



Ofício Circular nº 078/2021 – **GSTOREMREDE/SEDUC** Recife, 17 de junho de 2021.

**Assunto: DECLARAÇÃO DE COMORBIDADES**

**Senhoras e Senhores**

**GESTORAS E GESTORES DAS UNIDADES EDUCACIONAIS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DO RECIFE**

Considerando a pandemia da Covid-19 e o cuidado com os **Trabalhadores de Educação da Rede Municipal de Ensino do Recife**, estamos disponibilizando o **Modelo de Declaração** que deverá ser utilizado como documento comprobatório, e que deverá ser entregue à chefia imediata no setor de lotação no qual o funcionário se encontra em exercício, visando justificar e formalizar o afastamento das atividades presenciais e a necessidade do desenvolvimento do trabalho remotamente até o momento da imunização. Embora a Declaração faça parte do Plano de Imunização, salientamos que, neste caso, a sua utilização será apenas para a identificação do funcionário da escola que se enquadra nos critérios para inclusão no grupo de comorbidades.

Importante analisar as informações contidas na Nota Técnica SIDI 11/2021, da Secretaria de Saúde / Governo do Estado de Pernambuco, que segue em anexo, que contém a descrição das comorbidades incluídas como maior risco ou sobrerisco para hospitalização por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por covid- 19, além do modelo de Declaração.

A declaração deve ser preenchida e assinada por médico contendo a indicação de uma das comorbidades elencadas como fatores de risco para a Covid 19, bem como com o respectivo CID da doença/condição.

Ressaltamos que é fundamental a conscientização dos servidores e colaboradores que se enquadrem nas situações para priorização do trabalho remoto descritas na Nota Técnica SIDI 11/2021, no sentido de manter o telefone de contato atualizado e ativo, de forma a garantir a comunicação com a equipe gestora da escola, acessar cotidianamente o e-mail e os meios de comunicação das rede sociais; dar ciência à equipe gestora do andamento dos trabalhos e apontar eventuais dificuldades, dúvidas ou outras situações que possam prejudicar o cumprimento das atividades sob sua responsabilidade.

O cumprimento das orientações em pauta neste GR é fundamental para o planejamento, organização e sucesso das atividades desenvolvidas nas escolas.

Para conhecimento e ampla divulgação com toda comunidade escolar.

Atenciosamente,

**GLEIBSON CAVALCANTI**

Secretário Executivo de Gestão de Rede  
Secretaria de Educação

Secretaria de  
Saúde



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

## NOTA TÉCNICA SIDI 11/2021 – ATUALIZADA

Recife, 28 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 crônicas graves	Indivíduos com <b>pneumopatias graves</b> incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e <b>asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática)</b> ;	J44
		J46
		E84
		J60 a J65
		J66.0,

		<b>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;	<b>I15</b>
	-PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade.	<b>I11</b>
	-PA sistólica ≥180mmHg e/ou diastólica ≥110mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA)	<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>
Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia 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, cardiopatia 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; cardiopatia reumática	<b>I42 I31.9 I09</b>
Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos	<b>I77 I71 I72</b>
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia 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, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)	<b>Z95</b>
Doenças neurológicas crônicas	Doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular); doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória, indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla, e condições similares; doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; deficiência neurológica grave.	<b>I60 a I69 F01 G35 G45 G45.0 G80.0 a G80.9 G12.0- 12.9 G20 e F02.3 G30,</b>

		<b>G31.0 - 31,9 G71.0</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 inflamatórias imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.	<b>C00 a C97 C90 a C95 D48 D80 a D89 L94.0 M05, M05.0 a M05.3 M05.8 M05.9 M32 M32.0 M32.1 M32.8 M32.9 M35.0 M35.3 M35.4 M36 M36.8 M60 M60.8 M60.999 M94.1 Z94.0 a Z94.4 Z94. 6; Z94.8 Z94.9 +</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 o quantitativo ainda limitado na disponibilidade das vacinas para oferta à população alvo da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 e, por isso, 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 à comprovação, é importante que o usuário verifique com a secretaria de Saúde do seu município qual a estratégia está sendo utilizada - lembrando

que não há a obrigatoriedade da comprovação para Pessoas com Síndrome de Down, cuja a informação poderá ser autoreferida.

O Estado produziu um modelo de atestado (formulário ANEXO) para esse grupo de comorbidades entre 18 e 59 anos que pode ser utilizado pelos municípios. Além disso, o Estado também sugere que 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. Ratifica-se a importância de verificar com o gestor municipal a estratégia aceita no território.

Ressaltamos que atualizações podem ser realizadas neste documento de acordo com o Plano Nacional de Operacionalização de Vacinação contra a Covid-19. Revisado em 7ª edição em 17.05.2021.

