DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE BORBOREMA

Conforme Lei Municipal nº 3.053, de 28 de abril de 2016

www.borborema.sp.gov.br | www.imprensaoficialmunicipal.com.br/borborema

SUMÁRIO

PODER EXECUTIVO DE BORBOREMA	2
Atos Administrativos	2
Outros atos administrativos	2

EXPEDIENTE

O Diário Oficial do Município de Borborema, veiculado exclusivamente na forma eletrônica, é uma publicação das entidades da Administração Direta e Indireta deste Município, sendo referidas entidades inteiramente responsáveis pelo conteúdo aqui publicado.

ACERVO

As edições do Diário Oficial Eletrônico de Borborema poderão ser consultadas através da internet, por meio do seguinte endereço eletrônico: www.borborema.sp.gov.br
Para pesquisa por qualquer termo e utilização de filtros, acesse www.imprensaoficialmunicipal.com.br/borborema
As consultas e pesquisas são de acesso gratuito e independente de qualquer cadastro.

ENTIDADES

Prefeitura Municipal de Borborema
CNPJ 46.737.219/0001-79
Praça José Augusto Perotta
Telefone: (16) 3266-9200
Site: www.borborema.sp.gov.br
Diário: www.imprensaoficialmunicipal.com.br/borborema

Câmara Municipal de Borborema
CNPJ 72.917.214/0001-38
R Stélio Loureiro Machado, 27
Telefone: (16) 3266-1368
Site: www.camaraborborema.sp.gov.br

Diário Oficial Assinado Eletronicamente com Certificado Padrão ICPBrasil, em conformidade com a MP nº 2.200-2, de 2001

O Município de Borborema garante a autenticidade deste documento, desde que visualizado através do site www.borborema.sp.gov.br

Compilado e também disponível emwww.imprensaoficialmunicipal.com.br/borborema

DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE BORBOREMA

Conforme Lei Municipal nº 3.053, de 28 de abril de 2016

www.borborema.sp.gov.br | www.imprensaoficialmunicipal.com.br/borborema

PODER EXECUTIVO DE BORBOREMA

Atos Administrativos

Outros atos administrativos

Resolução SMSB nº 01/2021.
Borborema, 27 de maio de 2021.

Considerando o levantamento de doses 1 e 2 disponíveis e/ou provisionadas a serem recebidas, realizados pela Sala de Vacina, das vacinas CoronaVac e Astrazeneca/FioCruz;

Considerando a baixa adesão dos grupos de comorbidades contemplados nas faixas etárias anteriores devido a falta de Cardiologista na rede de atendimento SUS dentro do município;

Considerando a dificuldade de se estabelecer um atendimento continuo de Clinico Geral nas unidades de ESFs municipais devido as demandas de atendimento de pacientes infectados com a Covid-19;

Considerando que muitos pacientes não retornaram para o acompanhamento de suas comorbidades desde o início da pandemia do Covid-19;

Resolve:

Incluir os seguintes grupos descritos como prioritários para a vacinação de Covid-19 dentro dos limites do município:

1- Gestantes e puérperas até 45 dias após o parto, seguindo as recomendações do PLANO NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO, de 18 à 59 anos, conforme solicitação do médico que a acompanha.

2- Ampliação da vacinação de hipertensos em uso de 1 ou mais medicamentos dentro da faixa etária contemplada pelo PLANO ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO.

Os documentos necessários para apresentação para recebimento da vacina para esses grupos em especial está descrito no INSTRUTIVO PARA PRIORIZAÇÃO DE DOSES DA VACINA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE BORBOREMA, de 27 de maio de 2021, em anexo a esta resolução.

.

MOACIR DONISETE BERTOLO

Secretário Municipal de Saúde

INSTRUTIVO PARA PRIORIZAÇÃO DE DOSES DA VACINA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE BORBOREMA – SP PMB/SMS/SALA DE VACINA

Resolução de 27 de Maio de 2021.

A Secretaria Municipal de Saúde de Borborema, após levantamento realizado pela Sala de Vacina, vem por meio deste incluir os seguintes grupos prioritários de vacinação contra a Covid-19.

1- Gestantes e puérperas até 45 dias após o parto, seguindo as recomendações do PLANO NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO, de 18 à 59 anos, conforme solicitação do médico que a acompanha. (Ver anexos II e III). Salientamos que conforme orientação da Anvisa, serão administradas somente as vacinas CoronaVac ou Pfizer neste grupo, e na falta desses imunizantes, deverá ser feita lista para a aplicação quando as doses chegarem ao município.

2- Ampliação da vacinação de hipertensos em uso de 1 ou mais medicamentos dentro da faixa etária contemplada pelo PLANO ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO.

Grupo de comorbidade	**Descrição**
Diabete 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, interação previa por crise asmática).
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Qualquer indivíduo hipertenso em uso de um ou mais medicamentos.
Doenças cardiovasculares	
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, administrados 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 ≥180mmHg e/ou diastólica ≥110mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade.
Hipertensão arterial estágio 1 e 2 com LOA e/ou comorbidade	PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109 mmHg na presença de lesão em órgão-alvo (LOA) e/ou comorbidade _____ _____.
Insuficiência cardíaca (c)	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 Fistulas 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; arritmas; comprometimento miocárdico.
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardiodesfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).
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.
Hemoglobinopatias graves	Doença falciforme e talassemia maior.
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60ml/min /1,73 m²) e síndrome nefrótica.
Imonussuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV; doenças inflamatórias imunomediadas 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.
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40
Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C.

