



De Olho na carteirinha

**Campanha de Multivacinação
e Intensificação Indiscriminada
contra o sarampo 2026
Versão 2 – Agosto 2026**

I- Introdução

O alcance e manutenção de altas e homogêneas coberturas vacinais, bem como a atualização da caderneta de vacinação em todos os ciclos de vida, são fundamentais para a redução, eliminação e controle de doenças imunopreveníveis.

Nesse contexto, o Programa Municipal de Imunizações (PMI), da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (Covisa) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do Município de São Paulo (MSP), orienta as ações destinadas para a Campanha de Multivacinação 2026, instituída pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) e corroborado pelo Programa Estadual de Imunizações (PEI) - a ser realizada no período de 3 de agosto a 1 de setembro de 2026, com dia D programado para o dia 22 de agosto de 2026.

II- Objetivos

- ✓ Atualizar a situação vacinal das crianças e adolescentes < 15 anos não vacinados ou com esquemas em atraso, conforme o Calendário Nacional de Vacinação.
- ✓ Resgatar crianças para a vacinação pneumo 20V.
- ✓ **Resgatar crianças para a vacinação de 2º reforço de VIP (até < 7 anos).**
- ✓ Resgatar adolescentes não vacinados (15 a 19 anos) contra HPV.
- ✓ **Realizar a estratégia de intensificação vacinal contra o sarampo de forma indiscriminada** (6 meses até 59 anos).

III- População-alvo

O público alvo para a Campanha de Multivacinação são as crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade (até 14 anos, 11 meses e 29 dias).

E para a estratégia de intensificação vacinal contra o sarampo o público alvo será a faixa etária de 06 meses a 59 anos de idade de forma **indiscriminada** em postos extramuros e sob demanda espontânea nas UBS.

IV- Período de execução

- **Multivacinação e Intensificação vacinal contra o sarampo:** período de 03 de agosto a 1 de setembro de 2026.
- **Dia D:** 22 de agosto.

V – Operacionalização

➤ **Multivacinação nas Unidades Básicas de Saúde**

A iniciativa disponibilizará todas as vacinas previstas no Calendário Nacional de Vacinação da criança e do adolescente (Anexo I), além das vacinas de estratégias específicas, seguindo as diretrizes estabelecidas em seus respectivos informes técnicos e na Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação vigente.

Dessa forma, a estratégia deve ser executada nas UBS com base na avaliação da caderneta de vacinação e na atualização vacinal, de acordo com a situação encontrada, ou seja, a vacinação deverá ser realizada de **forma seletiva**.

➤ **Intensificação Indiscriminada contra o sarampo nas UBS (demanda espontânea) e postos extramuros**

- A intensificação da vacina contra o sarampo será realizada de forma **indiscriminada** (independente da situação vacinal encontrada), considerando o intervalo mínimo de 30 dias das vacinas atenuadas anteriores.
- A estratégia deve ser executada nas UBS, considerando a demanda espontânea.
- Deverão ser realizadas ações de vacinação extramuros em toda a capital visando oportunizar o acesso à vacinação de toda a população da faixa etária de 6 meses a 59 anos.
- Entre os dias **03 de agosto a 01 de setembro de 2026** os Distritos Administrativos (DAs) prioritários relacionados abaixo deverão realizar, **no mínimo**, um posto extramuro por UBS, fazendo rodízio de postos para garantir a vacinação de toda a

população adstrita.

- Nos demais Distritos Administrativos (DAs) não prioritários deverão realizar um posto por DA, fazendo rodízio da UBS por DA.

CRS	Distrito Administrativo	População
LESTE	Guaianases	109.730
	Itaquera	211.555
	São Mateus	155.387
NORTE	Bom Retiro	38.877
	Jaçanã	96.054
	Vila Guilherme	57.079
	Vila Maria	114.025
	Vila Medeiros	123.456
	Barra Funda	16.115
SUDESTE	Água Rasa	82.564
	Belém	49.213
	Brás	33.045
	Jabaquara	229.346
	Moóca	80.330
	Pari	19.069
	Penha	129.100
	Tatuapé	96.045
	Sapopemba	289.759
TOTAL GERAL		1.930.749 habitantes

Fonte: Fundação Seade, 2026.

