



## **NOTA INFORMATIVA Nº 79 - COVID-19**

### **ASSUNTO: Vacinação Pediátrica**

A **SECRETARIA DE SAÚDE DE MARIANA**, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o artigo 96, § único, inciso I e II, da Lei Orgânica do município de Mariana;

**Considerando** a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.429, de 27 de maio de 2021, que aprova a alteração da Deliberação CIBSUS/MG nº 3.314, de 29 de janeiro de 2021, que aprova a distribuição das vacinas aos municípios para imunização dos grupos prioritários contra COVID-19 no Estado de Minas Gerais, de acordo com as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações e dá outras providências;

**Considerando** o Plano Nacional de Operacionalização da Campanha de Vacinação contra a Covid-19, 11ª edição;

**Considerando** a Resolução RE n. 4.678 da ANVISA, de 16 de dezembro de 2021, publicada em mesma data, em edição extra do Diário Oficial da União, que dispõe sobre a autorização para uso do imunizante Pfizer a crianças de 5 a 11 anos;

**Considerando** a Nota Informativa – 76ª versão que dispõe sobre a vacinação de crianças de 05 a 11 anos contra Covid-19 no Estado de Minas Gerais atualizada em 14/01/2022;

**Cumprindo o compromisso em garantir transparência ao processo de Vacinação Contra a Covid-19 no município, a Secretaria de Saúde de Mariana, vem informar as recomendações para a vacinação Covid-19 Pfizer/Comirnaty – Pediátrica (05 a 11 anos).**

Em consonância com as recomendações da Secretaria de Estado de Saúde, da Anvisa e da Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19 (SECOVID), esclarecemos sobre a



**PREFEITURA DE MARIANA**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê Gestor do Plano de Prevenção e Contingenciamento em Saúde - COVID-19**

inclusão da vacina Comirnaty para crianças de 05 a 11 anos de idade, de forma não obrigatória, para esta faixa etária, naqueles que não possuem contra-indicações, no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (PNO), nos seguintes termos, priorizando-se:

- a) Crianças com 5 a 11 anos com deficiência permanente ou com comorbidades (ANEXO I), mediante apresentação de relatório médico;
- b) Crianças indígenas que vivem em aldeias e crianças que vivem em comunidades Quilombolas;
- c) Crianças sem comorbidades, na seguinte ordem sugerida:
  - c.1 crianças entre 10 e 11anos;
  - c.2 crianças entre 8 e 9 anos;
  - c.3 crianças entre 6 e 7 anos;
  - c.4 crianças com 5 anos.

Os pais ou responsáveis devem estar presentes manifestando sua concordância com a vacinação (ANEXO II).

Em caso de ausência de pais ou responsáveis, a vacinação deverá ser autorizada por um termo de assentimento por escrito (ANEXO III).

Mariana, 18 de janeiro de 2022.



**PREFEITURA DE MARIANA**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê Gestor do Plano de Prevenção e Contingenciamento em Saúde - COVID-19**

em Saúde do COVID-19 de Mariana/MG.

ANEXO I

Grupo de comorbidades	Descrição
Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes
Pneumopatia 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 ou internação prévia por crise asmática ou uso de doses altas de corticóide inalatório e de um segundo medicamento de controle no ano anterior).
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)
Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo	PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo.
<b>Doenças cardiovasculares</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
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária
Cardiopatias hipertensivas	Cardiopatias hipertensivas (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 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 congênitas no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
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)
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.
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.
Imunocomprometidos	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.
Hemoglobinopatias graves	Doença falciforme e talassemia maior
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) $\geq 40$
Síndrome de Down	Trissomia do cromossomo 21
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C



**PREFEITURA DE MARIANA**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
***Comitê Gestor do Plano de Prevenção e Contingenciamento em Saúde - COVID-19***



PREFEITURA DE MARIANA  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comitê Gestor do Plano de Prevenção e Contingenciamento em Saúde - COVID-19



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ANEXO II

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

No atual cenário, de grande complexidade sanitária mundial, uma vacina eficaz e segura, é reconhecida como uma solução em potencial para o controle da pandemia, aliada à manutenção das medidas de prevenção já estabelecidas.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou a ampliação do uso da vacina Pfizer/Comirnaty pediátrica para aplicação em crianças de 5 a 11 anos.

Sendo assim:

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_

AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

Meu filho (a) \_\_\_\_\_  
a receber a vacina Pfizer/Comirnaty pediátrica contra a COVID-19.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura dos Pais ou Responsável)



CORONA VÍRUS





**PREFEITURA DE MARIANA**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê Gestor do Plano de Prevenção e Contingenciamento em Saúde - COVID-19**

**ANEXO III**

**TERMO DE ASSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO PEDIÁTRICA DE MENOR DE 05 A 11 ANOS DE IDADE, ACOMPANHADO POR TERCEIROS.**

Eu, \_\_\_\_\_, R.G.nº \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, grau de parentesco do  
declarante: PAI(        ) MÃE (        ) OUTROS (        ) SE OUTROS, ESPECIFICAR  
\_\_\_\_\_

AUTORIZO o(a) menor \_\_\_\_\_, data de  
nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente ao logradouro  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_,  
bairro \_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_, conforme comprovante de  
endereço anexo em meu nome a estar acompanhado pela pessoa responsável  
\_\_\_\_\_, portador do documento CPF  
nº \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ para receber a imunização  
contra a COVID-19 sem a minha presença.

O declarante e o portador desta declaração, ratificam a sua veracidade e têm ciência quanto a responsabilidade criminal em caso de falsidade.

Mariana, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

(idêntica ao documento cópia apresentada)

**OBS: DEVERÁ SER ANEXADO CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DO DECLARANTE.**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO MENOR NO MOMENTO DA VACINAÇÃO

(idêntica ao documento original apresentado)