



Um novo Espumoso.
Uma nova visão.

Prefeitura Municipal de **Espumoso**

Termo aditivo ao Plano Municipal de Vacinação do COVID-19 de Espumoso/RS, do ano de 2021:

Visando manter o Plano Municipal de Vacinação de Espumoso, atualizado e seguindo todas as normativas vigentes, no que tange ao **Grupos Prioritários no Esquema Vacinal**.

Após a divulgação do Informe Técnico de 11 de maio de 2021 vimos a necessidade do presente Termo Aditivo ao Pano Municipal de Vacinação do COVID-19 pelo fato da **Orientação de suspensão temporária da vacinação de gestantes com a vacina Astrazeneca/Fiocruz** até que seja completado o monitoramento dos eventos adversos. Portanto o Município de Espumoso não irá vacinar as gestantes, até que o Ministério da Saúde e o Programa Estadual de imunizações emita novas notas técnicas orientando para que se vacine este grupo.

Menciono também que a vacinação das comorbidades será feita nos 04 postos de saúde do município, com dias de campanhas a ser estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde, onde será amplamente divulgado na imprensa escrita e falada e nas mídias sociais.

Documentos necessários para comprovação da comorbidades tais como:

Prontuário Eletrônico E-sus, documentos ou exames comprobatórios, laudos, declarações e receitas com especificações claras da comorbidade, pode ser usada também a **declaração de condição de saúde**, além da **lista de documentos sugeridos como comprobatórios de acordo com a comorbidade**, documento este que pode auxiliar os profissionais da saúde a avaliar os casos (documentos anexo, ao aditivo).

Queremos destacar que as doses remanescentes da fase do grupo das comorbidades, serão destinadas as pessoas privadas de liberdade de forma escalonada conforme descermos nas idades das comorbidades, e assim concomitantemente os profissionais de educação, iniciando com os professores das escolas infantis e creches e assim consecutivamente até atender toda a rede educacional do município. É de conhecimento de todos que com o retorno das aulas presenciais, estes profissionais estão mais expostos e propensos a se contaminar, uma vez que os profissionais de educação já estão inclusos no grupo prioritários da vacinação do COVID-19, não vimos problema algum em disponibilizar as doses remanescentes desta fase da campanha de vacinação para este importante grupo da sociedade, destacando sempre que com a ampliação da vacinação a este grupo, não trará prejuízo algum aos demais subgrupos prioritários, uma vez que a vacinação nos profissionais de educação será concomitante aos demais grupos, utilizando as sobras de vacinas das

Jul *Paulina*

E-mail: prefeitura@espumoso.rs.gov.br

Praça Arthur Ritter de Medeiros, s/n | Cep 99400-000 | Fone: (54)3383-4450 / 3383-4494

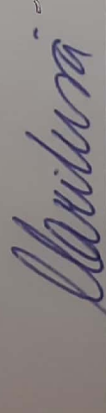
campanhas, bem como no intuito de conter a entrada e disseminação do vírus avaliando o ambiente de trabalho e o grande contato que o profissional tem as diversas famílias da comunidade .

Estamos seguindo todas as orientações para garantir a entrega de um serviço e produto de qualidade a população.

REFERÊNCIAS:

- Informe Técnico de 11 de maio de 2021; Nota Técnica N° 467/2021

Espumoso, 12 de maio de 2021.



Marileisa Valandro

Secretária Municipal de Saúde de Espumoso

Marileisa Valandro
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESPUMOSO - RS



