

RESOLUÇÃO Nº 169/2021

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº 185-P, de 24 de agosto de 1993.

Considerando a Portaria GM/MS nº 356, de 11 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, e estabelece as medidas para enfrentamento da emergência internacional decorrente do Coronavírus (COVID-19);

Considerando o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, como medida adicional de resposta ao enfrentamento da doença, tida como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) mediante ações de vacinação nos três níveis de gestão;

Considerando o Plano Operacional da Estratégia de Vacinação contra a COVID-19 do Espírito Santo, como medida adicional de resposta ao enfrentamento da doença no Estado;

Considerando a Nota Técnica Nº 27/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS de 26/08/2021, em que o Programa Nacional de Imunizações orienta a administração de dose de reforço de vacinas contra a Covid-19;

Considerando que o avanço da vacinação contra a Covid-19 no estado do Espírito Santo já reduziu de maneira significativa a ocorrência de casos graves e óbitos pela Covid-19;

Considerando que os indivíduos com alto grau de imunossupressão apresentaram menor proteção pelo esquema padrão da vacinação aos mais diversos tipos de imunizantes;

Considerando o Decreto nº 1817-S, de 31 de agosto de 2021, que designa JOSÉ MARIA JUSTO, para responder pelo Secretário de Estado da Saúde, no período de 1º a 15 de setembro de 2021.

RESOLVE:

Art. 1º- Aprovar "*ad referendum*" uma dose de reforço da vacina Covid-19 para os indivíduos com alto grau de imunossupressão, que deverá ser administrada 28 dias após a última dose do esquema vacinal (segunda dose ou dose única), independente do imunizante aplicado, conforme abaixo:

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 corticoides em doses ≥ 20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por ≥ 14 dias.

VI - Uso de drogas modificadoras da resposta imune, conforme anexo único.

VII - Pacientes em hemodiálise.

VIII- Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas (reumatológicas, auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias).

§1º - A vacina a ser utilizada para a dose de reforço deverá ser, preferencialmente, da plataforma RNA mensageiro (Pfizer/BioNTech) ou, de maneira alternativa, vacina de vetor viral (Janssen ou Astrazeneca).

Art. 2º - Como comprovação para a vacinação deverá ser apresentado um dos documentos abaixo relacionados, além do documento de identificação com foto:

- I. Laudo médico indicando a comorbidade;
- II. Declaração do enfermeiro do serviço de saúde onde o usuário faz tratamento indicando a comorbidade.

§ 1º: Adicionalmente, poderão ser utilizados os cadastros já existentes dentro das Unidades de Saúde.

§ 2º: A data do documento comprobatório deverá ser de 2018 em diante, ou seja, dos últimos 3 (três) anos, para condições permanentes e 90 dias para condições adquiridas e transitórias. Os serviços de vacinação deverão reter a cópia.

Art. 3º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória, 08 de setembro de 2021.

JOSÉ MARIA JUSTO
Assinado digitalmente
por JOSÉ MARIA JUSTO
Data: 2021.09.08
10:45:04 -0300

JOSÉ MARIA JUSTO
Secretário de Estado da Saúde - respondendo
Presidente da CIB/SUS-ES

CATIA CRISTINA VIEIRA
Assinado de forma digital por
CATIA CRISTINA VIEIRA
LISBOA:02004870788
Dados: 2021.09.08 11:34:06
-03'00'

CÁTIA CRISTINA VIEIRA LISBOA
Secretária Municipal de Saúde de Vila Velha
Presidente do COSEMS-ES

ANEXO ÚNICO

Drogas modificadoras da resposta imune:

Metotrexato
Leflunomida
Micofenolato de mofetila
Azatioprina
Ciclofosfamida
Ciclosporina
Tacrolimus
Mercaptopurina
Biológicos em geral (infiximabe, etanercept, humira, adalimumabe, tocilizumabe, Canakinumabe, golimumabe, certolizumabe, abatacepte, Secukinumabe, ustekinumabe)
Inibidores da JAK (Tofacitinibe, baracitinibe e Upadacitinibe)