



Nota Técnica Conjunta Nº 019 DIVE/DIVS/DAPS/SES

Assunto: Orientação sobre a continuidade da vacinação de gestantes e puérperas contra a Covid-19.

No dia 11/05/2021 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio do Comunicado GGMON 005/2021, recomendou a suspensão da vacinação de gestantes contra a Covid-19, com a vacina do laboratório Oxford/AstraZeneca/Fiocruz, como medida de precaução e, com base na indisponibilidade de dados mais robustos relacionados à segurança de uso dessa vacina nessa população.

Esta recomendação é resultado do monitoramento contínuo de eventos adversos das vacinas contra a Covid-19 em uso no país realizado pela Anvisa, que identificou uma suspeita de evento adverso grave envolvendo uma gestante que recebeu a vacina Oxford/AstraZeneca/Fiocruz.

O evento notificado foi um acidente vascular cerebral hemorrágico com plaquetopenia ocorrido em gestante, com óbito fetal, que está em avaliação, tendo sido considerado como possivelmente relacionado ao uso da vacina administrada na gestante.

A orientação da Anvisa, é que a indicação da bula da vacina do laboratório Oxford/AstraZeneca/Fiocruz, de que o imunizante não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica, seja seguida pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Dessa forma, o PNI, em atendimento a orientação da Anvisa, comunicou a suspensão temporária da vacinação de gestantes e puérperas com as vacinas da Covid-19 produzidas pelo laboratório Oxford/AstraZeneca/Fiocruz. De forma adicional, orientou também a suspensão temporária da vacinação de gestantes e puérperas sem comorbidades com qualquer imunizante contra a Covid-19.

Já em relação à vacinação de gestantes e puérperas com comorbidades, a vacinação deverá prosseguir com as demais vacinas Covid-19 em uso no país (Sinovac/Butantan e Pfizer), considerando que o perfil de risco/benefício da vacinação neste grupo é altamente favorável.

Dessa forma, o Estado de Santa Catarina seguirá as recomendações do PNI, sendo:

- **Suspensão temporária** da vacinação de gestantes e puérperas sem comorbidades com qualquer imunizante contra a Covid-19;
- Vacinação de gestantes e puérperas com comorbidades apenas com as vacinas contra a Covid-19 dos laboratórios **Sinovac/Butantan** e **Pfizer**.

Para a continuidade da vacinação de gestantes e puérperas com as comorbidades listadas no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, a mulher deverá comprovar a gestação ou puerpério, e a condição de risco (comorbidade) por meio de relatório médico com a prescrição da vacina Covid-19 (sugestão de modelo em anexo), após análise conjunta entre médico e paciente, da avaliação de riscos e benefícios do uso da vacina.

Salientamos a importância de que todas as gestantes que já receberam doses de vacinas contra a Covid-19 procurem manter a regularidade no seu pré-natal. Além disso, orienta-se que as equipes de Atenção Primária à Saúde dos Municípios mantenham o monitoramento das gestantes que receberam vacinas contra a Covid-19, notificando imediatamente quaisquer Eventos Adversos Pós-Vacinação.

Para as gestantes e puérperas que foram vacinadas com a primeira dose da vacina Oxford/AstraZeneca/Fiocruz, orienta-se aguardar recomendações adicionais, que serão emitidas em nota técnica pelo PNI. Para as gestantes e puérperas que foram vacinadas com a primeira dose da vacina Sinovac/Butantan ou Pfizer, recomenda-se a conclusão do esquema vacinal com a segunda dose conforme o intervalo recomendado.

Florianópolis, 12 de maio de 2021.

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DIVE/SUV/SES/SC

Diretoria de Vigilância Sanitária

DIVS/SUV/SES/SC

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

DAPS/SPS/SES/SC



Rua Esteves Júnior, 390, 1º andar - Centro – Florianópolis/SC
CEP 88015-130 – Fone/Fax: 3664-7400 - e-mail: dive@saude.sc.gov.br
www.dive.sc.gov.br



MODELO DE RELATÓRIO MÉDICO – VACINAÇÃO COVID-19

EU, _____(NOME DO MÉDICO), ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE
_____(NOME DO PACIENTE), RESIDENTE NO MUNICÍPIO (NOME DO MUNICÍPIO), É
() GESTANTE / () PUÉRPERA E VEM SENDO ACOMPANHADO PARA O TRATAMENTO DA(S)
COMORBIDADE(S) ABAIXO ASSINALADA(S):

() **CARDIOPATIAS** (Cardiopatia hipertensiva; Arritmias cardíacas; Insuficiência Cardíaca; Cor pulmonale; Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio III (PA ≥ 180x110mmHg); Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio I (PA ≥ 140-159 x 90-99mmHg) ou II (PA ≥ 160-179 x 100-109mmHg) com lesão de órgão-alvo; Cardiopatia Congênita no adulto; Valvopatias; Próteses valvares e dispositivos cardíacos implantados; Síndrome Coronariana; Miocardiopatias; Pericardiopatias; e, Doenças da Aorta ou Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas).

() **DIABETES MELLITUS.**

() **OBESIDADE GRAU III** ou mórbida (IMC igual ou superior a 40kg/m²).

() **DOENÇAS CEREBROVASCULAR** (Acidente Vascular Cerebral – Isquêmico ou Hemorrágico; Ataque Isquêmico Transitório; Demência Vascular)

() **PNEUMOPATIAS** (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).

() **DOENÇA RENAL CRÔNICA** (Doença renal crônica estágio 3 ou mais, taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m², e/ou síndrome nefrótica).

() **IMUNODEFICIÊNCIA** (transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea, pessoas que vivem com HIV/AIDS; em Quimioterapia; em uso de imunossupressores devido Doença Auto-Imune).

() **HEMOGLOBINOPATIAS GRAVES** (doença falciforme e talassemia maior)

() **CIRROSE HEPÁTICA**

Declaro, ademais, que a paciente foi informada dos riscos e benefícios da vacinação contra a Covid-19 e por decisão compartilhada, recomendo que seja realizada a vacinação contra a Covid-19.

_____(NOME DO MUNICÍPIO), _____ / _____ / _____

(carimbo com CRM e assinatura)