

NOTA INFORMATIVA Nº 3-A / 2021 – SMS

(alteração destacada em amarelo)

ASSUNTO: Imunização contra a Covid-19 do grupo de pessoas com comorbidades, deficiência permanente, gestantes e puérperas.

Considerando o disposto no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (PNO), elaborado pelo Ministério da Saúde, definindo os grupos prioritários, com base em critérios de risco de desenvolvimento de formas graves da doença.

Considerando a Nota Técnica nº 467/2021 – CGPNI/DEITS/SVS/MS, que trata das orientações da vacinação dos grupos de pessoas com comorbidades, pessoas com deficiência permanente e gestantes e puérperas na Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, 2021.

Considerando a Nota Informativa nº10/2021 – GI – 03815, emitida pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás que disciplina a imunização da vacinação do grupo prioritário de pessoas com comorbidades, deficiência permanente, gestantes e puérperas, contra a Covid-19.

Considerando que a vacinação é medida necessária e eficaz para redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis.

A Secretaria Municipal de Luziânia apresenta os critérios de priorização para vacinação dos grupos de pessoas com comorbidades, pessoas com deficiência permanente, gestantes e puérperas:

FASE I

Início em 06 de maio de 2021 – vacinar proporcionalmente, de acordo com o quantitativo de doses recebidas pelo município:

- Pessoas com Síndrome de Down com 18 anos ou mais;
- Pessoas com doença renal crônica em terapia de substituição renal (diálise) com 18 anos ou mais;
- Gestantes e puérperas com comorbidades com 18 anos ou mais;
- Pessoas com Deficiência Permanente cadastradas no Programa de Benefício de Prestação Continuada (BPC) de 55 a 59 anos;
- Pessoas com comorbidades de 55 a 59 anos (quadro de descrição abaixo).

Todos os indivíduos pertencentes ao grupo ora contemplado deverão apresentar, obrigatoriamente, documento de identificação com foto e CPF, **comprovante de residência** e, se possuir, o Cartão Nacional de Saúde.

Orientações gerais para cada grupo:

1- PESSOAS COM SÍNDROME DE DOWN COM 18 ANOS OU MAIS:

A vacinação ocorrerá por ordem de chegada, em qualquer unidade vacinadora, sem necessidade de relatório médico.

2- PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL (DIÁLISE) COM 18 ANOS OU MAIS:

A vacinação ocorrerá por ordem de chegada, em qualquer unidade vacinadora, desde que apresente original e cópia de relatório médico ou outro documento que comprove a realização de diálise. A cópia do documento comprobatório ficará retida na unidade vacinadora.

3- GESTANTES E PUÉRPERAS COM COMORBIDADES, COM 18 ANOS OU MAIS

No caso das gestantes, a vacinação ocorrerá por ordem de chegada, em qualquer unidade vacinadora, desde que apresente cópia e original de relatório médico sinalizando a comorbidade existente e, se possível, original do cartão da gestante. A unidade reterá a cópia apresentada.

Ressalta-se que a vacinação das gestantes poderá ocorrer independentemente da idade gestacional e do tipo de vacina disponível na unidade.

No caso das puérperas, ou seja, mulheres com até 45 dias após o parto, a vacinação ocorrerá por ordem de chegada, em qualquer unidade vacinadora, desde que apresente cópia e original de relatório médico sinalizando a comorbidade existente e original e cópia de documento que comprove a data do parto. A unidade reterá as cópias apresentadas.

Ressalta-se que a vacinação das puérperas poderá ocorrer independentemente do tipo de vacina disponível na unidade e deverão ser orientadas a não interromper o aleitamento materno, nos casos da puérpera ser lactante.

4- PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PERMANENTE CADASTRADAS NO PROGRAMA DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) COM 55 a 59 ANOS

A vacinação ocorrerá por ordem de chegada, em qualquer unidade vacinadora, mediante consulta à lista oficial de beneficiários disponibilizada pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho do município de Luziânia.

5- PESSOAS COM COMORBIDADES DE 55 A 59 ANOS

A vacinação ocorrerá por ordem de chegada, em qualquer unidade vacinadora, e o indivíduo deverá apresentar cópia e original de relatório médico, formulário médico conforme descrito no **anexo 1** (formulário elaborado pela SES-GO) deste documento, ou prescrição da vacina com a indicação precisa da comorbidade. Adicionalmente, poderão ser utilizados os cadastros já existentes nas Unidades de Saúde. A unidade reterá a cópia.

O vacinado deverá guardar o documento médico, para possíveis fins de comprovação posterior por entidade/órgãos de fiscalização. Ressalta-se a importância de apresentar no ato da vacinação o documento comprobatório da comorbidade original e cópia. Os documentos comprobatórios só serão aceitos com data de até **12 meses** após serem emitidos pelo médico.

Para fins desta nota informativa, serão consideradas comorbidades as condições a seguir:

GRUPO DE COMORBIDADES	SUBGRUPO	DESCRIÇÃO	CID
Diabetes mellitus		Qualquer indivíduo com diabetes	E11 E11.0 E11.1 E11.2 E11.3 E11.4 E11.5 E11.6 E11.7 E11.8 E11.9
Pneumopatias crônicas graves		Doença pulmonar obstrutiva crônica Fibrose cística e Fibroses pulmonares Pneumoconioses Displasia Broncopulmonar Asma grave (uso recorrente de	J44 J44.0 J44.1 J44.8 J44.9 J 84.1 E 84 E84.0 E84.1 E84.8 E84.9 J63 J63.0 J63.1 J63.2 J63.3 J63.4 J63.5 J63.8 Asma grave - J45 - não será aceito apenas o CID no relatório, o mesmo deve ser detalhado

		corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática)	com as medicações usadas, internações, etc. Deve constar as informações detalhadas conforme a descrição.
Hipertensão de difícil controle ou com complicações / lesão se órgão-alvo	Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	Quando a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos	I15 - Não é aceito apenas o CID no relatório, o mesmo deve ser detalhado com as medicações usadas, internações, etc. Deve constar as informações detalhadas conforme a descrição.
	Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade	Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade	I15 - Não é aceito apenas o CID no relatório, o mesmo deve ser detalhado com as medicações usadas, internações, etc. Deve constar as informações detalhadas conforme a descrição
	Hipertensão de difícil controle ou com complicações/lesão de órgão alvo Hipertensão arterial estágio 3	PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade	I15 - Não é aceito apenas o CID no relatório, o mesmo deve ser detalhado com as medicações usadas, internações, etc. Deve constar as informações detalhadas

			conforme descrição	a
DOENÇAS CARDIOVASCULARES	Insuficiência cardíaca (IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association	I50 I50.0 I50.1 I50.9	
	Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale Crônico Hipertensão Pulmonar Primária ou Secundária	I26 I 27 I27.0 I27.1 I27.2 I27.8 I27.9	
	Cardiopatias hipertensivas	Hipertrofia Ventricular Esquerda ou Dilatação Sobrecarga Atrial e Ventricular Disfunção Diastólica e/ou Sistólica Lesões em outros órgãos- alvo	I11 I11.0 I11.9	
	Síndromes coronarianas	Angina Pectoris Estável Cardiopatias Isquêmicas Pós Infarto Agudo do Miocárdio Outras Síndromes Coronarianas	I20.0, I20.1, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I23.0, I23.1, I23.2, I23.3, I23.4, I23.5, I23.6, I23.8, I24.0, I24.8 e I24.9	
	Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico: Estenose ou Insuficiência Aórtica Estenose ou Insuficiência Mitral Estenose ou	I08 I08.0 I08.1 I08.2 I08.3 I08.8 I08.9	

		Insuficiência Pulmonar Estenose ou Insuficiência Tricúspide e outras	
Miocardopatias e Pericardiopatias		Miocardopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos Pericardite Crônica Cardiopatia Reumática	I42 I42.0 I42.1 I42.2 I42.3 I42.4 I42.5 I42.5 I42.6 I42.7 I42.8 I42.9
Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas		Aneurismas Dissecções Hematomas da Aorta e de demais grandes vasos	I71 I71.0 I71.2 I71.3 I71.4 I71.5 I71.6 I71.8 I71.9 Q25 Q25.0 Q25.1 Q25.2 Q25.3 Q25.4 Q25.5 Q25.6 Q25.7 Q25.8 Q25.9
Arritmias Cardíacas		Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)	I49 I49.0 I49.1 I49.2 I49.3 I49.4 I49.5 I49.8 I49.9
Cardiopatias congênita no adulto		Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica Crises Hipoxêmicas Insuficiência Cardíaca Arritmias Comprometimento miocárdico	Q24 Q24.0 Q24.1 Q24.2 Q24.3 Q24.4 Q24.5 Q24.6 Q24.8 Q24.9
Próteses e Valvares Dispositivo cardíacos implantados		Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas e dispositivos cardíacos implantados (marcapassos, cardio desfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média	Z95.2

		e longa permanência)	
Doenças Cerebrovasculares		Acidente Vascular Cerebral Isquêmico ou Hemorrágico Ataque Isquêmico Transitório Demência Vascular	I64 G45 F01
Doença renal crônica	Doença renal crônica, estágio 3 ou mais	Taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m ²) e/ou Síndrome Nefrótica	N18 N18.0 N18.8 N18.9
Imunossuprimidos		Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea Pessoas vivendo com HIV Doenças Reumáticas Imunomediadas Sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida Demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias Pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses Portadores de neoplasias hematológicas	Z-94 B20- B24 D47 D84 Portadores de doenças reumáticas que estão em uso de pulsoterapia ou corticoide maior ou igual a 10 mg dia precisam de um relatório com essa descrição. O mesmo para os pacientes que estão em uso de imunossupressores e os pacientes oncológicos.

Hemoglobinopatias graves		Doença falciforme Talassemia Maior	D57 D57.0 D57.1 D57.2 D57.3 D57.8 D56 D56.0 D56.1 D56.2 D56.8 D56.9
Obesidade mórbida		Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40	E66 – Não será aceito apenas o CID, sendo necessário as informações detalhadas, como o IMC
Cirrose Hepática		Cirrose Hepática Child-Pugh A, B ou C	K74 K74.0 K74.1 K74.2 K74.3 K74.4 K74.5 K74.6

Esclarecemos quanto aos relatórios e laudos médicos, serão aceitos o formulário constante no **anexo 1** (formulário elaborado pela SES-GO) ou outros laudos, com caligrafia legível, contendo o nome do usuário, a idade ou data de nascimento do usuário, a descrição da patologia de acordo com a tabela acima e sua respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID-10), nome completo do médico, número do Conselho Regional de Medicina (CRM) e data de confecção do relatório.

Serão aceitos laudos / relatórios médicos de todos os serviços de saúde públicos, privados ou filantrópicos, desde que contenham as informações descritas acima, emitidos com até **12 meses** de antecedência em relação à data de administração da vacina.

O triador / vacinador deverá vacinar mediante documentos apresentados (relatório médico ou prescrição médica da vacina com a indicação da comorbidade) e conforme cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde. A Unidade de Saúde deverá reter a cópia do documento apresentado que comprove que o indivíduo pertence ao grupo de comorbidades para possíveis fins de comprovação posterior por entidade/órgãos de fiscalização.

Luziânia, 05 de maio de 2021.

MARCELLE MACHADO DE A. MELO
Secretária Municipal de Saúde