



INFORME TÉCNICO nº 10/2021

Campanha de Vacinação contra a COVID-19

Considerando que adolescentes entre 12 e 17 anos, portadores de comorbidade, compõem um grupo populacional com risco quadro clínico grave e letalidade para a COVID-19, e que a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) autorizou o uso da vacina da Pfizer® contra a COVID-19 para pessoas de 12 anos a 17 anos de idade, com apresentação de estudos que indicaram a segurança e eficácia da vacina para este público, o Programa Estadual **de Imunizações vem através deste informar:**

- *Inclusão de todos os adolescentes de 12 a 17 anos portadores de comorbidades, SEGUNDO O QUADRO ABAIXO, no Plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19 do Rio Grande do Sul.*
- *Inclusão das gestantes adolescentes de 12 a 17 anos de idade no Plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19 do Rio Grande do Sul.*
- *Para este grupo populacional está indicada, até o momento, apenas a utilização da Vacina produzida pelo laboratório Pfizer/BioNTech(Comirnaty®), respeitando-se o prazo **MÁXIMO DE 12 semanas** entre a primeira e a segunda doses.*
- *A segunda dose não deve ser aplicada antes de 10 semanas – com objetivo de não comprometer a aplicação de doses destinadas para primeira aplicação.*
- *O registro das doses aplicadas será feita no SIPNI Campanha, no grupo comorbidades.*

Orientações de registro no Novo SIPNI

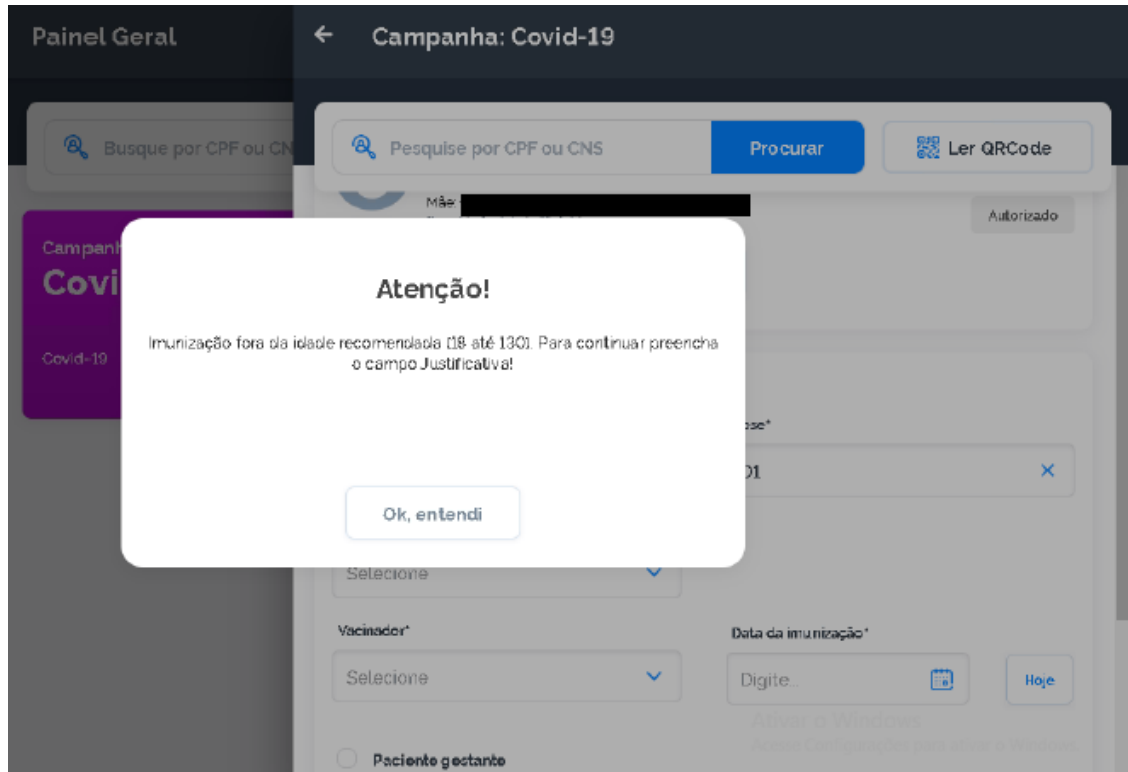
Conforme o **Roteiro para registro de vacinação no módulo Campanha Covid-19:**

- 1 – O Operador de Estabelecimento de Saúde Campanha ao iniciar o registro, fará a busca do cidadão pelo CPF ou CNS.
- 2 – O Operador deverá selecionar o Imunobiológico **Pfizer/BioNTech(Comirnaty®)**, Dose, Lote, Vacinador, Data de Imunização, Categoria **Comorbidade** e Grupo de atendimento conforme o **Quadro 1** e clicar no botão Vacinar.