Sugestões de locais para a intensificação: Parques, centros comerciais, centros esportivos, museus, Centros Educacionais Unificados (CEUs) e demais locais de grande circulação e intensificação das ações nas escolas.

- **Dia D – 22 de agosto de 2026:** deverá ocorrer, **no mínimo**, uma ação extramuros por cada Supervisão Técnica de Saúde (STS), no horário das 9 às 17h. Adicionalmente, todas as Unidades Básicas de Saúde estarão abertas e deverão oportunizar o acesso à vacinação de todos os usuários que comparecerem ao serviço. Deverá também ser

realizada a busca ativa de faltosos, inclusive de crianças para o resgate para a vacina pneumocócica 20 e o 2º reforço da vacina VIP, através de ligações, mensagens e/ou visitas domiciliares; utilizar relatório de faltosos do SIGA e Painel de Faltosos.

VI – Responsabilidades

- **PMI:** definição da estratégia; apoio técnico; consolidação dos dados para envio às instâncias superiores.
- **DRVS:** Apoio para a articulação junto os pontos estratégicos de vacinação; definição e rodízio das equipes das Uvis para cobertura dos locais de operacionalização da ação; informe do cronograma de ações ao PMI; monitoramento do envio de dados ao PMI; apoio às Uvis para a supervisão dos pontos de vacinação e suporte técnico às equipes.
- **Uvis:** Articulação junto os pontos estratégicos de vacinação; disponibilização de veículos para transporte da equipe, vacinas e demais insumos; material de divulgação e identidade visual do local (exemplo: faixas "vacina aqui" e banners); apoio de servidores como agentes de endemias e/ou técnicos devidamente uniformizados com colete refletivo para evitar acidentes, para realização de busca ativa, auxílio na organização e indicação do posto de vacinação; supervisão técnica dos pontos de vacinação; monitoramento do envio de dados ao PMI; suporte técnico às equipes.

Observação: as vacinas e os insumos deverão ser solicitados ao Padi de referência, que, necessitante de aporte adicional, fará a requisição ao PMI/Cadi.

- **STS:** Definição e rodízio das equipes das UBS para cobertura dos locais de operacionalização da ação.
- **UBS:** Disponibilização de equipe de saúde para aplicação e registro das doses (cada período deverá ter profissionais em número suficiente para a demanda prevista, nunca inferior a 3); transporte de vacinas e insumos; dispositivo eletrônico portátil com acesso à internet que permita o registro de vacinação em tempo real e consulta da situação vacinal; planilhas para registro nominal, para uma contingência em caso de falta de sistema

VII - Esquema Vacinal

Seguir as indicações dos anexos I a II, dos Calendários de Vacinação disponíveis em:

https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/calendarios_vacinacao

Seguir as recomendações dos documentos técnicos disponíveis em:

https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/doc_tecnicos

VIII - Estrutura do Posto Satélite

Seguir as recomendações preconizadas nos procedimentos operacionais padrão números 9 e 10 (POP 9 e 10).

Observações:

- ✓ DRVS/Uvis deve realizar visita técnica prévia, no local pretendido, para avaliação e definição dos itens necessários (estrutura física, mobiliário, rede elétrica e etc.).
- ✓ Todos os materiais e insumos devem ser previamente separados, de modo a não comprometerem o andamento da ação.
- ✓ A equipe deve apresentar-se no local, devidamente identificada, com antecedência suficiente para que a ação inicie no horário estipulado.
- ✓ O transporte e armazenamento de vacinas é um item fundamental da cadeia de frio e exige, portanto, conhecimento prévio da equipe.

IX - Microplanejamento

O microplanejamento, estratégia fomentada desde 2023, é fundamental para o sucesso da ação, visto que cada microterritório tem suas especificidades.

As etapas do microplanejamento estão no Quadro 1 abaixo

Quadro 1 - Etapas do Microplanejamento para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade.

