



## **Nota Técnica Nº 0048/2021 GEDIM/DIVE/SUV/SES**

**Assunto:** Orienta as Secretarias Municipais de Saúde sobre o início da vacinação de adolescentes (12 a 17 anos de idade) e a aplicação da dose de reforço nos idosos acima de 70 anos de idade no Estado de Santa Catarina.

### **VACINAÇÃO DE ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS DE IDADE**

Conforme reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) realizada no dia 24/08/2021 foi pactuado, através da **Deliberação 180/CIB/2021**, o início da vacinação dos adolescentes de 12 a 17 anos de idade no Estado de Santa Catarina a partir do dia **1º de setembro de 2021**.

A Deliberação levou em consideração a [Lei nº 14.190, de 29 de julho de 2021](#), que altera a [Lei nº 14.124, de 10 de março de 2021](#), e define a inclusão como grupo prioritário no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 de gestantes, puérperas e lactantes, bem como de crianças e adolescentes com deficiência permanente, com comorbidade ou privados de liberdade.

Para a vacinação deste grupo, a única vacina autorizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é a do fabricante **Pfizer**, sendo que os estudos indicaram a segurança e eficácia da vacina para este público.

Desta forma, os municípios podem iniciar a vacinação contra a COVID-19 deste grupo, com as vacinas disponíveis nos estoques das Secretarias Municipais de Saúde. A continuidade da vacinação deste grupo dependerá do envio de doses por parte do Ministério da Saúde. Essas doses serão distribuídas de forma proporcional aos municípios catarinenses, conforme a estimativa do ano de 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), detalhada na **Deliberação 180/CIB/2021**.

A vacinação dos adolescentes de 12 a 17 anos de idade deve ser operacionalizada em dois grupos, sendo:

- a) Grupo Prioritário - adolescentes de 12 a 17 anos:** gestantes, puérperas, lactantes, com deficiência permanente, portadores de comorbidades e privados de liberdade;
- b) Geral - adolescentes de 12 a 17 anos:** por faixa etária.

A partir do total de doses encaminhadas pela Secretaria de Estado da Saúde, os municípios devem destinar, a cada remessa, **10%** das doses para os adolescentes do grupo prioritário e **90%** das doses para os adolescentes em geral por faixa etária.

A vacinação dos adolescentes de 12 a 17 anos por faixa etária deve ocorrer de forma escalonada, da maior para a menor idade, considerando o quantitativo de doses disponíveis.

Os adolescentes de 12 a 17 anos de idade, indígenas, quilombolas, em situação de rua e privados de liberdade serão vacinados pelas áreas que atendem essa população, a partir do envio de doses pelo Ministério da Saúde.

Dentro do grupo prioritário, são considerados indivíduos com deficiência permanente aqueles que apresentem uma ou mais das seguintes limitações:

- a) Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas;
- b) Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir;
- c) Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar;
- d) Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.

Em relação aos indivíduos portadores de comorbidades, serão considerados aqueles com as situações listadas abaixo:

- a) Diabetes mellitus e doenças metabólicas hereditárias (doença de Gaucher, mucopolissacaridoses e outras);
- b) Doenças pulmonares crônicas (asma grave, fibrose cística, fibroses pulmonares, broncodisplasias);
- c) Cardiopatias congênitas e adquiridas;
- d) Doença hepática crônica;
- e) Doença renal crônica;
- f) Doenças neurológicas crônicas (paralisia cerebral, doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; deficiência neurológica grave);
- g) Imunossupressão congênita ou adquirida (incluindo HIV/Aids, câncer, transplantados de órgãos sólidos e medula óssea e pacientes em uso de terapia imunossupressora devido à doença crônica como doenças reumatológicas e doenças inflamatórias intestinais - Crohn e colite ulcerativa);
- h) Hemoglobinopatias (anemia falciforme e talassemia maior);

- i) Obesidade grave (IMC: escore  $z > +3$ );
- j) Síndrome de down.

