



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações

NOTA INFORMATIVA Nº 17/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Subsídio a Medida Cautelar, para determinar que o Governo Federal indique com clareza a ordem de preferência que está sendo observada nas distintas fases da campanha nacional de vacinação contra a covid-19.

I - ASSUNTO

Considerando a Nota Informativa nº 16/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS (0019078282), que trata das solicitações referentes ao Ofício nº 00215/2021/SGCT/AGU (0018985282), da Secretaria-Geral de Contencioso, que informa que no dia 08 de fevereiro de 2021, o Ministro Ricardo Lewandowski deferiu nova medida cautelar, desta vez para determinar que o Governo Federal indique com clareza a ordem de preferência que está sendo observada nas distintas fases da campanha nacional de vacinação contra a Covid-19.

E da Cota 00689/2021/CONJUR/MS/CGUAGU (0018996443) que segue abaixo:

"[...] determinar ao Governo Federal que divulgue, no prazo de 5 (cinco) dias, com base em critérios técnico científicos, a ordem de preferência entre os grupos prioritários, especificando, com clareza, dentro dos respectivos grupos, a ordem de precedência dos subgrupos nas distintas fases de imunização contra a Covid-19."

Apresentam-se abaixo informações, em caráter complementar à referida Nota Informativa Nº 16/2021, acerca do solicitado.

II - ANÁLISE

Ratifica-se que no Brasil, cuja população residente é de cerca de 210 milhões de habitantes, o objetivo primário da vacinação contra a covid-19 é a preservação da força de trabalho para manutenção do funcionamento dos serviços de saúde e a proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolver formas graves da doença, seguido da proteção das populações vulneráveis e expostas aos maiores impactos da pandemia da covid-19 e a preservação do

funcionamento dos serviços essenciais.

Nessa direção foram definidos os grupos prioritários para vacinação, com apoio técnico-científico de especialistas da Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis e, pautado também nas recomendações do SAGE - Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (em inglês, *Strategic Advisor Group of Experts on Immunization*) da Organização Mundial da Saúde.¹

Grupos Prioritários para Vacinação

Apresentam-se abaixo as justificativas técnicas e científicas para a ordem de priorização dos grupos elencados para vacinação contra a covid-19, conforme o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO),² por estratos populacionais.

- **Trabalhadores da saúde**

Em consonância com as recomendações do SAGE,¹ os trabalhadores da saúde, em especial os trabalhadores da linha de frente dos serviços de saúde de atendimento a casos suspeitos e confirmados de covid-19, encontram-se dentre os primeiros trabalhadores essenciais no fomento de assistência à sociedade, que correm riscos excepcionais durante uma pandemia. Além de trabalharem em prol da redução da mortalidade e a carga da doença.

Diante da indisponibilidade inicial de doses para atender a 100% dos trabalhadores da saúde na primeira etapa, o Programa Nacional de Imunizações recomendou a priorização das equipes de vacinação que estivessem inicialmente envolvidas na vacinação dos grupos; trabalhadores das Instituições de Longa Permanência de Idosos e de Residências Inclusivas; trabalhadores dos serviços de saúde públicos e privados em unidades de referência para atendimento aos casos suspeitos e confirmados de covid-19. E, seguidamente, conforme mais vacinas fossem disponibilizadas, os demais trabalhadores de saúde.

- **Pessoas Institucionalizadas: Idosos e Deficientes**

A população idosa (pessoas com 60 anos ou mais) representou mais da metade dos casos hospitalizados com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por covid-19 notificados (no SIVEP-Gripe) em 2020.

As pessoas com deficiência permanente grave apresentam diferentes barreiras para adesão de medidas não farmacológicas e, em alguns casos, problemas de acessibilidade aos serviços de saúde (maiores detalhes no grupo "Pessoas com deficiência permanente" abaixo).

Somado aos fatores de risco atrelado às condições biológicas e físicas dessas pessoas encontra-se a condição institucionalizada de moradia, que implica, muitas vezes, na dependência do cuidado de terceiros e compartilhamento de ambientes e dormitórios com pessoas em diferentes condições. Essas características representam risco potencial de disseminação do vírus da covid-19 e surtos da doença, em uma população que possui risco aumentado para desenvolver quadros graves.

