



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Subsecretaria de Vigilância à Saúde
Comitê Gestor de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19

Circular n.º 27/2021 - SES/SVS/CGVAC-COVID19

Brasília-DF, 19 de maio de 2021

URGENTE

**A Superintendências Regionais de Saúde,
Com cópias às DIRAPS e NVEPI.**

Senhor(a) Superintendente,

A vacinação é uma estratégia que apresenta medidas efetivas na prevenção primária, a qual corrobora para redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis, bem como para redução da mortalidade.

Considerando o [Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 \(Sétima Edição\)](#).

Considerando o [Plano Estratégico e Operacional de Vacinação contra a Covid-19 no Distrito Federal](#).

Considerando a [NOTA TÉCNICA Nº 155/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS](#).

Considerando [NOTA TÉCNICA Nº 467/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS](#) que trata das orientações da 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 o [OFÍCIO CIRCULAR Nº 115/2021/SVS/MS](#).

Considerando as circulares:

- Circular n.º 18/2021 - SES/SVS/CGVAC-COVID19 (ID: 61378018)
- Circular n.º 21/2021 - SES/SVS/CGVAC-COVID19 (ID: 61612823)
- Circular n.º 25/2021 - SES/SVS/CGVAC-COVID19 (ID: 62049962)

O Comitê Gestor de Operacionalização da Vacinação contra COVID-19 esclarece:

- Para indivíduos que fazem acompanhamento pelo SUS, poderá ser utilizado o cadastro já existente de sua unidade de referência como comprovante que este faz acompanhamento da referida condição de saúde, a exemplo dos programas de acompanhamento de diabéticos. Quando possível, recomenda-se que se aproveite a oportunidade para cadastrar os usuários ainda não cadastrados na Atenção Básica.

- No caso de o usuário ter registro em prontuário nos sistemas *E-sus* e/ou *Trakcare* de comorbidade ou de acompanhamento da referida comorbidade nos termos das condições descritas abaixo, as informações do prontuário poderão ser transcritas pelos profissionais médico e enfermeiro

da Unidade Básica de Saúde. Nestes casos, deverá ser preenchido formulário 62799193 e registrada assinatura do profissional e do usuário.

- Os usuários que não tiverem cadastro nas unidades de saúde deverão apresentar um comprovante que demonstre pertencer a um dos seguimentos contemplados no grupo de comorbidades, atendendo às definições do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO), podendo ser utilizados: laudos, declarações, prescrições médicas ou relatórios médicos ou de enfermeiro com descritivo ou CID da doença ou condição de saúde, CPF ou CNS do usuário, assinado e carimbado, em versão original ou cópia ou em celular.

Seguem esclarecimentos quanto aos grupos prioritários listados abaixo:

1. HIPERTENSÃO ARTERIAL

- O Ministério da Saúde descreve a comorbidade "Hipertensão Arterial" como:
 - Hipertensão Arterial Resistente (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 anti-hipertensivos.
 - Hipertensão Arterial estágio 3: PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 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 e 179 mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109 mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade.
 - Para efeitos desta circular, serão consideradas comorbidades: obesidade (IMC ≥ 30), dislipidemia em uso de medicação, doença aterosclerótica, apneia do sono, arritmias cardíacas, síndrome metabólica e asma.
- Documentos comprobatórios para vacinação de usuários com Hipertensão Arterial:
 - Apenas será aceito receituário médico, como documento comprobatório, no caso de o usuário fazer uso de quatro ou mais **fármacos antihipertensivos**. Não serão contabilizados fármacos com outra indicação que não tratamento anti-hipertensivo.
 - Demais condições de saúde deverão ser comprovadas mediante relatório/laudo médico ou transcrito por enfermeiro, nos quais constem as condições acima referidas, tais como: 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 sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade **OU** PA sistólica entre 140 e 179 mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109 mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade.
 - Apenas serão aceitos relatórios emitidos por Enfermeiros se vinculados a uma Estratégia de Saúde da Família do Distrito Federal ou às unidades básicas de saúde do Distrito Federal, com transcrição fidedigna do prontuário do usuário, exclusivamente no modelo do formulário 62799193.

2. DIABETES MELLITUS

- O Ministério da Saúde descreve a comorbidade Diabetes Mellitus como "qualquer indivíduo com diabetes". Dessa forma, compreende todo e qualquer usuário, sem necessidade de comprovação de outra condição associada, tal como uso de medicações, internações anteriores etc.
- Documentos comprobatórios para vacinação de usuários com Diabetes Mellitus: laudos, declarações, prescrições médicas ou relatórios médicos ou de enfermeiro com descritivo ou CID da doença ou prescrição médica de insulina.
 - Apenas serão aceitos relatórios emitidos por Enfermeiros se vinculados a uma Estratégia de Saúde da Família do Distrito Federal ou às unidades básicas de saúde do Distrito Federal, com transcrição fidedigna do prontuário do usuário, exclusivamente no modelo do formulário 62799193.