Atenção - Para o registro do Cidadão que está na faixa etária de 12 a 17 anos, aparecerá a tela com a mensagem de alerta abaixo, para prosseguir o registro o operador deverá apresentar uma justificativa.



3 - O roteiro para registro de vacinação no módulo Campanha está disponível na aba *Ajuda* no Novo SIPNI (<https://si-pni.saude.gov.br/#/login>).





Quadro 1 - Lista de comorbidades a serem consideradas para vacinação contra a COVID-19 de adolescentes de 12 a 17 anos:

| COMO REGISTRAR NO SIPNI CAMPANHA | COMORBIDADE | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
|----------------------------------|--|---|
| Obesidade Grave | Obesidade Acima do percentil 97 ou escore Z acima de 2 desvios – através das avaliações e curvas de crescimento. Avaliada no gráfico de estatura e peso – do respectivo sexo e faixa etária. Gráfico: Meninos: 5 a 19 anos https://www.who.int/growthref/cht_bmf_boys_p_erc_5_19years.pdf?ua=1 Meninas: 5 a 19 anos https://www.who.int/growthref/cht_bmf_girls_p_erc_5_19years.pdf?ua=1 | Atestado Médico/Declaração profissional da saúde (técnico de enfermagem, médico, enfermeiro ou nutricionista) – peso e altura colocado na Curva de IMC |
| Pneumopatias Crônicas Graves | Asma Medicamentos em uso: broncodilatador de longa ação (formoterol/salmeterol) + corticoide inalatório OU Uso de corticoide sistêmico (oral) contínuo OU História prévia de internação hospitalar /UTI (após os dois anos de idade) OU Displasia Broncopulmonar | Exame de espirometria e/ou receita de corticoide de uso contínuo ou broncodilatador de longa duração de até 3 meses antecedência OU Alta hospitalar OU Atestado Médico* com descrição clínica e justificativa para priorização na vacinação |
| Outros Imunodeprimidos | Doença Congênita/Rara/Genética/Autoimune Neoplasias ou outras condições que prejudiquem a resposta imunológica no momento atual (em tratamento) Cardiopatias congênitas com consequências sistêmicas. Doenças reumatológicas com uso de medicamentos imunossupressores Pessoa vivendo com HIV Neoplasias ou doenças hematológicas em tratamentos ou que justifiquem imunossupressão | Atestado Médico* ou exame comprobatório da doença |
| Hemoglobinopatia grave | Doença Falciforme ou Talassemia Maior | Atestado médico OU hemograma e eletroforese de hemoglobina |
| Doença cardiovascular | Cardiopatias nas quais o quadro clínico cause comprometimento sistêmico. | Atestado médico e/ou exame de imagem ou outros exames comprobatórios |





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



| | | |
|----------------------------|---|--|
| Doença neurológica crônica | Doença neurológica com comprometimento de deglutição ou situação que aumente risco de doença pulmonar ou doença cardiovascular. Acidente Vascular Encefálico Mielite Transversa Paralisia cerebral com descrição de limitações | Atestado médico com descrição clínica e comprometimentos |
| Diabete Mellitus | Diabete Mellitus (Tipo1) Crianças com condição insulino-dependente | Receita de insulina e/ou dosagem de hemoglobina glicada alterada |





RECOMENDAÇÕES: CONDIÇÕES CLÍNICAS

OBESIDADE

Diagnóstico de obesidade através da aferição de peso e altura. A priorização de pacientes com obesidade grave pode ser considerada em municípios com alta prevalência da doença. Sugere-se que os pacientes sejam encaminhados para avaliação multiprofissional e manejo da condição crônica para qualificar o cuidado em saúde.

Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC):

- Aferição de Peso e Altura
- Avaliação do resultado através da Curva de Crescimento
- Avaliação separadas por sexo.

$$\frac{\text{PESO em Kg}}{\text{ALTURA em m}^2}$$

Classificação:

| Percentil | Score-z | 5 - 20 anos incompletos |
|--------------|-------------|-------------------------|
| >97 e ≤ 99,9 | > +2 e ≤ +3 | Obesidade |
| >99,9 | > +3 | Obesidade grave |

Gráficos de Crescimento (disponível nos links)

<https://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/endocrinologia/graficos-de-crescimento/>

Meninos: 5 a 19 anos

https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_boys_perc_5_19years.pdf?ua=1

Meninas: 5 a 19 anos

https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_girls_perc_5_19years.pdf?ua=1%C2%A0

Manual de Obesidade

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_de_Obesidade_-_3a_Ed_web_compressed.pdf

ASMA

Diagnóstico clínico através da avaliação e acompanhamento médico de pessoas com doença de difícil controle com necessidade de altas doses de corticoide inalatório, história prévia de internação hospitalar por manejo dos sintomas no domicílio insuficiente ou história de internação em Unidade de Tratamento Intensivo.





