

# Recomendações provisórias para o uso da vacina Janssen Ad26.COV2.S (COVID-19)

Orientação provisória  
17 de março de 2021



## Introdução

Esta orientação provisória foi desenvolvida com base na recomendação emitida pelo Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas (SAGE) em Imunização, em sua reunião extraordinária de 15 de março de 2021 (1).

Foram coletadas as declarações de interesses de todos os colaboradores externos, sendo elas avaliadas quanto a quaisquer conflitos de interesse. Os resumos dos interesses relatados podem ser encontrados no [site da reunião do SAGE](#) e no [site do Grupo de Trabalho do SAGE](#).

A orientação baseia-se em evidências resumidas no *Documento de referência sobre a vacina Janssen Ad26.COV2.S (COVID-19)*, e no *Documento de referência sobre a doença COVID-19 e vacinas*. Os dois documentos estão disponíveis na página SAGE COVID-19: [www.who.int/groups/strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization/covid-19-materials](http://www.who.int/groups/strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization/covid-19-materials).

## Métodos

O SAGE aplica os princípios da medicina baseada em evidências e estabeleceu um processo metodológico completo para emitir ou atualizar recomendações (2). Especificamente para vacinas contra a COVID-19, uma descrição detalhada dos processos metodológicos pode ser encontrada no esquema de evidências do SAGE para vacinas contra a COVID-19 (3). Esse esquema contém orientações sobre como levar em consideração os dados provenientes de ensaios clínicos em apoio à emissão de recomendações baseadas em evidências específicas para vacinas.

## Objetivo geral e estratégia para o uso da vacina Janssen Ad26.COV2.S (COVID-19)

A pandemia da COVID-19 causou morbidade e mortalidade significativas em todo o mundo, bem como importantes perturbações sociais, educacionais e econômicas. Há uma necessidade global urgente para desenvolver vacinas efetivas e seguras, e disponibilizá-las em escala e de forma equitativa em todos os países.

A vacina Ad26.COV2.S contra COVID-19 é baseada em vetor recombinante, não replicante, de adenovírus sorotipo 26 (Ad26), que codifica a proteína da espícula completa e estabilizada do SARS-CoV-2. Essa vacina não contém adjuvantes, conservantes, materiais de origem animal ou tecido fetal. Uma dose única de Ad26.COV2.S tem uma eficácia de 66,9% (intervalo de confiança (IC) 95%: 59,0,-73,4) contra infecção sintomática por SARS-CoV-2, 76,7% (IC95%: 54,6-89,1) contra COVID-19 grave após 14 dias, e 85,4% (IC95%: 54,2-96,9) após 28 dias<sup>1</sup>. A eficácia da vacina contra hospitalizações foi 93,1% (IC95%: 72,7-99,2). A eficácia vacinal foi mantida em todos os gêneros, idades e etnias. No momento da análise, o tempo mediano de seguimento foi 58 dias, e 55% dos participantes foram acompanhados por mais de dois meses. Dados mais detalhados sobre a eficácia e segurança dessa vacina podem ser encontrados no *Documento de referência sobre a vacina Ad26.COV2.S*. Esses dados analisados pela OMS justificam a conclusão de que os benefícios conhecidos e potenciais da Ad26.COV2.S superam os riscos conhecidos e potenciais. Como um suprimento suficiente de vacina não estará imediatamente disponível para imunizar todos os que poderiam se beneficiar dela, recomenda-se aos países usarem o Roteiro de Priorização da OMS (4) e o Esquema de Valores da OMS (5) como orientação para priorizar os grupos-alvo. Como os suprimentos de vacina estão muito limitados (estágio I do Roteiro de Priorização da OMS), em ambientes com transmissão comunitária, o Roteiro recomenda que seja dada prioridade inicialmente aos trabalhadores de saúde e idosos, com e sem comorbidades. À medida que mais vacinas estiverem disponíveis, outros grupos de prioridade adicionais devem ser vacinados, conforme descrito no Roteiro de Priorização da OMS (4), levando em conta os dados epidemiológicos nacionais, características específicas da vacina, de acordo com as informações do produto aprovadas pelas agências regulatórias, além de outras considerações relevantes.

## Uso pretendido

Pessoas com 18 anos ou mais de idade.

