

Universidade de Brasília

Instituto de Ciência Política

Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

**Federalismo brasileiro e protagonismo dos estados:
Análise do PNI durante a pandemia da Covid-19**

Alexandra Emanuela Novais Silva

Brasília

2024



Universidade de Brasília

Instituto de Ciência Política - IPol

Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

**Federalismo brasileiro e protagonismo dos estados:
Análise do PNI durante a pandemia da Covid-19**

Alexandra Emanuela Novais Silva

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciência Política da Universidade de Brasília (UNB) como requisito à obtenção do título de mestra em Ciência Política, sob orientação do Professor Doutor Frederico Bertholini Santos Rodrigues e coorientação da Professora Doutora Michelle Vieira Fernandez de Oliveira.

Brasília

2024

Ficha catalográfica da obra elaborada pelo autor, através do Gerador de Ficha Catalográfica da Biblioteca Central da UNB.

NN936f Novais Silva, Alexandra Emanuela
Federalismo brasileiro e protagonismo dos estados: Análise do PNI durante a pandemia da Covid-19 / Alexandra Emanuela Novais Silva; orientador Frederico Bertholini; co-orientador Michelle Vieira Fernandez . -- Brasília, 2024.
127 p.

Dissertação(Mestrado em Ciência Política) -- Universidade de Brasília, 2024.

1. Federalismo. 2. governos estaduais. 3. plano nacional de imunização. 4. Covid-19. I. Bertholini, Frederico , orient. II. Fernandez , Michelle Vieira, co-orient. III. Título.

**Federalismo brasileiro e protagonismo dos estados: análise do PNI durante
a pandemia da Covid-19**

Alexandra Emanuela Novais Silva

**Prof. Dr. Frederico Bertholini Santos Rodrigues,
UnB/IPOL
Orientador**

**Prof.^a Dra. Michelle Vieira Fernandez de Oliveira,
UnB/IPOL
Coorientadora**

**Prof. Dr. Denilson Bandeira Coelho,
UnB/IPOL
Examinador interno**

**Prof.^a Dra. Catarina Ianni Segatto,
USP
Examinadora externa**

**Prof. Dr. Adrian Nicolas Albala Young,
UNB/IPOL
Examinador substituto**

**Brasília
2024**

“[...] a vacinação é também, [...] a resultante de processos históricos nos quais são tecidas múltiplas interações e onde concorrem representações antagônicas sobre o direito coletivo e o direito individual, sobre as relações entre Estado, sociedade, indivíduos, empresas e países, sobre o direito à informação, sobre a ética e principalmente sobre a vida e a morte.” (Porto e Ponte, 2003, p. 729).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Virgínio Alex e Eliane Aldo, por todo apoio, amor, carinho, inspiração e fé que depositaram em mim ao longo dessa jornada. Aos meus irmãos, por fazerem dos dias mais turbulentos alegres.

Aos meus avós, pelo apoio, amor, carinho e cuidado comigo, apesar da distância geográfica.

Aos meus orientadores, professores Frederico Bertholini e Michelle Vieira, por primeiramente serem minha inspiração acadêmica, mas também pelo acompanhamento no processo de orientação. Sou muito grata pelos *insights*, paciência e apoio que me forneceram, mesmo diante de um prazo curto. Não conseguiria sem o acompanhamento de vocês.

Aos meus tios, Virgínia e Edvaldo, que me receberam e me alojaram em Brasília durante o mestrado. Sou muito grata por todo acolhimento e cuidado.

Ao meu companheiro, Arthur, pelas conversas, pelo amor, escuta, ajuda e por todo apoio. Te amo!

Aos meus amigos e familiares, tanto de Goiânia quanto de Brasília, que foram fundamentais para que esse processo fosse um pouco mais leve. Em especial à minha melhor amiga, Adaleny, muito obrigada!

À minha terapeuta pelo amparo ao longo da escrita deste trabalho, principalmente no processo de desenvolvimento da minha autoconfiança.

Aos professores Denilson Bandeira e Catarina Segatto, por aceitarem avaliar minha dissertação e contribuir para que ela fosse aprimorada tanto na qualificação quanto nessa etapa final. Muito Obrigada!

Ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pelo financiamento desta pesquisa, fundamental para o desenvolvimento e término desta investigação.

LISTA DE SIGLAS

ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIU	Apuração dos Imunobiológicos Utilizados
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ascom	Assessoria de Comunicação
CDC	<i>Center for Diseases Control</i>
CEME	Central de Medicamentos
CENADI	Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
CF	Constituição Federal
CGPNI	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
CIB	Comissões Intergestoras Bipartite
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNTC	Campanha Nacional contra a Tuberculose
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRIES	Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
CPI	Comissões Parlamentares de Inquéritos
CTAI	Comitê Técnico Assessor em Imunizações
DEMAS	Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde
DEVEP	Departamento de Vigilância Epidemiológica
DEVIT	Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DNEES	Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DPT	Difteria, Tétano e Coqueluche (Tríplice Bacteriana)
EAPV	Eventos Adversos Pós-Vacinação
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FNS	Fundação Nacional de Saúde

FSESP	Fundação de Serviços em Saúde Pública
GEVITHA	Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar
HQC	Hidroxicloroquina
IFA	Ingrediente Farmacêutico Ativo
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz
LAI	Lei de Acesso à Informação
MAC	Média e Alta Complexidade
MESP	Ministério de Educação e Saúde Pública
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho Indústria e Comércio
NHEP	Núcleos Hospitalares de Epidemiologia
NVEPI	Núcleos de Vigilância Epidemiológica e Imunização
NOB	Normas Operacionais Básicas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAI	Programa Ampliado de Imunizações
PAIS	Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão
PAISSV	Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacina
PDP	Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Plano Nacional de Imunização
PNO	Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RV	República Velha
SBIm	Sociedade Brasileira de Imunizações
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SI-API	Avaliação do programa Nacional de Imunizações
SI-EAPV	Sistema de Informação de Eventos Adversos pós vacinação
SIES	Sistema de Informação de Imunos Estratégico
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
STF	Supremo Tribunal Federal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIEP	Vigilância Epidemiológica

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Filme vacinação.....	44
Figura 2 - Organograma organizacional do PNI.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Competências estaduais no Sistema Único de Saúde (SUS) conforme a Lei n.º 8.080 de 1990.....	33
Quadro 2 - Conflitos e disputas durante a pandemia referentes à vacinação.....	54
Quadro 3 - Categorias e subcategorias para análise de planos de vacinação.....	63
Quadro 4 - Objetivos - Planos Convergentes.....	66
Quadro 5 - Grupos prioritários - Planos Convergentes.....	66
Quadro 6 - Conselho técnico - Planos Convergentes.....	67
Quadro 7 - Vacinas - Planos Convergentes.....	68
Quadro 8 - Quantitativo de imunizantes e insumos por fase - Planos Convergentes.....	69
Quadro 9 - Definição dos papéis entre os entes - Planos Convergentes.....	69
Quadro 10 - Articulação com outras instituições - Planos Convergentes.....	70
Quadro 11 - Capacidade de rede de frio - Planos Convergentes.....	71
Quadro 12 - Especificações das vacinas - Planos Convergentes.....	72
Quadro 13 - Ampliação da rede - Planos Convergentes.....	73
Quadro 14 - Abastecimento de informações - Planos Convergentes.....	73
Quadro 15 - Análise da cobertura vacinal - Planos Convergentes.....	74
Quadro 16 - Monitoramento EAPV - Planos Convergentes.....	75
Quadro 17 - Capacitação - Planos Convergentes.....	76
Quadro 18 - Gerenciamento do resíduo - Planos Convergentes.....	77
Quadro 19 - Campanhas de comunicação - Planos Convergentes.....	78
Quadro 20 - Objetivos - Planos Divergentes.....	79
Quadro 21 - Grupos prioritários - Planos Divergentes.....	79
Quadro 22 - Conselho técnico - Planos Divergentes.....	80
Quadro 23 - Vacinas - Planos Divergentes.....	82
Quadro 24 - Quantitativo de imunizantes e insumos por fase - Planos Divergentes.....	83
Quadro 25 - Definição dos papéis entre os entes - Planos Divergentes.....	84
Quadro 26 - Articulação com outras instituições - Planos Divergentes.....	85
Quadro 27 - Capacidade da rede de frio - Planos Divergentes.....	86
Quadro 28 - Especificações das vacinas - Planos Divergentes.....	87
Quadro 29 - Ampliação da rede - Planos Divergentes.....	87
Quadro 30 - Abastecimento de informações - Planos Divergentes.....	88
Quadro 31 - Análise de cobertura vacinal - Planos Divergentes.....	90
Quadro 32 - Monitoramento EAPV - Planos Divergentes.....	90
Quadro 33 - Capacitação - Planos Divergentes.....	91
Quadro 34 - Gerenciamento dos resíduos - Planos Divergentes.....	93
Quadro 35 - Comunicação - Planos Divergentes.....	93
Quadro 36 - Objetivos - Planos Protagonistas.....	96
Quadro 37 - Grupos prioritários - Planos Protagonistas.....	97
Quadro 38 - Conselho técnico - Planos Protagonistas.....	98
Quadro 39 - Vacinas - Planos Protagonistas.....	100
Quadro 40 - Definição dos papéis - Planos Protagonistas.....	101

Quadro 41 - Articulação com outras instituições - Planos Protagonistas.....	102
Quadro 42 - Definição de calendário - Planos Protagonistas.....	102
Quadro 43 - Especificação das vacinas - Planos Protagonistas.....	103
Quadro 44 - Ampliação da rede - Planos Protagonistas.....	104
Quadro 45 - Abastecimento de informações - Planos Protagonistas.....	105
Quadro 46 - Cobertura vacinal - Planos Protagonistas.....	106
Quadro 47 - Monitoramento EAPV - Planos Protagonistas.....	106
Quadro 48 - Capacitação - Planos Protagonistas.....	107
Quadro 49 - Gerenciamento de resíduos - Planos Protagonistas.....	108
Quadro 50 - Comunicação - Planos Protagonistas.....	108

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar como se deu as adoções dos planos de imunização contra a Covid-19 pelos entes estaduais brasileiros. Dessa forma, no primeiro capítulo, abordamos a literatura de federalismo e o papel conferido a cada ente, evidenciando, conjuntamente, a incumbência dos entes intermediários nas políticas de saúde. No segundo capítulo, descrevemos o programa nacional de imunização, sua estrutura, e como operou durante a pandemia. Já no terceiro capítulo, apresentamos a metodologia aqui escolhida, a análise de conteúdo, visando criar categorias para a análise dos planos estaduais. A partir disso, realizamos a análise dos a) planos convergentes ao plano nacional de operacionalização de imunização contra a Covid-19, depois de b) planos divergentes, e por último c) planos protagonistas. Diante disso, encontramos como resultado uma maior divergência entre planos, principalmente nas informações referentes a definição de grupos prioritários e sobre o sistema que seria utilizado para o registro dos vacinados e de casos de eventos adversos pós-vacinais. Ademais, verificamos que foram produzidos planos protagonistas, que organizaram as ações de imunização, mesmo antes do lançamento do documento federal. Dessa forma, concordamos com a literatura que evidencia a descoordenação do chefe do executivo brasileiro frente ao combate a pandemia, ainda, identificamos que no caso aqui analisado, os planos estaduais, as definições das categorias norteadoras foram heterogêneas, frente ao ideal de autonomia federativa.

Palavras-chave: Federalismo; governos estaduais; plano nacional de imunização; Covid-19.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to analyze how the Brazilian state governments have adopted immunization plans against Covid-19. In the first chapter, we discuss the literature on federalism and the role conferred on each entity, highlighting the role of the intermediate entities in health policies. In the second chapter, we describe the national immunization programme, its structure and how it operated during the pandemic. In the third chapter, we present the methodology chosen here, content analysis, with the aim of creating categories for analyzing the state plans. Based on this, we carried out an analysis of a) plans converging with the national plan for operationalizing immunization against Covid-19, then b) divergent plans, and finally c) protagonist plans. As a result, we found greater divergence between plans, especially in the information regarding the definition of priority groups and the system that would be used to record those vaccinated and cases of adverse events following vaccination. In addition, we found that plans were produced by protagonists who organized immunization actions even before the federal document was launched. In this way, we corroborate the literature that elucidates the lack of coordination between the Brazilian chief executive and the fight against the pandemic, and we also identified that in the case analyzed here, state plans, the definitions of the guiding categories were heterogeneous, given the ideal of federative autonomy.

Keywords: Federalism; state governments; national immunization plan; Covid-19.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. POLÍTICAS DE SAÚDE NO ARRANJO FEDERATIVO BRASILEIRO.....	21
2.1. FEDERALISMO: UMA BREVE EXPLICAÇÃO CONCEITUAL.....	21
2.2. FEDERALISMO BRASILEIRO.....	22
<i>2.2.1. O papel dos estados no arranjo federativo.....</i>	<i>24</i>
2.3. POLÍTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA FEDERATIVO.....	29
<i>2.3.1. Papel dos estados nas políticas de saúde.....</i>	<i>31</i>
<i>2.3.1.1. Atuação dos estados durante a pandemia.....</i>	<i>34</i>
3. PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO.....	38
3.1 ORIGEM E CONTEXTO QUE FORMULAM O PNI.....	39
3.2 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO.....	45
3.3 PNO E DESAFIOS DURANTE A PANDEMIA.....	51
4. METODOLOGIA.....	60
5. RESULTADOS.....	65
5.1 PLANOS ESTADUAIS DE IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19 ALINHADOS AO PNO.....	65
<i>5.1.1 Objetivos, definição de grupos prioritários e conselho técnico.....</i>	<i>65</i>
<i>5.1.2 Vacinas.....</i>	<i>68</i>
<i>5.1.3 Coordenação.....</i>	<i>69</i>
<i>5.1.4 Rede de frio.....</i>	<i>71</i>
<i>5.1.5 Sistema de Informação e Monitoramento.....</i>	<i>73</i>
<i>5.1.6 Capacitação, gerenciamento de resíduos e comunicação.....</i>	<i>76</i>
5.2 PLANOS ESTADUAIS DE IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19 NÃO ALINHADOS AO PNO.....	78
<i>5.2.1 Objetivos, definição de grupos prioritários e conselho técnico.....</i>	<i>79</i>
<i>5.2.2 Vacinas.....</i>	<i>81</i>
<i>5.2.3 Coordenação.....</i>	<i>84</i>
<i>5.2.4 Rede de frio.....</i>	<i>85</i>
<i>5.2.5 Sistema de Informação e Monitoramento.....</i>	<i>88</i>
<i>5.2.6 Capacitação, gerenciamento de resíduos e comunicação.....</i>	<i>91</i>
5.3 PLANOS ESTADUAIS DE IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19 PROTAGONISTAS.....	95

5.3.1	<i>Objetivos, definição de grupos prioritários e conselho técnico.....</i>	<i>96</i>
5.3.2	<i>Vacinas.....</i>	<i>98</i>
5.3.3	<i>Coordenação.....</i>	<i>100</i>
5.3.4	<i>Rede de frio.....</i>	<i>102</i>
5.3.5	<i>Sistema de Informação e Monitoramento.....</i>	<i>104</i>
5.3.6	<i>Capacitação, gerenciamento de resíduos e comunicação.....</i>	<i>106</i>
6.	DISCUSSÃO.....	110
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o propósito de evidenciar como se deram as adoções dos planos estaduais de planejamento de vacinação contra a Covid-19 no Brasil. A emergência e a rapidez da disseminação do vírus da Covid-19 resultou no aumento da demanda por cooperação e coordenação entre os entes subnacionais e o nível central em resposta à crise. Mas, em países como Brasil e Estados Unidos, houve conflitos e problemas de descoordenação intergovernamental (Shimizu *et al.*, 2021).

Em particular, no caso brasileiro, a atitude do ex-presidente Jair Bolsonaro, por não se responsabilizar pelas sequelas socioeconômicas e de saúde da pandemia do coronavírus, gerou a promoção de conflitos entre ele, governadores e prefeitos (Moffitt, 2015). Outrossim, utilizou da estratégia de líderes populistas *blame shifting*, que consiste em culpar o outro, atribuindo aos governadores e prefeitos, a responsabilidade pela crise econômica que estaria por vir (Casarões; Magalhães, 2021; Hamelers; Bos; De Vreese, 2017).

Na tentativa de confrontar a adoção de iniciativas de enfrentamento subnacionais, o executivo federal tentou centrar o poder das adoções de medidas restritivas durante a pandemia na União por meio de uma MP¹, que ocasionou na interpelação do STF sobre a constitucionalidade da decisão, visto que, segundo a CF, os entes subnacionais possuem autonomia em casos de decisões referentes a competências concorrentes. Diante disso, o ex-presidente, em oposição aos ministros do STF, declarou guerra aos governadores (Colleta; Caram; Uribe, 2020).

Isso ocorreu de maneira oposta ao desenho previsto pela Constituição Federal de 1988, que designa ao governo nacional o papel de promover coordenação e cooperação entre os demais entes e a indução e criação de políticas públicas. Mesmo indo de encontro a este desenho, essas ações se tornariam essenciais para enfrentar da melhor forma esse momento crítico (Souza; Barbeira, 2020).

Este modelo federativo previsto na Constituição Federal tem como principal representante o Sistema Único de Saúde (SUS), que concede aos municípios a responsabilidade de implementar políticas e gerir as unidades de prestação de serviço; dá ao Estado a função de apoiar os municípios e assumir papéis de maior complexidade; e prioriza que a União exerça a função de induzir e regular políticas e estratégias dos entes

¹ Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/21/coronavirus-mp-concentra-no-governo-federal-poder-para-restringir-circulacao-de-pessoas.ghtml>

subnacionais. Conforme a diretriz que rege o SUS, o modelo estabelecido é de um sistema descentralizado, o qual, permite a relação direta entre a União e os municípios, resultando no afastamento dos estados na coordenação do SUS (Carvalho *et al.*, 2022). De modo que, como afirma Silva (2020), estas políticas de descentralização que foram sendo instituídas ao longo do tempo, que aproximaram os governos locais e o governo central, geraram o afastamento do governo estadual, sendo, cruciais para que o último possuísse uma maior liberdade decisória.

Ao que se refere às vacinações, foi criado em 1973 o Programa Nacional de Imunizações (PNI) por determinação do Ministério da Saúde, com o intuito de coordenar as ações de imunização. Ele é quem define o Calendário Básico Nacional de Vacinação e é reconhecido internacionalmente como um dos maiores no quesito vacinação no mundo pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A coordenação do PNI atual é competência do MS e sua execução ocorre de modo descentralizado, assim como preconiza o SUS e o desenho federativo².

Durante o contexto da pandemia, cria-se o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO), plano instituído pelo Ministério da Saúde, por intermédio do PNI, no período, sob a liderança de Eduardo Pazuello, para organizar a imunização nacional. Contudo, na decisão sobre a definição no PNO dos grupos prioritários a serem vacinados, surgem os primeiros conflitos entre entidades científicas e o MS (Macedo; Struchiner; Maciel, 2021), mas, também entre governadores e Bolsonaro. Como o caso da oferta de vacinas que o Instituto Butantan havia feito ao MS em julho, setembro e outubro de 2020, e que apesar da pressão para sua aquisição pelo Fórum de Governadores e da Frente Nacional de Prefeitos, e do Ministro Eduardo Pazuello ter estabelecido o contrato, o ex-presidente opta por cancelar a compra. Outro conflito ocorreu com João Dória, ex-governador de São Paulo, e o ex-presidente, Bolsonaro, que, em janeiro de 2021, disputaram quem conseguiria aplicar a primeira dose da vacina (Monari; Sacramento, 2021).

As situações expostas acima, são apenas um resumo do que ocorreu durante a pandemia no Brasil no que se refere à imunização. O PNI, um programa consolidado ao longo dos anos, acabou passando por diversos percalços durante o enfrentamento da Covid-19, que resultou no enfraquecimento de muitas das suas políticas. Em vista disso, o desenho do PNI, que foi estruturado para funcionar de modo descentralizado, com o apoio do governo federal, foi substituído por um formato centralizado, que, no lugar da busca por cooperação entre os entes, foi sobrecarregado por disputas.

² Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/2021/A-aquisi%C3%A7%C3%A3o-das-vacinas-%C3%A9-ainda-um-dos-nossos-problemas>

Sendo assim, a presente dissertação tem como questionamento principal o seguinte ponto: apesar da existência de um plano nacional de imunização anteriormente estabelecido, como se deu o protagonismo dos governadores no que se refere a construção dos planos estaduais de vacinação contra a Covid-19?

À vista disso, o problema de pesquisa aqui abordado é de evidenciar como se deu o protagonismo dos governadores na adoção de planos estaduais de vacinação, mesmo diante da existência de um programa de vacinação nacional bem estabelecido. Desse modo, possuímos como objetivo geral o ensejo de elucidar as consequências do protagonismo dos governadores, frente à adoção de medidas estaduais de planejamento de vacinação contra a Covid-19 no Brasil. Ademais, os objetivos específicos são: 1. evidenciar as possibilidades de atuação dos governadores diante do arranjo federativo brasileiro nas políticas de saúde; 2. indicar o grau de divergência e/ou convergência dos planos de vacinação estaduais e federal, tendo em vista o PNI.

Testamos a hipótese de que o arranjo federativo instituído no Brasil - e que incide também sobre as políticas de saúde, de coordenação e cooperativismo – permitiu que houvesse certa liberdade nas adoções estaduais, e produziu uma relação mais próxima entre União e municípios. De modo que, os planos de vacinação adotados em nível estadual de alguma forma divergem entre si e do plano estabelecido a nacionalmente.

Analisamos nesta dissertação o Brasil, devido à estruturação do seu modelo federativo que prevê a coordenação e cooperação entre os entes e possui um sistema de saúde nacional que segue esses mesmos preceitos, de coordenação forte por parte da União, mas que de modo oposto, foi esvaziado pelo governo executivo federal em um contexto em que esperava-se melhor coordenação nas ações de prevenção e mitigação da Covid-19.

A escolha do caso nesse estudo, o Programa Nacional de Imunizações, foi feito com base na justificativa de que este é um programa brasileiro já bem estabelecido, com vários indicadores de sucesso, mas que durante a pandemia, sobre o governo do ex-presidente Bolsonaro, foi enfraquecido mediante a ausência de coordenação central e ainda, por relações de disputas entre os entes.

Nesse sentido, este estudo será relevante para evidenciar se programas antes estabelecidos pelo SUS, como o PNI, conseguiram resistir com a atuação dos governadores, apesar da crise sanitária. Além disso, é importante compreendermos se o desenho federativo pode induzir ou desamparar entes subnacionais a responderem a crises quando há ausência de coordenação.

Para que essa pesquisa seja realizada, utilizamos uma ferramenta de observação de método qualitativo e quantitativo, a análise de conteúdo, que consiste em uma técnica utilizada para compreender determinado documento de maneira sistemática, de modo a criar categorias e classificações do objeto que se pretende investigar, para que os planos de vacinação de combate a Covid-19 sejam de melhor forma investigados e comparados.

Como principais resultados, verificamos que há sim convergências entre alguns planos estaduais, mas as divergências são mais preocupantes, principalmente as que se referem a definição de grupos prioritários, que em alguns casos não abarcou as populações mais vulneráveis, e conjuntamente, a discordância sobre quais plataformas do sistema de informação do SUS seriam utilizadas para registro tanto de eventos adversos pós-vacinais quanto de doses administradas. Esses achados evidenciam que, devido a ausência de coordenação nacional na definição clara das diretrizes a serem seguidas, a equidade e o monitoramento da análise dos dados referentes a campanha de imunização contra a Covid-19 podem ter sido prejudicados. Ademais, corroboramos também com a literatura de autonomia federativa, que evidencia heterogeneidade nas adoções estatais, como encontramos aqui, a diversidade de informações entre os planos, apesar da forte coordenação nacional anteriormente estabelecida no PNI.

Dito isso, referente a estrutura do presente trabalho, além desta introdução, contamos também com a sessão de discussão do marco teórico, que nesta dissertação é o debate sobre como o arranjo federativo instituído após a Constituição Federal de 88 incide sobre as políticas de saúde. Posteriormente, abordaremos a respeito do Programa Nacional de Imunizações, a origem, o contexto de sua criação, e ainda a estrutura em que ele opera. Será, conjuntamente, apresentado o programa baseado no PNI estipulado pelo governo federal para operacionalizar a vacinação contra a Covid-19, o PNO, e como ele funcionou durante a pandemia. Em seguida, apontamos a metodologia escolhida para realizar a investigação, e no próximo capítulo realizaremos a análise dos dados, apresentando os resultados e a discussão dos achados, relacionando com a teoria das políticas de saúde e o arranjo federativo. Logo após, finalizaremos com a conclusão da pesquisa.

2. POLÍTICAS DE SAÚDE NO ARRANJO FEDERATIVO BRASILEIRO

O presente capítulo tem o intuito de discutir as relações federativas instituídas por meio da Constituição Federativa de 1988, o contexto da sua instituição e as especificidades do papel dos estados nesta normativa. Depois, apresentamos o desenho das políticas de saúde no Brasil, estabelecidas pelo SUS, que se baseiam na estrutura de coordenação nacional entre os entes e ações descentralizadas. Por fim, discutimos o papel dos estados nessa política e sua atuação durante a pandemia do coronavírus.

2.1. FEDERALISMO: UMA BREVE EXPLICAÇÃO CONCEITUAL

Elazar (1987) aponta que o termo federal é derivado do latim e significa pacto. Desse modo, o sistema federativo pode ser compreendido como um acordo entre a União e os demais entes e que se baseia em reconhecer a integridade dos entes participantes do acordo. Além de se esforçar para garantir a conexão entre eles. Ou seja, apesar de estabelecer autonomia entre os entes, é essencial que também esteja presente a independência destes (Abrucio, 2005a).

Em outras palavras, para Anderson (2009), o federalismo é um tipo de governo ou ideologia em que se defende que o Estado seja governado de modo descentralizado ou agregado, ou podem ser organizados por meio de arranjos institucionais. Algumas características que podem ser observadas neste modelo são a de possuir uma constituição definida para cada nível de governo, dividida em no mínimo dois níveis, com autonomia entre eles, além da presença de câmaras altas para representar os entes subnacionais. Porém, existe variedade entre a organização federativa adotada, de modo que não há apenas um modelo de federação, mas diferentes especificações sobre o papel de cada nível que podem ser diferentes de acordo com o país e o tempo (Souza, 2023).

Esse modelo possibilita que haja atores políticos em níveis de governos variados, podendo estes interferir nos meios de ação que estiverem disponíveis (Pierson, 1995), com o intuito de promover a oferta de bens públicos, como a proteção social, entre outros. Mas, essas ações precisam ser voltadas para a cooperação entre os entes e evitar que ocorra oportunismo (Bednar, 2005).

Assim, para que um governo escolha adotar um sistema federativo, alguns fatores podem ser relevantes, como a existência de uma heterogeneidade na nação, onde países geralmente extensos em território e com grande variedade cultural, linguística, política, étnica

e socioeconômica optam pela adoção de um modelo que consiga lidar com tamanha diversidade de demanda, no qual, o sistema federativo costuma atender melhor a essas questões. Os governos que almejam, de alguma forma, dispor de unidade na diversidade irão buscar a integração federal, mas também respeitar a autonomia local. Dessa forma, possuem maior tendência a optar pela adoção do sistema federativo (Abrucio, 2005a).

Nesse sentido, sistemas federativos bem-sucedidos buscam alguns fatores essenciais, como ter equilíbrio entre cooperação e competição da União e os demais entes. Ao governo central pode ser designado o papel de coordenar e induzir as políticas, pois, em alguns casos, entes subnacionais possuem problemas de administração e financiamento de possíveis projetos. Ainda ao governo federal, pode ser atribuída a função de compelir a articulação e cooperação entre os governos subnacionais. Dito isso, segundo Abrucio e Soares (2001), é necessário haver participação entre os níveis de governo no processo decisório, com o intuito de combater hierarquias centralizadas.

Contudo, ao longo do tempo, as constituições que preveem os arranjos federativos podem ser alvo de pressões para haver mudança na forma em que foram distribuídos e delimitados os poderes. Essas alterações podem ocorrer de modo a promover redistribuição de poder ao governo central, a centralização ou para os entes subnacionais, a descentralização. Essas dinâmicas são relevantes, pois através da sua mudança ocorrem transformações na estabilidade federativa (Dardanelli; Kincaid, 2023).

2.2. FEDERALISMO BRASILEIRO

Referente ao Brasil, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi a responsável por mudar a trajetória federalista brasileira. Este modelo é conhecido como um dos mais descentralizados do mundo por Shah (2006) e também um exemplo de complexidade e riqueza, que influencia o sistema partidário-eleitoral e as políticas sociais, entre outros (Abrucio, 2005a). Além disso, seu desenho busca criar, por bases institucionais, cooperação e integração de modo eficaz entre a União, os Estados, Distrito Federal e Municípios. Ao que concerne, porém, a história que antecede a nova constituição, muitos foram os problemas referentes a desequilíbrios entre os níveis governamentais. A origem do federalismo brasileiro é datada em 1891, através da Constituição Republicana, e tinha como intuito promover maior descentralização e autonomia das elites regionais (Viana; Machado, 2009).

Em contrapartida, no início da República Velha (RV), os estados possuíam demasiada autonomia, porém, com pouca cooperação e com o governo central fraco. A centralização da

União e a desigualdade entre as funções governativas dos demais níveis de governo foi notada no período final da RV devido a noção de risco percebida pelas elites, de que não havia capacidade das províncias de governar. Enquanto, na Era Vargas, anos 30, à União foi designada a função de planejar e financiar a atividade econômica, o que se entendia como uma autoridade política centralizada (Arretche, 2010) fortalecendo seu papel, e os governos subnacionais neste contexto perderam a autonomia.

Entre os anos de 1946 a 1964, foi o primeiro período de maior equilíbrio entre os poderes, mas foi interrompido com o golpe militar. Assim, o cenário volta a mudar e ocorre a adoção de um modelo em que o poder é centralizado de maneira autoritária e que os papéis financeiros, políticos e administrativos são majoritariamente definidos e estipulados pela União (Abrucio, 2005a).

Diante disso, é no processo de redemocratização que um novo modelo federativo surge no Brasil. Nesse novo modelo, o papel das elites regionais como governadores e líderes municipalistas, que associavam a democratização do país à descentralização do poder foi essencial, porém, ainda nesse período, na década de 80, vigorava um federalismo predatório, em que não havia a premissa da cooperação entre os governos e os estados possuíam papel fundamental (*Ibidem*).

O governo era descentralizado tanto em termos políticos como em financeiros. Não havia controle institucional nem social sobre os estados através de seus governadores, eles possuíam “instrumentos financeiros e administrativos que os fortaleciam no sistema de poder, como bancos estaduais e empresas estatais estratégicas” (*Ibidem*, p.47). Este modelo predatório previa que os estados repassassem suas dívidas a União e, mesmo quando assinavam contratos, estes não se responsabilizavam, como no caso dos bancos estaduais.

A partir da Emenda Porto Barros e a consolidação da CF de 1988, o Brasil passou a ser um dos países com maior grau de descentralização fiscal. Os municípios passaram a ser entes federativos, reconhecidos juridicamente como os estados e a União (*Ibidem*). No processo de escolha dos constituintes acerca do modelo brasileiro, foi discutido entre optar por um padrão de democracia que fosse mais majoritário, centralizado ou mais consorciado, prevalecendo o último.

Diante dessa escolha, o arranjo federativo adotado propunha um conjunto de controles e contrapesos a uma possível centralização forte da União. Contudo, havia contradições nesta adoção, visto que, boa parte dos recursos financeiros foram distribuídos para os entes subnacionais enquanto existiam problemas que necessitavam de soluções mais centralizadas a nível nacional (Souza, 1996).

Perante a institucionalização, houve um aumento da participação dos governos locais, com os municípios responsáveis pela implementação de políticas e gestora de unidades que prestam serviços, os estados com o papel de coordenador das políticas federais, oferecendo apoio aos municípios, assumindo serviços mais complexos e ao Governo Federal ficou a função de criar e induzir políticas e programas, além de regular as responsabilidades dos entes subnacionais.

Assim, existem também competências que foram atribuídas na Constituição Federal (CF) brasileira para os entes federados e podem ser identificadas por meio de três grupos: privativa, comum e concorrente. A competência privativa é prevista na CF no artigo 22, é designada a União, porém, por meio de uma Lei Complementar, pode conceder autorização para que os Estados possam legislar sobre questões específicas.

A competência comum, também conhecida como competência administrativa, prevista no artigo 23 da CF, é designada a todos os entes federativos. Enquanto a competência concorrente, conforme o artigo 24 da CF, foi conferida à União, aos Estados-membros e ao Distrito Federal. Nesse caso, os Estados e o Distrito Federal têm competência suplementar, ficando a cargo da União estabelecer normas gerais, e somente quando não houver legislação federal positivada, a competência dos dois primeiros será plena (Mohn, 2010).

Nesse desenho federativo estabelecido pela CF de 88, analisando constituições anteriores, foi notório que houve um aumento das competências destinadas ao governo central (Souza, 1996; 1997; 2008; Arretche, 2009), e também, foram especificados um conjunto de competências concorrentes, de modo que os municípios passaram a conquistar maiores parcelas no processo de distribuição dos recursos, em movimento oposto aos estados que perdiam (Souza, 1997).

Diante disso, os arranjos políticos entre os níveis de governo que decidem sobre as políticas públicas foram alterados após 1994, com a implementação das políticas designadas aos municípios, como as políticas de atenção básica na saúde, as receitas destinadas aos governos estaduais, estando vinculadas a programas nacionais, sendo estes, fatores que evidenciam como os estados foram perdendo diante do jogo federativo (Souza, 2023).

2.2.1. O papel dos estados no arranjo federativo

Como citado anteriormente, os estados e municípios possuem autonomia administrativa em relação às políticas públicas no Brasil. Eles são incumbidos de executar diferentes políticas nacionais, mas aos estados cabe um papel mais subjacente. Durante o

século XX, os estados possuíam obrigações de destaque no provisionamento das políticas sociais, mas ao longo dos anos tal função tem sido reduzida e os governos locais têm assumido cada vez mais essa função.

Isso acontece devido a descentralização proposta pela CF de 1988, que designou aos municípios a condição de ente e compartilhou as competências entre os demais (Licio; Palotti; Meneses, 2023). Desse modo, os municípios assumiram responsabilidade sobre a oferta de serviços básicos, enquanto ofertas de serviços importantes foram designadas para serem assumidas de modo compartilhado, como o caso de ofertas de média e alta complexidade (MAC) em saúde (*Ibidem*).

Outra discussão que surge quando se analisa o papel dos estados é referente às diferenças entre os entes. Principalmente em países de tamanho continental como o Brasil, é esperado que haja particularidades em diferentes regiões, que podem garantir a expressão das diversidades existentes e que ainda corroboram para a construção de inovações, muitas vezes difundidas. Porém, essa diversidade pode também promover desigualdade, tanto no acesso às políticas públicas quanto em relação à qualidade da oferta, confrontando os princípios de igualdade de acesso e a garantia dos direitos públicos dos cidadãos, principalmente em contextos desiguais (Obinger; Leibfried; Castles, 2005; Greer, 2006). Souza (2023) destaca, ainda, que existe uma dependência da área da política pública que possibilita aos estados adotar ações de forma diversa.

Muitos estudos também procuram compreender o poder de atuação dos estados, ou seja, sua agência. Alguns afirmam que há ausência de atuação, outros já elucidam que, apesar da forte regulação federal, existem espaços que permitem aos estados criarem políticas, ainda, que induzam e assumam a coordenação de políticas e serviços públicos em conjunto com os municípios e produzam inovações. Mas, por que alguns estados agem e outros não? Muitos afirmam ser uma questão de contexto, mas não são referentes apenas a fatores fiscais ou socioeconômicos (Silva, 2020).

Segundo os autores Licio, Palotti e Meneses (2023), os estados não foram deixados de lado na oferta das políticas públicas, mas tiveram modificadas suas funções e o grau de atuação, como nos casos de ofertas de serviços de maior complexidade. Contudo, pesquisas indicaram que, durante os primeiros anos após a instituição da nova constituição, os estados, na verdade, eram vistos como fundamentais para o processo político central. Eles eram conhecidos como “Barões da Federação” e prevaleciam diante da fragilidade da União frente a questões administrativas, fiscais e políticas, como na crise que ocorreu nos anos de 1980.

Nesse contexto, os líderes estaduais aumentavam suas receitas e ainda exerciam influência sobre o congresso nacional (Abrucio, 1994).

Essa conjuntura mudou a partir das alterações do arranjo federativo durante os governos de Fernando Henrique Cardoso, de 1995 a 2002, e Lula, de 2003 a 2010, que trouxeram o governo nacional novamente para o centro do federalismo brasileiro por meio de novas normas e regras institucionais. Foram criados então meios, em que, a União pudesse promover coordenação e cooperação em diferentes políticas subnacionais (Arretche, 1999; Abrucio, 2005a), que muitos enxergam como um modelo que objetivou combinar poder de decisão ao governo central com a implementação das políticas pelos entes subnacionais (Arretche, 2012).

Ribeiro *et al.* (2018) afirmam que foi evidente o declínio do poder dos governadores diante dos tratados econômicos que ocorreram durante os anos de 1990, tratados esses fundamentados diante das crises financeiras estaduais e do processo de negociação de dívidas. Mesmo diante do processo de maior participação fiscal e maior distribuição das receitas entre os entes, não houve um aumento na equidade alocativa fiscal. Isso ocorreu diante da legislação estabelecida pela União, a partir de 1995, que impactou os interesses dos entes subnacionais e as relações intergovernamentais. A nova norma abarcou

1) a federalização das dívidas dos estados; 2) a manutenção da Desvinculação de Receitas da União (anteriormente chamada de Fundo Social de Emergência e Fundo de Estabilização Fiscal); 3) o crescimento das receitas disponíveis à União por meio da expansão da arrecadação das contribuições sociais (Contribuição para Financiamento da Seguridade Social – COFINS, Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL etc.); e 4) a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF (Lei Complementar no 101/2000) (Ouverney; Fleury, 2017, p.1097).

Além dos tratados econômicos, Silva (2020) elucida que os interesses político-eleitorais foram, conjuntamente, determinantes no afastamento dos estados, nos arranjos das políticas sociais e no fortalecimento das relações entre União e governos locais. Logo, devido ao enfraquecimento da estrutura clientelista que delimitou o sistema eleitoral estadual e também ao progresso no desempenho de partidos de esquerda em locais que eram liderados por governos tradicionais.

Para Rezende (2013), além dessas, as causas que enfraquecem a participação estatal estão, além das regulações fiscais, na diminuição das suas incumbências na promoção de políticas sociais. No entanto, para ele, os ajustes tributários afetaram também a política estadual, visto que, no Congresso Nacional, os senadores e deputados estão, mais alinhados em defender agendas federais que a dos estados que representam.

Diferentemente de Rezende (2013), Arretche e Schlegel (2014), afirmam que não se pode concluir sobre a vulnerabilidade estatal sem olhar para as instituições federalistas brasileiras que favorecem a autoridade do governo central. Para que este trabalho seja feito é necessário perceber as variáveis que demonstram o poder dos governos intermediários, os estados, nas arenas de decisão, diferenciando o direito de decidir (*right to decide*) e o de agir (*right to act*), que se referem respectivamente a capacidade de definição de regras e do desenho das políticas, enquanto o segundo concerne a quem caberá o papel de implementar estas políticas públicas.

O estudo desenvolvido pelos autores evidenciou que, no modelo federalista brasileiro, os governos intermediários possuem autonomia restringida diante da promoção de suas próprias políticas (*self rule*), e ainda, que os governos estaduais brasileiros possuem limitada atuação no momento de escolha de políticas nacionais que afetem seus interesses (*shared rule*). A justificativa dos autores para que tal fenômeno ocorra é de que os governadores não possuem instrumentos que os permitam influenciar no processo legislativo federal, onde não acontecem consultas aos estados sobre emendas constitucionais e ainda estes não participam de fóruns federativos. Ademais, os governadores possuem limitada possibilidade de oferecer vetos a matérias no Congresso, como as que reduzem suas receitas (Arretche; Schlegel, 2014).

Ao que concerne ao contexto dos direitos dos estados na história brasileira, referente às constituições, os autores afirmam que,

[...] se esta fragilidade existe, ela antecede o regime democrático de 1988. Na verdade, a redemocratização implicou a progressiva recuperação dos direitos políticos dos estados, tal como instituídos pelo regime democrático de 1946. Na verdade, a Constituição de 1988 repete as prerrogativas dos estados na Constituição de 1946. Assim, se fragilidade existe, ela data de 1946 (Arretche; Schlegel, 2014, p. 25).

Entretanto, de acordo com Silva (2020), não se deve olhar somente para o arranjo constitucional, pois características como o poder de decisão dos entes são definidas pela legislação infraconstitucional. Ademais, como citado no início deste tópico, existem fatores distintos que compõem os estados e que podem influenciar na implementação e nos resultados das políticas públicas.

Essas características são apontadas pelo autor analisando estudos de diversos pesquisadores sobre a atuação estadual diante de diferentes políticas públicas. O primeiro estudo é referente às políticas habitacionais e a atuação dos estados, que analisou o desenho do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social (Lei n.º 11.124 de 2005) e identificou

que os estados exercem papéis de executores diretos da política e indutores de ações instituídas a gestores locais.

Conforme a autora deste estudo, Gonçalves (2017), o desenho empregado nessa política tem potencial para promoção de cooperação, competição, em alguns casos vazios, dependendo da atuação dos entes durante a implementação. A autora em sua investigação, diante da heterogeneidade dos desenhos institucionais, da natureza das relações intergovernamentais e da herança de políticas anteriores, confirma seu argumento de que a coordenação da União não foi o bastante para que estados agissem de maneira parecida, ao contrário, observou-se diversidade na política habitacional.

Silva (2020), corrobora com essa mesma hipótese e apresenta um dos seus estudos anteriores a respeito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o grau de agência dos estados. Os achados desse estudo demonstraram também uma heterogeneidade na capacidade dos estados na implementação de políticas previstas pelo SUAS, de modo que, o desenho da política foi um dos principais fatores que promoveu distintas ações estaduais. Segundo o autor, neste caso, é conjuntamente notório a baixa capacidade da União na promoção de padrões nacionais mínimos para governos estaduais. Contudo, a diversidade de atuação dos entes estaduais não são preditores da sua fragilidade, mas, na verdade um fator presente no ideal de autonomia federativa.

No campo da educação, o cenário não é diferente, como demonstra Segatto (2015) em sua tese sobre o papel dos estados nas políticas educacionais. No seu trabalho, a autora analisa os modelos de cooperação intergovernamental que predominam nas políticas educacionais. Como resultado, ela evidencia que, no âmbito subnacional ao longo do tempo, as políticas educacionais foram influenciadas por uma “duplicidade de redes de ensino” e que as relações entre municípios e estados são também muito diversa, de modo que não existe apenas um modelo de cooperação entre eles.