1. Análise da Situação de Saúde • Coleta de dados demográficos, socioeconômicos e de saúde. • Avaliação de indicadores de vacinação (cobertura, abandono, homogeneidade). • Levantamento da capacidade instalada (Rede de Frio, insumos, transporte). • Mapeamento de locais estratégicos (escolas, igrejas, centros esportivos). • Identificação de áreas de risco e bolsões de suscetíveis. • Estabelecimento de parcerias locais e comunitárias.	2. Planejamento e Programação • Análise situacional (Matriz de Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças). • Definição das estratégias de vacinação (intra e extramuros). • Planejamento das ações complementares (mobilização, comunicação, entre outros). • Vacinação segura (conjunto de medidas que garantem a qualidade, a eficácia e a segurança da imunização). • Vigilância de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (Esavi) (o que/onde/como notificar). • Dimensionamento das necessidades logísticas e de insumos. • Elaboração do Plano de Ação Municipal (metas, prazos, responsáveis). • Autoavaliação da fase preparatória.
■ Resultado esperado: diagnóstico situacional claro do território.	■ Resultado esperado: plano de ação estruturado, flexível, realista e participativo.
3. Seguimento e Supervisão • Identificação de recursos necessários e cronograma. • Planejamento das visitas de supervisão e reuniões de equipe. • Monitoramento das estratégias de vacinação: ○ mapeamento e setorização do município; ○ definição da amostra populacional; ○ abordagem direta da população e checagem de vacinados; ○ coleta, análise e discussão dos dados; ○ ajustes no microplanejamento.	Monitoramento e Avaliação ○ Acompanhamento do cumprimento do plano de ação. ○ Avaliação de metas, indicadores e resultados. ○ Análise e sistematização dos dados. ○ Verificação e correção de inconsistências. ○ Execução de ações de intensificação quando necessário. ○ Retroalimentação do ciclo de planejamento.
■ Resultado esperado: acompanhamento próximo e ajustes contínuos	■ Resultado esperado: melhoria contínua das coberturas vacinais.

Fonte: Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do Manual de Microplanejamento para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade.

X - Registro das doses aplicadas

Nas ações de vacinação os registros deverão ocorrer em tempo real no sistema SIGA. No caso de indisponibilidade de acesso ao sistema, deverá ser utilizada planilha nominal como instrumento provisório de registro, para posterior inserção dos dados no sistema no menor tempo possível após a normalização do acesso.

Quadro 2 – Orientações sobre o registro da estratégias para registro vacinal (Tríplice Viral)

Ação de vacinação	Estratégia	Tipo de dose
Vacinação contra o Sarampo (com esquema incompleto)	Rotina/Vacinação Escolar***	De 1ano a 29anos: (D1-D2) * (Conforme situação encontrada) De 30 a 59anos: Dose
Vacinação contra Sarampo 6 a 11 meses** (Primeira vez recebendo a D0)	Intensificação	Dose Zero - D0
Vacinação contra o Sarampo (com esquema completo)	Campanha indiscriminada	Dose
Vacinação contra Sarampo 6 a 11 meses (Já com histórico de uma DO)	Campanha indiscriminada	Dose
* Profissionais de saúde deverão ter duas doses independentemente da idade. OBS: Todas as pessoas entre 6m e 59 anos receberão uma dose de Sarampo INDEPENDENTEMENTE do histórico vacinal, no entanto o intervalo de 30dias entre as doses anteriores de vacinas vivas atenuadas deverá ser respeitado. **Dose NÃO VÁLIDA para rotina.		

Quadro 3 – Orientações sobre o registro da estratégias para registro vacinal (Multivacinação)

Ação de vacinação	Estratégia	Tipo de dose
Multivacinação (outras vacinas)	Rotina/Vacinação Escolar*	Conforme situação encontrada
Resgate de não vacinados com a vacina HPV de 15 a 19 anos	Intensificação	Dose Única - DU

***Quando se tratar de vacinação realizada em escolas e/ou em crianças e adolescentes que compareceram à unidade de saúde em busca da DVA, a estratégia deve ser "Vacinação Escolar".

XI - Prévias e Avaliação de Dados

Para a avaliação das ações de vacinação, além da digitação em tempo real no Sistema SIGA, serão utilizados dois formulários eletrônicos:

- 1) Registro de busca ativa vacinal do dia 22/08/26 para todas as UBS
 - ✓ **Link a ser encaminhado posteriormente.**
- 2) Registro das ações de vacinação extramuros de 3 de agosto a 1 de setembro de 2026.
 - ✓ Link de preenchimento do formulário: <https://forms.gle/NHcvV8V239M6c4aV6>

As DRVS/Uvis devem acompanhar a digitação, certificando-se de que todas as informações sejam devidamente lançadas e solicitando a correção de eventuais inconsistências.

- 3) Movimentação de imunobiológicos

Deve ser realizada a entrada e saída nos imunobiológicos nos sistemas Sies e SI-PNI.

- 4) Vigilância dos Eventos Supostamente Atribuídos à Vacinação ou Imunização (ESAVI).

Para a promoção da vacinação segura, deve-se monitorar os Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) e os Erros de Imunização (EI).

A notificação de ESAVI deve seguir o fluxo vigente (POP 7).

A adoção da estratégia de vacinação indiscriminada fundamenta-se na necessidade de uma resposta rápida e efetiva frente à ocorrência de casos de sarampo e ao seu elevado potencial de disseminação. Trata-se de uma medida temporária e direcionada aos territórios e grupos populacionais definidos pela estratégia, com o objetivo de ampliar rapidamente a proteção coletiva, reduzir o contingente de pessoas suscetíveis e interromper as cadeias de transmissão do vírus.

Nesse contexto, poderá ser administrada uma dose da vacina tríplice viral (SCR) mesmo em pessoas com esquema vacinal previamente completo, **desde que seja respeitado o intervalo mínimo de 30 dias entre a última dose recebida e a nova administração.**

REFERÊNCIAS

Multivacinação 2026: Estratégia para a Atualização da Caderneta de Vacinação das Crianças e dos Adolescentes Menores de 15 Anos. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/estrategia-para-a-atualizacao-da-cadernetas-de-vacinacao-das-criancas-e-dos-adolescentes-menores-de-15-anos-2013-multivacinacao-2026.pdf/> acessado em 29/07/2026.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. **Documento técnico: sarampo e rubéola** [Internet]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2025 [citado 2026 jul. 29]. Disponível em:

https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/documento_tecnico_sarampo_rubeola_2025_v0_1-2-pdf acessado em 29/06/2026.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. **Vacinação contra o sarampo** [Internet]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2026 [citado 2026 jul. 31]. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/vacinacao-contra-o-sarampo_26-06-2026-pdf acessado em 29/07/2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota Técnica nº 85/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.

Programa Municipal de Imunizações-PMI
Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA
Secretaria Municipal de Saúde -São Paulo – SMS

Anexo I – Calendário de vacinação da criança e adolescente 2026.

[illegible]

Anexo II - Quadro 1 – Vacinas do calendário da criança e esquemas para menores de 7 anos

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO				
VACINA	IDADE/GRUPO	ESQUEMA VACINAL (AGENDA OPORTUNA)	ATRASOS VACINAIS	OBSERVAÇÕES
BCG	Crianças entre 0 e 4a11m29d	Esquema básico: dose única ao nascer, o mais precocemente possível, de preferência ainda na maternidade.	Vacinar os menores de 5a.	
Hepatite B recombinante	Crianças menores de 7a	Esquema básico: 1 dose, o mais precocemente possível, na sala de parto ou, preferencialmente, nas primeiras 12 horas, ainda na maternidade.	Não sendo possível vacinar ao nascer, preferencialmente nas primeiras 12 horas, administrar a vacina até 1m de vida. Caso a criança não tenha recebido a 1ª dose até 30d de vida, agendar o início do esquema contra hepatite B com uso da vacina penta, combinada pentavalente contra difteria, tétano, <i>pertussis</i> , <i>H. influenzae b</i> e hepatite B, aos 2m, 4m e 6m.	Para a proteção contra a transmissão vertical: Vacinar em até 24 horas após o parto ; administrar a imunoglobulina no máximo até 7 dias após o parto .
	A partir de 7a		Sem esquema básico completo (3 doses): atualizar a situação vacinal, iniciando ou completando o esquema com a vacina hepatite B monovalente, conforme situação encontrada, observando os intervalos de 1 mês entre a 1ª e a 2ª dose e de 6 meses entre a 1ª e a 3ª dose (0, 1m e 6m).	
Penta (DTP+Hib+HB)	Crianças entre 2m e 6a11m29d (menores de 7a)	Esquema básico: 3 doses, aos 2m, 4m e 6m, com intervalo	Não sendo possível vacinar até	Esta vacina é contraindicada para

		de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias (em situações excepcionais*). A terceira dose não deverá ser administrada antes dos 6 meses de idade. Reforço: duas doses, sendo o 1º reforço aos 15m e o 2º reforço aos 4a, com uso da vacina DTP (tríplice bacteriana).	6a11m29d, vacinar com a dT.	crianças com 7a ou mais.
	A partir de 7a	Vacina dupla adulto - dT e vacina hepatite B monovalente.		
Pólio inativada VIP	Crianças entre 2m e 4a11m29d	Esquema básico: 3 doses, aos 2m, 4m, 6m, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias (em situações excepcionais*). Reforço: 2 doses de reforço, a 1ª aos 15 meses de idade e a 2ª aos 4 anos de idade.	Vacinar os menores de 5a.	
Rotavírus humano G1P	Primeira dose: crianças de 1m15d a 11m29d Segunda dose: crianças de 3m15d a 23m29d	Esquema básico: duas doses, aos 2m e 4m, observando o intervalo de 60 dias, mínimo de 30 dias (em situações excepcionais*).	Atenção aos limites de idade para a 1ª e 2ª dose. Caso a 1ª dose não seja realizada dentro do intervalo preconizado (1m15d a 11m29d), a criança perderá a oportunidade de receber a 1ª e a 2ª dose.	
Pneumo10-v Pneumo20-v	Seguir as recomendações descritas no Guia Técnico da Introdução da vacina pneumocócica 20-valente (conjugada) no Programa Nacional de Imunizações, conforme link : ^{33,34} .			
Meningo C	Crianças a partir de 3m, até 4a11m29d	Esquema básico: duas doses, aos 3m e 5m, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias (em situações excepcionais*).	Vacinar até 4a11m29d, seguindo: Crianças entre 6m e 10m, sem	

		Reforço: 1 dose aos 12m, preferencialmente, com uso da vacina men ACWY (conjugada), observando o intervalo de 60 dias após a 2ª dose do esquema básico com a vacina menC (conjugada).	esquema básico completo Esquema básico: - Se houver histórico de 1 dose, administrar 1 dose da vacina Meningo C; - Se não houver histórico vacinal, administrar duas doses da vacina Meningo C. - Considerar o intervalo de 60 dias, mínimo de 30 dias entre as doses (em situações excepcionais*) Reforço: - Administrar 1 dose de reforço aos 12m, preferencialmente, com a vacina Meningo ACWY - Considerar o intervalo de 60 dias após a 2ª dose do esquema básico. Não sendo possível, o reforço pode ser administrado até os 4a11m29d. Criança aos 11m sem esquema básico completo: Esquema básico: - Se houver histórico de 1 dose, administrar 1 dose de vacina Meningo C;	
--	--	--	--	--

			- Se não houver histórico vacinal, administrar 1 dose de vacina Meningo C; - Considerar o intervalo de 60 dias, mínimo de 30 dias entre as doses (em situações excepcionais*) Reforço: - Administrar 1 dose de reforço com a vacina Meningo ACWY - Considerar o intervalo de 60 dias após a 2ª dose do esquema básico. Para crianças com indicação clínica especial, seguir recomendações do Manual do CRIE, 2023.	
Influenza trivalente fracionada (gripe)	Crianças de 6m a 5a11m29d	Doses anuais: Ao receber a vacina pela primeira vez (primovacinação), recomenda-se duas doses, com intervalo de 30 dias entre as doses. Para aquelas que receberam em anos anteriores pelo menos 1 dose, recomenda-se dose única nos anos subsequentes.	Crianças menores de 6 anos de idade e adolescentes de 10 a menores de 15 anos de idade com condições especiais e outras indicações especiais.	Não vacinar menores de 6m.
	Crianças a partir de 6a que façam parte dos grupos especiais: povos indígenas, quilombolas, pessoas em situação de rua, pessoas com deficiência permanente, adolescentes e jovens	Doses anuais	Receber, preferencialmente, ainda durante a temporada.	Faz parte das recomendações da estratégia de vacinação contra gripe para grupos mais vulneráveis