- **Pessoas Idosas**

A partir de 60 anos de idade o indivíduo acometido pela covid-19 apresenta mais que o dobro do risco para hospitalização e óbito pela doença que os demais grupos (dados do SIVEP-Gripe). Estes riscos aumentam conforme aumenta a idade. A letalidade também é maior nos grupos etários mais velhos.^{3,4,5}

Em relatório produzido pelos pesquisadores do Programa de Computação Científica da Fiocruz (PROCC) , com análise do perfil dos casos hospitalizados e óbitos por SRAG por covid-19 no Brasil, notificados até agosto de 2020 (SIVEP-Gripe), identificou os seguintes sobrriscos (SR) para hospitalizações e óbitos por covid-19, segundo as faixas etária a seguir:

Faixa etária	SR de hospitalização	SR de óbito
60 a 64 anos	2,3	2,4
65 a 69 anos	3,0	3,7
70 a 74 anos	3,8	5,4
75 a 79 anos	4,8	7,7
80 a 85 anos	6,3	11,3
85 a 89 anos	7,8	14,9
90 anos e mais	8,5	18,3

Fonte: Adaptado do relatório técnico do PROCC/Fiocruz

- **Povos e comunidades tradicionais: Indígenas vivendo em terras indígenas, Ribeirinhos, Quilombolas**

A alta vulnerabilidade dos indígenas à pandemia de covid-19 se justifica por vários fatores:⁶ **a.** doenças infecciosas em grupos indígenas tendem a se espalhar rapidamente e atingir grande parte da população devido ao modo de vida coletivo e às dificuldades de implementação das medidas de distanciamento social; e **b.** populações indígenas convivem em geral com elevada carga de morbimortalidade, com o acúmulo de comorbidades infecciosas, carenciais e ligadas à contaminação ambiental, assim como doenças crônicas, aumentando o risco de complicações e mortes pela covid-19.⁷ Isso se evidencia nos dados de internação do SIVEP-Gripe, com taxa de hospitalização e letalidade superior entre indígenas em relação à população em geral. **c.** o controle da entrada do vírus em territórios indígenas, assim como o isolamento de casos suspeitos e confirmados para bloqueio de transmissão, é extremamente difícil devido à complexa logística e disponibilidade limitada de recursos; **d.** há uma evidente limitação no acesso oportuno e qualificado à rede de atenção à saúde, especialmente no caso das populações que residem em locais remotos ou distantes das capitais, exigindo capacidade de resposta diferenciada para garantir atenção integral e equânime aos povos indígenas, reduzindo os impactos da pandemia nessa população. **e.** não é custo-efetivo vacinar populações em territórios indígenas por faixas etárias, uma vez que a baixa acessibilidade aumenta muito o custo do programa de vacinação. Além disso, múltiplas visitas aumentam o risco de introdução do vírus durante a própria campanha vacinal.

À semelhança de populações indígenas, também se encontram em vulnerabilidade social os povos e comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas, de forma que o significativo impacto da pandemia para estes

grupos requer atenção, em especial com a vacinação. A transmissão de vírus nestas comunidades tende a ser bem intensa pelo grau coeso de convivência.

O controle de casos e vigilância nestas comunidades impõe desafios logísticos, de forma que a própria vacinação teria um efeito protetor altamente efetivo de evitar múltiplos atendimentos por demanda. Também se espera alta carga de morbimortalidade e ocorrência de comorbidades que acarretam em maior risco de óbitos em caso de infecção por SARS-CoV-2. Tais grupos residem em territórios com mais difícil acesso, inclusive para os serviços regulares de saúde, de forma que a resposta rápida para evitar óbitos em eventos de infecção torna-se mais difícil.

- **Pessoas com comorbidades**

Desde o início da pandemia da covid-19 foram evidenciadas algumas características potenciais para casos graves e óbito pela doença. Ao longo do curso da doença no mundo estudos identificaram fatores associados ao óbito por covid-19⁸⁻¹¹ e alguns grupos de comorbidades tiveram destaque, conforme evidenciadas no PNO.²

Dentre as comorbidades mais frequentes e associadas aos quadros graves e óbitos por covid-19, destacam-se diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) e doenças renais.⁸⁻¹¹ Na análise dos dados nacionais (SIVEP-Gripe – relatório PROCC/Fiocruz), ter diabetes mellitus representou sobrerisco (SR) de 4,2 para hospitalização e 5,2 para óbito em comparação com indivíduos sem essa condição. De maneira semelhante indivíduos com doença renal crônica tiveram SR de 3,2 para hospitalização e 5,1 para óbito.

