



## **Nota Técnica 02 NI-DVS-SMS Vacinação COVID-19**

Data de publicação: 05/05/2021

**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).

**DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA PARA 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/view>

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>

c. Nota Orientativa do CEVS/SES/RS de 04 de maio de 2021. Disponível em:

<https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202105/04160557-nota-informativa-comorbidades-0305-2.pdf>

### **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, relatório/laudo médico, que tenha descrito a comorbidade/condição crônica de acordo com a lista do Anexo II.
2. Organizar o processo de vacinação de forma a garantir a transparência em relação à comprovação das comorbidades, com estratégias que permitam consulta posterior e fiscalização dos órgãos competentes a qualquer momento - seja através de meio físico ou eletrônico.
3. Prazo dos documentos: Qualquer documento que comprove um diagnóstico em que não há cura conhecida pode ser válido independente da sua data.

Avenida Padre Cacique, nº 372 - Bairro Menino Deus - Porto Alegre - CEP: 90810-240

dgvs@portoalegre.rs.gov.br <http://portoalegre.rs.gov.br/dgvs> (+55) 51 3289-2400



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE



DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Unidade de Vigilância Epidemiológica  
Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis

## **ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO VISANDO À TRANSPARÊNCIA, FISCALIZAÇÃO E COMPROVAÇÃO DO GRUPO PRIORITÁRIO:**

1. 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 de documento em meio físico.
2. 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”.
3. Pessoas vivendo com HIV e AIDS podem apenas apresentar o guia de encaminhamento do SICLOM, exames, relatório médico ou prescrição médica, não sendo necessária a retenção de cópia pelo serviço no momento da vacinação. Todos os casos são registrados nos sistemas de notificação compulsória e outros de acompanhamento de pessoas vivendo com HIV, pelo SUS.

## **ESTRATÉGIAS DE AMPLIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL NOS GRUPOS PRIORITÁRIOS**

1. BUSCA ATIVA DE PACIENTES DO GRUPO PRIORITÁRIO POR COMORBIDADE:  
Os serviços vacinadores devem planejar e executar diferentes estratégias para identificação e captação de pacientes do grupo prioritário para a vacinação, de acordo com cada comorbidade ou grupo de comorbidades.
  - a. Lista de pacientes em ambulatórios específicos ou locais de atendimentos específicos.
    - i. Pacientes em hemodiálise têm vínculo com as clínicas de hemodiálise, sendo sugerida a vacinação extramuros;
    - ii. Pessoas vivendo com HIV e AIDS têm vínculo nos SAE;
    - iii. Pessoas com Síndrome de Down com vínculo em escolas de

educação especial e também em serviços especializados de assistência às pessoas com deficiências;

Avenida Padre Cacique, nº 372 - Bairro Menino Deus - Porto Alegre - CEP: 90810-240

dgvs@portoalegre.rs.gov.br <http://portoalegre.rs.gov.br/cgvs> (+55) 51 3289-2400



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE



DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Unidade de Vigilância Epidemiológica  
Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis

iv. Identificação de pacientes com doenças cardiovasculares encaminhados para a atenção especializada pelo GERCON Consultas Especializadas.

b. Lista de pacientes pela solicitação de medicamentos, como por exemplo:

- i. Antidiabéticos
- ii. Imunossupressores

## 2. PARCERIAS COM LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS PARA ESTIMULAR À VACINAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO:

- a. Solicitar divulgação nas rádios comunitárias e rede sociais das comunidades, visando a ampliar a adesão da população alvo à vacinação;
- b. Envolver os conselheiros locais, lideranças do OP, associações de moradores, escolas, dentre outros equipamentos comunitários para estimulá-los acerca da importância de todos para garantir a vacinação na população alvo e a imunidade coletiva da comunidade.



Avenida Padre Cacique, nº 372 - Bairro Menino Deus - Porto Alegre - CEP: 90810-240

dgvs@portoalegre.rs.gov.br <http://portoalegre.rs.gov.br/cgvs> (+55) 51 3289-2400

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE



DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Unidade de Vigilância Epidemiológica  
Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis

## ANEXO 1: 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 utilizzo medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Laudo médico ou receita médica contendo qualquer medicamento antidiabético: Metformina (Glifage), Insulina, Glibenclamida, Glimepirida, Gliclazida, Glipizida, Repaglinida, Dapagliflozina, Vildagliptina, Liraglutida, Semaglutida.
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e utilizzo medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Laudo médico ou receita médica contendo broncodilatadores, anticolinérgicos, beta-agonistas e/ou corticóides (por exemplo formoterol, Salmeterol, Budesonida).

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 laudo Médico.
Fibrose pulmonar – conforme espirometria em anexo (sem prazo de validade).	Espirometria que apresente laudo com padrão restritivo.
Hipertensão Arterial Resistente 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 (válido receita dos últimos 3 anos).	Laudo médico ou receita médica contendo no mínimo 3 dos grupos abaixo: Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona
Hipertensão arterial estágio 3.	Laudo Médico.
Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade. Insuficiência Cardíaca ou o médico disse que apresento o coração grande e necessito tomar os medicamentos na receita em anexo.	Laudo Médico. 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
Cardiopatias e utilizo medicamentos presentes na lista apresentada conforme receita em anexo.	Laudo que comprove Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária. Medicamentos: 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 imunomediada sistêmica em atividade ou do sistema imune e necessito de medicamento imunossupressor contínuo conforme receita em anexo.	Laudo médico ou receita médica contendo: Prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou pulsoterapia com corticóide e/ou ciclofosfamida. Demais imunossupressores. (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 médico ou outro documento comprobatório que confirme acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular (por exemplo, alta hospitalar - com descrição de AVC, AIT, demência vascular (sem validade).

Avenida Padre Cacique, nº 372 - Bairro Menino Deus - Porto Alegre - CEP: 90810-240

dgvs@portoalegre.rs.gov.br <http://portoalegre.rs.gov.br/cgvs> (+55) 51 3289-2400



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE



DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Unidade de Vigilância Epidemiológica  
Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis

---

Obesidade mórbida com peso e altura conforme IMC superior a 40.	Laudo médico ou declaração de próprio punho com peso e altura.
Cirrose hepática	Ecografia (US) com laudo de provável cirrose OU Endoscopia com varizes esofágicas
Infarto Agudo do Miocárdio ou possui angina e utiliza medicações de uso contínuo conforme receita em anexo.	Laudo Médico ou outro documento que comprove síndrome coronariana crônica (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras). 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)	Conforme lista do BPC.

---

Avenida Padre Cacique, nº 372 - Bairro Menino Deus - Porto Alegre - CEP: 90810-240

dgvs@portoalegre.rs.gov.br <http://portoalegre.rs.gov.br/cgvs> (+55) 51 3289-2400