DOCUMENTO TÉCNICO DA CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Publicado em: 01/02/2023
Atualizado em: 17/03/2023

Esquema Vacinal por faixa etária

	Público	Vacinas Indicadas	Esquema Vacinal	Documentos
Vacinação Pediátrica	**Crianças de 6 meses a 2 anos de idade (02 anos,11 meses e 29 dias)**	Pfizer Baby (tampa cor vinho)	**Esquema básico:** 3 aplicações (D1 + D2 + D3)	-Documento de Identificação (preferencialmente CPF)
Vacinação Pediátrica	**Todas as crianças de 3 a 4 anos de idade***	Pfizer Baby Coronavac*	**Esquema básico iniciado com Pfizer Baby:** 3 aplicações de Pfizer Baby (D1 + D2 + D3) **Esquema básico iniciado com Coronavac**: 2 aplicações (D1 + D2) **Esquema de Reforço:** 1 dose de Reforço	-Documento de Identificação (preferencialmente CPF)
Vacinação Pediátrica	**Crianças de 5 a 11 anos de idade.**	Coronavac Pfizer Pediátrica (tampa cor laranja)	**Esquema básico:** 2 aplicações (D1 + D2) **Esquema de Reforço:** 1 dose de Reforço	-Documento de Identificação (preferencialmente CPF)
Vacinação	**Adolescentes de 12 a 17 anos de idade**	Pfizer Coronavac**	**Esquema básico:** 2 aplicações (D1 + D2) **Esquema de Reforço:** 1 dose de Reforço	-Documento de Identificação (preferencialmente CPF)
Vacinação adulta	**Adultos com 18 anos até 59 anos de idade**	Pfizer Coronavac AstraZeneca Janssen	**Esquema básico:** 2 aplicações (D1 + D2) **Esquema de Reforço:** 2 doses de Reforço	-Documento de Identificação (preferencialmente CPF)
Vacinação adulta	**Idosos**	Pfizer Coronavac AstraZeneca Janssen	**Esquema básico:** 2 aplicações (D1 + D2) **Esquema de Reforço:** 1 dose de Reforço com Pfizer Bivalente	-Documento de Identificação (preferencialmente CPF)
Imunossuprimidos	**Imunossuprimidos (com 5 anos ou mais)**	Pfizer pediátrica (exclusivo para 5 a 11 anos de idade)	**Esquema básico:** 3 aplicações (D1 + D2 + D3) **Esquema de Reforço:** 1 Reforço com Pfizer Pediátrica (para crianças de 5 a 11 anos) ou 1 Reforço com Pfizer Bivalente (para pessoas com 12 anos ou mais)	-Documento de Identificação (preferencialmente CPF) **-Comprovante de condição de risco (receitas/relatórios físicos ou digitais, fotografia em celular, e demais formas desde que com identificação do paciente, CRM com carimbo do médico e na validade de 02 anos de emissão.**

Cronograma Grupos Elegíveis – 1° dose de reforço para as pessoas que iniciaram o esquema vacinal com imunizantes da Pfizer, Coronavac ou AstraZeneca.

Grupo	Data para Dose de Reforço	Documentos para Dose de Reforço
Crianças de 3 a 4 anos de idade, que iniciaram o esquema com Coronavac Após 4 meses (122 dias) da última dose do esquema vacinal (segunda dose)	**Já estão elegíveis** **Vacina indicada:** Pfizer Baby **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos)	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital
Crianças de 5 a 11 anos de idade Após 4 meses (122 dias) da última dose do esquema vacinal (segunda dose)	**Já estão elegíveis** **Vacina indicada:** exclusivamente Pfizer pediátrica **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos)	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital
Adolescentes de 12 a 17 anos de idade. **Gestantes e puérperas de 12 a 17 anos de idade.** Após 4 meses (122 dias) da última dose do esquema vacinal (segunda dose)	**Já estão elegíveis** **Vacinas indicadas:** Pfizer ou Coronavac – Conforme disponibilidade nas unidades de saúde **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos)	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital
Adolescentes com imunossupressão com 12 a 17 anos de idade, inclusive gestantes e puérperas imunossuprimidas devem tomar doses **exclusivamente do imunizante da Pfizer**.	**Já estão elegíveis** **Aprazamento:** 56 dias após a segunda dose. **Vacina indicada:** exclusivamente Pfizer **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos)	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital **-Comprovante de condição de risco (receitas/relatórios físicos ou digitais, fotografia em celular, e demais formas desde que com identificação do paciente, CRM com carimbo do médico e na validade de 02 anos de emissão** (especificações na página de orientações gerais)
Pessoas com alto grau de imunossupressão com 18 anos ou mais pelo menos 28 dias após a última dose do esquema vacinal (segunda dose ou dose única)	**Já estão elegíveis** **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos)	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital **-Comprovante de condição de risco (receitas/relatórios físicos ou digitais, fotografia em celular, e demais formas desde que com identificação do paciente, CRM com carimbo do médico e na validade de 02 anos de emissão** (especificações na página de orientações gerais)
Todas as pessoas com 18 anos ou mais que tomaram a última dose do esquema vacinal (segunda dose) **há pelo menos 4 meses.**	**Já estão elegíveis** **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos)	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital

Cronograma Grupos Elegíveis – 2° Dose Reforço para as pessoas que iniciaram o esquema vacinal com imunizantes da Pfizer, Coronavac ou AstraZeneca.

Grupo	Data para 2ª dose de reforço	Documentos para 2ª dose de reforço
Pessoas com 18 anos ou mais que tomaram a primeira dose de reforço **há pelo menos 4 meses,** vacinar com o imunizante disponível.	**Já estão elegíveis** **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto, (no período em que estiverem ativos)	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital
Pessoas com alto grau de imunossupressão com 18 anos ou mais que tomaram a primeira dose de reforço **há pelo menos 4 meses.**	**Já estão elegíveis** **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos)	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital **-Comprovante de condição de risco (receitas/relatórios físicos ou digitais, fotografia em celular, e demais formas desde que com identificação do paciente, CRM com carimbo do médico e na validade de 02 anos de emissão** (especificações na página de orientações gerais)
Adolescentes com imunossupressão com 12 a 17 anos de idade, inclusive gestantes e puérperas imunussuprimidas devem tomar doses **exclusivamente do imunizante da Pfizer**.	**Já estão elegíveis** **2° dose de reforço:** pelo menos 4 meses após a primeira dose de reforço (122dias) após a última dose do esquema vacinal (segunda dose da Pfizer) **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto e Parques (no período em que estiverem ativos)	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital **-Comprovante de condição de risco (receitas/relatórios físicos ou digitais, fotografia em celular, e demais formas desde que com identificação do paciente,** **CRM com carimbo do médico e na validade de 02 anos de emissão** (especificações na página de orientações gerais)

Cronograma Grupos Elegíveis – 3° Dose de Reforço para as pessoas que iniciaram o esquema vacinal com imunizantes da Pfizer, Coronavac ou AstraZeneca.

Grupo	Data e Local para 3ª dose de Reforço	Documentos para 3ª dose de reforço
Pessoas com alto grau de imunossupressão com 18 anos ou mais*, com pelo menos 4 meses (122 dias) da segunda DA *De acordo com o Documento Técnico da Secretaria do Estado - 40ª atualização – 18/08/2022	**Já estão elegíveis** **Vacinas indicadas:** Conforme disponibilidade nas unidades de saúde **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos)	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital **-Comprovante de condição de risco (receitas/relatórios físicos ou digitais, fotografia em celular, e demais formas desde que com identificação do paciente, CRM com carimbo do médico e na validade de 02 anos de emissão** (especificações na página de orientações gerais)

Cronograma Grupos Elegíveis – Dose de Reforço Pfizer Bivalente

Grupo	Data e Local	Documentos
Gestantes e puérperas (com 12 anos ou mais)	**Data: a partir de 20/03/2023** **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos) Devem ser vacinadas as pessoas dos grupos prioritários que completaram o esquema básico ou que já receberam as doses de reforço, respeitando o intervalo de 4 meses da última aplicação.	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital
Idosos com 60 anos ou mais	**Data: a partir de 06/03/2023** **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos) Devem ser vacinadas as pessoas dos grupos prioritários que completaram o esquema básico ou que já receberam as doses de reforço, respeitando o intervalo de 4 meses da última aplicação.	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital
Idosos com 70 anos ou mais	**Data: a partir de 27/02/2023** **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos) Devem ser vacinadas as pessoas dos grupos prioritários que completaram o esquema básico ou que já receberam as doses de reforço, respeitando o intervalo de 4 meses da última aplicação.	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital
Pessoas vivendo em Instituições de Longa Permanência (ILP's) a partir de 12 anos, (abrigados e os trabalhadores dessas instituições)	**Data: a partir de 27/02/2023** **Local:** Vacinação ocorrerá nas ILP´s (como ILPI, SAICA, CAE, RI entre outras) Devem ser vacinadas as pessoas dos grupos prioritários que completaram o esquema básico ou que já receberam as doses de reforço, respeitando o intervalo de 4 meses da última aplicação.	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital

Grupo	Data e Local	Documentos
Pessoas imunocomprometidas com 12 anos ou mais	**Data: a partir de 27/02/2023** **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos) Devem ser vacinadas as pessoas dos grupos prioritários que completaram o esquema básico ou que já receberam as doses de reforço, respeitando o intervalo de 4 meses da última aplicação.	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital **-Comprovante de condição de imunussupressão (receitas/relatórios físicos ou digitais, fotografia em celular, e demais formas desde que com identificação do paciente, CRM com carimbo do médico e na validade de 02 anos de emissão)**
Indígenas (com 12 anos ou mais)	**Data: a partir de 27/02/2023** **Local:** Aldeia Indígena ou UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos) Devem ser vacinadas as pessoas dos grupos prioritários que completaram o esquema básico ou que já receberam as doses de reforço, respeitando o intervalo de 4 meses da última aplicação.	- Documento de Identificação - Comprovante de vacinação físico ou digital

Esquema de vacinação de pessoas que iniciaram a vacinação com imunizante Janssen

	Esquema Básico			Esquema de Reforço		
Público	**D1**	**D2**	**D3**	**1° Dose de Reforço**	**2° Dose de Reforço**	**Documentos/ Local**
Pessoas com 18 anos ou mais	**Início do esquema vacinal** **Imunizante:** Janssen	**Elegíveis 2 meses após D1** **Imunizante:** Imunizante disponível	-	**Elegíveis 4 meses após D2** **Imunizante:** Imunizante disponível	**Elegíveis 4 meses após 1°DR** **Imunizante:** Imunizante disponível	**Documentos:** -Documento de Identificação - Comprovante de vacinação **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos)
Pessoas com 18 anos ou mais, com alto grau de imunossupressão	**Início do esquema vacinal** **Imunizante:** Janssen	**Elegíveis 2 meses após D1** **Imunizante:** Imunizante disponível	**Elegíveis 2 meses após D2** **Imunizante:** Imunizante disponível	**Elegíveis 4 meses após D3** **Imunizante:** Imunizante disponível	**Elegíveis 4 meses após 1°DR** **Imunizante:** Imunizante disponível	**Documentos:** -Documento de Identificação - Comprovante de vacinação. -Comprovante de condição de risco (receitas/relatórios físicos ou digitais, fotografia em celular, e demais formas desde que com identificação do paciente, CRM com carimbo do médico e na validade de 02 anos de emissão. **Local:** UBS, AMA/UBS Integrada, Mega Posto (no período em que estiverem ativos)

<u>Orientações para Gestantes e Puérperas</u>

- Mulheres que tomaram Janssen na 1° aplicação e atualmente estão gestantes ou puérperas deverão ser imunizadas exclusivamente com imunizante da Pfizer ou Coronavac.

- Mulheres imunossuprimidas que tomaram Janssen na 1° aplicação e atualmente estão gestantes ou puérperas deverão ser imunizadas exclusivamente com imunizante da Pfizer.

ORIENTAÇÕES GERAIS

VACINAÇÃO DE CRIANÇAS

-As crianças devem estar acompanhadas pelos pais ou responsáveis no ato da vacinação. Na impossibilidade de acompanhamento por pais ou responsáveis, as crianças devem estar acompanhadas de um adulto e apresentar uma autorização assinada pelo responsável, semelhante ao modelo abaixo:

MODELO - CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID – 19 - AUTORIZAÇÃO

Eu _____ CPF/RG:_____, responsável pela criança _____ , CPF/RG: _____ autorizo a ser vacinado na Campanha Municipal de Vacinação Contra a COVID-19 .

São Paulo, ___ de _____ de 2021.

_____

Assinatura do Responsável

USO DE DOSES REMANESCENTES

Caso haja dose remanescente de Pfizer (tampa roxa), Coronavac, Janssen ou AstraZeneca próximo ao término das atividades do serviço de saúde, as Unidades de Saúde devem acessar a lista de usuários faltosos para busca ativa e aplicação dessas doses.

Em caso de dificuldade para destinação dessas doses remanescentes, entrar em contato com a Supervisão Técnica de Saúde que poderá na circunstância de esgotada a possibilidade de uso em faltosos, autorizar o uso para aplicação de dose de reforço.

Para as doses remanescentes de Pfizer Pediátrica (tampa laranja), a Unidade de Saúde deverá organizar lista de faltosos com as crianças de 6 a 11 anos da sua área de abrangência para receberem a vacina ao final do expediente.

As crianças podem ser moradoras ou estudantes na região da unidade para convocação.

Para as doses remanescentes de Pfizer Baby (tampa da cor vinho), poderão ser utilizadas as doses remanescentes de Pfizer Baby próximo ao término das atividades do serviço de saúde, para as demais crianças de 3 a 4 anos de idade. As crianças devem ser moradoras da região da UBS, e levar o comprovante de endereço para fazer a inscrição.

Para as doses remanescentes de Pfizer bivalente, poderão ser utilizadas as doses remanescentes de Pfizer bivalente, para os Profissionais de Saúde*. Devem ser moradores da região da UBS e fazerem a inscrição na lista.

*Os Profissionais de saúde são todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, clínicas, ambulatórios, laboratórios e outros locais. Desta maneira, compreende os profissionais de saúde (dentre os listados no Informe Técnico do PNI – Programa Nacional de Imunização/MS.), priorizando neste momento: Médicos; Enfermeiros / técnicos e auxiliares; Nutricionistas; Fisioterapeutas; Terapeutas ocupacionais; Biólogos; Biomédicos / Técnicos de Laboratório que façam coleta de RT PCR SARS CoV2 e análise de amostra de covid-19; Farmacêuticos/Técnico de Farmácia; Odontólogos/ASB – Auxiliar de Saúde Bucal / TSB - Técnico de Saúde Bucal; Fonoaudiólogos; Psicólogos; Assistentes sociais; Profissionais da educação física; Médicos veterinários; Agente de Saúde.

O profissional da saúde deve apresentar um documento para comprovar o vínculo empregatício (crachá/holerite)

NÃO DESPREZAR NENHUMA DOSE VIÁVEL DE VACINA.

VACINAÇÃO DE PESSOAS QUE INICIARAM ESQUEMA VACINAL COM VACINAS AINDA NÃO DISPONÍVEIS NO BRASIL

Pessoas que receberam a primeira dose de uma vacina contra a covid-19 em outro país, poderão ser imunizadas como uma vacina de outro fabricante, de acordo com o esquema:

- Plataforma RNA Mensageiro – Moderna – completar com Pfizer – Prazo 28 dias após a 1° dose

- Plataforma recombinante (vetor viral) – Sputnik – completar com AstraZeneca - Prazo 21 dias após a 1° dose

- Plataforma vírus inativado – Sinopharm – completar com Coronavac - Prazo 21 dias após a 1° dose

Deve ser apresentado o documento de identificação e comprovante (físico ou digital) da vacina recebida anteriormente.

APLICAÇÃO DA 3° DOSE DE REFORÇO:

Caracterização do Grupo e intervalo entre doses:

•**Pessoas com alto grau de imunossupressão com 18 anos ou mais: pelo menos 4 meses (122 dias) após a aplicação da 2° dose de reforço**: serão vacinadas com o imunizante disponível para essa faixa etária, conforme orientação do PMI -Programa Municipal de Imunizações.

APLICAÇÃO DA 2° DOSE DE REFORÇO:

Caracterização do Grupo e intervalo entre doses:

•**Pessoas com 18 anos ou mais com pelo menos 4 meses após a aplicação da 1° dose de reforço**: serão vacinadas com o imunizante disponível para essa faixa etária, conforme orientação do PMI -Programa Municipal de Imunizações. (de acordo com o cronograma no quadro acima)

•**Pessoas com alto grau de imunossupressão com 18 anos ou mais** serão vacinadas com o imunizante disponível para essa faixa etária, conforme orientação do PMI -Programa Municipal de Imunizações.

