



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE

---

## ESTADO DO PARANÁ

### RESOLUÇÃO Nº 03/2021

A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cianorte, Estado do Paraná, por meio de seus representantes legais, e

Considerando o Plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19 em sua 4ª Edição, e seus anexos:

Anexo I. Descrição das comorbidades incluídas como prioritárias para vacinação contra a COVID-19;

Anexo III. Operacionalização da vacinação de pessoas do grupo prioritário de comorbidades, gestantes, puérperas e pessoas com deficiência permanente.

Considerando o Plano Nacional de Operacionalização da vacinação contra a COVID-19, 6ª Edição de 27 de abril de 2021.

Considerando a reunião ocorrida na 13ª Regional de Saúde no dia 07 de maio de 2021 onde foi repassada para os enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde e chefia Divisão de Vigilância em Saúde, as normas e a ficha a ser preenchida pelos médicos para as pessoas que necessitem de atestado comprovando as comorbidades para tomar a vacina contra a COVID-19.

Considerando ainda reunião do COE, ocorrida no Paço Municipal de Cianorte, no dia 10 de maio de 2021, onde foi discutido e acordado sobre a operacionalização e regulamentação da Declaração Médica – Formulário para Indicação de Vacina COVID-19, em Comorbidades, conforme Plano Nacional de Operacionalização da vacinação contra a COVID-19, 6ª Edição de 27 de abril de 2021.



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE

## ESTADO DO PARANÁ

### R E S O L V E

**Art. 1º.** Normatizar o trabalho dos médicos em relação ao atestado comprovando comorbidades para pacientes que necessitam tomar a vacina COVID-19.

**Art. 2º.** Esta resolução tem por objetivos:

I. Impor ética e organização à prestação do serviço público, aos indivíduos que se enquadram nos critérios para a vacinação;

II. Demonstrar transparência e seriedade dos serviços aos indivíduos que se enquadram nos critérios para a vacinação;

III. Agilizar a aplicação das vacinas aos indivíduos que se enquadram nos critérios para a vacinação;

IV. Atender a população que se enquadra nos critérios para a vacinação.

**Art. 3º.** Para a vacinação das pessoas com comorbidades, é necessário uma declaração do médico assistente.

**Parágrafo único:** Entende-se por médico assistente, o profissional médico que atende e/ou assiste ao paciente, podendo ser clínico geral ou especialista, desde que o mesmo faça o acompanhamento periódico do paciente, atestando conforme enquadramento do Plano Estadual de Vacinação, contra a COVID-19.

**Art. 4º.** O preenchimento da ficha de comorbidades é de única e exclusiva responsabilidade do médico assistente.



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE

## ESTADO DO PARANÁ

**Parágrafo único:** O médico assistente, será responsabilizado administrativamente, e poderá responder civil e criminalmente em caso de falsidade das informações declaradas.

**Art. 5º.** Para atestar as comorbidades, o médico assistente deverá preencher o formulário (anexo a esta resolução) e para a validação deste preenchimento é necessário os seguir as seguintes dados:

I. Preencher os itens constante no formulário, a qual terá que verificar se o paciente que acompanha periodicamente se enquadra nos critérios contidos no Plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19, conforme Planos mencionados no caput desta resolução;

II. Assinar e carimbar todas as folhas do formulário;

III. Deve constar ainda dos seguintes dados do médico assistente:

- Nome completo;
- Número do CRM/UF;
- Especialidade, caso tenha o registro de RQE junto ao CRM.

Art.. 6º. Esta Resolução e seu Anexo poderão sofrer alterações conforme a necessidade de adequação às normativas do Estado do Paraná.

Art. 7º. Esta resolução entra em vigor no ato da sua publicação.

Secretaria Municipal de Saúde, 11 de maio de 2021.

**REBECA DA SILVA GALACCI**  
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**PORTARIA Nº. 094/2021 - SEC-ADM**



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE

## ESTADO DO PARANÁ

### DECLARAÇÃO MÉDICA

**FORMULÁRIO PARA A INDICAÇÃO DE VACINA COVID-19 EM COMORBIDADES** Conforme Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19, 6ª edição de 27/04/2021.

**POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES**

A VACINA É INDICADA EXCLUSIVAMENTE PARA INDIVÍDUOS DE 18 ANOS OU MAIS. AS COMORBIDADES FORAM DIVIDIDAS EM 11 ÍTENS. ASSINALE APENAS 1 OU, NO MÁXIMO 2 ÍTENS, AQUELE QUE VOCÊ CONSIDERAR O MAIS RELEVANTE. ASSINALE NO SUB-ITEM (quando houver) QUE JUSTIFICA A SUA ESCOLHA. SE NECESSÁRIO, ESPECIFIQUE. RESSALTAMOS QUE, AS INFORMAÇÕES PRESTADAS PODERÃO SER QUESTIONADAS (DENÚNCIAS, ANÁLISE POR AMOSTRAGEM) E, NESSE CASO, DEVERÃO SER COMPROVADAS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL, ATRAVÉS DE ANOTAÇÕES LEGÍVEIS NO PRONTUÁRIO, RESULTADOS E LAUDOS DE EXAMES, RECEITUÁRIO. ESTE FORMULÁRIO FICARÁ ARQUIVADO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

NOME \_\_\_\_\_ DO \_\_\_\_\_ PACIENTE:

DT DE NASC.: \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ e/ou CNS \_\_\_\_\_

