



**Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria de Saúde**

Sapucaia do Sul, 21 de julho de 2021

NOTA TÉCNICA PERÍODO DA 33ª. REMESSA

Considerando as alterações no PNI, e o quantitativo de vacinas disponibilizados ao Município de Sapucaia do Sul, estamos divulgando a presente Nota Técnica que irá normatizar o serviço de imunizações, contra a covid19 no município. Pessoas que receberam D1 de PFIZER ainda não estão aptas a receber a D2.

O agendamento da vacina, em qualquer das categorias abaixo, somente acontecerá pelo site: www.minhaagendavirtual.com.br/sapucaiaidosul

1) ADOLESCENTES

A partir desta data, as unidades de saúde, que estiver participando da imunização devem oferecer a vacina aos adolescentes, com idade acima de 12 anos e portador das comorbidades citadas no anexo. Somente o imunizando do PFIZER. O registro das doses aplicadas será feito no SIPNI Campanha, no grupo comorbidades.

2) SEGUNDA DOSE(D2) ASTRAZENECA

Pessoas que receberam a primeira dose (D1) até o dia 22/05/2021 estão aptos a receber a segunda dose (D2).

3) D2 CORONAVAC

Pessoas que receberam a D1 até o dia 15/07/2021. Conforme agenda abaixo.

4) D1 ASTRAZENECA, PFIZER e JANSSEN

A D1 destes imunizantes, será oferecido a todos que tiverem idade igual ou superior a 30 anos até dia 23/7 e a partir de 26/7 a partir de 25 anos +.





Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria de Saúde

AGENDA

26/julho – Segunda-feira (80 doses/sala)	D2 + D1 ASTRA Todas as salas de vacina. <u>D1 até 22/05/21</u>	Agendamento pelo site: www.minhaagendavirtual.com.br/sapucaiaodosul A partir dos 30 anos sem comorbidades. De 26 a 30/7/21: 25 anos+
27/julho – Terça-feira (200 doses)	D2 – CORONAVAC Unidade: Centro	Agendamento realizado pelo site: www.minhaagendavirtual.com.br/sapucaiaodosul <u>D1 até 15/07</u>
27/julho – Terça-feira 200doses (100+100)	D1 – PFIZER ESF CASAS ESF JOÃO BARRO	Agendamento realizado pelo site: www.minhaagendavirtual.com.br/sapucaiaodosul Adolescentes de 12 a 18 anos com comorbidades
27/julho Terça-feira	D1 – Coronavac/PFIZER UBS CENTRO Das 18 as 22h	Agendamento realizado pelo site: www.minhaagendavirtual.com.br/sapucaiaodosul A partir dos 30 anos sem comorbidades. De 26 a 30/7/2021: 25 anos+
28/julho – Quarta-feira (80 doses/sala)	D2 + D1 ASTRA Todas as salas de vacina. <u>D1 até 22/05/21</u>	Agendamento pelo site: www.minhaagendavirtual.com.br/sapucaiaodosul A partir dos 30 anos sem comorbidades. De 26 a 30/7/2021: 25 anos+
29/julho – Quinta-feira (200 doses)	D2 Coronavac Somente na UBS centro.	Agendamento realizado pelo site: www.minhaagendavirtual.com.br/sapucaiaodosul Para todos que fizeram D1 até dia 0/07/2021
30/julho – Sexta-feira (80 doses/sala)	D2 + D1 ASTRA Todas as salas de vacina. <u>D1 até 15/05/21</u>	Agendamento pelo site: www.minhaagendavirtual.com.br/sapucaiaodosul A partir dos 30 anos sem comorbidades. De 26 a 30/7/2021: 25 anos+





Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria de Saúde

5) AGENDAMENTO

Os usuários com dificuldade de acessar o site, ou que não disponham de acesso à tecnologia, podem procurar sua unidade de saúde, que deverá realizar o respectivo agendamento, orientando o usuário sobre o local onde será imunizado.

6) 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.

7) Termo de consentimento

Todo menor de idade para ser imunizado deverá ter uma declaração de consentimento, assinado pelo responsável, este documento (anexo). desde que o usuário seja esclarecido sobre os riscos e benefícios da vacinação e das informações prestadas.

Comitê Municipal de Imunização

Enf ^a . Milena Weide Coordenadora da Vigilância em Saúde	Enf ^a . Lívia Biasuz Machado Coordenadora setor Imunizações
Enfa. Flavia Motta Coordenadora de Atenção Primária	Enf ^o . Laércio Kerber Assessor Superior da SMS
Dra. Daniela Heuser Secretária Municipal da Saúde	





Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria de Saúde

ANEXO COMORBIDADES:

COMO REGISTRAR NO SIPNI CAMPANHA	COMORBIDADE	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
OBESIDADE	<p>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.</p> <p>Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC):</p> <ul style="list-style-type: none">• Aferição de Peso e Altura• Avaliação do resultado através da Curva de Crescimento• Avaliação separadas por sexo. $\frac{\text{PESO em Kg}}{\text{ALTURA em m}^2}$	<p>Atestado Médico/Declaração profissional da saúde (técnico de enfermagem, médico, enfermeiro ou nutricionista) – peso e altura colocados na Curva de IMC</p> <p><u>Gráfico: Meninos: 5 a 19 anos</u></p> <p>https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_boys_p_erc_5_19years.pdf?ua=1</p> <p><u>Meninas: 5 a 19 anos</u></p> <p>https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_girls_p_erc_5_19years.pdf?ua=1%20A0</p>



Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria de Saúde

	<p>Classificação:</p> <table border="1"><thead><tr><th>Percentil</th><th>Escore-z</th><th>5 - 20 anos incompletos</th></tr></thead><tbody><tr><td>>97 e ≤ 99,9</td><td>> +2 e ≤ +3</td><td>Obesidade</td></tr><tr><td>>99,9</td><td>> +3</td><td>Obesidade grave</td></tr></tbody></table>	Percentil	Escore-z	5 - 20 anos incompletos	>97 e ≤ 99,9	> +2 e ≤ +3	Obesidade	>99,9	> +3	Obesidade grave	
Percentil	Escore-z	5 - 20 anos incompletos									
>97 e ≤ 99,9	> +2 e ≤ +3	Obesidade									
>99,9	> +3	Obesidade grave									
ASMA	<p>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.</p>	<p>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</p>									





Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria de Saúde

DOENÇAS CONGÊNITAS – 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 congênitas 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 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 Doença congênita/rara/genética/autoimune	Atestado Médico* ou exame comprobatório da doença
DOENÇAS HEMATOLÓGICAS	Doença Falciforme ou Talassemia Maior	Atestado médico OU hemograma e eletroforese de hemoglobina
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	Atestado médico e/ou exame de imagem ou outros exames comprobatórios





Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria de Saúde

	agravamento do quadro de COVID-19. Cardiopatias congênitas 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	Atestado médico com descrição clínica e comprometimentos
DOENÇAS ENDOCRINOLÓGICAS	Diabete Mellitus (Tipo1): Crianças com condição insulino dependente devido a DM1.	Receita de insulina e/ou dosagem de hemoglobina glicada alterada





**Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria de Saúde**



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

Av. Ipiranga 6402 - Porto Alegre/RS

51 3901 1111 cevs@saude.rs.gov.br