***Adolescentes com imunossupressão com 12 a 17 anos de idade (inclusive gestantes e puérperas imunussuprimidas)** devem tomar duas doses adicionais exclusivamente com o imunizante da Pfizer. (de acordo com o cronograma no quadro acima)
Considera-se pessoas com imunossupressão indivíduos que possuam:
I - Imunodeficiência primária grave
II - Quimioterapia para câncer
III - Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras
IV - Pessoas vivendo com HIV/Aids
V - Uso de corticóides em doses ≥20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por ≥14 dias.
VI - Uso de drogas modificadoras da resposta imune - Metotrexato; Leflunomida; Micofenolato de mofetila; Azatiprina; Ciclofosfamida; Ciclosporina; Tacrolimus; 6-mercaptopurina; Biológicos em geral (infliximabe, etanercept, humira, adalimumabe, tocilizumabe, Canakinumabe, golimumabe, certolizumabe, abatacepte, Secukinumabe, ustekinumabe); Inibidores da JAK (Tofacitinibe, baracitinibe e Upadacitinibe)
VII-Auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias
VIII - Pacientes em terapia renal substitutiva (hemodiálise)
IX - Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas

---

APLICAÇÃO DA 1° DOSE DE REFORÇO:

Caracterização do Grupo e intervalo entre doses:

•**Crianças de 3 a 4 anos de idade que iniciaram o esquema vacinal com Coronavac: pelo menos 4 meses (122 dias) após a segunda dose do esquema vacinal**, serão vacinadas com o imunizante da Pfizer Baby.

•**Crianças de 5 a 11 anos de idade: pelo menos 4 meses (122 dias) após a segunda dose do esquema vacinal**, serão vacinadas exclusivamente com o imunizante da Pfizer Pediátrica.

•**Adolescentes com 12 a 17 anos de idade, inclusive gestantes e puérperas: pelo menos 4 meses (122 dias) após a segunda dose do esquema vacinal**, serão vacinadas com o imunizante da Pfizer ou Coronavac, conforme disponibilidade nas unidades de saúde.

•**Pessoas com mais de 18 anos: pelo menos 4 meses após a segunda dose do esquema vacinal**, serão vacinadas com o imunizante disponível para essa faixa etária, conforme orientação do PMI -Programa Municipal de Imunizações.

• **Pessoas com alto grau de imunossupressão com mais de 18 anos devem tomar a primeira dose adicional com pelo menos 28 dias após a última dose do esquema vacinal (segunda dose ou dose única) -** – realizar dose adicional com o imunobiológico disponível para essa faixa etária, conforme orientação do PMI -Programa Municipal de Imunizações.

•**Adolescentes com imunossupressão com 12 a 17 anos de idade** devem tomar a primeira dose adicional exclusivamente com o imunizante da Pfizer com pelo menos 8 semanas (56 dias) após a última dose do esquema vacinal (segunda dose da Pfizer)

IMUNUSSUPRIMIDOS:

Considera-se pessoas com imunossupressão indivíduos que possuam:

I - Imunodeficiência primária grave

II - Quimioterapia para câncer

III - Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras

IV - Pessoas vivendo com HIV/Aids

V - Uso de corticóides em doses ≥20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por ≥14 dias.

VI - Uso de drogas modificadoras da resposta imune - Metotrexato; Leflunomida; Micofenolato de mofetila; Azatiprina; Ciclofosfamida; Ciclosporina; Tacrolimus; 6-mercaptopurina; Biológicos em geral (infliximabe, etanercept, humira, adalimumabe, tocilizumabe, Canakinumabe, golimumabe, certolizumabe, abatacepte, Secukinumabe, ustekinumabe); Inibidores da JAK (Tofacitinibe, baracitinibe e Upadacitinibe)

VII-Auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias

VIII - Pacientes em terapia renal substitutiva (hemodiálise)

IX - Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas

---

VACINAÇÃO DE ADOLESCENTES

Na impossibilidade de acompanhamento por responsável, os adolescentes devem apresentar uma autorização assinada pelo responsável, semelhante ao modelo abaixo:

Os adolescentes devem ser imunizados prioritariamente com a vacina Pfizer. A Coronavac pode ser aplicada neste grupo, considerando a aprovação pela ANVISA da Coronavac para o púbico de 6 a 17 anos e disponibilidade do imunobiológico no MSP;

MODELO - CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID – 19 - AUTORIZAÇÃO

Eu _____ CPF/RG:_____, responsável pelo adolescente _____ , CPF/RG: _____ autorizo a ser vacinado na Campanha Municipal de Vacinação Contra a COVID-19 .

São Paulo, ___ de _____ de 2021.

