



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

Sapucaia do Sul, 25 de maio de 2021

NOTA TÉCNICA – VACINA COVID19 – PFIZER

Considerando que o município de Sapucaia do Sul receberá um quantitativo de 1.200 doses da vacina da PFIZER, no dia 01/06/2021 e que tal vacina exige um protocolo diferenciado para administração e armazenamento, a Comissão Municipal de imunização apresenta sua nota técnica, que ordenará a administração do imunizante no município, obedecendo critérios técnicos definidos pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

A partir do dia 25/05/2021 todas as unidades de saúde do município terão acesso a uma planilha, que será disponibilizada no GOOGLE DRIVE, onde poderão agendar seus usuários, que preencham os critérios técnicos definidos para esta etapa da campanha de imunizações.

O usuário poderá solicitar agendamento através do WhatsApp da unidade de saúde, ou presencialmente por ele ou seu representante. Como já vem acontecendo na administração das outras vacinas. O diferencial é que nesta etapa, considerando que as vacinas recebidas devem ser administradas em no máximo 5 dias, e que a diluição e administração do imunizante exige uma capacitação dos (a) vacinadores(a), a Vigilância em saúde irá disponibilizar sua equipe para vacinar os interessados - APENAS na UBS CENTRO.

FAIXA ETÁRIA E PÚBLICO-ALVO DESTA ESTRATÉGIA:

- Pessoas com deficiência permanente (BPC), em faixa etária a partir de 18 anos;
- Gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto), com liberação escrita de seu médico (a).
- Pessoas maiores de 18 anos com comorbidades – cfe lista anexa.

-Após atendida a priorização determinada, será avançado para grupos prioritários subsequentes, conforme o Plano Nacional de Operacionalização (PNO). Os grupos subsequentes serão agendados pela Vigilância em Saúde, incluindo a utilização da XEPA.

Atenção: a pessoa que fez a aplicação da primeira ou da segunda dose contra Covid-19 deverá esperar 15 dias para vacinar contra a Influenza.



Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria de Saúde

COMORBIDADES

1. Diabetes mellitus e utilizo medicamentos conforme receita em anexo (válida receita dos últimos 3 anos).	Medicamentos que podem constar na receita: Metformina (Glifage) ou Insulina ou Glibenclamida
2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e utilizo medicamentos conforme receita em anexo (válida receita dos últimos 3 anos).	Formoterol OU Salmeterol Budesonida OU internação prévia por crise asmática
3. Asma grave com uso de medicamento contínuo E corticoide via oral recorrente (prednisona) OU história de internação (permanência no hospital devido a asma OU necessidade de UTI devido a asma) – conforme receitas ou espirometria em anexo.	Espirometria com laudo de Doença Obstrutiva Moderada ou Grave OU Receitas de medicamentos comprovando uso de corticoide oral OU laudo médico
4. Fibrose pulmonar – conforme espirometria em anexo (sem prazo de validade).	Espirometria apresenta laudo com padrão restritivo.
5. Hipertensão Arterial e utilizo mais de três medicamentos para controle da pressão, conforme receita em anexo. Importante que a pessoa deve estar recebendo um medicamento de cada grupo (no mínimo 3 grupos) – em caso de dúvida converse com um profissional de saúde.	<ul style="list-style-type: none">• <u>Grupo 1:</u> Captopril, Enalapril, entre outros• <u>Grupo 2:</u> Propranolol, Atenolol, metoprolol• <u>Grupo 3:</u> Anlodipino• <u>Grupo 4:</u> Losartana• <u>Grupo 5:</u> Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona.• pressão arterial sistólica igual ou maior a 180 e/ou diastólica igual ou superior a 110, independentemente da presença de lesão em órgão-alvo (cérebro, coração, vasos sanguíneos, olhos, rins) ou comorbidade.• com lesão em órgão-alvo (cérebro, coração, vasos sanguíneos, olhos, rins) e/ou comorbidade. Pressão sistólica entre 140 e 179 e/ou diastólica entre 90 e 109 na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade.
6. Insuficiência Cardíaca ou o médico disse que apresento o coração grande e necessito tomar os medicamentos na receita em anexo.	Medicamentos do coração e/ou da pressão Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona Grupo 6: Furosemida (Lasix), Espironolactona
7. Cardiopatias e utilizo medicamentos presentes na lista apresentada conforme receita em anexo.	Amiodarona, Espironolactona, Varfarin/Xarelto
8. Valvopatias ou recebi indicação de cirurgia ou já realizei cirurgia para trocar a valva cardíaca.	Qualquer documento comprobatório
9. Realizei transplante de órgão ou medula conforme documento em anexo.	Documento que comprove o transplante em qualquer momento – sem data de validade.
10. Vivo com HIV.	Qualquer documento comprobatório
11. Doença reumatológica ou do sistema imune e necessito de medicamento imunossupressor contínuo conforme receita em anexo	Ciclofosfamida, Prednisona (mínimo de 10mg por dia) – receita dos últimos 6 meses
12. Tive câncer e realizei quimioterapia ou radioterapia nos últimos seis meses (após outubro de 2020).	Laudo de diagnóstico ou marcação de quimioterapia ou radioterapia com data após outubro de 2020
13. Doença renal crônica.	Qualquer documento comprobatório: 1) Para pacientes em diálise qualquer comprovante ou



Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria de Saúde

	agendamento da diálise. 2) Apresentar exame com % da função renal conforme preconizado (em atualização)
14. Doença cerebrovascular – tive um acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico conforme laudos ou documentos em anexo.	Laudo ou documento – por exemplo alta hospitalar - com descrição de AVC, AIT, Demência vascular. Laudo ou documento sem validade.
15. Obesidade mórbida com peso e altura conforme IMC superior a 40, preferencialmente trazer declaração de próprio punho anexa com peso e altura.	
16. Cirrose hepática.	Ecografia (US) com laudo de provável cirrose OU Endoscopia com varizes esofágicas
17. Infarto Agudo do Miocárdio ou possui angina e utiliza medicações de uso contínuo conforme receita em anexo.	Medicamentos em uso: clopidogrel, varfarina, nitrato, isordil. Ou documento que comprove história prévia de infarto ou angina.
18. Fibrose cística.	Documento que comprove a condição – sem data de validade
19. Síndrome de Down.	Documento que comprove a condição – sem data de validade
20. Anemia falciforme.	Documento que comprove a condição – sem data de validade
21. Sou portador de deficiência e recebo o BPC (Benefício de Prestação Continuada).	



Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria de Saúde

UNIDADES QUE ESTÃO VACINANDO

UNIDADE DE SAÚDE	TELEFONE	ENDEREÇO
ESFBELAVISTA	9924-79546-W	Rua Belo Horizonte, nº3450, Bairro Vargas
ESFBOAVISTA	3453-5187-W	Rua Pres. João Goulart, nº397, Bairro Boa Vista
ESFCAPÃO DA CRUZ	3451-5782-W	Rua Hermes da Fonseca, nº46, Bairro Capão da Cruz
ESFCARIOCA	3452-2714-W	Rua Sdralit, nº1560, Bairro Carioca
ESFCOHABCASAS	3474-2976-W	Rua Valter Neves, s/nº, Bairro Cohab
ESFCOLINA VERDE	3452-2167-W	Rua Beija Flor, s/nº, Bairro Vargas-Loteamento Colina Verde
ESFFORTUNA/COLONIAL	3451-6121-W	Rua Giruá, nº805, Bairro Fortuna
ESFFREITAS	3452-8664-W	Rua São Cristóvão, nº34, Bairro Freitas
ESFITAPEMIRIM	3452-3851-W	Travessas/denominação, nº47, Vila Trensurb-Sete
ESFJD AMERICA	3474-4483-W	Rua Waldemara Rosa, s/nº, Bairro Lombada Palmeira
ESFJOÃO DE BARRO	3450-3880-W	Avenida Theodomiro Portoda Fonseca, nº1558
ESFNATAL1 E2	3453-5886-W	Rua Ursa Maior, nº442, Bairro Vila Natal
ESFOSWALDO CRUZ/SÃO CRISTOVÃO	3451-9186-W	Rua Beira Campos, nº95, Bairro Vargas
ESFPASQUALINI	3453-5252-W	Rua Ciro Silva, s/nº, Bairro Pasqualini
ESFPRIMOR	3451-5818-W	Rua Montenegro, 23, Bairro Primor
ESFSÃO JOSÉ	3452-5636-W	Rua Santo Inácio, nº167, Bairro São José
ESFSILVA	3451-6300-W	Rua 15 de novembro, nº585, Bairro Silva
ESFTERRANOVA	3453-5221-W	Rua Heládio Medeiros de Azevedo, nº159, Bairro Piranga
ESFVARGAS	3452-7305-W	Rua Santa Luzia, nº358, Bairro Vargas
ESFVILA ALCINA	3450-3640-W	Rua Osvaldo Dias, nº128, Bairro Piranga
UBSCENTRO	3474-2921-W	Rua Nossa Senhora da Conceição esquina com Justino Camboim.
UBSCOHAB BLOCOS	3450-2242-W	Av. Alfredo Scharlau, nº334, Bairro Cohab
UBSGREISS	3453-5235-W	Rua São Miguel, 104, Bairro Capão da Cruz
UBSNOVA SAPUCAIA	3453-6070-W	Rua Dalma Sassi, nº431 – Bairro Nova Sapucaia



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

Comitê Municipal de Imunização:

Milena Weide

Laércio Kerber

Flavia Motta

Lívia Machado