

## CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

**INSTRUTIVO Nº 31**  
Publicado em: 20/08/2021

### INSTRUTIVO PARA PRIORIZAÇÃO DE DOSES DA VACINA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

#### FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES

##### No dia 21/08/2021 (sábado):

**Mega drive-thrus:** vacinação D1 e D2. Funcionamento das 8h às 17h.  
**AMAs/UBSs Integradas:** vacinação D1 e D2. Funcionamento das 7h às 19h.

##### No dia 22/08/2021 (domingo):

**Farmácias Avenida Paulista:** vacinação D1 e D2. Avenida Paulista, nº 2371 e 266 - das 08h às 16h  
**Galeria Prestes Maia:** vacinação D1 e D2. Praça do Patriarca, 2 - das 8h às 17h

##### A partir de 23/08/2021:

**Mega drive-thrus e Farmácias:** vacinação D1 e D2. Funcionamento das 8h às 17h.  
**Megapostos:** vacinação D1 e D2. Funcionamento das 8h às 17h.  
**Unidades Básicas de Saúde (UBSs):** vacinação D1 e D2. Funcionamento das 7h às 19h.  
**AMAs/UBSs Integradas:** vacinação D1 e D2. Funcionamento das 7h às 19h.

#### Cronograma Grupos Elegíveis

Grupo	1º dose Data	Documentos
<b>Adolescentes com comorbidades com 12 a 15 anos (ANEXO 1)</b>	<b>Data:</b> A partir de 23/08  <b>Local:</b> UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	<b>1º dose</b> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - <b>Comprovante de condição de risco</b> (receitas /relatórios físicos ou digitais, fotografia em celular, e demais formas desde que com identificação do paciente, CRM e na validade de 02 anos de emissão) - Comprovante de Endereço do município de São Paulo
<b>Adolescentes gestantes e puérperas (até 45 dias) com 12 a 15 anos</b>	<b>Data:</b> A partir de 23/08  <b>Local:</b> UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	<b>1º dose</b> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Gestantes: comprovante do estado gestacional (ex. carteira de acompanhamento da gestante/pré-natal ou laudo médico) - Puérperas: declaração de nascimento da criança, certidão de nascimento) Comprovante de Endereço do município de São Paulo
<b>Adolescentes com deficiência permanente (física, sensorial ou intelectual), com 12 a 15 anos, incluem:</b> 1- Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas. 2- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo. 3- Indivíduos com baixa visão ou	<b>Data:</b> A partir de 23/08  <b>Local:</b> UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	<b>1º dose</b> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante da deficiência (laudo médico indicando a deficiência; ou cartão de gratuidade no transporte público indicando deficiência; ou documentos comprobatórios de atendimento em centros de reabilitação ou unidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência; ou documento oficial de identidade com a indicação da deficiência).  - Caso não haja um documento comprobatório será possível a vacinação a partir da autodeclaração do indivíduo, nesta ocasião o indivíduo deverá ser informado quanto ao crime de falsidade ideológica

## CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

**INSTRUTIVO Nº 31**

Publicado em: 20/08/2021

Grupo	1º dose Data	Documentos
<p>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 encontram-se abaixo de 0,05 ou o campo visual menor do que 10º (categorias 3, 4 e 5 do CID 10).</p> <p>4-Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais.</p>		<p>(art. 299 do Código Penal). Consulte o Modelo de autodeclaração no site: <a href="https://prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa">https://prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa</a></p> <p><b>* Na condição de deficiência visual, só será aceita autodeclaração em casos de deficiência permanente- cegueira, para as demais classificações de baixa visão ou visão monocular será exigido documento que comprove a referida condição, conforme legislação vigente.</b></p> <p>- Comprovante de Endereço do município de São Paulo</p>
<p><b>Adolescentes com comorbidades com 16 e 17 anos (ANEXO 1)</b></p>	<p><b>Data:</b> A partir de 18/08</p> <p><b>Local:</b> UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)</p>	<p><b>1º dose</b></p> <p>- Documento de Identificação (preferencialmente CPF)</p> <p>- <b>Comprovante de condição de risco</b> (receitas /relatórios físicos ou digitais, fotografia em celular, e demais formas desde que com identificação do paciente, CRM e na validade de 02 anos de emissão)</p> <p>- Comprovante de Endereço do município de São Paulo</p>
<p><b>Adolescentes gestantes e puérperas (até 45 dias) com 16 e 17 anos</b></p>	<p><b>Data:</b> A partir de 18/08</p> <p><b>Local:</b> UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)</p>	<p><b>1º dose</b></p> <p>- Documento de Identificação (preferencialmente CPF)</p> <p>- Gestantes: comprovante do estado gestacional (ex. carteira de acompanhamento da gestante/pré-natal ou laudo médico)</p> <p>- Puérperas: declaração de nascimento da criança, certidão de nascimento)</p> <p>Comprovante de Endereço do município de São Paulo</p>
<p><b>Adolescentes com deficiência permanente (física, sensorial ou intelectual), com 16 e 17 anos, incluem:</b></p>	<p><b>Data:</b> A partir de 18/08</p> <p><b>Local:</b> UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)</p>	<p><b>1º dose</b></p> <p>- Documento de Identificação (preferencialmente CPF)</p> <p>- Comprovante da deficiência (laudo médico indicando a deficiência; ou cartão de gratuidade no transporte público indicando deficiência; ou documentos comprobatórios de atendimento em centros de reabilitação ou unidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência; ou documento oficial de identidade com a indicação da deficiência).</p> <p>- Caso não haja um documento comprobatório será possível a vacinação a partir da autodeclaração do indivíduo, nesta ocasião o indivíduo deverá ser informado quanto ao crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal). Consulte o Modelo de autodeclaração no site: <a href="https://prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa">https://prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa</a></p>

## CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

**INSTRUTIVO Nº 31**  
Publicado em: 20/08/2021

Grupo	1º dose Data	Documentos
		<p><b>* Na condição de deficiência visual, só será aceita autodeclaração em casos de deficiência permanente- cegueira, para as demais classificações de baixa visão ou visão monocular será exigido documento que comprove a referida condição, conforme legislação vigente.</b></p> <p>- Comprovante de Endereço do município de São Paulo</p>
<b>Adolescentes gestantes e puérperas (até 45 dias) com 16 e 17 anos</b>	<p><b>Data:</b> A partir de 18/08</p> <p><b>Local:</b> UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)</p>	<p><b>1º dose</b></p> <p>- Documento de Identificação (preferencialmente CPF)</p> <p>- Gestantes: comprovante do estado gestacional (ex. carteira de acompanhamento da gestante/pré-natal ou laudo médico)</p> <p>- Puérperas: declaração de nascimento da criança, certidão de nascimento)</p> <p>Comprovante de Endereço do município de São Paulo</p>
<b>Adultos com mais de 18 anos</b>	<p><b>Já estão elegíveis</b></p> <p><b>Local:</b> UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)</p>	<p><b>1º dose</b></p> <p>- Documento de Identificação (preferencialmente CPF)</p> <p>- Comprovante de Endereço do município de São Paulo</p>

### ORIENTAÇÕES GERAIS

#### VACINAÇÃO DE ADOLESCENTES

Os adolescentes devem ser acompanhados pelo responsável no ato da vacinação. No caso de impossibilidade do acompanhamento do responsável, o adolescente deve estar acompanhado de um adulto e apresentar uma autorização assinada pelo responsável, semelhante ao modelo abaixo:

<b>MODELO - CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID – 19 - AUTORIZAÇÃO</b>	
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	

Os adolescentes devem ser imunizados exclusivamente com a vacina Pfizer.

----\*----

#### LISTA DE RECUSA

Com a conclusão do cronograma de vacinação da população adulta da cidade de São Paulo, seguindo o disposto na Lei Municipal 17.583 de 2021, os municípios que foram suspensos temporariamente do direito à vacinação no período regular, por recusa do imunizante, podem ser inclusos novamente no cronograma de vacinação a partir de 18/08/2021.



## CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 31

Publicado em: 20/08/2021

### **USO DE DOSES REMANESCENTES:**

A partir do dia 20/08/2021, após vacinado o público alvo estabelecido neste documento, caso haja dose remanescente próximo ao término das atividades do serviço de saúde, instituímos o uso destas doses na forma de adiantamento da segunda dose, de acordo com o imunizante:

1. Pfizer – Adiantamento de D2 a partir de 30 dias da data de aplicação da 1º dose.
2. AstraZeneca – Adiantamento de D2 a partir de 30 dias da data de aplicação da 1º dose.
3. Coronavac – Adiantamento de D2 a partir de 15 dias da data de aplicação da 1º dose.

A Unidade de Saúde deverá organizar lista de espera, a partir de 20/08, com os usuários de sua área de abrangência, **que atendam aos critérios de intervalo entre as doses descritos acima.**

Os usuários podem ser moradores, estudantes ou trabalhadores na região da unidade e devem apresentar documentação com endereço e telefone para convocação.

Em caso de dificuldade para destinação dessas doses remanescentes, entrar em contato imediato com a Supervisão Técnica de Saúde.

**NÃO DESPREZAR NENHUMA DOSE VIÁVEL DE VACINA.**

----\*----

### **APLICAÇÃO DA SEGUNDA DOSE:**

-Butantan (Coronavac): 28 dias após 1º dose

-AstraZeneca: 12 semanas após 1º dose

-Pfizer: 12 semanas após 1º dose

-Janssen: dose única

### **DOCUMENTOS PARA SEGUNDA DOSE:**

-Documento de Identificação (preferencialmente CPF)

-Comprovante de vacinação (da 1º Dose na cidade de São Paulo)

\*Caso a 1º dose tenha sido feita em outra cidade, estado ou país– deve ser apresentado o comprovante da 1º dose e Comprovante de endereço no município de São Paulo.

----\*----

**COMPROVANTE DE ENDEREÇO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO:** pode ser apresentado de forma física ou digital. Se não houver no próprio nome do munícipe, serão aceitos comprovantes em nome do cônjuge, companheiro, pais e filhos, desde que apresentado documento que comprove o parentesco ou estado civil (RG, certidão de nascimento, certidão de casamento ou escritura de união estável).

Exemplos de comprovantes aceitos: contas de água, luz, gás, TV, internet, telefone fixo e celular; contrato de aluguel reconhecido em cartório; declaração recente de Imposto de Renda; carnês do IPTU e IPVA; contracheque emitido por órgão público; demonstrativos do INSS ou SRF; fatura de cartão de crédito; nota fiscal, boletos.

**No caso da impossibilidade de apresentação dos documentos acima, são aceitos comprovantes de vínculo com a Unidade Básica de Saúde referência: número de matrícula da família na ESF/ cartão de matrícula na UBS.**

----\*----

**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 DESTA IMUNIZANTE, A UBS DEVE MANTER LISTA DE ESPERA PARA CONVOCAÇÃO.

A partir de 26/07, 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 12 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.

**CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19**

**INSTRUTIVO Nº 31**

Publicado em: 20/08/2021

**\*\*\*\*\* ANEXO 1 –LISTA DE COMORBIDADES**

<b>Grupo de comorbidades</b>	<b>Descrição</b>
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, internação prévia por crise asmática).
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Qualquer indivíduo hipertenso em uso de um ou mais medicamentos
<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/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)

## CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

**INSTRUTIVO Nº 31**

Publicado em: 20/08/2021

Cardiopatas congênita no adulto	Cardiopatas 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, ressinchronizadores, 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 filtração glomerular < 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

**Fonte:** CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Com base nas revisões de literatura contidas nas referências do Documento Técnico Campanha de Vacinação contra a COVID-19, 12ª atualização, CVE/CCD/SES/SP, de 20/05/2021.

**Observação:** Ampliação da vacinação para qualquer indivíduo hipertenso em uso de 01 ou mais medicamentos dentro da faixa etária contemplada neste instrutivo.

### CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID – 19 DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) senhor(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF ou CNS sob o nº \_\_\_\_\_, é portador de \_\_\_\_\_ (inserir CID ou descrever a doença).

Município, (dia) de (mês) de ano.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico