

Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
**PERNAMBUCO**  
MAIS TRABALHO. MAIS FUTURO.

## NOTA TÉCNICA SIDI 11/2021 - ATUALIZADA

Recife, 01 de Maio de 2021.

**ASSUNTO:** TRATA DAS ORIENTAÇÕES DA ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO DOS GRUPOS DE PESSOAS COM COMORBIDADES, PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, GESTANTES E PUÉRPERAS NA CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19, 2021.

Considerando que os indivíduos com comorbidades estão em maior risco ou sobrerisco para hospitalização por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por covid-19 e ainda foram observados os mesmos fatores de risco para os óbitos.

Considerando também o momento pandêmico no Brasil com elevada circulação do SARS-COV-2 e aumento no número de óbitos maternos pela covid-19. De acordo com o entendimento do Ministério da Saúde, neste momento é altamente provável que o perfil de risco vs benefício na vacinação das gestantes seja favorável.

Considerando as entregas escalonadas de doses das vacinas COVID-19 pelo Ministério da Saúde e pelos laboratórios produtores e, em atenção ao disposto previamente na **Nota Técnica N. 467/2021 – CGPNI/DEIDT/SVS/MS**, apresenta-se a seguir os critérios de priorização para vacinação dos grupos de pessoas com comorbidades, pessoas com deficiência permanente, gestantes e puérperas:

### **I - Na fase I, vacinar proporcionalmente de acordo com o quantitativo de doses disponibilizado:**

**Os indivíduos que serão imunizados prioritariamente independentes da faixa etária (18-59 anos) serão:** Pessoas Transplantadas, Pessoas com Síndrome de Down, Pessoas Vivendo com HIV ; Pessoas com doença renal crônica em terapia de substituição renal (diálise); Obesidade mórbida; Gestantes e puérperas com comorbidades, independentemente da idade ;

Demais Pessoas com comorbidades de 55 a 59 anos,

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

### **II - Na fase II, vacinar proporcionalmente, de acordo com o quantitativo de doses disponibilizado, segundo as faixas de idade de 50 a 54 anos, 45 a 49 anos, 40 a 44 anos, 30 a 39 anos e 18 a 29 anos:**

Pessoas com comorbidades; Pessoas com Deficiência Permanente cadastradas no BPC; Gestantes e puérperas independentemente de condições pré-existentes.

### **Segue descrição das Comorbidades incluídas como prioritárias para vacinação contra a covid-19:**

Grupo de Comorbidades	Descrição	CID 10 (3D)
Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes	E10 a E14
Pneumopatias	Indivíduos com <b>pneumopatias graves</b> incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica,	J44

crônicas graves	fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e <b>asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática);</b>	<b>J46</b>
		<b>E84</b>
		<b>J60 a J65</b>
		<b>J66.0, J67.0, J67.1, P27.8, J68.4, J70.1, J84.1, A16.2</b>
Hipertensão arterial Resistente e nos estágios 1,2 e3 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade.	-Uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas; -PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade. -PA sistólica $\geq$ 180mmHg e/ou diastólica $\geq$ 110mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA)	<b>I15</b>
		<b>I11</b>
		<b>I12 I13</b>
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	<b>I50</b>
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária	<b>I26, I27.0, I27.2, I27.9</b>
Cardiopatía hipertensiva	Cardiopatía hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)	<b>I11</b>
Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatía isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)	<b>I20, I24, I25.5</b>
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)	<b>I05- I05.8 I09.1- I09.8 I38 I39</b>
Miocardiopatias e Pericardiopatias	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatía reumática	<b>I42 I31.9 I09</b>
Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecações, hematomas da aorta e demais grandes vasos	<b>I77 I71 I72</b>
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatía associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)	<b>I47 -I49</b>
Cardiopatias congênita no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento 28 miocárdico.	<b>I51 Q20 a Q28</b>
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressinronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)	<b>Z95</b>
Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascula	<b>I60 a I69</b>

Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) e/ou síndrome nefrótica.	<b>N18 N03</b>
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 imunossuppressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.	<b>D80- D89</b>
Hemoglobinopatias graves	Doença falciforme e talassemia maior	<b>D56- D57</b>
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40	<b>E66</b>
Síndrome de Down	Trissomia do cromossomo 21	<b>Q90</b>
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C	<b>K74 K70.3 P78.8</b>
Gestantes e Puérperas	A vacinação poderá ocorrer independentemente da idade gestacional e o teste de gravidez não deve ser um pré-requisito para a administração das vacinas nas mulheres.	<b>*Z34 – Z35</b>

\* E outros: relacionados às causas obstétricas, ao parto e pós parto

Diante do exposto, reforça-se que o quantitativo ainda limitado na disponibilidade das vacinas para oferta à população alvo da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, o PNI ratifica a importância das doses disponibilizadas serem destinadas aos grupos pré-determinados no Plano de Operacionalização da Vacinação Contra Covid-19. Em relação a comprovação **deverá ser utilizado** (sem a obrigatoriedade do mesmo para Pessoas com Síndrome de Down, cuja a informação poderá ser autoreferida) o Formulário para Vacinação Contra a Covid-19/2021 nos Grupos Comorbidades (18 a 59 anos) **ANEXO**.

**Adicionalmente** poderão ser utilizados os cadastrados já existentes nas Unidades de Saúde, bem como receitas, relatório médico, prescrição médica, entre outros, cuja declaração poderá consultar os sistemas de informação/prontuário do paciente e colocar o carimbo da unidade com CNES. Sendo obrigatório Carimbo, Matrícula e/ou Registro do Conselho de Classe, sendo Unidade de saúde da Família (natureza pública): Médico e Enfermeiro podem atestar. Nas Policlínicas e Unidades de saúde de natureza privada: apenas os Médicos podem atestar.

Ressaltamos que atualizações podem ser realizadas neste documento de acordo com o Plano Nacional de Operacionalização de Vacinação contra a Covid-19. Revisado em 6ª ed. (versão 2) 27/04/2021.

Atenciosamente,

Ana Catarina de Melo Araujo  
Superintendência de Imunizações e das Doenças Imunopreveníveis

**ANEXO**

**MODELO PARA FORMULARIO PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19/2021 GRUPO 18 A 59 ANOS COM  
COMORBIDADES  
DECLARAÇÃO**

IDENTIFICAÇÃO SOCIAL DO PACIENTE:

( ) NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_ ( ) NOME CIVIL: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: /\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO DO ESTRANGEIRO:

( ) RESIDENTE ( ) HABITANTE DE FRONTEIRA ( ) NÃO RESIDENTE

RAÇA/COR:

( ) BRANCA ( ) PRETA ( ) PARDA ( ) AMARELA ( ) INDIGENA

ENDEREÇO:

RUA: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE/UF \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Informo que a pessoa citada acima possui critérios para inclusão de vacinação contra COVID-19 no grupo prioritário de comorbidades e idade entre 18 e 59 anos.

COMORBIDADE:

<b>E11</b>	<input type="radio"/>	<b>I50</b>	<input type="radio"/>	<b>I11</b>	<input type="radio"/>	<b>I42</b>	<input type="radio"/>	<b>I51</b>	<input type="radio"/>	<b>D84</b>	<input type="radio"/>	<b>Q90</b>	<input type="radio"/>
<b>J44</b>	<input type="radio"/>	<b>I26</b>	<input type="radio"/>	<b>I24</b>	<input type="radio"/>	<b>I77</b>	<input type="radio"/>	<b>Z95</b>	<input type="radio"/>	<b>D57</b>	<input type="radio"/>	<b>K74</b>	<input type="radio"/>
<b>I15</b>	<input type="radio"/>	<b>I26</b>	<input type="radio"/>	<b>I08</b>	<input type="radio"/>	<b>I49</b>	<input type="radio"/>	<b>I61</b>	<input type="radio"/>	<b>N18</b>	<input type="radio"/>	<b>E66</b>	<input type="radio"/>
<b>*Outros CIDs:</b> _____													

\*\*Assinatura do Profissional responsável, com carimbo, atestando a veracidade das informações

Data:        /        /

PERNAMBUCO, 2021

**\*\* Especificar Comorbidade indicada de acordo com o quadro de descrição das Comorbidades da Nota Técnica SIDI 11/2021**

\*\*\*Obrigatório Carimbo, Matrícula e/ou Registro do Conselho de Classe: Unidade de saúde da Família (Natureza pública): Médico e Enfermeiro podem atestar.

O profissional de enfermagem para assinar a declaração poderá consultar mais informações do paciente nos sistemas de informação/prontuário do paciente e colocar o carimbo da unidade com CNES.

**Unidades de saúde de natureza privada: apenas os Médicos podem atestar.**



Documento assinado eletronicamente por **Ana Catarina de Melo Araújo**, em 01/05/2021, às 11:53, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.pe.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **13386791** e o código CRC **2203DDE7**.

#### SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, - Bairro Bongü, Recife/PE - CEP 50751-530, Telefone: