



PREFEITURA
ALTO GARÇAS - MT
TEMPO DE CRESCER
Gestão 2021-2024

PLANO MUNICIPAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

ANEXO J

**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.**





Todas as orientações aqui contidas estão em conformidade com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra COVID-19 (4º ed.), com o Ofício Circular nº 100/2021/SVS/MS, a Nota Técnica Nº 467/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS de 26 de abril de 2021 e Ofício Circular Nº 115/2021/SVS/MS de 04 de maio de 2021.

A vacinação de pessoas na faixa etária de 18 a 59 anos de idade, segundo comorbidade e situação de saúde, será dividida em duas fases. Cada um dos grupos elencados será convocado pela unidade de saúde da área onde mora conforme o número de doses disponíveis. As unidades de saúde poderão dar seguimento à vacinação dos grupos prioritários, avançando para os grupos subsequentes, desde que assegurada a vacinação em esquema completo (D1 e D2) dos grupos anteriores, conforme as distribuições de doses da vacina pelo Ministério da Saúde e as Recomendações da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso.

Em todas as fases será solicitado documento com foto que comprove a idade, CPF, cartão SUS, cartão de vacinas e documento comprobatório em versão original para fins de vacinação. Os documentos comprobatórios de comorbidades/situação de saúde deverão ser retidos pelas unidades de saúde em sua versão original.

Para indivíduos que fazem acompanhamento pelo SUS, **poderá ser utilizado o cadastro já existente da sua unidade de referência, como comprovante que este faz acompanhamento da referida condição de saúde**, a exemplo dos programas de acompanhamento de diabéticos. Logo, a condição de saúde referida deverá estar registrada no prontuário do paciente. **Quando possível**, deve-se aproveitar a oportunidade para cadastrar os usuários ainda não cadastrados na Atenção Básica.

Aqueles que não tiverem cadastrado na Atenção Básica **deverão apresentar um comprovante** que demonstre pertencer a um dos seguimentos contemplados no grupo de comorbidades, **atendendo às definições do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO)**, podendo ser utilizado:

Laudos, declarações, prescrição médica da vacina ou relatórios médicos com descritivo ou CID da doença ou condição de saúde, CPF ou CNS do usuário, assinado e carimbado, em versão original (sugestão de declaração anexa).





FASE 1	
Grupos Prioritários	Documentos comprobatórios para fins de vacinação
Pessoas com Síndrome de Down, independentemente da idade.	<p>Cadastros já existentes na Unidade de Saúde.</p> <p>Laudo médico que indique a deficiência;</p> <p>Cartões de gratuidade no transporte público que indique condição de deficiência;</p> <p>Documentos comprobatórios de atendimento em centros de reabilitação ou unidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência;</p> <p>Documento oficial de identidade com a indicação da deficiência ou qualquer outro documento que indique se tratar de pessoa com deficiência.</p>
Pessoas com doença renal crônica em terapia de substituição renal (diálise), independentemente da idade.	<p>Laudos, declarações, prescrição médica da vacina ou relatórios médicos com descritivo ou CID da doença ou condição de saúde, CPF ou CNS do usuário, assinado e carimbado, em versão original (sugestão de declaração anexa).</p>
Gestantes e puérperas com comorbidades, independentemente da idade.	<p>Laudos, declarações, prescrição médica da vacina ou relatórios médicos com descritivo ou CID da doença ou condição de saúde, CPF ou CNS do usuário, assinado e carimbado, em versão original (sugestão de declaração anexa).</p> <p>A mulher deverá comprovar estado gestacional (ex. carteira de acompanhamento da gestante/pré-natal, laudo médico) ou fase de puerpério (ex. declaração de nascimento da criança, certidão de nascimento), e pertencer à faixa de idade recomendada para vacinação.</p>
Pessoas com comorbidades de 55 a 59 anos.	<p>Laudos, declarações, prescrição médica da vacina ou relatórios médicos com descritivo ou CID da doença ou condição de saúde, CPF ou CNS do usuário, assinado e carimbado, em versão original (sugestão de declaração anexa).</p>





Pessoas com Deficiência Permanente **cadastradas** no Programa de Benefício de Prestação Continuada (BPC) de **55 a 59 anos**.