_____

Assinatura do Responsável

VIAJANTES

Conforme Nota Técnica Nº 19/2022 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS, a qual complementa a Nota Técnica Nº 55/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, que trata do esquema vacinal covid-19 para brasileiros com viagens para outros países com base nos critérios regulatórios do país de destino, fica estabelecido:

- Para os vacinados com a primeira dose da vacina AstraZeneca/Fiocruz, poderá ser antecipada a segunda dose com intervalo mínimo de 28 dias (4 semanas).

- Para primeira dose administrada com a vacina da Sinovac/Butantan, viajantes que não completaram a série primária de vacinação com duas doses da vacina contra covid-19, poderão antecipar a segunda dose com outro imunizante respeitando, o intervalo mínimo de 21 dias para a vacina da Pfizer/Wyeth e 28 dias para a vacina AstraZeneca/Fiocruz (esquema heterólogo).

- Dose de Reforço para os Viajantes com esquema vacinal completo (duas doses) com a vacina da Sinovac/Butantan – viajantes que tenham como destino países cujos órgãos regulatórios não incluíram este imunizante até o momento na sua lista de vacinas autorizadas, poderão receber uma terceira dose de outro imunizante aceito pelo país de destino, com intervalo mínimo de 28 dias da data da administração da segunda dose.

- Viajantes que completaram o esquema primário de vacinação que não seja aceito para entrada no país destino pelos órgãos regulatórios, poderão receber uma complementação do seu esquema vacinal a fim de que seja adequado ao exigido para viagem. Neste caso, o intervalo mínimo entre a última dose e a 1° dose de reforço (finalidade de viagem), a ser administrada deverá ser de 4 semanas.

Excepcionalmente crianças e adolescentes (5 a 17 anos de idade) que foram vacinadas com duas doses de vacinas não aceitas no país de destino, poderão receber uma dose de reforço do imunizante Pfizer (Pediátrica no caso de crianças de 5 a 11 anos, e Dose adulta para adolescentes de 12 a 17 anos de idade). O intervalo mínimo possível para a administração da dose de reforço (finalidade de viagem) é de 4 semanas.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

1 – O viajante deverá no ato da vacina apresentar: o cartão de vacinação com as doses anteriores / passagem emitida por empresa de transporte aéreo, terrestre ou portuário.

2 – Documento que comprove a vacina exigida no país de destino.

INTERCAMBIALIDADE EXCEPCIONAL E EMERGENCIAL

A partir das 14h de 13/09/2021, conforme disposto no Documento Técnico da Campanha de Vacinação contra a COVID-19 - 22° atualização, do PEI – Programa Estadual de Imunizações (pág. 23 item 5.7.3), fica estabelecida a intercambialidade excepcional e emergencial das segundas doses de AstraZeneca pelo imunizante da Pfizer, enquanto perdurar a indisponibilidade das vacinas de AstraZeneca para completar o esquema vacinal (segunda dose).

No município de São Paulo, todas as pessoas que estão com a 2° dose de AstraZeneca em atraso poderão fazer uso da intercambialidade, mesmo que a data de retorno para D2 seja anterior a 01/09.

Conforme Nota Informativa 09/2021 – CVE/CCD/SES-SP que versa sobre o Termo de Ciência de Intercambialidade, a partir de 14/09, o município não exigirá mais a aplicação do mesmo.

APRAZAMENTO PARA APLICAÇÃO DA SEGUNDA DOSE:

-Butantan (CORONAVAC): 28 dias após 1°dose
-AstraZeneca: 08 semanas (56 dias) após 1°dose (excepcionalmente sendo feitas com o imunizante Pfizer, na ausência da AstraZeneca)
- Pfizer: 21 dias após 1° dose
- Janssen: Dose única
- Pfizer Pediátrica: 56 dias ou 8 semanas após a 1° dose
- Pfizer Baby: a 2° dose intervalo de 4 semanas (28 dias). A 3° dose intervalo de menos 8 semanas (56 dias).
- Butantan (Coronavac) para crianças e adolescentes (6 a 17 anos): 28 dias ou 4 semanas após a 1° dose.
- Butantan (Coronavac) para crianças com deficiência permanente, comorbidades e indígenas (3 a 4 anos): 28 dias ou 4 semanas após a 1° dose.

DOCUMENTOS PARA SEGUNDA DOSE E DOSE DE REFORÇO:

-Documento de Identificação (preferencialmente CPF)
-Comprovante de vacinação (da 1° Dose e/ou 2º Dose na cidade de São Paulo)
*Caso a 1ª e/ou 2ª doses tenham sido feitas em outra cidade, estado ou país– deve ser apresentado o comprovante das doses anteriores.