Diante dos estudos anteriormente abordados, elucidamos, então, que não é o desenho proposto pela constituição de 1988 que tornou os estados frágeis perante a implementação de políticas públicas, mas sim, sucessivos arranjos fiscais que diminuíram as ações estaduais na promoção de políticas sociais. Além disso, o desenho da constituição de 1946, de acordo com Arretche e Schlegel (2014), definiu o papel de estados, recuperados no desenho da CF de 1988.

Ademais, mesmo diante dessa possível fragilidade, os governadores possuem autonomia na implementação de algumas políticas, como os exemplos citados acima das políticas habitacionais, de assistência social e de educação. Diante disso, é possível afirmar

que a União tem pouca capacidade de promover um padrão nas políticas públicas, havendo, na verdade, diversidade entre as políticas estaduais, tanto no que se refere aos resultados como no processo de implementação.

Posto isso, como o intuito desse estudo é olhar para uma política de saúde mais específica, o PNI, discutiremos no próximo ponto como as políticas de saúde funcionam dentro da lógica federativa brasileira.

2.3. POLÍTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA FEDERATIVO

O principal representante do modelo federativo previsto pela Constituição de 1988 é o Sistema Único de Saúde, que estabelece um padrão descentralizado e hierarquizado instituído por meio de ciclos políticos ao longo dos seus 30 anos de implementação. Em parte, esse desenho contribuiu para a dependência dos entes subnacionais ao governo central e a políticas por eles formuladas. Além disso, assegurou a manutenção da capacidade de coordenação de diversas políticas à União, inclusive as políticas de saúde (Arretche, 2012).

Segundo o Artigo 196 da CF,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Assim, o dispositivo elenca que a saúde necessita ser promovida universalmente no sentido de viabilizar assistência médica-sanitária integral a todos os cidadãos por meio do estado. Dessa forma, normas constitucionais posteriores criaram ordenamentos institucionais que, em conjunto com as Normas Operacionais Básicas (NOB), complementam a regulamentação da Constituição acerca da temática e moldaram o processo de implementação da política. Ademais, constituiu fóruns federativos de negociação e pactuação, como as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite. O desenho da política do SUS foi sendo projetado para fomentar descentralização e autonomia, mas com interdependência entre os entes federados (Maio; Lima, 2009).

O desenho anterior ao previsto pela Constituição era de um modelo institucional fragmentado, com ofertas de serviços privatizadas, entes subnacionais com papéis secundários e regulações da União reduzidas. Especificamente, entre os anos de 1900 e 1910, transcorreu uma maior centralização do poder por parte do governo nacional. Nesse período, verifica-se aumento na quantidade de instrumentos de políticas sob o comando da União, como, a

instituição da obrigatoriedade de vacinação contra varíola e a criação da Justiça Sanitária. Todos esses acontecimentos marcaram o que pode ser identificado como o primeiro ciclo da criação de política pública de saúde brasileira (Marques, 1999).

Referente ao segundo ciclo, Marques (1999) elucida que, ainda no Período da Primeira República, discussões acerca da questão federativa, seus principais arcahouços e as configurações de poder ocorriam entre os círculos médicos e dentro do Congresso Nacional. Essas discussões foram significativamente mais alimentadas em 1918 por uma epidemia de gripe espanhola, que exemplificou a necessidade de cooperação para combater doenças transmissíveis. No entanto, dentro desse embate, elites oligárquicas estaduais pretendiam manter autonomia frente às políticas nacionais. Diante dessa conjuntura, os serviços de saneamento e prevenção de doenças no âmbito rural foram consolidados com o estabelecimento, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).

A constituição do DNSP foi marcada, como elucida o autor, de antemão, pela rápida adesão estadual, visto que, as elites locais avaliaram o custo-benefício em participar desta política de correlação e aceitaram o acordo com a política nacional. Essa análise de custo-benefício, consistia não apenas na redução do poder do líder estatal, mas, conjuntamente, no benefício dos primeiros adotantes de serem vistos como inovadores e aos que decidirem não adotar ou adotar tardiamente como atrasados ou incapazes.

Segundo Marques (1999), o período de 1891 a 1930 é marcado pelo movimento de resistência dos estados a uma maior centralização de poder central, mas que ao final resultou em adesão ao pacto federativo por parte das elites estaduais. Tais elites buscavam receber ajuda da União, visto que, não possuíam organização nem autoridade, e ainda, de acordo com ele, eram acarretados por problemas de “interdependência sanitária”.

Diante desse cenário, a expansão do poder central no território nacional se viabilizou, mas de forma cooperativa, sem transgredir a autonomia dos demais entes e com a possibilidade de os estados obterem acesso a auxílio federal. Na década de 1930, a organização da saúde se dava por meio de dois Ministérios, o Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP) e o do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC), sendo o primeiro responsável pela saúde de indivíduos fora do meio urbano e o segundo por aqueles formalmente assalariados nos centros urbanos (Viana; Machado, 2009).

Ainda conforme elucidado por Viana e Machado (2009), durante o período ditatorial, de 1964 a 1985, o modelo seguido foi o de centralização de poder nas mãos da União. Neste momento, o modelo previdenciário foi o que predominou, com a administração e normatização do governo federal. Com a democratização, a discussão sobre descentralização

volta a entrar na agenda e, através da constituição, a lógica federalista com destaque aos papéis dos municípios é redesenhada.

Desse modo, é a partir de 1990 que ocorre uma grande reforma nas políticas sociais e na atuação do Estado. O Ministério da Saúde inicia um processo de “unificação do comando nacional sobre a política e a descentralização político-administrativa” (Viana; Machado, 2009, p. 808). Essas reformulações almejavam instituir uma figura que representasse uma autoridade nacional no âmbito sanitário e ainda visava fortalecer as autoridades em saúde dos entes federados, mas com a manutenção da União com grande relevância na formulação e normatização das políticas públicas (Viana e Machado, 2009).

2.3.1. Papel dos estados nas políticas de saúde

Conforme o parágrafo anterior, é a partir do ano de 1990 que os entes subnacionais passam a assumir papéis mais relevantes no campo da saúde. O desenho instituído ao SUS preconiza ações de descentralização político-administrativa, cooperação entre os entes, em especial entre estados e municípios, no que tange à atenção básica. De acordo com Ribeiro *et al.* (2018), o SUS foi se desenvolvendo ao longo dos anos, assim como suas normas e especificações para promover descentralização.

Nesses termos, surgem as NOBs pelo MS, visando estimular a participação dos entes subnacionais nas políticas de saúde. As NOBs dos anos de 1991 e 1992 foram criadas para induzir a municipalização da saúde. Nelas eram estabelecidos parâmetros para que os municípios participassem do sistema nacional, em que, o governo local era responsável pela oferta do serviço e recebiam recursos da União. Entretanto, mesmo com esse empenho, nem todos os governos participaram, apenas 22% passaram a integrar o SUS (Silva, 2020).

De modo que, em 1993, a instituição da NOB delegou aos Estados e Municípios a função de gestores das políticas públicas. Neste modelo, estabeleceu-se um paradigma de governança federativa descentralizada, em que, a gestão da rede de ações e serviços, como a contratação de pessoal e o planejamento, foi assumida pelos entes subnacionais e as funções da União eram de criar normas do sistema único. Contudo, a regulação ocorreria também de forma compartilhada entre estados e municípios por meio de comissões tripartites de cooperação, mas que acontecia de forma desigual, preconizando maiores redes, capacidade técnica e operacional (Ribeiro *et al.*, 2018).

Perante esse modelo de descentralização da política nacional de saúde, pensou-se em um plano de ação que pudesse articular os três níveis de governo, de modo que o

estabelecimento das diretrizes do SUS passaram a ser realizadas por meio de negociação entre representantes nacionais, estaduais e municipais, nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT). Esse mesmo paradigma influenciou também o nível estadual nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB). Essas comissões seriam então ambientes deliberativos superiores para desenho de estratégia e meios de execução das políticas de saúde (*ibidem*).

Até NOB de 2002, os deveres atribuídos à CIT e a CIB eram parecidos, pois acreditava-se que elas respondiam a mesma demanda de estruturação da política assistencial, porém atuando em âmbitos distintos. No entanto, a partir de 2004, com a instituição da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) direcionada para a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que fatores intergovernamentais passam a entrar na agenda e através do NOB de 2005, amplia-se o papel das Comissões, que passam a assumir deveres de “pactuar indicadores, sistemas de informação e rotinas de monitoramento e avaliação dos serviços, além de prioridades e metas nacionais e planos de providências voltados ao aperfeiçoamento da gestão de estados e municípios” (Jaccoud; Meneses; Stuchi, 2020, p. 287).

O desenho estabelecido pelo SUS, como elucidam Fleury e Fava (2022), viabilizou condições para que a cooperação entre os entes federados pudesse acontecer, mais especificamente, por meio do estabelecimento das Comissões Intergestoras, em que, as competências concorrentes, previstas da Constituição de 1988, promovesse uma política cooperativa. Posto isso, posteriormente, outros atores políticos passaram a fazer parte do processo, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Dessa forma, o SUS, preconizando descentralização, almejava ofertar o maior número possível de serviços pelos municípios, no caso em que há demanda e capacidade financeira e de serviço no âmbito local. Essa estipulação ocorre fundamentada no princípio da municipalização e da regionalização, essenciais para que o sistema funcione, em que, muitas das vezes, as ofertas oferecidas pelos municípios são “a porta de entrada do usuário dos serviços” (Silva, 2020, p. 138). Contudo, isso não exclui a participação dos outros entes em ações executivas, de modo que, governos estaduais e federais também encarregam-se.

Continuamente, o SUS estabelece ao governo central o papel de coordenador nacional das políticas, que deve exercer suas funções de coordenação de modo cooperativo, fornecendo apoio técnico e financeiro aos entes. A União assume esse papel tão relevante de coordenação nas políticas de saúde no intuito de gerar a promoção de mecanismos mínimos para estabelecer padrões nacionais e, conjuntamente, para a redução das desigualdades sociais. O

governo federal também pode aprender com experiências de programas estaduais e municipais que possam ser difundidos para atender uma demanda específica, conforme a legislação art. 16, XI da Lei n.º 8080 de 1990 (*ibidem*).

De outro modo, os estados, entes que estão mais suscetíveis a comportarem atribuições sobrepostas, são designados, como exposto no primeiro parágrafo desse ponto, a coordenar políticas e complementar serviços de saúde. Devem também assumir serviços que governos locais são incapazes de realizar, nos âmbitos da vigilância epidemiológica, da alimentação e nutrição, da saúde do trabalhador e da vigilância sanitária, conforme a Lei Orgânica da Saúde. Ainda, ficam incumbidos de gerir laboratórios de saúde pública da rede estadual, apoiar financeira e tecnicamente os municípios e contribuir com ações de vigilância sanitária em portos, aeroportos e fronteiras (*ibidem*), conforme explicitado no quadro abaixo:

Quadro 1 - Competências estaduais no Sistema Único de Saúde (SUS) conforme a Lei n.º 8.080 de 1990

I- Promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
II- Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
III- Prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
IV- Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de vigilância epidemiológica; de vigilância sanitária; de alimentação e nutrição; de saúde do trabalhador; de saúde bucal;
V- Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
VI- Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
VII- Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
VIII- Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
IX- Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
X- Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
XI- Estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
XII- Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
XIII- Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
XIV- O acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Fonte: Brasil (1990).

As ações destinadas aos municípios são de gestão e execução de serviços públicos de saúde, de execução de ações de vigilância epidemiológica, da alimentação e nutrição, de saúde do trabalhador e da vigilância sanitária; de gestão de laboratórios de saúde públicos; de estabelecer contratos e convênios com prestadoras de serviços.

Diante disso, fica evidente que algumas atribuições definidas pelo SUS designadas aos governos locais e estaduais se sobrepõem, como os serviços de atenção básica, executados pelo município, mas que necessitam que haja cooperação com o estado. De modo que, princípios de interdependência são também pactuados no desenho do SUS, compreendendo que as ações de um dos níveis de governo podem afetar o outro (Silva, 2020).

Essas políticas de descentralização foram pensadas não somente para organizar o atendimento das demandas da população e descentralizar os níveis de atuação dos governos, mas também na busca de que fossem criadas ferramentas de gestão que promovessem ações homogêneas aos entes subnacionais partindo do campo nacional. Estas ferramentas, são, então, o ensejo da União em criar padrões nacionais de políticas na saúde pelos estados e municípios (*Ibidem*).

Apesar disso, como citamos no ponto 2.2.1, sobre o papel dos estados, assim como em políticas de assistência social e educação, na saúde conjuntamente é notória a existência de uma heterogeneidade. De modo que, como afirma Silva (2020), estas políticas de descentralização que foram sendo instituídas ao longo do tempo produziram uma aproximação entre os governos locais e o governo central, gerando o afastamento do governo estadual, sendo, então, cruciais para que o último possuísse uma maior liberdade decisória.

Durante a pandemia da Covid-19, porém, como os estados agiram? Diante de um governo que se ausentou na promoção de coordenação de políticas de contenção, apesar deste possuir capacidade de tomar decisões (*decision making*) (Arretche, 2012), houve ações que promoveram incentivos para que ocorresse coordenação nas políticas públicas? Houve autonomia nas escolhas das adoções estaduais? Para responder às questões, iremos realizar uma análise documental e teórica no próximo ponto deste capítulo.

2.3.1.1. Atuação dos estados durante a pandemia

Durante toda a pandemia, trabalhos de diversos autores evidenciaram o papel relevante que os governos municipais e estaduais assumiram diante da crise sanitária. A atuação dos entes subnacionais foi de extrema relevância, principalmente, pois, não havia coordenação

efetivada pelo governo central nas políticas públicas. O oposto ao que se previa na Constituição de 1988 e do padrão que vinha sendo recorrente nos governos anteriores (Arretche, 2012; Abrucio, 2005b; Abrucio *et al.*, 2020). Nesse contexto, governos estaduais assumiram o papel de adotarem suas próprias iniciativas de combate e enfrentamento à pandemia, o que gerou um conjunto de medidas heterogêneas adotadas entre os entes (Linhares; Ramos; Messenberg, 2020; Moraes, 2020; Pereira; Oliveira; Sampaio, 2020; Abrucio *et al.*, 2020; Perez; Santana, 2020; Santana; Nascimento, 2021).

Nas políticas de saúde, conforme evidenciamos anteriormente, o papel da União é de coordenar nacionalmente de modo cooperativo e também fornecer apoio técnico e financeiro aos entes. Além disso, o ente é responsável conjuntamente pela coordenação de alguns programas como o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que planeja e organiza ações de imunização em toda população; e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), agência nacional reguladora, e etc. Os municípios são incumbidos de executar as políticas nacionais de atenção primária e pela execução de atividades de prevenção em saúde. Enquanto os estados prestam serviços de média e alta complexidade (Abrucio, Grin e Segatto, 2021).

Neste estabelecimento de funções instituído no desenho do SUS, criou-se um modelo que possui tanto aspectos majoritários (elevado poder de regulação e de financiamento pelo Governo Federal) como aspectos colaborativos (descentralização no processo de implementação e comissões de deliberação federativa) (Grin; Abrucio, 2018). Desse modo, fica claro que o papel do governo federal diante de uma crise sanitária como a da pandemia, seria de assumir a coordenação das políticas nacionais de saúde, o que não ocorreu (Abrucio; Grin; Segatto, 2021).

Abrucio *et al.* (2020), chama esse novo modelo de federalismo adotado pela União de “federalismo bolsonarista”, de mesmo modo, o termo “hiperpresidencialismo bolsonarista” é denominado por Censon e Barcelos (2020) para evidenciar não só a falta de coordenação, mas também a tentativa de centralizar as decisões nas mãos do executivo federal, adotando uma visão *top down* no arranjo federativo brasileiro. Assim como citado acima, o ex-presidente Bolsonaro, em seu governo, optou por um modelo de descoordenação, inclusive no que se refere à coordenação do SUS (Souza; Barberia, 2020).

Assim, diante dessa conjuntura, os estados e municípios assumem então o protagonismo em adoções de práticas em resposta à pandemia, principalmente, referente às ações de serviços de saúde. Eles passam a deliberar sobre o controle da circulação de pessoas, para barrar a disseminação do vírus, aumentam a capacidade hospitalar para conseguir atender

os indivíduos infectados e compram também equipamentos médicos (Abrucio; Grin; Segatto, 2021).

Na tentativa de melhor enfrentar a pandemia, os governos estaduais optaram então por iniciativas que dispunham sua atuação, por meio de normativas, de articulação política e de ações organizativas. Foram utilizadas como ferramentas regulatórias os decretos, notas técnicas, leis e deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Foi observada também cooperação entre estados e municípios para que o último pudesse ampliar sua capacidade hospitalar (Carvalho *et al.*, 2022).

Durante esse contexto, houve conjuntamente suporte oferecido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) aos estados. Quando o Ministério da Saúde decidiu por não divulgar mais diariamente os dados sobre a situação da pandemia, o CONASS forneceu essas informações de modo integrado, referentes ao quantitativo de indivíduos contaminados e o número de mortes registradas em todos os estados. As alianças entre estados também foram essenciais nesse momento, como o caso do Consórcio Nordeste, que foi criado em 2019. Com o intuito de integrar ações entre os 9 estados da região nordeste brasileira durante a pandemia, o Consórcio do Nordeste criou o Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (Abrucio; Grin; Segatto, 2021).

O Comitê Científico de Combate ao Coronavírus atuou de maneira a fornecer orientação aos governadores, buscou organizar as políticas de modo coordenado, adquirir em conjunto insumos médicos e ainda compartilhar informações e dados sobre a pandemia entre os estados participantes. Além das alianças estaduais, que foram cruciais, houve também consórcios municipais, que buscaram promover respostas conjuntas, levando em consideração aqueles municípios que não possuíam elevada capacidade financeira e técnica para lidar com a pandemia. Houve, conjuntamente, a produção de cartas que defendiam a autonomia subnacional e a democracia brasileira, elaboradas por governadores e prefeitos (Abrucio *et al.*, 2020; Souza; Fontanelli, 2021).

Essas atuações de parcerias entre os entes e coordenação entre conselhos e comitês foram imprescindíveis para que o combate ao coronavírus fosse de fato efetivo, principalmente, em um contexto, em que, o presidente à época buscava não só a descoordenação, com a ausência de um plano nacional de combate ao coronavírus, como também atacar aqueles que estavam agindo no combate à pandemia. Foi notório inclusive uma redução no número de infectados e mortos em locais onde os governos buscaram atuar de modo coordenado (Grin *et al.*, 2021).

Além dos estados e municípios, outras instituições participaram desse processo de conflito com o governo federal, como o Supremo Tribunal Federal, que reiterou a autonomia dos entes subnacionais no modo de enfrentar a pandemia, e o Congresso Nacional autorizou a distribuição de verba para auxiliá-los (Abrucio; Grin; Segatto, 2021).

Contudo, não foram todos os municípios e estados que atuaram de forma conjunta, revelando a ausência de estruturas que provisionam coordenação subnacional, que segundo Bulman-Pozen e Gerken (2008), é decorrente tanto do fator da autonomia subnacional, quanto das clivagens partidárias entre os líderes subnacionais e ainda do modelo de descoordenação adotado pelo executivo federal.

Dessa forma, a autonomia prevista na CF de 1988 foi essencial para que, durante o enfrentamento dessa crise sanitária, houvesse respostas mais condizentes com determinadas conjunturas, como situações de desigualdades e heterogeneidade regional. Todavia, não foram todos os estados que consideraram exercer a função de coordenação (Pereira *et al.*, 2020). Verificaram-se aqueles que consideraram seus vizinhos, promovendo ações coordenadas por meio de uma base mais formal ou informal, e outros que tomaram suas próprias decisões de modo mais individualizado (Abrucio; Grin; Segatto, 2021).

O que mais prejudicou, entretanto, a adoção de ações coordenadas foi a ausência de liderança federal, como ocorreu no caso das vacinas, em que, na falta do interesse federal na compra dos imunizantes, estados e municípios passaram a fazer seus próprios acordos. Esse processo também ocasionou na “corrida das vacinas”, a disputa entre governo estadual e federal sobre quem iria vacinar primeiro e que enfraqueceu um dos maiores programas brasileiros do SUS, o PNI (*Ibidem*).

O PNI, que é um programa de coordenação nacional, assim como o modelo federativo brasileiro prevê e que inspira o SUS, foi minado com a não atuação da União. Isso ocorreu tanto no sentido do atraso da compra das vacinas, que deveria ser encabeçado pelo ente central, como também nos discursos de ataques a vacinas produzidas em parceria com a China e com a Pfizer. Foram gerados também desestímulos nos discursos de Bolsonaro à vacinação, que discutiremos com mais detalhes posteriormente.

Diante disso, o próximo capítulo, com base nessa discussão teórica aqui realizada sobre o papel dos entes no sistema federativo e nas políticas de saúde, inclusive durante a pandemia, discutirá o PNI e sua estrutura, e aprofundará o debate sobre os desafios enfrentados durante a pandemia referente a vacinação, que é o caso de estudo desta dissertação.

3. PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

Em setembro de 1973, foi formulado um dos mais importantes programas do SUS, o Programa Nacional de Imunizações (PNI). Em 2023, o programa completou 50 anos e conseguiu atingir 95% de cobertura vacinal, apesar do tamanho do Brasil e de suas desigualdades. Ele surge por determinação do Ministério da Saúde, com o intuito de coordenar as ações de imunização.

A inspiração para sua criação manifesta-se na campanha de vacinação idealizada por Oswaldo Cruz contra a varíola, sendo demonstrado, na época, a eficácia ocasionada pela vacinação em massa na erradicação de doenças. Atualmente, o PNI é reconhecido como um dos maiores no quesito vacinação no mundo pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Entretanto, a sua institucionalização ocorreu somente em 1975 e foi após a criação do SUS que se consolidou, no anseio de promover a garantia da saúde à população brasileira (Temporão, 2003).

O Decreto n.º 78.231 de 1976 é o regimento que estabelece o PNI e cria, conjuntamente, suas competências vigentes até hoje, como no seu artigo 32, onde estão elencadas as atribuições de

I - Implantar e implementar as ações relacionadas com as vacinações de caráter obrigatório; II - Estabelecer critérios e prestar apoio técnico à elaboração, implantação e implementação dos programas de vacinação a cargo das secretarias de saúde das unidades federadas; III - estabelecer normas básicas para a execução das vacinações; IV - Supervisionar, controlar e avaliar a execução das vacinações no território nacional, principalmente o desempenho dos órgãos das secretarias de saúde, encarregados dos programas de vacinação; V - Centralizar, analisar e divulgar as informações referentes ao PNI (Brasil, 1976).

As ações de vigilância de vacinação no país foram responsáveis pelo combate à varíola, como também pela erradicação da febre amarela urbana em 1942, da varíola humana em 1973 e da poliomielite em 1994. Houve ainda o controle de outras doenças como do sarampo, da difteria, do tétano neonatal e da coqueluche, e etc. Recentemente implementaram-se mais medidas de controle de infecções da hepatite B, da influenza e das infecções pneumocócicas. Esses resultados são produtos de uma política que envolve as três esferas de gestão, com ações de planejamento coordenadas e que contam com infraestrutura e logística bem estruturadas (Brasil, 2003; 2013).

O Calendário Básico Nacional de Vacinação é definido pelo PNI e contém 19 vacinas que contemplam todas as fases de vida do cidadão, desde o nascimento até atingir a velhice,

informando quando e quais imunobiológicos devem ser administrados. Ademais, o programa conta também com vacinas especiais destinadas às populações mais vulneráveis, como comunidades indígenas e pessoas em condições especiais de saúde, sendo o último grupo atendido pelos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE). As diretrizes traçadas por ele foram estabelecidas de acordo com a experiência da Fundação de Serviços em Saúde Pública (FSESP), por meio das normativas da Lei n.º 6.259 de 30 de outubro de 1975 e Decreto n.º 78.231 de 30 de dezembro de 1976. O PNI preza então pela inclusão social, tendo em vista assistir pessoas de todo território brasileiro, sem distinção de raça, cor, nem classe social (Temporão, 2003; Lachtim *et al.*, 2021).

O programa é reconhecido internacionalmente e usado como referência por diferentes países. Ele foi responsável inclusive pela organização de duas campanhas de vacinação no Timor-Leste e apoiou campanhas na Palestina, Faixa de Gaza e Cisjordânia. Cursos foram ministrados para técnicos da Angola e Suriname, e mais ações também foram realizadas, como doações para a Bolívia, Argentina e outros (Brasil, 2003).

3.1 ORIGEM E CONTEXTO QUE FORMULAM O PNI

No início, o objetivo do programa consistia em controlar algumas doenças como o sarampo, o tétano, a coqueluche, a difteria e a poliomielite e também a manutenção da erradicação da varíola. A sua elaboração contou com a participação de técnicos do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças, parte do Ministério da Saúde e da Central de Medicamentos (Benchimol, 2001).

Mas antes mesmo de sua criação, a imunização da população já acontecia no Brasil. Em 1804, foram aplicadas as primeiras vacinas no país por iniciativa do Barão de Barbacena, que trouxe o vírus vacínico da varíola em pessoas escravizadas de Lisboa - Portugal para o Brasil. A estratégia desenvolvida era de coletar o material das pústulas de um indivíduo com o vírus e introduzir em outro de modo continuado (Brasil, 2003). Contudo, as discussões que envolvessem a medicina, problemas de higiene pública e a sociedade só passaram a ser abordadas a partir da primeira metade do século XIX. E esse era um debate que ocorria de modo mais centralizado nos litorais, com maior predominância no Rio de Janeiro, em 1829, especificamente na Sociedade de Medicina e Cirurgia (Benchimol, 2001).

Já a criação da Junta Vacínica da Corte acontece somente no ano de 1811. Outro acontecimento importante para a institucionalização da vacinação no Brasil foi a compra, após o surto de peste bubônica que se propagou no Porto de Santos no ano de 1889, da Fazenda

Butantan pelo governo para que soros contra a peste fossem produzidos de modo conjunto ao Instituto Bacteriológico (atualmente Instituto Adolpho Lutz). Além disso, foi formado no Rio de Janeiro o Instituto Soroterápico Federal em Manguinhos, Bio Manguinhos, que possuía como objetivo desenvolver soros e vacinas e ainda amparar campanhas de saneamento levadas pelo sanitarista Oswaldo Cruz pelo Brasil. O Instituto foi criado em 1900 e mais tarde passou a se denominar Instituto Oswaldo Cruz. Atualmente é um dos mais importantes centros de pesquisas biomédicas e de produção imunobiológico do país (Brasil, 2003).

Oswaldo Cruz foi uma figura extremamente relevante para o processo de vacinação nacional. Ele assumiu a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública do Brasil no ano 1903 e essa nomeação tinha como intuito combater as principais epidemias que assolavam o estado do Rio de Janeiro: febre amarela, peste bubônica e varíola. Três anos antes, em 1900, ele participou da produção da vacina e do soro antipestoso no Instituto Soroterápico Federal (Brasil, 2013).

Algumas das principais campanhas de vacinação que marcaram a história brasileira consistem na vacinação contra a varíola, no ano de 1904, com o estabelecimento da obrigatoriedade da imunização por meio de um decreto federal que ocasionou na Revolta da Vacina. Posteriormente, foi lançada outra campanha, em 1962, para erradicação da doença, a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV). Em 1946, a Campanha Nacional contra a Tuberculose (CNTC), com o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) como responsável pela orientação, coordenação e fiscalização da campanha (Brasil, 2013). Em 1971, veio o Plano Nacional de Controle a Poliomielite e o Programa Nacional de Combate à Meningite no ano de 1974 (Benchimol, 2001).

Mesmo diante da relevância da campanha de vacinação contra varíola, ações de imunização em massa da população deixaram de ser prioridade no Brasil durante o período da Era Vargas. As campanhas existiam, como citado acima, a de combate à tuberculose, porém não eram constituídas instituições permanentes para efetivá-las. Posteriormente, diante da importância da erradicação da varíola em cenário mundial, surgiram oportunidades de que se obtivesse subsídios para saúde provinda de órgãos internacionais, de modo, que outra campanha nacional contra varíola é iniciada com apoio de instituições internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Center for Diseases Control (CDC). As negociações com tais organizações foram relevantes para modernização e aumento na produção de vacinas (Fleury; Fava, 2022).

Após muitas dessas campanhas citadas acima, em 1966, foi instituída a lei n.º 5026/1996, Lei Orgânica das Campanhas Sanitárias, que objetivava coordenar as ações de

prevenção e combate a doenças de interesse coletivo por Campanhas de Saúde Públicas nacionais pelo Ministério da Saúde. Em seu regimento, constava que campanhas conjuntas deveriam ser realizadas de modo que além do MS, entidades públicas e particulares participassem (Brasil, 1966).

Para a conjuntura de criação do PNI, a Campanha de Erradicação da Varíola foi fundamental, pois foi a partir dela que houve o fortalecimento de grupos defensores de mais investimentos em campanhas para controle de doenças infecciosas por imunização dentro do MS. A estrutura da CEV possuía autonomia, mas era também totalmente subordinada ao MS e foi através da sua campanha nacional que se mobilizou estratégias de vacinação em massa e controle da qualidade da vacina. Foram introduzidas também as mais atuais concepções de vigilância epidemiológica e instrumentos para avaliação do programa, como a instalação do sistema de vigilância em 1969, com participação dos estados, incumbidos pelas Unidades de Vigilância Epidemiológica e pelos Postos de Notificações. Porém, quando ela encerrou, dúvidas surgiram sobre a capacidade de se manter a vacinação em massa contra a doença (Temporão, 2003; Fleury; Fava, 2022).

Em 1970, a reforma realizada pelo ministro Rocha Lagoa instituiu o Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças. Como parte dele, ainda havia a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde (DNEES), que contava com pessoas que possuíam experiência em campos distintos da imunização, objetivando, por meio de estratégias, controlar doenças por vacinação. Anterior a esta estratégia, ações de vacinação eram separadas e operacionalizadas ou por programas verticais do MS, como o caso da varíola e febre amarela ou por secretarias estaduais de saúde, como os casos do sarampo e da poliomielite (Temporão, 2003).

A instituição da DNEES foi essencial para que o Plano Nacional de Controle a Poliomielite fosse criado, com a realização de campanhas a nível estadual, resultando no acúmulo de experiência: no estudo científico acerca da eficácia da vacina; em metodologias para operacionalizar e avaliar a execução do projeto; modos de mobilizar a comunidade e de melhor desenvolver campanhas; como suprir de modo contínuo os estoques de vacina e de demais insumos necessários; e meios de prover capacitação para os técnicos. Apesar do aprendizado, não foi possível que os resultados do impacto do plano fossem avaliados, pois faltou a formação de ações de vigilância epidemiológica (*Ibidem*).

Os espaços gerados pela divisão puderam promover o aperfeiçoamento de modos de realização de campanhas de imunização a nível nacional, principalmente entre os anos de

1970 e 1973, em que, os métodos e tecnologias desenvolvidos pelo órgão foram aplicados para o controle de outras doenças (*Ibidem*).

Nesse contexto, surge o PNI, vinculado à DNEES, em uma circunstância na qual vários programas nacionais bastante significativos estavam também surgindo. A sua elaboração contou com técnicos do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças do Ministério da Saúde e da Central de Medicamentos. Tinha como primeira meta alcançar a vacinação de cerca de 85% da população de crianças com idades entre 0 e 4 anos. As especificações do Ministério da Saúde na época eram de que as vacinações deveriam se estender a também áreas rurais e conjuntamente

[...] aperfeiçoar a vigilância epidemiológica em todo o território nacional, capacitar laboratórios oficiais para a respaldarem com diagnósticos; instituir pelo menos um laboratório nacional de referência para o controle de qualidade das vacinas; racionalizar sua aquisição e distribuição e uniformizar as técnicas usadas para administrá-las; e, ainda, promover a educação em saúde para aumentar a receptividade da população aos programas de vacinação (Benchimol, 2001, p. 320).

Além disso, as estratégias para que os programas de vacinação ocorressem deveriam ser diferenciadas, isso porque as disfunções consideradas no PNI eram diferentes, tanto em relação à incidência, como o grau de cobertura das imunizações anteriores, ademais, as características das populações a serem atendidas, o acesso a elas e demais questões (*Ibidem*). Porém, o PNI foi sendo executado de forma progressiva, visto que, havia um grau elevado de complexidade e magnitude que se pretendia alcançar.

O programa começou sendo dirigido por uma Coordenação Nacional e mecanismos de hierarquização dos estados foram estabelecidos com priorização de populações residentes em áreas urbanas. Somente após os serviços possuírem melhores infraestruturas, as populações rurais seriam assistidas. Os laboratórios nacionais exerciam grande relevância neste contexto, com previsão de receberem melhor capacitação para controlar a qualidade e titulação das vacinas e serem mais bem equipados (*Ibidem*).

Na sua primeira versão, o orçamento do programa continha recursos apenas para a Coordenação Nacional, enquanto os laboratórios nacionais e as coordenações subnacionais não possuíam uma verba específica, carecendo de projetos específicos para subsidiá-los. No caso das vacinas, a Central de Medicamentos (CEME) foi designada para sua aquisição e financiamento, além da distribuição (Benchimol, 2001).

A CEME, como o DNEES, foi outro órgão extremamente relevante para a elaboração do PNI. De acordo com Temporão (2003), técnicos de ambos os órgãos estiveram juntos,

estruturando e formulando o programa, planejando metodologias de suprimento e controle de qualidade das vacinas. Ao Ministério da Saúde era imbuído a função de controlar doenças específicas por intermédio dos programas nacionais com vacinas e as secretarias estaduais eram responsáveis por atender a população com imunizantes que não eram previstos nesses programas, tendo suporte do MS em casos de epidemias. Contudo, apesar dessa organização e todo o esforço despendido, havia um quantitativo reduzido no país de especialistas em imunobiológicos, além da alta dispersão de iniciativas na saúde.

Na conjuntura mundial, um ano após a instituição do PNI nasce o Programa Ampliado de Imunizações (PAI) na Assembleia Mundial de Saúde, com objetivo de estimular a fabricação de imunizantes no mundo e, concomitantemente, aperfeiçoar as tecnologias para sua produção. As primeiras metas estabelecidas pelo programa eram de

[...] reduzir a morbidade e mortalidade de um grupo de seis doenças imunopreveníveis, por meio da vacinação de todas as crianças até 1990; induzir os serviços nacionais de saúde a implementarem programas de vacinação; e incentivar a busca em âmbito nacional e regional da auto-suficiência tanto na produção como no controle de qualidade das vacinas utilizadas, sobretudo das quatro que eram necessárias para atingir os alvos selecionados — a vacina contra o sarampo; a DPT contra difteria, pertússis (coqueluche) e tétano; BCG contra a tuberculose e a vacina Sabin contra a poliomielite (Benchimol, 2001, p. 322).

Outras duas implementações são extremamente relevantes para o histórico do PNI. Uma delas foi em 1991, a criação do Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CTAI), que consiste em um grupo de assessoramento, de caráter consultivo, ao Ministério da Saúde no sentido de definição de prioridade, elaboração de diretrizes em âmbitos de “pesquisa, produção, aquisição, distribuição e utilização de imunobiológicos, fundamentado em avaliações sistemáticas e em dados técnico-científicos atualizados” (Brasil, 2003, p. 19). Também, destaca-se a instituição, em 1995, dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Cries), unidades públicas e gratuitas de imunização que disponibilizam, mediante prescrição médica produtos específicos a indivíduos que necessitam de imunobiológicos especiais, este possui demasiada relevância para o Sistema de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinais.

Acerca do CTAI, podemos destacar ainda que ele foi formado por profissionais de vários órgãos, como do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (INCQS/Fiocruz), escolhidos pelo Ministério da Saúde para representar sociedades médicas das 5 regiões do Brasil. Já dados referentes aos Cries indicam que há pelo menos uma unidade em cada estado do país e que, atualmente, esses centros possuem um

sistema eletrônico, o SI-Crie, que possibilita que as suas ações sejam mais bem controladas (Brasil, 2003, p. 18).

Referente ainda ao contexto em que o PNI é instituído, durante o período da ditadura civil-militar (1964-1985), as campanhas de vacinação eram realizadas com apoio de propagandas formuladas por agências oficiais, que reproduziam mensagem de amparo ao governo e acerca da necessidade de se vacinar. Essas propagandas eram transmitidas obrigatoriamente por redes de televisão e de cinema. No governo de Médici foram criados personagens, que foram também utilizados por Geisel, para que de forma didática e acessível elucidassem a importância de se imunizar, como mostra a imagem abaixo.

Figura 1 - Filme vacinação



Fonte: Arquivo Nacional. (Benchimol, 2001)

Apesar das campanhas, o período ditatorial foi um momento obscuro para as políticas de saúde pública. Um dos empecilhos era que os investimentos que se tinham até o ano de 1979, eram destinados até cerca de 70% para hospitais particulares. O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) passou a financiar empresas médicas participantes do eixo Rio-São Paulo. Em decorrência disso, os hospitais particulares, em 1976, passaram a atender 98% dos serviços de internação, em contrapartida, os hospitais da Previdência Social respondiam a cerca de 2,6% da demanda. Ademais, ocorriam também na mesma década ações mais repressivas, como a cassação de cientistas da Fundação do Instituto Oswaldo Cruz (Benchimol, 2001).

Conforme aponta Menicucci (2007), as políticas de saúde, desde a década de 1960, estavam sendo desenvolvidas para priorizar o caráter empresarial em detrimento da assistência em saúde. Esse modelo propiciou que segmentos empresariais de assistência à saúde se organizassem politicamente, definindo seus interesses e obtendo acesso a recursos

que lhes permitiam exercer influência no processo decisório. Em decorrência disso, era notório que as condições de vida da população estavam transitando por um processo de degradação, com um acréscimo considerável de indicadores de mortalidade infantil. De modo oposto, setores como os industriais recebiam grande atenção e investimentos do governo (*Ibidem*).

O cenário apenas sofre algumas alterações quando, no governo de Geisel, o sanitarista Paulo de Almeida Machado assume a pasta do Ministério da Previdência e Assistência Social. Nesse mesmo contexto, ocorre o surto de Meningites do tipo A e C, quando, em 1974, Machado decide realizar uma campanha nacional de vacinação contra a enfermidade, em que, todos os brasileiros deveriam ser vacinados. A campanha era de uma envergadura gigantesca e precisou que o Instituto francês, *Mérieux*, produzisse os imunizantes. Além disso, era necessário que uma logística fosse criada, contando com pessoas para realizar a vacinação, redes de refrigeração para armazenar a vacina, transporte e demais insumos como as seringas (*Ibidem*).

Ainda nesse período de campanha de vacinação contra a meningite, Ernesto Geisel participa da V Conferência Nacional de Saúde para anunciar a recuperação da Fundação Oswaldo Cruz. Esse movimento significava um interesse na modernização da produção de vacinas no Brasil e na expectativa de que se pudesse atingir uma autossuficiência ou então um aumento na capacidade de imunização da “população com recursos biológicos próprios” (*Ibidem*, p. 330).

Diante desse cenário, o PNI foi criado, em meio ao período ditatorial. Na época, o Sistema Único de Saúde não existia e grande parte dos recursos para a assistência em saúde não era destinado ao Ministério da Saúde, que não possuía grande relevância política, mas sim ao Ministério da Previdência e Assistência Social. No entanto, também é necessário, para melhor compreensão, analisar a estrutura em que ele foi desenhado. Desse modo, o próximo tópico deste capítulo tem como intuito apresentar essa discussão.

3.2 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

A coordenação do PNI atual é competência do MS e sua execução ocorre de modo descentralizado, assim como preconiza o SUS e o desenho federativo brasileiro, necessitando do apoio de secretarias municipais de saúde. Desse modo, sua implementação é efetivada por equipes de vigilância epidemiológica mediante as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e grupos

de trabalho de Estratégia de Saúde da Família (ESF)³. O programa é ainda um dos que possuem grande coordenação nacional, ou seja, as ações referentes à imunização são induzidas fortemente pela União. No seu início, porém, problemas referentes à sua organização foram apresentados.

No ano de 1979, uma comissão interministerial foi designada para análise do programa de vacinação e algumas críticas foram apresentadas, como a ausência de clareza, de comunicação e entendimento entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, além de ordenação de recursos de modo inadequado. Ou seja, faltava-lhe uma melhor coordenação, planejamento das atividades e estrutura para que o programa funcionasse com maior qualidade (Benchimol, 2001).

No que se refere à estrutura, a comissão sugeriu que houvesse uma maior consolidação da coordenação nacional, sendo primordial que unificasse a direção dos programas de imunização e vigilância epidemiológica. Foi recomendado, conjuntamente, a realização de uma definição do quadro de pessoal, com contratações em tempo integral e que recebesse conforme essa especificação. Era defendido que, apesar de se tratar de um programa com uma estrutura vertical, precisava-se de uma unidade de ação, de modo que houvesse alguma independência dos estados, mesmo diante de um contexto ditatorial. Deveria, segundo a comissão, por meio de convênios, realizar a definição de coordenações estaduais, mas que fosse possível a intervenção da Coordenação Nacional onde necessário, buscando sanar possíveis entraves ao desenvolvimento do programa em determinados locais (Benchimol, 2001).

Alguns anos após essa recomendação, de acordo com livro lançado em comemoração aos 30 anos de PNI, na década de 1990 o programa fazia parte da Fundação Nacional de Saúde. Mas, em 2003, ele passou a integrar o DEVEP (Departamento de Vigilância Epidemiológica) da Secretaria de Vigilância em Saúde, incorporado à Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI).

A sua coordenação era realizada pela Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística em Saúde (DNEES), porém passou a ser dirigida entre os anos de 1974 e 1979 pela Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), por instituição do Ministério da Saúde. Durante a década de 80, a responsabilidade de coordenar o programa ficou a cargo da Divisão Nacional de Epidemiologia, órgão que compõe a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Por conseguinte, nos anos 1990, a Fundação Nacional de Saúde (FNS) ficou incumbida de

³ Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/2021/A-aquisi%C3%A7%C3%A3o-das-vacinas-%C3%A9- apenas-um-dos->

conduzir não só as imunizações como também a autossuficiência em imunobiológicos. Por último, após ser transferido para o Centro Nacional de Epidemiologia, forma-se a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), que faz parte, presentemente, da Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil, 2003).

Conforme citado no ponto anterior, o programa foi criado em um contexto ditatorial, em que se preconizava que seu funcionamento fosse realizado de modo centralizado. Esse era o cenário das políticas de saúde no momento, no qual, os municípios praticamente não possuíam papéis, sendo majoritariamente assumidos pelo Ministério e as secretarias estaduais. O PNI e seu funcionamento sofrem mudanças quando o país e as políticas passam por um processo de maior descentralização. Os municípios assumem o papel de executor da política, os estados coordenam e fornecem assessoria técnica, enquanto o Ministério fica com a responsabilidade de manter as atividades essenciais, como o provisionamento das vacinas (*Ibidem*).

A lógica de manter o fornecimento pelo governo central se justifica, pois o preço das vacinas varia conforme a quantidade de doses solicitadas. Desse modo, se o fornecimento fosse descentralizado, estados menos populosos pagariam de forma mais onerosa pela vacina do que os que possuem maior número de habitantes, ocasionando maiores desigualdades. Diante disso, justifica-se o fornecimento nacional, como também ações de supervisão e coordenação a serem realizadas (*Ibidem*).

Atualmente, as vacinas possuem caráter universalista, ou seja, todos os brasileiros têm o direito de recebê-las sem custo. No entanto, nos anos de 1990, o debate que existia era de que somente alguns imunizantes deveriam ser oferecidos de forma gratuita, contudo, foi uma agenda que não se consolidou. A decisão da política de ter oferta universal foi essencial para que os resultados obtivessem tamanho impacto, reconhecido inclusive por agências internacionais (*Ibidem*).

O modelo da política designa às secretarias municipais o papel de mobilizar a população, de convidar instituições locais a participarem e divulgarem as campanhas, a discutir e responder dúvidas, compreender e melhor ajustar a campanha à realidade local. As equipes de saúde regionais designam lugares estratégicos para que a vacinação ocorra, muitas vezes de modo improvisado, para que um contingente maior da população seja atendido, como terminais de ônibus, shoppings, supermercados e outros. No outro lado, o Ministério estabelece normas, supervisiona e coordena as ações (*Ibidem*).

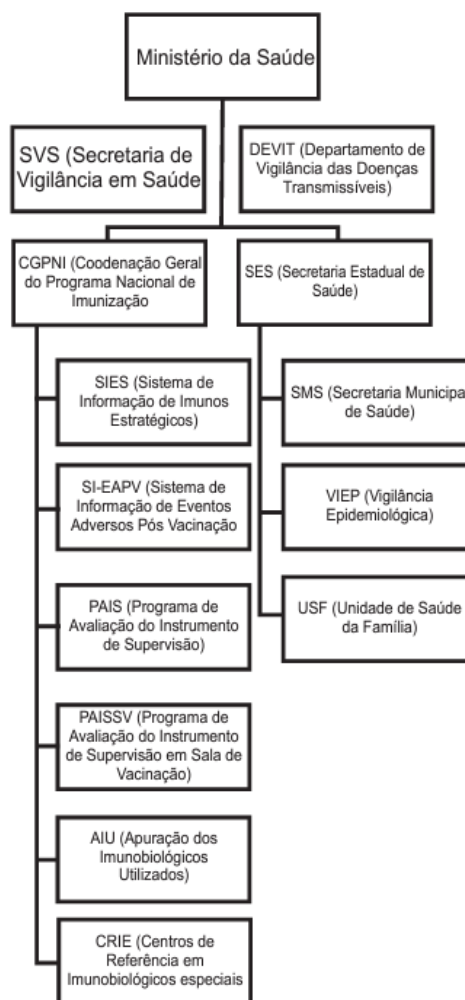
Conforme citado acima, quem coordena o PNI é a Coordenação Geral do programa, ou seja, a CGPNI, que integra a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS. Nas

instâncias estaduais, os coordenadores de imunização fazem parte das secretarias estaduais e a eles compete o papel de acompanhar e apoiar os municípios nas ações de vacinação, além de fornecer avaliação dessas ações. O coordenador municipal é responsável pela execução. Todavia, o programa funciona de modo centralizado no que se refere à construção de normas, mas a gestão é operacionalizada de modo tripartite, com acordos e discussões definidos coletivamente com os coordenadores de imunização dos estados (*Ibidem*).

Pensando em elucidar de forma mais clara a estrutura dos órgãos que executam o programa, apresentamos aqui o principal órgão executor do PNI, o Ministério da Saúde, que vincula suas ações por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (DEVIT). Além de, conjuntamente, orientar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) nas suas ações, que trabalham em parceria com a Vigilância Epidemiológica (VIEP), fiscalizando e aprovando apoio às Unidades de Saúde da Família (UBS). Referente a coordenação geral do PNI, ficou estabelecido a ela a função de gerenciar práticas que compreendam o Sistema de Informação de Imunos Estratégicos (SIES), o Sistema de Informação de Eventos Adversos pós-vacinação (SI-EAPV), o Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão (PAIS), o Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacina (PAISSV), a Apuração dos Imunobiológicos Utilizados (AIU) e o Centro de Referências em Imunobiológicos Especiais (CRIES) (Santos, 2015).

A seguir elucidamos através de um organograma simplificado como funciona a estrutura organizacional do PNI.

Figura 2 - Organograma organizacional do PNI



Fonte: Santos (2015).

No que se refere às vacinas, durante muitos anos ocorreram problemas referentes às licitações e, diante disso, decidiu-se priorizar vacinas que fossem produzidas no Brasil, cooperando para que o setor industrial de produção nacional fosse mais bem desenvolvido (Brasil, 2003).

As vacinas são compradas atualmente de modo centralizado, papel designado ao Ministério da Saúde, mas os recursos para as demais ações são repassados, ou seja, o MS partilha as verbas para tal ordem entre os municípios e estados habilitados para receber. Além disso, há investimento na produção de vacinas nacionais, direcionado para vacinas estratégicas. Isso ocorre porque produzir todas as vacinas poderia, na verdade, causar um desperdício de gastos e não trazer benefícios de fato. Desse modo, até o ano de 2015, um levantamento feito pelo Ministério da Saúde era que cerca de 96% das vacinas utilizadas no

país eram de produção nacional, seguindo padrões de qualidade internacionais (Xavier; Pontes, 2022).

Desse modo, o PNI permite ainda que ocorra assessoria técnica de parceiros institucionais ou de iniciativas privadas com os laboratórios nacionais por meio das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Além disso, a política almeja estabelecer que sejam designados preços reais, para que estes possuam meios de aprimorar os processos de produção de novos imunizantes (Domingues *et al.*, 2015).

Quando não há possibilidade de aquisição de imunizantes de laboratórios nacionais, as compras são realizadas com a assessoria do Fundo Rotatório da Organização Pan-Americana da Saúde. Esse fundo é gerido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que recebe o dinheiro dos Ministérios da Saúde de diversos países-membros que possuem interesse na aquisição do imunizante. Dessa forma, conseguem baratear o valor que se iria pagar na compra de vacinas de qualidade. O objetivo desse fundo é amparar países no processo de compra de medicamentos e insumos, possibilitando que a compra obtenha menores custos (Domingues *et al.*, 2015).

Referente ao processo de obtenção de uma nova vacina, quando ela é adquirida através PNI, é entregue à Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos (CENADI), passando pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS). Posteriormente, eles seguem vias aéreas ou rodoviárias para chegar às centrais estaduais de redes de frios para serem distribuídas pelos municípios e destinadas às salas de vacina (Brasil, 2003).

É necessário também que os imunizantes sejam transportados e recebidos de forma adequada, sem perder suas características que forneçam eficácia contra a doença que se planeje atingir. Para que isso aconteça, durante todo o transporte, acompanham-se as temperaturas dos termômetros com o intuito de verificar as condições de conservação e, nos estados receptores, não só se prepara o complexo com as redes de frio, mas também os profissionais para o recebimento. As capacitações ocorrem com o pessoal responsável pelas redes de frio, pelos espaços de vacina, de vigilância de eventos pós-vacinais e ainda que utilizam o sistema de informação (Brasil, 2003).

Todo esse aparato logístico para transportar e receber os imunizantes é necessário, pois estes são produtos que podem sofrer alterações caso sejam expostos a mudanças de temperatura, de modo que, a garantia das mesmas condições capazes de preservá-los sejam de suma relevância até o momento da aplicação. Nesse sentido, é imprescindível haver redes de frios previamente estruturadas desde o laboratório até a sala destinada à vacinação. Posto isso,

para que todo esse processo seja resguardado, foi criado a CENADI, órgão que recebe todos os imunizantes comprados pelo programa, tanto ao nível nacional como internacional, distribuí para as redes de frio estaduais, para assim serem encaminhadas para centrais regionais e/ou municipais para as redes de serviços ou salas de vacinação (Domingues *et al.*, 2015).

Diante disso, cabe frisar ainda que o PNI possui o Sistema de Informação - SIPNI, um sistema informatizado que conta com outro conjunto de sistemas, como o de Avaliação do Programa Nacional de Imunizações - SI-API, que possibilita gestores avaliarem o risco de ocorrência de surtos ou epidemias, o acesso a dados referentes à população que recebeu determinada vacina, entre outros. O sistema de avaliações foi criado na década de 1990, em parceria com o Datasus, possibilitando que os gestores acompanhem as informações sobre a vacinação⁴.

Após todo o levantamento aqui traçado acerca do funcionamento, contexto e estrutura que envolve o PNI, trataremos do caso escolhido para análise nesse trabalho de dissertação, o programa criado pelo PNI para combate a Covid-19, o PNO. Sendo este, apresentado no próximo subtópico.

3.3 PNO E DESAFIOS DURANTE A PANDEMIA

O Ministério da Saúde, por intermédio do PNI, no período, sob a liderança de Eduardo Pazuello, cria o Plano Nacional de Operacionalização da Vacina Contra Covid-19 (PNO), como uma das respostas ao enfrentamento da pandemia “tida como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), mediante ações de vacinação nos três níveis de gestão” (Brasil, 2021, p. 7). Para sua construção, o MS, através da Portaria GAB/SVS n.º 28 de 03 de setembro de 2020, institui a Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis, composta por representantes do Ministério, da OPAS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e de outros órgãos com expertise na área, segundo a primeira edição do plano⁵.

Essa primeira edição do PNO determinou um plano com 10 eixos, que seriam: situação epidemiológica e definição da população-alvo para vacinação; Vacinas Covid-19;

⁴ Disponível em: <https://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-avaliacao-do-programa-de-imunizacao-pni-api.html>

⁵ Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/1-edicao-plano-operacionalizacao-vacinacao-Covid19.pdf>

Farmacovigilância; Sistemas de Informações; Operacionalização para vacinação; Monitoramento, Supervisão e Avaliação; Orçamento para operacionalização da vacinação; Estudos pós-marketing; Comunicação e Encerramento da campanha de vacinação.

O PNO, nessa edição estipulou um grupo prioritário que receberia os imunizantes, isso devido ao quantitativo reduzido de doses, mas para que um plano de vacinação seja efetivo faz-se necessário que alcance indicadores pertinentes de cobertura vacinal, de modo que, alcance uma alta taxa de vacinação na população homogênea. Contudo, para que essa taxa seja alcançada, vários fatores precisam ser levados em consideração, como nível satisfatório de adesão e confiança na vacina, a disponibilidade do imunizante e uma coordenação e cooperação entre o nível federal e os demais entes (Lachtim *et al.*, 2021).

Ademais, o sistema público de saúde brasileiro e de vacinação é reconhecido internacionalmente por possuir uma boa infraestrutura de vigilância sanitária, inclusive foi apontado pelo *Global Health Security Index*, um sistema que classifica países mais preparados para lidar com emergências de saúde, criado pela Universidade Johns Hopkins (EUA), com o melhor score da América Latina (Initiative, 2019). Contudo, a ausência da liderança por parte do Executivo federal na adoção de medidas ocasionou sérias dificuldades de conter a disseminação do vírus da Covid-19, com número de casos de infectados no Brasil de 38.022.277 e 707.286 óbitos até o dia 15 de novembro de 2023⁶.

Desse modo, a primeira disputa ocorre na construção do PNO, quando tramitava no Supremo Tribunal Federal (STF), uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF). Essa ação constitucional tinha como propósito combater atos que desrespeitam os preceitos fundamentais da Constituição Federal, resultando na “exigência de construção e divulgação pelo Governo de um Plano Nacional de Imunização” (Macedo; Struchiner; Maciel, 2021, p. 2860). Além destes, outros embates foram notados até mesmo entre os apoiadores do governo e entre especialistas que estiveram presentes na construção do plano, principalmente no assunto que se referia a definição dos grupos prioritários de vacinação (Macedo; Struchiner; Maciel, 2021).

Além disso, no cenário de crise sanitária, a organização federativa que incide sobre as políticas de saúde pareceu adquirir uma forma diferente. Ao oposto do que havia sido instituído, como a capacidade de coordenação de políticas pelo Executivo Federal, houve a substituição por descoordenação de estados e municípios. A aposta do ex-presidente brasileiro foi de indicar soluções anticientíficas, pseudocientíficas e que colocaram o país numa espécie

⁶ Disponível em: <https://Covid.saude.gov.br/>

de vácuo decisório e que impulsionou os governadores e prefeitos para a ação (Fernandez, 2020; Fernandez; Machado, 2021).

Somada a todas essas questões, o Brasil está passando por uma fase de queda nas taxas de vacinação da população que ocorrem desde 2016. Esse fator gera preocupação, pois pode ser um dificultador na obtenção de sucesso em campanhas vacinais. Conforme a OMS, a “hesitação vacinal” é um fator tão sério que esteve entre as dez ameaças à saúde global em 2019 (Yamey, *et al.*, 2020). Segundo um estudo levantado pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM) e a AVAAZ, observou-se que cerca de 67% dos brasileiros acreditam em alguma informação não precisa sobre a vacinação, contexto em que pode levar brasileiros a não se vacinarem ou não vacinarem alguém sob seus cuidados por conta da desinformação relacionada à vacinação⁷.

Ademais, o subfinanciamento crônico que vem sendo realizado na área da saúde prejudica ações como a campanha de vacinação. Isso foi agravado por meio da Emenda Constitucional n.º 95 de 2016, que, segundo o Conselho Nacional de Saúde, provocou a redução de 20 milhões do orçamento da saúde no ano de 2019⁸. Foram ainda autorizados para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, em 2020, R\$ 66,5 bilhões para a área da saúde, porém a execução desses recursos foi inferior a 70%. Os recursos de aplicação direta pelo MS designados para produção e aquisição de vacinas também não foram totalmente pagos, com apenas 20% da verba autorizada paga (INESC, 2020).

Alguns dos problemas que vinham sendo enfrentados nas políticas públicas de saúde eram anteriores ao governo de Bolsonaro, como ocorreu no mandato de Michel Temer, em que modificaram questões referentes à estrutura do MS, como a mudança da central de distribuição de medicamentos por uma empresa privada, que afeta diretamente o processo de distribuição e compra de vacinas. Contudo, no governo do ex-presidente foi também possível notar algumas ações que prejudicavam o andamento da saúde pública, como no ano de 2020 em que Mandetta, Ministro da Saúde de Bolsonaro, por meio de uma portaria desobrigou que equipes multidisciplinares da atenção básica estivessem ligadas ao modelo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Essa ação poderia acabar com o financiamento de equipes interprofissionais, tanto nas unidades de saúde quanto em visitas domiciliares (Mota, 2020; Fleury; Fava, 2022).

⁷ Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/po-avaaz-relatorio-antivacina.pdf>

⁸ Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>

Assim, mais especificamente, olhando para a vacinação durante a pandemia, várias disputas e dificuldades foram observadas, algumas delas serão brevemente apresentadas no quadro abaixo e em seguida enumeradas e classificadas.

Quadro 2 - Conflitos e disputas durante a pandemia referentes à vacinação

Tema	Disputa
PNO	<ul style="list-style-type: none"> • Dilação na criação do PNO; • Desestruturação da atenção primária; • Enfraquecimento das políticas de saúde desde 2016.
Discursos	<p>O ex-presidente Bolsonaro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criticou a OMS; • Afirmou que a China seria responsável pela disseminação do vírus; • Divulgou remédios preventivos que não possuíam eficácia cientificamente comprovada. <p>O Ministro de relações exteriores do seu governo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se referiu a vacina desenvolvida pelo Instituto Butantan com o laboratório Chinês Sinovac como “VaChina”.
Embates entre presidente e governadores	<p>O ex-presidente Bolsonaro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atribuiu aos governadores e prefeitos a responsabilidade pela crise econômica que estaria por vir; • Por meio de uma MP tentou centrar o poder das adoções de medidas restritivas durante a pandemia na União; • Declarou guerra aos governadores.
Compra de vacinas	<p>O ex-presidente Bolsonaro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recusou a oferta de vacina do Instituto Butantan durante vários meses do ano de 2020; • Referiu-se a vacina do Instituto Butantan com o laboratório Chinês Sinovac como “vacina chinesa de João Dória”, pois Dória assinou o contrato de compra do imunizante; • Comemorou a pausa dos testes da vacina citada acima. <p>Em seu governo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recusaram ofertas de doses da Pfizer; • Rejeitaram o acordo de contrato com a Janssen; • Recusaram a integração da aliança COVAX Facility.
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Corrida entre Bolsonaro e Dória para verificar quem conseguiria aplicar a primeira dose da vacina; • O MS decidiu comprar os imunizantes da vacina CoronaVac em janeiro de 2021; • O governo tenta confiscar seringas do estoque paulista;

	<ul style="list-style-type: none"> • Poucas doses disponíveis no início da vacinação, mesmo para imunização dos grupos prioritários; • Priorização indevida na imunização; • Ausência de clareza nas informações técnicas.
Dados	<ul style="list-style-type: none"> • Ataque hacker aos sistemas de informações do governo federal; • Ausência de dados referentes ao acompanhamento pandemia durante alguns dias; • Estados não conseguiram acesso aos sistemas do MS após o ataque.

Fonte: Elaboração própria.

1º- Referentes ao PNO: A dilação da criação do PNO, segundo especialistas, em um contexto em que se precisava planejar de modo eficiente tanto a distribuição quanto o armazenamento das vacinas, prejudicaria o sucesso de uma possível campanha. Outros infortúnios, no entanto, existiram, precisando ser solucionados para um melhor funcionamento desse novo plano, como o enfraquecimento nas políticas de saúde, observadas desde 2016, em especial a sobrecarga e desestruturação da atenção primária⁹.

2º- Referentes aos discursos: A crise política em relação à vacina e à campanha de imunização contra a Covid-19 estendeu-se também no âmbito dos discursos, que eram proferidos não apenas pelo ex-presidente, mas também pelos seus ministros. Bolsonaro, além de criticar instituições como a OMS e afirmar que a China seria a responsável pela disseminação do vírus, divulgava remédios preventivos que não possuíam eficácia cientificamente comprovada. O Ministro de relações exteriores referia-se a vacina desenvolvida pelo Instituto Butantan em parceria com a farmacêutica chinesa Sinovac como “VaChina” de maneira pejorativa, causando infortúnios para as relações diplomáticas entre os países, inclusive, com relação aos insumos fornecidos pela China (Fleury; Fava, 2022).

3º- Referentes aos embates entre o então presidente e governadores: A atitude do ex-presidente Jair Bolsonaro, por não se responsabilizar pelas sequelas socioeconômicas e de saúde da pandemia do coronavírus, gerou a promoção de conflitos entre ele, governadores e prefeitos (Moffitt, 2015). Outrossim, utilizou da estratégia de líderes populistas *blame shifting*, que consiste em culpar o outro, atribuindo aos governadores e prefeitos a responsabilidade pela crise econômica que estaria por vir (Hameleers; Bos; De Vreese, 2017; Casarões; Magalhães, 2021). De acordo com ele, o vírus já estava indo embora e era necessário que se retomassem as atividades econômicas normalmente. Isto se deve ao fato de que, se a economia não retomasse ao seu curso, o Brasil passaria por uma crise econômica

⁹ Disponível em: <https://www.estadao.com.br/politica/gestao-politica-e-sociedade/por-que-precisamos-preparar-o-pais-para-a-vacinacao-contra-covid-19-antes-mesmo-de-ter-uma-vacina/>

causada por eles, devido às medidas de isolamento. Na tentativa de confrontar a adoção de iniciativas de enfrentamento subnacionais, o executivo federal tentou centrar o poder das adoções de medidas restritivas durante a pandemia na União por meio de uma MP (Amato, 2020), que ocasionou na interpelação do STF sobre a constitucionalidade da decisão, visto que, segundo a CF, os entes subnacionais possuem autonomia em casos de decisões referentes a competências concorrentes. Diante disso, o ex-presidente, em oposição aos ministros do STF, declarou guerra aos governadores (Colleta; Caram; Uribe, 2020).

4º- Referentes à compra de vacinas: Posteriormente, conflitos entre governadores e Bolsonaro continuaram, como na oferta de vacinas que o Instituto Butantã havia feito ao MS durante os meses de julho, setembro e outubro de 2020. Apesar de a pressão para a compra do imunizante pelo Fórum de Governadores e da Frente Nacional de Prefeitos e do ex-ministro Eduardo Pazuello ter estabelecido acordo, o ex-presidente cancelou a compra (Fleury; Fava, 2022). Outras divergências ocorreram também com João Dória, ex-governador de São Paulo. Ao contrário de Bolsonaro, ele decidiu investir na vacina do Instituto Butantan/Sinovac, em novembro de 2020 e, segundo o ex-presidente, tratava-se da “vacina chinesa de João Dória”. Além disso, Bolsonaro celebrou quando a Anvisa suspendeu os testes da vacina do Instituto Butantan em parceria com a farmacêutica Sinovac devido à morte de um voluntário, por suicídio (Fleury; Fava, 2022).

Não só a vacina CoronaVac não estava sendo considerada, como também a Pfizer. Segundo a CPI da Covid, a empresa Pfizer ofereceu ao governo brasileiro 700 milhões de doses do imunizante a serem entregues em dezembro de 2020 e depois mais duas ofertas formais foram feitas, que também não obtiveram retorno até dezembro desse mesmo ano, quando o governo se justificou afirmando que não concordava com as condições da empresa, que não se responsabilizavam por eventuais efeitos colaterais¹⁰. O país também desenvolveu problemas com outros fornecedores, como a Índia, ao votar contra a suspensão da patente de vacinas e medicamentos durante a pandemia (Fleury; Fava, 2022). Ademais, foi, conjuntamente, recusada a assinatura do contrato com a Janssen em 2020, apesar da farmacêutica afirmar que o Brasil seria priorizado na entrega das vacinas, pois os testes em fase 3 do imunizante foram sediados no país. Foi recusada também a oferta de fazer parte da Aliança Mundial de Vacinas, COVAX Facility, composta por 165 países que estavam juntos na busca por adquirir imunizantes, convite só aceito posteriormente. Desse modo, o governo federal, até dezembro de 2020, só havia feito acordo com a farmacêutica AstraZeneca (Maciel *et al.*, 2022).

¹⁰ Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57104347>

Diante das recusas por parte do MS, os estados e municípios começaram a buscar adquirir vacinas, seja por meio de mecanismos próprios ou por consórcios estabelecidos entre eles. Essa compra ocorreu conforme previsto na Lei n.º 14.124, de 2021, que concedia aos estados, municípios e distrito federal autorização excepcional para que estes comprem, distribuam e apliquem imunizantes contra a Covid-19 registrados e autorizados, desde que a União não realize a aquisição e distribuição de doses suficientes aos grupos estabelecidos como prioritários, conforme o PNO (Lachtim *et al.*, 2021).

5º- Referentes à vacinação: Bolsonaro e Dória também travaram uma corrida sobre quem conseguiria aplicar a primeira dose da vacina. O governador paulista anunciou que a vacinação poderia ser iniciada em janeiro de 2021 (Monari; Sacramento, 2021), enquanto o governo federal divulgou que para a ampliação da produção de imunizante seria realizada a construção de uma nova fábrica da Fiocruz para fabricação das vacinas. As ações e declarações feitas pelo governo federal e pelo MS estavam focadas na vacina produzida pela Fiocruz em parceria com Oxford.

Ainda referente à corrida das vacinas entre governadores e governo federal, o MS decide comprar doses da vacina CoronaVac no início de janeiro de 2021, com a produção das primeiras doses (Fleury; Fava, 2022). Nesse mesmo contexto, o governo requisitou que o governador Dória entregasse as seringas disponíveis em seu estoque, para que assim o estado não fosse o primeiro a vacinar. Entretanto, o STF, por meio de uma medida cautelar deferida pelo Ministro Lewandowski, impediu que o governo retivesse os insumos adquiridos pelo governador paulista¹¹.

Outrossim, o início do período de vacinação, em janeiro de 2021, foi marcado pelo percentual reduzido de doses disponíveis até mesmo para atender o grupo prioritário estabelecido naquele momento e que fora distribuído de maneira desigual no território nacional. Existem ainda relatos constando que as elites estavam sendo priorizadas na vacinação, salientando ainda mais vulnerabilidades já existentes¹², momento em que também foi notório o desenvolvimento da segunda onda da pandemia em Manaus. Além disso, as informações técnicas referentes à imunização não chegavam às salas de vacina de forma transparente, algo que prejudicou diretamente a campanha, pois é nesse local que ela efetivamente ocorre (Lachtim *et al.*, 2021).

¹¹ Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/01/4899080-stf-impede-pazuello-de-requisitar-seringas-e-agulhas-compradas-por-doria.html>

¹² Disponível em: <https://www.estadao.com.br/politica/gestao-politica-e-sociedade/o-inicio-da-vacinacao-nos-municipios-brasileiros-entre-simbolismos-e-escassez/>

6º- Referentes ao apagão de dados: No ano de 2021, observou-se, conjuntamente, um apagão de dados do MS ocasionado por um ataque hacker. O ataque derrubou sites, aplicativos e sistemas de informação do governo federal, o que gerou a ausência de dados atualizados estaduais sobre a situação da pandemia durante alguns dias. Algo muito preocupante, pois sem esses dados, pesquisadores e os próprios estados não conseguem estimar informações referentes à pandemia, como a taxa de transmissão do vírus e as médias móveis de mortes. De acordo com um artigo do portal Nexo, profissionais da saúde de estados como Roraima e Tocantins não estavam conseguindo atualizar dados e nem acessar os serviços no sistema de informações do MS, inclusive o SI-PNI, até o início de janeiro¹³. Devido ao problema referente à ausência do acesso aos dados, órgãos da imprensa e as secretarias de saúde decidiram criar um consórcio com atualização das informações de forma direta (Fleury; Fava, 2022).

Outros infortúnios associados à vacinação foram levantados por Fleury; Fava (2022), como os causados pela paralisação na distribuição das vacinas em fevereiro. Faltou-se também uma melhor definição de qual a ordem de imunização deveria ser efetivada entre o grupo escolhido como prioritário, pois com a suspensão na produção da vacina CoronaVac por conta do atraso na chegada de insumo e o Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA), não liberado pelo governo da China, havia confusão em quem deveriam ser os priorizados dentro do grupo prioritário diante do reduzido quantitativo de imunizantes disponíveis.

As situações expostas acima são apenas um resumo do que ocorreu durante a pandemia no Brasil no que se refere à vacinação. O PNI, um programa consolidado ao longo dos anos, acabou passando por diversos percalços durante o enfrentamento da Covid-19, que resultou no enfraquecimento de muitas das suas políticas. Diversos desafios que o programa enfrentou já ocorriam mesmo antes desse contexto, como a queda nos índices de vacinação da população e as dificuldades em promover autossuficiência na produção de insumos, sendo mais expostos ao enfrentamento dessa crise sanitária.

Em vista disso, o desenho do PNI, que foi estruturado para funcionar de modo descentralizado, com o apoio do governo federal, foi substituído por um formato centralizado, que, no lugar da busca por cooperação entre os entes, foi sobrecarregado por disputas. Mecanismos que proviam eficiência, como o sistema de informação do programa, o investimento em produção de imunizantes em laboratórios nacionais e o treinamento com

¹³ Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2022/01/06/O-impacto-do-apag%C3%A3o-de-dados-em-meio-ao-avan%C3%A7o-da-%C3%B4micron>

técnicos que iriam aplicar as vacinas, não foram preconizados na estruturação do PNO, prejudicando o andamento da campanha nacional e aumentando a disseminação do vírus.

Desse modo, o fenômeno aqui observado pode ser compreendido como uma conjuntura crítica, período em que as instituições passam por mudanças em um curto espaço temporal (PIERSON, 2000). Isso ocorre porque a coordenação nacional forte em relação às políticas de saúde, fato presente em governos anteriores, não foi estabelecida nesse período pandêmico, rompendo com a dependência da trajetória existente.

Como afirmamos anteriormente, o Ministério da Saúde é o órgão central que coordena as políticas de saúde no Brasil. No campo político-administrativo, há descentralização entre os entes. Contudo, a ausência de coordenação nacional referente à vacinação levou então estados a adotar seus próprios planos de imunização contra a Covid-19 mais específicos que o nacional e de modo descentralizado, assumindo então o papel principal de coordenação. Como consequência, essa atitude poderia ocasionar maiores desigualdades na saúde, visto que, entes com elevada capacidade financeira e institucional tem maiores chances de promover uma campanha de imunização exitosa do que aqueles com capacidades inferiores (Fernandez, *et al.*, 2020; Fernandez, 2021).

Desse modo, o presente trabalho tem como intuito analisar o conteúdo dos planos estaduais e federal de vacinação no contexto pandêmico para observar suas variações, buscando evidenciar que neste contexto, apesar das políticas de saúde serem coordenadas e apoiadas fortemente pelo governo nacional, diante das disputas e da opção pelo não enfrentamento da crise sanitária pelo ex-presidente, se ocorre variação entre os planos. O método e a análise serão elucidados nos próximos capítulos dessa dissertação.

4. METODOLOGIA

O objetivo desta dissertação é elucidar as consequências do protagonismo dos governadores, apesar da pré-existência do Programa Nacional de Imunizações (PNI) frente à adoção de medidas estaduais de planejamento de vacinação contra a Covid-19 no Brasil.

Para que a pesquisa seja desenvolvida, planejamos analisar a convergência e divergência dos planos estaduais e o nacional de operacionalização da vacina contra a Covid-19.

Assim, recorreremos aqui como aparato metodológico a análise de conteúdo, que consiste em uma técnica utilizada para compreender determinado material de modo sistemático, no ensejo de criar categorias e classificações do objeto que se pretende investigar, evidenciando elementos-chave que possibilitam compará-los. Conforme aponta a literatura, algumas das etapas que constituem a análise de conteúdo são a de planejamento, coleta e análise dos dados (Carlomagno; Da Rocha, 2016).

Desse modo, a utilização da análise de conteúdo neste trabalho, se faz necessária, pois pretendemos analisar o conteúdo de planos de vacinação contra a Covid-19 brasileiros no ensejo de elucidarmos características divergentes e convergentes entre eles, construindo categorias no intuito de compará-los.

O primeiro passo, então, foi realizar o levantamento dos planos. Alguns estados não possuem todas as versões disponíveis, como no Rio Grande do Sul, em que encontramos apenas as versões 1,7 e 9, Pará, com versões 1 e 4 e Pernambuco, com versões 1 e 7 localizadas. Em relação aos documentos do Mato Grosso, Rio de Janeiro e Roraima, identificamos apenas a primeira versão.

A primeira versão do PNO, o plano nacional de operacionalização da vacinação contra Covid-19, foi publicada em 16 de dezembro de 2020, sendo assim, selecionamos versões de planos estaduais divulgados após essa data e anteriores à divulgação da revisão deste, em 22 de janeiro de 2021. O recorte da pesquisa se justifica, pois a maioria das versões dos planos encontradas foram as publicadas no intervalo entre as duas versões do PNO, como elucidado acima. A criação de segundas versões também não seguiu um calendário específico, como no caso da Bahia, lançado em setembro de 2021¹⁴, o que ocorre também com o plano de Rondônia, que lança em julho sua segunda edição. Além disso, se nosso intuito é comparar as similaridades entre eles, possuindo como base o desenho das políticas de saúde no Brasil em

¹⁴ Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/Versao-18-08-21-atualizacao-Plano-Vacina-Covid-19-CIVEDI-DIVEP-SUVISA-SESAB.pdf

que os programas são criados e coordenados pelo governo central, como apresentamos anteriormente, espera-se que haja maior similaridade, mesmo diante da possibilidade de autonomia decisória dos governos estaduais.

Mais especificamente, o governo de São Paulo¹⁵ optou por lançar documentos técnicos para planejar suas campanhas de vacinação contra Covid-19 ao longo da pandemia, enquanto no caso de Santa Catarina, apesar dos planos, suas revisões foram disponibilizadas por meio de notas informativas¹⁶. Posto isso, analisaremos o primeiro documento técnico de ambos sobre a campanha de vacinação, de janeiro de 2021.

Em relação ao Distrito Federal, encontramos dois planos, um de dezembro de 2020 e outro de janeiro de 2021, lançados entre o intervalo da primeira e segunda edição do PNO, desse modo, optamos por analisar os dois, identificando o documento de dezembro como Distrito Federal_a e o de janeiro, Distrito Federal_b.

Diante dessa delimitação no desenho da pesquisa, eliminamos três estados dessa primeira parte da análise. O primeiro Sergipe, pois não encontramos nenhuma versão disponível, mesmo solicitando o acesso ao plano através da LAI, e o dos estados Minas Gerais e Maranhão, pois não encontramos versões lançadas após a primeira edição do PNO, apenas documentos atualizados em fevereiro e setembro de 2021.

Durante a coleta, ocorreu não só a dificuldade de encontrar todos os planos com suas diferentes versões, mas principalmente a ausência dos documentos nos sites governamentais. Algumas versões dos planos se encontram em sites de reportagens, como o primeiro plano do Acre¹⁷, a primeira edição do Pará, que estava no site do ministério público¹⁸, além disso, alguns se encontravam em sites de prefeituras, como o do Paraná¹⁹. Achamos importante pontuar a necessidade das secretarias de saúde estaduais de armazenar em seus sites um histórico de todas as versões dos planos de vacinação implementados, o que constatamos que não ocorreu, gerando inúmeras dificuldades na triagem dos dados desta pesquisa, com links quebrados, expirados e outros bloqueados comprometendo o acesso à informação não apenas deste estudo, mas de outros a serem realizadas dentro deste recorte temático.

Logo, comparamos a similaridade entre os planos estaduais dos demais entes: Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso

¹⁵ Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/imunizacao/sala-de-capacitacao-campanha-de-vacinacao-Covid-19/documento-tecnico>

¹⁶ Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/index.php/Covid-19-coronavirus>

¹⁷ Disponível em: <https://www.juruaemtempo.com.br/2020/12/acre-realiza-plano-operacional-para-o-recebimento-da-vacina-contr-o-coronavirus/>

¹⁸ Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/areas/institucional/cao/cidadania/coronavirus-Covid-19.htm>

¹⁹ Disponível em: <https://www.fazendariogrande.pr.gov.br/vacinacao-Covid-19/plano-municipal-de-vacinacao>

do Sul, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Tocantins, e do Distrito Federal com o PNO inicial.

Para isso, contamos com o apoio de uma ferramenta de detecção de plágio e similaridade, o Copyspider²⁰, um aplicativo gratuito que permite a comparação entre diversos documentos identificando semelhanças entre eles. Na plataforma, selecionamos o modo de pesquisa “arquivos locais - um contra todos”, subimos todos os planos estaduais, distrital e nacional, e designamos o federal como o principal, que seria comparado com os demais. A utilização do detector de plágio foi inspirada no trabalho de Couto e Absher-Bellon (2018), que utilizaram da mesma tecnologia para comparar constituições estaduais com a Constituição Federal Brasileira. A escolha se deu também, pois a ferramenta é gratuita e dispõe de informações acessíveis para o uso, além de cumprir o papel de comparar a similaridade de conteúdos de documentos, a pretensão aqui.

Como resultado, a plataforma indicou o grau de aproximação entre os planos, e os resultados foram: Distrito Federal_a (23,91%), Bahia (16,68%); Paraíba (11,44%); Pará (10,64%); Acre (10,46%); Distrito Federal_b (10,03%); Roraima; (9,86%); Tocantins (9,50%); Goiás (8,89%); Rio Grande do Norte (8,81%); Mato Grosso (7,99%); Paraná (7,92%); Rondônia (7,59%); Santa Catarina (7,44%); Alagoas (7,02%); Rio Grande do Sul (6,98%); Espírito Santo (6,87%); Mato Grosso do Sul (5,52%); Pernambuco (4,12%); São Paulo (4,12%); Amazonas (4,07%); Amapá (3,94%); Piauí (3,42%); Ceará (3,20%) e Rio de Janeiro (3,10%).

Dessa forma, selecionamos então para a próxima fase a) os 3 planos mais convergentes e b) os 3 mais divergentes do PNO, que referem-se respectivamente aos seguintes estados: Distrito Federal_a²¹, Bahia²², Paraíba²³, Rio de Janeiro²⁴, Ceará²⁵ e Piauí²⁶. No intuito de observar ainda o protagonismo estadual, na segunda parte da análise, examinamos

²⁰ Segundo a própria definição dos criadores, o Copyspider “é uma ferramenta freeware para testar documentos sob o crivo de existência de cópias indevidas de outros documentos disponíveis na internet”. Ele está disponível para download no seguinte link: <https://copyspider.com.br/main/>

²¹ Disponível em: <https://sindsaude.org.br/noticias/wp-content/uploads/2021/01/Plano-Operacional-de-Vacinacao-Contra-a-Covid.pdf>

²² Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Plano-de-Vacinacao-Covid-19.pdf>

²³ Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/arquivos-1/plano-operacional-da-estrategia-de-vacinacao-a-Covid-19-paraiba_29_12.pdf/view

²⁴ Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/12/secretaria-de-estado-de-saude-divulga-plano-de-contingencia-para-vacinacao-contra-Covid-19>

²⁵ Disponível em: <http://transparencia.sobral.ce.gov.br/arquivo/nome:b61a36d2726f4495e7b51fd5f4cfc514.pdf>

²⁶ Disponível em: https://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/661/PLANO_6_vers%C3%A3o_12.02.21.pdf

c) aqueles que criaram planos anteriores ao nacional, como o caso do Acre, Ceará²⁷, Minas Gerais²⁸ e São Paulo²⁹. Porém, como no último não encontramos o plano na íntegra, analisaremos uma apresentação de slide sobre o seu conteúdo. Essas escolhas se justificam pois primeiro: pretendíamos analisar o conteúdos dos planos mais semelhantes ao plano nacional; segundo: conjuntamente, desejávamos verificar o material dos planos mais diferentes do plano nacional; e por último, o nosso ensejo era também descrever planos que fossem protagonistas, ou seja, lançados sem um modelo nacional a ser seguido.

Escolhidos os planos, partimos para a fase de estudo do conteúdo. Selecionamos, então, categorias baseadas nas indicações da OMS de especificações que os planos de imunização contra a Covid-19 deveriam conter, disponibilizado pela instituição no formato de manual³⁰, e também nas atribuições dos entes estipulados pelo PNI, que apresentamos logo abaixo:

Quadro 3 - Categorias e subcategorias para análise de planos de vacinação

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Objetivos	- Metas e objetivos que se pretende alcançar com o plano;
Definição de grupos prioritários	- Indicação de grupos prioritários na vacinação;
Conselho técnico	- Basear o plano em recomendações técnicas;
Vacinas	- Especificação das vacinas pré-aprovadas pela OMS ou por agências reguladoras; - Análise do quantitativo necessário de imunizantes para cada fase da vacinação (considerando se os esquemas necessitam de uma ou duas doses); - Levantamento do quantitativo necessário de insumos e seringas para vacinação em cada fase do plano (considerando se os esquemas necessitam de uma ou duas doses);
Coordenação	- Coordenação da campanha de vacinação com definição de papéis entre os entes; - Coordenação com outras instituições, como organizações civis para apoiar nas campanhas; - Definição de calendário de vacinação;

²⁷ Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2020/12/09/sesa-atualiza-plano-de-contingencia-para-enfrentamento-a-Covid-19/>

²⁸ Disponível em: <https://1library.org/document/qmvx6r8q-governo-do-estado-de-minas-gerais-secretaria-de-estado-de-saude-plano-de-contingencia-para-vacinacao-contra-Covid-19-1a-edicao-agosto-2020.html>

²⁹ Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/multimedia/2020/12/7846/apresentacao-pei.pdf>

³⁰ Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccine_deployment-2020.1

Rede de frio	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão da capacidade de armazenamento das redes de frio; - Especificação das características das vacinas que precisam ser levadas em consideração para o armazenamento e distribuição adequada; - Ampliação da rede, se necessário;
Sistema de Informação e Monitoramento	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de procedimentos de abastecimentos das informações referentes à vacinação nos sistemas de informação; - Monitoramento e análise da cobertura vacinal por meios dos sistemas de informação; - Monitoramento de eventos adversos pós-vacinação (EAPV);
Capacitação	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecimento de capacitação dos profissionais envolvidos no plano de vacinação;
Gerenciamento de resíduos	<ul style="list-style-type: none"> - Destinação adequada a resíduos conforme as normas técnicas vigentes;
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de campanhas de incentivo a vacinação da população;

Fonte: Elaboração própria com base nas orientações da OMS/OPAS e das atribuições do PNI.

A análise dos planos será realizada no próximo capítulo deste trabalho, verificando se os documentos dos entes estaduais possuem as categorias mencionadas acima. Contudo, essa pesquisa não tem apenas o objetivo de verificar a presença ou não deste conjunto, mas também as particularidades de cada um.

5. RESULTADOS

Neste capítulo iremos realizar a análise dos planos de vacinação contra a Covid-19. Separamos as análises em três tipos, a primeira refere-se a) aos 3 planos que passaram pelo detector de plágios e obtiveram maior porcentagem de similaridade com o PNO, b) os 3 que atingiram as menores porcentagens, e por último c) os planos que encontramos anteriores ao lançamento nacional.

5.1 PLANOS ESTADUAIS DE IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19 ALINHADOS AO PNO

Os planos de operacionalização para a vacinação contra a Covid-19 ou notas técnicas que serão aqui analisados foram aqueles que atingiram graus maiores de convergência com o plano nacional, que são respectivamente os planos estaduais do Distrito Federal, da Bahia e da Paraíba, que foram lançados entre os dias 18 dezembro de 2020 e 15 de janeiro de 2021. A análise foi realizada por meio das categorias analíticas acima elucidadas, de modo a evidenciar qualitativamente o conteúdo dos planos.

5.1.1 Objetivos, definição de grupos prioritários e conselho técnico

Os primeiros achados na pesquisa dos planos foram referentes a categorias de designação de metas e objetivos, em que todos definiram como ações estratégicas para instrumentalizar o processo de imunização.

Quadro 4 - Objetivos - Planos Convergentes

Estados	Objetivos
Distrito Federal	Estabelecer as ações e estratégias para a vacinação contra a COVID-19 no Distrito Federal. (Distrito Federal, 2020, p.12).
Bahia	Definir ações estratégicas e programar a logística operacional para vacinar a população baiana contra a Covid-19, em 2021. (Bahia, 2020, p.9).
Paraíba	Estabelecer as ações e estratégias para a vacinação contra a COVID-19 na Paraíba, contribuindo para a redução de morbidade e mortalidade pela doença, bem como sua transmissão. (Paraíba, 2020, p.7).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Além disso, encontramos de forma unânime a definição de grupo prioritário, mas que ocorreu de forma distinta nos planos.