Laudo médico que indique a deficiência;

Cartões de gratuidade no transporte público que indique condição de deficiência;

Documentos comprobatórios de atendimento em centros de reabilitação ou unidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência;

Documento oficial de identidade com a indicação da deficiência ou qualquer outro documento que indique se tratar de pessoa com deficiência.

A identificação do paciente deverá constar na lista de pessoas com deficiência cadastradas no BPC fornecida pela Secretaria Municipal de Assistência Social

FASE 2

Faixa etária para Convocação

50 a 54 anos

45 a 49 anos

40 a 44 anos

30 a 39 anos

18 a 29 anos

Grupos Prioritários

Documentos comprobatórios para fins de vacinação

Pessoas com comorbidades;

Laudos, declarações, prescrição médica da vacina ou relatórios médicos com descritivo ou CID da doença ou condição de saúde, CPF ou CNS do usuário, assinado e carimbado, em versão original (sugestão de declaração anexa).





Pessoas com Deficiência Permanente cadastradas no BPC;

Laudo médico que indique a deficiência;

Cartões de gratuidade no transporte público que indique condição de deficiência;

Documentos comprobatórios de atendimento em centros de reabilitação ou unidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência;

Documento oficial de identidade com a indicação da deficiência ou qualquer outro documento que indique se tratar de pessoa com deficiência.

A identificação do paciente deverá constar na lista de pessoas com deficiência cadastradas no BPC fornecida pela Secretaria Municipal de Assistência Social

Gestantes e puérperas independentemente de condições pré-existentes;

A mulher deverá comprovar estado gestacional (ex. carteira de acompanhamento da gestante/pré-natal, laudo médico) ou fase de puerpério (ex. declaração de nascimento da criança, certidão de nascimento), e pertencer à faixa de idade recomendada para vacinação.

Observações

A lista de pessoas com deficiência cadastradas no BPC foi fornecida pela Secretaria Municipal de Assistência Social e será consultada quando o usuário apresentar documentação que comprove a deficiência.

Verificar no quadro a seguir quais comorbidades foram incluídas como prioritárias para vacinação.





Descrição das comorbidades incluídas como prioritárias para vacinação contra a COVID-19 (Plano Nacional de Vacinação – 4º edição).

Comorbidades	Descrição
Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes
Pneumopatias crônicas graves	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).
Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	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
Hipertensão arterial estágio 3	PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade
Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade	PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade
Hipertensão arterial estágios 1 e 2	PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg
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
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária
Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)
Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)
Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras)
Miocardiopatias e Pericardiopatias	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática





Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)
Cardiopatias congênita no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressinchronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)
Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular
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.
Imunossuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV independentemente da contagem de linfócitos T-CD4+ (NOTA TÉCNICA Nº 282/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS); 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; neoplasias hematológicas.
Anemia falciforme	Anemia falciforme e talassemia maior
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40 Pacientes com obesidade poderão fazer a avaliação do IMC na unidade de saúde. A avaliação deverá ser registrada pelo profissional no prontuário do paciente, no campo de evolução, na modalidade de atendimento ambulatorial ou consulta, pois, se necessário, poderá ser consultada posteriormente.
Síndrome de Down	Trissomia do cromossomo 21
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C





<p>Síndrome de Cushing</p> <p>Lúpus eritematoso sistêmico</p> <p>Doença de Chron,</p> <p>Imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos</p> <p>Doenças que causam comprometimento pulmonar crônico</p> <p>Doenças que causam deficiências intelectuais e/ou motoras e cognitivas (como síndrome Cornélia de Lange, a doença de Huntington)</p>	<p>Encontram-se contempladas doenças raras que implicam em maior risco para os desfechos desfavoráveis da COVID-19 (p. 29 da 6ª ed. do Plano Nacional de Vacinação).</p>
---	--





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) senhor(a) _____,

inscrito(a) no CPF ou CNS sob o nº _____ / _____,

é portador de _____

Descrever a doença

CID _____.

Alto Garças, _____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do médico

Declaração em conformidade com o Ofício Circular Nº 115/2021/SVS/MS de 04 de maio de 2021.

