

RESOLUÇÃO CIB/PE Nº. 5440 DE 26 DE ABRIL DE 2021

Pactua o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica SinoVac/Butantan e Astrazeneca por Grupos com Comorbidades.

O PRESIDENTE E O VICE-PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE ESTADUAL CIB/PE, no uso de suas atribuições legais e considerando,

I - O Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência a saúde e a articulação interfederativa, e dão outras providências;

II - As recomendações do Comitê Técnico Estadual para Acompanhamento da Vacinação contra a COVID-19, as doses recebidas na terceira entrega para vacinação contra a COVID-19, devem priorizar os trabalhadores da linha de frente e posteriormente contemplar outros grupos de trabalhadores da saúde da sob gestão interfederativa;

III - Definir que no próximo recebimento das doses da vacina COVID-19, a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, avançará com a vacinação para os trabalhadores de saúde tanto da Rede Pública quanto da Rede Privada, de acordo com a realidade local;

IV - Definir que as Secretarias Municipais de Saúde tem autonomia para avançar na cobertura dos grupos prioritários, desde que já tenha alcançado as metas estabelecidas, conforme definido pelo Comitê Técnico Estadual para Acompanhamento da Vacinação contra a COVID-19;

V - O intervalo entre a D1 e D2 (2 à 4) semanas, e considerando que ainda não há um fluxo de produção regular da vacina, orienta-se que a D2 seja reservada para garantir que o esquema vacinal seja completado dentro desse período, evitando prejuízo nas ações da vacinação;

VI - O consenso da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/PE em Sessão 371ª extraordinária/web, realizada em 26 de abril de 2021;

VII - As Secretarias Municipais de Saúde, conforme pactuação em CIB adotarão as orientações técnicas de vacinação do Grupo Prioritário “trabalhadores da Saúde” conforme o ofício nº 57/2021/SVS/MS, de 12 de março de 2021.

RESOLVEM:

Art. 1º- Pactuar o montante das doses recebidas provenientes da farmacêutica SinoVac/Butantan e Astrazeneca por Grupos com Comorbidades. (ANEXO).

§1. Em relação ao Grupo com Comorbidades serão imunizados os indivíduos independente da faixa etária : Transplantados, pessoas que fazem Hemodiálise, Síndrome de Down, pessoas vivendo com HIV e Obesidade Mórbida.

§2. As demais comorbidades serão vacinadas de acordo com a faixa etária: 55 a 59 anos/ 50 a 54 anos/ 45/ a 49 anos/ 40 a 44 anos/ 30 a 39 anos/ e de 18 a 29 anos.

Art. 2º - As doses remanescentes da Corona Vac/Butantan devem se utilizadas, prioritariamente como segunda dose (D-2), para complementar os esquemas vacinais já iniciados, até a chegada de novos insumos.

Art. 3º - Foi pactuado na ocasião o levantamento dos Guardas Municipais do estado (N=8.468), para que seja dispensadas doses pelo Ministério da Saúde.

Art.4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.

Recife, 26 de abril de 2021.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

Presidente da Comissão Intergestores Bipartite CIB - PE

JOSÉ EDSON DE SOUSA

Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde COSEMS-PE

FORMULÁRIO 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: _____

PAÍS DE NASCIMENTO: _____

NACIONALIDADE: _____

IDADE: _____

SITUAÇÃO DO ESTRANGEIRO:

() RESIDENTE () HABITANTE DE FRONTEIRA () NÃO RESIDENTE

RAÇA/COR:

() BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDIGENA

ENDEREÇO:

RUA: _____ Nº: _____ 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:

E 11	I 50	I 11	I 42	I 51	D 84	Q 90
J 44	I 26	I 24	I 77	Z 95	D 57	K74
I 15	I 26	I 08	I 49	I 61	N 18	E 66

**Outros CIDs: _____

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

Data: _____/_____/_____

PERNAMBUCO, 2021

** Especificar comorbidade indicada de acordo com o quadro anexo.

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

Unidade de saúde de natureza pública: Médico e Enfermeiro podem atestar. O profissional de enfermagem para assinar a declaração deve consultar os 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.

Anemia falciforme - D57 / Arritmias Cardíacas - I49 / Cardiopatia hipertensiva - I11 /
Cardiopatias Congênitas no adulto / Cor-pulmonale e hipertensão pulmonar
Diabetes Mellitus - E11 / Doença Cerebrovascular - I67 / Doenças Cardiovasculares - I51
Doença Renal Crônica - N18 / Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas Arteriovenosas
Hipertensão Arterial estágio 3 / Hipertensão Arterial Resistente (HAR)
Hipertensão Arterial estágios 1 e 2 com LOA e/ou comorbidade
Insuficiência Cardíaca (IC) - I50 / Imunossuprimidos - D84
Miocardiopatias e Pericardiopatias / Obesidade Mórbida - E66
Pneumopatias crônicas graves - J44 / Próteses Valvares e Dispositivos Cardíacos Implantados - Z95
Síndromes Coronarianas / Síndrome de Down - Q90 /Valvopatias - I08