	de 12a a 21a de idade sob medidas socioeducativas, pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais independentemente da idade.			
Covid-19	Crianças de 6m a 4a11m29d	Esquema básico: duas doses, aos 6m e 7m, intervalo de 4 semanas entre as doses, ou 3 doses, aos 6m, 7m e 9m, com intervalos de 4 semanas entre a 1ª e a 2ª dose e 8 semanas entre a 2ª e a 3ª dose. Conforme produto disponível.	Caso não tenha iniciado e/ou completado o esquema básico até os 9m de idade, poderá ser administrada até 4a11m29d , conforme histórico vacinal, respeitando o intervalo mínimo recomendado (4 semanas entre a 1ª e a 2ª dose e 8 semanas entre a 2ª e a 3ª dose).	Crianças imunocomprometidas. Esquema básico: 3 doses (aos 6m, 7m e 9m), independentemente do imunizante disponível, com o intervalo de 4 semanas entre a 1ª e a 2ª dose e 8 semanas entre a 2ª e a 3ª dose. Doses periódicas: A partir de 6 meses da 3ª dose, recomenda-se mais duas doses periódicas, com um intervalo de 6 meses entre as doses.
	A partir de 5a Dose anual: Pessoas vivendo em instituições de longa permanência, pessoas imunocomprometidas, indígenas vivendo em terra indígena, indígenas vivendo fora da terra indígena, ribeirinhos, quilombolas, pessoas com deficiência permanente, pessoas com comorbidades, adolescentes e jovens cumprindo medidas socioeducativas, pessoas em situação de rua.			Faz parte das recomendações da estratégia de vacinação contra covid-19 para grupos mais vulneráveis.
Febre amarela (atenuada)	A partir de 9m	Esquema básico: 1 dose aos 9m. Reforço: 1 dose aos 4a.	Crianças até 4a11m29d - duas doses, intervalo mínimo	Vacinação em crianças entre 6m e 8m de idade: é prevista para casos excepcionais, os residentes ou que se deslocarão para área

			de 30 dias entre as doses A partir de 5a - Histórico vacinal de 1 dose da vacina antes dos 5a: 1 dose de reforço, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses - Histórico vacinal de 1 dose recebida a partir de 5a: esquema completo, não necessita mais doses - Sem histórico vacinal: 1 dose	com circulação confirmada do vírus e mediante avaliação do risco-benefício antes da vacinação. Atenção, para menores de 2a: Não administrar simultaneamente febre amarela com tríplice viral ou tetraviral. Observar o intervalo de 30 dias entre as doses (mínimo de 15 dias, em situações excepcionais*). Em emergência epidemiológica, com a circulação concomitante dos vírus da febre amarela e sarampo, caxumba e/ou rubéola, administrar as duas vacinas simultaneamente, sem intervalo mínimo entre as doses, considerando a relação risco-benefício.
Meningo ACWY	Criança aos 12m, preferencialmente, até os 4a11m29d	Reforço: 1 dose aos 12m, preferencialmente, observando o intervalo mínimo de 60 dias após a 2ª dose do esquema básico com a vacina Meningo C (conjugada), podendo ser administrada até os 4a11m29d		
	Adolescente entre 11a e 14a	Dose ou reforço (conforme histórico vacinal): 1 dose	Criança entre 12m e 4a11m29d Com esquema básico completo e sem a dose de reforço: - Administrar o reforço	

			Com apenas 1 dose: - Administrar 1 dose de reforço Sem comprovação vacinal: - Administrar dose única.	
Tríplice viral – SCR	A partir de 12m (criança e adolescente)	Esquema básico: duas doses, aos 12m e 15m	Iniciar ou completar o esquema de duas doses , conforme situação vacinal encontrada, considerando o intervalo de 30 dias entre as doses, sendo o mínimo de 15 dias (em situações excepcionais*).	
Varicela monovalente	A partir dos 15m, sem histórico pregresso da doença ou na dúvida, até 6a11m29d Para povos indígenas, a vacina está indicada para toda a população, a partir de 15m, desde que sem histórico pregresso da doença ou na dúvida.	Esquema básico: duas doses, aos 15m e 4a	Em caso de atraso, duas doses, com intervalos: Para crianças entre 1a e 12a de idade considerar intervalo de 3 meses entre as doses; crianças na faixa etária de 13a de idade ou mais, intervalo de 8 semanas entre as doses (em situações excepcionais*) (Manual do CRIE, 2023, pág. 145³⁵; Bulas dos produtos).	Os níveis de proteção são significativamente mais elevados após a administração de duas doses da vacina. Com a aplicação da segunda dose, respeitando-se um intervalo de quatro a oito semanas em relação à primeira, a proteção pode atingir entre 94% e 99%. Nesse sentido, o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE recomenda, para pessoas imunocompetentes suscetíveis com 13 anos de idade ou mais que convivam no mesmo domicílio com indivíduos imunodeprimidos. (Manual do CRIE, 2023, p. 144).
DTP	Crianças a partir de 15m, até 6a11m29d	Reforço: duas doses, aos 15m e 4a	As doses de reforço podem ser administradas até os 6a11m29d , observando o	

