



NOTA ORIENTATIVA

Atualização: 04 de maio de 2021.

ASSUNTO: Orientações de apoio para imunização do grupo prioritário denominado: “Grupo com Comorbidades”.

GRUPO: Pessoas com comorbidades descritas no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (PNO).

CÁLCULO: Metodologia de Cálculo para envio de doses de vacinas para comorbidade, governo do Estado do Rio Grande do Sul, através do Núcleo de Imunizações planeja o cálculo do quantitativo de doses para o grupo prioritário de comorbidade da seguinte forma:

- 1) Base de dados: IBGE 2019
- 2) Estimativa populacional prevista entre 18 e 59 anos.
- 3) Cálculo da proporção da estimativa de comorbidades conforme grupo etário.
- 4) Cálculo da população estimada de pessoas com comorbidade para o município.
- 5) O quantitativo de doses enviado em cada remessa será proporcional à totalidade de doses enviadas para o grupo.

DOCUMENTOS BASE PARA AS ORIENTAÇÕES ou CONSULTAS:

- a. Plano Nacional de Operacionalização – 6ª edição – disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19/@/@/download/file/Plano%20Nacional%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o%20Covid-19.pdf>
- b. Nota Técnica 467/2021 – disponível em:
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202104/27181903-nota-tecnica-467-2021-cgpn-deidt-svs-ms.pdf>





Demais notas técnicas e Plano estão disponíveis em:
<https://www.conasems.org.br/confira-todas-as-edicoes-do-plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contra-a-covid-19>

Sugestão de consulta: Coronavírus - Rio Grande do Sul Hotsite
<https://coronavirus.rs.gov.br/inicial>

Imunização COVID-19 Rio Grande do Sul - Dashboard
<https://vacina.saude.rs.gov.br/>

Dashboard da Sindemia - Rio Grande do Sul <https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE IMUNIZAÇÃO:

1. **Seguir o Plano Nacional de Operacionalização (PNO):** a orientação do Ministério da Saúde é a apresentação de um comprovante, seja ele receita, laudo de exame ou qualquer outro documento comprobatório.
2. **Respeitar a autonomia do município** para organizar a sua estratégia, desde que respeitando as normas do PNO.
3. Organizar o processo de vacinação de forma a garantir a **transparência em relação a comprovação das comorbidades** com estratégias que permitam consulta posterior e fiscalização dos órgãos competentes a qualquer momento - seja através de meio físico ou eletrônico.
4. **Prazo dos documentos:** Qualquer documento que comprove um diagnóstico em que não há cura conhecida pode ser válido independente da sua data, ou seja, a validade dos documentos é variável, visto que alguns diagnósticos são permanentes.

ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO VISANDO A TRANSPARÊNCIA, FISCALIZAÇÃO E COMPROVAÇÃO DO GRUPO PRIORITÁRIO:

- a. **Prontuário eletrônico (E-SUS):** O prontuário clínico pode ser utilizado como comprobatório das comorbidades – sem a necessidade de apresentação de outros laudos ou documentos, ou seja, não há necessidade de outra forma de arquivo ou retenção.





- b. Pré-cadastro no SI-PNI: O cadastro e a habilitação dos pacientes como elegíveis para grupo de comorbidades no SI-PNI, podem ser utilizados como uma alternativa a apresentação de documentos ou exames comprobatórios. Informações no vídeo: https://www.youtube.com/watch?v=XoIoljD_7B8
- c. Declaração do usuário acompanhada de documento comprobatório, conforme ANEXO 1: considerando a heterogeneidade dos municípios gaúchos, associar a autodeclaração com a cópia do documento comprobatório pode facilitar a conferência em locais de maior fluxo de pessoas, tais como, vacinação em *drive-thru*.
- d. Outros documentos: laudos, declarações e receitas, desde que as informações prestadas sejam mínimas e suficientes conforme orientação do PNO (disponível abaixo).
- e. Não devem ser aceitos laudos ou declarações sem especificações claras das condições e comorbidades elencadas no PNO. Ou seja, **não devem ser aceitos laudos generalistas** do tipo: “Paciente apresenta comorbidade com necessidade de receber vacina”.

BUSCA ATIVA DE PACIENTES DO GRUPO PRIORITÁRIO:

Diferentes estratégias para identificação de pacientes do grupo prioritário das comorbidades.

