



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

A Câmara Técnica não é deliberativa. Os itens aqui discutidos e pactuados serão avaliados na reunião da CIB e poderão ser alterados.

**CÂMARA TÉCNICA INTEGRADA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

DATA: 10 de agosto de 2021

HORÁRIO: 13h30min.

LOCAL: Virtual.

PRESENTES À REUNIÃO

SES: Lourdes de Costa Remor (CIB), João Fuck (DIVE), Eduardo Macário (SUVIS), Jane Laner Cardoso (DAPS), Anelise Alves Nunes Schons (DAPS), Marlei Pickler Debiasi (LACEN), Ariele Fialho (GEDIN), Adriana Rubini (DAPS).

COSEMS: Priscila Meira (Cosems), Maria Cristina Willemann (Cosems), Guilherme Pupo (cosems), Sandra Ribeiro de Abreu (Palhoça), Graziella (Águas Mornas), Alex Sandro (Rio do Sul), Bruna Carla Storck (Blumenau), Ariane Costa (Vigilâncias Brusque), Thais Ramos- DVS Navegantes (iPhone de Thais Ramos), Margarete Cadore (Camboriú), Arnaldo Munhoz (GASPAR), Tatiana (Correia Pinto), Marcelo Roepcke (xxx), Georgia (ITUPORANGA) Fabiana (xxx),

Coordenação: Priscila Meira

ITENS DE PAUTA

1. Projeto Piloto de Testagem por Biologia Molecular da Clamídia e Gonococo;
2. Proposta para vacinação contra COVID – 19 das pessoas de 12 a 17 anos.
3. Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional;
4. "Retificação da deliberação 054/2019 para atender a 136/2021 - repasse de recursos NASF".

1. PROPOSTA PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID – 19 DAS PESSOAS DE 12 A 17 ANOS

João Fuck, Diretor de Vigilância Epidemiológica da SES, lembra que já havia sido deliberado a vacinação da faixa etária de 12 a 17 anos após conclusão da faixa etária até 18 anos. Que seria feito um estudo pelo grupo assessor para estabelecer as diretrizes da vacinação dessa faixa etária e que seria trazida aqui para a Câmara Técnica uma proposta. Cita que trouxe uma Minuta de Deliberação para ser avaliada e coloca em tela para acompanhamento de todos. Que foi feito um estudo sobre os casos e sobre os óbitos dessa faixa etária. Lembra que a única vacina aprovada pela ANVISA até o momento para adolescentes é a Pfizer. A projeção é que se concluiria até 30 de agosto de 2021 a faixa etária de 59 a 18 anos e em setembro se iniciaria a vacinação dos adolescentes. João cita que, considerando as condições de vulnerabilidade, pela proposta se iniciaria a vacinação pelos adolescentes indígenas e quilombolas; adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas; adolescentes com comorbidades; adolescentes com alguma deficiência permanente e adolescentes gestantes, puérperas e lactantes. O número de adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas, indígenas e quilombolas são populações pequenas. As deficiências são utilizadas de acordo



