

PROTOCOLO DE COLABORAÇÃO
“GAIA COM PROGRAMA ESPECIAL DE VACINAÇÃO”



Entre:

Primeiro Outorgante: Município de Vila Nova de Gaia, com sede na Rua Álvares Cabral, Vila Nova de Gaia, neste ato representado pelo seu Presidente, Professor Dr. Eduardo Vitor Rodrigues, que outorga no uso dos poderes que lhe são conferidos pela Lei 75/2013, de 12 de Setembro, também designado por Município.

Segundo Outorgante: Farmácia Portela, com sede na Rua marquês Sá da Bandeira, 238, Mafamude, Vila Nova de Gaia, com o NIF: 509060889, neste ato representada pela Dra. Maria da Graça Bandeira Pinto Valga Camarinha.

Terceiro Outorgante: União de Freguesias de Mafamude e Vilar do Paraíso, entidade Coordenadora/Sinalizadora, adiante também designado por Parceiro Local, neste ato representada pelo seu Presidente, Dr. João Paulo Correia.



Considerando que:

- a) Vila Nova de Gaia é o maior Concelho da região norte e possui um elevado nível de desemprego, sendo o Concelho com o maior número de mulheres em idade fértil e de população pediátrica com idade inferior a 15 anos;
- b) É de elevada importância a prevenção nos cuidados de saúde da população;
- c) O Rotavírus (RV) é o agente causal mais frequente em todo o mundo, sendo a principal causa de gastroenterite aguda em todo o mundo, altamente contagioso entre crianças, especialmente quando existe contacto próximo entre elas, como é o caso das creches;
- d) Estima-se que, por ano, cerca de 600.000 crianças com menos de 5 anos de idade, morrem devido a complicações provocadas por este vírus, sendo o impacto desta patologia na saúde pública muito significativo;
- e) A vacina RV protege contra o rotavírus;
- f) A vacina RV não está integrada no Programa Nacional de Vacinação;
- g) Por seu turno, a vacina pneumocócica é indicada, sobretudo para crianças até aos dois anos, podendo evitar formas de infeção grave, como a meningite, pneumonia, septicemia, otite média aguda, artrite, osteomielite e endocardite, mas também em grupos com risco acrescido de contrair doença invasiva pneumocócica (DIP), em crianças com mais de dois anos e em idade adulta (≥ 18 anos);
- h) A vacina Pneumocócica é recomendada pela esmagadora maioria dos pediatras bem como pela Comissão de Vacinas, constituída pela Sociedade de Infeciologia Pediátrica e pela Sociedade Portuguesa de Pediatria;
- i) Faz parte do Programa Nacional de Vacinação (PNV), sendo, administrada, gratuitamente, a crianças nascidas a partir de 1 de janeiro de 2015, sendo que para crianças que nasceram antes desta data e adultos não abrangidos o estado prevê a comparticipação de 15% na aquisição da vacina na farmácia.
- j) A vacina Pneumocócica é recomendada pela Direção de Serviços de Prevenção da doença e Prevenção da Saúde, aos grupos com risco acrescido de contrair doença invasiva pneumocócica (DIP), em idade adulta (≥ 18 anos) nos seguintes grupos:

Handwritten signatures and initials in blue ink.

A - Imunocompetentes	
Condição:	Situações abrangidas:
Doença cardíaca crónica	- Insuficiência cardíaca crónica - Doença cardíaca isquémica - Hipertensão arterial pulmonar - Cardiomiopatias
Doença hepática crónica	
Insuficiência renal crónica	
Doença respiratória crónica	- Insuficiência respiratória crónica - DPOC - Enfisema - Asma brônquica (sob corticoterapia sistémica ou inalada crónica) - Bronquiectasias - Doença intersticial pulmonar - Fibrose quística - Pneumoconioses - Doenças neuromusculares
Pré-transplantação de órgão	
Dador de medula óssea (antes da doação)	
Fistulas de LCR	
Implantes cocleares (candidatos e portadores)	
Diabetes mellitus	Requerendo tratamento farmacológico
B - Imunocomprometidos	
Condição:	Situações abrangidas:
Asplenia ou disfunção esplénica	- Asplenia congénita ou adquirida - Doença de células falciformes - Outras hemoglobinopatias com disfunção esplénica
Imunodeficiência primária ^(a)	
Infeção por VIH	
Recetor de transplante	- Células precursoras hematopoiéticas - Órgãos sólidos
Doença neoplásica ativa	- Leucemias - Linfomas - Mieloma múltiplo - Outros tumores malignos
Imunossupressão iatrogénica ^(b)	- Terapêutica com fármacos biológicos ou DMARDs (Disease Modifying AntiRheumatic Drugs) - Corticoterapia sistémica - Quimioterapia - Radioterapia
Síndrome de Down	
Síndrome nefrótico	

(a) Exclui défice isolado de IgA e doentes em terapêutica de substituição com imunoglobulinas sem função B residual.
(b) Corticosteróides sistémicos:
- Prednisona ou equivalente em dose ≥ 20 mg/dia, durante ≥ 14 dias;
- Metotrexato em dose superior a 0,4 mg/Kg/semana;
- Azatioprina em dose superior a 3 mg/kg/dia.
Exemplos de outros fármacos imunossupressores: Leflunomida, Micofenolato de Mofetil, Ciclofosfamida, Ciclosporina e Tacrolimus, fármacos biológicos ou DMARDs (Disease-Modifying AntiRheumatic Drugs) utilizados, nomeadamente, na Artrite Reumatóide, Lúpus Eritematoso Sistémico, Síndrome de Sjögren e Doenças Inflamatórias Intestinais), por exemplo Anti-TNF (Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Golimumab, Certolizumab); Anti -CD20 (Rituximab); Anti-IL6 (Tocilizumab); CTLA-4-Ig (Abatacept); Anti-BLYS (Belimumab); Anti-IL12 e Anti-IL23 (Ustekinumab); Antagonista do Receptor da IL1 (Anakinra).

Quadro extraído de: Norma nº 011/2015 de 23/06/2015 atualizada a 06/11/2015 - Direção Geral de Saúde

AS
JL

k) A Vacina pneumocócica é recomendada e gratuita para os aos grupos com risco acrescido de contrair doença invasiva pneumocócica (DIP), em idade adulta (≥ 18 anos) nos seguintes grupos:

A - Imunocompetentes	
Condição:	Situações abrangidas:
Fístulas de LCR	
Implantes cocleares (candidatos e portadores)	
B - Imunocomprometidos	
Condição:	Situações abrangidas:
Asplenia ou disfunção esplénica	- Asplenia congénita ou adquirida - Doença de células falciformes
Imunodeficiências primárias ^(a)	
Infeção por VIH	Com valores de linfócitos T CD4 ⁺ <500 células/mm ³
Recetor de transplante	- Células precursoras hematopoiéticas - Órgãos sólidos
Doença neoplásica ativa	- Leucemias - Linfomas - Mieloma múltiplo
Síndrome nefrótica	

(a) Exclui défice isolado de IgA e doentes em terapêutica de substituição com imunoglobulinas sem função B residual.

Quadro extraído de: Norma nº011/2015 de 23/06/2015 atualizada a 06/11/2015

- l) Vários estudos confirmam a eficácia, segurança e imunogenicidade das vacinas RV e Pneumocócica;
- m) A Bexsero é indicada para a imunização ativa dos indivíduos com 2 ou mais meses de idade contra doença meningocócica invasiva causada por um grupo da bactéria *N. meningitidis* (grupo B). É uma doença invasiva que quando as bactérias se disseminam pelo organismo, causam infeções graves, como a meningite (infeção das membranas que rodeiam o cérebro e a espinal medula) e septicemia (infeção do sangue);
- n) A Bexsero protege contra a meningite B, está fora do Plano Nacional de Vacinação e a sua utilização deve estar em conformidade com as recomendações oficiais;
- o) Estudos demonstram que o Bexsero foi eficaz na estimulação de uma resposta imunitária à bactéria *N. meningitidis* do grupo B;
- p) Prevenir é sempre melhor do que tratar;
- q) Que os municípios têm competência para apoiar atividades de interesse público, incluindo aquelas que contribuem para a promoção da saúde e prevenção de doenças, ao abrigo do disposto na alínea u) do n.º 1 do artigo 33º da Lei n.º 75/2013 de 12 de setembro;