<sup>1</sup> As definições de casos foram elaboradas pela Janssen, e são um pouco diferentes das definições padrão da OMS para gravidade da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19), que podem ser encontradas em: COVID-19 Manejo clínico: orientação dinâmica (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>, acesso em 16 de março de 2021)

## **Administração**

O esquema recomendado é de uma dose (0,5 ml) administrada por via intramuscular no músculo deltoide.

## **Doses de reforço**

As evidências atualmente justificam o uso de uma dose única. A necessidade e o momento das doses adicionais estão sendo avaliados em ensaios clínicos.

## **Coadministração com outras vacinas**

Deve haver um intervalo mínimo de 14 dias entre a administração dessa vacina e qualquer outra vacina contra outras doenças. Essa recomendação pode ser alterada à medida que dados sobre coadministração com outras vacinas estiverem disponíveis.

## **Contraindicações**

Uma história de anafilaxia a qualquer componente da vacina é uma contraindicação à vacinação.

## **Precauções**

Em COV3001, não foram observados casos que atendessem os critérios de reação alérgica da Brighton Collaboration. No entanto, em um ensaio aberto na África do Sul, ocorreu um caso de reação alérgica que atendia os critérios da Brighton Collaboration.

Assim como para todas as vacinas contra a COVID-19, a Ad26.COV2.S deve ser administrada em serviços de saúde, com tratamento médico adequado disponível, em caso de reações alérgicas. Como medida de precaução, deve-se assegurar um período de observação de 15 minutos após a vacinação.

Qualquer pessoa com doença febril aguda (temperatura corpórea acima de 38,5 °C) deve adiar a vacinação até que esteja afebril.

## **Vacinação de populações específicas**

### **Populações para as quais estão disponíveis dados comprobatórios de ensaios clínicos e de imunogenicidade**

#### **Idosos**

O risco de COVID-19 grave e morte aumenta acentuadamente com a idade. Os dados dos ensaios de fase 3 indicam que a eficácia e a segurança da vacina são comparáveis em todas as faixas etárias (acima de 18 anos). A vacinação é recomendada para pessoas idosas.

#### **Pessoas com comorbidades**

Certas comorbidades foram identificadas como passíveis de aumentar o risco de COVID-19 grave e morte. Os ensaios clínicos de fase 3 demonstraram que a vacina tem perfis de segurança e eficácia semelhantes em pessoas com várias comorbidades, incluindo aquelas que as colocam em maior risco de ter COVID-19 grave. As comorbidades estudadas no ensaio clínico de fase 3 incluem hipertensão, doença pulmonar crônica, doença cardíaca importante, obesidade, diabetes e infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV). A vacinação é recomendada para pessoas com essas comorbidades, que foram identificadas como tendo maior risco de COVID-19 grave.

### **Populações para as quais existem dados limitados ou nenhum dado de ensaios clínicos**

#### **Crianças e adolescentes com menos de 18 anos**

Para a maioria de crianças e adolescentes, o perfil da doença é menos grave. Atualmente, não existem dados de eficácia ou segurança para crianças ou adolescentes com idade inferior a 18 anos. Até que tais dados estejam disponíveis, não se recomenda, em geral, a vacinação de indivíduos com menos de 18 anos de idade.

#### **Gestantes**

As gestantes correm maior risco de COVID-19 grave em comparação com mulheres em idade reprodutiva, que não estejam grávidas, e a COVID-19 tem sido associada a um risco aumentado de parto prematuro. Os dados disponíveis sobre a vacinação de gestantes com Ad26.COV2.S são insuficientes para avaliar os riscos associados à vacina na gravidez. No entanto, deve-se observar que a Ad26.COV2.S é uma vacina feita a partir de um vetor viral não replicante. Não foram identificadas questões de segurança após a vacinação de mais de 1.600 gestantes, usando a plataforma da vacina Ad26 para vacinas contra outros patógenos, como o vírus Ebola. Os estudos sobre toxicidade reprodutiva e do desenvolvimento em animais não mostraram danos ao desenvolvimento fetal. Mais estudos estão planejados em gestantes nos próximos meses, incluindo um subestudo sobre gestação e um registro de gestações. À medida que os dados desses estudos se tornarem disponíveis, as recomendações sobre vacinação serão devidamente atualizadas.

Nesse ínterim, as gestantes devem receber a Ad26.COV2.S apenas se o benefício da vacinação de uma gestante superar os riscos potenciais da vacina, como no caso das profissionais de saúde com alto risco de exposição, ou com comorbidades, que as coloquem em um grupo de alto risco para COVID-19 grave. Devem ser fornecidas informações e, se possível, aconselhamento sobre a falta de dados de segurança sobre a vacina Ad26.COV2.S para gestantes, e os benefícios potenciais da vacinação.

A OMS não recomenda fazer teste de gravidez antes da vacinação ou adiar a gravidez por causa da vacinação.

### **Mulheres lactantes**

A amamentação oferece benefícios substanciais à saúde para mulheres que amamentam e seus filhos amamentados. Estima-se que a eficácia da vacina seja semelhante nas mulheres que amamentam em relação a outros adultos. Não se sabe se a Ad26.COV2.S é excretada no leite materno. Como a Ad26.COV2.S é uma vacina feita a partir de um vetor viral não replicante, é pouco provável que ofereça algum risco à criança amamentada. Com base nessas considerações, uma mulher lactante que faça parte de um grupo recomendado para vacinação como, por exemplo, o de profissionais de saúde, deve receber vacinação da mesma forma. A OMS não recomenda a interrupção da amamentação após a vacinação.

### **Pessoas vivendo com HIV**

Pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) podem ter maior risco de COVID-19 grave. Pessoa com infecção por HIV bem controlada foram incluídas nos ensaios, e não foram observados problemas de segurança. Os dados sobre a administração da vacina são atualmente insuficientes para permitir a avaliação da eficácia da vacina para pessoas vivendo com HIV. É possível que a resposta imune à vacina seja reduzida, o que pode diminuir sua efetividade clínica. Nesse ínterim, considerando que a vacina é feita a partir de um vetor viral não replicante, as pessoas vivendo com HIV que fazem parte de um grupo recomendado para vacinação podem ser vacinadas. Devem ser fornecidas informações e, quando possível, aconselhamento para orientar sobre a avaliação individual de risco-benefício. Não é necessário realizar exames para infecção pelo HIV antes da administração da vacina.

### **Pessoas imunocomprometidas**

As pessoas imunocomprometidas correm maior risco de COVID-19 grave. Os dados disponíveis são atualmente insuficientes para avaliar a eficácia ou os riscos associados à vacina em pessoas gravemente imunocomprometidas, inclusive aquelas em tratamento imunossupressor. É possível que a resposta imune à vacina seja reduzida, o que pode diminuir sua efetividade clínica. Nesse ínterim, considerando que a vacina é feita a partir de um vetor viral não replicante, as pessoas imunocomprometidas que fazem parte de um grupo recomendado para vacinação podem ser vacinadas. Devem ser fornecidas informações e, quando possível, aconselhamento sobre os perfis de segurança e eficácia da vacina em pessoas imunocomprometidas, para orientar a avaliação individual de risco-benefício.

### **Pessoas que já tiveram infecção por SARS-CoV-2**

A vacinação pode ser oferecida independente da história pregressa de infecção sintomática ou assintomática por SARS-CoV-2. A testagem sorológica ou viral para detectar infecção anterior não é recomendada para tomada de decisão sobre a vacinação. Os dados disponíveis das análises conjuntas indicam que a Ad26.COV2.S é segura em pessoas com evidência de infecção anterior por SARS-CoV-2. Os dados atualmente disponíveis indicam que a reinfeção sintomática dentro de 6 meses após uma infecção inicial é pouco frequente. Considerando a oferta limitada de vacinas, as pessoas com infecção por SARS-CoV-2 confirmada por PCR nos 6 meses anteriores podem adiar a vacinação até perto do final desse período. No entanto, os novos dados indicam que a reinfeção sintomática pode ocorrer em locais onde as variantes com evidências de escape de imunidade estejam circulando. Nesses locais, pode ser aconselhável realizar a imunização precoce, após a infecção. Quando mais dados sobre a duração da imunidade após a infecção natural estiverem disponíveis, a duração desse período pode ser revisada.

### **Pessoas com COVID-19 aguda atual**

Pessoas com COVID-19 aguda confirmada por PCR não devem ser vacinadas até que se recuperem da doença aguda, e que os critérios para a interrupção do isolamento sejam cumpridos. Não se conhece ainda o intervalo ideal entre a infecção natural e a vacinação.