APLICAÇÃO SIMULTÂNEA COM OUTRAS VACINAS

As vacinas contra covid-19 poderão ser administradas de maneira simultânea ou com qualquer intervalo com as demais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação, na população a partir de 6 meses de idade, considerando a Nota Técnica nº 195-2022-CGPNI-DEIDT-SVS-MS, Nota Técnica 213/2022 CGNPI/DEIT/SVS/MS e nota técnica 114/2022-DEIDT/SVS/MS, visando o aumento da cobertura vacinal.

APLICAÇÃO DA VACINA EM CASO DE SUSPEITA/CONFIRMAÇÃO DE INFECÇÃO POR COVID-19

A vacinação deverá ser adiada pelo período mínimo de 04 semanas.

Caso suspeito de COVID-19: deverá elucidar o diagnóstico para COVID 19 ou para outras doenças.

Caso confirmado de COVID-19 sintomático: deve aguardar melhora completa do quadro, respeitando o intervalo mínimo de 04 semanas desde o início dos sintomas.

Caso confirmado de COVID 19 assintomático: aguardar 4 semanas a partir da do resultado positivo na testagem.

ORIENTAÇÃO PARA GESTANTES E PUÉRPERAS:

Conforme o Documento Técnico da Campanha de Vacinação contra a COVID-19 de 09 de junho de 2021 – 16ª atualização – Anexo 2; O posicionamento da SOGESP: VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 PARA GESTANTES E PUÉRPERAS - CORONAVIRUS de 08 de junho de 2021.

Todas as gestantes, puérperas do MSP poderão dirigir-se às UBSs para imunização de COVID-19 com as vacinas Coronavac ou Pfizer.

NA AUSÊNCIA DESTE IMUNIZANTE, A UBS DEVE MANTER LISTA DE ESPERA PARA CONVOCAÇÃO.

As gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto) que receberam a primeira dose da vacina AstraZeneca/Fiocruz poderão receber na data regular da segunda dose (em 8 semanas após a primeira dose) uma dose da vacina contra a COVID-19 do fabricante PFIZER, tendo assim completado o esquema vacinal, sem a necessidade de esperar o parto ou puerpério. As Unidades Básicas de Saúde realizarão busca ativa das gestantes e puérperas nessa condição, e aplicarão Termo de Ciência da Intercambialidade de vacinas.

LISTA DE COMORBIDADES

Grupo de comorbidades	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 corticoides sistêmicos ou internação prévia por crise asmática ou uso de doses altas de corticoides inalatório e de um segundo medicamento no ano anterior).
Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	HAR – Quando a pressão artéria (PA) permanece acima das metas recomendadas com 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 ≥ 180mmHg e/ou diastólica ≥ 110mmHg independente da lesão em órgão – alvo (LOA).
Hipertensão arterial estagio 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.
Doenças cardiovasculares	
Insuficiência cardíaca(IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; emestágios B, C ou D, independente de classe funcional da New YorkHeart Association
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ousecundária
Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ousistólica, 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 oucom 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; pericarditecrônica; 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 Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimentomiocárdico. Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória demédia 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 filtraçãoglomerular < 60 ml/min/1,73 m2) e/ou síndrome nefrótica.
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
Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C
Autismo	Transtorno do Espectro Autista (TEA)

***Adaptado conforme Documento Técnico 41ª atualização do Programa Estadual de Imunizações –PEI.**

***A lista de comorbidades é somente um norteador, está contemplado nesse instrutivo qualquer outra doença crônica, comorbidades e imunossupressão mesmo aqueles que não constam na lista do PNI.**

LISTA DE DEFICIËNCIA PERMANENTE

1- **Física:** Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas.

2- **Sensorial:** Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo.

3- **Visual:** Indivíduos com baixa visão ou cegueira. (considera-se baixa visão ou visão subnormal, quando o valor da acuidade visual corrigida no melhor olho é menor do que 0,3 e maior ou igual a 0,05 ou seu campo visual é menor do que 20º no melhor olho com a melhor correção óptica (categorias 1 e 2 de graus de comprometimento visual do CID 10) e considera-se cegueira quando esses valores se encontram abaixo de 0,05 ou o campo visual menor do que 10º (categorias 3,4 e5 do CID 10).

4- **Intelectual:** Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais.