



Nota Técnica Nº 03/2022 Versão 03 - Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Data: 20.01.2022.

Assunto: Vacinação Crianças de 5 a 11 anos Contra a COVID 19 – **Faixa Etária acima de 10 anos.**

Avançando na vacinação pediátrica contra a COVID 19, Rio Branco reduz a faixa etária para vacinação das crianças e convoca todos os pais e/ou responsáveis a garantirem a proteção de seus filhos, maiores de 10 anos de idade.

Todas as crianças de 5 a 11 anos com comorbidades (Quadro 2) e/ou deficiência permanente (Quadro 3) terão prioridade nesta etapa em atenção à recomendação do Ministério da Saúde.

Avanço das faixas etárias:

Data	Faixa etária
17.01.22	11 anos.
20.01.22	10 anos. Comorbidades e/ou deficiência permanente (5 a 11 anos).

O andamento do processo vacinal acontece de forma decrescente à medida que a demanda na faixa etária se esgota.

Toda criança deve estar acompanhada do pai/mãe e/ou responsável legal.

Todos os pais/mães devem assinar o **Termo de Assentimento em anexo**, e receber as informações sobre possíveis reações esperadas.

Unidades de Saúde da Família (USF) disponíveis para vacinação exclusiva de crianças com horário de funcionamento das 08h às 12h e das 14 às 16 horas:

Unidade	Bairro
1. USF Manoel Bezerra	Cidade do Povo
2. USF Gentil Perdome da Rocha	Esperança
3. USF Dr. Mário Maia	Cidade Nova
4. USF Maria Áurea	Cadeia Velha
5. USF Vitória	Vitória/Regional São Francisco
6. USF Maria Verônica	Preventório



Quadro 1: Esquema vacinação COVID 19 Pediátrica.

CRIANÇAS de 5 A 11 anos - Imunizante de frasco próprio.						
Esquema Primário			Informações Técnicas			
D1	D2	Reforço	Via Administração	ML	Estabilidade	Preparação
					Frasco Fechado - FF	
					Frasco Aberto e Diluído - FA	
Pfizer Pediátrica (Frasco Laranja) - EXCLUSIVAMENTE	2 meses após D1	Não indicado	IM deltoide Agulha 25x7 ou 25x6	0,2 ml	FF - Observar prazo de validade 6 meses a temperatura entre -90 °C e -60 °C. 10 semanas de 2 °C a 8 °C. FA – 12h de 2°C a 8°C	Diluir com 1,3ml de Soro Fisiológico 0,9mg/ml (0,9%). Dispersão congelada branca a esbranquiçada. Após diluição inverta a dispersão diluída suavemente 10 vezes. NÃO agitar.



Quadro 2: Relação das comorbidades priorizadas – PNO

Grupo de Comorbidades	DESCRIÇÃO
Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes
Pneumopatias crônicas graves	Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática).
Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	HAR= Quando a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos
Hipertensão arterial estágio 3	PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade
Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com LOA e/ou comorbidade	PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo (LOA) e/ou comorbidade
Doenças Cardiovasculares	
Insuficiência cardíaca (IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária
Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)
Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)
Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras)
Miocardopatias e Pericardiopatias	Miocardopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática
Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas.	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)
Cardiopatias congênita no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos,



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL

	cardiodesfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)
Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m ²) e síndrome nefrótica.
Imunossuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV e CD4 <350 células/mm ³ ; doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.
Anemia falciforme	Anemia falciforme
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40
Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C

Fonte: Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra COVID-19.



Quadro 3: Pessoas com deficiência permanente.

Grupo prioritário	Definição	Recomendação
Pessoas com deficiência permanente	<p>Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em 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:</p> <ol style="list-style-type: none">1 - Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas.2 - Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo.3- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar mesmo com uso de óculos.4- Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc .	<p>A deficiência deverá ser preferencialmente comprovada por meio de qualquer documento comprobatório, desde que atenda ao conceito de deficiência permanente adotado nesta estratégia, podendo ser: laudo médico que indique a deficiência; cartões de gratuidade no transporte público que indique condição de deficiência; documentos comprobatórios de atendimento em centros de reabilitação ou unidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência; documento oficial de identidade com a indicação da deficiência; ou qualquer outro documento que indique se tratar de pessoa com deficiência.</p>



TERMO DE ASSENTIMENTO

Vacina contra a COVID19 para crianças de 05 a 11 anos.

É uma vacina autorizada pela ANVISA, utilizada para prevenir a doença COVID-19 provocada pelo vírus SARS-CoV-2 em indivíduos na faixa etária de 05 a 11 anos.

Eu:
Telefone:
CPF nº
RG
FILHO (A) VACINADO (A):
Data de nascimento do vacinado (a): ____/____/____ Idade: _____. Ao receber a 1ª dose da vacina pediátrica contra COVID 19, laboratório Pfizer, especifica para faixa etária de 5 a 11 anos declaro serem verdadeiras as informações clínicas, da criança, abaixo:

1. Está apresentando Sintomas Gripais nos últimos 15 dias?
() Sim () Não
2. Tomou alguma vacina nos último 15 dias?
() Sim () Não
3. Está com febre?
() Sim () Não
4. Está com sintoma gripal no momento?
() Sim () Não

Estou ciente dos principais sintomas e reações esperadas, como: dor, inchaço, vermelhidão no local da injeção, febre, fadiga, dor de cabeça, calafrios, mialgia (dor no corpo), artralgia (dor nas articulações/juntas) e linfadenopatia (“Íngua” ou gânglios aumentados) na região axilar localizada no mesmo lado do braço vacinado. Fui orientado(a) a procurar atendimento médico, caso a criança apresente dores repentinas no peito, falta de ar ou palpitações.

Assinatura do responsável pelas informações:

Data: ____/____/____