



Nota Técnica 21 NI-DVS-SMS Vacinação COVID-19

Data de publicação: 17/01/2022

ASSUNTO: Orientações de apoio para imunização do grupo prioritário denominado “Crianças”.

Grupo: Crianças (05 a 11 anos, 11 meses e 29 dias).

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA PARA ORIENTAÇÕES OU CONSULTAS

a. Plano Nacional de Operacionalização – 11^a edição – disponível em: [Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19 — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](#)

b. Nota Técnica nº 02/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS - disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contr-a-covid-19/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-02-2022-vacinacao-de-5-11-anos.pdf/view>

c. Plano Estadual de Imunização Infantil contra a Covid-19 - crianças de 5 a 11 anos - versão 02 - disponível em <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202201/17100154-plano-estadual-de-imunizacao-infantil-contr-a-covid-19-17-01-22.pdf>

d. INFORME TÉCNICO nº 01/2022 - SES - disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202201/17132649-informe-tecnico-crianca-comorbidades-01-22.pdf>

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE IMUNIZAÇÃO:

1. As crianças **de 05 a 11 anos com ou sem comorbidades** deverão ser vacinadas **exclusivamente** com a vacina Pfizer/BioNTech(Comirnaty®) **Pediátrica**, frasco com tampa laranja, conforme orientação da Nota Técnica 02/2022, respeitando-se o intervalo de 8 semanas entre as doses e conforme a definição municipal vigente no momento da vacinação.
2. Crianças que completarem 12 anos de idade entre a primeira e a segunda dose devem completar o esquema com a vacina pediátrica da



Pfizer/BioNTech (Comirnaty®).

3. A vacina contra covid-19 **não** deve ser administrada concomitantemente às vacinas do calendário infantil. Por precaução, é recomendado um **intervalo de 15 dias**.
4. Durante o atendimento à criança e aos seus pais/responsáveis, orientar sobre o preenchimento da **lista de presença** para que sejam preenchidos todos os itens: nome da criança, nome do pai/mãe ou responsável que estava acompanhando a criança no momento da vacinação, nro de documento de identificação (CPF/RG/CNH), contato (telefone celular) e assinatura do pai/mãe ou responsável.
5. Os pais ou responsáveis devem estar presentes manifestando sua concordância com a vacinação. Em caso de ausência de pais ou responsáveis, a vacinação deverá ser autorizada por um termo de assentimento por escrito (**ANEXO 1**).
6. Crianças de 05 a 11 anos deverão ser priorizadas na seguinte ordem, conforme NT do MS:
 - a. crianças com 5 a 11 anos com deficiência permanente ou com comorbidades (art. 13, parágrafo quinto da Lei nº 14.124, de 10 de março de 2021);
 - b. Crianças indígenas (ADPF 709) e Quilombolas (ADPF 742);
 - c. Crianças que vivem em lar com pessoas com alto risco para evolução grave de COVID-19;
 - d. Crianças sem comorbidades, na seguinte ordem sugerida: crianças entre 10 e 11 anos; crianças entre 8 e 9 anos; crianças entre 6 e 7 anos; crianças com 5 anos.
7. Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, com interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Este grupo inclui pessoas com:
 - a. Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas.



