

**NOTA INFORMATIVA: Nº54/2022/SMS/SVS/SAS - COMISSÃO TEMÁTICA IMUNIZAÇÃO - 20/12/2022**

**Assunto: AMPLIAÇÃO DA VACINAÇÃO DE CRIANÇAS DE 06 MESES A 2 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS CONTRA COVID-19, NO AMBITO DO ESTADO DE MINAS GERAIS E DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM.**

**CONSIDERANDO** a DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.071, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2022 que "Aprova a ampliação da vacinação contra a COVID-19 para crianças de 6 meses a 2 anos de idade (2 anos, 11 meses e 29 dias) anos de idade, no âmbito do Estado de Minas Gerais".

Fica aprovada a ampliação da vacinação contra COVID-19 para a população de 6 meses a 2 anos de idade (2 anos 11 meses e 29 dias), com a vacina Pfizer-BioNTech, de forma escalonada, conforme os seguintes os critérios de prioridade:

- I - GRUPO A – Crianças de 6 meses a 2 anos, 11 meses e 29 dias com comorbidades;
- II - Grupo B – Crianças de 6 meses a 2 anos, 11 meses e 29 dias de comunidades tradicionais ( indígenas e quilombolas ) e em situação de rua;
- III - Grupo C – Crianças de 6 meses a 2 anos, 11 meses e 29 dias sem comorbidades que sejam contatos intradomiciliares de crianças com comorbidades;
- IV - Grupo D - Crianças de 6 meses a 2 anos, 11 meses e 29 dias sem comorbidades.

O esquema primário será composto de três doses em que as duas doses iniciais devem ser administradas **com quatro semanas de intervalo, seguidas por uma terceira dose administrada pelo menos oito semanas após a segunda dose** para esta faixa etária.

Fica autorizada a vacinação dos grupos B, C e D listados acima, neste momento, somente mediante da utilização de doses remanescentes da vacina COVID-19 Pfizer-BioNTech não utilizadas em crianças de 6 meses a 2 anos, 11 meses e 29 dias com comorbidades. Parágrafo único – Deve ser assegurada a guarda doses necessárias para completar o esquema vacinal de todas crianças que iniciarem a vacinação (D2 + D3).

Destaca-se que as crianças acima de 3 e 4 anos, já tem indicação de iniciar o esquema vacinal com o imunizante CoronaVac. E as crianças de 5 a 11 anos iniciar o esquema vacinal com o imunizante Pfizer pediátrica.

- 1º GRUPO A SER ATENDIDO: **GRUPO A** - CRIANÇAS DE 6 MESES A 2 ANOS 11 MESES E 29 DIAS COM COMORBIDADES. **DATA DE INÍCIO DA VACINAÇÃO: 24/11/2022**
- 2º GRUPO A SER ATENDIDO: **GRUPO B e C** - CRIANÇAS DE 6 MESES A 2 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS DE COMUNIDADES TRADICIONAIS ( INDÍGENAS E QUILOMBOLAS ) E EM SITUAÇÃO DE RUA; CRIANÇAS DE 6 MESES A 2 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS SEM COMORBIDADES QUE SEJAM CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CRIANÇAS COM COMORBIDADES; **DATA DE INÍCIO DA VACINAÇÃO: 21/12/2022 (enquanto houver disponibilidade de doses).**
- 3º GRUPO A SER ATENDIDO: **GRUPO D** - Crianças de 6 meses a 2 anos, 11 meses e 29 dias sem comorbidades. **DATA DE INÍCIO DA VACINAÇÃO: 21/12/2022 ((enquanto houver disponibilidade de doses).**

Quadro 1: *Descrição das comorbidades incluídas como prioritárias para vacinação contra a Covid-19.*

GRUPO DE COMORBIDADE	DESCRIÇÃO
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 corticóides sistêmicos, internação prévia por crise asmática).
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, administradas 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 $\geq 180$ mmHg e/ou diastólica $\geq 110$ 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)
Miocardopatias e Pericardiopatias	Miocardopatias 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; comprometimento33 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 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.
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m2) e/ou síndrome nefrótica.
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C
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 corticoidee/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossupressores 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
Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21

Salas de vacina que estarão atendendo a esta vacinação:

DISTRITO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
RESSACA	UBS SÃO JOAQUIM
ELDORADO	CSU ELDORADO
VARGEM	UBS SÃO JUDAS TADEU



---

**Para todas as crianças de 6 meses a 2 anos 11 meses e 29 dias os pais ou responsáveis devem estar presentes manifestando sua concordância com a vacinação. Em caso de ausência de pais ou responsáveis, a vacinação deverá ser autorizada por um termo de consentimento por escrito.**

## COMISSÃO TEMÁTICA COE SMS CONTAGEM

Kacilda da Luz Silva de Assis

Clarissa Domingos de Castro

Rejane Balmant Letro

---

### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida General David Sarnoff, 3113 | Cidade Industrial | Contagem - MG | 32210-110

### CENTRAL MUNICIPAL DE REDE DE FRIO

(31) 3364-4702/3393-6780 | vacina@contagem.mg.gov.br

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENOR DE 6 MESES A 11 ANOS

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. nº \_\_\_\_\_, CPF nº: \_\_\_\_\_, AUTORIZO meu filho (a): \_\_\_\_\_ R.G.nº \_\_\_\_\_, CPF nº ou cartão SUS. \_\_\_\_\_, Reside atualmente no endereço: Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_ em Contagem/MG, conforme Comprovante de endereço anexo em meu nome a receber o imunizante contra o Covid-19 sem a minha presença. O declarante e o portador desta declaração ratificam a sua veracidade e têm ciência quanto à responsabilidade criminal em caso de falsidade.

Contagem, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE (idêntica ao documento cópia apresentada)

OBS: DEVERÁ SER ANEXADO CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DO DECLARANTE / O ACOMPANHANTE NA VACINAÇÃO DEVERÁ SER MAIOR DE 18 ANOS.