



NOTA INFORMATIVA Nº 9 / 2021 – SMS

ASSUNTO: Reforço de vacinas contra COVID-19 em idosos com 70 anos ou mais e pessoas imunodeprimidas; início da vacinação de adolescentes de 12 a 17 anos.

Considerando o disposto no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (PNO), elaborado pelo Ministério da Saúde, definindo os grupos prioritários, com base em critérios de risco de desenvolvimento de formas graves da doença;

Considerando a Nota Técnica Nº 27/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, que trata da administração de dose de reforço de vacinas contra a Covid-19;

Considerando a Resolução nº 205/2021 – CIB da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás que Institui estratégias para o início da vacinação contra a COVID-19 nas faixas etárias entre 12 e 17 anos;

Considerando que o Município de Luziânia já imunizou mais de 70% da população com 18 anos ou mais; e que tem realizado busca ativa da população não vacinada dessa população; tem realizado o registro oportuno de doses para primeira dose (D1) e segunda dose (D2) e quem vem corrigindo os possíveis erros de registros;

Considerando o estoque atual de imunobiológico disponível no município, bem como o curto prazo de validade do imunizante do Laboratório Pfizer/Wyeth;

A Secretaria Municipal de Luziânia apresenta os critérios de priorização para vacinação dos grupos de pessoas para a dose de reforço da vacina contra COVID-19 e institui a estratégia para o início da vacinação nas faixas etárias entre 12 a 17 anos, a partir de 31 agosto de 2021 conforme abaixo.

CRITÉRIOS PARA DOSE DE REFORÇO

1. Idosos abrigados em instituições de longa permanência, que deverá ser administrada 6 meses após a última dose do esquema vacinal (segunda dose ou dose única), independente do imunizante aplicado, iniciando em 31/08/2021;
2. Idosos acima de 70 anos, que deverá ser administrada 6 meses após a última dose do esquema vacinal (segunda dose ou dose única), independente do imunizante aplicado, iniciando em 31/08/2021, para pessoas com 80 anos ou mais, e a evolução da faixa etária acontecerá de acordo com o quantitativo de doses em estoque.
3. Pessoas com alto grau de imunossupressão, que deverá ser administrada 28 dias após a última dose do esquema básico (segunda dose ou dose única), nas seguintes condições, que devem ser comprovadas mediante relatório médico:
 - I - Imunodeficiência primária grave.
 - II - Quimioterapia para câncer.
 - III - Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras.
 - IV - Pessoas vivendo com HIV/Aids com CD4 <200 céls/mm³.
 - V - Uso de corticóides em doses ≥ 20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por ≥ 14 dias.
 - VI - Pacientes em hemodiálise.
 - VII - Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas (reumatológicas, auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias).
 - VIII - Uso de drogas modificadoras da resposta imune, relacionadas a seguir:
 - Metotrexato
 - Leflunomida
 - Micofenolato de mofetila
 - Azatioprina
 - Ciclofosfamida
 - Ciclosporina
 - Tacrolimus
 - 6-mercaptopurina
 - Biológicos em geral (infiximabe, etanercept, humira, adalimumabe, tocilizumabe, Canakinumabe, golimumabe,
 - certolizumabe, abatacepte, Secukinumabe, ustekinumabe)
 - Inibidores da JAK (Tofacitinibe, baracitinibe e Upadacitinibe)

Obs: A vacina a ser utilizada para a dose adicional deverá ser, preferencialmente, da plataforma de RNA mensageiro (Pfizer/Wyeth) ou, de maneira alternativa, vacina de vetor viral (Janssen ou Astrazeneca).

CRITÉRIOS PARA VACINAÇÃO DE ADOLESCENTES - 12 a 17 anos

- Pessoas com deficiência permanente comprovada (documento que comprove a deficiência. Ex: passe livre, cartão de atendimento de unidade de reabilitação, laudo medico, Cartão BPC, etc.)
- Gestantes e puérperas (até 45 dias pós parto), mediante relatório médico;
- Pessoas em medidas socioeducativas;
- Demais adolescentes de 12 a 17 anos, em ordem decrescente de idade, a depender da disponibilidade dos imunizantes.