Levantamento realizado pelo CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) identificou diferentes estudos que evidenciaram como condições fortemente associadas aos quadros graves da covid-19, a saber¹²: câncer, doença renal crônica, DPOC, doenças cardiovasculares, obesidade, gravidez, fumante, anemia falciforme, transplante de órgão sólido e diabetes mellitus.

Também foram incluídas dentre as comorbidades a cirrose hepática, cujos estudos evidenciaram maior risco para hospitalização¹³ e condição associada ao óbito por covid-19.^{14,15} Também foram considerados indivíduos com quadros e condições de imunossupressão em atividade, por se tratarem de indivíduos com comprometimento da resposta imune, logo com maior suscetibilidade para desenvolver quadros graves da covid-19, assim como os receptores de Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) que, segundo a Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea, possuem letalidade pela covid-19 cerca de 10 vezes maior que na população geral.

Incluiu-se ainda neste grupo pessoas com Síndrome de Down, que apesar de se tratar de uma deficiência foi considerado no grupo de comorbidades por se ter observado um risco significativamente aumentado de desfechos desfavoráveis pela Covid-19, decorrente de um somatório de fatores inerentes à trissomia do cromossomo 21, não apenas a presença de deficiência.

- **Pessoas com deficiência permanente**

Este grupo populacional tem encontrado diversas barreiras para adesão a medidas de proteção como uso de máscaras e distanciamento físico, principalmente cadeirantes, pessoas com deficiência visual e aqueles que

precisam de assistência para o cuidado básico.

Em atenção à Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (nº 13.146 de 6 de julho de 2015) que assegura que as pessoas com deficiência em caso de situações de risco, emergência ou calamidade pública serão consideradas vulneráveis; entendendo a vulnerabilidade das pessoas com deficiência com relação a covid-19 foi decidido, após discussão na Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis, pela inclusão deste grupo dentro dos grupos prioritários para a vacinação contra a covid-19.

Considerou-se que boa parte das pessoas com deficiência permanente dependem e/ou necessitam com muita frequência do auxílio de terceiros para execução de suas atividades diárias, necessidades de uso frequente das mãos (exploração tátil, mobilidades), em alguns casos dificuldades para maior frequência na higienização e cuidado pessoal, tratando-se também de recomendações da OMS¹⁶ e do Conselho Nacional de Saúde (CNS).¹⁷ Além disso, em recente estudo sobre casos da covid-19 em pessoas com deficiência evidenciou maior letalidade da doença neste grupo quando comparada ao grupo de pessoas sem deficiências.¹⁸

- **Pessoas em situação de rua**

As pessoas em situação de rua encontram-se entre as populações mais vulneráveis às iniquidades sociais e de saúde. No contexto da covid-19 são pessoas que, além da vulnerabilidade pela ausência de condições adequadas de moradia, higiene e alimentação, sofrem com dificuldades de acesso a recursos de medidas não farmacológicas como por exemplo as máscaras e recursos para higienização das mãos (água, sabão, álcool 70%), assim como isolamento social.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR)¹⁹ define essa população como *"grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória"*.

Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)²⁰ - *População em Situação de Rua em Tempos de Pandemia: Um Levantamento de Medidas Municipais Emergenciais* – evidenciou a fragilidade das ações e medidas de enfrentamento e prevenção da covid-19 nessa população, mapeando ações em apenas 13 capitais, destacando grandes lacunas nas medidas que se referem a centros emergenciais de serviço ou atividades específicas de orientação. Houve também maior lacuna de medidas voltadas às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas e transtornos mentais.

- **População privada de liberdade**

Trata-se de um grupo particularmente vulnerável para doenças infectocontagiosas, como demonstrado pela prevalência aumentada de infecções nesta população quando comparado com a população em liberdade (ex.: HIV, tuberculose, hepatites virais e sífilis).²¹⁻²⁵ As razões para essa vulnerabilidade são múltiplas, conforme descrito por Simooya,²¹ e incluem: baixo acesso a

serviços de saúde, superlotação e más condições de habitação, características sociodemográficas dos privados de liberdade, entre outros.