GESTANTE ( ) Sim ( ) Não Puérpera até 45 dias ( ) Sim ( ) Não

( ) **ITEM 1 - Diabetes Mellitus:** qualquer indivíduo com diabetes

( ) **ITEM 2 - Pneumopatias Crônicas Graves:** doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave(uso recorrente de corticóides sistêmicos, internação prévia por crise asmática)

ESPECIFIQUE:

( ) **ITEM 3: Hipertensão de difícil controle ou com complicações /lesão de órgão.** Estão incluídas:

( ) 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 antihipertensivos

( ) Hipertensão Arterial estágio 3: PA sistólica  $\geq 180$ mmHg e/ou diastólica  $\geq 110$ 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 a 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE

## ESTADO DO PARANÁ

### Quadro orientativo - LOA

Segundo a Linha-Guia de Hipertensão Arterial SESA-PR-2018, a Lesão subclínica de Órgãos-alvo (LOA) no hipertenso pode ser identificada por 1 ou mais dos itens abaixo:

#### 1-ECG com sinais de sobrecarga ventricular esquerda:

-Índice SoKolow-Lyon  $\geq 35$  mm

-RaVL  $> 11$ mm

Cornell voltagem  $> 2440$  mm\*ms

#### 2-Ecocardiograma com sinais de hipertrofia ventricular esquerda:

Índice de massa vent esq:

- homens  $> 115$  g/m<sup>2</sup>

- mulheres  $> 95$  g/m<sup>2</sup>

#### 3- Espessura médiointimal da carótida:

$> 0,9$  mm ou presença de placa carotídea ateromatosa

#### 4- Avaliação da rigidez arterial :

-Velocidade de onda de pulso carótida-femoral  $> 10$ m/s

#### 5-- Detecção de Doença Arterial Obstrutiva Periférica :

-Índice Tornozelo-Braquial  $< 0,9$

#### 6- Doença Renal Crônica estágio 3A e 3B (de acordo com a fórmula CKD-EPI)

-Ritmo Filtração Glomerular entre 30 e 59 mL/min/1,73m<sup>2</sup>

- Presença de albuminúria:

\*Relação de Albumina –Creatinina em amostra isolada de urina entre 30 à 300mg/g( microalbuminúria)

\* Albuminúria em urina de 24h entre 30 a 300mg/24h

### Quadro orientativo – Complicações

Segundo a Linha-Guia de Hipertensão Arterial SESA-PR-2018, as comorbidades e condições clínicas associadas à hipertensão arterial incluem 1 ou mais dos itens abaixo:

#### 1- Doença Cerebrovascular:

-AVE isquêmico

- Hemorragia Cerebral

- Ataque Isquêmico Transitório e outros

#### 1- Doença da Arteria Coronária:

- Angina estável ou instável

- Revascularização do Miocárdio angioplastia ou cirúrgica

-Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada

-IAM e outros

3- Doença Periférica Sintomática de Membros Inferiores: queixas de claudicação intermitente, sensação de fadiga nas pernas, etc

4- Doença Renal Crônica , estágio 4 e 5 (de acordo com a fórmula CKD-EPI) ou Albuminúria  $> 300$ mg em amostra isolada da urina (Relação albumina-creatinina) ou em urina de 24h

5- Retinopatia Avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema

6- Diabetes Mellitus



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE

## ESTADO DO PARANÁ

### ( ) ITEM 4 - Doenças Cardiovasculares:

( ) 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, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)

( ) ITEM 5 - Doenças cerebrovasculares: Doença Cerebrovascular: Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório; demência vascular

( ) ITEM 6 - 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.

**Obs: Na fase I todos os pacientes em diálise de 18 a 59 devem ser vacinados.**

( ) ITEM 7 - Imunossuprimidos (deve ser selecionado um sub-ítem para registro no SIPNI- Covid - Sistema de Informação de Registro Nominal da Vacina do MS)

( ) Indivíduos transplantados de órgão sólido ou medula óssea;

( ) Neoplasias: pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses, neoplasias hematológicas;

( ) Outros Imunossuprimidos

( ) pessoas vivendo com HIV;

( ) doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticóide e/ou

Quadro orientativo de algumas doenças reumáticas imunomediadas:

Artrite Reumatóide; Lupus Eritematoso Sistêmico; Esclerodermia; Artrite Psoriática; Espondilite Anquilosante; Miosite autoimune; Fasciíte eosinofílica; Doença mista do tecido conjuntivo; Policondrite recidivante; Síndrome de Sjögren.



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CIANORTE

## ESTADO DO PARANÁ

ciclofosfamida;

( ) demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias

Especifique:

- ( ) **ITEM 8 - Hemoglobinopatias graves:** Doença falciforme e talassemia maior  
( ) **ITEM 9 - Obesidade Mórbida:** Índice de massa corporea (IMC)  $\geq 40$   
( ) **ITEM 10 - Síndrome de Down:** Trissomia do cromossomo 21. **Obs: Na fase I todos de 18 a 59 devem ser vacinados.**  
( ) **ITEM 11 - Cirrose Hepática:** Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C

**Declaro estar ciente de que em razão da condição acima atestada por mim, o paciente está apto a receber a vacina contra a COVID-19, dado seu enquadramento no Grupo Prioritário “Pessoas com comorbidades” do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, e assumo total responsabilidade pelas informações ora prestadas, ficando sujeito à responsabilização administrativa, civil e penal em caso de falsidade.**

**Caso este documento apresente alterações/ rasuras do modelo padrão instituído pela Secretaria Municipal de Saúde é de responsabilidade do Médico prescritor deste documento.**

**Por ser expressão da verdade, firmo o presente:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
**Nome completo, carimbo e assinatura do médico**