Obs: Para vacinação nas faixas etárias de 17 a 12 anos utilizar exclusivamente a vacina Comirnaty (Pfizer);

Todos os indivíduos pertencentes ao grupo ora contemplado deverão apresentar, obrigatoriamente, documento de identificação com foto, CPF **comprovante de residência em nome da pessoa a ser vacinada ou em nome dos pais ou responsável legal** e, se possuir, o Cartão Nacional de Saúde e o cartão de vacina. No caso de a pessoa não possuir comprovante de residência que atenda aos critérios acima, deverá apresentar autodeclaração de residência, conforme modelo no Anexo II.

A pessoa a ser vacinada deverá apresentar cópia do comprovante de residência e documento que comprove que o indivíduo pertence ao grupo de imunodeprimidos e, no caso de adolescentes, o documento que comprove a deficiência física permanente e laudo médico que solicita/indica a vacinação quando gestante/puérpera. A Unidade vacinadora deverá reter e arquivar as cópias dos documentos apresentados, para possíveis fins de comprovação posterior por entidade/órgãos de fiscalização.

Esclarecemos que, em relação aos relatórios e laudos médicos para a imunização de pessoas imunodeprimidas, serão aceitos o formulário constante no **anexo 1** (formulário elaborado pela SES-GO) ou outros laudos, com caligrafia legível, contendo o nome do usuário, a idade ou data de nascimento do usuário, a descrição da patologia de acordo com a tabela acima e sua respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID-10), medicamentos em uso, nome completo do médico, número do Conselho Regional de Medicina (CRM) e data de confecção do relatório.

Serão aceitos laudos / relatórios médicos de todos os serviços de saúde públicos, privados ou filantrópicos, desde que contenham as informações descritas acima, emitidos com até **12 meses** de antecedência em relação à data de administração da vacina.

O triador / vacinador deverá administrar a vacina mediante documentos



apresentados (relatório médico ou prescrição médica da vacina com a indicação da comorbidade).

Luziânia, 30 de agosto de 2021.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Marcelle", is positioned above the printed name.

MARCELLE MACHADO DE A. MELO

Secretária Municipal de Saúde

ANEXO I

FORMULÁRIO PADRÃO PARA INDICAÇÃO DE REFORÇO DA VACINA COVID-19 EM IMUNODEPRIMIDOS

Nome do paciente: _____

CPF: _____

Data de nascimento: ____/____/____ idade: _____

Prezado Profissional,

- Assinale a causa da imunodeficiência, conforme acompanhamento médico.
- No final do formulário, datar, assinar e carimbar (carimbo com nome e número de registro no CREMEGO).
- Este formulário também pode ser utilizado para versões eletrônicas com assinatura digital.

Condições associadas à Imunodepressão

- Imunodeficiência primária grave).
- Quimioterapia para câncer.
- Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras.
- Uso de corticóides em doses ≥ 20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por ≥ 14 dias.
- Pacientes em hemodiálise.
- Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas (reumatológicas, auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias).
- Uso de drogas modificadoras da resposta imune, relacionadas a seguir:
 - Metotrexato
 - Leflunomida
 - Micofenolato de mofetila
 - Azatioprina
 - Ciclofosfamida
 - Ciclosporina
 - Tacrolimus
 - 6-mercaptopurina
 - Biológicos em geral (infliximabe, etanercept, humira, adalimumabe, tocilizumabe, Canakinumabe, golimumabe,
 - certolizumabe, abatacepte, Secukinumabe, ustekinumabe)
 - Inibidores da JAK (Tofacitinibe, baracitinibe e Upadacitinibe)

Data/Carimbo/Assinatura



ANEXO II

AUTODECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,
portador do CPF _____ e RG _____,
declaro para o fim especial de receber a vacina contra Covid-19 no município de Luziânia-
GO que resido no endereço _____

conforme consta no comprovante em anexo, e que tenho ciência de que a declaração falsa
é crime previsto no Código Penal Brasileiro.

Sendo esta a expressão da verdade, sob pena da lei, firmo o presente.

Luziânia, _____ de _____ de 2021.

Assinatura