Para fins de comprovação da condição da deficiência permanente ou comorbidade deverão ser apresentados os seguintes documentos para a vacinação, os quais poderão ser retidos pela equipe de vacinação para fins de auditoria, podendo também ser utilizada nessa situação cópia impressa, digital ou mesmo uma fotografia do documento, no caso do comprovante original não poder ficar retido:

- a) laudo médico ou exame comprobatório que indique a comorbidade ou deficiência;
- b) comprovação de atendimento em Centro de Reabilitação ou unidade especializada;
- c) documento oficial com indicação da deficiência;
- d) cartões de gratuidade do transporte público que indique a condição de deficiência permanente;
- e) laudo emitido por nutricionista no caso de obesidade;
- f) declaração de equipe multidisciplinar, que indique a condição de deficiência ou comorbidade;
- g) autodeclaração (na ausência de outro tipo de documento) para os casos de deficiência permanente grave.

As orientações sobre a vacinação de gestantes, puérperas e lactantes estão detalhadas na **Nota Informativa nº 011/2021 - GEDIM/DIVE/SUV/SES/SC**.

A vacinação dos adolescentes de 12 a 17 anos de idade está condicionada à autorização pelos pais e/ou responsáveis legais. Caso o adolescente esteja acompanhado por um adulto responsável, a vacinação pode ser consentida por meio de uma autorização verbal deste. Caso não haja presença de um adulto responsável, a vacinação poderá ocorrer mediante apresentação de termo de assentimento devidamente preenchido e assinado pelos pais e/ou responsáveis legais, em acordo com o disposto no art.142 do Estatuto da Criança e do Adolescente (**Anexo 1**).

A aplicação das vacinas para essa população deve ser registrada, impreterivelmente, no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (Novo SI-PNI - online) no Grupo de Atendimento (pessoas de 12 a 17 anos).

## APLICAÇÃO DA DOSE DE REFORÇO EM IDOSOS ACIMA DE 70 ANOS DE IDADE E PESSOAS COM ALTO GRAU DE IMUNOSSUPRESSÃO

Conforme reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) realizada no dia 24/08/2021 foi pactuado, através da [Deliberação 187/CIB/2021](#), o início da aplicação da **dose de reforço** em idosos com mais de 70 anos de idade a partir do dia **1º de setembro de 2021**.

Da mesma forma, o Ministério da Saúde recomendou a aplicação da dose de reforço em pessoas com alto grau de imunossupressão, sendo que as orientações foram detalhadas na [Nota Técnica Nº 27/2021-SECOVI/GAB/SECOVI/MS](#). A vacinação deste grupo será iniciada em **15 de setembro de 2021**.

A dose de reforço a ser administrada nos idosos com mais de 70 anos de idade e nas pessoas com alto grau de imunossupressão é a do fabricante **Pfizer**. Caso exista a disponibilidade de outras vacinas poderão ser utilizadas, de maneira alternativa, aquelas de vetor viral como as dos fabricantes **Janssen** ou **AstraZeneca/Fiocruz**. Neste caso, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC) realizará a recomendação conforme as remessas de vacinas.

Neste momento, a aplicação da dose de reforço nos idosos com mais de 70 anos de idade pode ser iniciada considerando as doses que, porventura, estejam armazenadas nas Secretarias Municipais de Saúde. A partir do recebimento de novas remessas enviadas pelo Ministério da Saúde, a DIVE/SC realizará a orientação sobre o quantitativo destinado para a imunização de adolescentes de 12 a 17 anos de idade; para a aplicação da dose de reforço em idosos com mais de 70 anos; e pessoas com alto grau de imunossupressão.

A dose de reforço deve ser administrada nos idosos acima de 70 anos que receberam a segunda dose ou dose única da vacina, ou seja, completaram o esquema vacinal, há pelo menos 6 meses, independente do imunizante aplicado.

A vacinação ocorrerá de forma escalonada, por idade, da maior para a menor, conforme a disponibilidade de doses a serem encaminhadas pelo Ministério da Saúde, conforme detalhado abaixo:

- a) idosos de 85 anos e mais;
- b) idosos de 80 a 84 anos;
- c) idosos de 75 a 79 anos;
- d) idosos de 70 a 74 anos.

As doses da vacina serão encaminhadas aos municípios com base nos registros do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (Novo SI-PNI - online) de idosos com mais de 70 anos de idade que receberam a segunda dose ou dose única da vacina contra a COVID-19. Assim, é de fundamental importância que os municípios insiram os dados de vacinação de forma oportuna no sistema, mantendo atualizada as informações sobre as pessoas imunizadas.

