


DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Comissão Técnica de Vacinação contra a COVID-19^a

Estratégia de Vacinação contra a COVID-19: Outono-Inverno 2022-2023

ADENDA 3: Acesso à Vacinação contra a COVID-19Homologado
22/01/2023


A vacinação contra a COVID-19, em Portugal, teve início a 27 de dezembro de 2020, com a administração de vacinas a grupos prioritários, definidos de acordo com princípios científicos (imunológicos e epidemiológicos) e éticos (de beneficência, não-maleficência, equidade e respeito), até que toda a população elegível esteja vacinada.

O parecer da Comissão Técnica de Vacinação contra a COVID-19 (CTVC) de 22 de agosto de 2022, referente à Estratégia de Vacinação contra a COVID-19: Outono-Inverno 2022-2023, recomendou a vacinação com uma dose de reforço contra a COVID-19 para quem mais dela beneficia, com a finalidade de reduzir o risco de doença grave, hospitalizações e morte por COVID-19, através da vacinação da população mais vulnerável.

A idade continua a ser o principal fator de risco para doença grave, hospitalização e morte por COVID-19, razão pela qual é prioritário o reforço sazonal da população mais idosa. Simultaneamente, foi recomendada a vacinação com uma dose de reforço a pessoas que tenham uma comorbilidade associada a maior risco de desenvolvimento de COVID-19 grave, com 5 ou mais anos de idade.

À data, a cobertura vacinal de reforço do outono-inverno de 2022-2023 na população com 80 ou mais anos de idade é cerca de 78%, nas pessoas com 70-79 anos de idade é cerca de 81%, e cerca de 63% na população de 60-69 anos de idade.^b

Com o avançar da Campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19, e com o aumento da proteção da população mais vulnerável, à semelhança de outros países da Europa, em **Portugal a CTVC avaliou a possibilidade de acesso a um segundo reforço, à data, à população adulta saudável entre 18 e os 49 anos, não elegível para esta Campanha.**

Para a população entre os 18 e os 49 anos, sem comorbilidades de risco, e com esquema vacinal primário completo juntamente com uma primeira dose de reforço, não há evidência, à data, que uma segunda dose de reforço ofereça um benefício significativo relativamente à doença grave. Não obstante, pode haver neste grupo fatores associados à perceção individual de risco, nomeadamente, a redução da probabilidade de transmissão da infeção, a diminuição da probabilidade de desenvolver sintomas, a redução do absentismo laboral, entre outras razões do foro individual, que se podem traduzir na intenção de receber um segundo reforço.

^a Despacho n.º 023/2022 de 29 de novembro da Diretora-Geral da Saúde.

^b Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Relatório de Resposta Sazonal em Saúde - Vigilância e Monitorização. Relatório n.º 4. Lisboa: janeiro, 2023

Apesar dos dados disponíveis não suportarem uma recomendação para a vacinação universal da população sem comorbilidades de risco entre 18 e 49 anos com uma segunda dose de reforço, a segurança das vacinas utilizadas atualmente, em Portugal apoia também a não restrição do acesso à vacinação com uma segunda dose de reforço a pessoas deste grupo que assim o pretendam fazer, se as vacinas estiverem disponíveis e sem prejudicar a vacinação da população elegível.

1. Situação Epidemiológica Nacional e Internacional

Os dados de infeções reportadas em Portugal desde o início da pandemia mostram que a maioria da população portuguesa já foi infetada por SARS-CoV-2. A grande circulação da variante Ómicron, dominante desde o início de 2022, e das subvariantes que circulam desde então, explicam que a vasta maioria destes casos de infeção na população portuguesa tenha ocorrido no último ano e com uma das subvariantes Ómicron. A título de exemplo, entre 20 de dezembro de 2021 e 28 de fevereiro de 2022 — período de domínio da subvariante BA.1 da Ómicron — foram notificados casos de COVID-19 em cerca de 30% dos indivíduos entre 6 e 49 anos de idade. Em março e abril de 2022, a subvariante BA.2 infetou adicionalmente 7,4% das pessoas destas idades. O gráfico 1 mostra que a incidência de infeções não é homogénea em todos os grupos etários: as pessoas com menos de 50 anos, e sobretudo entre os 10 e 39 anos, têm uma incidência de infeção documentada muito superior aos grupos populacionais mais idosos.