- r) É responsabilidade social dos Municípios e das várias instituições que nele desenvolvem a sua atividade contribuir para uma sociedade mais justa, solidária e desenvolvida;
- s) As Juntas de Freguesia e as Instituições de Solidariedade Social são quem melhor conhece, no Concelho as pessoas mais carenciadas, podendo auxiliar o Município na concretização de certas medidas de proximidade de cariz social.

Pelo primeiro Outorgante foi dito:

A Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, na sua reunião de 19 de Fevereiro de 2018 deliberou celebrar, com a representada do segundo outorgante e o representante do terceiro outorgante, um protocolo de cooperação que visa formalizar os termos em que serão distribuídas as vacinas Rotavírus, Pneumocócica e Bexsero às crianças nascidas em 2016/2017 e 2018/2019, bem como a crianças nascidas antes de 2016 e adultos (≥ 18 anos) portadores de doenças crónicas;

Nos termos deste acordo, as Farmácias aderentes procedem à entrega das vacinas objeto do presente protocolo aos encarregados de educação dos beneficiários ou ao próprio beneficiário (maior de 18 anos), mediante receita, contra entrega de ficha de sinalização a emitir pelo parceiro local. No caso da vacina Pneumocócica e do beneficiário ser maior de 18 anos, a ficha de sinalização deverá ser acompanhada de declaração médica referindo a sua inclusão num grupo de risco de acordo com as recomendações da norma nº011/2015 de 23/06/2015 atualizada a 06/11/2015, da Direção Geral de Saúde.

Que, dando cumprimento a tal deliberação, vem pelo presente instrumento celebrar, com o segundo e terceiro outorgante, o presente protocolo, o que faz nos termos e segundo as cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA

(Objeto)

O presente Protocolo tem por objeto estabelecer entre os outorgantes uma parceria cujo objetivo principal é a distribuição, pelo primeiro outorgante, das vacinas Rotavirus, Pneumocócica e Bexsero a crianças residentes no Município, nascidas em 2016/2017 e

2018/2019 apoiadas pelo Programa Especial de Vacinação e ainda não concluído ou não iniciado (requisito da idade), bem como a pessoas com doenças crónicas e a crianças nascidas antes de 2016 desde que devidamente justificadas;

FS
R

CLÁUSULA SEGUNDA

(Definições)

Para efeitos do presente Protocolo, entende-se por:

- a) **Farmácia aderente:** farmácia parceira que entrega as vacinas aos encarregados de educação dos beneficiários, identificados pela rede de parceiros local;
- b) **Parceiro local:** entidade sinalizadora que procede à sinalização de beneficiários e emite a “ficha sinalizadora” – cujo modelo se anexa como parte integrante do protocolo (Anexo I);
- c) **Beneficiário:** crianças nascidas em 2016/2017 e 2018/2019 apoiadas pelo Programa Especial de Vacinação e ainda não concluído ou não iniciado (requisito da idade), assim como pessoas maiores de 18 anos com doenças crónicas e crianças nascidas antes de 2016 desde que devidamente justificadas;
- d) **Encarregado de educação:** aquele que tem menores à sua guarda e responsabilidade pelo exercício do poder paternal ou por decisão judicial.

CLÁUSULA TERCEIRA

(Condições de atribuição)

1 - Podem beneficiar da cedência das vacinas, Pneumocócica e Bexsero beneficiários cujos encarregados de educação cumpram as seguintes condições de atribuição:

- a) **A soma de rendimentos** do agregado familiar, auferidos com salários, pensões ou subsídios sociais seja, *per capita*, igual ou inferior ao valor da pensão social em vigor à

data de atribuição, em consonância com os critérios definidos pelo Instituto de Segurança Social, E.P. e de acordo com o manual de procedimentos de atribuição de prestações pecuniárias de carácter eventual, calculada de acordo com a seguinte fórmula:

Rendimentos do agregado familiar – Despesas
Nº de elementos que compõem o agregado familiar

- b) Na atribuição deste apoio será ainda dada prioridade aos agregados familiares que apresentem as seguintes situações:
- Crianças com idade inferior a 16 anos;
 - Pessoas com grau de incapacidade igual ou inferior a 60%
 - Pessoas com mais de 65 anos.

CLÁUSULA QUARTA

(Obrigações do parceiro local)

O parceiro local compromete-se a:

- a) Proceder à análise da situação sócio económica dos encarregados de educação das crianças e aos beneficiários adultos, por freguesia, de acordo com os critérios estabelecidos na Cláusula Terceira;
- b) Solicitar ao encarregado de educação das crianças e aos beneficiários adultos, cópia da receita médica da (s) vacina (s) e/ou a indicação do código da receita;
- c) Solicitar, no caso da vacina pneumocócica, ao beneficiário adulto, cópia da declaração médica referindo a sua inclusão num grupo de risco.
- d) Emitir/preencher a ficha de sinalização de acordo com o modelo constante em anexo I ao presente Protocolo, devendo a mesma ser devidamente assinada e carimbada;
- e) Proceder à entrega da ficha de sinalização (Anexo I) ao encarregado de educação das crianças e aos beneficiários adultos que a apresentará à respetiva farmácia aderente;
- f) Manter um ficheiro mensal atualizado de todas as fichas de sinalização emitidas.



CLÁUSULA OITAVA

(Transparência)

- a) O Município compromete-se a pagar o valor total ou parcial das vacinas contempladas neste Protocolo, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação.
- b) Os outorgantes tomarão todas as medidas necessárias para prevenir irregularidades, fraude e outras atividades ilícitas no âmbito do presente Protocolo, devendo ser imediatamente comunicado ao primeiro outorgante todos os casos, comprovados ou suspeitos de qualquer irregularidade.
- c) Caso sejam detetadas irregularidades, nomeadamente falsas declarações sobre a residência dos beneficiários, estes serão obrigados ao pagamento da totalidade da vacina, podendo-lhe, ainda, ser imputados os custos administrativos do fornecimento.

CLÁUSULA NONA

(Disposições finais)

- a) Este Protocolo reporta os seus efeitos a 1 de Janeiro de 2018 e vigora até 31 de Dezembro de 2019;
- b) O presente Protocolo pode ser denunciado a todo o tempo por qualquer das partes, caso não o seja, o presente Protocolo renova-se automaticamente, com efeitos bianuais, beneficiando as crianças nascidas nos anos de vigência do mesmo.
- c) O incumprimento das obrigações decorrentes do presente Protocolo que inviabilize ou prejudique a sua execução confere à parte que o invoque o direito à sua resolução imediata com base em justa causa, eximindo-se, assim, de toda e qualquer responsabilidade perante terceiros eventualmente prejudicados pela resolução.
- d) Em tudo quanto o presente Protocolo seja omissa aplica-se a legislação em vigor e os princípios gerais de direito.

Pelos outorgantes foi dito, nas respetivas qualidades em que outorgam, que aceitam as condições expressas neste Protocolo, comprometendo-se a cumprir inteiramente as respetivas Cláusulas.

Feito em triplicado.

Assim o disseram e outorgam.

Paços do Concelho de Vila Nova de Gaia, __ de Março de 2018

1.º OUTORGANTE



2.º OUTORGANTE



3.º OUTORGANTE



PROTOCOLO DAS VACINAS

Freguesia de _____

Ficha de Sinalização nº _____ / 20__ Data: _____

Farmácia Aderente :

Requerente a apoiar (Nome da criança): _____

Representado pelo (Encarregado de Educação): _____

Morada: _____

Código da Receita _____ Data da receita: _____

(a preencher pela Junta de Freguesia)	(a preencher pela Farmácia)
Confirma-se a situação de insuficiência económica do requerente.	Confirma-se a entrega da vacina prescrita sob o código _____
(Assinatura)	(Assinatura)
DATA: __/__/__	DATA: __/__/__