Deve-se considerar ainda que os indivíduos privados de liberdade não são um grupo desconectado do restante da sociedade. Permanece possível eventos de infecção pela interação entre indivíduos nesses estabelecimentos e funcionários dos sistemas de privação de liberdade. Uma vez que é inviável a adoção de medidas de distanciamento social efetivas nos estabelecimentos de privação de liberdade, surtos nestes locais são altamente prováveis, e raramente serão contidos pelas medidas tradicionais de controle da transmissão da covid-19.²⁶⁻²⁹

Uma eventual ocorrência de elevado número de casos nesta população pode ainda sobrecarregar os sistemas de saúde dos próprios municípios. Ademais a elevada prevalência de HIV, tuberculose e tabagismo,³⁰ aliada às barreiras de acesso aos cuidados de saúde bem como às condições insalubres de habitação poderão elevar o risco de agravamento e óbito por covid-19 na população privada de liberdade.

Desta forma, os indivíduos privados de liberdade bem como os funcionários do sistema de privação de liberdade são um grupo com elevada vulnerabilidade para infecção para covid-19 bem como para o óbito pela mesma.

- **Trabalhadores de serviços essenciais**

Define-se como *“serviços públicos e atividades essenciais aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim considerados aqueles que, se não atendidos, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população”* (Decreto Nº 10.282 de 20 de março de 2020).³¹

Para manutenção da prestação de serviços essenciais ao bem-estar e qualidade de vida aos cidadãos faz-se necessária a proteção de sua força de trabalho. Entretanto, deve-se considerar que tais profissões diferem no grau de risco ocupacional e, portanto, a necessidade de priorização em detrimento de outros estratos populacionais não se aplica de maneira uniforme.

A interpretação para priorização desses grupos deve ser cautelosa de maneira a evitar reivindicações inapropriadas de direito à vacina contra a covid-19, em um cenário de escassez do imunobiológico. A OMS¹ demonstra que, para o cenário epidemiológico de transmissão comunitária, grupos sociais e trabalhadores essenciais em níveis elevados de risco de se contaminar e transmitir infecção (seja porque não podem realizar atividades remotas ou pela natureza de seu trabalho ou por desigualdades sociais) devem ser considerados para priorização de vacinas.

Assim, elencou-se inicialmente os seguimentos abaixo dos serviços essenciais:

- **Funcionários do sistema de privação de liberdade**

Conforme explicitado acima, os funcionários dos sistemas de privação de liberdade encontram-se em contato direto com a população de alta vulnerabilidade à infecção pela covid-19 dado as condições supracitadas. Além de fazerem parte de uma força de trabalho essencial na manutenção da ordem e segurança.

- **Trabalhadores da educação**

Entendendo que o ambiente de escolas e universidades são potenciais na exposição à infecção pela covid-19, e, principalmente no ensino básico, esses profissionais possuem contato com muitos alunos simultaneamente, é de extrema relevância a vacinação dos trabalhadores da educação.

Destaca-se ainda que o fechamento das escolas no ano de 2020 impossibilitou evidências mais robustas sobre seu papel nas cadeias de transmissão. Além disso, os impactos psicossociais e socioeconômicos da interrupção das aulas ainda não puderam ser mensurados em sua totalidade.

É importante a promover a proteção dos trabalhadores da educação, principalmente em um contexto de retomada das atividades. No entanto, sua priorização não deve se dar em detrimento dos grupos de maior risco de agravar e morrer pela doença. Impende destacar ainda que os trabalhadores da educação que estiverem dentro de algumas das condições de risco agravantes da covid-19 serão priorizados nos respectivos grupos característicos.

- **Forças de segurança e salvamento e Forças Armadas**

Trata-se de profissionais responsáveis pela manutenção da ordem civil e segurança, além de essenciais no suporte para enfrentamento de calamidades públicas.

- **Trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros, transporte metroviário e ferroviário, transporte aéreo, transporte aquaviário, caminhoneiros, trabalhadores portuários e trabalhadores industriais**

Os trabalhadores de transportes coletivos ou de cargas, sejam eles terrestres, ferroviários, aéreos e aquaviários, são profissionais essenciais que influenciam diretamente a qualidade e a eficiência dos movimentos de pessoas, insumos e mercadorias a fim de suprir as necessidades básicas da população e essenciais para manutenção da economia. Assim como os trabalhadores industriais, que desempenham função de extrema importância a sociedade brasileira, impactando social e economicamente no desenvolvimento regional e macrorregional do País.