- a. Lista de pacientes em ambulatórios específicos ou locais de atendimentos específicos.
- b. Lista de pacientes pela solicitação de medicamentos, como por exemplo:
 - i. Antidiabéticos
 - ii. Imunossupressores





ANEXO 1: DECLARAÇÃO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

Declaração de Condições de Saúde para Vacinação Contra COVID-19

Eu, _____, portador do CPF _____, com data de nascimento ____/____/____, com endereço: _____ telefone: _____

Declaro que apresento as seguintes condições de saúde a seguir e estou no grupo prioritário de vacinação contra COVID-19 definido pelo Ministério da Saúde. sou responsável pela veracidade das informações aqui prestadas e estou ciente que as informações podem ser conferidas a qualquer tempo pelos órgãos competentes.

Condição de Saúde	Sugestão de Documento comprobatório
Diabetes mellitus e <u>utilizo</u> medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Medicamentos que podem constar na receita: Metformina (Glifage) ou Insulina ou Glibenclamida
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e <u>utilizo</u> medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Formoterol OU <u>Salmeterol</u> OU Budesonida OU
Asma grave com uso de medicamento contínuo E corticóide via oral recorrente (prednisona) OU história de internação (permanência no hospital devido a asma OU necessidade de UTI devido a asma) – conforme receitas ou espirometria em anexo.	Espirometria com laudo de Doença Obstrutiva Moderada ou Grave OU Receitas de medicamentos comprovando uso de corticoide oral OU laudo médico
Fibrose pulmonar – conforme espirometria em anexo (sem prazo de validade).	Espirometria apresenta laudo com padrão restritivo.
Hipertensão Arterial e <u>utilizo</u> mais de três medicamentos para controle da pressão, conforme receita em anexo. Importante que a pessoa deve estar recebendo um medicamento de cada grupo (no mínimo 3 grupos) – em caso de dúvida converse com um profissional de saúde.	Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, <u>Metroprolol</u> Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona
Insuficiência Cardíaca ou o médico disse que apresento o coração grande e necessito tomar os medicamentos na receita em anexo.	Medicamentos do coração e/ou da pressão Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, <u>Metroprolol</u> Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona Grupo 6: Furosemida (Lasix), Espironolactona
Cardiopatas e <u>utilizo</u> medicamentos presentes na lista apresentada conforme receita em anexo.	Amiodarona, Espironolactona, <u>Varfarin/Xarelto</u>
<u>Valvopatias</u> ou recebi indicação de cirurgia ou já realizei cirurgia para trocar a <u>valva</u> cardíaca.	Qualquer documento comprobatório.
Realizei transplante de órgão ou medula conforme documento em anexo.	Documento que comprove o transplante em qualquer momento – sem data de validade.
Vivo com HIV	Qualquer documento comprobatório.
Doença reumatológica ou do sistema imune e necessito de medicamento imunossupressor contínuo conforme receita em anexo.	Ciclofosfamida, Prednisona (mínimo de 10mg por dia) – receita dos últimos 6 meses.
Tive câncer e realizei quimioterapia ou radioterapia nos últimos seis meses (após outubro de 2020).	Laudo de diagnóstico ou marcação de quimioterapia ou radioterapia com data após outubro de 2020.
Doença renal crônica	Qualquer documento comprobatório: Para pacientes em diálise qualquer comprovante ou agendamento da diálise. Apresentar exame com % da função renal conforme preconizado (em atualização).
Doença cerebrovascular – tive um acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico conforme laudos ou documentos em anexo.	Laudo ou documento – por exemplo, alta hospitalar - com descrição de AVC, AIT, Demência vascular. Laudo ou documento sem validade.
Obesidade mórbida com peso e altura conforme IMC superior a 40, preferencialmente trazer declaração de próprio punho anexa com peso e altura.	
Cirrose hepática	Ecografia (US) com laudo de provável cirrose OU Endoscopia com varizes esofágicas.
Infarto Agudo do Miocárdio ou possuo angina e <u>utilizo</u> medicações de uso contínuo conforme receita em anexo.	Medicamentos em uso: clopidogrel, varfarina, nitrato, isordil. Ou documento que comprove história prévia de infarto ou angina.
Fibrose cística	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
Síndrome de Down	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
Anemia falciforme	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
Sou portador de deficiência e recebo o BPC (Benefício de Prestação Continuada)	





LISTA DE DOCUMENTOS SUGERIDOS COMO COMPROBATÓRIOS DE ACORDO COM A COMORBIDADE:

Quadro 1. Condições de saúde e documento comprobatório (sugestão de uso acompanhando a Declaração que pode ser preenchida pelo paciente/usuário ou profissional que esteja apoiando os cuidados em saúde).

Condição de Saúde	Sugestão de Documento comprobatório
Diabetes mellitus e utilizo medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Medicamentos que podem constar na receita: Metformina (Glifage) ou Insulina ou Glibenclamida
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e utilizo medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Formoterol OU Salmeterol OU Budesonida OU
Asma grave com uso de medicamento contínuo E corticóide via oral recorrente (prednisona) OU história de internação (permanência no hospital devido a asma OU necessidade de UTI devido a asma) – conforme receitas ou espirometria em anexo.	Espirometria com laudo de Doença Obstrutiva Moderada ou Grave OU Receitas de medicamentos comprovando uso de corticoide oral OU laudo médico
Fibrose pulmonar – conforme espirometria em anexo (sem prazo de validade).	Espirometria apresenta laudo com padrão restritivo.
Hipertensão Arterial e utilizo mais de três medicamentos para controle da pressão, conforme receita em anexo. Importante que a pessoa deve estar recebendo um medicamento de cada grupo (no mínimo 3 grupos) – em caso de dúvida converse com um profissional de saúde.	Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona
Insuficiência Cardíaca ou o médico disse que apresento o coração grande e necessito tomar os medicamentos na receita em anexo.	Medicamentos do coração e/ou da pressão Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona Grupo 6: Furosemida (Lasix), Espironolactona
Cardiopatas e utilizo medicamentos presentes na lista apresentada conforme receita em anexo.	Amiodarona, Espironolactona, Varfarin/Xarelto
Valvopatias ou recebi indicação de cirurgia ou já realizei cirurgia para trocar a valva cardíaca.	Qualquer documento comprobatório.
Realizei transplante de órgão ou medula conforme documento em anexo.	Documento que comprove o transplante em qualquer momento – sem data de validade.
Vivo com HIV	Qualquer documento comprobatório.
Doença reumatológica ou do sistema imune e necessito de medicamento imunossupressor contínuo conforme receita em anexo.	Ciclofosfamida, Prednisona (mínimo de 10mg por dia) – receita dos últimos 6 meses.
Tive câncer e realizei quimioterapia ou radioterapia nos últimos seis meses (após outubro de 2020).	Laudo de diagnóstico ou marcação de quimioterapia ou radioterapia com data após outubro de 2020.
Doença renal crônica	Qualquer documento comprobatório: Para pacientes em diálise qualquer comprovante ou agendamento da diálise. Apresentar exame com % da função renal conforme preconizado (em atualização).
Doença cerebrovascular – tive um acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico conforme laudos ou documentos em anexo.	Laudo ou documento – por exemplo, alta hospitalar - com descrição de AVC, AIT, Demência vascular. Laudo ou documento sem validade.
Obesidade mórbida com peso e altura conforme IMC superior a 40, preferencialmente trazer declaração de próprio punho anexa com peso e altura.	
Cirrose hepática	Ecografia (US) com laudo de provável cirrose OU Endoscopia com varizes esofágicas.
Infarto Agudo do Miocárdio ou possuo angina e utilizo medicações de uso contínuo conforme receita em anexo.	Medicamentos em uso: clopidogrel, varfarina, nitrato, isordil. Ou documento que comprove história prévia de infarto ou angina.
Fibrose cística	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
Síndrome de Down	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
Anemia falciforme	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
Sou portador de deficiência e recebo o BPC (Benefício de Prestação Continuada)	





MEDICAMENTOS NA QUAL A SUA PRESCRIÇÃO DE FORMA INDIRETA INDICAM CRITÉRIOS DE VACINAÇÃO:

Existem alguns medicamentos que a sua prescrição de forma indireta indica ‘critério de vacinação’, como por exemplo:

- a. Insulina**