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

48 com o que está no PNI. As Comorbidades, de acordo com a Sociedade Médica.
49 Todas serão especificadas. Concluídos os grupos prioritários, inicia-se a vacinação
50 por faixa etária, dos 17 aos 12 anos. A abertura de novas faixas etárias estará
51 atrelada a conclusão da faixa etária anterior. A distribuição será pela estimativa
52 populacional do IBGE de 2020. Priscila Meira (Cosems) coloca que a proposta
53 ficou bem sucinta, mas ressalta que é importante o detalhamento da Campanha,
54 talvez, por uma Nota Técnica. Priscila abre para a manifestação dos membros
55 participantes. Jane Laner Cardoso (Diretora da DAPS) com relação ao grupo das
56 comorbidades, incluir que o atestado possa ser prescrito por qualquer profissional
57 da equipe de APS se o adolescente já estiver sendo acompanhado e registrado no
58 prontuário do paciente. Anelise Alves Nunes Schons (DAPS) cita que é
59 interessante abrir para a equipe multiprofissional. João Fuck esclarece que a
60 recomendação que se avance na aplicação das primeiras doses, que se vacine
61 esse público alvo nessa faixa etária de 17 a 12 anos, mesmo sem a conclusão das
62 segundas doses. Bruna Stork (Blumenau) questiona sobre os adolescentes
63 indígenas não aldeados. Se esses não poderão ser vacinados nesses grupos
64 prioritários. E sobre as comorbidades, acredita que limitará um pouco o acesso,
65 mas se o critério está de acordo com os dados epidemiológicos, tudo bem. Outra
66 questão, se os pacientes da influenza, com pneumopatias leves, se entrarão nesse
67 grupo das comorbidades, pois acredita que procurarão por atestados. Priscila cita
68 comentários no chat a favor que se vacinem por faixa etária os adolescentes. Se
69 diabetes tipo I entra nas comorbidades metabólicas. João Fuck cita que facilitaria
70 vacinar por faixa etária, mas pensou-se em riscos e vulnerabilidades. A
71 convergência da sociedade é para se iniciar pelos 17 anos e por grupos prioritários
72 como foi citado. A proposta está aberta. Quanto aos indígenas, a recomendação é
73 vacinar todos os adolescentes indígenas como prioritários e não somente os
74 aldeados. Ariele Fialho, Gerente de Imunização da SES, refere que foi feito um
75 levantamento sobre a população dos adolescentes indígenas. Com relação ao
76 detalhamento da Campanha, é importante, sobretudo, das comorbidades. Cita que
77 será escrita uma Nota ou na Deliberação, tentando deixar o mais claro possível.
78 Geórgia no chat refere que o melhor seria vacinar por faixa etária, mas como a
79 quantidade de doses é insuficiente. Anelise Alves Nunes Schons(DAPS) lembra
80 dos imunodeprimidos, os transplantados citados pela Bruna Stork. O município
81 deve seguir a Deliberação, a pactuação da CIB. O município não pode proceder
82 diferente. Eduardo Macário, superintendente da Vigilância em Saúde da SES,
83 coloca que a discussão está ocorrendo, pois o MS ainda não modificou a PNI, nem
84 a operacionalização da vacinação dos adolescentes. Há somente uma declaração
85 do Ministro da Saúde que a vacinação dos adolescentes iniciará pelas
86 comorbidades. Menciona que a Campanha da vacinação dos adolescentes iniciará
87 em setembro. Os municípios que concluíram a faixa etária até 18 anos deverão
88 aguardar até setembro para iniciar a vacinação dos adolescentes. As doses
89 excedentes de alguns municípios estão sendo direcionadas para os municípios que
90 não concluíram a faixa etária até 18 anos. Eduardo Macário acredita que agora não
91 é o momento de discutir mais grupos prioritários. Esclarece que as comorbidades já
92 foram colocadas pelo grupo, não é qualquer patologia. Ao adolescente indígena não
93 aldeado deve ser solicitada uma declaração de que ele é indígena. Se ele já tiver
94 um documento comprobatório não é necessária a declaração de que é indígena.
95 Se há adolescente vulnerável em grau elevado, que não consegue utilizar máscara,



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

96 deve ser vacinado como grupo prioritário. Bruna Storck sugere separar uma
97 quantidade de doses (30% por exemplo) para os grupos prioritários e vacinar
98 concomitante por faixa etária. Ou reforçar a primeira semana para os grupos
99 prioritários e em seguida abrir para a faixa etária. Fabiana (de onde?) concorda que
100 separar 30% para os grupos prioritários seria a melhor opção para não restringir as
101 doses ou deixar doses paradas, aguardando a vinda dos grupos prioritários.
102 Eduardo Macário cita que a estimativa do IBGE de 2020 é de 550.000
103 adolescentes em SC. Mas, acredita que a população de adolescentes seja maior. A
104 mensagem deve constar que todos os adolescentes serão vacinados, mas, que
105 começarão pelos adolescentes mais vulneráveis. Ariele Fialho, Gerente de
106 Imunização da SES, cita que não sabe se existe uma fonte com a estimativa
107 correta da população com comorbidades. Sugere que se inicie a primeira semana
108 pelo grupo das comorbidades e os outros grupos prioritários. João Fuck cita que
109 concorda com a fala da Ariele Fialho, que se inicie a primeira semana com
110 os grupos prioritários e, em seguida, abre-se para faixa etária. Anelise Alves Nunes
111 Schons (DAPS) reforça que se inicie pelas comorbidades e grupos prioritários,
112 independente do conhecimento do número populacional. Eduardo Macário conclui
113 que o grupo da C.T. não concorda com a vacinação antecipada dos adolescentes
114 antes da conclusão da faixa etária de 18 anos que está projetado para o dia 31 de
115 agosto. Outra questão – os municípios que concluírem a sua vacinação até 18
116 anos antes de 31 de agosto, não devem iniciar a vacinação dos adolescentes antes
117 de 31 de agosto. O último ponto, Eduardo Macário coloca que o grupo a ser
118 contemplado em primeiro lugar na vacinação serão os grupos prioritários dos
119 adolescentes. Ficou consensuado as citações de Eduardo Macário.