-
- b. Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo.
 - c. Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar mesmo com uso de óculos.
 - d. Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.
8. Seguir o Plano Nacional de Operacionalização (PNO): para a vacinação das **crianças com deficiência**, a orientação do Ministério da Saúde é a apresentação de:
- a. Documentos comprobatórios: laudo médico que comprove a deficiência, cartões de gratuidade no transporte público, documentos comprobatórios de atendimento em centros de reabilitação ou unidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência (p.ex.: AACD, CEREPAL, APAE, etc), documento oficial de identidade com a indicação da deficiência. O documento é válido independente da sua data.
 - b. Prontuário eletrônico (E-SUS): O prontuário clínico pode ser utilizado como comprobatório da deficiência – sem a necessidade de apresentação de outros laudos ou documentos, ou seja, não há necessidade de outra forma de arquivo ou retenção de documento em meio físico.
9. Salienta-se o cuidado com os prazos de validade da vacina pediátrica da Pfizer - de 10 semanas após o descongelamento e de 12 horas após a diluição. Conforme as recomendações da **Nota Técnica 01 NI-DVS-SMS Vacinação COVID-19**, orienta-se o registro da abertura do frasco multidose com data e horário. Caso o horário de vencimento e/ou fechamento da unidade de saúde se aproxime, integrantes da equipe devem realizar, no entorno do local de vacinação, a busca ativa de crianças aptas para a vacinação, respeitando os critérios de prioridade definidos (item 6). É de responsabilidade técnica da equipe de enfermagem e do profissional de saúde responsável pelo serviço vacinador garantir o uso eficiente de **todas** as doses sob sua guarda, bem como informar, no final do dia de trabalho, o quantitativo de doses aplicadas em



formulário da DVS/SMS/POA.

10. Seguir o Plano Nacional de Operacionalização (PNO): para a vacinação das **comorbidades**, a orientação do Ministério da Saúde é a apresentação de:

- a. Comorbidades / condições crônicas: um comprovante, seja receita, laudo de exame, relatório / laudo médico, que tenha descrito a comorbidade / condição crônica conforme lista do Quadro 1. Prazo dos documentos: Qualquer documento que comprove um diagnóstico em que não há cura conhecida pode ser válido independente da sua data.
- b. Organizar o processo de vacinação de forma a garantir a transparência em relação à comprovação das comorbidades, com estratégias que permitam consulta posterior e fiscalização dos órgãos competentes a qualquer momento - seja através de meio físico ou eletrônico.

Quadro 1 - Lista de comorbidades a serem consideradas para vacinação contra a COVID-19:

COMO REGISTRAR NO SIPNI CAMPANHA	COMORBIDADE	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
Obesidade Grave	<p>Acima do percentil 97 ou escore Z acima de 2 desvios – através das avaliações e curvas de crescimento.</p> <p>Avaliada no gráfico de estatura e peso – do respectivo sexo e faixa etária.</p> <p>Gráfico: Meninos: 5 a 19 anos https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_boys_perc_5_19years.pdf?ua=1</p> <p>Meninas: 5 a 19 anos https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_girls_perc_5_19years.pdf?ua=1</p>	<p>Atestado Médico/Declaração profissional da saúde (técnico de enfermagem, médico, enfermeiro ou nutricionista) – peso e altura colocado na Curva de IMC</p>



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
NÚCLEO DE IMUNIZAÇÕES



	Índice de massa corpórea (IMC) > 40.	
Pneumopatias Crônicas Graves	Asma Medicamentos em uso: broncodilatador de longa ação (formoterol/salmeterol) + corticoide inalatório OU Uso de corticoide sistêmico (oral) contínuo OU História prévia de internação hospitalar /UTI (após os dois anos de idade) OU Displasia Broncopulmonar Doença pulmonar obstrutiva crônica Fibrose cística Fibroses pulmonares Pneumoconioses Displasia broncopulmonar	Exame de espirometria e/ou receita de corticóide de uso contínuo ou broncodilatador de longa duração de até 12 meses antecedência OU Alta hospitalar OU Atestado Médico* com descrição clínica e justificativa para priorização na vacinação
Outros Imunodeprimidos	Doença Congênita / Rara / Genética / Autoimune Neoplasias ou outras condições que prejudiquem a resposta imunológicas no momento atual (em tratamento) Doenças reumatológicas com uso de medicamentos imunossupressores Pessoa vivendo com HIV Neoplasias ou doenças hematológicas em tratamentos ou que justifiquem imunossupressão	Atestado Médico* ou exame comprobatório da doença
Hemoglobinopatia grave	Doença Falciforme ou Talassemia Maior	Atestado médico OU hemograma e eletroforese de hemoglobina
Doença cardiovascular	Cardiopatias nas quais o quadro clínico cause comprometimento sistêmico. Insuficiência cardíaca	Atestado médico e/ou exame de imagem ou outros exames comprobatórios