MOACIR DONISETE BERTOLO
Secretário Municipal de Saúde de Borborema

ANEXO I

ATESTADO MÉDICO PARA VACINAÇÃO DE COVID-19

PREFEITURA MUNICIPAL DE BORBOREMA/SP

Atesto que o paciente _____, nascido em ___/____/_____, de _____ anos, se inclui como prioritário no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID -19 e/ou Plano Estadual de Vacinação Contra a Covid-19 e/ou o Instrutivo Municipal de Vacinação contra a Covid-19 desta cidade, pois apresenta a(s) comorbidade(s) assinalada abaixo:

Grupo de comorbidade	Descrição
☐ Diabete 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, interação previa por crise asmática).
☐ Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Qualquer indivíduo hipertenso em uso de um ou mais medicamentos.
Doenças cardiovasculares	
☐ 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, administrados 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 ≥180mmHg e/ou diastólica ≥110mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade.
☐ Hipertensão arterial estágio 1 e 2 com LOA e/ou comorbidade	PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109 mmHg na presença de lesão em órgão-alvo (LOA) e/ou comorbidade _____ _____.
☐ Insuficiência cardíaca (c)	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 Fistulas 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; arritmas; comprometimento miocárdico.
☐ Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardiodesfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).
☐ 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.
☐ Hemoglobinopatias graves	Doença falciforme e talassemia maior.
☐ Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60ml/min /1,73 m²) e síndrome nefrótica.
☐ Imonussuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV; doenças inflamatórias imunomediadas 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.
☐ Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40
☐ Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21
☐ Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C.

Fonte: Documento Técnico – Campanha de Vacinação Contra a COVID -19 (12ª atualização).

Declaro, ademais, serem verdadeiras todas as afirmações, ciente que a não veracidade poderá acarretar a instauração dos competentes processos judiciais, inclusive o crime de falsidade previsto no artigo 299 do Código Penal, referente a pena de 1 a 5 anos quando alguém: "Omitir, em documento público ou particular , declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante".

Borborema, _____ de _____ de 2021.

_____

Carimbo e Assinatura do Médico

ANEXO II

CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID – 19

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a senhora _____

_____, inscrito(a) no CPF ou CNS sob o nº _____, é gestante ou puérpera (até 45 dias após o parto), CID _____, sendo assim, solicito a vacinação contra Covid-19.

Se for o caso, incluir as comorbidades pré existentes ou desenvolvidas por ocasião da gravidez ou parto:

CID: _____
_____
_____
_____
_____

Borborema, ____ de _____ de 2021.

_____

Assinatura e carimbo do médico

ANEXO III

Termo de Consentimento para o Grupo de Gestantes e Puérperas

Data: ____/____/_____

Vacina: _____ ◯ Primeira dose ◯ Segunda dose

Unidade de saúde/CNES:_____

Nome completo:_____

Data Nascimento: ____/____/____ Telefone:_____
Gênero:_____ Raça/cor:_____
CPF:_____ CNS:_____
Ocupação/Profissão:_____

Endereço Residencial:_____

Nas últimas 72 horas, apresentou febre ou esteve doente? ◯ SIM ◯ NÃO

Nas últimas duas semanas, você testou positivo para COVID-19? ◯ SIM ◯ NÃO

Você tem ou já teve reação alérgica a algum tipo de vacina? ◯ SIM ◯ NÃO

Se sim, qual(is)? _____

Você já recebeu outro tipo de vacina contra a COVID-19? ◯ SIM ◯ NÃO

Se sim, qual(is)? _____

Nas últimas duas semanas, você recebeu outro tipo de vacina? ◯ SIM ◯ NÃO

Se sim, qual(is)? _____

Você está gravida ou existe a chance de estar grávida? ◯ SIM ◯ NÃO ◯ NÃO SE APLICA

Você teve filho há menos de 45 dias (puérpera)? ◯ SIM ◯ NÃO ◯ NÃO SE APLICA

Você está amamentando? ◯ SIM ◯ NÃO ◯ NÃO SE APLICA

Você possui alguma(s) condição de saúde dentre as listadas abaixo?

◯ Cardiopatia ◯ Diabetes Mellitus ◯ Doença Neurológica

◯ Obesidade (IMC ≥40) ◯ Pneumopatia ◯ Imunodepressão ◯ Asma

◯ Doença Hepática ◯ Doença Hematológica ◯ Síndrome de Down ◯ Doença Renal

◯ Outra(s):_____

Termo de Consentimento para o Grupo de Gestantes e Puérperas

Declaro que fui informada sobre a vacinação COVID-19. Eu entendo que se minha vacina exigir duas doses terei de recebe-las para que se cumpra o esquema vacinal e ela seja eficaz. Esta vacina não passou pelo mesmo tipo de revisão que um produto aprovado ou liberado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

No entanto, a decisão da ANVISA de disponibilizar a vacina é baseada na totalidade das evidências científicas disponíveis, mostrando que os benefícios conhecidos e potenciais da vacina superam os riscos conhecidos e potenciais.

Eu entendo que não é possível prever todos os possíveis efeitos colaterais ou complicações associadas ao recebimento da(s) dose (s) da vacina. Também reconheço que tive a oportunidade de fazer perguntas e que essas perguntas foram respondidas de forma satisfatória.

Eu entendo os benefícios e riscos da vacinação conforme descrito, e caso apresente alguma reação moderada ou grave procurarei imediatamente uma unidade de saúde mais próxima.

_____

Assinatura da Paciente

_____

Assinatura e carimbo do Vacinador