Gráfico 1. Número de casos notificados de COVID-19 por 100 mil, por grupo etário (em anos), desde início a pandemia. (Fonte: BI SINAVE/DGS. Processamento Ciências, UL)

Também se sabe, com base nos inquéritos serológicos realizados, que existe uma significativa percentagem de casos que não chega a ser notificada. Através dos dados obtidos no inquérito serológico nacional^c, do final de 2021, quantificou-se que esta subnotificação era de cerca de 30%. Em meses mais recentes, após o fim do Estado de Alerta, essa subnotificação tornou-se gradualmente maior (Gráfico 2). Apesar da inexistência de medições diretas da subnotificação dos casos de COVID-19, observa-se que a letalidade é atualmente cerca de seis vezes superior à observada em setembro de 2022 — isto, assumindo que os óbitos por COVID-19 representam uma percentagem aproximadamente constante do total de casos de infeção e que não há uma subnotificação significativa dos óbitos.

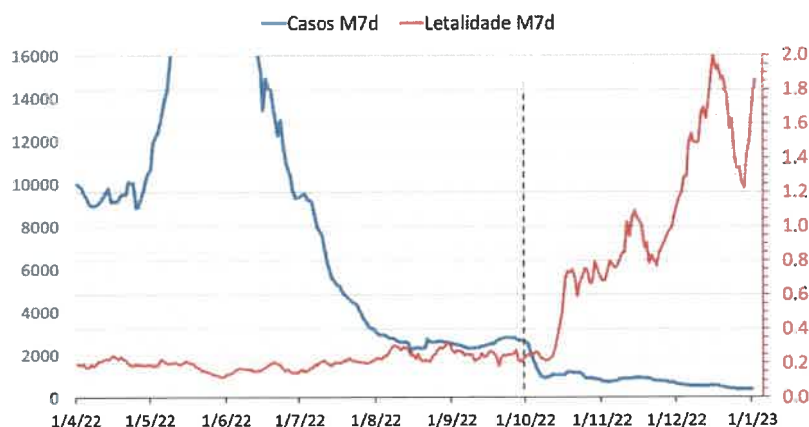


Gráfico 2. Linha azul: Incidência de COVID (média móvel de 7 dias, 1 abril de 2022 a 2 janeiro de 2023). Linha vermelha: Letalidade por COVID-19, calculada pelo quociente entre a média de óbitos e a média de casos (médias de 7 dias) calculada dez dias antes. A linha tracejada assinala o fim do Estado de Alerta, com subsequente aumento da subnotificação de casos de COVID. No fim de 2022, a letalidade era aproximadamente seis vezes superior à que se observava em setembro-2022. (Fonte: BI SINAVE/DGS. Processamento Ciências, UL)

Há também evidência de que, presentemente, a subnotificação afeta sobretudo a população com menos de 60 anos. Com efeito, os grupos etários mais jovens tiveram uma maior incidência de casos durante as vagas da variante Ómicron do que a população com mais de 60 anos. Contudo, o aumento de subnotificação foi acompanhado da alteração deste padrão, passando os grupos etários compreendidos por adolescentes e adultos jovens a ser aqueles com menos infeções reportadas (gráfico 3).

^c Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. - Inquérito Serológico Nacional COVID-19 (3.ª fase). *Link:* http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7828/1/ISN_COVID-19_relat%c3%b3rio_3F_final-V2.pdf

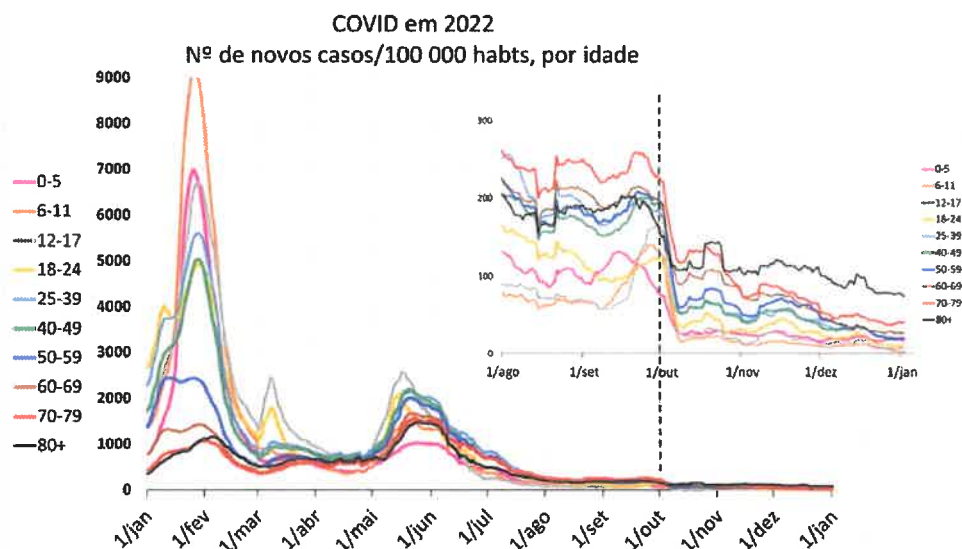


Gráfico 3. Incidência por 100 mil por idade ao longo de 2022. O gráfico interior amplia o período 1 de agosto a 31 de dezembro de 2022. Durante os picos de janeiro e maio, observa-se maior risco de infeção na população ativa com menos de 60 anos. Depois do fim do Estado de Alerta (linha tracejada) observa-se maior risco de infeção nas idades 80+ (linha preta) e 70-79 (linha vermelha) relativamente às idades mais jovens. (Fonte: BI SINAVE/DGS. Processamento Ciências, UL)

A população com menos de 50 anos, em particular, foi a que proporcionalmente teve mais contacto com as subvariantes da Ómicron ao longo de 2022. O gráfico 4 mostra a estimativa de pessoas dos diferentes grupos etários que já foram infetadas pelo menos uma vez, assumindo uma subnotificação conservadora, mas maior após o fim do Estado de Alerta.

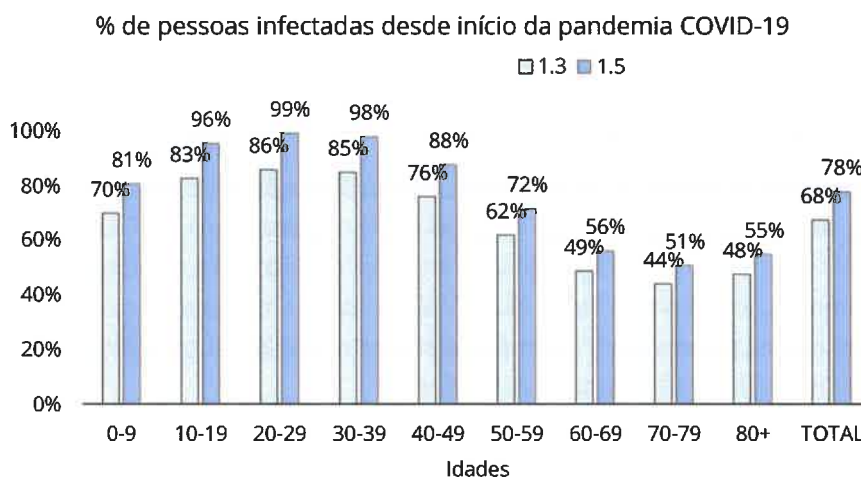


Gráfico 4. Estimativas da percentagem de portugueses infetados por grupo de idade desde o início da pandemia. Foram tidas em consideração as reinfeções, subtraindo-as do total de infeções e usaram-se dois coeficientes (1,3 x e 1,5 x) de ampliação das infeções para compensar a subnotificação de infeções ao longo de toda a pandemia e um coeficiente adicional para o período pós fim do Estado de Alerta. (Fonte: BI SINAVE/DGS. Processamento Ciências, UL)

Foi documentado no nosso país que pessoas vacinadas e expostas a infeção (um estado designado como imunidade híbrida) adquirem uma elevada proteção contra uma nova infeção por SARS-CoV-2 no futuro.^d Estes resultados foram confirmados por estudos independentes no Qatar e na Suécia.^{e,f} Mais recentemente, verificou-se com dados nacionais, que esta proteção contra uma nova infeção conferida pela imunidade híbrida (vacina mais infeção) mantém-se significativamente superior à proteção adquirida por pessoas apenas vacinadas durante, pelo menos, oito meses.^g Logo, tendo a maioria da população entre os 18 e os 49 anos sido exposta a uma infeção natural neste último ano, é espetável que mantenham uma proteção significativa contra nova infeção por SARS-CoV-2.

Atualmente, existe uma média de 7 óbitos por dia em Portugal (óbitos por COVID-19 em Portugal de 1 de julho de 2022 a 1 de janeiro de 2023). Apesar de algumas flutuações em relação ao número de óbitos nos últimos meses, este valor tem-se mantido relativamente constante. Os óbitos continuam associados, predominantemente, à população mais idosa, sobretudo com mais de 80 anos, os quais compreenderam 75% dos óbitos em novembro e dezembro de 2022.

A ocupação hospitalar também tem tido algumas flutuações, sem uma tendência de crescimento clara. Também aqui é a população mais idosa, nomeadamente aqueles com mais de 50 anos, que contribui mais significativamente para os casos de COVID-19 que requerem cuidados hospitalares e em unidades de cuidados intensivos (Gráfico 5).

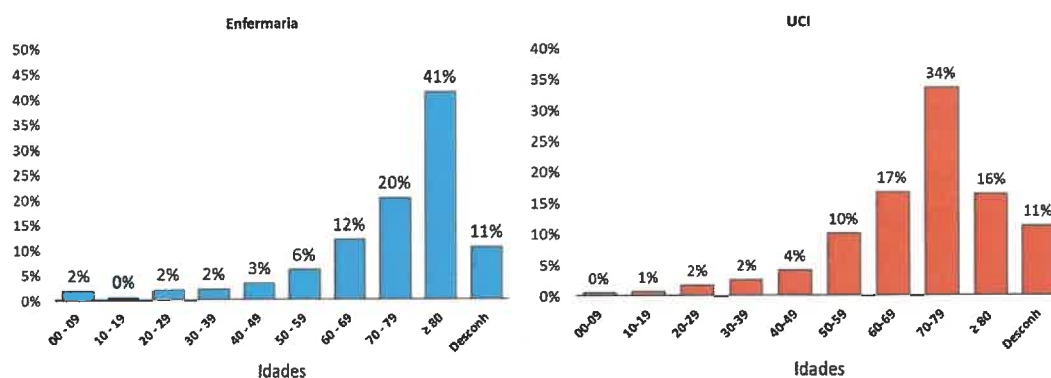


Gráfico 5. Distribuição percentual da ocupação hospitalar (enfermaria e cuidados intensivos) COVID-19 por grupos etários, nos meses de Novembro-Dezembro de 2022. (Fonte: ACSS, Processamento: Ciências, UL)

^d Malato J, MR Ribeiro, PP Leite, P Casaca, E Fernandes, C Antunes, VR Fonseca, MC Gomes, L Graça. 2022. Risk of BA.5 Infection among Persons Exposed to Previous SARS-CoV-2 Variants. *New England Journal of Medicine*, 387(10): 953-954. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2209479>

^e Altarawneh et al. Protective effect of previous SARS-CoV-2 infection against Omicron BA.4 and BA.5 subvariants. *NEJM* 2022. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2209306>

^f Nordstrom et al. Risk of SARS-CoV-2 reinfection and COVID-19 hospitalisation in individuals with natural and hybrid immunity: a retrospective, total population cohort study in Sweden. *Lancet infect Dis* 2022 [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00210-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00210-9)

^g Malato J et al. 2022. Stability of hybrid vs vaccine immunity against BA.5 infection over 8 months. *The Lancet Infectious Diseases*, Publ Online Jan-05, 2023. [doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00833-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00833-7)

A cobertura vacinal de reforço do outono-inverno de 2022-2023 na população com 80 ou mais anos de idade é cerca de 78%, nos 70-79 anos de idade é cerca de 81%, e cerca de 63% na população entre os 60-69 anos de idade.^h No que respeita ao reforço anterior (3ª dose para a maioria), a cobertura vacinal da população elegível atingiu 85%. A cobertura do esquema vacinal primário em Portugal foi de 93,5%.

A situação epidemiológica em Portugal encontra-se estável, contudo, a circulação do SARS-CoV-2 a nível mundial continua elevada, em especial no continente asiático, existindo um grande número de novas linhagens da Ómicron que se distribuem de forma geograficamente heterogénea e têm em comum grande capacidade de escape aos anticorpos neutralizantes.ⁱ

2. Variantes em circulação

O aumento abrupto da incidência de COVID-19 na China está a preocupar os vários países da Europa. A maioria das variantes identificadas em circulação na China^j são as linhagens BA.5.2 (35%), BF.7 (24%), BQ.1 (18%), BA.2.75 (5%), XBB (4%) e BA.2 (2%) (incluindo as suas sub-linhagens). As variantes predominantes, BA.5.2. e BF.7, circulam na Europa e nos EUA, sendo que estas linhagens apresentam um número crescente de mutações, especialmente na proteína da espícula, sendo descendentes da original.^k Nos EUA, a proporção de casos por infeção com a subvariante recombinante XBB.1.5 teve um rápido crescimento nas últimas semanas, estando esta subvariante a tornar-se dominante.^l Até à presente data foi apenas detetado um vírus desta variante recombinante, em dezembro, em Portugal (na semana 49/2022).^m

Contudo, importa destacar que, segundo o ECDC, dada a maior cobertura vacinal e imunidade adquirida na Europa, não é esperado que as variantes em circulação na China representem um risco significativo para a resposta imunitária da população dos países europeus.ⁿ Relativamente à variante XBB.1.5 pode existir um risco de aumento de casos nos próximos meses, no entanto, atualmente a frequência de deteção nos países da EU é anda reduzida.^o

^h Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Relatório de Resposta Sazonal em Saúde - Vigilância e Monitorização. Relatório n.º 4. Lisboa: janeiro, 2023

ⁱ <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/impact-surge-china-covid-19-cases>

^j <https://gisaid.org/>

^k <https://www.who.int/news/item/04-01-2023-tag-ve-statement-on-the-3rd-january-meeting-on-the-covid-19-situation-in-china>

^l <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#variant-proportions>

^m Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. Diversidade genética do novo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19) em Portugal. *Link:* <https://insaflu.insa.pt/covid19/>

ⁿ <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/impact-surge-china-covid-19-cases>

^o <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/update-sars-cov-2-variants-ecdc-assessment-xbb15-sub-lineage>

3. Segurança

O Comité de Avaliação do Risco em Farmacovigilância (PRAC) da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) – que integra peritos das Autoridades do Medicamento de todos os Estados-membros da União Europeia/Espaço Económico Europeu (EU/EEE) concluiu, a 09.07.2021, que podem ocorrer, muito raramente, casos de miocardite e de pericardite após vacinação com as vacinas Comirnaty® e Spikevax®. Esta informação foi incluída no Resumo das Características do Medicamento (RCM)/Folheto Informativo das vacinas contra a COVID-19 de mRNA, consta igualmente de todas as Normas da Direção-Geral da Saúde relativas a vacinas da marca Comirnaty® e da marca Spikevax®.^p

O número de casos de miocardites e de pericardites notificado na UE/EEE ao EudraVigilance foi de 16,1/milhão de vacinados para a vacina Comirnaty®, e de 34,1/milhão de vacinados para a vacina Spikevax®.

Os casos referidos pelo PRAC foram observados maioritariamente nos 14 dias subsequentes à vacinação, mais frequentemente após a segunda dose e em jovens adultos do sexo masculino, nomeadamente, entre os 16 e os 24 anos.^{q,r} Observou-se que os casos de miocardite e pericardite após a administração de dose de reforço são significativamente menos frequentes que após a segunda dose do esquema primário de vacinação.^{s,t,u}

A miocardite e a pericardite são complicações conhecidas da COVID-19 e ocorrem com maior frequência após a infeção por SARS-CoV-2 em comparação com a ocorrência observada após a vacinação. Os estudos que compararam o risco de complicações cardíacas entre pessoas vacinadas e pessoas que foram infetadas com SARS-CoV-2, concluem que o risco destas complicações é sete ou mais vezes superior nos infetados do que nos vacinados.^{v,w,x} Além

^p Informação disponibilizada pelo INFARMED, I.P. a 17 de dezembro de 2022.

^q https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_en.pdf

^r https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information_en.pdf

^s Goddard et al. Incidence of Myocarditis/Pericarditis Following mRNA COVID-19 Vaccination Among Children and Younger Adults in the United States. *Annals of Internal Medicine*. 2022. doi:10.7326/M22-2274

^t Friedensohn et al. Myocarditis Following a Third BNT162b2 Vaccination Dose in Military Recruits in Israel. 2022. *JAMA*. 2022; 327(16):1611-1612. doi:10.1001/jama.2022.4425

^u Hause et al. Safety Monitoring of COVID-19 Vaccine Booster Doses Among Persons Aged 12–17 Years — United States, December 9, 2021–February 20, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022;71:347–351. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7109e2>

^v Block JP et al. Cardiac complications after SARS-CoV-2 infection and mRNA COVID-19 vaccination — PCORnet, United States, January 2021–January 2022. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. (2022) 71:517. doi: 10.15585/mmwr.mm7114e1

^w Chou et al. Comparisons of the risk of myopericarditis between COVID-19 patients and individuals receiving COVID-19 vaccines: a population-based study. *Clinical Research in Cardiology* <https://doi.org/10.1007/s00392-022-02007-0>

^x Voleti et al. Myocarditis in SARS-CoV-2 infection vs. COVID-19 vaccination: A systematic review and meta-analysis. *Front. Cardiovasc. Med.* 9:951314. 2022. doi: 10.3389/fcvm.2022.951314

disso, os raros casos de miocardite e de pericardite em vacinados foram predominantemente de prognóstico favorável e de curto internamento.^{y,z,aa,bb,cc,dd}

4. Contexto Internacional

Por forma a conhecer as práticas e recomendações referentes ao acesso à segunda dose de reforço/reforço sazonal de diferentes países, especialmente da Europa, foi feito um pedido de informação ao ECDC/NITAG, sendo as informações recebidas complementadas com uma consulta à informação dos sites oficiais de cada país onde estão disponíveis as estratégias de vacinação contra COVID-19 em vigor no âmbito da vacinação sazonal do outono-inverno 2022-2023.

A **Tabela 1** resume a pesquisa efetuada, estando dividida entre os países que permitem o acesso à segunda dose de reforço a pessoas saudáveis ≥ 18 anos de idade, sem recomendação de vacinação, e países que apenas permitem o acesso à segunda dose de reforço a pessoas que pertencem aos grupos de risco elegíveis para vacinação no âmbito da campanha de outono-inverno 2022-2023.

Tabela 1: Acesso à segunda dose de reforço para a população saudável com idade ≥ 18 anos não elegíveis para vacinação sazonal nestes países	
Vacinas elegíveis e permitem o acesso ≥ 18 anos	Austrália*, Bélgica, Bulgária, Chipre*, Croácia, Espanha, Estados Unidos da América, França, Holanda, Islândia, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Noruega, República Checa, Roménia, Suécia
Vacinas elegíveis	Áustria, Alemanha, Finlândia, Reino Unido

*Austrália e Chipre o acesso à segunda dose de reforço está disponível para pessoas com 30 ou mais anos de idade.

5. Considerações Bioéticas

Foi auscultado o membro consultivo da CTVC para a bioética que considerou:

"Que no plano ético-jurídico não existem objeções relevantes a que seja aberto o acesso ao reforço sazonal da vacina contra a COVID-19, por parte das pessoas incluídas no grupo etário compreendido entre os dezoito e os cinquenta anos, dado que este acesso não ofende os princípios bioéticos fundamentais da não-maleficência, da beneficência,

^y Dionne et al. Association of Myocarditis With BNT162b2 Messenger RNA COVID-19 Vaccine in a Case Series of Children JAMA Cardiol. doi:10.1001/jamacardio.2021.3471

^z Witberg G et al. Myocarditis after Covid-19 vaccination in a large health care organization. N Engl J Med 2021; 385: 2132-9.

^{aa} Mevorach et al. Myocarditis after BNT162b2 mRNA vaccine against Covid-19 in Israel. N Engl J Med 2021; 385: 2140-9

^{bb} Gargano JW et al. Use of mRNA COVID-19 Vaccine After Reports of Myocarditis Among Vaccine Recipients: Update from the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, June 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70. doi:10.15585/mmwr.mm7027e2

^{cc} Husby A et al. SARS-CoV-2 vaccination and myocarditis or myopericarditis: population based cohort study BMJ 2021; 375:e068665 doi:10.1136/bmj-2021-068665

^{dd} Yasuhara et al. Myopericarditis After COVID-19 mRNA Vaccination Among Adolescents and Young Adults. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatr. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.4768

da autonomia, da justiça e da vulnerabilidade, nem os seus direitos constitucional e legalmente consagrados.

Tal acesso, que deve ser precedido de informação adequada sobre os benefícios/riscos eventualmente associados à administração da vacina, pode contribuir para uma melhor proteção da saúde dessas pessoas, reduzindo o risco de serem infetadas com o vírus SARS-CoV-2 e permitindo-lhes alcançar um melhor nível de saúde, globalmente considerado."

6. Conclusões e Recomendação

- A **estratégia de vacinação para o outono-inverno 2022-2023** tem como finalidade reduzir a doença grave, hospitalizações e morte por COVID-19, através da vacinação de populações com maior risco de desenvolvimento de doença grave, pelo que é importante garantir uma elevada cobertura vacinal nesta população;
- A **situação epidemiológica** em Portugal encontra-se estável, contudo, a circulação do SARS-CoV-2 a nível mundial continua elevada, em especial no continente asiático, existindo um grande número de novas linhagens da Ómicron que se distribuem de forma geograficamente heterogénea e têm em comum grande capacidade de escape aos anticorpos neutralizantes;
- A **idade** (principalmente acima dos 60 anos) continua a ser o principal fator de risco para doença grave, hospitalização e morte por COVID-19;
- Algumas **comorbilidades** têm sido também associadas a maior risco de doença grave, hospitalização e morte por COVID-19;
- A **cobertura do reforço sazonal** do outono-inverno de 2022-2023, em Portugal, no grupo etário com 50 ou mais anos de idade é superior a 60%, atingindo valores mais elevados na população com 80 ou mais anos de idade (78%) e com 70-79 anos de idade (81%), sendo mais reduzida na população com 60-69 anos (63%) e na população com 50-59 anos (41%)^{ee};
- As vacinas contra a COVID-19 têm apresentado um bom **perfil de segurança**. O risco de mio/pericardites com estas vacinas é muito baixo, tendo os casos sido mais frequentes após a segunda dose e em jovens do sexo masculino, nomeadamente, entre os 16 e os 24 anos, e significativamente menos frequentes com doses de reforço do que com a segunda dose do esquema primário de vacinação;
- Apesar de não se verificar, atualmente, evidência de um benefício clínico significativo face aos objetivos da campanha de vacinação (redução da doença grave) na vacinação contra a COVID-19 com uma dose de reforço sazonal da população saudável entre os 18 e 49 anos de idade, a CTVC reconhece que podem existir outros benefícios do foro individual, tais como, a redução do risco de infeção, a redução do absentismo laboral, o aumento do bem-estar individual, que se podem traduzir na intenção de receber uma segunda dose de reforço;

