12.025	13.759	144	28.800
Sergipe	1.211	3.039		8.146	12.396	130	26.000
Bahia	7.560	0		71.304	78.863	828	165.600
NORDESTE	**29.336**	**12.156**	**0**	**258.457**	299.949	**3.150**	**630.000**
Minas Gerais	12.102	0		123.730	135.832	1.426	285.200
Espírito Santo	2.249	0		20.683	22.932	241	48.200
Rio de Janeiro	11.731	0		106.946	118.677	1.246	249.200
São Paulo**	31.843	0		250.792	282.635	2.968	593.600
SUDESTE	**57.926**	**0**	**0**	**502.151**	560.077	**5.881**	**1.176.200**
Paraná	5.478	6.078		58.338	69.894	734	146.800
Santa Catarina	3.008	6.078		34.314	43.401	456	91.200
Rio Grande do Sul	7.370	0		75.895	83.265	874	174.800
SUL	**15.856**	**12.156**	**0**	**168.548**	196.560	**2.064**	**412.800**
Mato Grosso do Sul	1.402	0		11.872	13.274	139	27.800
Mato Grosso	1.529	0		10.592	12.121	127	25.400
Goiás	4.126	6.078		25.942	36.146	380	76.000
Distrito Federal	2.640	0		9.867	12.508	131	26.200
CENTRO-OESTE	**9.698**	**6.078**	**0**	**58.274**	74.050	**777**	**155.400**
BRASIL	**120.199**	**60.781**	**925**	**1.033.723**	**1.215.629**	**12.764**	**2.552.820**
				1.215.629			2.552.820

Fundo Estratégico: 10%CE, 5%PB, 5%SE, 10%PR, 10%SC, 10%GO, 30%AM, 5%RO, 10%PA e 5%RR
Amostra INCQS - retirada aleatória de 80 doses referente a 9 lotes, ou seja, 2 frascos por lote: 18 frascos / 180 doses
O Estado de SP já retirou 577.450 doses, havendo pendência da entrega por parte do MS da diferença, 16.150 doses

Os estados contemplados com o Fundo Estratégico, nos percentuais supra relacionados, referente à 5% do total de doses disponibilizadas nesta Etapa 6 (127.641 mil doses), deverão proporcionar o acesso à população de idosos dos grupos prioritários estabelecidos sequencialmente no PNO, de forma a promover a aceleração da vacinação desta população.

UF	**Total de População contemplada com o Fundo Estratégico-Etapa6**
Rondônia	**3.039**
Amazonas	**18.234**
Roraima	**3.039**
Pará	**6.078**
Ceará	**6.078**
Paraíba	**3.039**
Sergipe	**3.039**
Paraná	**6.078**
Santa Catarina	**6.078**
Goiás	**6.078**
TOTAL	**60.781**

Destarte, com as doses previstas nesta pauta, totaliza-se a distribuição de aproximadamente 17,5 milhões de doses de vacinas COVID-19, dando acesso à vacinação de cerca de 11 milhões de pessoas, das quais 7 milhões já receberam a vacina Sinovac/Butantan com esquema de vacinação completo (D1 e D2).

IMPORTANTE – VACINA SINOVAC/BUTANTAN

Tendo em vista o intervalo entre a D1 e D2 (2 à 4 semanas), e considerando o fluxo de produção e consequente distribuição da vacina, orienta-se que a D2 seja reservada para garantir que o esquema vacinal seja completado dentro desse período, evitando prejuízo às ações de vacinação.

POPULAÇÃO

A população idosa consta estratificada no PNO para as faixas etárias de 60 a 64; 65 a 69; 70 a 74; 75 a 79; e 80 anos ou mais, para as quais foram definidas as estimativas. Considerando que não há uma estimativa oficial para a população de idosos de 80 a 84 anos, os dados para essa população constam agregados na faixa etária de 80 anos ou mais. Neste sentido, para se estimar a população de 80 a 84 anos, objeto de pauta desse cronograma de distribuição (Quadro 1), foi realizada uma projeção linear a partir da pirâmide etária e da tendência observada de queda nas faixas etárias anteriores. Essa estimativa pode ter imprecisões e visa exclusivamente nortear a distribuição das doses aos estados e municípios de maneira proporcional à sua população de idosos acima de 80 anos, sistematizando a organização e execução da Campanha nacional.

Com relação a distribuição do fundo estratégico, optou-se pela priorização de locais com maior Índice de vulnerabilidade social (IVS), conforme calculado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), e com tendência de ascensão na ocorrência de casos de síndrome respiratória aguda grave, conforme divulgado nos boletins semanais do InfoGripe (https://gitlab.procc.fiocruz.br/mave/repo/tree/master/Boletins%20do%20InfoGripe), produzidos pelo Programa de Computação Científica da Fiocruz. O critério se justifica devido a associação entre condições socioeconômicas e maiores taxas de mortalidade por covid-19, objetivando-se priorizar locais com maior

risco de colapso futuro pela covid-19 e menor capacidade estrutural para resposta à pandemia. Ressalta-se que o impacto esperado das ações de vacinação iniciará apenas cerca de 30 dias após a distribuição da vacina, considerando os tempos operacionais bem como o tempo necessário para desenvolvimento da resposta imune. Desta forma, não se pode considerar a vacinação como uma resposta imediata para contenção da circulação do vírus, sendo uma medida preventiva para redução da ocorrência de casos graves e óbitos a médio e longo prazo.

CONCLUSÃO

No decorrer da campanha, os Informes Técnicos permanecerão como meio de atualização **dos cronogramas de distribuição dos lotes das vacinas** contratualizadas pelo MS e **novas orientações técnicas** que se façam necessárias à **continuidade da vacinação dos grupos alvo**, de forma cumulativa, até que se alcance o quantitativo total da população prevista nas estimativas e atualizações do PNO.

Destaca-se que há previsão do fechamento de pauta de distribuição semanal (terça feira) e transporte às 27 unidades federadas entre as quartas e quintas feiras, mediante disponibilidade de vôo, sujeito à revisão/oscilação.

Ratifica-se a importância da comunicação imediata ao MS de quaisquer ocorrências relacionadas as vacinas COVID-19, de forma a viabilizar ações efetivas em tempo oportuno. As **variações de volume extra** deverão ser conduzidas de acordo com as orientações previstas na Nota Técnica n°108/2021

"O volume excedente poderá ser utilizado **desde que seja possível aspirar o volume de uma dose completa de 0,5ml de um único frasco-ampola. A mistura de vacina de frascos-ampola diferentes para completar uma dose é rigorosamente CONTRAINDICADO, uma vez que as vacinas estão sujeitas à contaminação."**

Por oportuno, esclarece-se que será disponibilizado quadro de monitoramento com a evolução da Campanha nacional no site do Ministério da Saúde. Adicionalmente, a Equipe se coloca à disposição para as orientações relativas às diretrizes para a operacionalização da campanha de vacinação contra a covid- 19 e outros esclarecimentos, fone: (61) 3315-3874, e-mail cgpni@saude.gov.br.

FRANCIELI FONTANA SUTILE TARDETTI FANTINATO
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações

LAURÍCIO MONTEIRO CRUZ
Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

Brasília, 02/03/2021
Referência: Processo nº 25000.009758/2021-77
SEI nº 001928621

Apêndice VI – Quinto Informe Técnico/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS

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

QUINTO INFORME TÉCNICO

7ª PAUTA DE DISTRIBUIÇÃO

PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS RELATIVAS À CONTINUIDADE DA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19.

A Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), atualiza as orientações técnicas relativas à continuidade da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, iniciada a partir da decisão de autorização emergencial pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para uso das vacinas Sinovac/Butantan (Vacina adsorvida covid-19 (inativada)) e AstraZeneca/Fiocruz (Vacina covid-19 (recombinante)).

A vacinação contra a covid-19 foi iniciada aos 18 de janeiro de 2021 com doses que somaram um quantitativo aproximado de 6 milhões, recebidas a partir do Laboratório Sinovac/Butantan. Posteriormente, o MS distribuiu, em 6 pautas consecutivas de distribuição (Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Fiocruz), um total de aproximadamente 17,5 milhões de doses, das quais 4 milhões da AstraZeneca/Fiocruz e cerca de 13,5 milhões da Sinovac/Butantan.

A Campanha Nacional de Vacinação, em andamento, já teve um alcance (até a pauta 6) de aproximadamente 10,2 milhões de pessoas relacionadas aos seguintes grupos prioritários:

- Trabalhadores de Saúde (82,8%);
- Pessoas idosas (60 anos ou mais) residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas) (100%);
- Pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em residências inclusivas (institucionalizadas) (100%);

- Povos indígenas vivendo em terras indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena) (100% do quantitativo inicial repassado pela Secretaria de Saúde Indígena - SESAI);
- Idosos de 90 anos ou mais (100%);
- Idosos de 85 a 89 anos (100%); e
- Idosos de 80 a 84 anos (70%).

Adicionalmente, esclarece-se que devido ao número de casos acumulados confirmados de covid-19 no Brasil, foram promovidas ações estratégicas para o País que culminaram na definição de um Fundo Estratégico, equivalente à 5% do total de doses de vacinas nas pautas de distribuição de 2 à 6. O Fundo estratégico foi implementado a partir da segunda pauta de distribuição dessa Campanha. Neste sentido, os estados da região norte, já beneficiados com esta ação, demonstram evolução na disponibilização de vacina aos grupos prioritários de idosos a partir de 60 anos de idade. A partir da sétima pauta, em virtude do cenário epidemiológico com ascensão de casos de covid-19 em todas as Unidades Federadas do País, interrompeu-se a disponibilização do fundo estratégico (5%).

JUSTIFICATIVA

Os **riscos de agravamento e óbito pela covid-19 e de vulnerabilidade social**, orientaram a definição dos grupos prioritários delineados no Plano Nacional de Operacionalização da vacinação contra a Covid-19, disponível no link: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/29/PlanoVacinaoCovid_ed4_15fev21_cgpni_18h05.pdf. Estes têm como objetivo promover a redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus SARS-CoV2, bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.

Observadas as orientações epidemiológicas e dando continuidade à Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid, a sétima pauta, incorporada ao presente Informe Técnico, traz o quantitativo adicional de 2,6 milhões de doses da vacina Sinovac/Butantan (Quadro1), a ser distribuído às 27 unidades federadas, para atender um total de 1.238.095 milhões de pessoas, distribuídas igualitariamente aos grupos prioritários sequenciais previstos no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO):

- Pessoas de 80 a 84 anos (30% dando continuidade ao grupo e perfazendo o atendimento do total de 100% das pessoas estimadas para o grupo);
- Trabalhadores de saúde (1,5% dando continuidade ao grupo e perfazendo o atendimento do total de 84,3% das pessoas estimadas para o grupo);
- Pessoas de 75 a 79 anos (13%).