Quadro 5 - Grupos prioritários - Planos Convergentes

Estados	Grupos prioritários
Distrito Federal	trabalhadores da saúde, pessoas de 75 anos ou mais; pessoas de 60 anos ou mais que vivem em instituições de longa permanência; pessoas com comorbidades. (Distrito Federal, 2020, p. 24).
Bahia	trabalhadores da saúde, pessoas de 60 anos acima dividido em fases, população indígena, comorbidades, forças de segurança e salvamento, trabalhadores da educação, pessoas com deficiências permanentes severas, povos e comunidades tradicionais ribeirinhas, caminhoneiros, trabalhadores de transporte coletivo, Trabalhadores de Transporte Aéreo, Trabalhadores de Portuários, População Privada de Liberdade, Funcionário do Sistema de Privação de Liberdade, pessoas em situação de rua, pessoas com deficiência institucionalizadas. (Bahia, 2020, p.17).
Paraíba	trabalhadores da saúde, pessoas de 60 anos acima dividido em fases, população indígena, comorbidades, forças de segurança e salvamento, trabalhadores da educação, pessoas com deficiências permanentes severas, povos e comunidades tradicionais ribeirinhas, caminhoneiros, trabalhadores de transporte coletivo, Trabalhadores de Transporte Aéreo, Trabalhadores de Portuários, População Privada de Liberdade, Funcionário do Sistema de Privação de Liberdade. (Paraíba, 2020, p.18).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O plano da Bahia acrescenta pessoas em situação de rua e com deficiência institucionalizadas, além dos que foram destacados no plano paraibano. O plano distrital apontou apenas para pessoas com comorbidades, trabalhadores da saúde, e pessoas de 75 ou mais, ou de 60, ou mais que vivem em instituições de longa permanência.

Ainda, foi possível verificar que eles indicavam estarem seguindo normativas do Ministério da Saúde e do PNI, ou seja, eles planejaram suas ações conforme as orientações do poder central.

Quadro 6 - Conselho técnico - Planos Convergentes

Estados	Conselho técnico
Distrito Federal	Destaca-se que, diante do cenário da Covid-19, a SES-DF irá seguir as diretrizes nacionais e, portanto, as vacinas serão fornecidas pelo MS; No Brasil, o registro e licenciamento de vacinas é de atribuição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, pautados na Lei nº 6.360/1976 e regulamentos técnicos como a RDC nº 55/2010. (Distrito Federal, 2020, p. 32).
Bahia	Considerando o atual cenário epidemiológico, o estado da Bahia, por meio do Programa Estadual de Imunizações (DIVEP/SUVISA/SESAB), reitera a importância da estratégia ser realizada em quatro fases, conforme a definição dos eixos prioritários que guiam o plano de vacinação; O planejamento da vacinação é orientado em conformidade com o registro e licenciamento de vacinas, que no Brasil é de atribuição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), conforme Lei nº 6.360/1976 e regulamentos técnicos como RDC nº 55/2010, RDC 348/2020 e RDC nº 415/2020. A RDC nº 444, de 10 de dezembro de 2020 estabelece a autorização temporária de uso emergencial, em caráter experimental, de vacinas Covid-19 para o enfrentamento da emergência. A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), por meio da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) e da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), em conformidade com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19, formulou o presente Plano. (Bahia, 2020, p.17; 9).
Paraíba	o plano poderá ser atualizado conforme o surgimento de novas evidências científicas acerca das vacinas e suas características e distribuição de novos imunizantes por parte do Programa Nacional de Imunizações (PNI); 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 que deverão ser adquiridas pelo PNI após aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Paraíba, 2020, p.6).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

No que concerne às informações sobre a regulamentação dos imunizantes no país, todos indicam que esse processo é orientado pelo registro e licenciamento da ANVISA, conforme indica a Lei n.º 6.360 de setembro de 1976. No caso baiano, são especificados outros documentos técnicos seguidos, como a RDC n.º 55, de dezembro de 2010, RDC n.º 348, de março de 2020 e RDC n.º 415, de agosto de 2020, e a RDC n.º 444, de dezembro de 2020, que trata exclusivamente do uso emergencial de vacinas contra a Covid-19. O plano distrital cita apenas a legislação da ANVISA e a RDC n.º 55.

5.1.2 Vacinas

Estes dados são referentes a vacinas, e demonstram que dos estados da Paraíba, da Bahia e do Distrito Federal há indicação daquelas que estão em fase III de testes clínicos.

Quadro 7 - Vacinas - Planos Convergentes

Estados	Vacinas																																																																											
<p style="text-align: center;">Distrito Federal</p>	<p>Tabela 2 - Principais vacinas contra COVID-19 na fase 3 de pesquisa clínica, 2020.</p> <table border="1" data-bbox="699 656 1297 1025"> <thead> <tr> <th>Vacina</th> <th>Plataforma</th> <th>Faixa etária</th> <th>Esquema Vacinal</th> <th>Via de aplicação</th> <th>Conservação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Coronavac</td> <td>Inativada</td> <td>> 18 anos 18-59 anos</td> <td>2 doses, intervalo 14 dias</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C</td> </tr> <tr> <td>2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV04)</td> <td>Inativada</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C</td> </tr> <tr> <td>3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)</td> <td>Inativada</td> <td>18-85 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C</td> </tr> <tr> <td>4. Novavax (NVX-CoV2373)</td> <td>Subunidade proteica</td> <td>18-84 anos 18-85 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C</td> </tr> <tr> <td>5. CanSino Biological Inc (Ad5-nCoV)</td> <td>Vetor viral não replicante</td> <td>> 18 anos</td> <td>1 dose</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C</td> </tr> <tr> <td>6. Janssen (Ad26.COV2.5)</td> <td>Vetor viral não replicante</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 56 dias.</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C (3 meses)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">7. University of Oxford/AstraZeneca (ChAdOx1nCoV-19)</td> <td rowspan="2">Vetor viral não replicante</td> <td>18-59 anos</td> <td>1 dose</td> <td>IM</td> <td rowspan="2">2 a 8°C</td> </tr> <tr> <td>> 18 anos</td> <td>1 ou 2 doses, intervalo 4-12 semanas</td> <td>IM</td> </tr> <tr> <td>8. Gamaleya Research Institute (Gam-COVID-19c)</td> <td>Vetor viral não replicante</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 28 dias</td> <td>IM</td> <td>-18°C (uma formulação) e 2 a 8°C (liofilizada)</td> </tr> <tr> <td>9. Pfizer/BioNTech/Fosun Pharma (BNT162b2)</td> <td>mRNA que codifica SARS-CoV-2 (suRNA)</td> <td>> 12 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>-70°C e 2 a 8°C (até 5 dias)</td> </tr> <tr> <td>10. NIAID Vaccine Research Center/ Moderna (mRNA-1273)</td> <td>RNA mensageiro</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 29 dias</td> <td>IM</td> <td>-20°C por (até 6 meses) e 2 a 8°C (até 30 dias)</td> </tr> <tr> <td>11. Bharat Biotech: Covaxin (BBV152)</td> <td>Vírus vivo inativado com adjuvante agonista de TLR7/8</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(Distrito Federal, 2020, p.18).</p>	Vacina	Plataforma	Faixa etária	Esquema Vacinal	Via de aplicação	Conservação	1. Coronavac	Inativada	> 18 anos 18-59 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2 a 8°C	2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV04)	Inativada	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2 a 8°C	3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)	Inativada	18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2 a 8°C	4. Novavax (NVX-CoV2373)	Subunidade proteica	18-84 anos 18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2 a 8°C	5. CanSino Biological Inc (Ad5-nCoV)	Vetor viral não replicante	> 18 anos	1 dose	IM	2 a 8°C	6. Janssen (Ad26.COV2.5)	Vetor viral não replicante	> 18 anos	2 doses, intervalo 56 dias.	IM	2 a 8°C (3 meses)	7. University of Oxford/AstraZeneca (ChAdOx1nCoV-19)	Vetor viral não replicante	18-59 anos	1 dose	IM	2 a 8°C	> 18 anos	1 ou 2 doses, intervalo 4-12 semanas	IM	8. Gamaleya Research Institute (Gam-COVID-19c)	Vetor viral não replicante	> 18 anos	2 doses, intervalo 28 dias	IM	-18°C (uma formulação) e 2 a 8°C (liofilizada)	9. Pfizer/BioNTech/Fosun Pharma (BNT162b2)	mRNA que codifica SARS-CoV-2 (suRNA)	> 12 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	-70°C e 2 a 8°C (até 5 dias)	10. NIAID Vaccine Research Center/ Moderna (mRNA-1273)	RNA mensageiro	> 18 anos	2 doses, intervalo 29 dias	IM	-20°C por (até 6 meses) e 2 a 8°C (até 30 dias)	11. Bharat Biotech: Covaxin (BBV152)	Vírus vivo inativado com adjuvante agonista de TLR7/8	> 18 anos	2 doses	IM	2 a 8°C
	Vacina	Plataforma	Faixa etária	Esquema Vacinal	Via de aplicação	Conservação																																																																						
1. Coronavac	Inativada	> 18 anos 18-59 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2 a 8°C																																																																							
2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV04)	Inativada	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2 a 8°C																																																																							
3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)	Inativada	18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2 a 8°C																																																																							
4. Novavax (NVX-CoV2373)	Subunidade proteica	18-84 anos 18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2 a 8°C																																																																							
5. CanSino Biological Inc (Ad5-nCoV)	Vetor viral não replicante	> 18 anos	1 dose	IM	2 a 8°C																																																																							
6. Janssen (Ad26.COV2.5)	Vetor viral não replicante	> 18 anos	2 doses, intervalo 56 dias.	IM	2 a 8°C (3 meses)																																																																							
7. University of Oxford/AstraZeneca (ChAdOx1nCoV-19)	Vetor viral não replicante	18-59 anos	1 dose	IM	2 a 8°C																																																																							
		> 18 anos	1 ou 2 doses, intervalo 4-12 semanas	IM																																																																								
8. Gamaleya Research Institute (Gam-COVID-19c)	Vetor viral não replicante	> 18 anos	2 doses, intervalo 28 dias	IM	-18°C (uma formulação) e 2 a 8°C (liofilizada)																																																																							
9. Pfizer/BioNTech/Fosun Pharma (BNT162b2)	mRNA que codifica SARS-CoV-2 (suRNA)	> 12 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	-70°C e 2 a 8°C (até 5 dias)																																																																							
10. NIAID Vaccine Research Center/ Moderna (mRNA-1273)	RNA mensageiro	> 18 anos	2 doses, intervalo 29 dias	IM	-20°C por (até 6 meses) e 2 a 8°C (até 30 dias)																																																																							
11. Bharat Biotech: Covaxin (BBV152)	Vírus vivo inativado com adjuvante agonista de TLR7/8	> 18 anos	2 doses	IM	2 a 8°C																																																																							
<p style="text-align: center;">Bahia</p>	<table border="1" data-bbox="643 1093 1337 1473"> <thead> <tr> <th>Vacina</th> <th>Plataforma</th> <th>País e número Participantes</th> <th>Faixa etária</th> <th>Esquema Vacinal</th> <th>Via de aplicação</th> <th>Conservação</th> <th>Link de acesso ao protocolo clínico registrado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">1. Coronavac</td> <td rowspan="3">Inativada</td> <td>Brasil (13.000)</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 14 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>Clinical Trial of Efficacy and Safety of SinoVac's Adjuvanted covid-19 (Inactivated) Vaccine in Healthcare Professionals - Full Text View - ClinicalTrials.gov</td> </tr> <tr> <td>Indonésia (1.620)</td> <td>18-59 anos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04503075</td> </tr> <tr> <td>Turquia (13.000)</td> <td>18-59 anos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Clinical Trial For SARS-CoV-2 (COVID-19) Vaccine (COVID-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV 04)</td> <td rowspan="2">Inativada</td> <td>Emirados Árabes (15.000)</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study?term=666511</td> </tr> <tr> <td>Marrocos (600)</td> <td>> 18 anos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study?term=625811</td> </tr> <tr> <td>3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)</td> <td>Inativada</td> <td>Argentina (3.000)</td> <td>18-85 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>Clinical Trial to Evaluate the Efficacy, Immunogenicity and Safety of the Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (COVID-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov</td> </tr> <tr> <td>4. Novavax (NVX-CoV 2373)</td> <td>Subunidade de proteica</td> <td>Indonésia (15.000)</td> <td>18-84 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04503075</td> </tr> <tr> <td>5. CanSino Biological Inc</td> <td>Vetor viral não replicante</td> <td>Paquistão (40.000)</td> <td>> 18 anos</td> <td>1 dose</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>Phase III Trial of A covid-19 Vaccine of Adenovirus Vector in Adult 18 Years Old and Above - Full Text</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(Bahia, 2020, p.14).</p>	Vacina	Plataforma	País e número Participantes	Faixa etária	Esquema Vacinal	Via de aplicação	Conservação	Link de acesso ao protocolo clínico registrado	1. Coronavac	Inativada	Brasil (13.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial of Efficacy and Safety of SinoVac's Adjuvanted covid-19 (Inactivated) Vaccine in Healthcare Professionals - Full Text View - ClinicalTrials.gov	Indonésia (1.620)	18-59 anos				https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04503075	Turquia (13.000)	18-59 anos				Clinical Trial For SARS-CoV-2 (COVID-19) Vaccine (COVID-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov	2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV 04)	Inativada	Emirados Árabes (15.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study?term=666511	Marrocos (600)	> 18 anos				http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study?term=625811	3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)	Inativada	Argentina (3.000)	18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial to Evaluate the Efficacy, Immunogenicity and Safety of the Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (COVID-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov	4. Novavax (NVX-CoV 2373)	Subunidade de proteica	Indonésia (15.000)	18-84 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04503075	5. CanSino Biological Inc	Vetor viral não replicante	Paquistão (40.000)	> 18 anos	1 dose	IM	2°C a 8°C	Phase III Trial of A covid-19 Vaccine of Adenovirus Vector in Adult 18 Years Old and Above - Full Text									
Vacina	Plataforma	País e número Participantes	Faixa etária	Esquema Vacinal	Via de aplicação	Conservação	Link de acesso ao protocolo clínico registrado																																																																					
1. Coronavac	Inativada	Brasil (13.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial of Efficacy and Safety of SinoVac's Adjuvanted covid-19 (Inactivated) Vaccine in Healthcare Professionals - Full Text View - ClinicalTrials.gov																																																																					
		Indonésia (1.620)	18-59 anos				https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04503075																																																																					
		Turquia (13.000)	18-59 anos				Clinical Trial For SARS-CoV-2 (COVID-19) Vaccine (COVID-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov																																																																					
2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV 04)	Inativada	Emirados Árabes (15.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study?term=666511																																																																					
		Marrocos (600)	> 18 anos				http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study?term=625811																																																																					
3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)	Inativada	Argentina (3.000)	18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial to Evaluate the Efficacy, Immunogenicity and Safety of the Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (COVID-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov																																																																					
4. Novavax (NVX-CoV 2373)	Subunidade de proteica	Indonésia (15.000)	18-84 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04503075																																																																					
5. CanSino Biological Inc	Vetor viral não replicante	Paquistão (40.000)	> 18 anos	1 dose	IM	2°C a 8°C	Phase III Trial of A covid-19 Vaccine of Adenovirus Vector in Adult 18 Years Old and Above - Full Text																																																																					
<p style="text-align: center;">Paraíba</p>	<table border="1" data-bbox="826 1529 1153 1966"> <thead> <tr> <th>Vacina</th> <th>Plataforma</th> <th>País e número Participantes</th> <th>Faixa etária</th> <th>Esquema Vacinal</th> <th>Via de aplicação</th> <th>Conservação</th> <th>Link de acesso ao protocolo clínico registrado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">1. Coronavac</td> <td rowspan="3">Inativada</td> <td>Brasil (13.000)</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 14 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>Clinical Trial of Efficacy and Safety of SinoVac's Adjuvanted covid-19 (Inactivated) Vaccine in Healthcare Professionals - Full Text View - ClinicalTrials.gov</td> </tr> <tr> <td>Indonésia (1.620)</td> <td>18-59 anos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04503075</td> </tr> <tr> <td>Turquia (13.000)</td> <td>18-59 anos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Clinical Trial For SARS-CoV-2 (COVID-19) Vaccine (COVID-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2. Wuhan Institute of Biological Products (cepa WIV 04)</td> <td rowspan="2">Inativada</td> <td>Emirados Árabes (15.000)</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study?term=666511</td> </tr> <tr> <td>Marrocos (600)</td> <td>> 18 anos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study?term=625811</td> </tr> <tr> <td>3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)</td> <td>Inativada</td> <td>Argentina (3.000)</td> <td>18-85 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>Clinical Trial to Evaluate the Efficacy, Immunogenicity and Safety of the Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (COVID-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov</td> </tr> <tr> <td>4. Novavax (NVX-CoV 2373)</td> <td>Subunidade de proteica</td> <td>Indonésia (15.000)</td> <td>18-84 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04503075</td> </tr> <tr> <td>5. CanSino Biological Inc</td> <td>Vetor viral não replicante</td> <td>Paquistão (40.000)</td> <td>> 18 anos</td> <td>1 dose</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>Phase III Trial of A covid-19 Vaccine of Adenovirus Vector in Adult 18 Years Old and Above - Full Text</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(Paraíba, 2020, p.10).</p>	Vacina	Plataforma	País e número Participantes	Faixa etária	Esquema Vacinal	Via de aplicação	Conservação	Link de acesso ao protocolo clínico registrado	1. Coronavac	Inativada	Brasil (13.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial of Efficacy and Safety of SinoVac's Adjuvanted covid-19 (Inactivated) Vaccine in Healthcare Professionals - Full Text View - ClinicalTrials.gov	Indonésia (1.620)	18-59 anos				https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04503075	Turquia (13.000)	18-59 anos				Clinical Trial For SARS-CoV-2 (COVID-19) Vaccine (COVID-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov	2. Wuhan Institute of Biological Products (cepa WIV 04)	Inativada	Emirados Árabes (15.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study?term=666511	Marrocos (600)	> 18 anos				http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study?term=625811	3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)	Inativada	Argentina (3.000)	18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial to Evaluate the Efficacy, Immunogenicity and Safety of the Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (COVID-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov	4. Novavax (NVX-CoV 2373)	Subunidade de proteica	Indonésia (15.000)	18-84 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04503075	5. CanSino Biological Inc	Vetor viral não replicante	Paquistão (40.000)	> 18 anos	1 dose	IM	2°C a 8°C	Phase III Trial of A covid-19 Vaccine of Adenovirus Vector in Adult 18 Years Old and Above - Full Text									
Vacina	Plataforma	País e número Participantes	Faixa etária	Esquema Vacinal	Via de aplicação	Conservação	Link de acesso ao protocolo clínico registrado																																																																					
1. Coronavac	Inativada	Brasil (13.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial of Efficacy and Safety of SinoVac's Adjuvanted covid-19 (Inactivated) Vaccine in Healthcare Professionals - Full Text View - ClinicalTrials.gov																																																																					
		Indonésia (1.620)	18-59 anos				https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04503075																																																																					
		Turquia (13.000)	18-59 anos				Clinical Trial For SARS-CoV-2 (COVID-19) Vaccine (COVID-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov																																																																					
2. Wuhan Institute of Biological Products (cepa WIV 04)	Inativada	Emirados Árabes (15.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study?term=666511																																																																					
		Marrocos (600)	> 18 anos				http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study?term=625811																																																																					
3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)	Inativada	Argentina (3.000)	18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial to Evaluate the Efficacy, Immunogenicity and Safety of the Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (COVID-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov																																																																					
4. Novavax (NVX-CoV 2373)	Subunidade de proteica	Indonésia (15.000)	18-84 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04503075																																																																					
5. CanSino Biological Inc	Vetor viral não replicante	Paquistão (40.000)	> 18 anos	1 dose	IM	2°C a 8°C	Phase III Trial of A covid-19 Vaccine of Adenovirus Vector in Adult 18 Years Old and Above - Full Text																																																																					

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Ademais, as fases da vacinação e os grupos que serão vacinados em cada momento são explícitos no plano da Paraíba, que levanta a estimativa populacional que deverá ser atendida em cada fase. O distrital indica o quantitativo de pertencentes a cada grupo em cada região de saúde, enquanto o plano da Bahia, além de evidenciar a população estimada em cada fase, explicita também o quantitativo de seringas e de imunizantes necessários para imunização completa.

A quantidade de vacinas e insumos necessários em cada fase da campanha de vacinação são explicitadas apenas no plano da Bahia.

Quadro 8 - Quantitativo de imunizantes e insumos por fase - Planos Convergentes

Estados	Quantitativo de imunizantes e insumos por fase																																										
Distrito Federal	Ausente																																										
Bahia	<p>Quadro 2 – População estimada para vacinação contra COVID-19 por grupo prioritário no Estado da Bahia.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grupos Prioritários</th> <th>População Estimada</th> <th>Quantitativo de vacinas e seringas, considerando esquema de duas doses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Fase 1 (Início a definir – verificar previsão de chegada de vacinas)</td> </tr> <tr> <td>Trabalhadores de Saúde</td> <td>374.368</td> <td>748.736</td> </tr> <tr> <td>Idosos ≥ 75 anos</td> <td>555.753</td> <td>1.111.506</td> </tr> <tr> <td>Idosos ILPI (≥ 60 anos)</td> <td>9.788</td> <td>19.576</td> </tr> <tr> <td>Indígenas</td> <td>22.669</td> <td>45.338</td> </tr> <tr> <td>Povos e Comunidades Tradicionais e Ribeirinhas*</td> <td>828.860</td> <td>1.657.720</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>1.791.438</td> <td>3.582.876</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Fase 2 (Início a definir – verificar previsão de chegada de vacinas)</td> </tr> <tr> <td>Idosos 60 a 74 anos</td> <td>1.426.043</td> <td>2852086</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>1.426.043</td> <td>2.852.086</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Fase 3 (Início a definir – verificar previsão de chegada de vacinas)</td> </tr> <tr> <td>Comorbidades (risco maior de agravamento)</td> <td>952.507</td> <td>1.905.014</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>952.507</td> <td>1.905.014</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Bahia, 2020, p.17).</p>	Grupos Prioritários	População Estimada	Quantitativo de vacinas e seringas, considerando esquema de duas doses	Fase 1 (Início a definir – verificar previsão de chegada de vacinas)			Trabalhadores de Saúde	374.368	748.736	Idosos ≥ 75 anos	555.753	1.111.506	Idosos ILPI (≥ 60 anos)	9.788	19.576	Indígenas	22.669	45.338	Povos e Comunidades Tradicionais e Ribeirinhas*	828.860	1.657.720	Total	1.791.438	3.582.876	Fase 2 (Início a definir – verificar previsão de chegada de vacinas)			Idosos 60 a 74 anos	1.426.043	2852086	Total	1.426.043	2.852.086	Fase 3 (Início a definir – verificar previsão de chegada de vacinas)			Comorbidades (risco maior de agravamento)	952.507	1.905.014	Total	952.507	1.905.014
Grupos Prioritários	População Estimada	Quantitativo de vacinas e seringas, considerando esquema de duas doses																																									
Fase 1 (Início a definir – verificar previsão de chegada de vacinas)																																											
Trabalhadores de Saúde	374.368	748.736																																									
Idosos ≥ 75 anos	555.753	1.111.506																																									
Idosos ILPI (≥ 60 anos)	9.788	19.576																																									
Indígenas	22.669	45.338																																									
Povos e Comunidades Tradicionais e Ribeirinhas*	828.860	1.657.720																																									
Total	1.791.438	3.582.876																																									
Fase 2 (Início a definir – verificar previsão de chegada de vacinas)																																											
Idosos 60 a 74 anos	1.426.043	2852086																																									
Total	1.426.043	2.852.086																																									
Fase 3 (Início a definir – verificar previsão de chegada de vacinas)																																											
Comorbidades (risco maior de agravamento)	952.507	1.905.014																																									
Total	952.507	1.905.014																																									
Paraíba	Ausente																																										

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

A despeito das vacinas, nos casos da Paraíba, elucida-se que a vacina deverá ser adquirida pelo PNI, enquanto no Distrito Federal, o plano endossa que o planejamento da campanha é de interesse nacional e coordenado pelo PNI, conforme apontado no quadro do conselho técnico.

5.1.3 Coordenação

A definição dos papéis dos entes está presente em todos os planos aqui analisados, porém, cada uma aborda essa questão de um modo. Como mostra o quadro abaixo:

Quadro 9 - Definição dos papéis entre os entes - Planos Convergentes

Estados	Definição dos papéis entre os entes
Distrito Federal	No Distrito Federal, as ações de imunização contra a Covid-19 serão coordenadas

	pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), em um trabalho conjunto entre a Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Subsecretaria de Assistência Integral à Saúde (SAIS). Para que a vacinação contra a Covid-19 tenha êxito no Distrito Federal é necessário que todos os setores da SES estejam envolvidos e realizem todos os esforços para a operacionalização deste plano. Neste sentido, cada unidade de saúde que possui uma sala de vacinação, deve dispor de um plano de contingência para sua realidade local, onde devem ser adotadas todas as medidas de segurança para evitar a perda de vacinas. (Distrito Federal, 2020, p.8).
Bahia	A partir da programação local, será fundamental para alcançar o público-alvo da vacinação, portanto, as ações estratégicas serão realizadas em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde. Considerando a necessidade de vacinar um elevado contingente populacional em curto prazo de tempo e evitar sobrecarga nos serviços de saúde durante a campanha de vacinação, a Secretaria de Saúde do Estado recomenda que cada município elabore o Plano Municipal de Vacinação contra o Covid-19, e conforme a estrutura local e recursos disponíveis. O desenho dessa planificação deverá ser articulado com diversas instituições e parceiros, com formação de alianças estratégicas com organizações governamentais e não governamentais, conselhos comunitários e outros colaboradores. (Bahia, 2020, p.19-20).
Paraíba	Ressalta-se que os municípios deverão organizar também essa segurança desse imunobiológico dentro de sua rede de serviços; Caberá aos municípios e estados a orientação e determinação de referências e contra referências, em especial para o atendimento especializado terciário no processo de uma vigilância ativa estruturada; O núcleo estadual atuará nas frentes adicionais para a formação e capacitação profissional com a Elaboração de informes técnicos; Capacitação de recursos humanos - vacinação e eventos adversos pós vacinação – EAPV; Implementação dos sistemas de informação (controle de estoque de vacinas, Registro do vacinado, movimentação da vacina e EAPV). (Paraíba, 2020, p.16).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O plano do Distrito Federal indica que as ações de imunização foram organizadas pela Secretaria Distrital de Saúde, juntamente com a Subsecretaria de Vigilância em Saúde e a Subsecretaria de Assistência Integral à Saúde, e que cada unidade de saúde local deverá dispor de um plano de contingência próprio de acordo com sua realidade. Já no caso baiano, foi abordada a necessidade de que as ações sejam realizadas em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, e aconselha que cada município crie seu próprio plano de acordo com sua estrutura e recursos disponíveis. Enquanto, em seu plano, o governo da Paraíba não explicitou de forma mais detalhada quais seriam as ações da coordenação estadual, mas abordaram que tanto o estado como os municípios devem assumir estratégias que sejam condizentes com seu contexto e com a vacina que será utilizada.

Quadro 10 - Articulação com outras instituições - Planos Convergentes

Estados	Articulação com outras instituições
Distrito Federal	A SES também realizará alianças estratégicas com organizações governamentais e não governamentais, conselhos comunitários e outros parceiros. (Distrito Federal, 2020, p.32).
Bahia	O desenho dessa planificação deverá ser articulado com diversas instituições e parceiros, com a formação de alianças estratégicas com organizações governamentais e não governamentais, conselhos comunitários e outros colaboradores. (Bahia, 2020, p.20).

Paraíba	Ausente
----------------	---------

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

De acordo ainda com a categoria de coordenação, somente o plano da Bahia e o Distrito Federal citam a necessidade de articular o plano com outras instituições governamentais ou para a formação de alianças estratégicas. Ademais, nenhum dos projetos elabora ou cita um calendário para indicar quando as vacinações deveriam ocorrer.

5.1.4 Rede de frio

Outrossim, as informações sobre as redes de frios também são abordagens presentes em todos os planos, mas não são tão homogêneas, como mostrado na tabela abaixo:

Quadro 11 - Capacidade de rede de frio - Planos Convergentes

Estados	Capacidade da rede de frio
Distrito Federal	Atualmente são 172 UBS, sendo que em 132 delas há serviço de vacinação. Ao todo são mais de 300 profissionais envolvidos em ações de vacinação em todo o Distrito Federal. No total são 132 serviços de vacinação, localizados nas Unidades Básicas de Saúde, 6 CRIE, 11 hospitais regionais das SES, além de 1 sala de vacina no sistema prisional, 2 hospitais do IGESDF, 1 Hospital OCIPE (Hospital da Criança), 4 hospitais militares, 1 hospital universitário (HUB), salas de vacina da Câmara do Deputados e da Presidência da República, missão das Forças Armadas e campanhas nos Ministérios. Atualmente o Núcleo de Rede de Frio do Distrito Federal possui uma câmara frigorífica de 73m ³ , 08 câmaras frias verticais de 420 litros, 8 câmaras frias verticais de 2.000 litros, 07 freezers de 520 litros, 03 freezers de 200 litros, 05 aparelhos de ar-condicionado de 30.000 BTUS e um gerador de 75 kVa, para o armazenamento de 600.000 doses de imunobiológicos/mês podendo chegar até a 1.000.000 doses/mês nos meses de campanha. E em seu almoxarifado, há mais de 2.000.000 de unidades de insumos necessários à vacinação, em cerca de 160 posições paletes. (Distrito Federal, 2020, p.20).
Bahia	Central da Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CEADI), localizada no município de Simões Filho, com capacidade para armazenamento de aproximadamente 3.500.000 (três milhões e quinhentas mil) doses dos diferentes tipos de imunobiológicos. Além disso, dispõe-se de 5.114 Salas de Vacinação distribuídas nos 417 municípios, contemplando áreas urbanas e rurais. As centrais de armazenamento de imunobiológicos da rede estadual dispõem de aproximadamente 234 câmaras frias e 70 freezers para o acondicionamento de bobinas de gelo reutilizáveis. (Bahia, 2020, p.22-23).
Paraíba	A rede de frio está equipada com sala de preparo climatizada, almoxarifado, doca de carga/ descarga, câmara frigorífica capaz de armazenar entre 280 e 330 mil ampolas de vacinas possui estrutura adequada para armazenamento de imunobiológicos na temperatura positiva entre +2° C+ 8° C, bem como freezer convencionais para armazenamento de vacinas negativas na temperatura entre -25° C e - 15° C, e congelamento de bobinas reutilizáveis. (Paraíba, 2020, p.13).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

No caso do plano Distrital, é elucidada a quantidade de salas de vacinas e os profissionais que a rede possui. A rede de frio da Bahia para a campanha de vacinação contra

a Covid-19 estimava contar com cerca de 50 mil profissionais de saúde e de outras áreas estratégicas, e também evidencia o tamanho da rede e a capacidade de armazenamento. Já a rede do estado da Paraíba conta com capacidade de armazenamento de 280 e 330 mil imunizantes, 12 centrais regionais e aproximadamente 1.000 salas de vacinação, mas não há citação sobre o quantitativo de pessoal que está previsto para trabalhar na campanha.

Quadro 12 - Especificações das vacinas - Planos Convergentes

Estados	Especificações das vacinas																																																																														
Distrito Federal	<p>Tabela 2 - Principais vacinas contra COVID-19 na fase 3 de pesquisa clínica, 2020.</p> <table border="1" data-bbox="687 669 1230 1048"> <thead> <tr> <th>Vacina</th> <th>Plataforma</th> <th>Faixa etária</th> <th>Esquema Vacinal</th> <th>Via de aplicação</th> <th>Conservação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Coronavac</td> <td>Inativada</td> <td>> 18 anos 18-59 anos</td> <td>2 doses, intervalo 14 dias</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C</td> </tr> <tr> <td>2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV04)</td> <td>Inativada</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C</td> </tr> <tr> <td>3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)</td> <td>Inativada</td> <td>18-85 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C</td> </tr> <tr> <td>4. Novavax (NVX-CoV2373)</td> <td>Subunidade proteica</td> <td>18-84 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C</td> </tr> <tr> <td>5. CanSino Biological Inc (Ad5-nCoV)</td> <td>Vetor viral não replicante</td> <td>> 18 anos 18-85 anos</td> <td>1 dose</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C</td> </tr> <tr> <td>6. Janssen (Ad26.COV2.S)</td> <td>Vetor viral não replicante</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 56 dias</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C (3 meses)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">7. University of Oxford/AstraZeneca (ChAdOx1-nCoV-19)</td> <td rowspan="2">Vetor viral não replicante</td> <td>18-59 anos</td> <td>1 dose</td> <td>IM</td> <td rowspan="2">2 a 8°C</td> </tr> <tr> <td>> 18 anos</td> <td>1 ou 2 doses, intervalo 4-12 semanas</td> <td>IM</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">8. Gamaleya Research Institute (Gam-COVID-Vac)</td> <td rowspan="2">Vetor viral não replicante (rAd26-S+rAd5-S)</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 28 dias</td> <td>IM</td> <td rowspan="2">-18°C (uma formulação) e 2a 8°C (liofilizada)</td> </tr> <tr> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> </tr> <tr> <td>9. Pfizer/BioNTech/Fosun Pharma (BNT162b2)</td> <td>mRNA que codifica SARS-CoV-2 (saRNA)</td> <td>> 12 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>-70°C e 2 a 8°C (até 5 dias)</td> </tr> <tr> <td>10. NIAID Vaccine Research Center/ Moderna (mRNA-1273)</td> <td>RNA mensageiro</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 29 dias</td> <td>IM</td> <td>-20°C por até 6 meses) e 2 a 8°C (até 30 dias)</td> </tr> <tr> <td>11. Bharat Biotech Covaxin (BBV152)</td> <td>Vírus vivo Inativado com adjuvante agonista de TLR7/8</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses</td> <td>IM</td> <td>2 a 8°C</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(Distrito Federal, 2020, p.18).</p>	Vacina	Plataforma	Faixa etária	Esquema Vacinal	Via de aplicação	Conservação	1. Coronavac	Inativada	> 18 anos 18-59 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2 a 8°C	2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV04)	Inativada	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2 a 8°C	3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)	Inativada	18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2 a 8°C	4. Novavax (NVX-CoV2373)	Subunidade proteica	18-84 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2 a 8°C	5. CanSino Biological Inc (Ad5-nCoV)	Vetor viral não replicante	> 18 anos 18-85 anos	1 dose	IM	2 a 8°C	6. Janssen (Ad26.COV2.S)	Vetor viral não replicante	> 18 anos	2 doses, intervalo 56 dias	IM	2 a 8°C (3 meses)	7. University of Oxford/AstraZeneca (ChAdOx1-nCoV-19)	Vetor viral não replicante	18-59 anos	1 dose	IM	2 a 8°C	> 18 anos	1 ou 2 doses, intervalo 4-12 semanas	IM	8. Gamaleya Research Institute (Gam-COVID-Vac)	Vetor viral não replicante (rAd26-S+rAd5-S)	> 18 anos	2 doses, intervalo 28 dias	IM	-18°C (uma formulação) e 2a 8°C (liofilizada)	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	9. Pfizer/BioNTech/Fosun Pharma (BNT162b2)	mRNA que codifica SARS-CoV-2 (saRNA)	> 12 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	-70°C e 2 a 8°C (até 5 dias)	10. NIAID Vaccine Research Center/ Moderna (mRNA-1273)	RNA mensageiro	> 18 anos	2 doses, intervalo 29 dias	IM	-20°C por até 6 meses) e 2 a 8°C (até 30 dias)	11. Bharat Biotech Covaxin (BBV152)	Vírus vivo Inativado com adjuvante agonista de TLR7/8	> 18 anos	2 doses	IM	2 a 8°C
Vacina	Plataforma	Faixa etária	Esquema Vacinal	Via de aplicação	Conservação																																																																										
1. Coronavac	Inativada	> 18 anos 18-59 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2 a 8°C																																																																										
2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV04)	Inativada	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2 a 8°C																																																																										
3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)	Inativada	18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2 a 8°C																																																																										
4. Novavax (NVX-CoV2373)	Subunidade proteica	18-84 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2 a 8°C																																																																										
5. CanSino Biological Inc (Ad5-nCoV)	Vetor viral não replicante	> 18 anos 18-85 anos	1 dose	IM	2 a 8°C																																																																										
6. Janssen (Ad26.COV2.S)	Vetor viral não replicante	> 18 anos	2 doses, intervalo 56 dias	IM	2 a 8°C (3 meses)																																																																										
7. University of Oxford/AstraZeneca (ChAdOx1-nCoV-19)	Vetor viral não replicante	18-59 anos	1 dose	IM	2 a 8°C																																																																										
		> 18 anos	1 ou 2 doses, intervalo 4-12 semanas	IM																																																																											
8. Gamaleya Research Institute (Gam-COVID-Vac)	Vetor viral não replicante (rAd26-S+rAd5-S)	> 18 anos	2 doses, intervalo 28 dias	IM	-18°C (uma formulação) e 2a 8°C (liofilizada)																																																																										
		> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM																																																																											
9. Pfizer/BioNTech/Fosun Pharma (BNT162b2)	mRNA que codifica SARS-CoV-2 (saRNA)	> 12 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	-70°C e 2 a 8°C (até 5 dias)																																																																										
10. NIAID Vaccine Research Center/ Moderna (mRNA-1273)	RNA mensageiro	> 18 anos	2 doses, intervalo 29 dias	IM	-20°C por até 6 meses) e 2 a 8°C (até 30 dias)																																																																										
11. Bharat Biotech Covaxin (BBV152)	Vírus vivo Inativado com adjuvante agonista de TLR7/8	> 18 anos	2 doses	IM	2 a 8°C																																																																										
Bahia	<table border="1" data-bbox="791 1111 1118 1547"> <thead> <tr> <th>Vacina</th> <th>Plataforma</th> <th>Faixa etária</th> <th>Esquema Vacinal</th> <th>Via de aplicação</th> <th>Conservação</th> <th>Link de acesso ao protocolo clínico registrado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">1. Coronavac</td> <td rowspan="3">Inativada</td> <td>Brazil (13.000)</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 14 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>Clinical Trial of Efficacy and Safety of SinoVac's Adjuvanted covid-19 (inactivated) Vaccine in Healthcare Professionals - Full Text View - ClinicalTrials.gov</td> </tr> <tr> <td>Indonesia (1.620)</td> <td>18-69 anos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04580073</td> </tr> <tr> <td>Turkey (13.000)</td> <td>18-59 anos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Clinical Trial For SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV 04)</td> <td rowspan="2">Inativada</td> <td>Estados Unidos (16.000)</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/2020090651</td> </tr> <tr> <td>Marrócos (800)</td> <td>> 18 anos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/2020090651</td> </tr> <tr> <td>3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)</td> <td>Inativada</td> <td>Argentina (2.000)</td> <td>18-85 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>Clinical Trial to Evaluate the Efficacy, Immunogenicity and Safety of the Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov</td> </tr> <tr> <td>4. Novavax (NVX-CoV 2373)</td> <td>Subunidade proteica</td> <td>Indonésia (16.000)</td> <td>18-84 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04583995</td> </tr> <tr> <td>5. CanSino Biological Inc</td> <td>Vetor viral não replicante</td> <td>Paquistão (40.000)</td> <td>> 18 anos</td> <td>1 dose</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>Phase III Trial of a covid-19 Vaccine of Adjuvanted Vector in Adults 18 Years Old and Above - Full Text</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(Bahia, 2020, p.14).</p>	Vacina	Plataforma	Faixa etária	Esquema Vacinal	Via de aplicação	Conservação	Link de acesso ao protocolo clínico registrado	1. Coronavac	Inativada	Brazil (13.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial of Efficacy and Safety of SinoVac's Adjuvanted covid-19 (inactivated) Vaccine in Healthcare Professionals - Full Text View - ClinicalTrials.gov	Indonesia (1.620)	18-69 anos				https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04580073	Turkey (13.000)	18-59 anos				Clinical Trial For SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov	2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV 04)	Inativada	Estados Unidos (16.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/2020090651	Marrócos (800)	> 18 anos				http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/2020090651	3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)	Inativada	Argentina (2.000)	18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial to Evaluate the Efficacy, Immunogenicity and Safety of the Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov	4. Novavax (NVX-CoV 2373)	Subunidade proteica	Indonésia (16.000)	18-84 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04583995	5. CanSino Biological Inc	Vetor viral não replicante	Paquistão (40.000)	> 18 anos	1 dose	IM	2°C a 8°C	Phase III Trial of a covid-19 Vaccine of Adjuvanted Vector in Adults 18 Years Old and Above - Full Text													
Vacina	Plataforma	Faixa etária	Esquema Vacinal	Via de aplicação	Conservação	Link de acesso ao protocolo clínico registrado																																																																									
1. Coronavac	Inativada	Brazil (13.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial of Efficacy and Safety of SinoVac's Adjuvanted covid-19 (inactivated) Vaccine in Healthcare Professionals - Full Text View - ClinicalTrials.gov																																																																								
		Indonesia (1.620)	18-69 anos				https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04580073																																																																								
		Turkey (13.000)	18-59 anos				Clinical Trial For SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov																																																																								
2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV 04)	Inativada	Estados Unidos (16.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/2020090651																																																																								
		Marrócos (800)	> 18 anos				http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/2020090651																																																																								
3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)	Inativada	Argentina (2.000)	18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial to Evaluate the Efficacy, Immunogenicity and Safety of the Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov																																																																								
4. Novavax (NVX-CoV 2373)	Subunidade proteica	Indonésia (16.000)	18-84 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04583995																																																																								
5. CanSino Biological Inc	Vetor viral não replicante	Paquistão (40.000)	> 18 anos	1 dose	IM	2°C a 8°C	Phase III Trial of a covid-19 Vaccine of Adjuvanted Vector in Adults 18 Years Old and Above - Full Text																																																																								
Paraíba	<table border="1" data-bbox="791 1632 1118 2069"> <thead> <tr> <th>Vacina</th> <th>Plataforma</th> <th>Faixa etária</th> <th>Esquema Vacinal</th> <th>Via de aplicação</th> <th>Conservação</th> <th>Link de acesso ao protocolo clínico registrado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">1. Coronavac</td> <td rowspan="3">Inativada</td> <td>Brazil (13.000)</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 14 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>Clinical Trial of Efficacy and Safety of SinoVac's Adjuvanted covid-19 (inactivated) Vaccine in Healthcare Professionals - Full Text View - ClinicalTrials.gov</td> </tr> <tr> <td>Indonesia (1.620)</td> <td>18-69 anos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04580073</td> </tr> <tr> <td>Turkey (13.000)</td> <td>18-59 anos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Clinical Trial For SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV 04)</td> <td rowspan="2">Inativada</td> <td>Estados Unidos (16.000)</td> <td>> 18 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/2020090651</td> </tr> <tr> <td>Marrócos (800)</td> <td>> 18 anos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/2020090651</td> </tr> <tr> <td>3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)</td> <td>Inativada</td> <td>Argentina (2.000)</td> <td>18-85 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>Clinical Trial to Evaluate the Efficacy, Immunogenicity and Safety of the Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov</td> </tr> <tr> <td>4. Novavax (NVX-CoV 2373)</td> <td>Subunidade proteica</td> <td>Indonésia (16.000)</td> <td>18-84 anos</td> <td>2 doses, intervalo 21 dias</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04583995</td> </tr> <tr> <td>5. CanSino Biological Inc</td> <td>Vetor viral não replicante</td> <td>Paquistão (40.000)</td> <td>> 18 anos</td> <td>1 dose</td> <td>IM</td> <td>2°C a 8°C</td> <td>Phase III Trial of a covid-19 Vaccine of Adjuvanted Vector in Adults 18 Years Old and Above - Full Text</td> </tr> </tbody> </table>	Vacina	Plataforma	Faixa etária	Esquema Vacinal	Via de aplicação	Conservação	Link de acesso ao protocolo clínico registrado	1. Coronavac	Inativada	Brazil (13.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial of Efficacy and Safety of SinoVac's Adjuvanted covid-19 (inactivated) Vaccine in Healthcare Professionals - Full Text View - ClinicalTrials.gov	Indonesia (1.620)	18-69 anos				https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04580073	Turkey (13.000)	18-59 anos				Clinical Trial For SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov	2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV 04)	Inativada	Estados Unidos (16.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/2020090651	Marrócos (800)	> 18 anos				http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/2020090651	3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)	Inativada	Argentina (2.000)	18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial to Evaluate the Efficacy, Immunogenicity and Safety of the Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov	4. Novavax (NVX-CoV 2373)	Subunidade proteica	Indonésia (16.000)	18-84 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04583995	5. CanSino Biological Inc	Vetor viral não replicante	Paquistão (40.000)	> 18 anos	1 dose	IM	2°C a 8°C	Phase III Trial of a covid-19 Vaccine of Adjuvanted Vector in Adults 18 Years Old and Above - Full Text													
Vacina	Plataforma	Faixa etária	Esquema Vacinal	Via de aplicação	Conservação	Link de acesso ao protocolo clínico registrado																																																																									
1. Coronavac	Inativada	Brazil (13.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 14 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial of Efficacy and Safety of SinoVac's Adjuvanted covid-19 (inactivated) Vaccine in Healthcare Professionals - Full Text View - ClinicalTrials.gov																																																																								
		Indonesia (1.620)	18-69 anos				https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04580073																																																																								
		Turkey (13.000)	18-59 anos				Clinical Trial For SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov																																																																								
2. Wuhan Institute of Biological (cepa WIV 04)	Inativada	Estados Unidos (16.000)	> 18 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/2020090651																																																																								
		Marrócos (800)	> 18 anos				http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/2020090651																																																																								
3. Beijing Institute of Biological Products (cepa HB02)	Inativada	Argentina (2.000)	18-85 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	Clinical Trial to Evaluate the Efficacy, Immunogenicity and Safety of the Inactivated SARS-CoV-2 Vaccine (covid-19) - Full Text View - ClinicalTrials.gov																																																																								
4. Novavax (NVX-CoV 2373)	Subunidade proteica	Indonésia (16.000)	18-84 anos	2 doses, intervalo 21 dias	IM	2°C a 8°C	https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04583995																																																																								
5. CanSino Biological Inc	Vetor viral não replicante	Paquistão (40.000)	> 18 anos	1 dose	IM	2°C a 8°C	Phase III Trial of a covid-19 Vaccine of Adjuvanted Vector in Adults 18 Years Old and Above - Full Text																																																																								

(Paraíba, 2020, p.10).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Os planos paraibano e baiano contam com praticamente o mesmo quadro de especificações dos imunizantes em fase III de testes clínicos que consta no PNO, com informações sobre a plataforma, a faixa etária que pode ser imunizada, o esquema vacinal e a temperatura adequada de armazenamento. No caso do Distrito Federal, há consideração também das informações de armazenamento de cada imunizante.

Quadro 13 - Ampliação da rede - Planos Convergentes

Estados	Ampliação da rede
Distrito Federal	Para os insumos necessários ao transporte e manutenção da temperatura segura da vacina, estão sendo adquiridos caixas térmicas, bobinas de gelo reciclável, termômetros digitais de máxima e mínima. E para equipamentos necessários para a conservação adequada das vacinas, está em processo de aquisição, para ampliar a capacidade de armazenagem, câmaras de vacina, freezer científico e freezer doméstico para bobinas de gelo recicláveis. (Distrito Federal, 2020, p.33).
Bahia	O estado da Bahia está adquirindo ultra-freezers para possibilitar o armazenamento adequado das vacinas com RNA contra Covid-19 que requerem temperatura ideal de armazenamento negativa, a fim de ter a capacidade de receber quaisquer uma das vacinas que forem liberadas pelo Ministério da Saúde. (Bahia, 2020, p.23-24).
Paraíba	Para o recebimento da vacina em questão, será necessário o incremento no quantitativo de Câmaras de conservação em todas as unidades regionais, tendo em vista o recebimento dos novos imunos agregados as vacinas de rotina mensal e campanhas de vacinação já existentes no calendário nacional. Para tal necessidade, existe processo em tramitação para aquisição de Câmaras de conservação para as Gerências Regionais de Saúde, certame de nº101119575, totalizando 34 câmaras de conservação. (Paraíba, 2020, p.13).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O documento baiano indica ao que se refere à ampliação da rede e ao armazenamento dos imunizantes que precisam ser preservados em temperaturas negativas, no processo de aquisição de ultra-freezers para vacinas com RNA. Os planos paraibano e distrital elencam também itens que estão sendo adquiridos na sua rede para que a campanha de imunização ocorra de forma adequada.

5.1.5 Sistema de Informação e Monitoramento

As categorias de sistema de informação são abordadas em todos os planos. Com indicação de como as informações deverão ser cadastradas no Módulo Covid-19 no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), tanto pela rede pública como pela privada.

Quadro 14 - Abastecimento de informações - Planos Convergentes

Estados	Abastecimento de informações
Distrito Federal	Para a campanha nacional de vacinação contra a Covid-19 o registro da dose aplicada será nominal/individualizado. Os registros deverão ser feitos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) em todos os pontos de vacinação da rede pública e privada de saúde. Uma solução tecnológica está em desenvolvimento, por meio do DATASUS, com o objetivo de simplificar a entrada de dados e agilizar o tempo médio de realização do registro do vacinado no SI-PNI, além de considerar aspectos de interoperabilidade com outros Sistemas de Informação e integração com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Um recurso que será colocado à disposição é o QR-Code para identificar o cidadão a ser vacinado. Este deverá ser gerado pelo próprio cidadão no Aplicativo Conecte SUS. No caso das salas de vacina que ainda não estiverem informatizadas e/ou sem uma adequada rede de internet disponível, a nova solução tecnológica perde a chance de uso em tempo oportuno. Para essas, o registro deverá ser nominal e individualizado, com registro tardio no Sistema de Informação. Os dados deverão ser coletados e registrados em formulário contendo as dez variáveis mínimas padronizadas. (Distrito Federal, 2020, p.30).
Bahia	Para realização do registro de vacinados no Módulo Covid-19, os operadores deverão efetuar o cadastro prévio no Sistema de Cadastro de Permissão de Acesso (SCPA) e os vacinadores deverão estar vinculados aos respectivos estabelecimentos de saúde que realizarão a vacinação. Ressalta-se que, mesmo os operadores de sistemas e vacinadores já cadastrados no e-SUS AB e no SIPNI atual, deverão realizar novo cadastro no SCPA. As clínicas particulares de vacinação deverão entrar em contato com os administradores do SCPA e do sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nos municípios, para regularizarem o cadastro, objetivando o registro de vacinados no módulo Covid-19. Para a campanha nacional de vacinação contra a Covid-19, o registro da movimentação das vacinas recebidas e das doses aplicadas deverão ser feitos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) - módulo campanha, nos pontos de vacinação da rede pública e privada de saúde. O E-SUS notifica é utilizado amplamente para o registro de casos de Síndrome Gripal (SG) e, também, será utilizado para o registro de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV). Para os locais sem conectividade, poderá ser utilizada a versão para Coleta de Dados Simplificada (CDS) do e-SUS AB. Adicionalmente, o sistema informatizado NOTIVISA será aplicado para os registros e monitoramento de queixas técnicas relacionadas à vacina Covid-19. (Bahia, 2020, p.28).
Paraíba	Será realizado pré-cadastro para alguns grupos-alvo. Diferentes bases de dados serão integradas com o SI-PNI e o aplicativo Conecte-SUS (aplicativo para cadastro e identificação do cidadão) para identificar automaticamente os cidadãos que fazem parte dos grupos prioritários. Entretanto, caso o cidadão comprove que faz parte do grupo prioritário e não esteja listado na base de dados do público-alvo, o profissional de saúde poderá habilitá-lo no SI-PNI para receber a vacina. A ausência do nome do cidadão na base de dados do público-alvo não deve ser impedimento para ele receber a vacina, desde que comprove que integra algum grupo prioritário. As salas de vacina que ainda não estiverem informatizadas e/ou sem uma adequada rede de internet disponível, deverão realizar os registros nominais e individualizados em formulários contendo as dez variáveis mínimas das padronizadas (Paraíba, 2020, p. 23).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

No caso da Bahia e da Paraíba, o cadastro é mais detalhado, mas, em geral, todos citam como proceder em salas de vacinas que ainda não estão informatizadas ou sem acesso adequado à rede de internet.

Quadro 15 - Análise da cobertura vacinal - Planos Convergentes

Estados	Análise da cobertura vacinal
Distrito	Para a análise do desempenho da Campanha, informações de doses aplicadas e coberturas

Federal	vacinais (CV) serão disponibilizadas a partir de boletins informativos semanais desenvolvidos pela Área Técnica de Imunização da DIVEP. Será colocado à disposição o número de doses aplicadas e a cobertura vacinal por região de saúde, por um determinado período de tempo e por grupo prioritário. Do mesmo modo serão apresentadas informações relativas ao quantitativo de doses das vacinas distribuídas, viabilizando análise de controle de estoque. Será informada ainda a distribuição dos EAPV, segundo sua classificação, tipo de vacina e tipos de dose. (Distrito Federal, 2020, p.31).
Bahia	Ausente
Paraíba	Para a análise do desempenho da Campanha, informações de doses aplicadas e coberturas vacinais (CV) serão visualizadas a partir de um painel, em desenvolvimento pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS). (Paraíba, 2020, p.24).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Ainda sobre as informações, todos os programas, menos o da Bahia, citam que para a análise da cobertura vacinal é necessário haver ações de monitoramento, supervisão e avaliação durante a campanha. Esses dados segundo o plano distrital serão disponibilizados por meio de boletins informativos semanais elaborados pela Área Técnica de Imunização da DIVEP, no paraibano é indicado que elas estarão disponíveis em um painel, que estaria em processo de desenvolvimento pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), no paraense elas seriam divulgadas por meio de diferentes Dashboards.

O monitoramento de eventos adversos pós-vacinação (EAPV), é descrito em todos os planos abordados. Para que o monitoramento dessas ações ocorra, é necessário que haja fortalecimento do sistema de vigilância epidemiológico, como elucidam os programas distrital, baiano e paraibano.

Quadro 16 - Monitoramento EAPV - Planos Convergentes

Estados	Monitoramento EAPV
Distrito Federal	Frente à introdução de novas vacinas de forma acelerada, usando novas tecnologias de produção e que serão administradas em milhões de indivíduos, pode haver um aumento no número de notificações de EAPV. Assim, torna-se fundamental o fortalecimento dos sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária no DF. Toda a ocorrência de eventos adversos relacionados à vacinação deve ser imediatamente notificada, investigada e esclarecida para que não se ponha em risco, não apenas todo o programa de imunizações, mas também a segurança epidemiológica de toda a população. No caso das vacinas contra a covid-19, TODOS os eventos, não graves ou graves, compatíveis com as definições de casos, deverão ser notificados e investigados, seguindo o fluxo estabelecido pela Nota Técnica Nº 2/2019 SES/SVS/DIVEP/GEVITHA (SEI nº 00060-00090704/2019-61). Qualquer profissional de saúde que atenda o caso deverá notificá-lo. Cabe a cada Região de Saúde do Distrito Federal notificar e investigar os casos, com o preenchimento das fichas no Sistema Oficial do Programa Nacional de Imunizações. A Equipe Técnica de Imunização da GEVITHA é responsável pelo encerramento dos casos a nível estadual e também estará disponível para prestar todo apoio e suporte técnico às regiões de saúde. A Notificação e Investigação de EAPV deverão ser realizadas no e-SUS Notifica. Esta será a única via de entrada de dados, de acordo com a Anvisa e a CGPNI. (Distrito Federal, 2020, p.25; 26; 31).
Bahia	A Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia é parte do Sistema Nacional de Vigilância

	dos Eventos Adversos e deverá atuar de forma integrada com as demais instituições, em especial as Secretarias Municipais de Saúde. 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 (E-SUS notifica para EAPV e Notivisa no caso de queixas técnicas - problemas com o produto), ressaltando-se que o papel a ser desempenhado pelos profissionais de saúde é vital para a plena efetivação do protocolo. (Bahia, 2020, p.32).
Paraíba	Para os Eventos Adversos, as Notificações e Investigações 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. Frente à introdução de novas vacinas de forma acelerada, 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. Para os Eventos Adversos, as Notificações e Investigações 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. (Paraíba, 2020, p.24).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Ademais, os planos indicam que existem três principais componentes de um sistema de vigilância em EAPV: “Detecção, notificação e busca ativa de novos eventos; investigação imediata dos eventos ocorridos (exames clínicos e outros exames complementares ao diagnóstico); e Classificação final dos EAPV” (Bahia, 2020, p. 32).

5.1.6 Capacitação, gerenciamento de resíduos e comunicação

A categoria de capacitação foi abordada também em todos os documentos, que estipulavam ações que seriam promovidas pelos estados, e ainda uma ofertada pelo governo federal, por meio do Campus Virtual Fiocruz, em parceria com a CGPNI.

Quadro 17 - Capacitação - Planos Convergentes

Estados	Capacitação
Distrito Federal	Está prevista a oferta de capacitação voltada para a qualificação de profissionais de 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 mais de 38 mil salas de vacina existentes no país, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com a CGPNI. No DF, a GEVITHA será responsável pelo treinamento e capacitação dos profissionais dos NVEPI/NHEP e dos responsáveis técnicos de todas as salas de vacina em conceitos básicos de vacinação, cadeia de frio, preparo e administração segura de vacinas, gerenciamento de resíduos, registros relacionados à vacinação, processo para investigação, notificação de eventos adversos pós-vacinação e farmacovigilância e erros de imunização, a higienização das mãos e conduta a ser adotada frente às possíveis intercorrências relacionadas à vacinação (Distrito Federal, 2020, p. 36).
Bahia	O Ministério da Saúde ofertará curso denominado “Vacinação para Covid-19: protocolos e procedimentos” na modalidade de Educação a Distância (EaD), em conteúdo adequado ao perfil dos profissionais da rede do SUS, através do Campus Virtual Fiocruz, em acesso público e gratuito, visando alcançar de forma rápida e em escala nacional, os profissionais de todo o país que atuarão na campanha de vacinação. Para 2021, a Bahia estará promovendo reuniões em plataformas virtuais, além de cursos e webpalestras específicas e

	periódicas sobre a campanha de vacinação contra Covid-19, que serão divulgadas amplamente para a participação dos profissionais das redes de saúde pública e privada do estado (Bahia, 2020, p. 22).
Paraíba	Está prevista a oferta pelo PNI de capacitação voltada para a qualificação de profissionais de saúde do SUS que atuarão nas campanhas de vacinação contra a Covid-19, em especial aos profissionais inseridos na Atenção Primária em Saúde. O curso denominado “Vacinação para Covid-19: protocolos e procedimentos” será na modalidade de Educação a Distância (EaD), em conteúdo adequado ao perfil dos profissionais da rede do SUS. O núcleo estadual atuará nas frentes adicionais para a formação e capacitação profissional com a Elaboração de informes técnicos; Capacitação de recursos humanos - vacinação e eventos adversos pós vacinação – EAPV; Implementação dos sistemas de informação (controle de estoque de vacinas, Registro do vacinado, movimentação da vacina e EAPV) (Paraíba, 2020, p. 22).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

No caso baiano, é indicado que o estado irá oferecer reuniões virtuais, cursos e webpalestras específicas sobre a campanha de vacinação contra a Covid-19. O plano distrital evidencia que a capacitação será de responsabilidade do GEVITHA para com os profissionais dos NVEPI/NHEP e dos técnicos responsáveis pelas salas de vacina. As capacitações, de acordo com eles, irão abordar conceitos-base de cadeia de frio, vacinação, administração e preparo das vacinas, e etc. E por último, no documento paraibano é evidenciado que o núcleo estadual elaborará informes técnicos; irá realizar capacitação de recursos humanos – referentes a vacinação e eventos adversos pós-vacinação – EAPV; implementará os sistemas de informação, que irá controlar o estoque de vacinas, o registro do vacinado, a movimentação da vacina e EAPV (Paraíba, 2020, p. 22).

O gerenciamento adequado dos resíduos também foi um ponto em comum abordado nos planos.

Quadro 18 - Gerenciamento do resíduos - Planos Convergentes

Estados	Gerenciamento dos resíduos
Distrito Federal	O gerenciamento de resíduos de serviços de saúde no âmbito do PNI deve estar em conformidade com as definições estabelecidas na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e a Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS). O manejo desses resíduos inclui as fases de segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externos e disposição final. (Distrito Federal, 2020, p. 29)
Bahia	O gerenciamento dos resíduos resultantes da vacinação contra COVID-19 deve estar em conformidade com o estabelecido na RDC nº 222 de 28 de março de 2018 e na Resolução Conama nº 358 de 29 de abril de 2005, as quais dispõem, respectivamente, sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde (RSS). (Bahia, 2020, p.33).
Paraíba	Os serviços de vacinação de rotina deverão obedecer às diretrizes nacionais sobre distanciamento social, tomar medidas rígidas para manter o controle e prevenção da infecção, tratar de forma adequada os resíduos das injeções e proteger os trabalhadores da saúde e o público. (Paraíba, 2020, p.22).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Todos os planos, com exceção do paraibano, citaram a regulamentação que normatiza essa ação, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222 de março de 2018 e a Resolução Conama n.º 358 de abril de 2005. Já no que tange às campanhas de comunicação para incentivar a imunização, só não houve proposta no caso da Paraíba, os demais estados indicaram a necessidade de utilizar a publicidade para gerar confiança na população em se imunizar.

Quadro 19 - Campanhas de comunicação - Planos Convergentes

Estados	Campanhas de comunicação
Distrito Federal	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. Para cada um dos temas ou para um conjunto de temas associados, a proposta é montar campanhas publicitárias, com o apoio da Secretaria de Comunicação, a serem divulgadas em: mídia paga, informes publicitários de cinemas, shoppings, aeroporto, rodoviárias e empresas de ônibus, rodoferroviárias, metrô, serviços públicos e Plataforma de Inteligência Cooperativa da APS (instrumento que utiliza a ferramenta Times da Microsoft para realizar webnários com representantes e líderes comunitários, que servirão de multiplicadores das informações, além de convidar a comunidade a participar mais ativamente das discussões por meio da plataforma). (Distrito Federal, 2020, p. 30).
Bahia	A campanha de combate ao coronavírus tem como objetivo: informar, educar, orientar, mobilizar, prevenir ou alertar a população, gerando consenso popular positivo em relação a importância da vacinação, contribuindo para adesão à campanha, a fim de reduzir a morbidade e mortalidade pela Covid-19, bem como para a redução da transmissão da doença. Citam-se, ainda, como objetivos, o combate às fake news e o reforço a adesão do Conecte SUS. São dois públicos-alvo: profissionais da saúde e sociedade, com ênfase nos grupos prioritários de cada uma das fases da campanha. Mensagens chaves: A vacina protege contra o COVID-19. Estão sendo utilizadas vacinas de diferentes laboratórios para que todas as pessoas possam ficar protegidas e para que ninguém fique sem a vacina. Todas as vacinas aprovadas pela ANVISA têm eficácia comprovada e são seguras. (Bahia, 2020, p.33-34).
Paraíba	Ausente

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Os planos baianos e o distrital disponibilizaram as informações de modo resumido, com estipulação dos objetivos nos dois, público-alvo e mensagens-chave no plano da Bahia, e no Distrital a definição dos meios de realização da campanha.

5.2 PLANOS ESTADUAIS DE IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19 NÃO ALINHADOS AO PNO

Os planos de operacionalização para a vacinação contra a Covid-19 ou notas técnicas que serão aqui analisados foram aqueles que atingiram menores graus de convergência com o PNO, que são respectivamente os planos estaduais do Rio de Janeiro, Ceará e Piauí, que

foram lançados entre dezembro de 2020 e 15 de janeiro de 2021. A análise foi realizada por meio das categorias analíticas acima elucidadas, de modo a evidenciar qualitativamente o conteúdo dos planos.

5.2.1 *Objetivos, definição de grupos prioritários e conselho técnico*

Assim como os planos convergentes, o estado do Piauí estipula como objetivos a descrição, definição e estabelecimento das ações estratégicas para realização da campanha de vacinação contra Covid-19.

Quadro 20 - Objetivos - Planos Divergentes

Estados	Objetivos
Rio de Janeiro	Organizar as ações e estratégias do Governo do Estado do Rio de Janeiro para a vacinação contra Covid-19, abordando as fases de Pré-Campanha, Fase de Campanha e Pós-Campanha; (Rio de Janeiro, 2020, p.12).
Ceará	Vacinar os grupos prioritários com maior risco de desenvolver complicações e óbitos pela Covid-19, identificadas de acordo com a situação epidemiológica; Contribuir para a redução de morbidade e mortalidade pela Covid-19, bem como a transmissão da doença; Proteger a integridade do sistema de saúde e a infraestrutura para continuidade dos serviços essenciais. (Ceará, 2020, p.4).
Piauí	Organizar as estratégias e ações para a operacionalização da vacinação contra a COVID-19 no Estado do Piauí (Piauí, 2020, p.7).

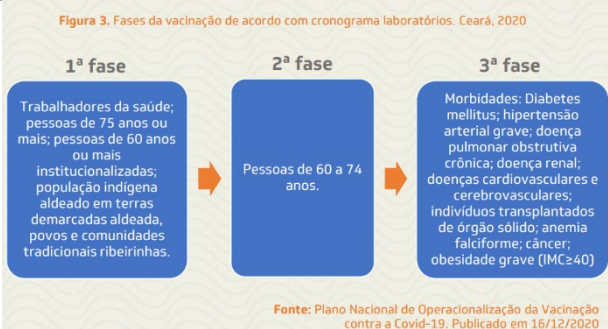
Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O plano fluminense, além dessas especificações, disserta que o plano prevê ações de pré-campanha, durante a campanha e posterior a ela. Já o plano cearense define como objetivo imunizar grupos prioritários, mais suscetíveis de desenvolverem complicações e o óbito por Covid-19; colaborar com a redução da transmissão, mortalidade e morbidade do vírus; e ainda, defender a integridade do sistema e saúde para que os serviços essenciais continuem em funcionamento.

Referente às definições dos grupos prioritários, todos os planos evidenciaram qual parte da população foi selecionada como prioridade na imunização.

Quadro 21 - Grupos prioritários - Planos Divergentes

Estados	Grupos prioritários
Rio de Janeiro	A primeira fase prioriza os trabalhadores da saúde, a população idosa a partir de 75 anos de idade, pessoas com 60 anos ou mais que vivem em instituições de longa permanência (asilos e instituições psiquiátricas) e população indígena. A segunda fase inclui pessoas de 60 a 74 anos. Já a terceira fase prevê a vacinação de pessoas com comorbidades que apresentem maior chance de agravamento da doença (como portadores de doenças renais crônicas e cardiovasculares). Por último, a quarta fase abrangerá professores, forças de segurança e salvamento, funcionários do sistema prisional e população privada de liberdade. (Rio de Janeiro, 2020, p.11).

<p>Ceará</p>	<p>Figura 3. Fases da vacinação de acordo com cronograma laboratórios. Ceará, 2020</p>  <p>1ª fase Trabalhadores da saúde; pessoas de 75 anos ou mais; pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas; população indígena aldeada em terras demarcadas aldeada, povos e comunidades tradicionais ribeirinhas.</p> <p>2ª fase Pessoas de 60 a 74 anos.</p> <p>3ª fase Morbidades: Diabetes mellitus; hipertensão arterial grave; doença pulmonar obstrutiva crônica; doença renal; doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; indivíduos transplantados de órgão sólido; anemia falciforme; câncer; obesidade grave (IMC>40)</p> <p>Fonte: Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Publicado em 16/12/2020</p> <p>(Ceará, 2020, p.7).</p>																																																																																
<p>Piauí</p>	<p>Quadro 01 - Estimativa populacional para Campanha de Vacina contra a COVID-19 no Estado do Piauí – 2021.</p> <table border="1" data-bbox="651 622 1177 1059"> <thead> <tr> <th>Grupo prioritário*</th> <th>Quantitativo</th> <th>Fonte da informação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Trabalhadores de Saúde</td><td>84.326</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Pessoas de 75 a 79 anos</td><td>52.250</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas</td><td>460</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>População indígena sob responsabilidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSI), considerando ainda as especificidades da ADPF nº 709</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr><td>Povos e comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas</td><td>42.250</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Pessoas de 70 a 74 anos</td><td>77.809</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Pessoas de 65 a 69 anos</td><td>103.258</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Pessoas de 60 a 64 anos</td><td>128.720</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td rowspan="8">Morbidades**</td><td>Diabetes mellitus</td><td rowspan="8">206.833</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>hipertensão arterial grave</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>doença pulmonar obstrutiva crônica</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>doença renal</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>doenças cardiovasculares e cerebrovasculares</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>indivíduos transplantados de órgão sólido</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>anemia falciforme</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Câncer</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>obesidade grave (IMC>40)</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Trabalhadores educacionais (básico e superior)</td><td>62.872</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Pessoas com deficiência institucionalizados</td><td>10</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Pessoas com deficiência permanente severo</td><td>149.409</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>População privada de liberdade</td><td>4.658</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Funcionários do sistema de privação de liberdade</td><td>947</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Pessoas em situação de rua</td><td>465</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Força de segurança e salvamento</td><td>4.133</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Caminhoneiros</td><td>2.499</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Trabalhadores de transporte coletivo, rodoviário e metroferroviário</td><td>5.702</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Trabalhadores portuários</td><td>28</td><td>Plano Nacional</td></tr> <tr><td>Trabalhadores de transporte aéreo</td><td>3.268</td><td>Plano Nacional</td></tr> </tbody> </table> <p>(Piauí, 2020, p.8).</p>	Grupo prioritário*	Quantitativo	Fonte da informação	Trabalhadores de Saúde	84.326	Plano Nacional	Pessoas de 75 a 79 anos	52.250	Plano Nacional	Pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas	460	Plano Nacional	População indígena sob responsabilidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSI), considerando ainda as especificidades da ADPF nº 709	-	-	Povos e comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas	42.250	Plano Nacional	Pessoas de 70 a 74 anos	77.809	Plano Nacional	Pessoas de 65 a 69 anos	103.258	Plano Nacional	Pessoas de 60 a 64 anos	128.720	Plano Nacional	Morbidades**	Diabetes mellitus	206.833	Plano Nacional	hipertensão arterial grave	Plano Nacional	doença pulmonar obstrutiva crônica	Plano Nacional	doença renal	Plano Nacional	doenças cardiovasculares e cerebrovasculares	Plano Nacional	indivíduos transplantados de órgão sólido	Plano Nacional	anemia falciforme	Plano Nacional	Câncer	Plano Nacional	obesidade grave (IMC>40)	Plano Nacional	Trabalhadores educacionais (básico e superior)	62.872	Plano Nacional	Pessoas com deficiência institucionalizados	10	Plano Nacional	Pessoas com deficiência permanente severo	149.409	Plano Nacional	População privada de liberdade	4.658	Plano Nacional	Funcionários do sistema de privação de liberdade	947	Plano Nacional	Pessoas em situação de rua	465	Plano Nacional	Força de segurança e salvamento	4.133	Plano Nacional	Caminhoneiros	2.499	Plano Nacional	Trabalhadores de transporte coletivo, rodoviário e metroferroviário	5.702	Plano Nacional	Trabalhadores portuários	28	Plano Nacional	Trabalhadores de transporte aéreo	3.268	Plano Nacional
Grupo prioritário*	Quantitativo	Fonte da informação																																																																															
Trabalhadores de Saúde	84.326	Plano Nacional																																																																															
Pessoas de 75 a 79 anos	52.250	Plano Nacional																																																																															
Pessoas de 60 anos ou mais institucionalizadas	460	Plano Nacional																																																																															
População indígena sob responsabilidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSI), considerando ainda as especificidades da ADPF nº 709	-	-																																																																															
Povos e comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas	42.250	Plano Nacional																																																																															
Pessoas de 70 a 74 anos	77.809	Plano Nacional																																																																															
Pessoas de 65 a 69 anos	103.258	Plano Nacional																																																																															
Pessoas de 60 a 64 anos	128.720	Plano Nacional																																																																															
Morbidades**	Diabetes mellitus	206.833	Plano Nacional																																																																														
	hipertensão arterial grave		Plano Nacional																																																																														
	doença pulmonar obstrutiva crônica		Plano Nacional																																																																														
	doença renal		Plano Nacional																																																																														
	doenças cardiovasculares e cerebrovasculares		Plano Nacional																																																																														
	indivíduos transplantados de órgão sólido		Plano Nacional																																																																														
	anemia falciforme		Plano Nacional																																																																														
	Câncer		Plano Nacional																																																																														
obesidade grave (IMC>40)	Plano Nacional																																																																																
Trabalhadores educacionais (básico e superior)	62.872	Plano Nacional																																																																															
Pessoas com deficiência institucionalizados	10	Plano Nacional																																																																															
Pessoas com deficiência permanente severo	149.409	Plano Nacional																																																																															
População privada de liberdade	4.658	Plano Nacional																																																																															
Funcionários do sistema de privação de liberdade	947	Plano Nacional																																																																															
Pessoas em situação de rua	465	Plano Nacional																																																																															
Força de segurança e salvamento	4.133	Plano Nacional																																																																															
Caminhoneiros	2.499	Plano Nacional																																																																															
Trabalhadores de transporte coletivo, rodoviário e metroferroviário	5.702	Plano Nacional																																																																															
Trabalhadores portuários	28	Plano Nacional																																																																															
Trabalhadores de transporte aéreo	3.268	Plano Nacional																																																																															

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Os planos piauiense e cearense dispõem dessas informações por meio de tabelas, enquanto o plano fluminense fornece mediante um resumo no texto. Além disso, o documento fluminense e o piauiense elucidam o público prioritário até a fase quatro, e o cearense apresenta até a fase três. Destes, o plano que define mais grupos é o piauiense, que além dos demais citados nos planos anteriores, cita as populações quilombolas, os caminhoneiros, pessoas em situação de rua, pessoas com deficiência permanente severa e com deficiência institucionalizados.

As informações e orientações técnicas, conjuntamente, estão presentes nos documentos estaduais.

Quadro 22 - Conselho técnico - Planos Divergentes

Estados	Conselho técnico
<p>Rio de Janeiro</p>	<p>Destaca-se que as informações contidas neste plano serão atualizadas conforme o surgimento de novas evidências científicas, conhecimentos acerca das vacinas, cenário epidemiológico da Covid-19, em conformidade com as fases previamente definidas e aquisição dos imunizantes após aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); O Plano de Contingência para Vacinação de Covid-19 do estado do Rio de Janeiro está em consonância com o Plano Nacional de Vacinação apresentado pela equipe da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, do Ministério da Saúde (MS). (Rio de Janeiro, 2020, p.7; 12).</p>

Ceará	Desta maneira, a partir das definições do Ministério da Saúde/PNI, a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA) apresenta o Plano Estadual 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); Com a aprovação pela Anvisa e um rígido controle de qualidade pelo Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde – INCQS, segue os padrões dos mais eficientes e confiáveis programas de vacinação do mundo. Ressalta-se ainda que a inserção de um novo imunobiológico no programa para um determinado grupo populacional é uma decisão respaldada em bases técnicas e científicas, tais como: evidência epidemiológica, eficácia/segurança da vacina e garantia da sustentabilidade da estratégia, na qual encontra-se em discussões com especialistas realizadas no âmbito do Comitê Técnico Assessor em Imunizações – CTAI e da Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis, instituída por meio da Portaria Ministerial GAB/SVS nº 28, de 03 de setembro de 2020. (Ceará, 2020, p.4).
Piauí	A grave crise de saúde pública em decorrência da pandemia da COVID-19 declarada pela OMS que afeta todo o sistema interfederativo de promoção e defesa da saúde pública estruturada nacionalmente por meio do Sistema Único de Saúde – SUS e tendo em vista, a possibilidade de aprovação de uma vacina pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a SESAPI elaborou o presente plano operacional da estratégia de vacinação da COVID-19 no Estado do Piauí. Ressalta-se que este plano está sujeito à alterações devido as características epidemiológicas, estudos e evidências científicas relacionadas a vacina. (Piauí, 2020, p.5).


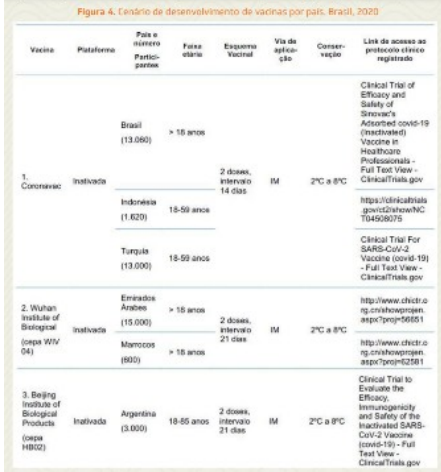
Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

No programa do Rio de Janeiro há indicação de que o plano segue orientações do PNO e do MS. Já no plano cearense, é informado que se segue as definições do Ministério da Saúde e do PNI. No plano do Piauí a informação que se tem é que as diretrizes do PNI foram importantes para sua elaboração. A Anvisa, como órgão que aprova o imunizante, é também evidenciada durante todos os planos. No plano Cearense há ainda a informação que o processo de aprovação passa ainda por um rigoroso controle de qualidade do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), pelo Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CTAI) e da Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis.

5.2.2 Vacinas

Os aspectos sobre as vacinas em fase III de estudos clínicos são abordados de diferentes formas nos planos estaduais.

Quadro 23 - Vacinas - Planos Divergentes

Estados	Vacinas																																																									
<p>Rio de Janeiro</p>	 <p>(Rio de Janeiro 2020, p.9).</p>																																																									
<p>Ceará</p>	 <p>(Ceará, 2020, p.14).</p>																																																									
<p>Piauí</p>	<p>Quadro 2: Situação dos imunobiológicos para o Brasil</p> <table border="1" data-bbox="496 1223 975 1529"> <thead> <tr> <th>IMUNOBIOLOGICO</th> <th>INFORMAÇÕES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AstraZeneca (ChadOx1 nCoV)</td> <td>Outubro/Novembro (Parcial Fase III); Novembro (chegada IFA no Brasil) – 30 milhões de doses – 80 lotes; Dezembro/ Janeiro (Formulação/Envase dos lotes); Final de Janeiro (Finalização do controle de qualidade e validação do primeiro lotes). Previsão mercado: Março/ 2021.</td> </tr> <tr> <td>Sinovac (CoronaVac)</td> <td>Aproximadamente 120 lotes (seis milhões de monodose até Dezembro) no total serão aproximadamente 46 milhões dedoses.</td> </tr> <tr> <td>Janssen</td> <td>Segundo trimestre de 2021 – 2 a 8°C</td> </tr> </tbody> </table> <p>Quadro 1: Vacinas candidatas COVID-19, Brasil, 2020</p> <table border="1" data-bbox="991 1178 1337 1536"> <thead> <tr> <th>Vacina</th> <th>Laboratório produtor</th> <th>Plataforma</th> <th>Acordo</th> <th>Entrega</th> <th>Doses/ via de administração</th> <th>Estados clínicos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vacina</td> <td>AstraZeneca</td> <td></td> <td></td> <td>30 milhões (doses)</td> <td></td> <td>Fase 3¹</td> </tr> <tr> <td>AZD 1222</td> <td>Universidade de Oxford/ Vac</td> <td>Vetor</td> <td>10 milhões doses*</td> <td>70 milhões</td> <td>2IM</td> <td>Fase 3¹</td> </tr> <tr> <td>Vacina Coronavac</td> <td>Biotecnologia Sinovac (Biotech)</td> <td>Inativada</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>2IM</td> <td>Fase 3¹</td> </tr> <tr> <td>Vacina com RNA contra COVID-19</td> <td>BioNTech/ Fosun/ Pfizer/ Janssen</td> <td>RNA</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>2IM</td> <td>Fase 3¹</td> </tr> <tr> <td>AZD1222S</td> <td>Universidade de Oxford/ Janssen</td> <td>Vetor</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1IM</td> <td>Fase 3¹</td> </tr> <tr> <td>Vetor viral replicante</td> <td>Research Institute of Epidemiology and Microbiology, Health Ministry of the Russian Federation</td> <td>Vetor</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1IM</td> <td>Fase1</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Piauí, 2020, p.8; 12).</p> <p>Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).</p>	IMUNOBIOLOGICO	INFORMAÇÕES	AstraZeneca (ChadOx1 nCoV)	Outubro/Novembro (Parcial Fase III); Novembro (chegada IFA no Brasil) – 30 milhões de doses – 80 lotes; Dezembro/ Janeiro (Formulação/Envase dos lotes); Final de Janeiro (Finalização do controle de qualidade e validação do primeiro lotes). Previsão mercado: Março/ 2021.	Sinovac (CoronaVac)	Aproximadamente 120 lotes (seis milhões de monodose até Dezembro) no total serão aproximadamente 46 milhões dedoses.	Janssen	Segundo trimestre de 2021 – 2 a 8°C	Vacina	Laboratório produtor	Plataforma	Acordo	Entrega	Doses/ via de administração	Estados clínicos	Vacina	AstraZeneca			30 milhões (doses)		Fase 3 ¹	AZD 1222	Universidade de Oxford/ Vac	Vetor	10 milhões doses*	70 milhões	2IM	Fase 3 ¹	Vacina Coronavac	Biotecnologia Sinovac (Biotech)	Inativada	-	-	2IM	Fase 3 ¹	Vacina com RNA contra COVID-19	BioNTech/ Fosun/ Pfizer/ Janssen	RNA	-	-	2IM	Fase 3 ¹	AZD1222S	Universidade de Oxford/ Janssen	Vetor	-	-	1IM	Fase 3 ¹	Vetor viral replicante	Research Institute of Epidemiology and Microbiology, Health Ministry of the Russian Federation	Vetor	-	-	1IM	Fase1
IMUNOBIOLOGICO	INFORMAÇÕES																																																									
AstraZeneca (ChadOx1 nCoV)	Outubro/Novembro (Parcial Fase III); Novembro (chegada IFA no Brasil) – 30 milhões de doses – 80 lotes; Dezembro/ Janeiro (Formulação/Envase dos lotes); Final de Janeiro (Finalização do controle de qualidade e validação do primeiro lotes). Previsão mercado: Março/ 2021.																																																									
Sinovac (CoronaVac)	Aproximadamente 120 lotes (seis milhões de monodose até Dezembro) no total serão aproximadamente 46 milhões dedoses.																																																									
Janssen	Segundo trimestre de 2021 – 2 a 8°C																																																									
Vacina	Laboratório produtor	Plataforma	Acordo	Entrega	Doses/ via de administração	Estados clínicos																																																				
Vacina	AstraZeneca			30 milhões (doses)		Fase 3 ¹																																																				
AZD 1222	Universidade de Oxford/ Vac	Vetor	10 milhões doses*	70 milhões	2IM	Fase 3 ¹																																																				
Vacina Coronavac	Biotecnologia Sinovac (Biotech)	Inativada	-	-	2IM	Fase 3 ¹																																																				
Vacina com RNA contra COVID-19	BioNTech/ Fosun/ Pfizer/ Janssen	RNA	-	-	2IM	Fase 3 ¹																																																				
AZD1222S	Universidade de Oxford/ Janssen	Vetor	-	-	1IM	Fase 3 ¹																																																				
Vetor viral replicante	Research Institute of Epidemiology and Microbiology, Health Ministry of the Russian Federation	Vetor	-	-	1IM	Fase1																																																				

O plano do Rio de Janeiro apresenta o mapa das vacinas em teste no Brasil elaborado pela ANVISA, com dados sobre o laboratório que está produzindo cada vacina, o número de voluntários, a faixa etária que os imunizantes pretendem atender.

A tabela disponível no plano piauiense dispõe não apenas de dados sobre os laboratórios que estão elaborando o imunizante e a fase dos estudos clínicos, mas também informações sobre o acordo em andamento, a entrega e as doses necessárias para imunização

completa. Eles acrescentam ainda uma tabela com dados sobre três vacinas em fase III e a situação dos imunizantes em relação ao Brasil.

O plano cearense informa que as doses contra a Covid-19 não deverão ser administradas simultaneamente com qualquer outra vacina. Em adição, são disponibilizadas informações específicas sobre os imunizantes que deverão fazer parte da campanha, com dados sobre a diluição, a validade, as temperaturas de armazenamento, a via de administração, o intervalo da aplicação, e etc.

No que concerne à quantidade de imunizantes e seringas que serão utilizadas em cada fase, apenas o plano piauiense apresenta os dados especificando cada fase, as doses que poderão ser perdidas e o quantitativo populacional que irá ser atendido. Porém, não aborda sobre o quantitativo de seringas e outros insumos essenciais para a administração da vacina.

