



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

Sapucaia do Sul, 23 de julho de 2021

NOTA TÉCNICA COMPLEMENTAR

Considerando a dinâmica municipal de imunizações, complementamos a NOTA TÉCNICA emitida em 21 de julho de 2021.

1) ADOLESCENTES COM COMORBIDADES

Além da imunização dos adolescentes com as patologias já listadas na nota técnica, neste primeiro momento, estamos inserindo a população portadora de AUTISMO SEVERO, com idade de 12 a 18 anos. Com diagnóstico médico de autismo e com autodeclaração de severidade do caso.

2) SEGUNDA DOSE(D2) ASTRAZENECA

Permanece a informação da Nota anterior.

3) D2 CORONAVAC

Devido a grande procura deste imunizante, iremos ampliar as unidades que irão administrar o imunizante. Na terça-feira, dia 27/07/21 e na quinta-feira dia 29/07/2021, as unidades Nova Sapucaia, Vila Vargas e Primor estarão com agenda aberta para D2 coronavac para quem recebeu D1 até 14/07/2021. Serão oferecidas 100 doses para cada unidade.

4) D1 ASTRAZENECA, PFIZER e JANSSEN

A partir desta data os agendamentos de D1 de qualquer imunizante terá como idade mínima 25 anos+ independente de comorbidades.





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/sapucaiaadosul D1 = Idade 25 anos+ independente de comorbidades. D2 = para quem fez D1 até 22/5
27/julho – Terça-feira (500 doses)	D2 – CORONAVAC Unidades: Centro / Nova Sapucaia / Vargas / Primor	Agendamento realizado pelo site: www.minhaagendavirtual.com.br/sapucaiaadosul <u>D1 até 14/07</u>
27/julho – Terça-feira 200doses (100+100)	D1 – PFIZER ESF CASAS ESF JOÃO BARRO	Agendamento realizado pelo site: www.minhaagendavirtual.com.br/sapucaiaadosul Adolescentes de 12 a 18 anos com comorbidades + autismo severo
27/julho Terça-feira 1500 doses	D1 – Coronavac/PFIZER UBS CENTRO Das 18 as 22h	Agendamento realizado pelo site: www.minhaagendavirtual.com.br/sapucaiaadosul Idade 25 anos+ independente de comorbidades.
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/sapucaiaadosul D1 = Idade 25 anos+ independente de comorbidades. D2 = para quem fez D1 até 22/5
29/julho – Quinta-feira (500 doses)	D2 – CORONAVAC Unidades: Centro / Nova Sapucaia / Vargas / Primor	Agendamento realizado pelo site: www.minhaagendavirtual.com.br/sapucaiaadosul Para todos que fizeram D1 até dia 14/07/2021





Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria de Saúde

30/julho – Sexta-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/sapucaiaidosul D1 = Idade 25 anos+ independente de comorbidades. D2 = para quem fez D1 até 22/5
---	---	---

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 ^o . Laércio Kerber Assessor Superior da SMS
Enfa. Flavia Motta Coordenadora de Atenção Primária	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