Quadro 1 - Distribuição das vacinas Sinovac/Butantan, Etapa 6 (2.6 milhões de doses). Brasil

Estado	1,5% Trabalhadores de Saúde	13% Pessoas de 75 a 79 anos	30% Pessoas de 80 à 84 anos	POP-ALVO FASE 1		BUTANTAN D1+D2, 5%
					CAIXAS	DOSES
					200	2.600.000
Rondônia	459	2.557	2.767	5.783	61	**12.200**
Acre	187	1.170	1.399	2.755	29	**5.800**
Amazonas	966	4.961	5.874	11.801	124	**24.800**
Roraima	142	592	610	1.345	14	**2.800**
Pará	1.717	12.800	14.792	29.309	308	**61.600**
Amapá	208	908	1.115	2.231	23	**4.600**
Tocantins	406	2.861	3.635	6.903	72	**14.400**
NORTE	**4.084**	**25.849**	**30.192**	60.126	631	126.200
Maranhão	1.714	12.737	17.333	31.783	334	**66.800**
Piauí	843	7.238	9.070	17.151	180	**36.000**
Ceará	2.542	20.830	28.918	52.290	549	**109.800**
Rio Grande do Norte	1.114	8.080	11.372	20.566	216	**43.200**
Paraíba	1.263	10.187	14.019	25.470	267	**53.400**
Pernambuco	2.941	21.593	28.190	52.724	554	**110.800**
Alagoas	959	6.469	7.842	15.271	160	**32.000**
Sergipe	670	4.321	5.313	10.304	108	**21.600**
Bahia	4.182	34.327	46.502	85.011	893	**178.600**
NORDESTE	**16.228**	**125.782**	**168.559**	310.570	3.261	652.200
Minas Gerais	6.695	57.151	80.693	144.539	1.518	**303.600**
Espírito Santo	1.244	9.207	13.489	23.941	251	**50.200**
Rio de Janeiro	6.490	48.414	69.747	124.651	1.309	**261.800**
São Paulo**	17.615	117.046	163.560	298.222	3.131	**626.200**
SUDESTE	**32.044**	**231.819**	**327.490**	591.353	6.209	1.241.800
Paraná	3.030	29.706	38.047	70.783	743	**148.600**
Santa Catarina	1.664	17.089	22.379	41.132	432	**86.400**
Rio Grande do Sul	4.077	35.870	49.497	89.444	939	**187.800**
SUL	**8.771**	**82.665**	**109.922**	201.359	2.114	422.800
Mato Grosso do Sul	776	6.015	7.743	14.533	153	**30.600**
Mato Grosso	846	5.985	6.908	13.738	144	**28.800**
Goiás	2.282	14.003	16.919	33.205	349	**69.800**
Distrito Federal	1.461	5.316	6.435	13.212	139	**27.800**
CENTRO-OESTE	**5.365**	**31.319**	**38.005**	74.688	785	157.000
BRASIL	**66.493**	**497.435**	**674.167**	**1.238.095**	**13.000**	**2.600.000**
			1.238.095			2.600.000

Amostra INCQS - retirada aleatória de 60 doses referente a 3 lotes, ou seja, 2 frascos por lote: 6 frascos / 60 doses

O Estado de SP já retirou 203.400 doses (03/03); 113.000 doses (04/03); e 136.000 doses (05/03), havendo pendência da entrega por parte do MS da diferença, 173.800 doses

Os estados contemplados com o Fundo Estratégico (5% do total de doses disponibilizadas) em pautas anteriores deverão nesta Etapa 7 proporcionar continuidade da vacinação, dando acesso à população de idosos dos grupos prioritários estabelecidos sequencialmente no PNO, de forma a promover a aceleração da vacinação das respectivas populações.

Destarte, com as doses previstas nesta pauta, totaliza-se a distribuição de aproximadamente 20,16 milhões de doses de vacinas COVID-19, dando acesso à vacinação de cerca de 11,5 milhões de pessoas. As vacinas Sinovac/Butantan foram disponibilizadas às pessoas dos grupos alvo das unidades federativas em quantitativos compatíveis ao esquema completo (D1 e D2), além de um percentual de 5% compatível com uma reserva técnica, prevendo possíveis perdas operacionais.

IMPORTANTE – VACINA SINOVAC/BUTANTAN

Tendo em vista o intervalo entre a D1 e D2 (2 à 4 semanas), e considerando o fluxo de produção e consequente distribuição da vacina, orienta-se que a D2 seja reservada para garantir que o esquema vacinal seja completado dentro desse período, evitando prejuízos às ações de vacinação.

POPULAÇÃO

A população idosa consta estratificada no PNO para as faixas etárias de 60 a 64; 65 a 69; 70 a 74; 75 a 79; e 80 anos ou mais, para as quais foram definidas as estimativas. Considerando que não há uma estimativa oficial para a população de idosos de 80 a 84 anos, os dados para essa população constam agregados na faixa etária de 80 anos ou mais. Neste sentido, para se estimar a população de 80 a 84 anos, objeto de pauta desse cronograma de distribuição (Quadro 1), foi realizada uma projeção linear a partir da pirâmide etária e da tendência observada de queda nas faixas etárias anteriores. Essa estimativa pode ter imprecisões e visa exclusivamente nortear a distribuição das doses aos estados e municípios de maneira proporcional à sua população de idosos acima de 80 anos, sistematizando a organização e execução da Campanha nacional.

Ratifica-se que a Câmara Técnica do Eixo "Situação epidemiológica e a definição da população-alvo para vacinação" permanece avaliando as evoluções epidemiológicas do País; os Índices de vulnerabilidade social (IVS), conforme calculado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); e a tendência de ascensão na ocorrência de casos de síndrome respiratória aguda grave, conforme divulgado nos boletins semanais do InfoGripe (https://gitlab.procc.fiocruz.br/mave/repo/tree/master/Boletins%20do%20InfoGripe), produzidos pelo Programa de Computação Científica da Fiocruz, para orientação de ações oportunas considerando as previsões de cronogramas de recebimento de vacinas dos diferentes contratos estabelecidos pelo MS.

Ressalta-se que o impacto esperado das ações de vacinação iniciará apenas cerca de 30 dias após a distribuição da vacina, considerando os tempos operacionais bem como o tempo necessário para desenvolvimento da resposta imune. Desta forma, não se pode considerar a vacinação como uma resposta imediata para contenção da circulação do vírus, sendo uma medida preventiva para redução da ocorrência de casos graves e óbitos a médio e longo prazo.

IMPORTANTE:

1- MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS:

Considerando o atual cenário de transmissão comunitária da covid-19 em todo território nacional, faz-se necessária a manutenção das **medidas não farmacológicas** de prevenção à transmissão do vírus, tais como:

uso de máscara;

distanciamento social;

etiqueta respiratória; e

higienização das mãos, dos objetos de uso pessoal e comercializados, dentre outros

2- VARIAÇÃO DE VOLUME EXTRA DA VACINA COVID (FRASCO-AMPOLA):

Nota Técnica n°108/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS

OBS: "O volume excedente poderá ser utilizado **desde que seja possível aspirar o volume de uma dose completa de 0,5ml de um único frasco-ampola. A mistura de vacina de frascos-ampola diferentes para completar uma dose é rigorosamente CONTRAINDICADO, uma vez que as vacinas estão sujeitas à contaminação."**

MONITORAMENTO

Observa-se que até o momento, com as doses distribuídas já foi promovida a oportunidade de estados e municípios organizarem suas ações para atender com a vacinação de 100% de pessoas dos grupos prioritários com esquema completo (D1 e D2):

- Pessoas idosas (60 anos ou mais) residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas);
- Pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em residências inclusivas (institucionalizadas);
- Povos indígenas vivendo em terras indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena); e
- Idosos de 80 anos ou mais; e
- 13% das pessoas de 75 a 79 anos.

Complementarmente, 35% dos trabalhadores de saúde tiveram acesso exclusivamente à dose D1 da vacina AstraZeneca/Fiocruz e 49,3% tiveram acesso às 2 doses da

vacina Sinovac/Butantan, compatível com o esquema completo de vacinação, perfazendo um total de 84,3% dessa classe com acesso à vacinação.

Em relação ao planejamento das etapas de distribuição futuras, vinculadas ao cronograma de entrega atualizado pelo Laboratório Butantan (vacina contra a covid-19 Sinovac/Butantan) prevê-se a entrega adicional de 20.100.000 milhões de doses distribuídas nas próximas semanas do mês de março em três etapas consecutivas, promovendo um alcance total, até o início de abril, à 27% da população dos grupos alvo definidos no PNO, com acesso à vacinação (estimativa total da campanha: 77,2 milhões de pessoas), conforme segue:

Etapa	Semana Ref.	Fechamento Pauta	Total Doses	População Contemplada	População Alvo Total Acumulada
8	sem.3/março	16/03/2021	4.500.000	2.142.857	13,65 milhões
9	sem.4/março	23/03/2021	5.000.000	2.380.952	16 milhões
10	sem.5/março	30/03/2021	8.200.000	3.904.761	19,9 milhões
11	sem.2/abril	06/04/2021	2.400.000	1.142.857	21 milhões
Total	--	--	**20.100.000**	**9.571.427**	**27%**

Adicionalmente, há previsão de **entrega de 3.8 milhões de doses da vacina AstraZeneca**, sem confirmação de cronograma de recebimento, com as quais 3.619.047 milhões de pessoas dos grupos alvo terão acesso à vacinação, **1.904.761 milhões de trabalhadores de saúde** terão acesso à dose **D2**, completando o esquema vacinal iniciado em fevereiro com a vacina AstraZeneca/Fiocruz (27% de trabalhadores de saúde) e **1.714.286 milhões de pessoas do grupo alvo iniciarão o esquema vacinal com com a D1**, incrementando a população brasileira que já teve acesso à vacina contra a covid-19 e totalizando **22,7 milhões de pessoas vacinadas, ou 29%** da população total dos grupos prioritários.

Os cronogramas de entrega acima apresentados estão sujeitos a alterações, a depender da entrega efetiva ao MS pelos produtores.

CONCLUSÃO

No decorrer da campanha, os Informes Técnicos permanecerão como meio de atualização **dos cronogramas de distribuição dos lotes das vacinas** contratualizadas pelo MS e **novas orientações técnicas** que se façam necessárias à **continuidade da vacinação dos grupos alvo**, de forma cumulativa, até que se alcance o quantitativo total da população prevista nas estimativas e atualizações do PNO.

Destaca-se que há previsão do fechamento das pautas de distribuição das vacinas Sinovac/Butantan em intervalos semanais (terça-feira) e transporte/entrega às 27 unidades federadas entre terças e quintas feiras, mediante disponibilidade de vôo, estando sujeito à revisão/oscilação.

Ratifica-se a importância da comunicação imediata ao MS de quaisquer ocorrências relacionadas as vacinas COVID-19, de forma a viabilizar ações efetivas em tempo oportuno.

Por oportuno, esclarece-se a Equipe da CGPNI se coloca à disposição para as orientações relativas às diretrizes para a operacionalização da campanha de vacinação contra a covid- 19 e outros esclarecimentos, fone: (61) 3315-3874, e-mail cgpni@saude.gov.br.

FRANCIELI FONTANA SUTILE TARDETTI FANTINATO
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações

LAURÍCIO MONTEIRO CRUZ
Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

Brasília, 02/03/2021



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0019407764** e o código CRC **3B932C0B**.



VACINAÇÃO

BRASIL IMUNIZADO

SOMOS UMA SÓ NAÇÃO

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

OFÍCIO CIRCULAR Nº 33/2021/SVS/MS

Brasília, 08 de fevereiro de 2021.

Aos (as) Secretários (as) Estaduais da Saúde
Ao Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS
Ao Presidente do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS
Aos Presidentes dos Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS

Assunto: Recomendação dos Grupos Prioritários da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 - 2021

Senhor(a) Presidente,

1. O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, divulgado pelo Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), estabelece os grupos prioritários para receber a vacina COVID-19.

2. É importante ressaltar que a priorização de grupos populacionais para a vacinação foi necessária diante do contexto de não disponibilidade imediata de vacina para todos os grupos suscetíveis à doença, de forma que **estão sendo priorizados primeiramente os grupos de maior risco para agravamento pela doença caso venham a se infectar**. Além disso, é necessário preservar a força de trabalho para manutenção dos serviços de saúde. E, em seguimento, vacinação das populações de maior vulnerabilidade e exposição aos impactos da pandemia e dos trabalhadores dos serviços essenciais.

3. Diante dos estudos, até o momento apresentados, os grupos que possuem maior risco para agravamento e óbito pela covid-19 são população idosa e população portadora de determinadas comorbidades e imunodeficiências (vide Quadro 1 da segunda versão do Plano - Anexo 0018847419).

4. Destaca-se que a partir de 60 anos de idade o indivíduo acometido pela covid-19 apresenta mais que o dobro do risco para hospitalização e óbito pela doença que os demais grupos. Riscos esses que aumentam consideravelmente conforme aumentam a idade, por exemplo, para idosos com 90 anos e mais o risco de hospitalização e de óbito por covid-19 apresenta-se 8,5 e 18,3 vezes maior que os demais grupos.

5. A definição dos grupos e sua priorização foi realizada no âmbito da Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis (Portaria GAB/SVS n° 28 de 03 de setembro de 2020), composta por representantes deste ministério e de outros órgãos governamentais e não governamentais, assim como Sociedades Científicas, Conselhos de Classe, especialistas com expertise na área, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). A decisão foi pautada também nas recomendações do SAGE - Grupo

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

6. Elencados os grupos prioritários, o Ministério da Saúde, por meio do PNI, encontra-se distribuindo os imunobiológicos, de forma proporcional, para as Unidades Federativas (UF) a fim de cobrir toda a população-alvo definida pelo PNI para vacinação. **A vacinação contra covid-19 no Brasil teve início em 18 de janeiro de 2020 com quantitativo bastante limitado de doses de vacina**, direcionadas para cobrir inicialmente 34% dos trabalhadores da saúde (priorizando equipes de vacinação envolvidas na primeira etapa e trabalhadores de unidades envolvidas diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de covid-19); pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas); pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em Residências Inclusivas (institucionalizadas); e população indígena vivendo em terras indígenas.

7. A disponibilidade de vacinas ainda não está com cronograma regular, desta forma, **está sendo utilizada a estratégia de etapas dos grupos prioritários com base na quantidade de doses entregues pelos laboratórios produtores**. As doses são enviadas às UF, conforme disponibilidade, para grupos previamente definidos e estimados, acordados em decisão tripartite.

8. Cabe ressaltar que **não seguir a ordem priorizada pelo PNI pode acarretar na falta de vacinas para os grupos de maior risco de adoecimento e óbito pela covid-19**. E, uma vez que nas primeiras etapas da campanha nacional de vacinação não foi possível cobrir 100% dos trabalhadores da saúde o PNI orientou vacinar primeiramente os trabalhadores que estiverem em unidades de atendimento à covid-19, porém, ficou facultado às UF definirem em esfera bipartite essa estratificação de acordo com suas respectivas realidades locais.

9. Ademais, com relação à vacina Coronavac, ressalta-se que o Ministério da Saúde está enviando às UF um quantitativo já prevendo o esquema completo de 2 doses para os grupos elencados. O PNI ratifica a necessidade de finalização do esquema para adequada proteção. **Para as UF e Municípios que venham a alterar a ordem de priorização dos grupos para vacinação, cabe informar que o Ministério da Saúde não poderá dispor de quantitativos extras de doses da vacina COVID-19, tendo em vista os cronogramas de entregas dos laboratórios produtores, assumindo-se assim os riscos de eventuais faltas de vacina para os respectivos grupos**.

10. Além disso, uma vez que não há estudos de coadministração da vacina COVID-19 com outras vacinas, de forma que não está recomendada a vacinação concomitante, **a campanha de influenza está sendo pensada com base nestas etapas de vacinação dos grupos prioritários preconizados pelo PNI**. Nunca houve uma campanha de vacinação dessa magnitude, iniciada em tão pouco tempo. E, ao considerar também a grande abrangência da campanha de influenza, assim como a sobreposição da população-alvo, faz-se necessária uma organização e programação orquestrada e bem articulada para operacionalização de ambas as campanhas.

11. Assim o PNI **reforça a necessidade das UF seguirem as recomendações definidas nos informes e notas técnicas**, no que diz respeito aos grupos prioritários, cronogramas e as etapas da Campanha Nacional da vacinação contra covid-19.

12. Oportunamente reforçar-se a **necessidade da correta identificação da vacina administrada (data, nome/laboratório da vacina e lote) no cartão de vacinação do usuário**, a fim de facilitar a identificação de qual imunizante foi administrado e evitar a intercambialidade, não estudada até o momento, na segunda dose, além de manter o usuário melhor informado acerca da vacina recebida.

13. As atualizações e orientações necessárias acerca da Campanha Nacional de Vacinação contra covid-19 ocorrerão por meio dos Informes Técnicos e Notas Informativas em tempo oportuno.

14. Para informações adicionais, a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) poderá ser contatada pelo telefone (61) 3315-3999/3167.

Atenciosamente,

Arnaldo Correia de Medeiros
Secretário
Secretaria de Vigilância em Saúde

Documento assinado eletronicamente por **Arnaldo Correia de Medeiros**, **Secretário(a) de Vigilância em Saúde**, em 08/02/2021, às 12:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0018962237** e o código CRC **4CEA12C7**.

Referência: Processo nº 25000.016345/2021-49 SEI nº 0018962237

Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br

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

OITAVO INFORME TÉCNICO

10ª PAUTA DE DISTRIBUIÇÃO

PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS RELATIVAS À CONTINUIDADE DA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

A Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), atualiza as orientações técnicas relativas à continuidade da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, iniciada a partir da decisão de autorização emergencial pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para uso das vacinas Sinovac/Butantan (Vacina adsorvida covid-19 (inativada)) e AstraZeneca/Fiocruz (Vacina covid-19 (recombinante)).

A vacinação contra a covid-19 foi iniciada em 18 de janeiro de 2021 com doses que somaram um quantitativo aproximado de 6 milhões, recebidas a partir do Laboratório Sinovac/Butantan. Em continuidade ao processo, o MS distribuiu 9 pautas consecutivas de vacinas (Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Fiocruz), **incluindo a 10ª Pauta em comento**, as quais já viabilizaram a entrega de um total aproximado de **33,9 milhões de doses**, das quais 6,07 milhões da vacina AstraZeneca/Fiocruz e cerca de 27,9 milhões da vacina Sinovac/Butantan, **com o alcance de aproximadamente 24,6 milhões de pessoas**.

Neste sentido, atualiza-se o alcance dos grupos alvo priorizados sequencialmente no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO) (Quadro 1) e as **ORIENTAÇÕES RELATIVAS À ESTRATÉGIA DE UTILIZAÇÃO DAS VACINAS SINOVAC/BUTANTAN PARA ACELERAÇÃO DA VACINAÇÃO NO PAÍS.**

ATENÇÃO:

Ratifica-se a realização das reuniões extraordinárias tripartite semanalmente (terça-feira) para definição da ESTRATÉGIA a ser adotada a CADA NOVA PAUTA, primando pela garantia da segurança do cumprimento do esquema vacinal e da melhor oferta de vacina ao País, no declarado momento de pandemia.

Na 10° PAUTA está orientado o **USO INTEGRAL** das doses da vacina **BUTANTAN** como **D1** do esquema vacinal (Quadro 3). Esclarece-se que as tomadas de decisões decorrentes das reuniões extraordinárias tripartite para pactuação observam as confirmações do cronograma de entrega por parte do Laboratório Butantan, que integra a referida reunião, para a garantia da disponibilidade da D2 e complementação do esquema em período definido em bula.

Quadro 1: Distribuição dos grupos prioritários atendidos. Brasil. 2021

Grupos Prioritários	(%) pessoas dos grupos atendidas ATÉ a 8ª Pauta	(%) pessoas dos grupos atendidas ATÉ a 9ª Pauta	(%) pessoas dos grupos A SEREM ATENDIDAS, INCLUINDO a 10ª Pauta
Trabalhadores de Saúde	91,3%	95%	97%
Pessoas idosas (60 anos ou mais) residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas)	100%	100%	100%
Pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência, residentes em residências inclusivas (institucionalizadas)	100%	100%	100%
Povos indígenas vivendo em terras indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena)	100%	100%	100%
Pessoas de 90 anos e mais	100%	100%	100%
Pessoas de de 85 a 89 anos	100%	100%	100%
Pessoas de 80 a 84 anos	100%	100%	100%
Pessoas de 75 a 79 anos	100%	100%	100%
Povos e Comunidades Tradicionais Ribeirinha	--	100%	100%
Povos e Comunidades Tradicionais Quilombola	--	63%	100%
Pessoas 70 a 74 anos	13%	78%	100%
Pessoas de 65 a 69 anos	--	--	30%

Fonte: Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

A **10ª Pauta** de distribuição incorpora a mesma orientação, para "**utilização do total das doses distribuídas como D1**", da vacina Sinovac/Butantan. É de extrema importância que os esquemas vacinais com a D2 sejam completados até a 4ª semana (de 2 a 4 semanas) após a dose inicial. **Orienta-se que a D2 seja administrada**, preferencialmente, levando em consideração o **intervalo máximo (4 semanas)**. **O MS disponibilizará as doses (D2) em tempo oportuno**.

ATENÇÃO:

As doses distribuídas por meio das **Pautas 8, 9 e 10 deverão ser utilizadas em sua integralidade como D1.**

Ressalta-se que esta vacina (Sinovac/Butantan) tem indicação de duas doses para completar o esquema vacinal.

Orienta-se que a **D2 seja administrada**, preferencialmente, levando em consideração o **intervalo máximo (4 semanas)**

OPERACIONALIZAÇÃO

Os **riscos de agravamento e óbito pela covid-19 e de vulnerabilidade social**, orientaram a definição dos grupos prioritários delineados no Plano Nacional de Operacionalização da vacinação contra a Covid-19. Estes têm como objetivo promover a redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus, bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.

Observadas as orientações epidemiológicas e dando continuidade à Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, **especificamente a 10ª pauta**, incorporada ao presente Informe Técnico, traz o quantitativo adicional aproximado de 1,022 milhões de doses da vacina AstraZeneca (Quadro 2) e 3,2 milhões de doses da vacina Sinovac/Butantan (Quadro 3), a ser

distribuído às 27 unidades federadas, para atender um total de cerca de 4,02 milhões de pessoas, por meio da distribuição igualitária aos grupos prioritários sequenciais previstos no PNO.

Quadro 2 - Distribuição das vacinas AstraZeneca, Etapa 10-A (1 milhão de doses). Brasil, 2021.

Estado	37% Povos e comunidades tradicionais quilombola	7% Pessoas de 65 a 69 anos	POP-ALVO FASE 1		ASTRAZENECA D1, 5%
				CAIXAS	DOSES
				100	1.022.300
Rondônia	520	3.490	4.010	42	4.200
Acre	0	1.333	1.333	14	1.400
Amazonas	3.160	6.223	9.383	99	9.900
Roraima	0	877	877	9	900
Pará	47.887	15.110	62.997	661	66.100
Amapá	3.180	1.133	4.312	45	4.500
Tocantins	2.417	3.180	5.598	59	5.900
NORTE	57.164	31.346	88.510	929	92.900
Maranhão	63.087	13.557	76.643	805	80.500
Piauí	15.591	7.805	23.395	246	24.600
Ceará	11.239	20.866	32.105	337	33.700
Rio Grande do Norte	9.218	7.807	17.025	179	17.900
Paraíba	7.054	9.788	16.842	177	17.700
Pernambuco	20.078	22.526	42.604	447	44.720
Alagoas	20.065	7.185	27.250	286	28.600
Sergipe	12.161	4.898	17.058	179	17.900
Bahia	99.107	35.207	134.313	1.410	141.000
NORDESTE	257.599	129.638	387.236	4.066	406.600
Minas Gerais	48.271	62.772	111.043	1.166	116.600
Espírito Santo	5.902	11.130	17.032	179	17.900
Rio de Janeiro	5.482	55.063	60.545	636	63.600
São Paulo**	3.825	134.589	138.414	1.453	145.300
SUDESTE	63.480	263.554	327.034	3.434	343.400
Paraná	3.554	33.197	36.751	386	38.600
Santa Catarina	3.244	20.774	24.018	252	25.200
Rio Grande do Sul	20.159	39.498	59.658	626	62.600
SUL	26.957	93.470	120.427	1.264	126.400
Mato Grosso do Sul	649	6.864	7.513	79	7.900
Mato Grosso	4.724	7.536	12.260	129	12.900
Goiás	7.552	16.444	23.996	252	25.200
Distrito Federal	4	6.639	6.643	70	7.000
CENTRO-OESTE	12.929	37.482	50.411	530	53.000
BRASIL	418.129	555.490	973.619	10.223	1.022.300
		973.619			1.022.300

Fonte: Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Dando continuidade ao atendimento aos povos e comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas, o grupo "Povos e Comunidades Tradicionais Quilombola" está sendo plenamente contemplado (100%) com as vacinas da AstraZeneca nesta 10° Pauta, ao ampliar o alcance aos 37% das pessoas pendentes deste grupo, considerando a disponibilização à 63% das pessoas deste grupo na pauta 9. As D2, para cumprimento do esquema vacinal com esta vacina, será encaminhada em tempo oportuno, garantindo o intervalo de 12 semanas entre as doses.

