



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

**OFÍCIO Nº SMS-OFI-2022/13053**

Rio de Janeiro, 04 de maio de 2022.

Ilma Sra.  
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas  
Subsecretária  
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Assunto: **NORMATIZAÇÃO. REGULAMENTAÇÃO. GESTÃO DA DOCUMENTAÇÃO E DA INFORMAÇÃO**

Senhora Subsecretária,

**Recomendações para Esquema primário e Reforço(s) da vacina contra COVID-19, no grupo de crianças de 5 a 11 anos e a partir de 12 anos**

Com vistas às Coordenações de Área de Planejamento e às unidades de Atenção Primária.

CONSIDERANDO a Nota técnica nº 11/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, de 23.02.2022, que trata de atualizações do esquema primário e da dose de reforço de vacinas contra a COVID-19;

CONSIDERANDO o Plano Nacional de Operacionalização para vacinação contra COVID19, 12ª edição;

CONSIDERANDO a Nota Técnica nº 20/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, que atualiza a inclusão do segundo reforço para pessoas de 80 anos e mais, com intervalo de 04 meses;

CONSIDERANDO a Nota Técnica nº 28/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, que atualiza a inclusão do segundo reforço para pessoas de 70 anos e mais, com intervalo de 04 meses;

CONSIDERANDO o Sumário Executivo da 25ª reunião do Comitê Especial de Enfrentamento à COVID19, realizada em 25/04/2022 que ratifica a ampliação da segunda dose de reforço para pessoas a partir de 60 anos, segundo calendário divulgado pela SMS Rio, com 04 meses de intervalo;

CONSIDERANDO a Nota Técnica nº 28/2022-SECOVID, de 02/05/2022, que trata da recomendação da **segunda dose de reforço** de vacinas contra Covid 19 em pessoas com 70 anos ou mais e pessoas institucionalizadas com 60 anos ou mais, com intervalo de **4 meses** a partir do primeiro reforço.



Assinado com senha por MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA.  
Documento Nº: 453911-5359 - consulta à autenticidade em  
<https://acesso.processo.rio/sigaex/public/app/autenticar?n=453911-5359>

Classif. documental

00.06.00.01



SMSOFI202213053A

SIGA

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

A Superintendência de Vigilância em Saúde, através da Coordenação do Programa de Imunizações, no uso de suas atribuições sobre a vacinação contra a COVID-19, ORIENTA:

**Quadro 1 - INDIVÍDUOS A PARTIR DE 18 ANOS a 59 ANOS, exceto gestantes ou puérperas**

ESQUEMA DE VACINAÇÃO 1				
VACINA	ESQUEMA PRIMÁRIO	INTERVALO D1 PARA D2	INTERVALO Dose R1	VACINA INDICADA PARA REFORÇO
Coronavac	D1 + D2	04 semanas	<b>04 meses</b>	<b>Pfizer, Astrazeneca, Janssen</b>
AstraZeneca	D1 + D2	08 semanas	<b>04 meses</b>	Pfizer, Astrazeneca, Janssen
Pfizer	D1 + D2	08 semanas, <b>mínimo 21 dias</b>	<b>04 meses</b>	Pfizer, Astrazeneca, Janssen
Janssen	DU	-	<b>08 semanas</b>	Pfizer, Astrazeneca, Janssen

**Quadro 2 - PESSOAS DE 80 ANOS OU MAIS - INDICAÇÃO DE SEGUNDO REFORÇO (R2)**

ESQUEMA DE VACINAÇÃO 2					
VACINA	ESQUEMA PRIMÁRIO	INTERVALO D1 para D2	INTERVALO O para R1	INTERVALO para R2	VACINA INDICADA PARA REFORÇO
Coronavac	D1 + D2	04 semanas	<b>03 meses</b>	<b>04 meses</b>	Pfizer, Astrazeneca, Janssen



Assinado com senha por MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA.  
 Documento Nº: 453911-5359 - consulta à autenticidade em  
<https://acesso.processo.rio/sigaex/public/app/autenticar?n=453911-5359>



SMSOFI202213053A

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

AstraZeneca	D1 + D2	08 semanas	<b>03 meses</b>	<b>04 meses</b>	Pfizer, AstraZen Janssen
Pfizer	D1 + D2	08 semanas, <b>mínimo 21 dias</b>	<b>03 meses</b>	<b>04 meses</b>	Pfizer, AstraZen Janssen
Janssen	DU	-	<b>08 semanas</b>	<b>04 meses</b>	Pfizer, AstraZen Janssen

**Quadro 3 NOVO- PESSOAS DE 60 a 79 ANOS - INDICAÇÃO DE SEGUNDO REFORÇO (R2)**

ESQUEMA DE VACINAÇÃO 3					
VACINA	ESQUEMA PRIMÁRIO	INTERVALO D1 para D2	INTERVALO O para R1	INTERVALO ideal para R2	VACINA INDICADA PARA REFORÇO
Coronovac	D1 + D2	04 semanas	<b>03 meses</b>	<b>04 meses</b>	Pfizer, AstraZen Janssen
AstraZeneca	D1 + D2	08 semanas	<b>03 meses</b>	<b>04 meses</b>	Pfizer, AstraZen Janssen
Pfizer	D1 + D2	08 semanas, <b>mínimo 21 dias</b>	<b>03 meses</b>	<b>04 meses</b>	Pfizer, AstraZen Janssen
Janssen	DU	-	<b>08 semanas</b>	<b>04 meses</b>	Pfizer, AstraZen Janssen

**Quadro 4 - INDIVÍDUOS A PARTIR DE 18 ANOS, IMUNOCOMPROMETIDOS, exceto gestantes ou puérperas**

ESQUEMA DE VACINAÇÃO 4					
VACINA	ESQUEMA PRIMÁRIO	INTERVALO D1 para D2	INTERVALO D2 para D3	INTERVALO O Dose R1	VACINA INDICADA PARA REFORÇO



Assinado com senha por MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA.  
Documento Nº: 453911-5359 - consulta à autenticidade em  
<https://acesso.processo.rio/sigaex/public/app/autenticar?n=453911-5359>



SMSOFI202213053A

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

Coronavac	D1 + D2 +D3	08 semanas, <b>mínimo 04 semanas</b>	08 semanas, <b>mínimo 04 semanas</b>	<b>04 meses</b>	Pfizer, Astrazeneca Janssen
AstraZeneca	D1 + D2 +D3	08 semanas, <b>mínimo 04 semanas</b>	08 semanas, <b>mínimo 04 semanas</b>	<b>04 meses</b>	Pfizer, Astrazeneca Janssen
Pfizer	D1 + D2 +D3	08 semanas, <b>mínimo 04 semanas</b>	08 semanas, <b>mínimo 04 semanas</b>	<b>04 meses</b>	Pfizer, Astrazeneca Janssen
Janssen	DU + D2	08 semanas	-	<b>04 meses</b>	Pfizer, Astrazeneca Janssen

**Quadro 5 - GESTANTES E PUÉRPERAS, A PARTIR DE 18 ANOS**

ESQUEMA DE VACINAÇÃO 5				
VACINA	ESQUEMA PRIMÁRIO	INTERVALO D1 para D2	INTERVALO Dose R1	VACINA INDICADA PARA REFORÇO
Coronavac	D1 + D2	04 semanas	<b>04 meses</b>	Preferencialmente Pfizer, não disponível usar Coronavac
Pfizer	D1 + D2	08 semanas, <b>mínimo 21 dias</b>	<b>04 meses</b>	Preferencialmente Pfizer, não disponível usar Coronavac

**Quadro 6 - GESTANTES E PUÉRPERAS, A PARTIR DE 18 ANOS, IMUNOCOMPROMETIDAS**

ESQUEMA DE VACINAÇÃO 6					
VACINA	ESQUEMA PRIMÁRIO	INTERVALO D1 PARA D2	INTERVALO D2 PARA D3	INTERVALO Dose R1	VACINA INDICADA PARA REFORÇO



Assinado com senha por MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA.  
Documento Nº: 453911-5359 - consulta à autenticidade em  
<https://acesso.processo.rio/sigaex/public/app/autenticar?n=453911-5359>