Asma em uso de:

Corticoide inalatório dose média/alta + LABA (Broncodilatador de longa ação)

Budesonida+formoterol

Fluticasona+salmeterol

Fluticasona+formoterol

História prévia de internação hospitalar OU Unidade de Tratamento Intensivo por Asma

Considerar internação hospitalar por quadro de asma não controlada em período superior ao da avaliação diagnóstica – desconsiderar internações que tenham sido motivadas pela necessidade de exames ou avaliação diagnóstica.

Guia prático de abordagem da criança e do adolescente com asma grave: Documento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/v4n1a02.pdf

DOENÇAS CONGÊNTAS –RARAS – GENÉTICAS - DOENÇAS AUTOIMUNE

Condições de saúde com diagnóstico na infância que tragam comprometimento para criança/adolescente favorecendo internações frequentes ou doenças infecciosas de repetição.

Doença Congênita: cardiopatias congêntas com comprometimento sistêmico

Doenças Raras

Síndromes Genéticas: Trissomia do 21 ou Síndrome de Down, diferentes trissomias ou condições genéticas que possa justificar imunização prioritária devido ao maior risco de agravamento

Doenças Autoimune: diabetes, doenças reumatológicas

Neoplasias/Câncer ou outras condições que prejudiquem a resposta imunológicas no momento atual (em tratamento)

Cardiopatias congêntas com consequências sistêmicas.

Doenças reumatológicas com uso de medicamentos imunossupressores

Pessoa vivendo com HIV

Neoplasias ou doenças hematológicas em tratamentos ou que justifiquem imunossupressão Doença congênita/rara/genética/autoimune

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

Doença Falciforme ou Talassemia Maior

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

De forma geral, crianças e adolescentes com condições cardiovasculares apresentarão outras comorbidades, como por exemplo, obesidade que justificará sua inclusão no grupo prioritário pelo alto risco de agravamento do quadro de COVID-19.

Cardiopatias congêntas com consequências sistêmicas.





DOENÇAS NEUROLÓGICAS

Doença neurológica com comprometimento de deglutição ou situação que aumente risco de doença pulmonar, doenças infectocontagiosas ou doença cardiovascular.

As crianças com Transtorno do Espectro Autista, Hiperatividades, Histórico de convulsões entre outros, serão vacinadas em outro momento – EXCETO se houver comprometimento físico, com dificuldade de deglutição ou risco aumentado de aspiração de alimento para vias aéreas, ou pacientes acamados.

Acidente Vascular Encefálico
Mielite Transversa
Paralisia cerebral com descrição de limitações
Pacientes acamados

DOENÇAS ENDOCRINOLÓGICAS

Diabete Mellitus (Tipo1): Crianças com condição insulino-dependente devido a DM1.

RECOMENDAÇÕES: DOCUMENTOS E REGISTROS COMPROBATÓRIOS

Os municípios apresentam autonomia para decidir sobre as diferentes estratégias de organização da Campanha de Vacinação, manutenção dos documentos comprobatórios para verificação futura dos órgãos competentes e cuidados em relação a alocação e distribuição de doses para primeira e segunda aplicação conforme orientação das devidas remessas.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

O prontuário eletrônico é considerado um documento válido como comprobatório das comorbidades acima listadas e pode ser utilizado pelo município conforme a sua determinação.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Os municípios pode optar por aceitar como confirmação das informações prestadas pelos responsáveis da criança ou adolescente uma declaração de consentimento, desde que o usuário seja esclarecido sobre os riscos e benefícios da vacinação e das informações prestadas.





MODELO DE DECLARAÇÃO

Declaração de Condições de Saúde para Vacinação Contra COVID-19

Eu, _____, portador do CPF _____,

com data de nascimento ____/____/____, com endereço: _____

_____ responsável pelo menor (nome da

criança/adolescente) _____

telefone _____.

Declaro que a criança/adolescente apresenta (escrever a condição de saúde) _____ apresentando alto risco de quadro clínico grave da COVID-19, sendo justificada a sua priorização entre as mesmas pessoas da sua faixa etária. Declaro que estou ciente que os cuidados para minimizar a contaminação devem ser mantidos, tais como usar máscara cobrindo a boca e o nariz, lavar as mãos e evitar locais com muitas pessoas. Da mesma forma, declaro que fui informada que a vacina pode causar eventos adversos pós-vacinais – sendo o mais comum dor no local da aplicação Sou responsável pela veracidade das informações aqui prestadas e estou ciente que as informações podem ser conferidas a qualquer tempo pelos órgãos competentes.