Quadro 3 - Distribuição das vacinas Sinovac/Butantan, Etapa 10-B (3,2 milhões de doses). Brasil, 2021.

Estado	2% de Trabalhadores de Saúde	23 % Pessoas de 65 a 69 anos	22% Pessoas de70 a 74 anos	POP-ALVO FASE 1		BUTANTAN D1, 5%
					CAIXAS	DOSES
					200	3.200.100
Rondônia	918	10.837	6.580	18.335	96	19.200
Acre	373	4.139	2.729	7.241	38	7.620
Amazonas	1.932	19.323	12.075	33.330	175	35.000
Roraima	285	2.723	1.665	4.672	25	5.000
Pará	3.434	46.918	30.318	80.670	424	84.800
Amapá	415	3.517	2.045	5.977	31	6.200
Tocantins	813	9.875	6.728	17.416	91	18.200
NORTE	8.169	97.331	62.140	167.640	880	176.020
Maranhão	3.427	42.094	28.974	74.495	391	78.200
Piauí	1.687	24.234	17.118	43.039	226	45.200
Ceará	5.085	64.790	48.587	118.462	622	124.400
Rio Grande do Norte	2.228	24.242	19.361	45.831	241	48.200
Paraíba	2.527	30.392	23.408	56.327	296	59.200
Pernambuco	5.882	69.944	51.086	126.911	666	133.200
Alagoas	1.919	22.310	15.389	39.618	208	41.600
Sergipe	1.340	15.207	10.496	27.043	142	28.400
Bahia	8.364	109.318	78.546	196.228	1.030	206.000
NORDESTE	32.457	402.532	292.966	727.955	3.822	764.400
Minas Gerais	13.390	194.909	133.512	341.811	1.795	359.000
Espírito Santo	2.488	34.560	21.943	58.992	310	62.000
Rio de Janeiro	12.979	170.973	118.013	301.966	1.585	317.000
São Paulo**	35.231	417.905	285.488	738.623	3.878	775.510
SUDESTE	64.088	818.347	558.956	1.441.391	7.568	1.513.600
Paraná	6.061	103.078	70.715	179.854	944	188.800
Santa Catarina	3.328	64.506	42.800	110.634	581	116.200
Rio Grande do Sul	8.154	122.645	85.858	216.656	1.137	227.400
SUL	17.543	290.229	199.373	507.144	2.662	532.400
Mato Grosso do Sul	1.551	21.313	14.112	36.976	194	38.800
Mato Grosso	1.692	23.398	14.929	40.019	210	42.000
Goiás	4.565	51.060	33.957	89.582	470	94.000
Distrito Federal	2.921	20.614	13.471	37.007	194	38.800
CENTRO-OESTE	10.730	116.385	76.469	203.584	1.068	213.600
BRASIL	132.986	1.724.824	1.189.905	3.047.714	16.000	3.200.020
			3.047.714		16.000	3.200.020

** O estado de SP já retirou 243.300 doses em 22/03/2021 e 473.300 em 23/03/2021, pendente a entrega de 58.910 doses. Foram retiradas amostras para análise do INCQS referente à 8 lotes, 16 frascos 160 doses

Fonte: Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Os estados contemplados com o Fundo Estratégico (5% do total de doses disponibilizadas) em pautas anteriores deverão nesta **Etapa 10** proporcionar a continuidade da vacinação, dando acesso à população de idosos dos grupos prioritários estabelecidos sequencialmente no PNO, de forma a promover a aceleração da vacinação das respectivas populações.

ATENÇÃO:

Sinovac/Butantan apresentação:

Frasco ampola com 5,0 ml, multidose com **10 doses (0,5ml/dose)**

****Volume extra reduzido para 0,7ml** mediante autorização da Anvisa

AstraZeneca:

Frasco ampola com 5,0 ml, multidose com **10 doses (0,5ml/dose) - tempo de validade após abertura do frasco de 6 horas.**

GRUPOS PRIORITÁRIOS E MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

A Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis "Eixo - Situação epidemiológica e a definição da população-alvo para vacinação" permanece acompanhando e avaliando as evoluções epidemiológicas do País; os

Índices de vulnerabilidade social (IVS), calculados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); e a tendência de ascensão na ocorrência de casos de síndrome respiratória aguda grave, divulgados nos boletins semanais do InfoGripe (https://gitlab.procc.fiocruz.br/mave/repo/tree/master/Boletins%20do%20InfoGripe), produzidos pelo Programa de Computação Científica da Fiocruz, para orientação de ações oportunas considerando as previsões de cronogramas de recebimento de vacinas dos diferentes contratos estabelecidos pelo MS.

Ressalta-se que o **impacto esperado das ações de vacinação se inicia após cerca de 30 dias da distribuição da vacina**, considerando os tempos operacionais bem como o tempo necessário para o desenvolvimento da resposta imune. Desta forma, não se pode considerar a vacinação como uma resposta imediata para contenção da circulação do vírus, sendo uma medida preventiva para redução da ocorrência de casos graves e óbitos a médio e longo prazo.

IMPORTANTE - MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS:

Considerando o atual cenário de transmissão comunitária da covid-19 em todo território nacional, faz-se necessária a manutenção das **medidas não farmacológicas** de prevenção à transmissão do vírus, tais como:

Uso de máscara;

Distanciamento social;

Etiqueta respiratória; e

Higienização das mãos, dos objetos de uso pessoal e comercializados, dentre outros

MONITORAMENTO

Observa-se que a **agenda disponível no Formulário eletrônico RedCap** (https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=TT8JWH3W3H) será o ÚNICO meio utilizado pelo Ministério da Saúde para o agendamento das entregas das vacinas. Neste sentido, é RIGOROSAMENTE necessário que os estados declarem a ciência da data e horário proposto para entrega e confirmem a aceitação da proposta ou sugiram nova agenda, por meio da ferramenta.

Observa-se ainda que, afim de assegurar o uso adequado da ferramenta, isento de erros/falhas, foi estabelecido um **período de transição** que ocorreu nas entregas relativas às Etapas 8 e 9, nas quais a Operadora logística comunicou, também, por e-mail a agenda proposta aos contatos habituais cadastrados pelos estados.

Nos casos de variação de volume extra das vacinas contra a covid-19, observar as orientações da **Nota Técnica n°108/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. **É rigorosamente CONTRAINDICADO a mistura de vacina de frascos-ampola diferentes para completar uma dose, uma vez que as vacinas estão sujeitas à contaminação.**

NOTIFIQUE: Não sendo possível aspirar o total de doses do frasco o profissional deverá notificar no Notivisa - https://www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmLogin.asp).

CONCLUSÃO

No decorrer da campanha, os Informes Técnicos permanecerão como meio de atualização **dos cronogramas de distribuição dos lotes das vacinas** contratualizadas pelo MS e **novas orientações técnicas** que se façam necessárias à **continuidade da vacinação dos grupos alvo**, de forma cumulativa, até que se alcance o quantitativo total da população prevista nas estimativas e atualizações do PNO.

Ratifica-se a importância da comunicação imediata ao MS de quaisquer ocorrências relacionadas as vacinas COVID-19, de forma a viabilizar ações efetivas em tempo oportuno.

A Equipe da CGPNI se coloca à disposição para as orientações relativas às diretrizes para a operacionalização da campanha de vacinação contra a covid- 19 e outros esclarecimentos, fone: (61) 3315-3874, e-mail cgpni@saude.gov.br.

FRANCIELI FONTANA SUTILE TARDETTI FANTINATO
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações

LAURÍCIO MONTEIRO CRUZ
Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

Brasília, 16/03/2021

Documento assinado eletronicamente por **Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato**, **Coordenador(a)-Geral do Programa**

Nacional de Imunizações, em 25/03/2021, às 12:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Lauricio Monteiro Cruz**, **Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis**, em 25/03/2021, às 12:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0019736274** e o código CRC **67E08E65**.

Referência: Processo nº 25000.009758/2021-77 SEI nº 0019736274

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações - CGPNI
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA
6ª CÂMARA DE COORDENAÇÃO E REVISÃO
POPULAÇÕES INDÍGENAS E COMUNIDADES TRADICIONAIS

Ref:

GRUPO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR NO ÂMBITO DA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL (ADPF) N.º 742

1. A signatária, representante do Ministério Público Federal (MPF), em atenção ao deliberado na 2ª Reunião do Grupo de Trabalho Interdisciplinar no âmbito da ADPF 742, conduzida pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH), vem apresentar Considerações acerca da versão preliminar do "Plano Nacional de Enfrentamento da Pandemia COVID-19 no que concerne à população quilombola" (Plano), enviado em 31 de março de 2021, destacando inicialmente:

2. Em 19 de março de 2021, o Ministro Edson Fachin acolheu os embargos de declaração opostos pela Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos - CONAQ e partidos políticos e decidiu que:

> (...) 3. Assim, acolho, por ora, os Embargos de Declaração como pedido cautelar, nos termos do art. 304 do RISTF, e a fim de evitar o perecimento do direito, explícito as determinações do acórdão, determinando à União

Assinado com certificado digital por ANA BORGES COELHO SANTOS, em 06/04/2021 20:22. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 8DF0F868.AFB22CED.A97E0040.0CB88E82

> que, considerando como termo a quo data da publicação da ata de julgamento: **formule, no prazo de 30 dias, plano nacional de enfrentamento da pandemia covid-19 no que concerne à população quilombola, formulando objetivos, metas, ações programáticas, cronograma de implementação e metodologias de avaliação, contemplando, ao menos, providências visando a ampliação das estratégias de prevenção e do acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde, controle de entrada nos territórios por terceiros considerado isolamento social comunitário e distribuição de alimentos e material de higiene e desinfecção** (...) (grifo nosso)."

3. Na segunda reunião do Grupo de Trabalho, em 24.03.2021, ficou estabelecido o dia 30.03.2021 como prazo para o envio do Plano aos demais integrantes, inclusive para os representantes da sociedade civil, para suas considerações. Contudo, o envio ocorreu no dia 31.03.2021, razão por que da dilação do prazo para entrega das presentes Considerações para a presente data, 06.04.2021, que, aliás, era a data inicialmente prevista no calendário apresentado naquela reunião, com a sugestão de que a reunião do Grupo de Trabalho não ocorresse no mesmo dia, a despeito do curto tempo para cumprimento dos prazos estipulados na ADPF, de modo que agendada para 07.04.2021.