Atenciosamente,

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

**ANEXO I**  
**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:

N<sup>a</sup>:

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>G45</b>	<input type="radio"/>	<b>I08</b>	<input type="radio"/>	<b>I49</b>	<input type="radio"/>	<b>I60</b>	<input type="radio"/>	<b>N18</b>	<input type="radio"/>	<b>E66 (especificar IMC)</b>	<input type="radio"/> <b>IMC</b> _____
<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.**

## ANEXO II – NOTA TÉCNICA SIDI 11/2021

### MODELO ENFERMEIRO

#### 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:

N<sup>a</sup>:

BAIRRO:

CIDADE/UF

/

CEP:

-

 SISAB  E-SUS AB  Cadsus  Fique Sabendo  Hiperdia  Siscan Hórus  Outros. Especificar \_\_\_\_\_

**Informo que a pessoa citada acima possui critérios atualizados para inclusão de vacinação contra COVID-19 no grupo prioritário de comorbidades e idade entre 18 e 59 anos. De acordo com o Sistema(s) consultado(s).**

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

Data:     /     /  
          PERNAMBUCO, 2021

\*Obrigatório Carimbo, Matrícula e/ou Registro do Conselho de Classe do Enfermeiro

Para auxiliar na identificação do Paciente em Sistemas Nacionais, 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.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Catarina de Melo Araújo**, em 31/05/2021, às 08:53, 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 **14117133** e o código CRC **A05E3AF3**.

**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

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



Se GESTANTE, marque um X ao lado

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> NOME CIVIL:			
<input type="checkbox"/> NOME SOCIAL:			
NOME DA MÃE:			
DATA DE NASCIMENTO:	CPF:	IDADE:	PAÍS DE NASCIMENTO:
NACIONALIDADE:	SITUAÇÃO DO ESTRANGEIRO: <input type="checkbox"/> RESIDENTE <input type="checkbox"/> HABITANTE DE FRONTEIRA <input type="checkbox"/> NÃO RESIDENTE		
RAÇA/COR: <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA			
ENDEREÇO:		Nº:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CEP:	CIDADE/ESTADO:	

### IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA DECLARAÇÃO

<input type="checkbox"/> NOME		
CATEGORIA PROFISSIONAL:	Nº CONSELHO DE CLASSE:	TIPO DE ESTABELECIMENTO: <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:		CNES DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

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.\*

### GRUPO DE COMORBIDADE

<input type="checkbox"/> CID-10	<input type="checkbox"/> D56	<input type="checkbox"/> D57	<input type="checkbox"/> D80 a D89	<input type="checkbox"/> E10 a E14
<input type="checkbox"/> E66	<input type="checkbox"/> E84	<input type="checkbox"/> I05	<input type="checkbox"/> I06	<input type="checkbox"/> I07
<input type="checkbox"/> I08	<input type="checkbox"/> I09	<input type="checkbox"/> I09.1	<input type="checkbox"/> I09.8	<input type="checkbox"/> I11
<input type="checkbox"/> I12	<input type="checkbox"/> I13	<input type="checkbox"/> I15	<input type="checkbox"/> I20	<input type="checkbox"/> I24
<input type="checkbox"/> I25.5	<input type="checkbox"/> I26	<input type="checkbox"/> I27.0	<input type="checkbox"/> I27.2	<input type="checkbox"/> I27.9
<input type="checkbox"/> I31.9	<input type="checkbox"/> I38	<input type="checkbox"/> I39	<input type="checkbox"/> I42	<input type="checkbox"/> I47
<input type="checkbox"/> I48	<input type="checkbox"/> I49	<input type="checkbox"/> I50	<input type="checkbox"/> I51	<input type="checkbox"/> I60 a I69
<input type="checkbox"/> I71	<input type="checkbox"/> I72	<input type="checkbox"/> I77	<input type="checkbox"/> J44	<input type="checkbox"/> J46
<input type="checkbox"/> J60 a J65	<input type="checkbox"/> J66.0, J67.0, J67.1, P27.8, J68.4, J70.1, J84.1, A16.2		<input type="checkbox"/> K70.3	<input type="checkbox"/> K74
<input type="checkbox"/> N03	<input type="checkbox"/> N18	<input type="checkbox"/> O24	<input type="checkbox"/> P78.8	<input type="checkbox"/> Q20 a Q28
<input type="checkbox"/> Q20 a Q28	<input type="checkbox"/> Q90	<input type="checkbox"/> Z34	<input type="checkbox"/> Z35	<input type="checkbox"/> Z95

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

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

**\*Especificar comorbidade indicada de acordo com CID, observando os grupos contemplados na Fase I e II da Nota Técnica SIDI 11/2021 da SES/PE.**

**\*\*A declaração e o laudo, devem ser assinados por profissional Médico, sendo obrigatório Carimbo com o Registro do Conselho de Classe.**