

ORIENTAÇÕES PARA EMISSÃO DE DECLARAÇÃO DE COMORBIDADES PARA FINS DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

NOTA ORIENTATIVA
04/2021

COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2. Os sintomas mais comuns são: febre, tosse seca e dificuldade para respirar, os quais aparecem gradualmente e geralmente são leves. No entanto, outros sintomas não específicos ou atípicos podem incluir: dor de garganta, diarreia, anosmia (incapacidade de sentir odores) ou hiposmia (diminuição do olfato), mialgia (dores musculares, dores no corpo) e cansaço ou fadiga. A transmissão costuma ocorrer no contato com infectados, por meio de secreções respiratórias, como gotículas de saliva.

Mais informações: <http://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha#>
<http://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>

INFORMAÇÕES GERAIS

- De acordo com o Plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19, e alinhado com as definições do Plano Nacional de Operacionalização contra COVID-19, as pessoas com deficiência permanente e pessoas com comorbidades estão elencadas dentre os grupos prioritários para vacinação.
- A lista das comorbidades e as respectivas definições estão apresentadas no Anexo I do Plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19.
- Pessoas pertencentes a esses grupos serão pré-cadastrados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Aqueles que não tiverem sido pré-cadastrados deverão apresentar documentação comprobatória de pertencer a algum destes grupos de risco (exames, receitas, relatório médico, entre outros documentos), e adicionalmente poderão ser utilizados os cadastros já existentes nas Unidades de Saúde.
- Considerando o exposto, esta Nota foi emitida para fins de orientação aos profissionais de saúde quanto à emissão de documentação comprobatória dessas condições.

DA EMISSÃO DE ATESTADOS E DECLARAÇÕES

- O atestado médico e a declaração emitida por profissional do serviço público de saúde são documentos que possuem fé pública.
- Para emissão da declaração (ou atestado médico) é necessário a identificação inequívoca da pessoa, análise de prontuário, atualização do quadro clínico, entre outras condutas que pressupõem o atendimento presencial ou por telemedicina.
- A declaração que atesta a comorbidade deve ser fornecida com base em documentos comprobatórios.
- Caso o profissional de saúde não concorde com a vacinação de determinada pessoa:
 1. Deve registrar em prontuário, de maneira inequívoca, sua autonomia e as razões que subsidiaram a sua divergência em relação à vacinação;

2. Deve solicitar à pessoa que firme termo informando que recebeu as devidas orientações e efetuar a guarda desse documento em prontuário;
 3. Contudo, se a pessoa solicitar, deve fornecer o documento atestando a comorbidade.
- O emissor do documento assume a responsabilidade pela veracidade do conteúdo e identificação da pessoa.
 - O profissional deve manter-se atento às recomendações e orientações vigentes, ter conhecimento das implicações ético-legais do fornecimento de documentos, e colaborar com as autoridades sanitárias frente a qualquer situação de interesse da saúde coletiva.
 - A emissão da declaração de comorbidade somente atesta que a pessoa está dentro das definições do Plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19, e não indica que o profissional de saúde está realizando a indicação da vacina.
 - O profissional médico poderá acessar a página do Conselho Regional de Medicina do Paraná (<https://www.crmpr.org.br/>) para a emissão da declaração de comorbidades.
 - Os profissionais dos serviços públicos de saúde podem utilizar a Declaração de Comorbidades para fins de vacinação contra a COVID-19, anexa.
 - O Plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19 deve ser consultado e está disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>

Referências:

Conselho Regional de Medicina do Paraná. Disponível em: www.crmpr.org.br

Plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19, disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>

CONTATOS:

Telefone: 0800-644 4414 | WhatsApp: 41 3330 4414

Editada em 18/05/2021.

ANEXO I

RELAÇÃO DE COMORBIDADES DO PLANO ESTADUAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

DIABETES MELLITUS - Qualquer indivíduo com diabetes.

PNEUMOPATIAS CRÔNICAS GRAVES - Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação por crise asmática).

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 antihipertensivos.

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 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade.

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, ressinchronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).

DOENÇA CEREbroVASCULAR - Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular.

DOENÇA RENAL CRÔNICA - Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60ml/min/1,73 m²) e/ou síndrome nefrótica.

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.

HEMOGLOBINOPATIAS GRAVES - Doença falciforme e talassemia maior.

OBESIDADE MÓRBIDA - Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40 kg/m².

SÍNDROME DE DOWN - Trissomia do cromossomo 21.

CIRROSE HEPÁTICA - Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C.

O formulário a seguir (Anexo II) poderá ser utilizado pelo profissional de saúde que realiza o acompanhamento da pessoa nos Serviços de Saúde Pública. A Declaração de Comorbidades para fins de vacinação contra a COVID-19 só será válida se o profissional, de próprio punho, datar, assinar e carimbar (carimbo com nome e número de registro do conselho de classe).

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE COMORBIDADES PARA FINS DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Declaro que _____

CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

é portador(a) da comorbidade _____

CID _____, conforme Planos Nacional e Estadual de Vacinação contra a COVID-19.

Declaro, ainda, que considerando os postulados éticos e legais, as informações acima são verdadeiras.

Data/Carimbo/Assinatura