SMSOFI202213053A

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

Coronavac	D1 + D2 + D3	08 semanas, mínimo 04 sem	08 semanas, mínimo 04 sem	04 meses	Preferencialmente Pfizer, se não dispon usar Coronavac
Pfizer	D1 + D2 + D3	08 semanas, mínimo 04 sem	08 semanas, mínimo 04 sem	04 meses	Preferencialmente Pfizer, se não dispon usar Coronavac

Quadro 7 - ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS

ESQUEMA DE VACINAÇÃO 7			
VACINA	ESQUEMA PRIMÁRIO	INTERVALO D1 PARA D2	DOSE DE REFORÇ
Pfizer	D1 + D2	08 semanas, mínimo 21 dias	Não indicada DR
Coronavac	D1 + D2	04 semanas	Não indicada DR

Quadro 8 - ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANOS, IMUNOCOMPROMETIDOS, incluindo GESTANTES E PUÉRPERAS

ESQUEMA DE VACINAÇÃO 8					
VACINA	ESQUEMA PRIMÁRIO	INTERVALO D1 para D2	INTERVALO D2 para D3	INTERVAL O Dose R1	VACINA INDICADA PARA REFOR
Pfizer	D1 + D2 + D3	08 semanas, mínimo 04 semanas	08 semanas, mínimo 04 semanas	04 meses	Pfizer

Quadro 9 - GESTANTES E PUÉRPERAS DE 12 A 17 ANOS

ESQUEMA DE VACINAÇÃO 9					
VACINA FEITA	ESQUEMA PRIMÁRIO	INTERVALO D1 para D2	INTERVALO D3	INTERVALO Dose R1	VACINA INDICADA PARA REFORÇO



Assinado com senha por MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA.  
 Documento Nº: 453911-5359 - consulta à autenticidade em  
<https://acesso.processo.rio/sigaex/public/app/autenticar?n=453911-5359>



SMSOF1202213053A

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

Pfizer	D1 + D2	08 semanas, mínimo 21 dias	-	<b>04 meses após D2</b>	Preferencialmente Pfizer, se não dispon usar Coronavac
Coronavac	D1 + D2	04 semanas	-	<b>04 meses após D2</b>	Preferencialmente Pfizer, se não dispon usar Coronavac

**Quadro 10 - CRIANÇAS DE 05 A 11 ANOS**

ESQUEMA DE VACINAÇÃO 10				
VACINA FEITA	ESQUEMA PRIMÁRIO	INTERVALO para D2	Dose Reforço	VACINA INDICADA PARA D2
Pfizer <b>05 A 11 ANOS</b>	D1 + D2	08 semanas, mínimo 21 dias	<b>Não indicada DR</b>	PFIZER
Coronavac <b>06 A 11 ANOS</b>	D1 + D2	04 semanas	<b>Não indicada DR</b>	CORONAVAC

NOTA 2: A SMS-RIO recomendou a partir de 31/03/2022 ao intervalo de 21 dias para D2 no grupo de crianças vacinadas com Pfizer.

**OBSERVAÇÕES:**

1. A completude do esquema primário deverá ser, preferencialmente, com o mesmo imunizante.
2. A vacina a ser utilizada para a dose de reforço deverá ser, preferencialmente, da plataforma de RNA mensageiro (Pfizer/Wyeth) ou, de maneira alternativa vacina de vetor viral (Janssen ou AstraZeneca), contudo, a oferta da dose de Reforço poderá ser por intercambialidade E optada pelo usuário a vacina a ser usada, conforme disponibilidade.
3. **Não utilizar** vacinas de vetor viral (Astrazeneca e Janssen) em gestantes e puérperas.
4. Se a pessoa não receber a dose no período recomendado, poderá receber no momento oportuno. Não existe intervalo máximo para dose de reforço.
5. Para o grupo de crianças, não há recomendação de intercambialidade, no momento.