4. É de se destacar a necessidade de que se proceda ao exame e à incorporação das considerações dos demais integrantes do Grupo de Trabalho ao Plano apresentado pela União, diante da finalidade do Grupo de Trabalho, instituído para debater, aprovar e monitorar a execução do Plano nos termos da decisão do Ministro Edson Fachin, referendada pelo Pleno do STF, em 24.02.2021, que estabeleceu a elaboração do Plano como decorrente de um processo participativo e paritário mediante debate com a participação efetiva de representantes das comunidades quilombolas (CONAQ), do Ministério Público Federal (MPF), do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), da União, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e da Defensoria Pública da União (DPU).

Das Considerações do Ministério Público Federal ao Plano

5. Enfatiza-se, desde logo, que subsistem no Plano temáticas que não foram observadas e outras a serem aperfeiçoadas para um eficiente enfrentamento à Covid-19 entre os quilombolas.

6. Em geral, o Plano apresenta, em grande medida, as ações que a União já vinha realizando ou que foram realizadas em 2020 e que se revelaram então insuficientes e inadequadas para conter o avanço da pandemia da Covid-19 entre os quilombolas e para a sua mitigação, o que é a razão em princípio do ajuizamento da ADPF n.º 742.

Assinado com certificado digital por ANA BORGES COELHO SANTOS, em 06/04/2021 20:22. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 8DF0F868.AFB22CED.A97E0040.0CB88E82

7. Nesta versão do Plano sob apreciação, ainda se verificam objetivos, metas e ações apresentados de forma genérica, o que dificulta a aferição da eficiência e da eficácia das medidas apresentadas, o que se reveste de maior gravidade considerando o atual contexto agudo da pandemia, além de inviabilizar o seu monitoramento.

8. Há pouca ou nenhuma informação epidemiológica relativa às comunidades quilombolas no contexto da atual pandemia da Covid-19, não obstante o Ministério da Saúde ter declarado Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional há mais de um ano.

9. Os dados de caracterização da população quilombola e da situação epidemiológica são apresentados de modo superficial e sem maior análise ou buscando relacioná-los às medidas de enfrentamento preconizadas pelo Ministério da Saúde, pela Organização Mundial de Saúde e cientistas. A apresentação das comunidades quilombolas como grupo de risco para a Covid-19 é realizada sem profundidade, a confirmar a necessidade do ajuizamento da ADPF, diante da pouca atenção que os quilombolas, como integrantes da população brasileira, têm recebido dos formuladores dos planos e programas destinados à prevenção, tratamento e mitigação da pandemia.

10. A própria estimativa populacional da população quilombola carece de detalhamento para que possa ser utilizada no planejamento das ações do Plano. Nesse sentido, é imprescindível que sejam anexados ao Plano dados dessa população, discriminados por estado e município.

11. Destaca-se que, já nas páginas iniciais, o Plano explicita confusões conceituais a respeito das comunidades quilombolas. Os territórios quilombolas são heterogêneos em sua composição, formação e condições de vida.

12. A heterogeneidade está relacionada às formas diversas pelas quais esses grupos sociais se territorializaram em diálogo com os contextos locais, conflitos e estratégias construídas para obter e preservar seus meios de vida, conforme atestam os próprios documentos já produzidos pelo Estado nas fases instrutórias dos processos administrativos referentes à regularização fundiária dos territórios.

13. Dessa forma, o Plano deve, tanto quanto possível, considerar essas diferenças para estabelecer estratégias adequadas de intervenção em contextos de urgência como o atual.

14. O Plano ressente-se da inexistência de instâncias de coordenação e monitoramento, em níveis local, regional e federal, que contemplem a participação efetiva de representantes das comunidades quilombolas. Tal participação pode contribuir para mitigar as dificuldades próprias do Estado em lidar com a diversidade dessas comunidades.

15. Chama a atenção a ausência de informação sobre a previsão orçamentária ao longo do plano para diversas ações descritas, como por exemplo: "1.1. Divulgar campanha de sensibilização da população quilombola sobre a importância da prevenção e da vacinação contra covid-19" e "2. Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios

Assinado com certificado digital por ANA BORGES COELHO SANTOS, em 06/04/2021 20:22. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 8DF0F868.AFB22CED.A97E0040.0CB88E82

quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário".

16. Informa a União, em alguns casos, como nos itens supracitados, que são atividades que "não envolvem despesas específicas por se tratarem de atividades já desenvolvidas" e segue afirmando que "sem ônus adicional para os órgãos envolvidos, não se apresenta a seguir quadro demonstrativo de investimento orçamentário-financeiro para o alcance da meta".

17. Todavia, ainda que não impliquem adicionais orçamentários, é necessário apresentar o orçamento, considerando os fins da Administração Pública para um eficiente planejamento e implementação de políticas públicas.

18. O Ministério Público Federal e a CONAQ, em suas manifestações enviadas ao Grupo de Trabalho após a primeira reunião, em 19.03 e 22.03, indicaram a necessidade de que fosse apresentado o orçamento do Plano para sua implementação. Nesses termos, a CONAQ indicou:

> (1) apresentar metas para alcance dos resultados planejados (exemplo: número de cestas a serem distribuídas em 2021; número de kits a serem comprados em 2021); (2) apresentar a dotação orçamentária para execução das ações previstas, com os seguintes filtros: Órgão Superior, Unidade Orçamentária, Programa Orçamentário, Ação Orçamentária, Plano Orçamentário (no PO, descrever pelo menos o Estado e o município para o qual está indo o recurso; desejável nomear a comunidade/território também) e Recurso Autorizado. (...) (3) Apresentar, por ação do plano, a forma de execução: se repasses fundo a fundo, ou se por meio de licitações e convênios; (4) Cronograma de execução e desembolso (...).

19. Indispensável que o Plano apresente o orçamento conforme apontado, necessário para a execução de todas as ações propostas.

20. Ressalta-se que o Plano é uma oportunidade para reflexão das ações pensadas para conter o avanço do novo coronavírus entre os quilombolas, bem como mitigar os impactos socioeconômicos. Neste ponto, cumpre destacar que a participação dos quilombolas pressupõe que seja de forma prévia, informada, culturalmente adequada, conduzida de boa-fé e tendente a chegar a um acordo ou consentimento.

21. Desse modo, a participação pressupõe a boa-fé para que se constituam os meios válidos para se chegar a um acordo. O que significa que, antes de iniciado um processo decisório, as partes devem se colocar em um diálogo que permita, por meio de revisão de suas posições iniciais, chegar à melhor decisão.

22. Outro ponto que se destaca é que o Plano, que tem como razão justificadora uma crise sanitária, não aborda o tema do saneamento básico, sequer o fornecimento de água potável para comunidades quilombolas com dificuldade de acesso.

Assinado com certificado digital por ANA BORGES COELHO SANTOS, em 06/04/2021 20:22. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 8DF0F868.AFB22CED.A97E0040.0CB88E82

23. O saneamento está assegurado na Constituição Federal (art. 21, inciso XX e art. 23, IX) e definido pelas Leis nºs. 11.445/2007 e 14.026/2020. Destina-se a prevenir doenças e promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida da população.

24. No contexto pandêmico, torna-se fundamental ser priorizado e qualificado para toda a população, em especial para grupos vulnerabilizados, como os quilombolas, que têm historicamente baixo acesso ao saneamento básico e à água potável. Daí que sua implementação não é um mero ato discricionário, mas sim ato vinculado à necessidade de sua implementação para assegurar a proteção de direito fundamental.

25. Destaca-se que o Plano deve indicar metas, cronograma de implementação e indicadores, ainda que não represente um cumprimento imediato e integral de toda política pública, além de prover de forma emergencial e enquanto durar a pandemia, o acesso à água potável para comunidades quilombolas com dificuldade de acesso.

26. O Plano apresenta três objetivos e descreve as suas ações. Seguem as considerações pertinentes a cada um deles:

i) Objetivo 1 – Ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde

27. Nesse primeiro objetivo, verifica-se, como ao longo de todo o Plano, que parte das ações apresentadas tem caráter universal, não contemplando, portanto, as especificidades exigidas em um plano para enfrentamento da Covid-19 entre quilombolas, que considere os aspectos culturais e organizativos próprios das comunidades quilombolas. É necessário considerar as especificidades e a diversidade dessa população para que tenhamos assegurada a eficiência da política e, sobretudo, garantido o direito à vida e à saúde.

28. De acordo com o Plano, a ampliação do acesso à saúde da população quilombola seria decorrente do "aumento do credenciamento de eSF e eAP que atuam nas Unidades de Saúde da Família". Contudo, o aumento descrito não está direcionado ou vinculado diretamente à atenção à saúde das comunidades quilombolas.

29. Ademais, a meta de ampliação de 50 mil equipes está prevista para 2022, quando se sabe da urgência para o efetivo enfrentamento da pandemia.

30. O Plano não esclarece que medidas serão tomadas pelo Ministério da Saúde para que o bem-vindo fortalecimento do acesso à Atenção Primária em Saúde e a ampliação de sua capacidade assistencial possam efetivamente impactar o atendimento à saúde das comunidades quilombolas, especialmente para o enfrentamento da Covid-19. Observa-se, ainda, a ausência, no Plano, de referência aos resultados esperados dessas ações nas comunidades quilombolas.

Assinado com certificado digital por ANA BORGES COELHO SANTOS, em 06/04/2021 20:22. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 8DF0F868.AFB22CED.A97E0040.0CB88E82

31. Por outro lado, o incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde citado como outra ação do Plano visando a ampliação do acesso das comunidades quilombolas aos sistemas públicos de saúde, além de ter sido implementada em setembro do ano passado, consistiu em parcela única transferida aos estados e municípios. Vale ainda destacar que o incentivo se destinava não somente ao fortalecimento das equipes e serviços que atendem os quilombolas, mas a vários segmentos populacionais referidos como populações específicas. Nesse sentido, dispõe a Portaria n° 2.405, de 16 de setembro de 2020, em seu art. 2º:

> Art. 2º Para efeitos desta Portaria, entende-se por populações específicas:
>
> I - população indígena não aldeada;
>
> II - populações dispersas;
>
> III - populações do campo, da floresta e das águas;
>
> IV - população ribeirinha;
>
> V - população assentada;
>
> **VI - população quilombola;**
>
> VII - população em situação de rua;
>
> VIII - povo cigano;
>
> IX - população circense;
>
> X - população privada de liberdade;
>
> XI - adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa;
>
> XII - população residente em áreas de comunidades e favela;
>
> XIII - grupos populacionais que estejam em situação de vulnerabilidade socioeconômica, conforme disposto no §1º do art. 12-A do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017; e
>
> XIV - demais povos e comunidades tradicionais. (grifo nosso)

32. Dada a amplitude das populações objeto dessa ação 1, é pouco provável que tenha representado melhoria significativa no atendimento à saúde das comunidades quilombolas. De todo modo, o Plano não trouxe indicativo do impacto dessa ação em relação aos quilombolas como tampouco prevê novas transferências de recursos.

33. Digno de nota, ainda, que o Plano não estabelece mecanismos ou instâncias de articulação e coordenação entre União, estados e municípios para a efetivação das ações planejadas para o enfrentamento da Covid-19 entre as comunidades quilombolas. Verifica-se também que não há qualquer ação no Plano relacionada ao atendimento ambulatorial e hospitalar da população quilombola quando necessário pelo agravamento dos sintomas da Covid.

Assinado com certificado digital por ANA BORGES COELHO SANTOS, em 06/04/2021 20:22. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 8DF0F868.AFB22CED.A97E0040.0CB88E82

34. A produção de dados estratificados sobre a situação de saúde das populações quilombolas, fundamentais para o planejamento eficiente de ações de prevenção e melhoria do atendimento a essas comunidades, é referida no documento (pág. 26), contudo não são informadas quais alterações no sistema de registro de pacientes o Ministério da Saúde realizou, nem são apresentados dados colhidos a partir dessas alterações.

35. Merece registro negativo que o Plano cite, quanto à distribuição de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para as comunidades quilombolas, apenas uma doação de máscaras realizada no Estado da Bahia, demonstrando a ausência de uma ação de âmbito nacional.

36. Quanto à testagem da população quilombola, procedimento fundamental tanto para a prevenção da disseminação do coronavírus quanto para o encaminhamento dos casos sintomáticos para o atendimento médico ou hospitalar, nenhuma ação e/ou meta concretas são apresentadas no Plano.

37. Neste sentido, deixa o Plano de considerar decisão expressa do douto Ministro Edson Fachin em sede de embargos de declaração, em 19 de março de 2021, interposto pela CONAQ e partidos políticos, na qual ficou expresso que:

> (...) formule, no prazo de 30 dias, plano nacional de enfrentamento da pandemia covid-19 no que concerne à população quilombola, (...) **providências visando a ampliação das estratégias de prevenção e do acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde** (grifo nosso).

38. Vale destacar, ainda, a ausência de informações acerca dos recursos a serem utilizados nas ações referidas.

39. As campanhas de divulgação da mobilização e sensibilização sobre as medidas preventivas e em apoio à campanha de vacinação não denotam qualquer trabalho técnico, sem recursos específicos para sua concepção, produção e divulgação.

40. Soa estranho a ênfase em ações relacionadas à divulgação de mensagem da Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos na Voz do Brasil sobre o tema, o que dificilmente atingiria parte significativa de qualquer comunidade, menos ainda de comunidades quilombolas, sem indícios de que possa promover a sensibilização pretendida.

41. Ademais, é necessário que se constitua uma campanha informativa e de combate às fake news, com ênfase na vacinação e de medidas preventivas à Covid-19 observando as especificidades das comunidades quilombolas. Como ação do Plano, deve ter cronograma, meta, indicadores e orçamento.

Assinado com certificado digital por ANA BORGES COELHO SANTOS, em 06/04/2021 20:22. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 8DF0F868.AFB22CED.A97E0040.0CB88E82

ii) Objetivo 2 – Contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário.

42. O segundo objetivo do Plano, ao que parece, não teve tempo de ser adequadamente elaborado. A breve apresentação das atribuições da Fundação Cultural Palmares (FCP) e do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA não informa acerca de medidas efetivas para a proteção territorial nem para o controle de acesso às comunidades quilombolas.

43. Nesse sentido, o Plano apresentado deixa, novamente, de observar a decisão do douto Ministro Edson Fachin, de 19 de março de 2021, em que determinou expressamente que no Plano fossem formulados objetivos, metas, ações programáticas, cronograma de implementação e metodologias de avaliação referente ao controle de entrada nos territórios por terceiros, considerado isolamento social comunitário.

> (...) formule, no prazo de 30 dias, plano nacional de enfrentamento da pandemia covid-19 no que concerne à população quilombola, formulando objetivos, metas, ações programáticas, cronograma de implementação e metodologias de avaliação, contemplando, ao menos, (...) **controle de entrada nos territórios por terceiros considerado isolamento social comunitário** (...) (grifo nosso)."

44. Destaca-se que as ações constantes no Quadro 9, à exceção do Mapeamento de processos judiciais de reintegração de posse em andamento que envolvam comunidades quilombolas, aparentemente não se relacionam com o objetivo do Plano.

45. De fato, orientar as unidades do INCRA sobre invasão de territórios quilombolas ou inclusão de percentual direcionado à participação de comunidades quilombolas em seus editais de projetos, premiações ou outra ação da FCP e INCRA não podem ser consideradas ações que visem ao controle de acesso às comunidades.

46. Importa destacar que o INCRA e a Fundação Palmares dispõem de recursos humanos limitados, insuficientes para a implementação de qualquer controle efetivo de acesso aos territórios quilombolas. Por outro lado, o Plano nada menciona acerca de possíveis articulações com estados e municípios para essa finalidade.

47. Ademais, o Plano deixou de considerar as medidas para dotar as comunidades quilombolas de condições para o isolamento social, inclusive das pessoas infectadas pelo Coronavírus, como preconizado pelos protocolos do Ministério da Saúde.

48. Destaca-se que o Plano apresenta equívoco conceitual quando, em sua introdução, compreende o isolamento social comunitário como pressuposto empírico e deixa de transformá-lo em uma de suas finalidades.

Assinado com certificado digital por ANA BORGES COELHO SANTOS, em 06/04/2021 20:22. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 8DF0F868.AFB22CED.A97E0040.0CB88E82

49. O Plano necessita adensar ações e iniciativas destinadas à garantia das condições de um efetivo isolamento social comunitário, com ênfase em ações articuladas de segurança alimentar e nutricional, acesso à renda, acesso efetivo ao território e à garantia de provisão diferenciada de serviços públicos.

50. Com efeito, significativo número de comunidades quilombolas estão localizadas em áreas periurbanas, muitas vezes em territórios ainda não regularizados e com presença de ocupantes não quilombolas, para as quais o controle de acesso de terceiros é pouco ou nada eficaz. Nesses casos, importante à prevenção da Covid-19 a melhoria das condições para o isolamento social e domiciliar das famílias quilombolas.

51. No que diz respeito à questão fundiária, necessário adotar medidas que garantam a posse efetiva dos territórios aos quilombolas. O Plano deve, portanto, indicar como pretende acelerar os processos de desintrusão em curso, além das aludidas medidas para evitar novas intrusões.

iii) Objetivo 3 - Promover ações de segurança alimentar por meio da distribuição de alimentos e da garantia de renda mínima para a população quilombola em situação de vulnerabilidade social

52. Importante ressaltar que o Plano centra-se no tema da Segurança Alimentar na distribuição de cestas de alimentos. São citadas duas ações de distribuição de cestas. A primeira, iniciada no ano passado, prevê a distribuição de 77.120 a 69.137 famílias quilombolas localizadas em 16 estados. A segunda ação, iniciada em dezembro de 2020, prevê a distribuição de 440.916 cestas de alimentos a 110.229 famílias quilombolas de 13 estados.

53. Não obstante a distribuição de cestas de alimentos ser uma política importante, outras ações de fomento devem ser pensadas para viabilizar a autonomia alimentar e econômica dos quilombolas.

54. Neste sentido, é fundamental compreender a inter-relação entre a segurança alimentar e o direito ao território tradicional, uma vez que os modos de organização, produção e de preservação de hábitos alimentares estão diretamente relacionados com a preservação das suas terras. É necessário que o Plano, observados os protocolos sanitários e as especificidades culturais, contemple programas de fomento da produção e de preservação dos hábitos alimentares.

55. A CONAQ apontou, em sua manifestação enviada à União no âmbito do Grupo de Trabalho, no dia 22.03, que o Plano deveria conter, além da distribuição de cestas e de água potável:

Assinado com certificado digital por ANA BORGES COELHO SANTOS, em 06/04/2021 20:22. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 8DF0F868.AFB22CED.A97E0040.0CB88E82

> 6) Promover a inclusão imediata de todas as pessoas autodeclaradas quilombolas que estejam na fila do Programa Bolsa Família e do Auxílio Emergencial. Durante o período da pandemia, a União deverá, ainda, abster-se de retirar do Programa Bolsa Família pessoas autodeclaradas quilombolas. 7) Promover o cadastro de todas as famílias quilombolas no Cadúnico; 8) Utilizar os estoques públicos da Política de Garantia de Preços Mínimos (PGPM), via CONAB, para o atendimento das famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade; 9) Fomentar o Programa de Aquisição de alimentos, no sentido de promover a distribuição de alimentos de forma interrelacionada com a garantia de renda para as famílias agricultoras quilombolas; 11) Criar linha de fomento emergencial não reembolsável para agricultores familiares quilombolas com taxa de juros negativa para custeio e investimento da produção de alimentos para o combate à fome nas comunidades quilombolas; 12) Criar linha de fomento emergencial não reembolsável para potencializar as ações de produtivas das associações e cooperativas da agricultura familiar quilombola.

56. O Plano deve trabalhar com ações de curto e médio prazo, considerando-se que a Pandemia produz efeitos prolongados que não cessarão mesmo após a vacinação.

57. No que diz respeito à distribuição das cestas, não foi informada a periodicidade das entregas (fluxo). Ademais, não consta quais os critérios utilizados para determinar os estados que estão recebendo as cestas, excluindo, por exemplo, Minas Gerais, estado com elevado número de quilombos, segundo o próprio Plano.

58. Deve-se enfatizar que o universo de famílias e comunidades quilombolas deve figurar como destinatário das ações estatais, sem qualquer distinção. Isto é essencial para garantir o caráter preventivo do Plano, além de consagrar as comunidades enquanto sujeitos coletivos, conforme define de forma inovadora o texto constitucional.

59. Chama também a atenção, de maneira geral no Plano, o déficit de informações que permitam ao Estado a operacionalização de ações emergenciais. A pandemia já dura mais de um ano e deveriam já ter sido adotadas iniciativas destinadas a levantar informações sociais e demográficas do universo de comunidades quilombolas.

60. Essas informações não podem esperar e tampouco prejudicam a coleta de informações censitárias a ser conduzida pelo IBGE em período próximo.

61. Dada a emergência sanitária, o alto grau de vulnerabilidade das comunidades quilombolas e os riscos às vidas e saúde de seus integrantes, sua coleta é ainda mais essencial para assegurar que nenhuma família ou comunidade quilombola esteja sem acesso às políticas públicas. Essa medida pode ser adotada ao mesmo tempo em que famílias já identificadas nos registros cadastrais sejam atendidas pelas ações do Plano.

62. Vale destacar, ainda, que o Plano se limita exclusivamente aos itens referidos

Assinado com certificado digital por ANA BORGES COELHO SANTOS, em 06/04/2021 20:22. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 8DF0F868.AFB22CED.A97E0040.0CB88E82

expressamente na decisão do douto Ministro Fachin em sede de embargos de declaração, mas que não foram dispostos de modo exaustivo, tanto que no tópico 3 da parte dispositiva da decisão referente à elaboração do Plano, determinou o Relator:

> "(...) formule, no prazo de 30 dias, plano nacional de enfrentamento da pandemia covid-19 no que concerne à população quilombola, formulando objetivos, metas, ações programáticas, cronograma de implementação e metodologias de avaliação, **contemplando, ao menos,** providências visando a ampliação das estratégias de prevenção e do acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde, controle de entrada nos territórios por terceiros considerado isolamento social comunitário e distribuição de alimentos e material de higiene e desinfecção (...)" (grifo nosso).

63. Por fim, ressalta-se a importância de serem convidados especialistas independentes, pesquisadores da Fiocruz, epidemiologistas, médicos sanitaristas e outros profissionais de saúde afetos ao enfrentamento da pandemia e com conhecimento acerca das comunidades quilombolas para participarem na coordenação e no monitoramento do Plano.

64. Diante do exposto, necessário que à proposta de Plano apresentada pela União sejam incorporadas as presentes considerações do Ministério Público Federal, bem como as já apresentadas pela CONAQ.

Brasília, data da assinatura digital

ANA BORGES COÊLHO SANTOS
Subprocuradora-Geral da República
Membro titular da 6ª CCR/MPF

Assinado com certificado digital por ANA BORGES COELHO SANTOS, em 06/04/2021 20:22. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 8DF0F868.AFB22CED.A97E0040.0CB88E82

Segunda Manifestação da sociedade civil sobre proposta do governo para o Plano Nacional de Enfrentamento a Covid-19 para a População Quilombola

Sumário

1. Introdução

2. Sobre a proposta de Plano Nacional de Enfrentamento da Pandemia nas Comunidades Quilombolas

2.1. Segurança Alimentar e Nutricional

2.2 – Saúde

2.3 - Orçamento

3. Da precariedade do cumprimento das medidas imediatas e também daquelas que tiveram prazo de 72 horas. Necessidade de complementação, manutenção e monitoramento.

3.1. Inclusão, no registro dos casos de covid-19, em prazo não superior a 48 horas, do quesito raça/cor/etnia, com notificação compulsória dos confirmados, ampla e periódica publicidade.

1. Introdução

Diante do quadro de grave crise social e de saúde pública por que passam as comunidades quilombolas, em função das omissões da União no enfrentamento aos efeitos evitáveis da pandemia da Convid-19, a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq) ajuizou a ADPF nº 742 junto ao e. Supremo Tribunal Federal.

Ao julgar a ação o e. Supremo Tribunal Federal determinou à União que adotasse medidas de enfrentamento aos efeitos da pandemia nas comunidades quilombolas, sendo que entre os provimentos observa-se determinação para que se "*formule, no prazo de 30 dias, plano nacional de enfrentamento da pandemia covid-19 no que concerne à população quilombola, formulando objetivos, metas, ações programáticas, cronograma de implementação e metodologias de avaliação, contemplando, ao menos, providências visando a ampliação das estratégias de prevenção e do acesso aos meios de testagem e aos serviços*

públicos de saúde, controle de entrada nos territórios por terceiros considerado isolamento social comunitário e distribuição de alimentos e material de higiene e desinfecção"[1].

Em atenção à decisão do Supremo Tribunal Federal, a União constituiu uma Comissão e designou a realização de reunião para o dia 10 de março de 2021. Foram convidadas 21 pessoas representantes dos seguintes órgãos do Poder Executivo Federal: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (5 representantes); Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (2 representantes); Fundação Palmares (1 representante); Ministério da Saúde (3 representantes); AGU (1 Representante); CGU (2 representantes); Gabinete de Segurança Institucional (1 representante); Secretaria Especial de Articulação Social da Secretaria de Governo da Presidência da República (2 representantes); INCRA (2 representantes); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS (1 representante); Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (1 representante).

De outro lado, foram convidadas 10 pessoas representantes das seguintes entidades: CONAQ (6 representantes); CNDH (1 representante); DPU (1 representante); MPF (1 representante); ABRASCO (1 representante). Esse grupo foi classificado pela União como sociedade civil e órgãos convidados.

A primeira reunião foi tomada por discussões quanto à metodologia dos trabalhos, particularmente no que se refere à composição paritária da Comissão e ao seu caráter deliberativo ou não.

Em seguida, foi disponibilizada uma primeira versão do documento intitulado **"Plano Nacional de enfrentamento da pandemia de Covid-19 direcionado à população quilombola"** . Esse documento está composto, basicamente, por 15 páginas de texto com projeções não detalhadas e portanto, sem descrição objetiva de prazos, responsabilidades, metas, indicadores e orçamento, além de uma lista que ocupa as demais 58 laudas com o nome de localidades quilombolas e estimativa, já defasada pois baseada no censo populacional de 2010 do IBGE, da população quilombola brasileira de 2010[2].

Em resumo, a primeira versão do Plano Nacional de Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 direcionado à população quilombola possuía as seguintes lacunas: **(i)** não

[1] Trecho de decisão proferida pelo Exmo. Sr. Ministro Relator Edson Fachin, em análise de embargos de declaração manejados pelos arguentes na ADPF nº 742. Destaque-se que a decisão proferida em sede de embargos de declaração apenas fez evidenciar o conteúdo da decisão de mérito jpa proferida pelo colegiado do Tribunal.

[2] A respeito da estimativa populacional quilombola, manifestou-se o IBGE através de nota técnica disponível em:
https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/9eab8499f5479b9751d5a6ef03b8c38f.pdf

contemplou as diversas medidas determinadas pelo e. STF na ADPF nº 742, **(ii)** não detalhou objetivos, metas, ações programáticas, modo e cronograma de implementação das ações, fontes orçamentárias e metodologias de monitoramento e avaliação dos resultados alcançados; ; **(iii)** a estimativa da população quilombola por município se encontra subestimada, o que afeta tanto as previsões contidas na ação de vacinação, quanto todas as demais ações que devem ser contempladas pelo Plano; **(iv)** não foi realizada abordagem intersetorial sobre as ações que deveriam ser contempladas pelo Plano, em especial de articulação das políticas de saúde, assistência social e transferência de renda, entre outras; **(v)** não há especificação dos modos de coordenação e difusão das medidas do plano pela União nas esferas municipal e estadual, visando garantir a eficácia das ações, entre outras lacunas que serão especificadas nos demais tópicos.

Em função da primeira versão de plano apresentado pela União, a CONAQ e as entidades ABRASCO, CNDH e DPU enviaram à União, em 22 de março, documentos contendo diretrizes mínimas e indispensáveis para a reformulação do plano apresentado.

Na segunda reunião do GT, realizada em 24.03.2021 foi feita singela apresentação do que poderia compor a proposta do Plano Nacional de Enfrentamento da Covid-19 para a população quilombola, do calendário revisado do GT e uma explanação sobre o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação da População Quilombola. Ao final, representantes da União se comprometeram a encaminhar a proposta de plano nacional até o dia 30 de março para contribuições da Conaq e demais entes representantes da sociedade civil. A proposta de plano foi enviada pelo Governo Federal no dia 31 de março de 2021, no final da tarde.

Em resumo, a nova versão do Plano mantém a maior parte das inconsistências apontadas na manifestação da sociedade civil de 19.03, notadamente: **(i)**As poucas ações descritas incluem como público potencialmente beneficiado apenas as 3.466 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares, em contradição com a estimativa do IBGE quanto à existência de 5972 localidades quilombolas; (**ii)** ausência de medidas específicas de combate aos efeitos da pandemia nas comunidades quilombolas, observando-se que grande parte das ações indicadas no plano destinam-se, de igual modo, a toda a população brasileira **(iii)** indefinição quanto ao orçamento para execução das ações previstas; **(iii)** as poucas, pontuais e restritas ações específicas para comunidades quilombolas previstas no plano já vinham sendo realizadas pela União antes do ajuizamento da ADPF nº 742, e foram julgadas insuficientes pelo e. Supremo Tribunal Federal; **iv)**

ausência de indicação orçamentária para cumprimento das poucas medidas previstas no plano; **v)** indicação de execução de ações, a exemplo da distribuição de cestas básicas, vinculadas à possibilidade de obtenção de recursos por doação por particulares, nos termos do programa "Pátria Voluntária"; **vi)** ausência de incorporação no plano das medidas sugeridas pela Conaq, ABRASCO, Ministério Público Federal e Defensoria Pública da União.

Com o intuito de colaborar para a realização de um plano efetivo de enfrentamento aos efeitos da pandemia de Covid-19 direcionado à população quilombola, bem como na garantia de acesso prioritário e efetivo à vacinação, a CONAQ e as entidades da sociedade civil que participam do GT, ABRASCO, CNDH e DPU, ISA, ECAM, Terra de Direitos, Coalizão Negra por Direitos, reapresentam, no exíguo prazo assinalado para contribuição, algumas diretrizes mínimas preliminares e indispensáveis para a reformulação do documento apresentado pela União, que seria a **Segunda Proposta de Plano de Enfrentamento da COVID-19 em Quilombolas.**

Atente-se que estas considerações não exaurem a análise do referido documento governamental, admitindo-se que novos apontamentos sejam trazidos durante o processo de elaboração do plano nacional de enfrentamento da pandemia covid-19. Ademais, considerações específicas sobre os documentos apresentados pelas instituições federais no dia 25.03.21, no âmbito da ADPF nº 742, acerca do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação e da campanha de vacinação voltada para quilombolas serão apresentadas em documento apartado no âmbito da referida ação.

2. Plano nacional de enfrentamento da pandemia nas comunidades quilombolas

A segunda versão apresentada pelo Governo Federal quanto à proposta de Plano Nacional de Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 direcionado à população quilombola se mantém omissa com relação às determinações do e. STF, conforme será demonstrado. De forma convergente e adicional à primeira, esta segunda manifestação se estrutura a partir de tópicos específicos sobre as temáticas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), Saúde, e orçamento destinado a garantir a efetivação das medidas.

2.1. Segurança Alimentar e Nutricional

O documento apresentado pela União não contém qualquer informação sobre o planejamento para implementação de ações de segurança alimentar e nutricional (SAN), nem

sequer as menciona. Como destacado anteriormente, na manifestação de 19.03, a ação de distribuição de cestas básicas é ação emergencial de SAN, mas é preciso recursos para garantia concreta de segurança alimentar e nutricional durante a pandemia. Para exemplificar:

> (i) A LOA 2021 prevê pouco mais de R$371 milhões para o PAA (Ação 2798 Aquisição e Distribuição de Alimentos da Agricultura Familiar para Promoção da Segurança Alimentar e Nutricional). O Ministério da Cidadania deveria indicar qual montante desse recurso seria destinado à população quilombola e quando será a implementação.
>
> (ii) A Ação 2792 Distribuição de alimentos a grupos populacionais específicos, está com cerca de 100 milhões na LOA 2021, este recurso não está na tabela do plano enviado pelo governo.

Registre-se também que a ação (3.1) do documento apresentado pelo governo federal, qual seja, "*repassar R$ 35.898.398,00 para a distribuição de merenda escolar, pelos entes federativos, para 258.453 estudantes quilombolas matriculados na Educação Básica em todo o país*", não está devidamente detalhada, dificultando a compreensão das seguintes informações: (i) refere-se a escolas exclusivamente quilombolas?; (ii) qual o período de tempo coberto pela medida?; (iii) como tal medida será implementada, considerando que as escolas quilombolas estão fechadas em virtude da pandemia e não se sabe quando as atividades serão retomadas? Tais questionamentos têm lugar, posto que o documento apenas informa que o recurso cobre a merenda de 258.453 estudantes quilombolas, sem fazer nenhuma referência ao período.

Vale destacar ainda que a Ação (3.2) "*distribuir, em caráter emergencial, 518.036 cestas de alimentos para 179.366 famílias quilombolas em situação de insegurança alimentar*" não possui detalhamento sobre como foi definido este número de famílias, como esta meta dialoga com o orçamento, quando começa a distribuição, para quais estados, municípios e comunidades, sob que critérios objetivos e o tempo de execução da medida.

Nestes termos, reafirmamos a necessidade de efetivação das medidas apontadas na primeira manifestação, quais sejam:

1) Disponibilizar cestas de alimentos, que atendam às necessidades nutricionais, em regularidade necessária à garantia da segurança alimentar e nutricional para todas as comunidades 5972 localidades quilombolas identificadas pelo IBGE ;

2) Promover o fornecimento de água potável para comunidades quilombolas isoladas e com dificuldade de acesso;

3) Além de implementar medidas de busca ativa das situações de insegurança alimentar e nutricional nas comunidades, disponibilizar canal exclusivo de diálogo com as comunidades no tema, de forma que as comunidades possam se cadastrar para recebimento das cestas de alimentos.

4) Promover as ações de distribuição de cestas de alimento de forma integrada com as ações de distribuição de materiais de higiene e desinfecção, assim como de equipamentos de proteção individual, como máscaras e outros, mantendo as medidas de proteção necessárias para garantir a segurança das populações.

5) Dar ampla e periódica publicidade às ações adotadas, informando, com indicadores de metas e prazos de execução, de forma a viabilizar o controle social das ações, mas sobretudo a aferição de cumprimento da decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal;

6) Promover a inclusão imediata de todas as pessoas autodeclaradas quilombolas que estejam na fila do Programa Bolsa Família e do Auxílio Emergencial. Durante o período da pandemia, a União deverá, ainda, abster-se de retirar do Programa Bolsa Família pessoas autodeclaradas quilombolas.

7) Promover o cadastro de todas as famílias quilombolas no Cadúnico;

8) Utilizar os estoques públicos da Política de Garantia de Preços Mínimos (PGPM), via CONAB, para o atendimento das famílias quilombolas em situação de vulnerabilidade;

9) Fomentar o Programa de Aquisição de alimentos, no sentido de promover a distribuição de alimentos de forma interrelacionada com a garantia de renda para as famílias agricultoras quilombolas;

11) Criar linha de fomento emergencial não reembolsável para agricultores familiares quilombolas com taxa de juros negativa para custeio e investimento da produção de alimentos para o combate à fome nas comunidades quilombolas;

12) Criar linha de fomento emergencial não reembolsável para potencializar as ações de produtivas das associações e cooperativas da agricultura familiar quilombola.

Ações de Monitoramento e Avaliação das ações do Plano indicadas pela CONAQ:

1. Instituir sistema de monitoramento e avaliação do plano com indicadores de metas e execução orçamentária de forma a aferir sua eficácia

2. Estabelecer periodicidade de elaboração de relatório de atividades/execução do plano

3. Fomento a estudos e pesquisas para analisar os resultados e impactos nos temas relacionados ao plano.

2.2 – Saúde

Tendo em vista as precárias condições de acesso à saúde em que vivem as populações quilombolas, assim como a necessidade de garantir equidade na efetivação deste direito o e. Supremo Tribunal Federal determinou a adoção de medidas que levem em consideração as especificidades dos quilombolas, buscando reduzir as desigualdades raciais no enfrentamento aos efeitos da pandemia da Covid-19. Assim, o plano deve contemplar tanto ações de

promoção e prevenção, quanto de tratamento e recuperação específicas e direcionadas às comunidades quilombolas.

A segunda proposta de Plano continua silente quanto às determinações do e. Supremo Tribunal Federal, além de se revelarem insuficientes no apontamento dos objetivos, ações programáticas, metas, financiamento, cronograma de implementação e formas de monitoramento e avaliação dos resultados alcançados.

Relativamente ao objetivo "ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde", a proposta se restringe a apontar ações, em sua maioria, realizadas antes da determinação do Supremo Tribunal Federal, as quais, por certo, não foram efetivas no atendimento às populações quilombolas e redução dos fatores de vulnerabilidade.

No que atine "à ampliação do acesso à saúde das populações quilombolas", de forma a fortalecer as ações de promoção e prevenção da saúde com contexto da covid-19, a proposta menciona, genericamente, suposto aumento no credenciamento de agentes de saúde, sem reportar medidas previstas para estimular o credenciamento pelos 1279 municípios onde estão presentes as comunidades quilombolas, bem como para garantir celeridade e eficiência na análise e deferimento destas solicitações. Não estão presentes medidas de fortalecimento à Estratégia de Saúde da Família Quilombola relativas à contratação de agentes comunitários de saúde, médicos e outros profissionais para atuação na Atenção Básica às comunidades.

Não foram apresentadas, também, **medidas de logística que viabilizem a todas as pessoas integrantes de comunidades quilombolas acesso regular a Unidades de Pronto Atendimento, leitos hospitalares, incluindo Unidade de Terapia Intensiva (UTI), indicando cronograma e ações específicas.**

O incentivo financeiro aos municípios, pontuado entre as ações, se refere unicamente à ação pretérita instrumentalizada pela Portaria nº 2.405, de 16 de setembro de 2020, consubstanciada em repasse efetuado em parcela única. Não se verifica, portanto, qualquer planejamento relativo a novos incentivos voltados ao fortalecimento das equipes e serviços da atenção primária à Saúde nos territórios quilombolas. No mais, a União sequer apresentou informações quanto ao atual orçamento disponível para tal ação, muito menos complementação orçamentária do programa para cumprir a determinação judicial.

Neste mesmo caminho, tem-se a manifestação governamental sobre o fornecimento de equipamentos de proteção individual, reportando doações efetuadas no período de outubro e novembro de 2020. Além de não especificar as ações futuras relacionadas à disponibilização destes equipamentos, a proposta é silente no que se refere aos materiais de higiene e desinfecção às comunidades quilombolas, conforme determinado no âmbito a ADPF 742.

Destaque-se ainda, neste cenário de omissões, a ausência de qualquer planejamento relativo à **garantia do acesso à água potável**.

Quanto ao estabelecimento de critérios de acesso a cuidados primários em saúde, não constam ações específicas para superação dos entraves na garantia de acessibilidade da população quilombola. A proposta se limita a reportar, genericamente, endereço eletrônico para acesso às informações que comprovam o cumprimento da ação.

Também não houve detalhamento do planejamento relativo à **disponibilização de meios para testagem regular e periódica em integrantes das comunidades quilombolas com suspeita ou ocorrência de contaminação pelo novo coronavírus, conforme orientação médica para acompanhamento epidemiológico.**

No que se refere às ações de comunicação voltadas ao acesso à informação e conteúdos educativos, muito embora se mencione a necessidade de considerar as especificidades deste público, não se apresentou planejamento orçamentário ou a modalidade de comunicação a ser utilizada.

Atente-se que, em relação à reconhecida necessidade de materiais educativos específicos, reportou-se cartilha com conteúdo limitado a três páginas e informações simplificadas, já existente previamente e divulgada unicamente por meios eletrônicos. Não se apresentou uma estratégia de divulgação ampla, que supere efetivamente os entraves na comunicação com as comunidades rurais, inclusive para que as mesmas tenham conhecimento dos canais de atendimento do governo federal.

Cumpre ainda observar que a proteção às comunidades quilombolas em situação de isolamento não deve estar condicionada à titulação territorial, de modo que o controle do acesso de terceiros deve ser orientado pela vontade coletiva de estabelecimento de medidas restritivas de acesso.

Por fim, destacamos que o plano não contempla qualquer proposta de **medidas que evitem o contágio de quilombolas pela Covid-19 em função da existência de empreendimentos estatais e de particulares com potencial de afetar territórios tradicionais, nos termos da Portaria Interministerial 60/2015, por meio da elaboração e adoção de protocolo de prevenção ao contágio e medidas de combate ao racismo a quilombolas no atendimento médico e hospitalar que contem com canal específico para recebimento e processamento de denúncias, indicando medidas específicas e cronograma de implementação.**

2.3 - Orçamento

Em relação à dotação orçamentária para execução do Plano, a CONAQ solicitou em manifestação anterior que fosse detalhada na descrição das metas e prazos de implementação.

É importante ressaltar que o PPA 2020-2023 não faz menção à população quilombola, portanto, não existe planejamento para implementação das políticas públicas voltadas para este segmento populacional, nem tampouco metas e indicadores. Neste sentido, o plano de enfrentamento à Covid-19 deve:

(1) apresentar metas para alcance dos resultados planejados (exemplo: número de cestas, EPIs e insumos a serem distribuídos em 2021);

(2) apresentar a dotação orçamentária para execução das ações previstas, com os seguintes filtros: Órgão Superior, Unidade Orçamentária, Programa Orçamentário, Ação Orçamentária, Plano Orçamentário (no PO, descrever pelo menos o Estado e o município para o qual está indo o recurso; desejável nomear a comunidade/território também) e Recurso Autorizado. Com estes dados, a partir do prazo de implementação, a sociedade civil poderá acompanhar, por meio das plataformas de dados abertos do Governo Federal, o recurso Empenhado, Pago e de Restos a Pagar Pagos;

(3) Apresentar, por ação do plano, a forma de execução: se repasses fundo a fundo, ou se por meio de licitações e convênios;

(4) Cronograma de execução e desembolso: em 2021, os recursos para diversas políticas públicas ficaram represados nos órgãos governamentais até o segundo semestre, em alguns casos até novembro de 2020, sendo empenhados somente no mês de dezembro, gerando recursos de restos a pagar a serem pagos a partir de 2021[3]. É o caso, por exemplo, do MMFDH, que até agosto de 2020 só tinha executado 13% dos recursos, mesmo com a vigência da MP 961, que flexibilizou as regras para licitações e contratos; ou do Ministério da Cidadania, que no mesmo período havia executado somente 5% dos recursos da Ação 2792: Distribuição de Alimentos a Grupos Populacionais Específicos[4].

Ademais, ainda sobre a parte orçamentária do documento apresentado, vale destacar:
(i) Que a Ação 21C0 (CV60 - COVID-19 - Medida Provisória nº 1.008, de 26 de outubro de 2020) foi criada para o contexto da pandemia e encerrou em 31 de dezembro de 2020. No plano enviado pelo governo, existem 52,9 milhões para executar com cestas básicas, isso significa restos a pagar de 2020, ou seja, não se trata de recurso novo, mas de recurso do ano passado que não chegou aos territórios;
(ii) No que tange à proposta de "*ampliar as estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde*": a maior parte das ações são de comunicação, não havendo maior definição sobre atribuições do Ministério da Saúde, sobretudo em relação à destinação dos recursos da atenção básica e especial, bem como não há definição quanto aos recursos para a compra e distribuição de EPIs, destacadamente, máscaras, tampouco de testes e genotipagem voltados para a população quilombola;
(iii) A ação de "*contribuir para o controle de entrada de terceiros nos territórios quilombolas, considerando a importância do isolamento social comunitário*" está sem recursos no plano apresentado;
(iv) Por fim, a Ação específica da Covid agora é a 21F0 que só contará com pouco mais de 1 milhão de reais.

[3] Disponível em: https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/sobrou-dinheiro-ministerio-da-mulher-da-familia-e-dos-direitos-humanos-deixou-de-executar-40-do-orcamento-em-2020/. Acesso em 19.mar.2021.
[4] Disponível em: https://www.inesc.org.br/em-audiencia-na-camara-dos-deputados-inesc-denuncia-descaso-com-a-populacao-negra-e-quilombola/. Acesso em 19. mar. 2021.

Assim, solicita-se que seja feito, no âmbito do plano, um cronograma de execução e desembolso que efetive a execução do recurso o quanto antes, para que estes recursos cheguem de fato aos municípios e territórios, dada a situação de emergência sanitária.

3. Da precariedade do cumprimento das medidas imediatas e também daquelas que tiveram prazo de 72 horas. Necessidade de complementação, manutenção e monitoramento.

3.1. Inclusão, no registro dos casos de covid-19, em prazo não superior a 48 horas, do quesito raça/cor/etnia, com notificação compulsória dos confirmados, ampla e periódica publicidade.

De acordo com o voto do Ministro Marco Aurélio:

> A inclusão do quesito raça/cor/etnia no registro dos casos propicia o levantamento, pelo Poder Público, de **marcadores sociais** que permitem a definição de programas destinados à adequada resposta à crise sanitária. (grifos nossos)

Essa demanda deve seguir o que está previsto na Portaria 344/17 e na Portaria 3396/20, de modo a propiciar mecanismos de treinamento e orientação dos agentes públicos para o preenchimento adequado e obrigatório das referidas informações nos sistemas de informação em saúde.

Diante disso, cumpre à União não apenas informar a previsão das ferramentas destinadas ao registro dos casos, mas também demonstrar:

a) O estágio atual da notificação compulsória do quesito raça/cor e membro de povo ou comunidade tradicional (quantitativo);
b) Como foi feito o treinamento (não apenas notificação – Nota Técnica) para o adequado preenchimento do quesito povo ou comunidade tradicional no sistema (e-SusNotifica e Sivepgripe, E-SUS e demais sistemas integrados).
c) Explicitar como está sendo feita a capilarização da informação no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, detalhando, entre outras coisas, as pactuações e como tem sido o apoio às ações desenvolvidas nos níveis estadual e municipal.

Diante do exposto, solicita-se que, com urgência, a União reformule a segunda versão do plano apresentado para que inclua todas as ações sugeridas nesta comunicação.

Brasília, 07 de abril de 2021.

Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas - CONAQ

Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO

Conselho Nacional de Direitos Humanos - CNDH

Defensoria Pública da União - DPU