Referente às pessoas com alto grau de imunossupressão, devem ser consideradas as seguintes condições:

- a) Imunodeficiência primária grave;
- b) Quimioterapia para câncer;
- c) Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras;
- d) Pessoas vivendo com HIV/Aids com CD4 <200 céls/mm<sup>3</sup>;
- e) Uso de corticoides em doses ≥20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por ≥14 dias;
- f) Uso de drogas modificadoras da resposta imune (**Anexo 2**);
- g) Pacientes em hemodiálise;
- h) Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas (reumatológicas, auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias).

Os seguintes documentos poderão ser considerados para fins de comprovação da condição (imunossuprimido):

- Cadastros já existentes nas Unidades de Saúde ou outros serviços dos municípios que comprovem a condição;
- Atestado médico ou relatório médico com a indicação da condição da pessoa, contendo a descrição do CID e prazo de validade de 1 ano para as prescrições de medicamentos de uso não controlados;
- Atestado médico ou relatório médico com a indicação da condição da pessoa;
- Prescrição médica ou exames ou receitas que deixem claro a condição da pessoa considerando o prazo de validade de 1 ano para as prescrições de medicamentos de uso não controlados.

Para os indivíduos com alto grau de imunossupressão, o intervalo para a dose de reforço deverá ser de **28 dias** após a última dose do esquema básico.

Os municípios devem manter um registro da aplicação das doses de reforço, tendo em vista que o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (Novo SI-PNI - online) ainda não foi habilitado para a inserção dessa informação. Com a habilitação, a informação deve ser inserida no Sistema.

Florianópolis, 31 de agosto de 2021.

**Gerência de Doenças Infecciosas Agudas e Imunização**  
GEDIM/DIVE/SUV/SES/SC

**Diretoria de Vigilância Epidemiológica**  
DIVE/SUV/SES/SC

# ANEXO 1 - TERMO DE ASSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS

## Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - Representante legal do menor de idade

Prezado(a) Sr.(a), o(a) menor sob sua responsabilidade poderá participar voluntariamente da vacinação contra a COVID-19 no estado de Santa Catarina, de acordo com o calendário de vacinação de adolescentes de 12 a 17 anos.

### A VACINAÇÃO

A campanha de vacinação contra a COVID-19 tem como objetivo a redução de ocorrência de casos e óbitos pela COVID-19.

Salienta-se que o risco e benefício entre a contaminação pela COVID-19 e a vacinação tem sido avaliado e os benefícios da vacinação permanecem sendo favoráveis.

Esclarece-se que, neste momento, o único imunobiológico destinado à vacinação deste público é a vacina mRNA contra a COVID-19 Pfizer, a qual possui o intervalo entre as duas doses de 12 semanas, sendo necessária a administração das duas doses para que o esquema vacinal seja considerado completo.

Para a vacinação, solicita-se que seja apresentado documento com foto no ato da vacinação para comprovação da identidade e faixa etária, além deste termo devidamente preenchido e assinado pelos pais ou responsável legal para que possa ser efetivada a vacinação.

### DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA VACINAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito sob o CPF \_\_\_\_\_ declaro que compreendi os aspectos relacionados à participação do (a) menor \_\_\_\_\_, inscrito sob o CPF \_\_\_\_\_ e sob minha responsabilidade autorizo sua vacinação.

Assinei duas vias deste termo de assentimento e estou ciente que diante do surgimento de dúvidas quanto ao processo de vacinação, poderei buscar esclarecimentos no serviço de saúde em que foi realizada a aplicação da dose. Uma via deste documento, devidamente assinada, foi deixada comigo.

Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do(a) menor.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome completo  
Assinatura

**ANEXO 2 - MEDICAMENTOS MODIFICADORES DA RESPOSTA IMUNE E DOSES  
CONSIDERADAS IMUNOSSUPRESSORAS**

|   |
|---|
| 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)  |

Fonte: Calendário SBIm de vacinação - Pacientes Especiais



## Assinaturas do documento



Código para verificação: **X86Y32GY**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



**ARIELI SCHIESSL FIALHO** em 31/08/2021 às 21:34:15

Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/03/2019 - 12:48:31 e válido até 28/03/2119 - 12:48:31.

(Assinatura do sistema)



**JOÃO AUGUSTO BRANCHER FUCK** (CPF: 060.XXX.189-XX) em 31/08/2021 às 21:37:51

Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/03/2019 - 14:42:44 e válido até 28/03/2119 - 14:42:44.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAxMzA2OTBfMTMyNzE5XzlwMjFfWDg2WTMyR1k=> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00130690/2021** e o código **X86Y32GY** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.