**IMUNOCOMPROMETIMENTO**

Entende-se como pessoas com alto grau de IMUNOCOMPROMETIMENTO:



Assinado com senha por MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA.  
Documento Nº: 453911-5359 - consulta à autenticidade em  
<https://acesso.processo.rio/sigaex/public/app/autenticar?n=453911-5359>



SMSOFI202213053A

## PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

- Imunodeficiência primária grave.
- Quimioterapia para câncer.
- Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras.
- Uso de corticóides em doses #20 mg/dia de prednisona, ou equivalente, por #14 dias.
- Uso de drogas modificadoras da resposta imune (vide lista, abaixo).
- Auto inflamatórias, doenças intestinais inflamatórias.
- Pacientes em hemodiálise.
- Pacientes com doenças imunomediadas inflamatórias crônicas.
- Pessoas vivendo com HIV/AIDS.

### **LISTA DAS DROGRAS MODIFICADORES DA RESPOSTA IMUNE E DOSES IMUNOSSUPRESSORAS:**

- Metotrexato
- Leflunomida
- Micofenolato de mofetila
- Azatioprina
- Ciclofosfamida
- Ciclosporina
- Tacrolimus 6-mecaptopurina Biológicos em geral (infiximabe, etanercept, humira, adalimumabe, tocilizumabe, Canakinumabe, golimumabe, certolizumabe, abatacepte, Secukinumabe, ustekinumabe)
- Inibidores da JAK (Tofacitinibe, baracitinibe e Upadacitinibe)

Fonte: Calendário SBIm de vacinação - Pacientes Especiais NOTA TÉCNICA Nº 43/2021 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS

### **OUTRAS RECOMENDAÇÕES**

Comprovação para pessoas vivendo com HIV/Aids, para pessoas com alto grau de imunossupressão e pacientes cadastrados, acompanhados nas unidades municipais de saúde ou CRIE:

- As "Pessoas vivendo com HIV/Aids", além da caderneta/comprovante de vacinação e documento de identificação poderão apresentar, na ausência do atestado médico, receita de uso continuado, contendo a prescrição de medicamento(s) e / ou laudo de exame diagnóstico.
- Pacientes com imunossupressão: Além da caderneta/comprovante de vacinação e documento de identificação, poderão apresentar laudo médico, no formato digital CREMERJ, especificando a condição e a necessidade da dose de reforço, com data inferior aos últimos 60 dias (laudos atuais), além de exames complementares disponíveis e prescrição médica atualizada, se em caso de uso de medicamentos especificados nas condições;
- Para pacientes cadastrados e acompanhados nas unidades municipais de saúde ou CRIE, poderão comparecer com os comprovantes de vacinação para Covid-19 e documento de identificação, desde que tenham registro clínico atualizado em prontuário da unidade com especificação da condição que o caracterize nesse grupo.

### **DIRETRIZES PARA ATENDIMENTO:**



Assinado com senha por MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA.  
Documento Nº: 453911-5359 - consulta à autenticidade em  
<https://acesso.processo.rio/sigaex/public/app/autenticar?n=453911-5359>



SMSOFI20213053A

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SMS

- Permitir ao usuário com 18 anos e mais que, conforme disponibilidade de doses e recomendações técnicas, ele possa optar pela vacina que achar mais conveniente para sua DR.
- Para indivíduos de 12 a 17 anos imunocomprometidos, que possuem indicação de DR, adotar a oferta apenas da vacina Pfizer, conforme recomendações.
- A orientação é NÃO BUROCRATIZAR A OFERTA DA VACINAÇÃO, buscando orientar e facilitar a vacinação dos indivíduos aptos para o esquema primário e reforço(s). Em caso de solicitação de antecipação do reforço, o usuário do grupo POPULAÇÃO GERAL deve ser orientado que o melhor momento para a DR1 é quando se completa quatro meses do esquema primário (DU ou D1+D2) mas em situações específicas (ex. viagem, recomendações médicas, necessidade de trabalho, etc.) permite-se antecipação em até três meses.

Esta Nota Técnica entra em vigor na data da sua publicação atualiza o Ofício N° SMS-OFI- 2022/12870, de 03/05/2022.

Atenciosamente,

MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA  
SUPERINTENDENTE  
S/SUBPAV/SVS



Assinado com senha por MARCIO HENRIQUE DE OLIVEIRA GARCIA.  
Documento N°: 453911-5359 - consulta à autenticidade em  
<https://acesso.processo.rio/sigaex/public/app/autenticar?n=453911-5359>



SMSOFI202213053A