Raquel Alberto

Enfermeira

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	Sujeito de Documento comprobatório
Diabete mellitus e utiliza medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Medicamentos que podem conter na receita: Metformina (Glifage) ou Insulina ou Glibenclamida OU Formiclorol OU Nalmefenil OU Budesonida OU
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e utiliza medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Espironemina com laudo de Doença Obstrutiva Moderada ou Grave OU Receitas de medicamentos comprovando uso de corticoide oral OU laudo médico
Acima grave com uso de medicamento contínuo: corticoide 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.	Espironemina apresenta laudo com padrão restritivo.
Fibrose pulmonar conforme espirometria em anexo (sem prazo de validade); Hipertensão Arterial e utiliza mais de três medicamentos para controle da pressão, conforme receita em anexo.	Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol Grupo 3: Amlodipina
Importante que a pessoa deve estar recebendo um medicamento de cada grupo (no máximo 3 grupos) em caso de dúvida converse com um profissional de saúde.	Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Cibalidexina
Ineficiência Cardíaca ou o médico disse que apresenta o coração grande e necessita tomar os medicamentos na receita em anexo.	Medicamentos do coração e os da pressão Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol Grupo 3: Amlodipina Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Cibalidexina Grupo 6: Furosemida (Lasix), Espironolactona
Cardiopatias e utiliza medicamentos presentes na lista apresentada conforme receita em anexo.	Amiodarona, Espironolactona, Nifedipina, Nifedipina
Salvadoradas ou recebeu indicação de cirurgia ou já realizou cirurgia para trocar a válvula cardíaca.	Qualquer documento comprobatório.
Realizou 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 necessita de medicamento imunossupressor contínuo conforme receita em anexo.	Ciclofosfamida, Prednisona (mínimo de 10mg por dia) - receita dos últimos 6 meses.
Five câncer e realizou 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 qualificação).
Doença cerebrovascular - teve um acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico conforme laudos ou documentos em anexo.	Laudo ou documento - por exemplo, alta hospitalar - com descrição de AVC, AIL, Demência vascular. Laudo ou documento sem validade.
Obesidade morbid com peso e altura conforme IMC superior a 40, preferencialmente trazer declaração de grupo punho anexo com peso e altura.	Ecografia (US) com laudo de possível estase OU Endoscopia com varizes esofágicas.
Doença hepática	Medicamentos em uso: Acetaminofen, Varfarina, lítico, insulín, etc. Documento que comprove história prévia de infarto ou angina.
Infarto Agudo do Miocárdio ou pessoa angina e utiliza medicamentos de uso contínuo conforme receita em anexo.	Documento que comprove a condição - sem data de validade.
Fibrose cística	Documento que comprove a condição - sem data de validade.
Síndrome de Down	Documento que comprove a condição - sem data de validade.
Alergia fulminante	Documento que comprove a condição - sem data de validade.
Sou portador de deficiência e recebo o HIV (diagnóstico de Infecção Contínua)	

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 utilize medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Medicamentos que podem constar na receita: Metformina (Glifage) ou Insulina ou Glibenclâmida Formoterol OU Salmeterol OU Budesonida OU
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e utilize medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Espirometria com laudo de Doença Obstrutiva Moderada ou Grave OU Receitas de medicamentos comprovando uso de corticoide oral OU laudo médico
Asma grave com uso de medicamento contínuo E corticoide 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 apresenta laudo com padrão restritivo.
Fibrose pulmonar – conforme espirometria em anexo (sem prazo de validade).	Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metoprolol Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona
Hipertensão Arterial e utilize mais de três medicamentos para controle da pressão, conforme 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
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.	Amiodarona, Espironolactona, Varfarin/Xarelto
Insuficiência Cardíaca ou o médico disse que apresento o coração grande e necessito tomar os medicamentos na receita em anexo.	Qualquer documento comprobatório.
Cardiopatias e utilize medicamentos presentes na lista apresentada conforme receita em anexo.	Documento que comprove o transplante em qualquer momento – sem data de validade.
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	Ciclofosfamida, Prednisona (mínimo de 10mg por dia) – receita dos últimos 6 meses.
Doença reumatológica ou do sistema imune e necessito de medicamento imunossupressor contínuo conforme receita em anexo.	Laudo de diagnóstico ou marcação de quimioterapia ou radioterapia com data após outubro de 2020.
Tive câncer e realizei quimioterapia ou radioterapia nos últimos seis meses (após outubro de 2020).	Qualquer documento comprobatório: Para pacientes em diálise qualquer comprovante ou agendamento da diálise. Apresentar exame com % da função renal conforme preconizado (em atualização).
Doença renal crônica	Laudo ou documento – por exemplo, alta hospitalar - com descrição de AVC, AIT, Demência vascular. Laudo ou documento sem validade.
Doença cerebrovascular – tive um acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico conforme laudos ou documentos em anexo.	Ecografia (US) com laudo de provável cirrose OU Endoscopia com varizes esofágicas.
Obesidade mórbida com peso e altura conforme IMC superior a 40, preferencialmente trazer declaração de próprio punho anexa com peso e altura.	Medicamentos em uso: clopidogrel, varfarina, nitrato, isordil. Ou documento que comprove história prévia de infarto ou angina.
Cirrose hepática	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
Infarto Agudo do Miocárdio ou possuo angina e utilizo medicações de uso contínuo conforme receita em anexo.	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
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)	