### **Pessoas que receberam anteriormente terapia passiva de anticorpos para COVID-19**

Atualmente, não existem dados sobre a segurança ou eficácia da vacinação em pessoas que receberam anticorpos monoclonais ou plasma convalescente como parte do tratamento para COVID-19. Portanto, como medida de precaução, a vacinação deve ser adiada por, pelo menos, 90 dias para evitar a interferência do tratamento com anticorpos nas respostas imunes induzidas pela vacina.

## **Situações especiais**

Pessoas em locais como campos de refugiados e de detenção, prisões, favelas e outros locais com alta densidade populacional, onde não seja possível implementar o distanciamento físico, devem ser priorizadas para vacinação, conforme descrito no Roteiro

de Priorização da OMS (4), levando em consideração os dados epidemiológicos nacionais, o fornecimento de vacinas, e outras considerações relevantes.

Conforme observado no Roteiro de Priorização da OMS, os programas nacionais devem dar atenção especial aos grupos afetados de forma desproporcional pela COVID-19, ou que enfrentem iniquidades em saúde, como resultado de desigualdades sociais ou estruturais. Deve-se identificar esses grupos, abordar as barreiras à vacinação, e desenvolver programas para permitir o acesso equitativo às vacinas.

No atual período de oferta muito limitada de vacinas, a vacinação preferencial de viajantes internacionais contraria o princípio da equidade. A OMS atualmente recomenda a vacinação de viajantes apenas se estiverem no grupo de alto risco, ou de ambientes epidemiológicos identificados no Roteiro de Priorização da OMS (4). Com o aumento da oferta de vacinas, essas recomendações serão revisadas.

## Outras considerações

### Variantes de SARS-CoV-2

Os vírus SARS-CoV-2 passam por evolução. Algumas novas variantes do vírus podem estar associadas com maior transmissibilidade, gravidade da doença, risco de reinfeção, ou uma mudança na composição do antígeno, resultando em menor efetividade da vacina.

Nos Estados Unidos, onde as novas variantes de preocupação não predominavam na época dos ensaios vacinais, a eficácia da vacina para COVID-19 moderada a grave/crítica foi 72,0% (IC95%: 58,2-81,7), e a eficácia para COVID-19 grave/crítica foi 85,9% (IC95%: -9,4-99,7). Na África do Sul, apesar da variante 20H/501Y.V2 (linhagem B.1.351) ser a cepa predominante, foram observadas eficácias semelhantes nos Estados Unidos: a eficácia para COVID-19 moderada a grave/crítica foi 64,0% (IC95%: 41,2-78,7), e a eficácia para COVID-19 grave/crítica foi 81,7% (IC95%: 46,2-95,4). No Brasil, onde uma variante da linhagem P.2 foi a cepa predominante, a eficácia da vacina para COVID-19 moderada a grave/crítica foi 68,1% (IC95%: 7,8-99,7), e para COVID-19 grave/crítica foi 87,6% (IC95%: 48,8-80,7).

A OMS atualmente recomenda o uso da vacina Ad26.COV2.S segundo o Roteiro de Priorização (4), mesmo que as variantes estejam presentes em um país. Os países devem realizar uma avaliação de riscos-benefícios, conforme a situação epidemiológica local, incluindo a gama de variantes dos vírus circulantes. Há uma necessidade premente de uma abordagem coordenada para vigilância e avaliação das variantes e seu impacto potencial na efetividade das vacinas. A OMS vai continuar a monitorar a situação; e à medida que novos dados estiverem disponíveis, as recomendações serão devidamente atualizadas.

### Testes para SARS-CoV-2

O recebimento prévio da vacina não afetará os resultados de testes de amplificação de ácidos nucleicos do SARS-CoV-2, ou de testes de antígeno para o diagnóstico de infecção aguda/atual por SARS-CoV-2. No entanto, é importante observar que os testes de anticorpos atualmente disponíveis para SARS-CoV-2 avaliam os níveis de IgM e/ou IgG contra a proteína da espícula viral ou do nucleocapsídeo. A vacina contém a proteína da espícula; portanto, um teste positivo de IgM ou IgG contra a proteína da espícula viral pode indicar infecção anterior ou vacinação anterior. Para avaliar a evidência de infecção anterior em um indivíduo que recebeu a Ad26.COV2.S, deve ser usado um teste que avalie especificamente IgM ou IgG contra a proteína do nucleocapsídeo. Um resultado positivo no teste com base na proteína do nucleocapsídeo indica infecção anterior, ao passo que se espera um resultado negativo no teste com base na proteína do nucleocapsídeo após a vacinação (a menos que tenha ocorrido uma infecção natural). O teste de anticorpos não é atualmente recomendado para avaliar a imunidade para COVID-19 após a vacinação com Ad26.COV2.S.

### Papel das vacinas entre outras medidas preventivas

Como ainda não há evidências suficientes de um efeito da vacina na transmissão, as intervenções não farmacêuticas devem continuar, incluindo o uso de máscaras faciais, distanciamento físico, lavagem das mãos e outras medidas apropriadas em ambientes específicos, dependendo da epidemiologia da COVID-19 e dos riscos potenciais das variantes emergentes. As recomendações dos governos sobre intervenções não farmacêuticas devem continuar a serem seguidas pelas pessoas vacinadas, bem como por aqueles que ainda não foram vacinados. Essa recomendação será atualizada conforme as informações sobre o impacto da vacinação na transmissão do vírus e na proteção indireta na comunidade forem avaliadas.

### Envolvimento da comunidade, comunicação efetiva e legitimidade

O envolvimento da comunidade e a comunicação efetiva (incluindo a comunicação de risco) são essenciais para o sucesso dos programas de vacinação contra a COVID-19. As decisões de priorização devem ser feitas por meio de processos transparentes, baseados em valores compartilhados, nas melhores evidências científicas disponíveis, e na representação e contribuição adequadas das partes afetadas. Além disso, a comunicação sobre o mecanismo de ação das vacinas baseadas em vetores, e os dados de eficácia e segurança provenientes de ensaios clínicos e estudos pós-comercialização, além de mortalidade esperada, desfechos maternos e neonatais, e

taxas de eventos adversos de interesse especial (EAIE), em grupos priorizados para vacinação, precisam ser fortalecidos. As estratégias devem incluir: (i) comunicações culturalmente aceitáveis e linguisticamente acessíveis sobre a vacinação contra a COVID-19 disponibilizadas de forma gratuita; (ii) engajamento comunitário ativo e envolvimento de líderes de opinião da comunidade, e vozes confiáveis para melhorar a conscientização e compreensão de tais comunicações, e (iii) inclusão de opiniões de diversas partes interessadas e afetadas na tomada de decisões. Essas iniciativas são especialmente importantes em subpopulações que possam não estar familiarizadas ou não confiar nos sistemas de saúde e imunização.

### Logística da vacinação

A vacina é fornecida aos países à temperatura de -20 °C, com vida útil de 24 meses, em frasco multidoses contendo 5 doses (0,5 ml cada). A vacina pode ser armazenada entre 2 °C e 8 °C, por 3 meses. Uma vez descongelada, a vacina não deve ser congelada novamente. Os frascos devem ficar protegidos da luz. Após a primeira dose ser retirada, o frasco deve ser mantido entre 2 °C e 8 °C, por, no máximo, 6 horas, em conformidade com a política de frascos multidoses abertos da OMS. Quaisquer doses remanescentes em um frasco aberto devem ser descartadas após 6 horas, ou no final do período de imunização, o que ocorrer primeiro.

Ao programar a vacinação para grupos ocupacionais, por exemplo, profissionais de saúde, deve-se levar em consideração o perfil de reatogenicidade da vacina Ad26.COV2.S observado em ensaios clínicos, que pode eventualmente necessitar de afastamento do trabalho nas 24 a 48 horas após a vacinação.

Ao considerar as implicações do programa na implementação dessas recomendações, deve-se dar atenção especial à equidade, incluindo a viabilidade, aceitabilidade e efetividade do programa em ambientes com recursos limitados.

### Recomendações sobre como abordar as lacunas de conhecimento atuais por meio de pesquisas adicionais

A OMS recomenda as seguintes atividades de monitoramento pós-autorização e pesquisas.