3. DOENÇAS NEUROLÓGICAS CRÔNICAS

- Na sétima versão do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação, O Ministério da Saúde atualizou o grupo de comorbidades com a inclusão de outras doenças neurológicas crônicas, a saber:

Doenças Neurológicas Crônicas	CID
Doença cerebrovascular: Acidente vascular cerebral isquêmico Acidente vascular cerebral hemorrágico Ataque isquêmico transitório Demência vascular	G45 - Acidentes Vasculares Cerebrais Isquêmicos Transitórios e Síndromes Correlatas
	I61 - Hemorragia Intracerebral
	I63 - Infarto Cerebral
	I64 - Acidente Vascular Cerebral não especificado como Hemorrágico ou Isquêmico
	F01 Demência Vascular
Doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória e condições similares:	G12 - Atrofia Muscular Espinal e Síndromes Correlatas
	G13 - Atrofias Sistêmicas que afetam principalmente o Sistema Nervoso Central em Doenças Classificadas em outra parte
	G20 - Doença de <i>Parkinson</i>
	G70 - Miastenia Gravis e Outros Transtornos Neuromusculares
	G71 Transtornos Primários dos Músculos
G73 Transtornos da Junção Mioneural e dos Músculos em Doenças Classificadas em Outra Parte	

Indivíduos com Paralisia Cerebral e condições similares	G80 - Paralisia Cerebral
	G81 - Hemiplegia
	G82 - Paraplegia e Tetraplegia
Esclerose múltipla e condições similares	G35 - Esclerose Múltipla
	G36 - Outras Desmielinizações Disseminadas Agudas
	G37 - Outras Doenças Desmielinizantes do Sistema Nervoso Central
Doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular	G10 - Doença de <i>Huntington</i>
	G11 - Ataxia Hereditária
	G31 - Outras Doenças Degenerativas do Sistema Nervoso não classificadas em outra parte
	G60 - Neuropatia Hereditária e idiopática
Deficiência Neurológica Grave	G09 - Sequelas de Doenças Inflamatórias do Sistema Nervoso Central
	F72 - Retardo Mental Grave
	F73 - Retardo Mental Profundo
	G93.4 - Encefalopatia não especificada

- Documentos comprobatórios para vacinação de usuários com Doenças Neurológicas Crônicas:
 - A vacinação deverá ocorrer mediante cadastramento e agendamento no site <https://vacina.saude.df.gov.br/> OU por demanda espontânea pela vulnerabilidade social.
 - No agendamento será informada a necessidade ou não de apresentação de laudo/relatório médico no momento da vacinação.
 - Estas condições de saúde deverão ser comprovadas mediante laudo médico ou relatório transcrito de Enfermeiro, nos quais constem as condições acima referidas OU seus respectivos CID.
 - Apenas serão aceitos relatórios emitidos por Enfermeiros se vinculados a uma Estratégia de Saúde da Família do Distrito Federal ou às unidades básicas de saúde do Distrito Federal, com transcrição fidedigna do prontuário do usuário, exclusivamente no modelo do formulário 62799193.
 - Não serão aceitos receituários médicos como documento comprobatório para essas

condições de saúde.

Em caso de dúvidas ou ocorrência de situações excepcionais, o Responsável Técnico (RT) da equipe da unidade de saúde poderá deliberar acerca da vacinação em caso de verificar presentes as condições elencadas ou poderá submeter questionamentos a este comitê.

Atenciosamente,

Comitê Gestor de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19



Documento assinado eletronicamente por **CRISTIANE PINTO COSTA VIEIRA - Matr.1435468-3, Membro do Comitê**, em 27/05/2021, às 15:51, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **TEREZA LUIZA DE SOUZA PEREIRA - Matr.1657743-4, Membro do Comitê**, em 27/05/2021, às 16:21, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDO ERICK DAMASCENO MOREIRA - Matr.1688486-8, Membro do Comitê**, em 27/05/2021, às 16:26, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **DIVINO VALERO MARTINS - Matr.1692769-9, Coordenador(a) do Comitê**, em 27/05/2021, às 16:31, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CHRISTIANE BRAGA MARTINS DE BRITO - Matr.0136486-3, Membro do Comitê**, em 27/05/2021, às 16:59, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **RICARDO SARAIVA AGUIAR - Matr.1440055-3, Membro do Comitê**, em 27/05/2021, às 17:01, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **RENATA BRANDAO ABUD - Matr.0159416-8, Membro do Comitê**, em 27/05/2021, às 17:39, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=62228782)
verificador= **62228782** código CRC= **86AC6F02**.

00060-00230295/2021-66

Doc. SEI/GDF 62228782