^{ee} Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Relatório de Resposta Sazonal em Saúde - Vigilância e Monitorização. Relatório n.º 4. Lisboa: janeiro, 2023

- O acesso à vacinação contra a COVID-19 pela população saudável, não elegível para reforço sazonal, é igualmente permitido em vários países da União Europeia;
- Ao contrário de outras vacinas, como a da gripe, em que existe a possibilidade de acesso à vacinação, no mercado privado, para as pessoas não abrangidas pelas recomendações da DGS, as vacinas contra a COVID-19 não estão disponíveis no mercado privado, o que pode limitar o acesso individual.

Face ao exposto:

1. A CTVC não encontra evidência científica que suporte, atualmente, a recomendação da vacinação universal da população sem comorbilidades de risco, entre os 18 e os com 49 anos de idade, com o segundo reforço.
2. Contudo, face ao bom perfil de segurança das vacinas contra a COVID-19 disponíveis, a CTVC nada tem a opor à **disponibilidade do acesso ao segundo reforço, no âmbito da Campanha de Vacinação Sazonal 2022-2023, da população saudável entre os 18 e os 49 anos que, por decisão individual, queira ser vacinada.**
3. A CTVC considera ainda que:
 - a. As pessoas que queiram ser vacinadas **devem ser informadas sobre os benefícios e os riscos** (ainda que muito raros) da vacinação nesta faixa etária;
 - b. Deve ser claramente comunicado que a disponibilização da vacinação à população referida não constitui um alargamento a novas faixas etárias da recomendação de vacinação, que se mantém para a população com 50 ou mais anos e pessoas com 5 ou mais anos com comorbilidades de risco;
 - c. A disponibilização, à data, do segundo reforço nesta faixa etária (18-49 anos) não deverá prejudicar a vacinação das pessoas atualmente elegíveis para vacinação sazonal (para as quais a vacinação está claramente recomendada), de acordo com as Normas da DGS em vigor;
 - d. **A importância da vacinação da população atualmente elegível para reforço sazonal e que apresenta maior risco de doença grave, hospitalização e morte por COVID-19, nomeadamente as pessoas mais idosas e com comorbilidades, deve ser reforçada.**

A CTVC mantém-se a acompanhar a evolução do conhecimento científico, da situação epidemiológica e das avaliações de farmacovigilância relativa às vacinas contra a COVID-19, podendo atualizar as suas recomendações sempre que necessário.

Lisboa, 10 de janeiro de 2023

A Comissão Técnica de Vacinação contra a COVID-19 (CTVC): Ana Maria Correia, António Sarmiento, Diana Costa, Helena Florindo, João Furtado, Luís Graça, Luisa Rocha, Manuel do Carmo Gomes, Maria de Fátima Ventura, Maria de Lurdes Silva, Marta Valente Pinto, Raquel Guiomar, Teresa Fernandes.

O presente parecer teve a votação favorável de 12 membros efetivos e 1 abstenção.