Quadro 24 - Quantitativo de imunizantes e insumos por fase - Planos Divergentes

Estados	Quantitativo de imunizantes e insumos por fase																									
<p>Rio de Janeiro</p>	<p>Considerando que os estudos clínicos atuais em fase 3 de desenvolvimento da vacina no país só são homologados para a população adulta (acima de 18 anos), compreendendo a população aproximada de 12.017.460 habitantes, no estado. Teremos de considerar a viabilidade de aquisição descentralizada de, pelo menos, 25.000.000 doses, para atender a essa população, já que estão previstas duas doses na posologia das mesmas, para uma resposta imunológica adequada do indivíduo vacinado; e serão consideradas também as perdas técnicas devido a apresentação do frasco do imunobiológico e validade após abertura.</p> <div data-bbox="659 1193 1211 1491" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>II. Aquisição e Gerenciamento de Insumos</p> <p>Processos de compras de itens estratégicos em andamento por meio da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, para operacionalizar a campanha de vacinação contra a Covid-19:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #c6e0b4;">ITEM</th> <th style="background-color: #c6e0b4;">QUANTIDADE (Unid.)</th> <th style="background-color: #c6e0b4;">SITUAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seringa 3ml 25x7,0</td> <td>16.000.000</td> <td>8.000.000 em estoque</td> </tr> <tr> <td>Seringa 3ml 25x7,0</td> <td>50.000.000</td> <td>Em andamento</td> </tr> <tr> <td>Câmaras refrigeradas</td> <td>163</td> <td>Em andamento</td> </tr> <tr> <td>Caixa térmica com termômetro</td> <td>3000</td> <td>Em andamento</td> </tr> <tr> <td>Caixa térmica sem termômetro</td> <td>3000</td> <td>Em andamento</td> </tr> <tr> <td>Termômetro avulso digital, máx. e mín.</td> <td>3000</td> <td>Em andamento</td> </tr> <tr> <td>Freezer - 70º de 728 litros</td> <td>50</td> <td>Em andamento</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>(Rio de Janeiro, 2020, p.12; 22).</p>	ITEM	QUANTIDADE (Unid.)	SITUAÇÃO	Seringa 3ml 25x7,0	16.000.000	8.000.000 em estoque	Seringa 3ml 25x7,0	50.000.000	Em andamento	Câmaras refrigeradas	163	Em andamento	Caixa térmica com termômetro	3000	Em andamento	Caixa térmica sem termômetro	3000	Em andamento	Termômetro avulso digital, máx. e mín.	3000	Em andamento	Freezer - 70º de 728 litros	50	Em andamento	
ITEM	QUANTIDADE (Unid.)	SITUAÇÃO																								
Seringa 3ml 25x7,0	16.000.000	8.000.000 em estoque																								
Seringa 3ml 25x7,0	50.000.000	Em andamento																								
Câmaras refrigeradas	163	Em andamento																								
Caixa térmica com termômetro	3000	Em andamento																								
Caixa térmica sem termômetro	3000	Em andamento																								
Termômetro avulso digital, máx. e mín.	3000	Em andamento																								
Freezer - 70º de 728 litros	50	Em andamento																								
<p>Ceará</p>	<p>Considerando a estimativa populacional dos grupos prioritários para a vacinação, na qual totaliza 1.794.076 pessoas no Estado do Ceará a serem vacinadas nas primeiras fases da campanha, e que as vacinas multidoses possuem um padrão de perda de 25% definido pelo MS/OPAS, serão necessárias 4.485.190 doses da vacina, considerando as duas doses do esquema de vacinação.</p> <div data-bbox="667 1682 1200 1962" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Tabela 3. Recursos necessários para a vacinação contra a Covid-19</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #4f81bd; color: white;">Itens</th> <th style="background-color: #4f81bd; color: white;">Quantitativo</th> <th style="background-color: #4f81bd; color: white;">Valor estimado</th> <th style="background-color: #4f81bd; color: white;">Repasse</th> <th style="background-color: #4f81bd; color: white;">Situação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seringas de 3ml com agulha 25x7</td> <td>4.485.190*</td> <td>R\$ 1.569.816,50</td> <td>Estadual</td> <td>Licitação em andamento</td> </tr> <tr> <td>Câmaras refrigeradas 200 e 300l (destino: municípios até 100 mil habitantes)</td> <td>147</td> <td>R\$ 2.801.000,00</td> <td>Federal (Portaria GM nº 2.855/2019)</td> <td>Câmaras de 200l: Iniciando entrega Câmaras de 300l: Aguardo do envio da nota de empenho</td> </tr> <tr> <td>Câmaras refrigeradas 400l (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)</td> <td>22</td> <td>R\$ 550.550,00</td> <td>Federal</td> <td>Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020</td> </tr> <tr> <td>Computador (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)</td> <td>22</td> <td>R\$ 154.000,00</td> <td>Federal</td> <td>Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>(Ceará, 2020, p.11-12).</p>	Itens	Quantitativo	Valor estimado	Repasse	Situação	Seringas de 3ml com agulha 25x7	4.485.190*	R\$ 1.569.816,50	Estadual	Licitação em andamento	Câmaras refrigeradas 200 e 300l (destino: municípios até 100 mil habitantes)	147	R\$ 2.801.000,00	Federal (Portaria GM nº 2.855/2019)	Câmaras de 200l: Iniciando entrega Câmaras de 300l: Aguardo do envio da nota de empenho	Câmaras refrigeradas 400l (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)	22	R\$ 550.550,00	Federal	Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020	Computador (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)	22	R\$ 154.000,00	Federal	Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020
Itens	Quantitativo	Valor estimado	Repasse	Situação																						
Seringas de 3ml com agulha 25x7	4.485.190*	R\$ 1.569.816,50	Estadual	Licitação em andamento																						
Câmaras refrigeradas 200 e 300l (destino: municípios até 100 mil habitantes)	147	R\$ 2.801.000,00	Federal (Portaria GM nº 2.855/2019)	Câmaras de 200l: Iniciando entrega Câmaras de 300l: Aguardo do envio da nota de empenho																						
Câmaras refrigeradas 400l (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)	22	R\$ 550.550,00	Federal	Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020																						
Computador (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)	22	R\$ 154.000,00	Federal	Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020																						

Piauí	Tabela 01: Distribuição das doses com percentual de perda por fase. Piauí, 2020			
	FASE	POPULAÇÃO	DOSE+ 5% (PERDA)	D1 + D2 + 5% (PERDA)
	PRIMEIRA	229.805	241.295	482.295
	SEGUNDA	309.787	325.276	650.552
	TERCEIRA	206.833	217.175	434.350
	QUARTA*	236.556	248.383	496.766
	TOTAL	982.981	1.032.129	2.063.963

(Piauí, 2020, p.22).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Tanto o plano cearense quanto o fluminense apresentam o quantitativo de doses que serão necessárias, mas de forma total, sem evidenciar o número que será utilizado em cada fase. Esses mesmos planos elucidam também o total de seringas, câmaras refrigeradas, computadores e outros itens serão necessários para que a operacionalização da campanha seja efetivada.

5.2.3 Coordenação

Conforme o conjunto sobre a coordenação, todos os planos apresentaram de forma homogênea a definição dos papéis de cada ente, segundo o regulamento do PNI, que são:

Quadro 25 - Definição dos papéis entre os entes - Planos Divergentes

Estados	Definição dos papéis entre os entes
Rio de Janeiro	Constituem competências da esfera estadual: a) A coordenação do componente estadual do PNI; b) O provimento de seringas e agulhas, itens que também são considerados insumos estratégicos; c) 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. (Rio de Janeiro, 2020, p.8).
Ceará	Esfera estadual (CEMUN) Coordenar o componente estadual do Programa de Imunização, assessorando os 184 municípios; Apoiar a adoção de estratégias para o alcance do grupo alvo para a vacinação contra a Covid-19; Distribuir as doses de vacina contra a Covid-19 para os municípios, conforme estimativa populacional dos grupos prioritários para vacinação; Adquirir as seringas e agulhas necessárias para a vacinação nos municípios; Realizar a gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a análise e monitoramento dos indicadores de imunização dos municípios, acompanhamento do registro nominal dos vacinados, notificação de EAPV, dentre outros; Garantir a vacinação segura a partir do monitoramento de eventos adversos devidamente notificados, investigados e encerrados no sistema de informação do PNI – módulo SIEAPV; Oferecer capacitações aos profissionais das UBS (salas de vacinas), SMS, ADS e SR, mediante videoconferências, tutoriais e envio de materiais didáticos; Realizar parcerias com sociedades científicas e civis para divulgação e mobilização da população para vacinação contra a Covid-19; Articular com a Assessoria de Comunicação e outras mídias para orientar a população sobre a importância da vacinação e segurança das vacinas, com respaldo nas normas do PNI. (Ceará, 2020, p.17).
Piauí	COMPETÊNCIAS DA ESFERA ESTADUAL Coordenação do componente estadual do PNI; Provimento de seringas e agulhas, itens que também são considerados insumos estratégicos; 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 da esfera municipal. (Piauí, 2020, p.12).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

No plano cearense estipula-se mais obrigações que os demais, como o apoio aos municípios na adoção de estratégias para o alcance dos grupos alvo, o monitoramento e investigação dos EAPVs, a disposição de capacitações aos profissionais das UBS, Secretaria Municipal de Saúde, gestor do E-SUS municipal, a promoção de ações de comunicação para orientar a população a se vacinar, e ainda a realização de parcerias com a sociedade civil e científica para divulgar a campanha e incentivar os cidadãos a se imunizarem.

O documento que estabelece a parceria com outras instituições é o fluminense, que prevê o estabelecimento de parcerias com órgãos como da Defesa Civil; Corpo de Bombeiros Militar; Forças Armadas e de Segurança; universidades; escolas; associação de moradores; instituições religiosas, e ainda órgãos públicos.

Quadro 26 - Articulação com outras instituições - Planos Divergentes

Estados	Articulação com outras instituições
Rio de Janeiro	Estabelecimento de parcerias interinstitucionais: Defesa Civil, Corpo de Bombeiros Militar, Forças Armadas e de Segurança (Exército Brasileiro, Aeronáutica, Marinha, Polícias Federal, Civil e Militar); universidades, escolas públicas e privadas, associação de moradores, instituições religiosas, órgãos públicos como Detran, shoppings, aeroportos, entre outras estruturas, para a oferta itinerante do imunobiológico mediante avaliação das condições de utilização de suas estruturas pela equipe técnica do programa estadual e municipal de imunizações. (Rio de Janeiro, 2020, p.18).
Ceará	Realizar parcerias com sociedades científicas e civis para divulgação e mobilização da população para vacinação contra a Covid-19; Articulação com Universidade Federal do Ceará para armazenamento das vacinas, se necessário. (Ceará, 2020, p.18; 26).
Piauí	Articulação das instituições do setor saúde com as de educação, trabalho, empresas públicas e privadas, sociedades científicas e acadêmicas, entre outros; Além de escolta durante o transporte de todos os insumos. Essas ações serão desenvolvidas em parceria com a Polícia Militar do Estado. (Piauí, 2020, p.22).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O plano piauiense prevê a articulação com instituições de educação, trabalho, com empresas, instituições científicas e acadêmicas, entre outras. Do outro lado, o plano cearense aborda a parceria com a Universidade Federal do Ceará para armazenamento das vacinas, com sociedades científicas e civis para mobilização da população para vacinação.

Referente à definição de calendário, os planos fluminense e piauiense definem que a elaboração do cronograma das ações de operacionalização da campanha deverá ser definida pela esfera federal.

5.2.4 Rede de frio

Referente à rede de frio, não são todos os planos que apresentam sua capacidade, como no documento do Rio de Janeiro.

Quadro 27 - Capacidade da rede de frio - Planos Divergentes

Estados	Capacidade da rede de frio
Rio de Janeiro	Ausente
Ceará	<p>A instância estadual conta com uma Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos – CEADIM que realiza a distribuição mensal para as Centrais de Rede de Frio das 17 ADS e 5 SR conforme cronograma de entrega através dos caminhões-baú refrigerados. Os imunobiológicos são distribuídos mensalmente, nas duas primeiras semanas, as seringas/agulhas são distribuídas trimestralmente em quantitativos suficientes e iguais ao número de doses de vacinas. Após entrega dos imunobiológicos nas ADS, estas realizam a distribuição para as Centrais de Rede de Frio Municipais dos 184 municípios de abrangência e 2.638 salas de vacinas ativas.</p> <p style="text-align: center;">1. VISITA AOS ULTRAREFRIGERADORES UFC</p> <p style="text-align: center;">1.1 Foram apresentados ultrafreezers com temperaturas de -80°C para possível armazenamento da vacina Pfizer contra Covid-19. Ao todo, caso necessário, será disponibilizada para janeiro de 2020 uma capacidade de 500 mil doses. Em seguida com a chegada de novos equipamentos, será possível armazenar 1, 5 Milhão de doses. A maioria dos freezers possui capacidade para 4000 litros.</p> <p style="text-align: right;">(Ceará, 2020, p.20; 30).</p>
Piauí	<p>Atualmente existem 11 Territórios de Saúde, segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado, no entanto para fins das ações de armazenamento/distribuição dos imunobiológicos para atendimento da população do Estado utiliza-se Centrais Regionais da Rede de Frio, a qual todas são atendidas/abastecidas pela Central Estadual, sediada na capital e vinculada à Coordenação Estadual do Programa de Imunização. Atualmente, está composto por 11 Coordenações de Saúde e cinco núcleos de saúde interligados. A Central Estadual da Rede de Frio para atender às suas atribuições e armazenar os volumes de imunobiológicos recebidos sob baixas temperaturas, oferecendo a homogeneidade térmica necessária dispõe de 01 antecâmara (23,22 m³), 01 Câmara Fria Positiva (31,75 m³), freezers, refrigeradores comerciais e refrigeradores especiais para imunobiológicos como equipamentos adicionais. (Piauí, 2020, p.14-15).</p>

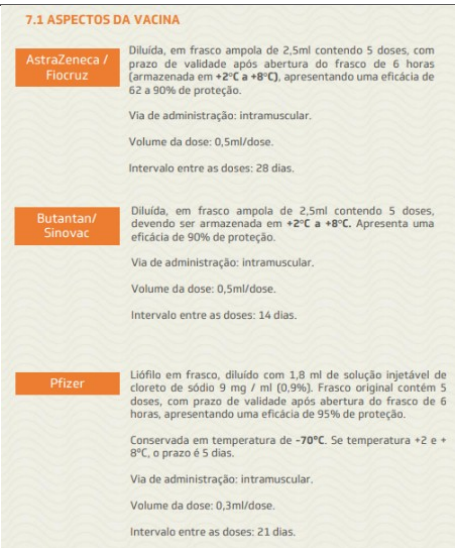
Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

No caso cearense, eles informam que foram apresentados ultrafreezers capazes de armazenar de forma adequada as vacinas da Pfizer, e que será possível armazenar 500 mil doses, para janeiro de 2021. Alegando ainda que, com a chegada de novos equipamentos, esse número poderá aumentar para 1,5 milhão de doses.

A rede de frio do Piauí conta atualmente com uma Central Estadual da Rede de Frio, composta por 11 Coordenações de Saúde e 5 Núcleos de Saúde. A rede dispõe de uma antecâmara, uma Câmara Fria Positiva, freezers, refrigeradores comerciais e refrigeradores especiais para imunobiológicos.

Ao que concerne às características das vacinas que precisam ser levadas em consideração no transporte e armazenamento, somente os planos do Ceará e do Piauí apresentaram.

Quadro 28 - Especificações das vacinas - Planos Divergentes

Estados	Especificações das vacinas
Rio de Janeiro	Ausente
Ceará	 <p>(Ceará, 2020, p.9).</p>
Piauí	Além do controle térmico durante seu armazenamento, o transporte dos imunobiológicos também exige que sejam observadas e mantidas as condições de acondicionamento sob temperatura constante entre +2°C e +8°C. (Piauí, 2020, p.15).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O documento piauiense afirma a necessidade de manutenção da temperatura em +2°C e +8°C no transporte e armazenamento dos imunizantes, mas não é abordado as temperaturas de cada imunizante que poderá ser adotada na campanha.

O documento cearense indicou a temperatura da vacina que precisa ser mantida, mas também a via de administração, as características da diluição, o volume e o intervalo entre as doses.

De modo unânime, todos os planos apresentaram a necessidade de ampliação da rede para efetivação da campanha.

Quadro 29 - Ampliação da rede - Planos Divergentes

Estados	Ampliação da rede
Rio de Janeiro	Ampliar a capacidade de armazenamento de insumos e vacinas da Central Estadual de Rede de Frio com a possibilidade de: Locação de contêineres (com alarme sonoro para alteração de temperatura) para armazenamento de imunobiológicos, caso o volume a ser recebido seja superior a capacidade de armazenagem das atuais câmaras em utilização; Ampliação da capacidade das câmaras frias e instalação de porta pallets para aumentar o espaço de armazenamento (mediante realização de estudo técnico e disponibilidade de área física). (Rio

	de Janeiro, 2020, p.15).																																			
Ceará	<p style="text-align: center;">Tabela 3. Recursos necessários para a vacinação contra a Covid-19</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Itens</th> <th>Quantitativo</th> <th>Valor estimado</th> <th>Repasse</th> <th>Situação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seringas de 3ml com agulha 25x7</td> <td>4.485.190*</td> <td>R\$ 1.569.816,50</td> <td>Estadual</td> <td>Licitação em andamento</td> </tr> <tr> <td>Câmaras refrigeradas 200 e 300l (destino: municípios até 100 mil habitantes)</td> <td>147</td> <td>R\$ 2.801.000,00</td> <td>Federal (Portaria GM nº 2.855/2019)</td> <td>Câmaras de 200l: Iniciando entrega Câmaras de 300l: Aguardo do envio da nota de empenho</td> </tr> <tr> <td>Câmaras refrigeradas 400l (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)</td> <td>22</td> <td>R\$ 550.550,00</td> <td>Federal</td> <td>Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020</td> </tr> <tr> <td>Computador (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)</td> <td>22</td> <td>R\$ 154.000,00</td> <td>Federal</td> <td>Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020</td> </tr> <tr> <td>Câmaras refrigeradas 2.000l (destino: Centrais Regionais de Rede de Frio)</td> <td>23</td> <td>920.000,00</td> <td>Federal</td> <td>Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020</td> </tr> <tr> <td>Computador (destino: Centrais Regionais de Rede de Frio)</td> <td>23</td> <td>R\$ 161.000,00</td> <td>Federal</td> <td>Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(Ceará, 2020, p.12).</p>	Itens	Quantitativo	Valor estimado	Repasse	Situação	Seringas de 3ml com agulha 25x7	4.485.190*	R\$ 1.569.816,50	Estadual	Licitação em andamento	Câmaras refrigeradas 200 e 300l (destino: municípios até 100 mil habitantes)	147	R\$ 2.801.000,00	Federal (Portaria GM nº 2.855/2019)	Câmaras de 200l: Iniciando entrega Câmaras de 300l: Aguardo do envio da nota de empenho	Câmaras refrigeradas 400l (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)	22	R\$ 550.550,00	Federal	Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020	Computador (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)	22	R\$ 154.000,00	Federal	Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020	Câmaras refrigeradas 2.000l (destino: Centrais Regionais de Rede de Frio)	23	920.000,00	Federal	Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020	Computador (destino: Centrais Regionais de Rede de Frio)	23	R\$ 161.000,00	Federal	Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020
Itens	Quantitativo	Valor estimado	Repasse	Situação																																
Seringas de 3ml com agulha 25x7	4.485.190*	R\$ 1.569.816,50	Estadual	Licitação em andamento																																
Câmaras refrigeradas 200 e 300l (destino: municípios até 100 mil habitantes)	147	R\$ 2.801.000,00	Federal (Portaria GM nº 2.855/2019)	Câmaras de 200l: Iniciando entrega Câmaras de 300l: Aguardo do envio da nota de empenho																																
Câmaras refrigeradas 400l (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)	22	R\$ 550.550,00	Federal	Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020																																
Computador (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)	22	R\$ 154.000,00	Federal	Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020																																
Câmaras refrigeradas 2.000l (destino: Centrais Regionais de Rede de Frio)	23	920.000,00	Federal	Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020																																
Computador (destino: Centrais Regionais de Rede de Frio)	23	R\$ 161.000,00	Federal	Portaria Nº3.248 de 02 de dezembro de 2020																																
Piauí	<p>Diante da possibilidade que o Estado do Piauí receba vacinas para a COVID-19 que necessitam ser armazenadas em temperatura de -70°C, também foi proposto a aquisição de um Ultrafreezer Vertical 86° de 728 litros para Central Estadual de Frio e 05 Ultrafreezer Vertical 86°C de 580 litros, os quais serão instalados nos hospitais estaduais, nos seguintes municípios: Teresina (HGV, HILP, IDTNP), Picos, Parnaíba, Floriano. (Piauí, 2020, p.24).</p>																																			

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O plano fluminense indica apenas que na fase de pré-campanha é necessário ampliar a capacidade de armazenamento da rede, com a possibilidade de locação de contêineres, aumentar também a capacidade das câmaras frias, e ainda, alargamento da frota de veículo na Central Estadual da rede, que atualmente é totalmente climatizado ou refrigerado.

Para a campanha de imunização contra a Covid-19, o estado do Piauí aponta que poderá contar com imunobiológicos que precisarão ser armazenados em temperaturas negativas, e diante disso, foi proposta a aquisição de 6 ultrafreezers Verticais de capacidades diferentes. Enquanto o plano cearense indicou a compra de câmaras refrigeradas, computador, termômetro, ultrafreezers e ademais itens para aumento da sua rede de frio, com especificação do quantitativo que será adquirido, o valor e a situação da compra.

5.2.5 Sistema de Informação e Monitoramento

As informações referentes ao Sistema de Informação são abordadas em todos os planos.

Quadro 30 - Abastecimento de informações - Planos Divergentes

Estados	Abastecimento de informações
Rio de Janeiro	O registro de todas as doses de vacinas aplicadas na APS deve ser realizado tanto no cartão ou caderneta de vacinação do usuário quanto nos sistemas da estratégia e-SUS AB ou em sistemas próprios utilizados pelos municípios (ver OFÍCIO CONJUNTO CIRCULAR Nº 2/2019/SVS/MS, de 27 de setembro de 2019, Integração entre as bases

	de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB da estratégia e-SUS Atenção Básica - e-SUS AB e do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SIPNI). Para a vacinação da Covid-19. Estar atento para a orientação que será dada quanto ao sistema de informação indicado para registro. (Rio de Janeiro, 2020, p.19).
Ceará	De acordo com a Portaria nº 2.499/GM/MS de 23 de setembro de 2019, buscando evitar que o profissional de saúde tenha que usar vários sistemas, o MS integrou as bases de dados do SISAB da estratégia e-SUS AB e do SIPNI. Desta maneira, desde 01 de agosto de 2020 os registros de vacinados nominalmente acontece no sistema eSUS AB – módulo vacinação, ficando o SIPNI para os registros de: EAPV, movimentação de imunobiológicos, campanhas de vacinação, hospitais, maternidades e dados dos serviços privados de vacinação. (Ceará, 2020, p.24).
Piauí	Para a campanha nacional de vacinação contra a Covid-19, o registro da movimentação das vacinas recebidas e das doses aplicadas deverão ser feitos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI WEB) - módulo campanha, nos pontos de vacinação da rede pública e privada de saúde. O E-SUS notifica é utilizado amplamente para o registro de casos de Síndrome Gripal (SG) e, também, será utilizado para o registro de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV). Para os locais sem conectividade, poderá ser utilizada a versão para Coleta de Dados Simplificada (CDS) do e-SUS AB orienta-se que a inserção dos dados nos sistemas deverá ocorrer em até 48h. Adicionalmente, o sistema informatizado NOTIVISA será aplicado para os registros e monitoramento de queixas técnicas relacionadas à vacina Covid-19. Também será utilizada a ferramenta do CONECTA SUS para registro na caderneta de vacinação digital e etc. À medida que os sistemas forem sendo disponibilizados será capacitado os profissionais de saúde para utilização das ferramentas. (Piauí, 2020, p.11).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

No caso piauiense, são explicitados vários sistemas que irão cooperar para os registros durante a campanha. Segundo o plano, o Sistema de Informação de Insumos Estratégicos será utilizado para registrar o transporte de imunizantes entre a central de rede de frio nacional, a central estadual e as regionais. Mas alega que, no caso específico da campanha contra a Covid-19, o registro deverá ser efetivado no módulo campanha do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI WEB), e o E-SUS será utilizado para registro dos EAPVs. O plano aborda ainda como os profissionais deverão proceder em caso de ausência de serviços de internet, da presença de queixas técnicas e o uso do CONECTA SUS para o preenchimento da caderneta de vacinação digital. Ademais, em casos de outros sistemas que poderão surgir, o documento informa que haverá capacitação dos profissionais.

Especificamente nos planos cearense e fluminense é explicitado de modo mais conciso que, conforme a portaria n.º 2.499 de 2019 do Ministério da Saúde, houve uma integração das bases de dados do SISAB da estratégia e-SUS AB e do SIPNI, e que o registro da vacinação nominal ocorre no sistema do e-SUS AB, no módulo vacinação. Ainda, apresentam que o SIPNI é o sistema de informações em que devem ser registrados os EAPVs, as campanhas de vacinação, a movimentação dos imunizantes, e etc.

A análise de dados e monitoramento sobre a cobertura vacinal será, dessa forma, realizada pelo sistema do SIPNI, como apresentado no quadro abaixo:

Quadro 31 - Análise de cobertura vacinal - Planos Divergentes

Estados	Análise da cobertura vacinal
Rio de Janeiro	Monitorar a cobertura vacinal, identificando as pessoas que estão com pendências na situação vacinal, por meio da verificação dos relatórios do SIPNI ou outras ferramentas; (Rio de Janeiro, 2020, p.19).
Ceará	Até o momento, o monitoramento e análise dos dados de cobertura vacinal, movimentação de imunobiológicos e acompanhamento das campanhas de vacinação são realizados por meio dos relatórios disponíveis no SIPNI. (Ceará, 2020, p.24).
Piauí	Em face da diversidade de modalidades de vacinação, é necessário realizar o monitoramento e uma avaliação final, para verificar o alcance da meta de cobertura de vacinação 100% do público-alvo. Desta forma será realizado dois tipos de monitoramento: (01) - as equipes estaduais e locais deverão monitorar diariamente o avanço das coberturas de vacinação, para isso, acompanharão e analisarão os dados diários de vacinados e apresentarão as coberturas, elaborados de acordo com cultura local, além dos gráficos e mapas das localidades vacinadas na sala de situação das unidades de saúde, municípios, estados e no nível nacional e (02) - Monitoramento rápido de coberturas (é uma metodologia de supervisão das atividades de vacinação, pois, deverão ser identificadas as áreas que após avaliação do supervisor sejam as de menor probabilidade de serem visitadas pelos vacinadores - de difícil acesso, afastadas das ruas principais e estrato social A, etc.), além das áreas bem vacinadas após concluir a vacinação. (Piauí, 2020, p.25).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Tanto no plano cearense quanto no fluminense, evidencia-se que a análise da cobertura vacinal deverá ser realizada por meio do sistema do SIPNI. Já o plano piauiense indica de modo detalhado como devem ocorrer as ações de monitoramento realizados pelas equipes estaduais, mas não é explicitado como haverá acesso aos mesmos, como apontado nos documentos dos demais entes.

Referente ao monitoramento de EAPV, todos os planos afirmam que é essencial que haja acompanhamento desses eventos.

Quadro 32 - Monitoramento EAPV - Planos Divergentes

Estados	Monitoramento EAPV
Rio de Janeiro	No caso da introdução de vacinas novas, como é o caso das vacinas contra Covid-19, é importante sensibilizar as equipes para as atividades de vigilância de eventos adversos pós-vacinação (EAPV), com a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam diretamente nas salas de vacinação e também em serviços de saúde do Estado, para atuar na detecção, notificação e investigação desses EAPV; A SES-RJ criou um Grupo Técnico de Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação para auxiliar tecnicamente esta secretaria na investigação de relatos de eventos adversos pós-vacinação envolvendo a vacina Covid-19. As reuniões do referido grupo poderão ser presenciais ou remotas, devendo ocorrer quinzenalmente ou sempre que necessário para investigação dos casos notificados de EAPV após vacina Covid-19, a fim de apoiar as áreas técnicas da Subsecretaria de Vigilância em

	Saúde, quanto à elucidação de suas causas. O GT poderá ainda contar com o apoio do CTAI-RJ, para elucidação de situações inusitadas durante as investigações. (Rio de Janeiro, 2020, p.15; 23).
Ceará	SIPNI para os registros de: EAPV, movimentação de imunobiológicos, campanhas de vacinação, hospitais, maternidades e dados dos serviços privados de vacinação; Capacitações com os profissionais de saúde dos 184 municípios no âmbito dos sistemas de informação, práticas de vacinação segura, rede de frio e vigilância dos EAPV; Formação do Comitê Técnico Assessor de Imunização estadual para discutir possíveis EAPV Covid-19; (Ceará, 2020, p.24; 26).
Piauí	Por se tratar de novas vacinas com 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). Dessa forma, o estado propõe o plano de farmacovigilância para o fortalecimento dos sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária no estado, em especial no manejo, identificação, notificação e investigação de EAPV por profissionais da saúde. 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 (E-SUS notifica para EAPV e Notivisa no caso de queixas técnicas - problemas com o produto), ressaltando-se que o papel a ser desempenhado pelos municípios é vital para a plena efetivação do protocolo. (Piauí, 2020, p.9).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O plano fluminense indica que é importante capacitar os profissionais para detecção, notificação, monitoramento e investigação desses eventos. É ainda elucidado que a Secretaria Estadual de Saúde criou um Grupo Técnico de acompanhamento dos EAPV, para auxiliar na investigação de casos. Já no caso do plano cearense, há a especificação de que os registros devem ser realizados pelo SIPNI, que, assim como indicado no plano fluminense, deverá haver capacitação dos profissionais para promoção de vigilância em EAPV e que deverá ser criado um comitê técnico para discussão dos casos.

Ao que concerne o documento piauiense, há indicação de um plano farmacológico para melhoramento da vigilância, visando aprimorar a identificação, a notificação e a investigação do EAPV no estado. Ademais, ele evidencia que, para notificar os casos, deverá fazer o registro no sistema do e-SUS notifica.

5.2.6 Capacitação, gerenciamento de resíduos e comunicação

A categoria de capacitação é abordada de diversas formas nos documentos estaduais.

Quadro 33 - Capacitação - Planos Divergentes

Estados	Capacitação
Rio de Janeiro	Realização de capacitação on-line e/ou presencial para os profissionais das equipes das Coordenações de Imunização Municipais, das Centrais de Rede de Frio e das Salas de Vacinas e do almoxarifado da Central Estadual; No caso da introdução de vacinas novas,

	como é o caso das vacinas contra Covid-19, é importante sensibilizar as equipes para as atividades de vigilância de eventos adversos pós-vacinação (EAPV), com a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam diretamente nas salas de vacinação e também em serviços de saúde do Estado, para atuar na detecção, notificação e investigação desses EAPV. (Rio de Janeiro, 2020, p.13; 23).
Ceará	Competência estadual: Oferecer capacitações aos profissionais das UBS (salas de vacinas), SMS, ADS e SR, mediante videoconferências, tutoriais e envio de materiais didáticos; Assessorar os processos de capacitação ligados à área de imunizações visando ao aspecto dos eventos adversos pós-imunização, promovendo supervisões e atualizações científicas; Capacitações com os profissionais de saúde dos 184 municípios no âmbito dos sistemas de informação, práticas de vacinação segura, rede de frio e vigilância dos EAPV. (Ceará, 2020, p.18; 22; 26).
Piauí	Após a capacitação/atualização pelo Ministério da Saúde para os Estados, serão realizadas capacitações a nível Estadual com os técnicos que compõem as áreas envolvidas da SESAPI: Gerência Estadual de Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica, Hospitalar, Imunização, Vigilância Sanitária e demais áreas pertinentes e regionais de saúde para que estes sejam multiplicadores/supervisores no âmbito regional e municipal. As capacitações serão realizadas de forma virtual e presencial, esta focando na execução, técnica de vacinação, sistemas de informações (SI-PNI, NOTIVISA, E-SUS NOTIFICA), cadastramento/atualização das salas no CNES para garantir a rastreabilidade das cargas com lotes das vacinas e etc; Ressalta-se que no nível local deverá ser assegurada a capacitação de todas as equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF), com ênfase aos profissionais que atuam nas salas de vacinação nos seguintes aspectos: informações sobre a campanha, indicações e contraindicações da vacina, o funcionamento da rede de frio e descarte de materiais, o registro e consolidação de dados, o acompanhamento de EAPV, o monitoramento/avaliação da população vacinada e etc. (Piauí, 2020, p.23).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

No plano do Rio de Janeiro, é apontada como uma necessidade a ser suprida, em especial para profissionais que trabalham nas salas de vacina, mas também os demais que executam papéis de detecção, investigação e notificação de EAPV. Além disso, eles citam que as primeiras ações nesse sentido ocorrerão já na fase pré-campanha para profissionais que trabalham nas equipes de coordenação de imunizações municipais, nas centrais de redes de frio, nas salas de vacina, e ainda no almoxarifado estadual. Para isso, eles estipulam ainda um cronograma, previsto para ocorrer já na segunda quinzena de dezembro de 2020 e na primeira quinzena de janeiro de 2021.

Assim como o caso acima, o plano cearense evidencia o planejamento para a realização de capacitação com os profissionais a respeito das vacinas seguras, das redes de frio, do sistema de informação e de vigilância em EAPV de todo o estado. Ainda é estipulado a competência estadual para o preparo dos profissionais das UBS, nas salas de vacinas, das Secretarias Municipais, das Áreas Descentralizadas de Saúde e da Superintendência Regional.

No Piauí, as capacitações foram propostas para as áreas que fazem parte do SESAPI, como a Gerência Estadual de Atenção Básica, a vigilância epidemiológica e sanitária, e

demais profissionais que sejam supervisores ou multiplicadores da esfera regional, ou municipal. Estas capacitações estarão focadas nas áreas de execução, vacinação, nos sistemas de informação, no cadastro e acompanhamento dos dados referentes às salas de vacinas. Os treinamentos possuíam como previsão: a apresentação do plano estadual para gestores dos municípios; atualização da operacionalização da vacina; instrução sobre os SI; e ainda orientação sobre as imunizações. Ademais, é ressaltado a importância de que as instâncias locais promovam também ações com as equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF), referentes a: campanha; indicações e contraindicações; redes de frio; descarte de resíduos; registro de dados; EAPV; e acompanhamento e avaliação da população vacinada, e etc.

No que concerne ao descarte adequado dos resíduos, assim como mostra o quadro abaixo, é uma categoria que está ausente em um dos documentos, no caso do plano piauiense.

Quadro 34 - Gerenciamento dos resíduos - Planos Divergentes

Estados	Gerenciamento de resíduos
Rio de Janeiro	Os trabalhadores da saúde envolvidos com a imunização devem ser qualificados quanto aos procedimentos de manuseio, conservação, triagem preparo, administração, registro e descarte dos resíduos nas UAPS. (Rio de Janeiro, 2020, p.19).
Ceará	O gerenciamento de resíduos de serviços de saúde no âmbito do PNI deve estar em conformidade com as definições estabelecidas na 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 n° 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS). (Ceará, 2020, p.14).
Piauí	Ausente

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Em outro lado, o plano cearense evidencia que esse serviço deverá ser executado conforme é estabelecido na RDC n.º 222, de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, e da Resolução Conama n.º 358, de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS). Diferentemente, o plano fluminense indica a necessidade de qualificação dos profissionais envolvidos na imunização no descarte dos resíduos das unidades de Atenção Primária.

O conjunto da comunicação foi um ponto abordado em todos os planos, porém com suas particularidades.

Quadro 35 - Comunicação - Planos Divergentes

Estados	Comunicação
----------------	--------------------

Rio de Janeiro	Elaboração de um Plano de Comunicação para a divulgação de uma das maiores ações de vacinação do país, a vacinação contra a Covid-19, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Definição de uma estratégia de comunicação eficaz, com uma linguagem de fácil entendimento, clara e acessível a todos os públicos a serem impactados. Garantir que as informações sejam transmitidas e compreendidas por todos, incluindo: 1. Análise da Situação: Recolher dados importantes sobre o plano de vacinação, bem como suas três fases (Pré-Campanha, Fase de Campanha e Pós-Campanha); definição dos públicos a serem impactados; análise do cenário da Covid-19 no Brasil e no mundo e mapeamento sobre as demais iniciativas de vacinação de Covid-19 existentes; definição dos porta-vozes da SES-RJ para o tema. Essas informações vão nortear as ações de comunicação e as estratégias a serem adotadas. 2. Orientação Estratégica: Definir os objetivos que se quer alcançar com a vacinação em cada uma de suas fases. Explorar seus diferenciais, pioneirismo, pontos positivos e analisar suas principais fraquezas, de maneira a medir os impactos negativos que podem surgir na divulgação. Estipular as metas de comunicação a serem atingidas. 3. Planejamento de crise: Definir ações a serem tomadas para contenção de possíveis crises relacionadas ao tema, como problemas na distribuição, armazenamento, aplicação, efeitos colaterais, entre outros. (Rio de Janeiro, 2020, p.17).
Ceará	Definir plano de comunicação da campanha de vacinação, com informação sobre o processo de produção e aprovação de uma vacina, informação sobre a vacinação, os públicos prioritários, dosagens, dentre outros temas; Articular com a Assessoria de Comunicação e outras mídias para orientar a população sobre a importância da vacinação e segurança das vacinas, com respaldo nas normas do PNI. (Ceará, 2020, p.11; 18).
Piauí	Devido à magnitude da vacinação contra a COVID-19 as ações de comunicação social são importantes para atender as demandas dos profissionais de saúde, da população e da sociedade civil, da imprensa e publicidade; As mídias televisiva, rádio, internet e impresso esclarecerão a importância da prevenção. Várias ferramentas de suporte, como papelaria (cartaz e folder), mídias sociais (cards e vídeos) e mobiliário urbano (outdoor, busdoor, tontens) também fazem parte da campanha. As mensagens enfocam a importância da vacinação, as características específicas de cada grupo prioritário e o objetivo do governo federal com a imunização. Recomendações: Elaborar plano local com ações estratégicas específicas objetivando a adesão e cobertura para as classes prioritárias; Envolver os conselhos regionais das diversas áreas da saúde e as representações estaduais de especialidades médicas afins no processo de vacinação/campanha; Envolver os profissionais de saúde que se constituem nas principais fontes de divulgação e comunicação a respeito dos benefícios proporcionados pelas vacinas; Mobilizar todos os meios de comunicação, em especial os de maior abrangência (jornais, rádios, televisão, sites, blogs e redes sociais) para informar a população sobre a vacina e aumentar a adesão à vacinação; Mobilizar lideranças, formadores de opinião, associações e instituições com o objetivo de esclarecer a população sobre o novo coronavírus e a importância da vacinação; Acompanhar e monitorar os dados disponibilizados no site para aprimoramento e adoção de ações estratégicas com a finalidade de alcançar a meta preconizada. A Coordenadoria de Comunicação em conjunto com Ascom da Sesapi vai elaborar as mídias necessárias para divulgação do plano e campanha de vacinação no âmbito estadual. (Piauí, 2020, p.26).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O plano cearense apresenta a necessidade de articulação em conjunto com a Assessoria de Comunicação para prover informação a população referente a relevância da imunização e seguridade das vacinas, segundo as regras do PNI e acrescenta que é preciso

definir um plano com informes sobre as fases de produção e aprovação da vacina, os grupos prioritários, e etc.

No caso piauiense, há uma indicação tangendo o que é essencial na promoção das campanhas de comunicação para captar os públicos prioritários para vacinação. É explicitado, por exemplo, os meios para que a campanha seja efetivada, com uso de mídias, cartazes e até mesmo outdoors, totens, e etc. As recomendações são de envolver os conselhos regionais, representações estaduais e profissionais da saúde, lideranças, formadores de opinião e instituições nessas ações. O plano elucida ainda que, na esfera estadual, a coordenadoria de comunicação, juntamente com a Ascom da SESAPI irão elaborar as mídias que serão utilizadas tanto na campanha de vacinação quanto na divulgação do plano.

O plano fluminense evidencia que é essencial o planejamento de modo a garantir que as informações sejam compreendidas por todos, e que a campanha deverá ocorrer por meio do PNI, divulgando a análise da situação, apresentando as três fases da campanha, com mapeamento das iniciativas de vacinação existentes, definição dos porta-vozes e os objetivos da vacinação em suas fases. Além disso, é abordada a possibilidade de crise, com análise das fraquezas e definição de estratégias para contê-las.

5.3 PLANOS ESTADUAIS DE IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19 PROTAGONISTAS

Os planos de operacionalização para a vacinação contra a Covid-19 ou a apresentação de plano que serão aqui analisados foram aqueles lançados anterior a divulgação do PNO, protagonistas, que são respectivamente os planos estaduais de Minas Gerais, São Paulo, Acre e Ceará, que foram lançados entre agosto de 2020 e 9 de dezembro do mesmo ano.

Cabe ressaltar que o documento do estado do Ceará que será aqui analisado, é o “Plano Estadual de Contingência para resposta às Emergências em Saúde Pública Doença pelo Coronavírus 19 (Covid-19)”, que possui um tópico sobre imunização, e o de São Paulo é uma apresentação de slide do plano, pois não tivemos acesso ao documento na íntegra. A análise ocorrerá por meio das categorias analíticas acima elucidadas, de modo a evidenciar qualitativamente o conteúdo dos planos, mas detalharemos ainda outros aspectos que os constituem, pois nesse caso, não havia ainda um plano central do MS a ser seguido.

5.3.1 Objetivos, definição de grupos prioritários e conselho técnico

Os primeiros achados na pesquisa dos planos foram referentes às categorias de designação de metas e objetivos, em que, com exceção de São Paulo, todos abordam, mas de modo distinto.

Quadro 36 - Objetivos - Planos Protagonistas

Estados	Objetivos
Minas Gerais	Organizar as ações e estratégias do Governo do Estado de Minas Gerais para a vacinação COVID-19, abordando as fases de Pré-Campanha, Fase de Campanha e Pós-Campanha; Descrever a estrutura da Central Estadual da Rede de Frio – CERF e Redes de Frio Regionais, determinando as necessidades presentes e futuras para realização desta Campanha; Estabelecer resposta coordenada entre os diversos eixos que irão atuar diretamente na ação de vacinação: Vigilância em Saúde, Assistência/Atenção Primária à Saúde, Gestão, Comunicação e Segurança Pública; Conter a disseminação do Sars-CoV-2, especialmente nos grupos elegíveis para vacinação, atingindo altas e homogêneas coberturas vacinais; Divulgar as estratégias de Comunicação Social relativas à divulgação da vacina, combate a fake news e adesão da população. (Minas Gerais, 2020, p.11).
São Paulo	Ausente
Acre	A Vacinação contra COVID-19 tem por objetivo reduzir as complicações, as internações e a mortalidade decorrentes das infecções pelo vírus da SARS-CoV-2, na população alvo para a vacinação. (Acre, 2020, p.1).
Ceará	Este documento tem o objetivo de sistematizar as ações e procedimentos de responsabilidade da esfera estadual, de modo a apoiar em caráter complementar os gestores das unidades estaduais e municipais no que diz respeito à preparação de uma possível pandemia causada pelo SARS-CoV-2, de maneira antecipada e também na organização de fluxos para o enfrentamento de situações que saem da normalidade. (Ceará, 2020, p.13).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

No documento mineiro, apesar da classificação dos objetivos específicos, suas metas podem ser resumidas em modos de planejamento de ações para imunização contra a Covid-19 no âmbito do estado. Já no acriano, o objetivo é a diminuição das complicações causadas pela infecção pelo coronavírus na população alvo. E por último, no caso cearense, como o plano é de contingenciamento, as questões nele abordadas não são apenas referentes à imunização, mas também sobre como a esfera estadual deverá conduzir ações para o enfrentamento da segunda onda que estava por vir.

Além disso, não encontramos de forma unânime a definição do grupo prioritário, ausente no plano mineiro, e que nos outros documentos ocorreu de forma distinta.

Quadro 37 - Grupos prioritários - Planos Protagonistas

Estados	Grupos prioritários																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Minas Gerais	Ausente																																																																																																																																																																																																																																																																																		
São Paulo	 <p>(São Paulo, 2020, p.2).</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Acre	<p>Tabela 1. Meta por grupos prioritários de vacinação contra SARS-CoV-2, por municípios, Acre.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Município</th> <th colspan="3">FASE 1</th> <th colspan="2">FASE 2</th> <th colspan="2">FASE 3</th> <th colspan="3">FASE 4</th> <th rowspan="2">TOTAL</th> </tr> <tr> <th>Idosos 75 ou mais</th> <th>Trabalhadores de Saúde</th> <th>Indígenas</th> <th>Idosos 60 a 74 anos</th> <th>Comorbidades</th> <th>Professores - Ensino Médio ou Superior</th> <th>População Privada de Liberdade</th> <th>Funcionários do Sistema Prisional</th> <th>Forças de Segurança e Salvamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Acrelândia</td><td>189</td><td>195</td><td>0</td><td>697</td><td>669</td><td>160</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1.910</td></tr> <tr><td>Assis Brasil</td><td>104</td><td>95</td><td>1943</td><td>298</td><td>225</td><td>90</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2.745</td></tr> <tr><td>Brasiléia</td><td>421</td><td>396</td><td>0</td><td>1250</td><td>872</td><td>233</td><td>13</td><td>12</td><td>0</td><td>3.157</td></tr> <tr><td>Bujari</td><td>137</td><td>96</td><td>0</td><td>510</td><td>530</td><td>74</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1.347</td></tr> <tr><td>Capixaba</td><td>127</td><td>100</td><td>0</td><td>529</td><td>326</td><td>78</td><td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>1.163</td></tr> <tr><td>Cruzeiro do Sul</td><td>1407</td><td>2216</td><td>661</td><td>3715</td><td>2.722</td><td>541</td><td>535</td><td>312</td><td>0</td><td>12.109</td></tr> <tr><td>Epitaciolândia</td><td>308</td><td>265</td><td>0</td><td>874</td><td>952</td><td>81</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2.480</td></tr> <tr><td>Feijó</td><td>455</td><td>372</td><td>3098</td><td>1389</td><td>918</td><td>276</td><td>212</td><td>85</td><td>0</td><td>6.805</td></tr> <tr><td>Jordão</td><td>54</td><td>94</td><td>3024</td><td>134</td><td>269</td><td>125</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>3.720</td></tr> <tr><td>Mâncio Lima</td><td>226</td><td>315</td><td>1474</td><td>720</td><td>1.005</td><td>253</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>3.984</td></tr> <tr><td>Manoel Urbano</td><td>132</td><td>107</td><td>812</td><td>329</td><td>161</td><td>61</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1.602</td></tr> <tr><td>Marchal Thaumaturgo</td><td>112</td><td>180</td><td>2309</td><td>403</td><td>499</td><td>568</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>4.071</td></tr> <tr><td>Plácido de Castro</td><td>327</td><td>278</td><td>0</td><td>1059</td><td>1120</td><td>219</td><td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>3.013</td></tr> <tr><td>Porto Walter</td><td>92</td><td>133</td><td>591</td><td>245</td><td>227</td><td>187</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1.475</td></tr> <tr><td>Rio Branco</td><td>5757</td><td>9572</td><td>0</td><td>16656</td><td>12.182</td><td>4514</td><td>1977</td><td>397</td><td>0</td><td>51.356</td></tr> <tr><td>Rodrigues Alves</td><td>149</td><td>345</td><td>194</td><td>598</td><td>1308</td><td>195</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>2.779</td></tr> <tr><td>Santa Rosa do Purus</td><td>27</td><td>111</td><td>3451</td><td>151</td><td>127</td><td>48</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>3.915</td></tr> <tr><td>Senador Guilonard</td><td>394</td><td>188</td><td>0</td><td>1236</td><td>1.091</td><td>222</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>3.131</td></tr> <tr><td>Sena Madureira</td><td>730</td><td>613</td><td>434</td><td>1868</td><td>1.838</td><td>274</td><td>348</td><td>21</td><td>0</td><td>6.126</td></tr> <tr><td>Taruacá</td><td>580</td><td>624</td><td>3049</td><td>1511</td><td>1.833</td><td>668</td><td>213</td><td>20</td><td>0</td><td>8.496</td></tr> <tr><td>Xapuri</td><td>365</td><td>188</td><td>0</td><td>1013</td><td>928</td><td>198</td><td>1</td><td>18</td><td>0</td><td>2.711</td></tr> <tr><td>Porto Acre</td><td>310</td><td>119</td><td>0</td><td>946</td><td>1.097</td><td>164</td><td>13</td><td>0</td><td>0</td><td>2.640</td></tr> <tr><td>ACRE</td><td>12.403</td><td>16.862</td><td>21.040</td><td>36.111</td><td>30.919</td><td>9.229</td><td>3.313</td><td>878</td><td>5.424</td><td>136.179</td></tr> </tbody> </table> <p>(Acre, 2020, p.1).</p>	Município	FASE 1			FASE 2		FASE 3		FASE 4			TOTAL	Idosos 75 ou mais	Trabalhadores de Saúde	Indígenas	Idosos 60 a 74 anos	Comorbidades	Professores - Ensino Médio ou Superior	População Privada de Liberdade	Funcionários do Sistema Prisional	Forças de Segurança e Salvamento	Acrelândia	189	195	0	697	669	160	0	0	0	1.910	Assis Brasil	104	95	1943	298	225	90	0	0	0	2.745	Brasiléia	421	396	0	1250	872	233	13	12	0	3.157	Bujari	137	96	0	510	530	74	0	0	0	1.347	Capixaba	127	100	0	529	326	78	0	3	0	1.163	Cruzeiro do Sul	1407	2216	661	3715	2.722	541	535	312	0	12.109	Epitaciolândia	308	265	0	874	952	81	0	0	0	2.480	Feijó	455	372	3098	1389	918	276	212	85	0	6.805	Jordão	54	94	3024	134	269	125	0	0	0	3.720	Mâncio Lima	226	315	1474	720	1.005	253	0	1	0	3.984	Manoel Urbano	132	107	812	329	161	61	0	0	0	1.602	Marchal Thaumaturgo	112	180	2309	403	499	568	0	0	0	4.071	Plácido de Castro	327	278	0	1059	1120	219	1	9	0	3.013	Porto Walter	92	133	591	245	227	187	0	0	0	1.475	Rio Branco	5757	9572	0	16656	12.182	4514	1977	397	0	51.356	Rodrigues Alves	149	345	194	598	1308	195	0	0	0	2.779	Santa Rosa do Purus	27	111	3451	151	127	48	0	0	0	3.915	Senador Guilonard	394	188	0	1236	1.091	222	0	0	0	3.131	Sena Madureira	730	613	434	1868	1.838	274	348	21	0	6.126	Taruacá	580	624	3049	1511	1.833	668	213	20	0	8.496	Xapuri	365	188	0	1013	928	198	1	18	0	2.711	Porto Acre	310	119	0	946	1.097	164	13	0	0	2.640	ACRE	12.403	16.862	21.040	36.111	30.919	9.229	3.313	878	5.424	136.179
Município	FASE 1			FASE 2		FASE 3		FASE 4			TOTAL																																																																																																																																																																																																																																																																								
	Idosos 75 ou mais	Trabalhadores de Saúde	Indígenas	Idosos 60 a 74 anos	Comorbidades	Professores - Ensino Médio ou Superior	População Privada de Liberdade	Funcionários do Sistema Prisional	Forças de Segurança e Salvamento																																																																																																																																																																																																																																																																										
Acrelândia	189	195	0	697	669	160	0	0	0	1.910																																																																																																																																																																																																																																																																									
Assis Brasil	104	95	1943	298	225	90	0	0	0	2.745																																																																																																																																																																																																																																																																									
Brasiléia	421	396	0	1250	872	233	13	12	0	3.157																																																																																																																																																																																																																																																																									
Bujari	137	96	0	510	530	74	0	0	0	1.347																																																																																																																																																																																																																																																																									
Capixaba	127	100	0	529	326	78	0	3	0	1.163																																																																																																																																																																																																																																																																									
Cruzeiro do Sul	1407	2216	661	3715	2.722	541	535	312	0	12.109																																																																																																																																																																																																																																																																									
Epitaciolândia	308	265	0	874	952	81	0	0	0	2.480																																																																																																																																																																																																																																																																									
Feijó	455	372	3098	1389	918	276	212	85	0	6.805																																																																																																																																																																																																																																																																									
Jordão	54	94	3024	134	269	125	0	0	0	3.720																																																																																																																																																																																																																																																																									
Mâncio Lima	226	315	1474	720	1.005	253	0	1	0	3.984																																																																																																																																																																																																																																																																									
Manoel Urbano	132	107	812	329	161	61	0	0	0	1.602																																																																																																																																																																																																																																																																									
Marchal Thaumaturgo	112	180	2309	403	499	568	0	0	0	4.071																																																																																																																																																																																																																																																																									
Plácido de Castro	327	278	0	1059	1120	219	1	9	0	3.013																																																																																																																																																																																																																																																																									
Porto Walter	92	133	591	245	227	187	0	0	0	1.475																																																																																																																																																																																																																																																																									
Rio Branco	5757	9572	0	16656	12.182	4514	1977	397	0	51.356																																																																																																																																																																																																																																																																									
Rodrigues Alves	149	345	194	598	1308	195	0	0	0	2.779																																																																																																																																																																																																																																																																									
Santa Rosa do Purus	27	111	3451	151	127	48	0	0	0	3.915																																																																																																																																																																																																																																																																									
Senador Guilonard	394	188	0	1236	1.091	222	0	0	0	3.131																																																																																																																																																																																																																																																																									
Sena Madureira	730	613	434	1868	1.838	274	348	21	0	6.126																																																																																																																																																																																																																																																																									
Taruacá	580	624	3049	1511	1.833	668	213	20	0	8.496																																																																																																																																																																																																																																																																									
Xapuri	365	188	0	1013	928	198	1	18	0	2.711																																																																																																																																																																																																																																																																									
Porto Acre	310	119	0	946	1.097	164	13	0	0	2.640																																																																																																																																																																																																																																																																									
ACRE	12.403	16.862	21.040	36.111	30.919	9.229	3.313	878	5.424	136.179																																																																																																																																																																																																																																																																									
Ceará	 <p>(Ceará, 2020, p.43).</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																		

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O plano paulista aponta o grupo prioritário em duas fases, contendo na primeira os idosos de 60 anos ou mais e, por último, trabalhadores da saúde, quilombolas e indígenas. Já os documentos acriano e cearense evidenciam quatro fases em que ocorrerá a imunização. Na

primeira fase, contemplam-se os idosos de 75 anos ou mais, trabalhadores da saúde e a população indígena. No plano cearense, indicam ainda pessoas de 60 anos ou mais que residem em instituições de longa permanência. Na fase dois, em ambos os planos, incorporam-se os idosos de 60 anos ou mais, na três, pessoas com comorbidades, e na última, professores, população privada de liberdade, funcionários do sistema prisional e forças de segurança e salvamento.

No levantamento, foi possível verificar que alguns documentos indicavam estar seguindo normativas nacionais, do Ministério da Saúde, ou mesmo do PNI, ou seja, eles, assim como os planos divergentes, planejaram suas ações conforme as orientações do poder central, com exceção do paulista.

Quadro 38 - Conselho técnico - Planos Protagonistas

Estados	Conselho técnico
Minas Gerais	Divulgação das informações sobre a vacina e estabelecimento de diretrizes estaduais conforme recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI). (Minas Gerais, 2020, p.22).
São Paulo	Ausente
Acre	A implantação da vacinação contra SARS-CoV-2, ocorrerá por Fases 1, 2, 3 e 4 (tabela 2) com datas a serem definidas pelo Ministério da Saúde, sendo possível sofrer alterações de acordo com a necessidade e representação do risco epidemiológico. (Acre, 2020, p.2).
Ceará	Os serviços de vacinação de rotina deverão obedecer às diretrizes nacionais sobre distanciamento social, a situação local de carga de doenças imunopreveníveis no contexto da transmissão local pelo SARS-CoV-2, além de outros fatores, como dados demográficos e a disponibilidade de vacinas e insumos. (Ceará, 2020, p.54).

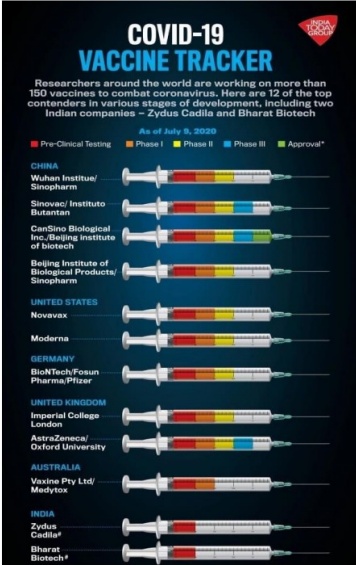
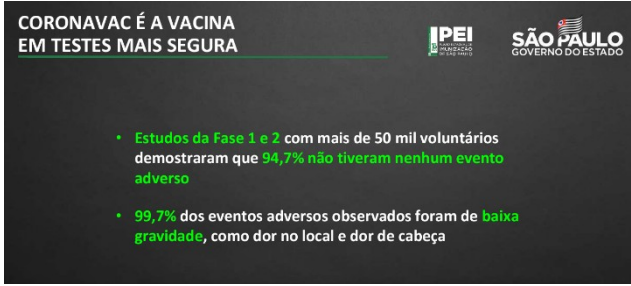
Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Dessa forma, o plano mineiro indica que as informações referentes às diretrizes do plano estadual e as vacinas deverão seguir as recomendações do PNI. No caso acriano, é apresentado que as imunizações deverão seguir o calendário do MS. Enquanto no cearense, é estipulado que a vacinação de rotina deverá seguir as diretrizes nacionais, tanto as que dizem respeito ao distanciamento quanto sobre os insumos.

5.3.2 Vacinas

Referente aos dados sobre as vacinas dos estados em fase III, apenas os planos mineiro e cearense apresentam as candidatas.

Quadro 39 - Vacinas - Planos Protagonistas

Estados	Vacinas																																																																																										
<p>Minas Gerais</p>	<p>2. ESTUDOS E PESQUISAS ATUAIS SOBRE A VACINA CONTRA COVID-19:</p>  <p>(Minas Gerais 2020, p.9).</p>																																																																																										
<p>São Paulo</p>	 <p>(São Paulo, 2020, p.7).</p>																																																																																										
<p>Acre</p>	<p>Ausente</p>																																																																																										
<p>Ceará</p>	<p>FIGURA 10. VACINAS EM FASE CLÍNICA II/III E III DE DESENVOLVIMENTO</p> <table border="1" data-bbox="671 1442 1145 1823"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ID</th> <th rowspan="2">Desenvolvedor(es) primário(s)</th> <th rowspan="2">País</th> <th rowspan="2">Plataforma</th> <th rowspan="2">Estágio de desenvolvimento</th> <th colspan="2">Publicações</th> <th rowspan="2">COVAX Facility</th> </tr> <tr> <th>Pré-clínica</th> <th>Clínica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>University of Oxford</td> <td>Reino Unido</td> <td>Vacina baseada em vetor viral não replicante</td> <td>Fase III</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Sinovac Biotech Ltd.</td> <td>China</td> <td>Vírus inativado (vacina inativada)</td> <td>Fase III</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Moderna, Inc.</td> <td>EUA</td> <td>Ácido Nucleico (RNA)</td> <td>Fase III</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Sinopharm Group Co. Ltd. (Wuhan)</td> <td>China</td> <td>Vírus inativado (vacina inativada)</td> <td>Fase III</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Sinopharm Group Co. Ltd. (Beijing)</td> <td>China</td> <td>Vírus inativado (vacina inativada)</td> <td>Fase III</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Pfizer Inc./BioNTech SE</td> <td>EUA/ Alemanha</td> <td>Ácido Nucleico (RNA)</td> <td>Fase II/III</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Janssen Pharmaceutical Companies/ Johnson & Johnson</td> <td>Bélgica</td> <td>Vacina baseada em vetor viral não replicante</td> <td>Fase III</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>CanSino Biological Inc.</td> <td>China</td> <td>Vacina baseada em vetor viral não replicante</td> <td>Fase III</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>The Gamaleya National Center of Epidemiology and Microbiology</td> <td>Rússia</td> <td>Vacina baseada em vetor viral não replicante</td> <td>Fase III</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Novavax Inc.</td> <td>EUA</td> <td>Vacina baseada em subunidade proteica</td> <td>Fase III</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Ceará, 2020, p.51).</p>	ID	Desenvolvedor(es) primário(s)	País	Plataforma	Estágio de desenvolvimento	Publicações		COVAX Facility	Pré-clínica	Clínica	1	University of Oxford	Reino Unido	Vacina baseada em vetor viral não replicante	Fase III	✓	✓	✓	2	Sinovac Biotech Ltd.	China	Vírus inativado (vacina inativada)	Fase III	✓	✓		3	Moderna, Inc.	EUA	Ácido Nucleico (RNA)	Fase III	✓	✓	✓	4	Sinopharm Group Co. Ltd. (Wuhan)	China	Vírus inativado (vacina inativada)	Fase III	✓	✓		5	Sinopharm Group Co. Ltd. (Beijing)	China	Vírus inativado (vacina inativada)	Fase III	✓	✓		6	Pfizer Inc./BioNTech SE	EUA/ Alemanha	Ácido Nucleico (RNA)	Fase II/III		✓		7	Janssen Pharmaceutical Companies/ Johnson & Johnson	Bélgica	Vacina baseada em vetor viral não replicante	Fase III	✓	✓		8	CanSino Biological Inc.	China	Vacina baseada em vetor viral não replicante	Fase III	✓	✓		9	The Gamaleya National Center of Epidemiology and Microbiology	Rússia	Vacina baseada em vetor viral não replicante	Fase III		✓		10	Novavax Inc.	EUA	Vacina baseada em subunidade proteica	Fase III	✓	✓	✓
ID	Desenvolvedor(es) primário(s)						País	Plataforma		Estágio de desenvolvimento	Publicações		COVAX Facility																																																																														
		Pré-clínica	Clínica																																																																																								
1	University of Oxford	Reino Unido	Vacina baseada em vetor viral não replicante	Fase III	✓	✓	✓																																																																																				
2	Sinovac Biotech Ltd.	China	Vírus inativado (vacina inativada)	Fase III	✓	✓																																																																																					
3	Moderna, Inc.	EUA	Ácido Nucleico (RNA)	Fase III	✓	✓	✓																																																																																				
4	Sinopharm Group Co. Ltd. (Wuhan)	China	Vírus inativado (vacina inativada)	Fase III	✓	✓																																																																																					
5	Sinopharm Group Co. Ltd. (Beijing)	China	Vírus inativado (vacina inativada)	Fase III	✓	✓																																																																																					
6	Pfizer Inc./BioNTech SE	EUA/ Alemanha	Ácido Nucleico (RNA)	Fase II/III		✓																																																																																					
7	Janssen Pharmaceutical Companies/ Johnson & Johnson	Bélgica	Vacina baseada em vetor viral não replicante	Fase III	✓	✓																																																																																					
8	CanSino Biological Inc.	China	Vacina baseada em vetor viral não replicante	Fase III	✓	✓																																																																																					
9	The Gamaleya National Center of Epidemiology and Microbiology	Rússia	Vacina baseada em vetor viral não replicante	Fase III		✓																																																																																					
10	Novavax Inc.	EUA	Vacina baseada em subunidade proteica	Fase III	✓	✓	✓																																																																																				

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O plano paulista é o único que dispõe de informações de somente um imunizante, a CoronaVac, que, assim como ele evidencia, não está ainda na fase III de testes clínicos. Já os

estados do Ceará e de Minas Gerais dispõem de uma lista com várias vacinas e as fases em que elas estão, no último caso ainda é apresentada a plataforma proteica utilizada.

Referente a informações sobre quantitativo de doses necessários em cada fase da vacina, não há evidência em nenhum plano. O plano do Ceará apenas indica o número total de doses que serão necessárias para imunizar a população prioritária, que será de 4.485.190 (quatro milhões, quatrocentos e oitenta e cinco mil e cento e noventa unidades), considerando a imunização em duas fases e a porcentagem de perda de 25%.

Agora, sobre o quantitativo de insumos necessários, os planos mineiro, paulista e cearense indicam o total de seringas que serão adquiridos para a campanha, que no primeiro caso serão mais de 25 milhões de seringas, no segundo, 27 milhões de seringas e agulhas, e no último cerca de 4,5 milhões de seringas.

5.3.3 Coordenação

O aspecto da coordenação é presente em todos os planos aqui analisados, porém, cada uma aborda essa questão de um modo. Como mostra o quadro abaixo:

Quadro 40 - Definição dos papéis - Planos Protagonistas

Estados	Definição dos papéis entre os entes
Minas Gerais	Constituem competências da esfera estadual: a coordenação do componente estadual do PNI; o provimento de seringas e agulhas, itens que também são considerados insumos estratégicos; e 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. (Minas Gerais, 2020, p.31-32).
São Paulo	Ausente
Acre	Ausente
Ceará	8.9.2 ESFERA ESTADUAL (CEMUN): Coordenar o componente estadual do Programa de Imunização, assessorando os 184 municípios; Apoiar a adoção de estratégias para o alcance do grupo alvo para a vacinação contra Covid-19; Distribuir as doses de vacina contra Covid-19 para os municípios, conforme estimativa populacional dos grupos prioritários para vacinação; Adquirir as seringas e agulhas necessárias para a vacinação nos municípios; Realizar a gestão do sistema de informação do PNI, incluindo a análise e monitoramento dos indicadores de imunização dos municípios, acompanhamento do registro nominal dos vacinados, notificação de EAPV, dentre outros; Garantir a vacinação segura a partir do monitoramento de eventos adversos devidamente notificados, investigados e encerrados no sistema de informação do PNI – módulo SIEAPV; Oferecer capacitações aos profissionais das UBS (salas de vacinas), SMS, ADS e SR, mediante videoconferências, tutoriais e envio de materiais didáticos; Realizar parcerias com sociedades científicas e civis para divulgação e mobilização da população para

	vacinação contra Covid-19; Articular com Assessoria de Comunicação e outras mídias para orientar a população sobre a importância da vacinação e segurança das vacinas, com respaldo nas normas do PNI. (Ceará, 2020, p.52-53).
--	--

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Como apresentado acima, dois documentos não abordam os papéis dos entes, o paulista e o acriano, enquanto o mineiro e o cearense indicam as funções desses diante do PNI.

Na análise dos documentos, os dados referentes à articulação com outras instituições, além das de saúde, evidenciaram que esse ponto não é abordado em todos os planos.

Quadro 41 - Articulação com outras instituições - Planos Protagonistas

Estados	Articulação com outras instituições
Minas Gerais	Estabelecimento de parcerias interinstitucionais. (Minas Gerais, 2020, p.22).
São Paulo	Ausente
Acre	Ausente
Ceará	Estabelecer parcerias intersetoriais. (p.15); Realizar parcerias com sociedades científicas e civis para divulgação e mobilização da população para vacinação contra Covid-19; Realização do curso de implementação em sala de vacina em parceria com a ESP no mês de outubro de 2020, destinado aos profissionais de saúde dos 184 municípios do Estado; Alinhar respostas à imprensa em parceria com os assessores de comunicação das unidades da rede e unidades ambulatoriais do estado. (Ceará, 2020, p.53; 58; 80).


Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O plano cearense elucida mais informações referentes às parcerias que o estado prevê com órgãos de educação, como a Escola de Saúde Pública, com a sociedade civil, a comunidade científica, e ainda assessores de comunicação.

Conforme o quadro abaixo, apenas os planos de São Paulo e do Acre estipulam um calendário de imunização. Enquanto os demais planejam sua construção.

Quadro 42 - Definição de calendário - Planos Protagonistas

Estados	Definição de Calendário
Minas Gerais	Será feito um calendário de divulgação separado por cada uma das fases. (Minas Gerais, 2020, p.25)

<p>São Paulo</p>	 <p>(São Paulo, 2020, p.2).</p>																								
<p>Acre</p>	<p>Tabela 2. Distribuição dos grupos prioritários por etapas e doses distribuídas para vacinação. Acre, 2020</p> <table border="1" data-bbox="555 568 1273 736"> <thead> <tr> <th>Fases da Estratégia</th> <th>Grupos prioritários</th> <th>População-alvo</th> <th>Data para iniciar a vacinação por grupo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1ª fase</td> <td>- Idosos (75 anos e mais), indígenas e trabalhadores da saúde</td> <td>50.305</td> <td>Março/2021</td> </tr> <tr> <td>2ª fase</td> <td>- Idosos de 60 a 74 anos</td> <td>36.111</td> <td>A definir</td> </tr> <tr> <td>3ª fase</td> <td>- Comorbidades</td> <td>30.919</td> <td>A definir</td> </tr> <tr> <td>4ª fase</td> <td>- Professores escolas públicas e privadas, População Privada de Liberdade, Funcionários do Sistema Prisional, Forças de Segurança e Salvamento</td> <td>18.884</td> <td>A definir</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>-</td> <td>136.179</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: Ministério da Saúde. 2020</p> <p>(Acre, 2020, p.2).</p>	Fases da Estratégia	Grupos prioritários	População-alvo	Data para iniciar a vacinação por grupo	1ª fase	- Idosos (75 anos e mais), indígenas e trabalhadores da saúde	50.305	Março/2021	2ª fase	- Idosos de 60 a 74 anos	36.111	A definir	3ª fase	- Comorbidades	30.919	A definir	4ª fase	- Professores escolas públicas e privadas, População Privada de Liberdade, Funcionários do Sistema Prisional, Forças de Segurança e Salvamento	18.884	A definir	Total	-	136.179	
Fases da Estratégia	Grupos prioritários	População-alvo	Data para iniciar a vacinação por grupo																						
1ª fase	- Idosos (75 anos e mais), indígenas e trabalhadores da saúde	50.305	Março/2021																						
2ª fase	- Idosos de 60 a 74 anos	36.111	A definir																						
3ª fase	- Comorbidades	30.919	A definir																						
4ª fase	- Professores escolas públicas e privadas, População Privada de Liberdade, Funcionários do Sistema Prisional, Forças de Segurança e Salvamento	18.884	A definir																						
Total	-	136.179																							
<p>Ceará</p>	<p>Definição de cronograma e prazo para entrega dos imunobiológicos ao Estado (Aguardando CGPNI). (Ceará, 2020, p.58).</p>																								

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O plano acriano indica apenas o cronograma da primeira fase, para março de 2021, enquanto o paulista define datas para várias fases da imunização de grupos prioritários, indicando ainda quando deverá ser administrada a segunda dose.

5.3.4 Rede de frio

Outrossim, as informações sobre a capacidade das redes de frios não foram abordadas em nenhum plano. Sobre as informações sobre a temperatura das vacinas que necessitam ser preservadas tanto no transporte, como no armazenamento, está presente apenas no plano cearense.

Quadro 43 - Especificação das vacinas - Planos Protagonistas

Estados	Especificação das vacinas
<p>Minas Gerais</p>	<p>Ausente</p>
<p>São Paulo</p>	<p>Ausente</p>
<p>Acre</p>	<p>Ausente</p>
<p>Ceará</p>	<p>Vacina do laboratório AstraZeneca, diluída, em frasco ampola de 2,5ml contendo 5 doses, com prazo de validade após abertura do frasco de 6 horas (armazenada em +2°C a +8°C), apresentando uma eficácia de 62 a 90% de proteção. (Ceará, 2020, p.46).</p>

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

No plano cearense, são abordadas as características apenas da vacina AstraZeneca, com dados sobre a quantidade de doses que existem em uma ampola do imunizante, o período em que ele pode ser armazenado e a temperatura adequada de preservação. Mas, apesar dos demais planos não especificarem esses dados, com exceção do paulista, todos indicam que os profissionais devem estar atentos à temperatura das vacinas, tanto na distribuição quanto no armazenamento.

A categoria de ampliação da rede está presente em apenas dois planos, o mineiro e o cearense.

Quadro 44 - Ampliação da rede - Planos Protagonistas

Estados	Ampliação da rede																																																																	
Minas Gerais	Estruturação da Central Estadual de Rede de Frio: - Locação de um container (com alarme sonoro para alteração de temperatura) para armazenamento de imunobiológicos, devido ao aumento das vacinas no calendário e sua apresentação em monodose. - Ligação do container no gerador da Rede de Frio. - Ampliação da câmara fria e instalação de porta pallets para aumentar o espaço de armazenamento. - Reavaliação da segurança da Rede de Frio por uma equipe da Diretoria de Infraestrutura Física e Engenharia, com instalação de câmeras de segurança, reposição das concertinas estragadas e demais itens necessários. (Minas Gerais, 2020, p.13).																																																																	
São Paulo	Ausente																																																																	
Acre	Ausente																																																																	
Ceará	<p style="text-align: center;">TABELA 4. RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A VACINAÇÃO CONTRA COVID-19</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #FFD700;">Itens</th> <th style="background-color: #FFD700;">Quantitativo</th> <th style="background-color: #FFD700;">Valor estimado</th> <th style="background-color: #FFD700;">Recurso</th> <th style="background-color: #FFD700;">Situação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seringas de 3ml com agulha 25x7</td> <td>4.485.190¹</td> <td>R\$ 1.904.616,50</td> <td>Federal</td> <td>Câmaras de 300²: Aguardando cronograma de entrega</td> </tr> <tr> <td>Câmaras refrigeradas 200 e 300l (destino: municípios até 100 mil habitantes)</td> <td>147</td> <td>R\$ 2.801.000,00</td> <td>Federal (Portaria GM nº 2.855/2019)</td> <td>Câmaras de 300³: Aguardo do envio da nota de empenho autorização do fornecedor dos equipamentos para poder liberar a produção</td> </tr> <tr> <td>Câmaras refrigeradas 400l (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)</td> <td>22</td> <td>R\$ 560.550,00</td> <td>Federal (Aguarda Portaria de Investimento)</td> <td>Aguardando Publicação da Portaria</td> </tr> <tr> <td>Computador (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)</td> <td>22</td> <td>R\$ 164.000,00</td> <td>Federal (Aguarda Portaria de Investimento)</td> <td>Aguardando Publicação da Portaria</td> </tr> <tr> <td>Câmaras refrigeradas 2.000l (destino: Centros Regionais de Rede de Frio)</td> <td>23</td> <td>520.000,00</td> <td>Federal (Aguarda Portaria de Investimento)</td> <td>Aguardando Publicação da Portaria</td> </tr> <tr> <td>Computador (destino: Centros Regionais de Rede de Frio)</td> <td>23</td> <td>R\$ 161.000,00</td> <td>Federal (Aguarda Portaria de Investimento)</td> <td>Aguardando Publicação da Portaria</td> </tr> <tr> <td>Câmaras refrigeradas 2.000l (destino: Central Estadual de Rede de Frio)</td> <td>02</td> <td>R\$ 50.000,00</td> <td>Federal (Aguarda Portaria de Investimento)</td> <td>Aguardando Publicação da Portaria</td> </tr> <tr> <td>Air condicionado (destino: Central Estadual de Rede de Frio)</td> <td>03</td> <td>R\$ 7.356,00</td> <td>Federal (Aguarda Portaria de Investimento)</td> <td>Aguardando Publicação da Portaria</td> </tr> <tr> <td>Equipamentos ORE</td> <td>-</td> <td>R\$ 1.000.000,00</td> <td>Federal (Portaria GM nº 2.782 de 14/10/2020 - Curioso)</td> <td>Aguardando Publicação da Portaria</td> </tr> <tr> <td>Câmara Fria</td> <td>01</td> <td>R\$ 208.576,00</td> <td>Federal (Aguarda Portaria de Investimento)</td> <td>Aguardando Publicação da Portaria</td> </tr> <tr> <td>Outros Itens Rede de Frio</td> <td>-</td> <td>A definir</td> <td>Federal</td> <td>Aberto processo Nº 05444276/2020</td> </tr> <tr> <td>Reforma e ampliação da Rede de Frio</td> <td>-</td> <td>A definir</td> <td>Federal/Estadual</td> <td>Aguardando repasseamento (SCP) e inclusão de itens necessários</td> </tr> </tbody> </table>	Itens	Quantitativo	Valor estimado	Recurso	Situação	Seringas de 3ml com agulha 25x7	4.485.190 ¹	R\$ 1.904.616,50	Federal	Câmaras de 300 ² : Aguardando cronograma de entrega	Câmaras refrigeradas 200 e 300l (destino: municípios até 100 mil habitantes)	147	R\$ 2.801.000,00	Federal (Portaria GM nº 2.855/2019)	Câmaras de 300 ³ : Aguardo do envio da nota de empenho autorização do fornecedor dos equipamentos para poder liberar a produção	Câmaras refrigeradas 400l (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)	22	R\$ 560.550,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria	Computador (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)	22	R\$ 164.000,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria	Câmaras refrigeradas 2.000l (destino: Centros Regionais de Rede de Frio)	23	520.000,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria	Computador (destino: Centros Regionais de Rede de Frio)	23	R\$ 161.000,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria	Câmaras refrigeradas 2.000l (destino: Central Estadual de Rede de Frio)	02	R\$ 50.000,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria	Air condicionado (destino: Central Estadual de Rede de Frio)	03	R\$ 7.356,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria	Equipamentos ORE	-	R\$ 1.000.000,00	Federal (Portaria GM nº 2.782 de 14/10/2020 - Curioso)	Aguardando Publicação da Portaria	Câmara Fria	01	R\$ 208.576,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria	Outros Itens Rede de Frio	-	A definir	Federal	Aberto processo Nº 05444276/2020	Reforma e ampliação da Rede de Frio	-	A definir	Federal/Estadual	Aguardando repasseamento (SCP) e inclusão de itens necessários
Itens	Quantitativo	Valor estimado	Recurso	Situação																																																														
Seringas de 3ml com agulha 25x7	4.485.190 ¹	R\$ 1.904.616,50	Federal	Câmaras de 300 ² : Aguardando cronograma de entrega																																																														
Câmaras refrigeradas 200 e 300l (destino: municípios até 100 mil habitantes)	147	R\$ 2.801.000,00	Federal (Portaria GM nº 2.855/2019)	Câmaras de 300 ³ : Aguardo do envio da nota de empenho autorização do fornecedor dos equipamentos para poder liberar a produção																																																														
Câmaras refrigeradas 400l (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)	22	R\$ 560.550,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria																																																														
Computador (destino: municípios acima de 100 mil habitantes)	22	R\$ 164.000,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria																																																														
Câmaras refrigeradas 2.000l (destino: Centros Regionais de Rede de Frio)	23	520.000,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria																																																														
Computador (destino: Centros Regionais de Rede de Frio)	23	R\$ 161.000,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria																																																														
Câmaras refrigeradas 2.000l (destino: Central Estadual de Rede de Frio)	02	R\$ 50.000,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria																																																														
Air condicionado (destino: Central Estadual de Rede de Frio)	03	R\$ 7.356,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria																																																														
Equipamentos ORE	-	R\$ 1.000.000,00	Federal (Portaria GM nº 2.782 de 14/10/2020 - Curioso)	Aguardando Publicação da Portaria																																																														
Câmara Fria	01	R\$ 208.576,00	Federal (Aguarda Portaria de Investimento)	Aguardando Publicação da Portaria																																																														
Outros Itens Rede de Frio	-	A definir	Federal	Aberto processo Nº 05444276/2020																																																														
Reforma e ampliação da Rede de Frio	-	A definir	Federal/Estadual	Aguardando repasseamento (SCP) e inclusão de itens necessários																																																														

	(Ceará, 2020, p.48).
--	----------------------

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

No caso cearense, há uma maior especificação dos itens que serão adquiridos para ampliação da rede, define-se ainda o valor da aquisição, a quantidade e a situação da compra. É indicada também a necessidade de compra de câmara fria, câmaras refrigeradas, ar-condicionado, entre outros. Já o plano mineiro prevê itens que precisam ser adquiridos, como a locação de contêiner e a ampliação da rede de frio.

5.3.5 Sistema de Informação e Monitoramento

Os aspectos referentes ao abastecimento de informações só estão presentes em metade dos planos, mas sem muita descrição de como deve ocorrer.

Quadro 45 - Abastecimento de informações - Planos Protagonistas

Estados	Abastecimento de informações
Minas Gerais	Manter registro nominal dos pacientes com todas as vacinas aplicadas contendo: nome da vacina, data da administração, dose, lote, laboratório, data da validade, local e via de administração, indicação, especialidade e vacinador no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI; Informar mensalmente para a Coordenação Estadual do Programa de Imunizações as doses aplicadas, segundo os modelos padronizados pelo Programa Nacional de Imunizações, para alimentação do SI-PNI e solicitar os imunobiológicos; Registrar as vacinas aplicadas em cartão próprio a ser entregue ao usuário, obedecendo ao modelo único padronizado pelo Ministério da Saúde, data da administração, dose, lote, data da validade, unidade de saúde onde a vacina foi administrada e o nome legível do vacinador. (Minas Gerais, 2020, p.18).
São Paulo	Ausente
Acre	Ausente
Ceará	De acordo com a Portaria nº 2.499/GM/MS de 23 de setembro de 2019, buscando evitar que o profissional de saúde tenha que usar vários sistemas, o MS integrou as bases de dados do SISAB da estratégia e-SUS AB e do SIPNI. Desta maneira, desde 01 de agosto de 2020 os registros de vacinados nominalmente acontece no sistema eSUS AB – módulo vacinação, ficando o SIPNI para os registros de: EAPV, movimentação de imunobiológicos, campanhas de vacinação, hospitais, maternidades e dados dos serviços privados de vacinação. (Ceará, 2020, p.58).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O documento mineiro aponta o SIPNI como portal em que os dados sobre a campanha devem ser registrados, mas segundo o documento do Ceará, o sistema passou por atualização do MS e agora o registro dos vacinados deve ocorrer por meio do e-SUS AB, deixando o SIPNI para EAPV, movimentação do imunobiológico, campanhas e outros.

Assim, como no quadro anterior, somente os planos de Minas Gerais e Ceará indicaram a relevância de se monitorar e analisar a cobertura vacinal durante a campanha.

Quadro 46 - Cobertura vacinal - Planos Protagonistas

Estados	Cobertura vacinal
Minas Gerais	Monitorar a cobertura vacinal, identificando as pessoas que estão com pendências na situação vacinal, por meio da verificação dos Cartões Espelho ou outras ferramentas; Elaboração de Informe Epidemiológico semanal de doses recebidas, distribuídas, administradas e cobertura vacinal; Acompanhamento periódico de coberturas vacinais por grupos elegíveis para vacinação; (Minas Gerais, 2020, p.24; 22).
São Paulo	Ausente
Acre	Ausente
Ceará	Até o momento, o monitoramento e análise dos dados de cobertura vacinal, movimentação de imunobiológicos e acompanhamento das campanhas de vacinação são realizados por meio dos relatórios disponíveis no SIPNI. (Ceará, 2020, p.58).

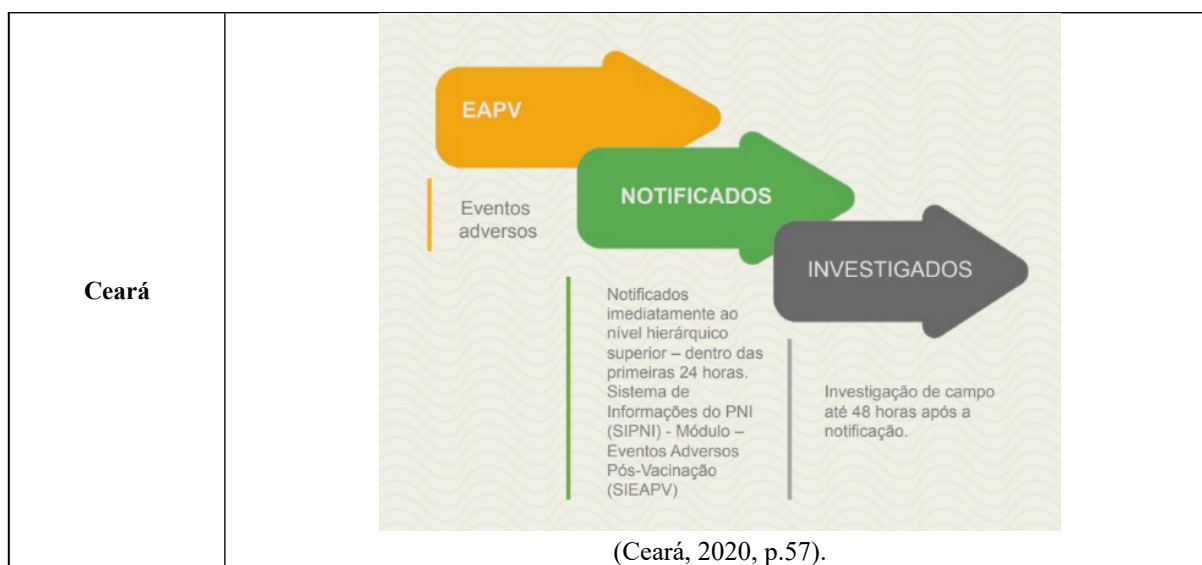
Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O primeiro apontou que o monitoramento e acompanhamento da cobertura vacinal deve ser realizado pelo eixo de atenção primária, no intuito de acompanhar e alcançar pessoas não imunizadas. Já o plano mineiro indica que os relatórios do SIPNI serão onde poderão analisar e acompanhar dados de cobertura vacinal.

De outro modo, o monitoramento de EAPV é um item não muito especificado nos planos. Os documentos de São Paulo e do Acre não possuem informação sobre o acompanhamento dos eventos adversos.

Quadro 47 - Monitoramento EAPV - Planos Protagonistas

Estados	Monitoramento EAPV
Minas Gerais	Acompanhamento, monitoramento e investigação de eventos adversos pós- vacinação; a importância de se mobilizar e estimular os ACS e ACE quanto à vigilância dos eventos adversos pós-vacinação, criando e estabelecendo uma maneira (ou mecanismo) de acompanhar e monitorar os eventos adversos, para que possam ser avaliados juntamente com as equipes vigilância em saúde; (Minas Gerais, 2020, p.21).
São Paulo	Ausente
Acre	Ausente



Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

Os planos do Ceará e de Minas Gerais apontam para a necessidade do monitoramento desses casos pós-vacina, mas esse tema é abordado de maneira diferente em cada um. O primeiro explicita um pouco mais como deve ocorrer, como o portal em que deve ser registrado, o tempo de notificação e de investigação. No último, é frisado somente a importância em abordar esse ponto com os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate a Endemias.

5.3.6 Capacitação, gerenciamento de resíduos e comunicação

A categoria de capacitação é também abordada somente no plano mineiro e cearense.

Quadro 48 - Capacitação - Planos Protagonistas

Estados	Capacitação
Minas Gerais	Realização de capacitação online para os funcionários da Rede de Frio Estadual e Redes de Frio Regionais. (p.13); Capacitação dos profissionais de saúde para a avaliação e encerramento dos casos de Eventos Adversos Pós-Vacinação – EAPV. (Minas Gerais, 2020, p.15).
São Paulo	Ausente
Acre	Ausente
Ceará	Capacitação de Biossegurança para trabalhadores da saúde, suscetíveis de ameaçar a segurança e saúde no ambiente de trabalho, realizado no HEMOCE dia 13 de março; Participação em webconferências do CGSAT com coordenações estaduais da região nordeste; Apoio matricial por videoconferência para a RENAST/CE (8 Cerest's regionais, serviços de vigilância e unidades sentinelas); Campanhas Educativas de combate ao COVID-19 no aeroporto e Praça do Ferreira em Fortaleza, buscando elucidar os perigos, formas de contágio e orientando as formas eficazes de prevenção; GT de trabalho para retomada responsável - flexibilização dos setores da economia – Casa Civil, Economia e SESA; Elaboração de 05 capítulos no livro “Trabalho em

	tempos de COVID-19: orientações para saúde e segurança”; Importante destacar que essas ações ocorrem de forma continuada e ininterrupta em função da continuação da pandemia de COVID-19. Garantir a atenção integral a Saúde do Trabalhador e Trabalhadora é primordial. (Ceará, 2020, p.79).
--	--

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

O plano mineiro aponta para a necessidade de efetivação de capacitação das redes de frio e dos responsáveis pelo registro de EAPVs. Enquanto o cearense indica que ações de capacitação que já realizou e materiais sobre a pandemia da Covid-19 que foram formulados, como a pesquisa sobre “Avaliação do Contexto de Trabalho nos Serviços de Saúde Frente a Pandemia do Coronavírus”; e a capacitação de biossegurança para profissionais da saúde.

No que se refere ao gerenciamento de resíduos, os planos que apontam sobre essa categoria são os planos mineiro e o cearense.

Quadro 49 - Gerenciamento de resíduos - Planos Protagonistas

Estados	Gerenciamento de resíduos
Minas Gerais	Os profissionais de saúde envolvidos com a Imunização devem ser qualificados quanto aos procedimentos de manuseio, conservação, triagem preparo, administração, registro e descarte dos resíduos nas UAPS. (Minas Gerais, 2020, p.21).
São Paulo	Ausente
Acre	Ausente
Ceará	O gerenciamento de resíduos de serviços de saúde no âmbito do PNI deve estar em conformidade com as definições estabelecidas na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e a Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS). (Ceará, 2020, p.48).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

No plano mineiro, é evidenciada a importância de que os profissionais envolvidos nos processos de imunização estejam qualificados para diversas ações, inclusive de descarte adequado dos resíduos. No cearense, é evidenciada a legislação do RDC de 2018 e da Resolução do Conama que regulamentam sobre o gerenciamento correto dos materiais descartados.

De mesmo modo, as campanhas de comunicação também não são elucidadas em todos os planos, como no caso paulista e acriano.

Quadro 50 - Comunicação - Planos Protagonistas

Estados	Comunicação
Minas Gerais	Elaboração de um Plano de Comunicação para a divulgação de uma das maiores ações de vacinação do país, a Vacinação contra a Covid-19, por meio do Programa Nacional de

	Imunizações (PNI). Definição de uma estratégia de comunicação eficaz, com uma linguagem de fácil entendimento, clara e acessível a todos os públicos a serem impactados. Garantir que as informações sejam transmitidas e compreendidas por todos; Definição dos meios e cronograma: Após definidos os objetivos de cada fase, é preciso escolher os meios de comunicação a serem trabalhados, bem como sua ordem de prioridade. Dentre os meios destacam-se: site da SES/MG; hot site Coronavírus; mídias sociais da SES/MG (Instagram, Facebook, LinkedIn, Youtube e Twitter); Comunicação Interna (mural, intranet, Saúde Informa, Fundo de Tela, SEI, dentre outros); ações de Mobilização Social, Campanha Publicitária (caso tenha verba), Ascom das demais Secretarias; Imprensa; Envio pelo Whatsapp. Será feito um calendário de divulgação separado por cada uma das fases. (Minas Gerais, 2020, p.22; 25).
São Paulo	Ausente
Acre	Ausente
Ceará	A Assessoria de Comunicação (Ascom) da Sesa/CE tem um papel importante e estratégico na execução do Plano Estadual de Contingência contra COVID-19. São ações de comunicação integrada e transparente para informar a população, a imprensa e profissionais de saúde com rapidez, clareza e objetividade. Cabe à Ascom: - Divulgar a notificação de casos suspeitos e/ou confirmados do novo coronavírus no Ceará; - Alinhar respostas à imprensa em parceria com os assessores de comunicação das unidades da rede e unidades ambulatoriais do estado; - Articular com o COE COVID-19 a veiculação de materiais informativos para a população e profissionais de saúde; - Sensibilizar e incentivar a sociedade para a adoção de hábitos preventivos e para que inclua o autocuidado em sua rotina, de forma sistemática e contínua; - Ampliar o relacionamento com a imprensa e reforçar a comunicação de mão dupla, primando pela transparência e seriedade, buscando torná-la mais que um canal de divulgação das ações da SESA e sim um parceiro estratégico; - Monitorar as redes sociais e os veículos de comunicação para esclarecer rumores, boatos e informações equivocadas acerca do novo coronavírus; - Definir o porta-voz responsável pela interlocução com os veículos de comunicação. (Ceará, 2020, p.80).

Fonte: Elaboração própria com base nos planos (2023).

As campanhas de comunicação são abordadas nos documentos do Ceará e de Minas Gerais. Assim, ambos elucidam que estas exercem um importante papel durante a campanha de enfrentamento à pandemia da Covid-19. Nestes casos, a Ascom é citada como fundamental para a efetivação da publicidade, e ainda, afirmam que deverá ser divulgadas informações claras, objetivas e de fácil entendimento para alcance do público. O plano mineiro indica os meios de comunicação que poderão ser usados na campanha, como *Facebook*, *Instagram* da Secretaria Estadual de Saúde do estado, murais e outros. Já o plano cearense elabora uma lista de ações que deverão ser efetivadas pela Ascom, como a definição de um porta-voz para a campanha, o alinhamento de respostas à imprensa, a divulgação e notificação de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo vírus, entre outros.

Por fim, é importante ressaltar que os documentos analisados aqui de São Paulo e do Acre são versões preliminares, com poucas informações específicas. No caso do primeiro, trata-se de um slide apresentado pelo ex-governador Dória, na divulgação do PEI (Plano

Estadual de Imunização de São Paulo) em uma coletiva de empresa no início de dezembro. O documento contém informações sobre o número de doses na primeira fase da vacinação, o cronograma de imunização que será executado, os locais e horários de vacinação, a logística e os recursos humanos que serão necessários para efetivação da campanha, a indicação da CoronaVac como o imunobiológico mais seguro, e o andamento da imunização em países que também aprovaram o uso desse imunizante.

Já o documento acriano é nomeado como “Plano Operacional Implantação Vacina Contra Covid-19”, e conta com informações muito específicas sobre a população a ser vacinada por fase em cada município, a estratégia de vacinação por grupos prioritários, o esquema de abastecimento da rede de frio com a chegada dos imunizantes e a logística dessa distribuição.

6. DISCUSSÃO

Conforme a análise acima apresentada, a primeira discussão que surge é a referente ao acesso aos planos em si. Poucos foram os estados que disponibilizaram todas as alterações dos documentos ao longo da pandemia em páginas governamentais, das secretarias de saúde ou mesmo específicas sobre o enfrentamento da Covid-19. Das 27 unidades federativas, apenas nos casos de Alagoas, Amazonas, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo foi observada a disponibilização das alterações dos planos em um site estadual. Além disso, não havia uma definição do MS sobre quando os planos deveriam ser atualizados, alguns casos só possuem duas versões, como Rondônia, e há também aqueles que possuem mais de dez, como Ceará.

A falta de acesso aos planos, nos levou a encontrar versões distintas, como a um, dois e oito, da Bahia e do Amapá, de Pernambuco, um e sete, enquanto no caso do Piauí foi achada apenas a sexta edição. Não foram encontradas também versões dos planos protagonistas, como do Ceará, que possui uma versão anterior ao documento analisado aqui, e ainda o plano estadual de imunização de São Paulo (PEI).

Toda essa falta de organização relacionada ao acesso aos documentos e a atualização dos mesmos indicam previamente, como afirma a literatura, a ausência de coordenação do MS nas ações de enfrentamento a pandemia do novo coronavírus, o contrário do que se previa na Constituição de 1988, no desenho do SUS, e na definição do próprio PNI (Arretche, 2012; Abrucio, 2005b; Abrucio *et al.*, 2020).

Ao que concerne à análise dos planos com maior grau de convergência ao PNO, que são dos estados do Distrito Federal, da Bahia e da Paraíba, foi observado que havia mais similaridades entre eles do que o oposto. Os aspectos referentes aos objetivos, grupos prioritários, conselho técnico, especificações sobre as vacinas, coordenação, estrutura da rede de frio, vacinas em fase III de testes clínicos, ampliação da rede de frio, abastecimento de dados nos sistemas de informação, EAPVs, capacitação e gerenciamento de resíduos são abordados em todos os planos, com maiores diferenças no que concerne à realidade de cada estado.

Mas foi notória a ausência de algumas categorias em relação a outros planos, como no paraibano e no distrital, que não especificaram sobre o quantitativo de doses e insumos que seriam necessários para cada fase. O primeiro não apontou, também, para a articulação com outras instituições para operacionalização da campanha, e a realização de campanhas

publicitárias, enquanto o baiano não aborda como deveria ocorrer a análise de cobertura vacinal. E ainda, nenhum abordou sobre a definição de calendário.

Os aspectos similares destes olhando agora para o seu conteúdo são objetivos, definidos como “ações estratégicas para vacinação contra a covid-19” presente em todos os planos; a articulação com outras instituições durante a campanha, evidenciado nos documentos do Distrito Federal e da Bahia; o abastecimento de informações pelo SIPNI; o monitoramento de EAPV pelo e-sus notifica; a capacitação dos profissionais da saúde por meio do Campus Virtual Fiocruz; e a definição de papel dos entes, que abordam tanto as funções do estado, como dos municípios no programa de imunização.

Já as características divergentes encontradas são referentes à definição de grupos prioritários, que no plano distrital é apresentado apenas como pessoas com comorbidades, trabalhadores da saúde, de 75 anos ou mais, ou de 60 anos, ou mais residentes em instituições de longa permanência. No paraibano, além desses, a população indígena, forças de segurança e salvamento, trabalhadores da educação, pessoas com deficiências permanentes severas, povos e comunidades tradicionais ribeirinhas, caminhoneiros, trabalhadores de transporte coletivo, Trabalhadores de Transporte Aéreo, Trabalhadores de Portuários, População Privada de Liberdade, e Funcionário do Sistema de Privação de Liberdade. Enquanto no baiano, além das mesmas definições do plano da Paraíba, inclui populações em situação de rua e com deficiência institucionalizada.

Outras características distintas são a definição de conselho técnico, onde o plano baiano afirma seguir a campanha de acordo com aprovações da ANVISA; e a análise da cobertura vacinal, que no documento distrital irá ser ofertado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica, e no paraibano pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS).

De outro modo, analisando os planos mais divergentes do PNO, foi observado que as categorias que estão presentes em todos os planos dos estados do Rio de Janeiro, Ceará e Piauí são: de definição de objetivos; de apresentação de grupos prioritários; de basear o plano em conselhos técnicos; da especificação das vacinas; do papel dos entes; da ampliação da rede de frio; de abastecimento de dados nos sistemas de informação; de análise de cobertura vacinal; de monitoramento de EAPVs; de capacitação e comunicação.

No entanto, o documento do Rio de Janeiro não discutiu sobre a capacidade da rede de frio, especificação das vacinas, juntamente com o plano do Ceará, não apresentam o quantitativo necessário de doses e insumos necessários para a campanha de imunização, e o

piauiense não informa sobre o gerenciamento dos resíduos. Ademais, nenhum plano dispõe de um calendário vacinal.

Os planos acima citados apresentam mais divergência nas suas informações, como aqueles referentes ao abastecimento de informações no sistema de informação, que no caso do Piauí não foram atualizadas, instruindo os profissionais a utilizarem o e-SUS para cadastro de EAPV e o SIPNI para o cadastro de administração das doses. Mas, segundo os demais planos, deveria ser o oposto, conforme indica a Portaria n.º 2.499/GM/MS de 23 de setembro de 2019.

O documento piauiense define ainda como grupos prioritários as populações quilombolas, os caminhoneiros, pessoas em situação de rua, com deficiência permanente severa, e com deficiência institucionalizados, além dos grupos definidos nos demais planos, e o fluminense não inclui populações ribeirinhas, como previsto no documento do Ceará. No plano cearense, há também a informação de que a análise da cobertura vacinal será realizada pelos relatórios do SIPNI, mas indicam como esse monitoramento deve ocorrer.

Essas informações, em especial as de definição de grupos prioritários e de registro nos sistemas de informação, deveriam ser padronizadas, pois estas referem-se a questões de coordenação e efetivação de qualidade, equidade dos planos e devem ser seguidas nos demais âmbitos. A evidência de que estas foram dispostas nos planos de modo divergente confirma a ausência de coordenação federal na definição dos mesmos, contrariando o que se prevê nas legislações sobre os papéis dos entes no PNI, que designa ao MS, de modo centralizado, a normatização das ações. Desse modo, caberia então ao ente central fornecer características padronizadas para a construção dos planos, mas que levassem em consideração as especificidades de cada um (Brasil, 2003).

A ausência de categorias nos documentos demonstra também que mesmo apesar de em muitos casos, como do plano fluminense que afirma estar seguindo orientações do PNO, e alguns planos copiarem na íntegra dados disponibilizados no plano nacional, como as especificações das vacinas nos planos do Ceará, da Bahia, da Paraíba; informações sobre os papéis dos entes dos planos de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Piauí; e modos de realizar as campanhas de comunicação do Distrito Federal e da Bahia, o plano nacional não conseguiu estabelecer adoções estaduais congruentes.

Ademais, essa diversidade entre as adoções poderia promover, conjuntamente, desigualdade na saúde entre os entes, isso porque estados e municípios com maiores capacidades financeiras e de infraestrutura poderiam conduzir a imunização de maneira mais

exitosa do que aqueles mais carentes diante da ausência de apoio e coordenação central (Fernandez, *et al.*, 2020; Fernandez, 2021).

Segundo a Nota Técnica do Conselho Nacional de Saúde, de abril de 2021³¹, o plano nacional de imunização era incompleto e pouco estratégico, e a ausência de definições propositivas induziu que governos estaduais e municipais elaborassem seus próprios preceitos, gerando assim, definições distintas, inclusive no que se refere aos grupos prioritários.

Referente as categorias similares nos planos divergentes, encontramos as categorias de comunicação que estabelecem procedimentos a serem realizados com o apoio da Assessoria de Comunicação; de características específicas das vacinas, com as informações sobre as temperaturas que precisam ser mantidas; de definições de papéis entre os entes, que são mais detalhada no plano cearense; de definição de conselho técnico, que nos planos fluminense e cearense são o PNI, o MS e o PNO.

Focando agora no caso dos planos protagonistas, apesar de a maioria das informações dispostas nos planos ser diferente, como, por exemplo, os objetivos, as definições de grupos prioritários, e o abastecimento de informações nos sistemas, algumas questões chamam atenção. A primeira é referente a categoria de definição de calendário, pois ao contrário dos demais planos até agora analisados e do próprio PNO, todos os protagonistas versam sobre esse tema e dois deles estipulam datas para o início da imunização, no plano paulista em 25 de janeiro de 2021 e no acriano em março do mesmo ano. Além disso, apesar da ausência de um plano nacional norteador, o plano cearense versa sobre todas as categorias estabelecidas, enquanto o plano mineiro não apresenta apenas informações referentes à definição de grupos prioritários e à capacidade da rede de frio.

No entanto, é imprescindível destacar que os planos mineiro e cearense são lançados respectivamente em agosto e 9 de dezembro de 2020, ou seja, esses não contavam com modelos nacionais a serem seguidos, visto que mesmo com a existência do plano preliminar nacional³², que indicou os eixos prioritários que os documentos estaduais e municipais de vacinação deveriam acompanhar, não havia um espelho a ser seguido. No caso mineiro, não existia ainda nem o plano da OMS prevendo um paradigma de referência, pois este foi lançado em novembro do ano de 2020.

³¹ Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/Plano-de-vacinacao-que-o-Brasil-precisa_Versao-aprovada-MD-em-09-04-2021.pdf

³² Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/vacinacao-contr-a-covid-19-sera-feita-em-quatro-fases>

No plano de São Paulo, é ainda evidenciado o acordo entre o estado e o laboratório produtor do imunizante, que nesse caso era um acordo com o Instituto Butantan. Essa parceria foi possível por meio da legislação n.º 14.124, de 2021, que concedeu aos estados, municípios e distrito federal autorização excepcional para compra, distribuição e aplicação de imunizantes contra a Covid-19 registrados e autorizados, desde que a União não realize a aquisição e distribuição de doses suficientes aos grupos estabelecidos como prioritários, conforme o PNO (Lachtim *et al.*, 2021).

O interesse em firmar acordo direto com as farmacêuticas pelos estados foi apresentado não somente pelo governo paulista, mas os estados Ceará, Mato Grosso, Pará, Piauí e Espírito Santo também firmaram acordo com o Instituto Butantan, nem todos levados adiante³³. No entanto, conforme estabelece o PNI, a compra dos imunizantes deveria ser realizada de modo central, pelo MS, e distribuída aos demais entes, promovendo assim maior equidade de acesso aos imunobiológicos, o que não ocorreu (Brasil, 2003).

Isso se sucedeu, pois, assim como apresentado no texto, o governo brasileiro não estabeleceu processos de negociação de compra de vacinas previamente em 2020, como outros países, inclusive recusou a oferta de 70 milhões de doses do imunizante da Pfizer, e também 60 milhões da CoronaVac, e recusou o estabelecimento de contrato com a Janssen. Porém, esses acordos entre os estados e as farmacêuticas podem gerar mais custos ao SUS, que poderão perder quantitativos a serem adquiridos, promovendo o aumento do preço do imunizante, e ainda expor os estados e municípios a riscos de quebra de contrato, pois muitas farmacêuticas afirmaram que no período de pandemia, os acordos deveriam ser firmados apenas com os entes centrais (Jaccoud *et al.*, 2021).

Ademais, o presidente fez alusões negativas às vacinas e, conjuntamente, por meio do portal da Secretaria de Comunicação do governo federal (SecomVc), o ente central fez alusão a não obrigatoriedade da vacinação. Todas essas questões apontadas, acrescido da ausência de doses necessárias a vacinação dos grupos prioritários, foram cruciais para que os estados se mobilizassem na compra dos imunobiológicos, como na iniciativa do Consórcio Nordeste, demonstrando mais uma vez a ausência de coordenação do MS referente ao PNI³⁴.

Referente a discussão da ausência de coordenação, é importante relatar que as definições estabelecidas pelo PNO muitas das vezes não foram assertivas e a realidade brasileira não foi considerada em aspectos definidores do plano, como aponta a Nota Técnica do CNS. Na definição dos grupos prioritários, que, como apresentado acima, esteve

³³ Disponível em: <https://www.estadao.com.br/estadao-verifica/governadores-compraram-vacinas/>

³⁴ Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-jan-22/mpf-inclusao-quilombolas-primeira-fase-vacinacao/>

divergente em muitos planos, não incluiu os trabalhadores de segurança e de limpeza como profissionais da saúde e, ainda, pessoas de comunidades quilombolas nos grupos a serem priorizados na primeira fase. O estabelecimento distinto entre os participantes dos grupos prioritários levou a observação da vacinação de diferentes grupos etários em diversos lugares do país, de modo que, ficou perceptível que a ausência de coordenação central fez com que cidadãos de diferentes lugares do país fossem tratados de maneira destoante³⁵.

Ainda, segundo Maciel *et al.* (2022), as fases de imunização dos grupos prioritários explícitos na primeira versão do programa nacional foram retiradas na sua segunda versão, expondo apenas um grande grupo prioritário, algo que poderia gerar confusão na execução da campanha. Lachtim (2021), também afirma que as orientações técnicas sobre a imunização não chegavam de forma clara e transparente nas salas de vacinação, prejudicando a sua efetividade.

Diante desses dados, é possível então observar que os planos estaduais aqui analisados disponham de mais categorias distintas do que equivalentes, de modo, a confirmar a teoria apresentada nesse trabalho sobre os papéis do ente estadual diante do desenho federativo, em que há diversidade entre as adoções estaduais. Assim como o trabalho de Silva (2020), sobre o grau de agência dos estados, aqui, conjuntamente, verificamos a capacidade reduzida da União na promoção de padrões nacionais mínimos para os governos estaduais, evidenciando a diversidade entre as adoções estaduais no que se refere aos planos. Apesar de anteriormente, o PNI ser reconhecido como um programa em que havia forte coordenação da União.

Desse modo, assim como nas medidas de saúde que foram adotadas pelos estados para combate da pandemia da Covid-19, os planos estaduais de vacinação aqui analisados foram identificados como mais heterogêneos (Linhares; Ramos; Messenberg, 2020; Moraes, 2020; Pereira; Oliveira; Sampaio, 2020; Abrucio *et al.*, 2020; Perez; Santana, 2020; Santana; Perez, 2020; Santana; Nascimento, 2021).

Além disso, de acordo com Lotta *et al.*, (2022), apesar da ausência de coordenação nacional, o PNI conseguiu ajudar a fortalecer a imunização no país contra a Covid-19, com baixa hesitação, de modo que, com exceção da compra dos imunizantes, há grau um imprescindível de resiliência e organização promovidos pelo programa que resistiram apesar da crise. Isso ocorreu, conforme os autores, pois a imunização está presente na rotina de saúde pública dos brasileiros.

³⁵ Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2021/06/26/vacinacao-capitais-idade-ritmo.htm>

A trajetória anterior de forte coordenação nacional promoveu também padrões nos planos estaduais, mesmo diante da ausência de coordenação da União neste caso brasileiro de pandemia, de modo que, mesmo diante de informações divergentes nos documentos subnacionais, o padrão do PNI anteriormente estabelecido promoveu informações semelhantes, como referentes ao descarte adequado de resíduos, a comunicação, a definição dos papéis entre os entes no programa, entre outros.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi a responsável por mudar o modelo atual de federalismo brasileiro. Após a sua instituição, a participação dos governos locais aumentou, os municípios assumiram os papéis de implementadores das políticas e gestores das unidades prestadoras de serviços. Do outro lado, estados ficaram responsáveis pelas funções de coordenar as políticas nacionais e apoiar os municípios, e ao Governo Federal ficou designado o dever de criar e induzir políticas, além de determinar as responsabilidades dos demais entes.

Diante desse estabelecimento e da descentralização proposta na constituição, os municípios passaram então a assumir a condição de ente e a relacionar-se de forma mais direta com a União, induzindo os estados e perderem mais espaço e a assumirem funções mais suplementares. No entanto, essa mesma instituição que afastou os entes estaduais, permitiu que estes tivessem maior autonomia nas decisões, gerando adoções diversas.

Na política do SUS, que tem o desenho inspirado na CF de 88, não é diferente. A função dos estados também é mais secundária, de apoiar os estados nos serviços de média e alta complexidade, coordenar as políticas federais e apoiar financeira e tecnicamente os municípios. Enquanto, a União fica responsável pela coordenação das políticas e programas de saúde, e fornece apoio técnico e financeiro aos demais entes. Outra função incumbida a ela é o de coordenar o PNI, mas o mesmo não ocorreu durante a pandemia do novo coronavírus.

O modelo adotado pelo governo federal nesse contexto foi o de descoordenação, principalmente nas ações relacionadas a imunização. O ex-presidente brasileiro, Jair Bolsonaro, e seu governo, negaram muitas vezes a oferta de vacinas, desestimulou a vacinação, e ofereceu um amparo deficiente aos entes subnacionais no enfrentamento da Covid-19. À vista disso, os estados passaram então a assumir o papel de protagonistas, adotando suas próprias medidas diante da autonomia federativa.

Desse modo, o presente estudo, observou como se deu protagonismo dos estados perante a adoção de planos estaduais de vacinação. Os resultados indicaram que, assim como previa a literatura de federalismo e papel dos estados, houve heterogeneidade nas definições dos planos, a partir da autonomia federativa. No entanto, essa heterogeneidade gerou preocupação, pois questões norteadoras dos planos não foram apresentadas de forma similar, principalmente na definição de grupos prioritários na imunização e nos registros nos sistemas de informação do SUS que deveriam ser usados durante a pandemia.

Esses dados, que indicam as diferenças entre os planos, preveem também a ausência de coordenação federal, que, seguindo as atribuições do PNI, deveria ser o provedor de normatizações aos entes federados. A ausência de coordenação é vista também no estabelecimento de contratos de compras de vacinas entre os estados e farmacêuticas, que, segundo também estabelece o PNI deveria ser efetivado pelo MS e distribuído aos demais entes, provendo assim equidade e qualidade no acesso aos imunobiológicos.

Foi observado também estados protagonistas no lançamento de planos anteriores ao lançamento de um documento norteador nacional pelo MS. Os estados protagonistas que aqui analisamos foram Minas Gerais, São Paulo, Acre e Ceará. Ademais, entre eles, o acriano e o paulista, estipularam um calendário de vacinação, mesmo sem essa definição pelo órgão central.

Essas adoções de planos pelos estados e municípios descentralizados poderia corroborar, como afirma a literatura, para que maiores desigualdades fossem promovidas na saúde nacional, pois, entes com maiores capacidades financeiras e institucionais teriam maior capacidade de realizar a campanha de imunização da sua população com mais êxito do que aqueles que não possuem.

Diante disso, está dissertação corrobora ainda mais a literatura sobre a autonomia e heterogeneidade nas adoções de políticas públicas pelos entes estaduais, pois demonstra que mesmo diante da inação e de estipulação de medidas incompletas pelo ente central do programa de imunizações, o MS, foi possível aos entes intermediários a construção dos seus próprios planos e a integração de algumas informações incompletas, como a inserção de comunidades quilombolas e em situação de rua nos grupos prioritários.

Mas apesar dos percalços, o PNI foi de extrema importância para que a imunização ocorresse, pois mesmo anterior a crise provocada pela Covid-19, já promovia ações de imunização na rotina de saúde dos cidadãos, cooperando para maior aderência da população à vacinação. Além disso, apesar da diferença nas adoções, foi notório também modelos seguidos nos planos estaduais, que são resultado da estipulação de padrões anterior a esse governo e esse contexto pelo PNI, que resistiram apesar da crise sanitária e ausência de coordenação.

Contudo, essa pesquisa tem limitações, como a ausência de acesso a todos os planos, inviabilizando que todos os casos entrassem na análise. Outra limitação é referente às particularidades dos planos e detalhes neles presentes, que aqui não foram abordadas por conta da condição de disponibilidade de tempo.

Sugerimos que próximas análises comparem as categorias presentes também no plano federal, para verificar quais informações dispostas nos documentos estaduais não estavam presentes no PNO, ou ainda, analisar quais demais categorias entre os planos são convergentes ou divergentes e quais são inovadoras.

Por fim, cabe ressaltar que o intuito aqui foi de apenas comparar os planos, e não apontar o porquê cada categoria foi abordada em cada plano, visto que, para que isso pudesse ocorrer uma análise ainda mais profunda, que poderá contar com depoimentos coletados em entrevistas, precisará ser feita.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Os barões da federação. **Lua Nova: revista de cultura e política**, v. 33, n. 1, p. 165-183, 1994.

_____; SOARES, Márcia Miranda. **Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC**. Rio de Janeiro: CEDEC, 2001.

_____. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, v. 25, n. 24, 2005a.

_____. Reforma do Estado no federalismo brasileiro: a situação das administrações públicas estaduais. **Revista de Administração pública**, v. 39, n. 2, p. 401 a 422-401 a 422, 2005b.

_____. *et al.* Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, v. 54, p. 663-677, 2020.

_____; GRIN, Eduardo; SEGATTO, Catarina Ianni. Brazilian federalism in the pandemic. In: **American Federal Systems and COVID-19**. Emerald Publishing Limited, 2021. p. 63-88.

ACRE. Secretaria de Saúde do Estado do Acre. **Plano operacional de implantação contra Covid-19**. Pag:1-4 .2020. Disponível em: <<https://coronavirus.ac.gov.br/plano-de-contingencia>> Acesso em 22 de out. 2023.

AMATO, Fábio. Coronavírus: MP concentra no governo federal poder para restringir circulação de pessoas. **G1**, 2020.

ANDERSON, George. **Federalismo: uma introdução**. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

ARRETCHE, Marta TS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 14, p. 111-141, 1999.

_____. Continuidades e descontinuidades da federação brasileira: de como 1988 facilitou 1995. **Dados**, v. 52, p. 377-423, 2009.

_____. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?. **Dados**, v. 53, p. 587-620, 2010.

_____. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

_____; SCHLEGEL, Rogério. **Os estados nas federações: Tendências gerais e o caso brasileiro**. Brasília: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2014.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Plano de Contingência do Estado da Bahia para a Infecção Humana (COVID-19) pelo novo Coronavírus - SARS CoV2**. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2020. Disponível em:<<https://coronavirus.ba.gov.br/plano-de-contingencia>> Acesso em 22 de out. 2023.

BEDNAR, Jenna. Federalism as a public good. **Constitutional Political Economy**, v. 16, p. 189-205, 2005.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

BRASIL. Lei nº 5.026, de 14 de junho de 1966. Estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1966.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1975.

_____. 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**, Brasília, 1976.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

_____. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Lei nº 11.124, de 16 de junho de 2005. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social - SNHIS, cria o Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social - FNHIS e institui o Conselho Gestor do FNHIS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada nº 55, de 16 de dezembro de 2010. Dispõe sobre o registro de produtos biológicos novos e produtos biológicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018.

_____. Lei nº 14.124, de 10 de março de 2021. Dispõe sobre as medidas excepcionais relativas à aquisição de vacinas e de insumos e à contratação de bens e serviços de logística, de tecnologia da informação e comunicação, de comunicação social e publicitária e de treinamentos destinados à vacinação contra a covid-19 e sobre o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2021.

BULMAN-POZEN, Jessica; GERKEN, Heather K. Uncooperative federalism. *Yale LJ*, v. 118, p. 1256, 2008.

CARLOMAGNO, Márcio C.; DA ROCHA, Leonardo Caetano. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. *Revista Eletrônica de Ciência Política*, v. 7, n. 1, 2016.

CARVALHO, André Luís Bonifácio de *et al.* Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro?. *Saúde em Debate*, v. 46, p. 62-77, 2022.

CASARÕES, Guilherme; MAGALHÃES, David. A aliança da hidroxicloroquina: como líderes de extrema direita e pregadores da ciência alternativa se reuniram para promover uma droga milagrosa. *Revista de Administração Pública*, v. 55, n. 1, 2021.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Plano de Operacionalização para Vacinação contra COVID-19**. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2020. Disponível em: < <https://coronavirus.ce.gov.br/plano-de-contingencia>> Acesso em 22 de out. 2023.

CENSON, Dianine; BARCELOS, Marcio. O papel do Estado na gestão da crise ocasionada pela Covid-19: visões distintas sobre federalismo e as relações entre União e municípios. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, v. 16, n. 4, 2020.

COLLETA, Ricardo.; CARAM, Bernardo; URIBE, Gustavo. É guerra, tem que jogar pesado com governadores, diz Bolsonaro a empresários. **Folha de São Paulo**, 2020. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/05/e-guerra-tem-que-jogar-pesado-com-governadores-diz-bolsonaro-a-empresarios.shtml>> Acesso em: 28 Jan. 2023.

COUTO, Cláudio Gonçalves; ABSHER-BELLON, Gabriel Luan. Imitação ou coerção? Constituições estaduais e centralização federativa no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 52, p. 321-344, 2018.

DARDANELLI, Paolo; KINCAID, John. Descentralização e centralização em federações democráticas: uma perspectiva comparada de longo prazo. In. PALOTTI, Pedro. *et al.* (ORG.). **E os Estados?** Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: IPEA, 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Plano de Contingência do Distrito Federal para a Infecção Humana (COVID-19) pelo novo Coronavírus - SARS CoV2**. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.df.gov.br/plano-de-contingencia>> Acesso em 22 de out. 2023.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos *et al.* Programa nacional de imunização: a política de introdução de novas vacinas. *Revista Gestão & Saúde*, v. 6, n. 4, 2015.

ELAZAR, Daniel. **Exploring federalism**. Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1987.

FERNANDEZ, Michelle. Como as políticas de saúde deveriam ser conduzidas na pandemia. **Nexo Jornal**, 2020. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/Como-as-pol%C3%ADticas-de-sa%C3%BAde-deveriam-ser-conduzidas-na-pandemia>> Acesso em: 10 de jan. 2024.

FERNANDEZ, Michelle; DANTAS, Humberto; TESTA, Graziella. ¿ Cambios de rumbo? El gobierno Bolsonaro y la realidad política de Brasil. *Reflexión política*, v. 22, n. 45, p. 44-53, 2020.

FERNÁNDEZ, Michelle. *Revista de Administración Pública del GLAP. RAP-GLAP*, p. 54. 2021.

_____; MACHADO, Carlos (ORG.). **COVID-19's political challenges in Latin America**. New York: Springer, 2021.

FLEURY, Sonia; FAVA, Virgínia Maria Dalfior. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 248-264, 2022.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: Responsabilidade Civil**. São Paulo: Saraiva Educação SA, 2017.

GREER, Scott. **Territory, Democracy and Justice**. Regionalism and Federalism in Western Democracies. London: Pallgrave Macmillan, 2006.

GRIN, Eduardo José; ABRUCIO, Fernando Luiz. The co-evolutionary policy style of Brazil: Structure and functioning. *Anais do Policy styles and policy-making*. Routledge, 2018. p. 115-136.

GRIN, E. J. *et al.* Together it is possible to go further: Brazilian health inter-municipal consortium as a collaborative and innovative governance to fight COVID-19. *International Research Society for Public Management. Anais*, 2021.

HAMELEERS, Michael; BOS, Linda; DE VREESE, Claes H. “They did it”: The effects of emotionalized blame attribution in populist communication. **Communication Research**, v. 44, n. 6, 2017.

INITIATIVE, Nuclear Threat. Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health. Center for Health Security. **Global Health Security Index: Building Collective Action and Accountability**. New York: NTI, 2019.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (INESC). **Um país sufocado: Balanço do Orçamento Geral da União**. Brasília: INESC, 2020.

JACCOUD, Luciana de Barros; MENESES, Aérica; STUCHI, Carolina. **Coordenação intergovernamental e comissões intergestores no Suas**. Brasília: IPEA, 2020.

JACCOUD, L. *et al.* **Por que a coordenação nacional de políticas públicas importa para os direitos dos cidadãos, especialmente na pandemia?**. Nota Técnica nº 11. Rede Brasileira Mulheres Cientistas, 2021.

LACHTIM, Sheila. *et al.* **COVID-19 e o pacto coletivo em imunização: estratégias, êxitos e desafios do programa nacional de imunizações**. Brasília: ABEn, 2021.

LICIO, Elaine Cristina; PALOTTI, Pedro; MENESES, Aérica. **Heterogeneidade como regra: provisão estadual de serviços de educação, saúde e assistência social**. Brasília: IPEA, 2023.

LINHARES, Paulo de Tarso Frazão Soares; RAMOS, Tarcila Queiroz; MESSEMBERG, Roberto Pires. **Inovação institucional na coordenação federativa para o enfrentamento e saída do surto de Covid-19**. Brasília: IPEA, 2020.

LOTTA, Gabriela *et al.* COVID-19 vaccination challenge: what have we learned from the Brazilian process?. *The Lancet Global Health*, v. 10, n. 5, p. e613-e614, 2022.

MACEDO, Laylla Ribeiro; STRUCHINER, Claudio Jose; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Contexto de elaboração do Plano de Imunização contra COVID-19 no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, 2021.

MACIEL, Ethel *et al.* A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 951-956, 2022.

MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1611-1613, 2009.

MARQUES, Eduardo. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 39, 1999.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. **Plano de Contingência para vacinação contra Covid-19**. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.mg.gov.br/plano-de-contingencia>> Acesso em 22 de out. 2023.

MOFFITT, Benjamin. How to perform crisis: A model for understanding the key role of crisis in contemporary populism. **Government and Opposition**, v. 50, n. 2, 2015.

MOHN, Paulo. A repartição de competências na Constituição de 1988. **Revista de informação legislativa**, v. 47, n. 187, 2010.

MONARI, Ana Carolina Pontalti; SACRAMENTO, Igor. A “vacina chinesa de João Doria”: a influência da disputa política-ideológica na desinformação sobre a vacinação contra a Covid-19. **Revista Mídia e Cotidiano**, v. 15, n. 3, p. 125-143, 2021.

MORAES, Rodrigo Fracalossi. **Medidas legais de incentivo ao distanciamento social**: comparação das políticas de governos estaduais e prefeituras das capitais no Brasil. Brasília: IPEA, 2020.

MOTA, Beatriz. O fim do modelo multiprofissional na Saúde da Família. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, 2020.

OBINGER, Herbert; LEIBFRIED, Stephan; CASTLES, Francis. **Federalism and the welfare state**. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

OUVERNEY, Assis Mafort; FLEURY, Sonia. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. **Revista de Administração Pública**, v. 51, 2017.

PARAÍBA. Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. Gerência Executiva de Vigilância em Saúde. **Plano Estadual de Operacionalização da Vacina Contra a COVID-19**. Pag:1-37 2020. Disponível em:< <https://coronavirus.pb.gov.br/plano-de-contingencia>> Acesso em 21 de out. 2023.

PEREIRA, Ana Karine; OLIVEIRA, Marília Silva; SAMPAIO, Thiago da Silva. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. **Revista de Administração Pública**, v. 54, 2020.

PEREZ, Olívia Cristina; SANTANA, Luciana. Ações do Consórcio Nordeste no combate à pandemia de Covid-19. **Nau Social**, v. 11, n. 21, 2020.

PIAUI. Secretaria de Saúde do Estado do Piauí. **Plano de Operacional da Estratégia de Vacinação contra COVID-19**. Teresina: Secretaria de Saúde do Estado do Piauí, 2021. Disponível em:< https://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/661/PLANO_6_vers%C3%A3o_12.02.21.pdf> Acesso em 25 de out. 2023.

PIERSON, Paul. Fragmented welfare states: Federal institutions and the development of social policy. **Governance**, v. 8, n. 4, 1995.

PIERSON, Paul. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American political science review*, v. 94, n. 2, p. 251-267, 2000.

PORTO, Angela; PONTE, Carlos Fidelis. Vacinas e campanhas: as imagens de uma história a ser contada. **História, ciências, saúde-manguinhos**, v. 10, 2003.

REZENDE, Fernando. A crise do federalismo brasileiro: evidências, causas e consequências. In. REZENDE, Fernando. **O Federalismo Brasileiro em seu Labirinto: crise e necessidades de reformas**. Rio de Janeiro: FGV, 2013.

RIBEIRO, José Mendes *et al.* Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Plano de Contingência para vacinação de contra Covid-19**. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:< <https://coronavirus.rj.gov.br/plano-de-contingencia>> Acesso em 21 de out. 2023.

SANTANA, Luciana; PEREZ, Olívia Cristina. Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. **Jornal Nexo**, 2020. Disponível em:<<https://www.clacso.org/os-governos-estaduais-e-as-acoes-de-enfrentamento-a-pandemia-no-brasil/>> Acesso em: 19 de nov. 2023.

_____; NASCIMENTO, Emerson Oliveira. (ORG.). **Governos e o enfrentamento da COVID-19**. Maceió: Edufal, 2021.

SANTOS, Marucia. **Cartilha Municipal de Imunização: Gestão e planejamento das ações de Imunização no âmbito Municipal**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Gestão Pública) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira, 2015.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano Estadual de Imunização (PEI)**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2020. Disponível em: <https://issuu.com/governosp/docs/apresenta__o_pei__2_>. Acesso em: 22 de dez. 2023.

SEGATTO, Catarina Ianni. **O papel dos governos estaduais nas políticas municipais de educação: uma análise dos modelos de cooperação intergovernamental**. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2015.

SHAH, Anwar. **Local Governance in Developing Countries**. Washington, The World Bank, 2006.

SHIMIZU, Helena Eri *et al.* Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 45, 2021.

SILVA, André Luis Nogueira da. **Os Estados Importam! Determinantes da cooperação subnacional nas políticas de educação e saúde do Brasil**. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2020.

SOUZA, Celina. Redemocratization and decentralization in Brazil: the strength of the member states. **Development and change**, v. 27, n. 3, 1996.

_____. **Constitutional engineering in Brazil: the politics of federalism and decentralization**. London: Macmillan, 1997.

_____. Regras e contexto: as reformas da Constituição de 1988. **Dados**, v. 51, 2008.

_____; FONTANELLI, Flavio. Antídotos institucionais do federalismo brasileiro: a Covid-19 mudou a dinâmica federativa. AVRITZER, L.; KERCHE, F.; MARONA, M. (ORG.). **Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

_____. **Estados: o elo perdido da cadeia federativa?** Rio de Janeiro: IPEA, 2023.

SOUZA, T. C. M.; BARBERIA, L. Covid-19: Políticas Públicas e a Sociedade. **Boletim**, n. 20, 2020.

TEMPORÃO, José Gomes. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **História, ciências, saúde-manguinhos**, v. 10, 2003.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, 2009.

XAVIER, Luiza Ramalho dos Santos; PONTES, Bianca Carvalho. O programa nacional de imunizações vs. O discurso antivacina: as graves consequências para a sociedade brasileira. **Revista Cadernos Internacionais**, v. 2022, n. 1, 2022.

YAMEY, Gavin *et al.* Ensuring global access to COVID-19 vaccines. **The Lancet**, v. 395, n. 10234, 2020.