

Ofício Circular Conjunto S/SUBPAV/SAP/CR e S/SVS/CPI Nº 012/2021

Às Coordenações Gerais de Áreas Programáticas e GAT-3 Demandas Judiciais

Rio de Janeiro, 26 de maio de 2021.

**Assunto:** Dispõe sobre a Vacinação contra a COVID-19 em Pessoas com Deficiência

**CONSIDERANDO** a emergência em Saúde Pública causada pelo novo coronavírus e o cenário epidemiológico no Município do Rio de Janeiro;

**CONSIDERANDO** o Plano Nacional de Contingência para Vacinação contra COVID-19, 5ª edição, atualizado em 15/03/2021;

**CONSIDERANDO** o Plano Municipal de Operações - Vacinação contra COVID-19, de 2021, atualizado em 21/05/2021;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 13.146/2015 que Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

**CONSIDERANDO** o Decreto nº 5.296 DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004 que Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências;

**CONSIDERANDO** o Ofício circular S/SUBPAV/SAP/CR e S/SVS/CPI Nº 01/2021 de 21/4/2021;

**CONSIDERANDO** o início da vacinação de pessoas com deficiência em 26 de abril de 2021, conforme Plano Municipal de Imunização;

A Superintendência de Atenção Primária (SAP), através da Coordenação de Reabilitação da Pessoa com Deficiência (CR) e a Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), através da Coordenação do Programa de Imunização (CPI), **reforçam:**

**Tipos de deficiências:**

**Definição de pessoa com deficiência – LBI:** aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas;

- a. **Deficiência física:** alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de **paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;**

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*

1. O grupo inserido no PNI pelo Ministério da Saúde em 21/5/2021 já está contemplado nesta fase, pois não são doenças crônicas, mas sim deficiências, de acordo com o Decreto ° 5.296/2014 e conforme descrito acima, sendo: 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. **Deficiência auditiva:** perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

c. **Deficiência visual:** cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;


d. **Deficiência mental:** funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. comunicação; 2. cuidado pessoal; 3. habilidades sociais; 4. utilização dos recursos da comunidade; 5. saúde e segurança; 6. habilidades acadêmicas; 7. lazer; e 8. trabalho;

e. **Deficiência múltipla** - associação de duas ou mais deficiências;

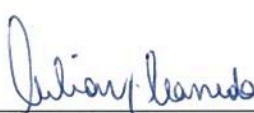
f. **Transtorno do Espectro do autista** – TEA.


#### Observações:


- Deficiência mental ou psicossocial é aquela oriunda de um transtorno mental, no qual a pessoa perde a funcionalidade e autonomia. Alguns transtornos mentais **PODEM** gerar sequelas que imponham ao indivíduo uma deficiência permanente. Cabe ao médico ou à equipe multiprofissional atestar e declarar a **deficiência** e descrever o prejuízo acarretado pelo transtorno, sendo sustentado e frequente, e não episódico. **NÃO estão incluídos nesta fase da vacinação** os transtornos mentais e psicossociais que não incorrem em deficiência permanente com impacto grave e perda de funcionalidade e autonomia;
- A Síndrome de Asperger está dentro do Transtorno do Espectro Autista e está contemplada no grupo prioritário da deficiência;
- Diversas doenças raras podem estar classificadas dentro de deficiência mental, intelectual ou neurológica e estão contempladas neste grupo prioritário;
- **Nanismo é deficiência física;**
- Pessoas com deficiência podem apresentar os seguintes documentos:
  - o Identidade com o símbolo universal da deficiência; 
  - o Laudo médico (independente de validade);
  - o Autodeclaração – Anexo I;
  - o Qualquer documento que identifique a deficiência;
  - o Pessoas com deficiência auditiva, fazendo uso de aparelho auditivo, podem ser vacinadas nesta fase e podem apresentar a autodeclaração;


- **Pessoas com ostomia possuem deficiência física** e não deve ser solicitado que mostrem a ostomia, mas sim o laudo médico ou outro documento que indique a deficiência (laudo da cirurgia, carteira de identidade, autodeclaração);

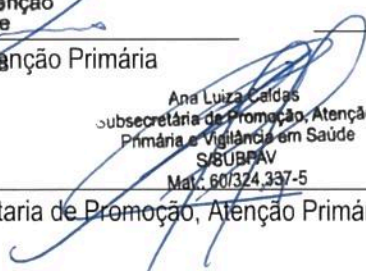
**ATENÇÃO: O número de pessoas com deficiência vacinadas até o momento, está muito inferior ao esperado. Solicitamos intensificação na busca ativa nos territórios para ampliação da cobertura.**

  
Lilian M. da S. Canedo  
Coordenação de Reabilitação  
Gerente II  
Mat. 11/251.783-9  
Coordenação de Reabilitação da Pessoa com Deficiência

  
SILVANA HOLANDA NERES  
Assessor III - S/SUBPAV/SVS/CP  
Mat. 11/225.325-0  
Coordenação do Programa de Imunizações

  
Renato Cony Seródio  
Superintendente de Atenção Primária em Saúde  
S/SUBPAV/SAP  
Mat. 60/374.337-5  
Superintendência de Atenção Primária

  
MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA  
Superintendente Superintendência de Vigilância em Saúde  
S/SUBPAV/SVS  
Mat. 60/255.503-5  
Superintendência de Vigilância em Saúde

  
Ana Luiza Celdas  
Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde  
SUBPAV  
Mat. 60/374.337-5  
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

#### REFERÊNCIAS:

**BRASIL**, Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Ministério da Saúde, 5ª edição de 15/03/2021.

**BRASIL**, Plano Municipal de Operações COVID-19: Campanha de vacinação contra COVID-19, 9º edição Rio de Janeiro, atualizado em 21/5/2021.

**BRASIL**, Lei Brasileira de Inclusão nº 13.146 de 06 de julho de 2015 - Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

**BRASIL**, Decreto nº 5.296 DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004.- Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

**BRASIL**, Recomendação Conjunta nº 01/2021 do MPRJ / Procedimentos Administrativos: MPRJ 2021 – 0019 7830 e E-20/001.002884/2020 – DGPE-RJ.

ANEXO 1



SMPD

**MODELO DE AUTODECLARAÇÃO  
PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Local de Vacinação: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_

portador do CPF: \_\_\_\_\_ ou RG: \_\_\_\_\_,

declaro para fins de **vacinação contra COVID-19**, ser pessoa com deficiência.

**Minha deficiência se enquadra como:**


- |                                 |                                   |                                  |                                      |
|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Auditiva | <input type="checkbox"/> Visual  | <input type="checkbox"/> Intelectual |
| <input type="checkbox"/> Mental | <input type="checkbox"/> Autismo  | <input type="checkbox"/> Nanismo | <input type="checkbox"/> Múltipla    |

Declaro também estar ciente que se for comprovada falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, Art. nº 299, bem como a classificação será tornada sem efeito, o que implicará em penalidades pelos órgãos competentes.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_

assinatura / digital



4