



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

RESOLUÇÃO CIB/AM Nº 292/2021 DE 14 DE DEZEMBRO DE 2021.

Dispõe sobre Orientações e recomendações sobre a vacinação do grupo de adolescentes com e sem comorbidade (12 a 17 anos) na Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, no âmbito do Estado do Amazonas.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO AMAZONAS - CIB/AM, na sua 328ª Reunião, 267ª (ordinária), realizada no dia 14.12.2021;

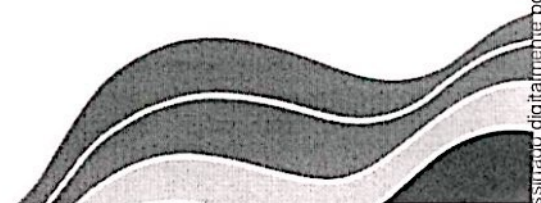
1. Considerando as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM) sobre as medidas de prevenção e controle de infecção pelo novo Coronavírus (Covid-19);
2. Considerando a Lei nº 14.190, de 29 de julho de 2021, que altera a Lei nº 14.124, de 10 de março de 2021, para determinar 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;
3. Considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990;
4. Considerando a Nota Técnica Conjunta nº 26/2021/FVS-AM/SES-AM, que orienta o Processo de interiorização da vacina Pfizer/Comirnaty, no âmbito do Estado do Amazonas;
5. Considerando que adolescentes entre 12 e 17 anos, portadores de comorbidade, compõem um grupo populacional com potencial risco de desenvolver quadro clínico grave e letalidade para a Covid-19;
6. Considerando o artigo publicado da Academia Americana de Pediatria dos Estados Unidos, "Covid-19 Vaccines in Children and Adolescents", datado de 10/08/2021, recomendando a vacinação nessa faixa etária e o relato do aumento em 84% de casos de Covid-19 em adolescentes na última semana de julho/2021 nos Estados Unidos, em virtude da predominância da variante Delta em várias regiões do País; e,
7. Considerando que a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) autorizou o uso da vacina da Pfizer contra a Covid-19 para pessoas de 12 anos a 17 anos de idade, com apresentação de estudos que indicaram a segurança e eficácia da vacina para este público.
8. Considerando o Processo Nº 01.02.017306.004672/2021-83/SIGED que dispõe sobre Orientações e recomendações sobre a vacinação do grupo de adolescentes com e sem comorbidade (12 a 17 anos) na Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, no âmbito do Estado do Amazonas;
9. Considerando o parecer favorável da Sra Radija Mary Costa de Melo Lopes, tendo em vista que o pleito já foi aprovado através da Resolução CIB/AM nº 231/2021 AD REFERENDUM de 15.09.2021.

RESOLVE

CONSENSUAR a inclusão da população de adolescentes de 12 a 17 anos portadores de comorbidades e sem comorbidades no Plano Estadual de Operacionalização da Campanha de Vacinação contra a Covid-19, no Estado do Amazonas. E ainda a inclusão das gestantes e puérperas adolescentes de 12 a 17 anos no Plano Estadual de Operacionalização da Campanha de Vacinação contra a Covid-19, no Estado do Amazonas;

Avenida André Araújo, 707 - Aleixo
Fone: (92) 3643-6300
Manaus-AM-CEP 69060-000

Secretaria de
Estado de Saúde





AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

A capital Manaus deverá iniciar a vacinação dessa população, prioritariamente pelos adolescentes com comorbidades, conforme as recomendações do PNO e seguido dos adolescentes sem comorbidade, considerando a disponibilidade de doses, conforme Nota Técnica Conjunta nº **26/2021/FVS-AM/SES-AM. Recomenda-se**, manter uma reserva estratégica de doses de vacinas para manutenção do atendimento dos adolescentes com comorbidade e outros grupos prioritários, com a finalidade de assegurar a equidade da vacinação nesses grupos;

Devido às questões logísticas e operacionais específicas do imunobiológico Pfizer, que apresenta prazo de validade de 31 dias após o descongelamento das doses, os municípios do interior do estado do Amazonas deverão realizar a vacinação desse grupo, prioritariamente, iniciando pelos adolescentes com comorbidades, conforme as recomendações do PNO e seguido dos adolescentes sem comorbidade, sendo que as doses para essa população, serão destinadas aos municípios que já cumpriram a cobertura vacinal de pelo menos **80% da vacinação de primeira dose da população acima de 18 anos** que deverá ser programada de forma escalonada decrescente (17 a 12 anos), de acordo com a disponibilidade de vacinas;

O registro das doses aplicadas nos adolescentes com comorbidade deverá ser realizado no SIPNI Campanha, no grupo comorbidades, conforme orientação no Anexo 1. E para os adolescentes sem comorbidade inicialmente será registrado no google forms da FVS-RCP, conforme o fluxo habitual e posteriormente será incluído no SI-PNI.

Esta Resolução será publicada no Diário Oficial do Estado do Amazonas sem seus anexos, os quais poderão ser consultados no site www.saude.am.gov.br/cib/index.php.

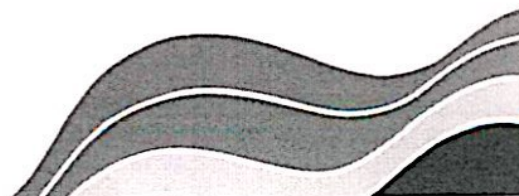
Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Amazonas, em Manaus, 14 de dezembro de 2021.

Franmartony Oliveira Firmo
Presidente do COSEMS/AM

Anoar Abdul Samad
Coordenador da CIB/AM

HOMOLOGO as decisões contidas na Resolução CIB/AM Nº 292/2021, datada de 14 de dezembro de 2021, nos termos do Decreto de 28.06.2021.

ANOAR ABDUL SAMAD
Secretário de Estado de Saúde





AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

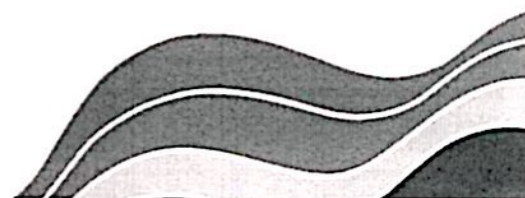
ANEXO I

Lista de algumas comorbidades a serem consideradas para a vacinação contra a Covid-19 de adolescentes de 12 a 17 anos:

Registro no SI-PNI	Comorbidade	Documento Comprobatório
Obesidade	Obesidade Acima do percentil 97 ou escore Z acima de 2 desvios – através das avaliações e curvas de crescimento na Cademeta da Criança e Adolescentes. Avaliada no gráfico de estatura e peso – do respectivo sexo e faixa etária. ou Índice de Massa Corpórea (IMC) > ou = 30Kg.m ² (15-17 anos)	Laudo ou Atestado Médico/Declaração de um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista) – Peso e altura colocando na curva de IMC.
Pneumopatias Crônicas Graves	Asma Medicamentos em uso: broncodilatador de longa ação + corticoide inalatório; Uso de corticoide sistêmico (oral) contínuo; História prévia de internação hospitalar /UTI (após os dois anos de idade); Displasia Broncopulmonar. Outras doenças crônicas pulmonares moderadas ou severas.	Exame de espirometria e/ou receita de corticóide de uso contínuo ou broncodilatador de longa duração/Declaração de Alta hospitalar - Laudo ou Atestado Médico com descrição clínica e justificativa para priorização na vacinação
Outras Condições de Imunossupressão	Doença Congênita/Rara/Genética/Autoimune Neoplasias ou outras condições que prejudiquem a resposta imunológica. Doenças reumatológicas com uso de medicamentos imunossupressores. Pessoa vivendo com HIV. Neoplasias ou doenças hematológicas em tratamentos ou que justifiquem imunossupressão. Outras doenças imunodepressoras, conforme indicação médica.	Laudo ou Atestado Médico/exame comprobatório da doença
Hemoglobinopatia grave	Doença Anemia Falciforme ou Talassemia Maior	Laudo ou Atestado médico e / ou exames comprobatórios
Doença cardiovascular	Cardiopatias nas quais o quadro clínico cause comprometimento sistêmico. Cardiopatias congênitas com consequências sistêmicas.	Laudo ou Atestado médico /Receita
Doença neurológica crônica	Doença neurológica com comprometimento de deglutição ou situação que aumente o risco de doença pulmonar ou doença cardiovascular.	Laudo ou Atestado médico

Avenida André Araújo, 707 - Aleixo
Fone: (92) 3643-6300
Manaus-AM-CEP 69060-000

Secretaria de
Estado de Saúde





AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

	Acidente Vascular Encefálico Mielite Transversa Paralisia cerebral com descrição de limitações. Hidrocefalias e Mielomeningoceles (MM). Doença neurológica incapacitante	
Diabete Mellitus	Diabete Mellitus (Tipo1) Crianças com condição insulino-dependente	Laudo ou Atestado médico/ Prescrição de insulina ou de medicamentos
Transtorno do Espectro Autista	Transtorno do Espectro Autista	Documento que comprove a condição.
Síndrome de Down	Síndrome de Down	Documento que comprove a condição ou autodeclaração.
Portador de deficiência	Portador de deficiência, conforme as diretrizes recomendadas pelo PNO	Documento que comprove a condição da deficiência/autodeclaração da condição/ Benefício de Prestação Continuada.
Doença renal crônica	Portador de deficiência, conforme as diretrizes recomendadas pelo PNO	Documento do Benefício de Prestação Continuada
Transplantados	Transplantados, conforme as diretrizes recomendadas pelo PNO.	Laudo ou Atestado médico.

Observação: Em virtude de estudos limitados nessa faixa etária, é importante a identificação e o acompanhamento de possíveis alterações e/ou intercorrências relacionadas a vacinação, em caso de eventos adversos associada a vacinação contra a covid-19, deverão ser notificados no e-SUS Notifica (<https://notifica.saude.gov.br>) e acompanhados com relação a sua evolução.