III - CONCLUSÃO

Com fulcro às justificativas supracitadas, dado o quantitativo ainda limitado na disponibilidade das vacinas para atendimento da população, o PNI ratifica a importância das doses disponibilizadas serem destinadas àqueles grupos que, inicialmente, já apresentam maior risco de exposição, complicação e óbito pela covid-19, conforme prioridades elencadas no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.

Cumpramos ratificar que a definição dos grupos prioritários para vacinação foi com base nas análises epidemiológicas, evidências científicas e nas discussões com especialistas no âmbito da Câmara Técnica Assessora em Imunização e Doenças Transmissíveis, pautadas também nas recomendações do SAGE - Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (em

inglês, *Strategic Advisor Group of Experts on Immunization*), da Organização Mundial da Saúde. E que a adoção de outras prioridades que tratam da população-alvo pode implicar no prejuízo das ações de vacinação.

IV - REFERÊNCIAS

- ¹ WHO - SAGE – World Health Organization. Strategic Advisor Group of Experts on Immunization. **Roadmap For Prioritizing Uses Of COVID-19 Vaccines In The Context Of Limited Supply**. Disponível em <https://www.who.int/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply> (Documento de 13 de novembro de 2020).
- ² BRASIL. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília; 4ªed; fev/2021. [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/29/PlanoVacinaoCovid_ed4_15fev21_cgpn1_18h05.pdf]
- ³ NOVEL, Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology et al. **The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China**. Zhonghua liu xing bing xue za zhi= Zhonghua liuxingbingxue zazhi, v. 41, n. 2, p. 145, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32064853/>
- ⁴ ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. **Taxas de mortalidade específicas por idade COVID-19**. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_30-marzo-2020.pdf
- ⁵ BRASIL. **Boletim epidemiológico especial COVID-19**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2020. https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/outubro/23/boletim_epidemiologico_covid_36_final.pdf
- ⁶ ABRASCO/ABAa. **A Covid-19 e os povos indígenas: desafios e medidas para controle do seu avanço**. Nota Técnica, em 21/03: Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/a-covid-19-e-os-povos-indigenas-desafios-e-medidas-para-controle-do-seu-avanco/45866>
- ⁷ CARDOSO AM, Resende PC, Paixao ES, Tavares FG, Farias YN, Barreto CTG, et al. Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: Contribution of InfluenzaA(H1N1)pdm09 and human respiratory syncytial viruses. PLoS ONE 2019; 14 (7): e0218925.
- ⁸ GOLD, Morgan Spencer et al. COVID-19 and comorbidities: a systematic review and meta-analysis. Postgraduate Medicine, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00325481.2020.1786964>
- ⁹ FANG, Xiaoyu et al. Epidemiological, comorbidity factors with severity and prognosis of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Aging (Albany NY), v. 12, n. 13, p. 12493, 2020. Disponível em: <https://www.aging-us.com/article/103579>
- ¹⁰ FIGLIOZZI, Stefano et al. Predictors of adverse prognosis in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. European journal of clinical investigation, p. e13362, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13362>
- ¹¹ WYNANTS, Laure et al. Prediction models for diagnosis and prognosis of covid-19: systematic review and critical appraisal. bmj, v. 369, 2020. Disponível em:

- ¹² CDC - Centers for Disease Control and Prevention. **Evidence used to update the list of underlying medical conditions that increase a person's risk of severe illness from COVID-19.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/evidence-table.html>
- ¹³ Ioannou GN, Liang PS, Locke E, et al. Cirrhosis and SARS-CoV-2 infection in US Veterans: risk of infection, hospitalization, ventilation and mortality [published online ahead of print, 2020 Nov 21]. *Hepatology*. 2020;10.1002/hep.31649. doi:10.1002/hep.31649.
- ¹⁴ Singh S, Khan A. Clinical Characteristics and Outcomes of Coronavirus Disease 2019 Among Patients With Preexisting Liver Disease in the United States: A Multicenter Research Network Study. *Gastroenterology*. 2020;159(2):768-771.e3. doi:10.1053/j.gastro.2020.04.064
- ¹⁵ Marjot T, Moon AM, Cook JA, et al. Outcomes following SARS-CoV-2 infection in patients with chronic liver disease: An international registry study [published online ahead of print, 2020 Oct 6]. *J Hepatol*. 2020;S0168-8278(20)33667-9. doi:10.1016/j.jhep.2020.09.024.
- ¹⁶ WHO - World Health Organization. **Disability considerations during the COVID-19 outbreak.** <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332015/WHO-2019-nCov-Disability-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ¹⁷ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação nº 031, de 30 de abril de 2020. **Recomenda medidas emergenciais complementares que visam a garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência no contexto da COVID-19.** Ministério da Saúde, 2020.
- ¹⁸ MACIEL E, Melo D, Delcarro J, Robaina I, Jabor P, Junior EG, Zandonade E. **Pessoas Com Deficiência e COVID-19 no estado do Espírito Santo: Entre a invisibilidade e a falta de Políticas Públicas.** Scielo, dez. 2020. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1540>
- ¹⁹ BRASIL. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a tipificação nacional de serviços socioassistenciais. p. 1-43, 2009. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.** Brasília, 23 dez. 2009.
- ²⁰ IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Nota Técnica N°74/2020 DIEST/DISOC. População em Situação de Rua em Tempos de Pandemia: Um Levantamento de Medidas Municipais Emergenciais.** Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Ministério da Economia. Brasília, 2020.
- ²¹ SIMOOYA, O. O. **Infections in prison in low and middle income countries: Prevalence and prevention strategies.** *Open Infectious Diseases Journal* , v. 4, n. SPEC. ISSUE 1, p. 33–37, 2010.
- ²² GUIMARÃES, T. et al. **High prevalence of hepatitis C infection in a Brazilian prison: identification of risk factors for infection.** *The Brazilian journal of infectious diseases : an official publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases* , v. 5, n. 3, p. 111–118, 2001.
- ²³ DOMINGUES, R. M. S. M. et al. **Prevalência de sífilis e hiv em gestantes encarceradas e incidência de sífilis congênita em crianças nascidas em prisões brasileiras.** *Cadernos de Saude Publica*, v. 33, n. 11, p. 1–15, 2017.
- ²⁴ SACCHI, F. Á. V. P. C. et al. **Prisons as reservoir for community transmission of**

tuberculosis, brazil. **Emerging Infectious Diseases**, v. 21, n. 3, p. 452–455, 2015.

²⁵ CORREA, M. E. et al. **High prevalence of treponema pallidum infection in Brazilian prisoners**. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene , v. 97, n. 4, p. 1078–1084, 2017.

²⁶ KINNER, S. A. et al. **Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19**. The Lancet Public Health , v. 5, n. 4, p. e188–e189, Apr.2020.

²⁷ GULATI, G.; DUNNE, C. P.; KELLY, B. D. **Prisons and the COVID-19 Pandemic**. Irish Journal of Psychological Medicine , p. 1–2, 2020.

²⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preparedness, Prevention and Control of COVID-19 in Prisons and Other Places of Detention**. n. March, p. 1–33, 2020.

²⁹ OLADERU, O. T. et al. **A call to protect patients, correctional staff and healthcare professionals in jails and prisons during the COVID-19 pandemic**. Health and Justice , v. 8, n. 1, p. 4–6, 2020.

³⁰ COSTA, C. R. et al. **Prevalence and associated factors with depression and anxiety in prisoners in South of Brazil**. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) , v. 47, n. 4, p. 89–94, Aug. 2020.

³¹ BRASIL. **Decreto Nº 10.282, de 20 de março de 2020**. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais.

Atenciosamente,

FRANCIELI FONTANA SUTILE TARDETTI FANTINATO
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações

LAURÍCIO MONTEIRO CRUZ
Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

ARNALDO CORREIA DE MEDEIROS
Secretaria de Vigilância em Saúde

MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA
Secretário-Executivo do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

JURANDI FRUTUOSO SILVA
Secretário-Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Brasília, 19 de fevereiro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **Francieli Fontana Sutile Tardetti Fantinato, Coordenador(a)-Geral do Programa Nacional de Imunizações**, em 19/02/2021, às 21:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lauricio Monteiro Cruz, Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis**, em 19/02/2021, às 22:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento



no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Arnaldo Correia de Medeiros, Secretário(a) de Vigilância em Saúde**, em 20/02/2021, às 16:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0019159078** e o código CRC **50BB3E19**.

Referência: Processo nº 00737.014414/2020-63

SEI nº 0019159078

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações - CGPNI
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br