- Vigilância e monitoramento da segurança:
  - anafilaxia, eventos tromboembólicos e outros eventos adversos graves, casos de COVID-19 após vacinação, que resultem em hospitalização ou morte;
  - taxas esperadas de EAIE, desfechos maternos e neonatais, e mortalidade em grupos priorizados para vacinação.
- Efetividade da vacina:
  - efetividade da vacina em relação às novas variantes do vírus;
  - efetividade da vacina ao longo do tempo, e se a proteção pode ser prolongada por doses de reforço;
  - estudos sobre reforço com uma segunda dose, vacinas heterólogas ou ajustadas para variantes;
  - estudos para investigar se essa vacina reduz a transmissão do SARS-CoV-2 e a excreção viral;
  - avaliação e notificação de infecções em indivíduos vacinados e informações sobre sequenciamento do vírus;
  - estudos comparativos com outras vacinas sobre a extensão e a duração da imunidade, usando ensaios de neutralização padronizados, e ensaios com células T e de imunidade de mucosa;
  - efetividade da vacina contra doenças pós-COVID-19.
- Subpopulações:
  - estudos prospectivos sobre a segurança da vacina Ad26.COV2.S em gestantes e lactantes;
  - imunogenicidade e segurança da vacinação em pessoas com menos de 18 anos;
  - dados de segurança sobre vacinação em indivíduos imunocomprometidos, incluindo pessoas vivendo com HIV e pessoas com doenças autoimunes.
- Logística da vacinação:
  - estudos de imunogenicidade e segurança da coadministração com outras vacinas, incluindo a vacina pneumocócica e a vacina contra influenza, em adultos e idosos;
  - estudos de intercambialidade e “mix and match”, dentro e entre as plataformas de vacinas contra a COVID-19.
- Variantes do vírus:
  - vigilância global da evolução do vírus e o impacto das variantes do vírus na efetividade da vacina, para apoiar a atualização das vacinas;
  - modelamento para determinar os prós e contras do uso das vacinas com efetividade reduzida contra as variantes emergentes;
  - estudos sobre reforço com formulações atualizadas das vacinas.

## Referências

1. Reunião extraordinária do Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas (SAGE) em Imunização - 15 de março de 2021 ([www.who.int/news-room/events/detail/2021/03/15/default-calendar/extraordinary-meeting-of-the-strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization-\(sage\)15-march-2021](http://www.who.int/news-room/events/detail/2021/03/15/default-calendar/extraordinary-meeting-of-the-strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization-(sage)15-march-2021), acesso em 15 de março de 2021)
2. Orientação SAGE para o desenvolvimento de recomendações relacionadas à vacinação baseadas em evidências. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 ([https://www.who.int/immunization/sage/Guidelines\\_development\\_recommendations.pdf](https://www.who.int/immunization/sage/Guidelines_development_recommendations.pdf), acesso em 15 de março de 2021).
3. Evidências para recomendações para vacinas contra a COVID-19: esquema de evidências. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-SAGE-Framework-Evidence-2020-1/>, acesso em 15 de março de 2021).
4. Roteiro da OMS SAGE para priorizar os usos de vacinas contra a COVID-19 no contexto de fornecimento limitado. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/who-WHO-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>, acesso em 15 de março de 2021).
5. Esquema de valores da OMS SAGE para a alocação e priorização da vacinação contra a COVID-19. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-WHO-values-framework-for-the-allocation-and-prioritization-of-covid-19-vaccination>, acesso em 15 de março de 2021).

## Fonte de financiamento

Os membros do SAGE e os membros do grupo de trabalho SAGE não recebem qualquer remuneração da Organização por nenhum trabalho relacionado ao SAGE. O secretariado SAGE é financiado por contribuições básicas para a OMS.

## Agradecimentos

Esse documento foi desenvolvido em consulta com:

Membros externos: Membros atuais do Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização [SAGE](#) e do [Grupo de Trabalho SAGE sobre Vacinas contra a COVID-19](#).

OMS: Annelies Wilder-Smith, Joachim Hombach, Melanie Marti, Katherine O'Brien.

A OMS continua a monitorar a situação de perto para identificar mudanças que possam afetar esta orientação provisória. Em caso de mudanças, a OMS publicará uma nova atualização desse documento. Caso contrário, esse documento de orientação provisório expirará 2 anos após sua data de publicação.

© **Organização Pan-Americana da Saúde 2021.**

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

Número de referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/21-0013