120 **Encaminhamentos:** Levar para aprovação na CIB a proposta apresentada com as
121 sugestões aqui colocadas.

122

123 **2. INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL**

124 Adriana Rubini (DAPS) apresenta o documento de estratificação de risco
125 gestacional. Que esse documento já existia, mas em 2020 foi feita uma
126 modificação na estratificação após revisão, juntamente com a Gerência de
127 Regulação Hospitalar, Gerência de Regulação Hospitalar e Comissão Estadual de
128 Boas Práticas do Parto ao Nascimento e da área da criança e adolescente da
129 DAPS. Que alguns itens modificaram a pontuação. A somatória da pontuação
130 classifica o encaminhamento da gestante para alto risco ou outro tipo de
131 acompanhamento. Adriana Rubini coloca que foi identificado 03 estratos: baixo,
132 médio e alto risco que cumpre, antes de tudo, o objetivo de vigilância contínua
133 sobre o desenvolvimento da gestação, identificando precocemente fatores de risco
134 relacionados às características individuais da gestante, condições socioeconômicas
135 e familiares, antecedentes obstétricos e clínicos e patologias de risco atual sejam
136 elas obstétricas ou ginecológicas. A cada consulta o instrumento de estratificação
137 deverá ser revisado e o risco analisado. Este material deverá ser anexado à
138 caderneta da gestante para que possa ser apresentado por ela nos outros pontos
139 de atenção da rede de saúde. A gestante de baixo risco (risco habitual) deve ser
140 acompanhada pela equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) durante toda a
141 assistência ao pré-natal com consultas intercaladas entre médico(a) e enfermeiro(a).
142 Deve também realizar avaliação com o dentista da equipe de saúde bucal; A
143 gestante de médio risco (risco intermediário) deve ser acompanhada pela equipe



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

144 de APS durante toda a assistência ao pré-natal com consultas médicas e de
145 enfermagem. Deve também realizar avaliação com o dentista da equipe de saúde
146 bucal. A gestante de alto risco deve ser atendida pela equipe de APS e
147 referenciada para o Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) regional (ou
148 municipal) para acompanhamento por equipe multiprofissional (médico obstetra,
149 enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, entre outros). O AAE deve
150 compartilhar o cuidado com a equipe de APS por meio de elaboração e
151 monitoramento do plano de cuidados, monitoramento dos marcadores clínicos de
152 estabilização, maior vigilância para rápida identificação e intervenção ágil nas
153 intercorrências clínicas e obstétricas, realização e avaliação dos exames
154 especializados, visitas domiciliares mais frequentes e vigilantes, vinculação à
155 maternidade de alto risco de referência para o parto e nascimento e ações de rotina
156 do pré-natal descritas para todos os estratos de risco. Adriana cita também o
157 número de consultas para a idade gestacional e puerpério.

158 **Recomendado no pré-natal:**

159 Consultas mensais até a 28^a semana;

160 Consultas quinzenais da 28^a até a 36^a semana;

161 Consultas semanais da 36^a semana até o parto e nascimento.

162 **Recomendado no Puerpério:**

163 Primeira consulta: até o 10^o dia pós-parto;

164 Segunda consulta: entre o 30^o e 40^o dias pós-parto.

165 Adriana Rubini apresenta também, o fluxograma, lembrando que esse instrumento
166 será utilizado em cada consulta do pré-natal. Adriana esclarece a pontuação. A
167 cada consulta é marcada a pontuação e o dia da consulta. Até 04 pontos é
168 classificada de baixo risco. Até 09 pontos serão classificadas como médio risco e
169 acima disso, classificadas de alto risco. Jane Laner lembra que a gestante mesmo
170 indo para atenção especializada, ela é da APS. Arnaldo (xxx) ressalta a
171 importância em trabalhar com a Regulação, sobretudo no TFD. Anelise (DAPS) cita
172 que ficou bem claro as modificações e o detalhamento, os critérios. Com relação à
173 Rede Cegonha, como fica o protocolo, questiona Tatiana (Correia Pinto). Jane
174 esclarece que será divulgado nos Comitês Regionais da Rede Cegonha. O acesso
175 é 100% regulado.

176 **Encaminhamentos:** Levar para a CIB como informe.

177

178 **3. "RETIFICAÇÃO DA DELIBERAÇÃO 054/2019 PARA ATENDER A 136/2021 - REPASSE DE**
179 **RECURSOS NASF".**

180 Jane Laner Cardoso apresenta a retificação 054/2019 para atender a Deliberação
181 136/2021 que fará o repasse do recurso do NASF. Essa Deliberação dispõe sobre
182 o orçamento da APS e do fortalecimento da APS. A sugestão é alteração do Art. 6^o
183 que é a Equipe NASF que fica Equipe Multiprofissional. Também há um Art. 13^o,
184 mas não é necessário modificar a Nota Técnica, pois não fala das equipes dos
185 NASFs.

186 **Encaminhamentos:** Levar para a CIB para a retificação.

187

188 **4. PROJETO PILOTO DE TESTAGEM POR BIOLOGIA MOLECULAR DA CLAMÍDIA E**
189 **GONOCOCO**

190 João Fuks, Diretor de Vigilância Epidemiológica da SES, passa para Flávia da
191 DIVE apresentar o projeto piloto. Informa que o projeto teve início no fim de 2019



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

192 pelo Ministério da Saúde com a implantação de uma Rede Nacional de diagnóstico
193 de Clamídia e Gonococo. Foi feito no início a seleção dos laboratórios e aqui em
194 SC ficou o LACEN. A DIVE ficou de organizar com os municípios a implantação do
195 Projeto Piloto. Aqui em SC são 10 municípios. Cita que a Clamídia e o Gonococo
196 são as infecções sexualmente transmissíveis mais freqüentes, sobretudo em
197 mulheres, com diagnóstico tardio, resultando em seqüelas. Chapecó, Videira, Itajaí,
198 Florianópolis, Criciúma, Blumenau, Joaçaba, Joinville, Mafra e Lages são os
199 municípios selecionados que participarão do projeto piloto. Já foi apresentado o
200 projeto para os municípios. O LACEN participou do ofício encaminhado para os
201 municípios. A projeção é que chegam a 4.500 testes para SC. Os testes serão
202 enviados para análise no LACEN. Os testes serão encaminhados pelo MS
203 juntamente com os kits de coleta. O público alvo, inicialmente, serão os usuários da
204 profilaxia pré-exposição ao HIV, as gestantes, pessoas com diagnósticos recentes
205 de HIV e pessoas atendidas nos sítios do Projeto sem Gono ou DST. Priscila Meira
206 (Cosems) questiona sobre os critérios de seleção dos municípios. Flávia informa
207 que o MS encaminhou 14 municípios já elencados e SC ficou com 10. Flávia
208 acredita que os 04 excluídos, talvez, por questões estruturais. Marlei Pickler De Biasi
209 (LACEN) refere que o LACEN está montando essa Rede juntamente com a
210 DIVE/DST/AIDS. Os insumos serão todos recebidos do MS e o LACEN entra com a
211 parte técnica. Marlei esclarece que a urina será coletada no pote normal de coleta
212 de urina e depois essa urina será transferida para um tubo de coleta. Seria bom
213 que houvesse o acesso ao GAL – Gerenciador de Ambiente Laboratorial.

214
215
216

LOURDES DE COSTA REMOR
Secretária da Comissão Intergestores Bipartite