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
NÚCLEO DE IMUNIZAÇÕES



	Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar Cardiopatia Hipertensiva Síndromes coronarianas Valvopatias Miocardiopatias e Pericardiopatias Doença da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas Arritmias cardíacas Cardiopatias congênitas Próteses valvares Dispositivos Cardíacos Implantados	
Doença neurológica crônica	Doença neurológica com comprometimento de deglutição ou situação que aumente risco de doença pulmonar ou doença cardiovascular. Acidente Vascular Encefálico Mielite Transversa Paralisia cerebral com descrição de limitações	Atestado médico com descrição clínica e comprometimentos
Diabete Mellitus	Diabete Mellitus (Tipo1) Crianças com condição insulino-dependente	Receita de insulina e/ou dosagem de hemoglobina glicada alterada
Doença Renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60ml/min/1,73 m ²) e/ou síndrome nefrótica.	Atestado médico com descrição clínica
Síndrome de Down	Trissomia do cromossomo 21	-
Cirrose Hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C.	Atestado médico com descrição clínica



RECOMENDAÇÕES: CONDIÇÕES CLÍNICAS

OBESIDADE

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.

Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC):

- Aferição de Peso e Altura
- Avaliação do resultado através da Curva de Crescimento
- Avaliação separadas por sexo.

$$\text{Peso em Kg} \div (\text{Altura em m})^2$$

Classificação:

Percentil	Score z	5-20 anos incompletos
>97 e ≤ 99,9	> +2 e ≤ +3	Obesidade
>99,9	> +3	Obesidade grave

Gráficos de Crescimento (disponível nos links):

<https://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/endocrinologia/graficos-decrescimento/>

Meninos: 5 a 19 anos:

https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_boys_perc_5_19years.pdf?ua=1

Meninas: 5 a 19 anos:

https://www.who.int/growthref/cht_bmifa_girls_perc_5_19years.pdf?ua=1%C2%A0

Manual de Obesidade:



[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual de Obesidade - 3a Edicao_compressed.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_de_Obesidade_-_3a_Edicao_compressed.pdf)

ASMA

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.

Guia prático de abordagem da criança e do adolescente com asma grave: Documento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/v4n1a02.pdf

DOENÇAS CONGÊNITAS - RARAS - GENÉTICAS - DOENÇAS AUTOIMUNES

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 Autoimunes: diabetes, doenças reumatológicas

Neoplasias/Câncer ou outras condições que prejudiquem a resposta imunológicas no momento atual (em tratamento)

Cardiopatas congênitas com consequências sistêmicas.

Doenças reumatológicas com uso de medicamentos imunossuppressores

Pessoa vivendo com HIV

Neoplasias ou doenças hematológicas em tratamentos ou que justifiquem imunossupressão

Doença congênita/rara/genética/autoimune

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

Doença Falciforme ou Talassemia Maior

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 agravamento do quadro de COVID-19.

Cardiopatas 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.

Acidente Vascular Encefálico

Mielite Transversa

Paralisia cerebral com descrição de limitações

Pacientes acamados



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
NÚCLEO DE IMUNIZAÇÕES



DOENÇAS ENDOCRINOLÓGICAS

Diabete Mellitus (Tipo 1): Crianças com condição insulino-dependente devido a DM1.



**ANEXO 1 - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - Representante legal
do menor de idade**

DECLARAÇÃO

Eu, _____, inscrito
sob o CPF _____ declaro que compreendi os aspectos relacionados
à participação do (a) menor
_____, inscrito sob o
CPF/Cartão SUS _____ na Campanha de Vacinação contra a
Covid-19.

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

Assinatura do representante legal

Local e data