			intervalo mínimo de 6 meses após a última dose do esquema básico (D3 de penta) e 6 meses entre as duas doses de reforço. Criança com 6a, sem as doses de reforço: administrar a 1ª dose de reforço o mais breve possível antes dos 7a. Na impossibilidade de fazer a 2ª dose de reforço antes dos 7a, tendo em vista a necessidade do intervalo mínimo de 6 meses entre as doses de reforço, agendar 1 dose da vacina dT para 10 anos após esse 1º reforço.	
Hepatite A	Crianças aos 15m, até 4a11m29d	Esquema básico: 1 dose aos 15m	Vacinar até 4a11m29d	
Pneumo 23-v	Povos indígenas a partir de 5a , sem comprovação vacinal com vacinas pneumocócicas conjugadas.	Esquema básico: duas doses, intervalo de 5 anos.	Caso não possua histórico vacinal completo (duas doses), atualizar com atenção ao intervalo mínimo.	
dT	A partir de 7a	Reforço: 1 dose a cada 10 anos após a última dose de vacina com componente toxoide diftérico e tetânico, em pessoas com esquema básico completo (3 doses). Em casos de exposição a risco de difteria ou tétano, o reforço deve ser antecipado para 5 anos.	Pessoas a partir de 7a, sem esquema básico completo contra difteria e tétano (3 doses de vacina contendo os componentes toxoide diftérico e tetânico): Iniciar ou completar as 3 doses com a dT, conforme situação vacinal, com intervalo de 60 dias entre as doses (mínimo de 30 dias em situações especiais). Em sequência, aplicar 1 dose de dT a cada	Vacina indicada para atualização do esquema básico contra difteria e tétano (3 doses) e para doses de reforço. O esquema básico deve ser composto por 3 doses de vacinas contendo os toxoides diftérico e tetânico.

			10 anos, podendo ser antecipada para 5 anos em caso de exposição a risco de difteria ou tétano.	
HPV4	De 9a até 14a	Esquema básico: 1 dose para meninas e meninos não vacinados, na faixa etária entre 9a e 14a.	Atualizar a situação vacinal em estratégia de resgate, até 19a	Observar os grupos especiais com recomendação para vacinação. Crianças e adolescentes imunodeprimidos, a partir de 9a: 3 doses da vacina, com intervalo de 2 meses entre a 1ª e a 2ª dose e 6 meses entre a 1ª e a 3ª dose. Crianças e adolescentes com papilomatose respiratória recorrente (PRR) - CID 10 (B97.7), a partir de 2a: 3 doses, com intervalo de 2 meses entre a 1ª e a 2ª dose e 6 meses entre a 1ª e a 3ª dose (0 - 2m - 6m). Adolescente a partir de 15a, usuário de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV/Aids CID 10 (Z20.6): 3 doses, com intervalo de 2 meses entre a 1ª e a 2ª dose e 6 meses entre a 1ª e a 3ª dose (0 -2m - 6m). Crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual (de ambos os sexos), a partir de 9a: - De 9a a 14a 11m 29d, duas doses com intervalo de 6 meses

				entre as doses (0 - 6m). - A partir de 15a , 3 doses com intervalo de 2 meses entre a 1ª e a 2ª dose e de 6 meses entre a 1ª e a 3ª dose (0 - 2m - 6m).
Dengue tetravalente	Adolescente entre 10a e 14a11m29d	Esquema básico: duas doses, com intervalo de 3 meses entre as doses		A combinação de doses de vacinas contra a dengue de diferentes produtores (intercambialidade) não é recomendada, pois ainda não há dados disponíveis de segurança e imunogenicidade para essa situação.
<u>Fonte: Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026.</u> <u>*Excepcionalidade para uso do intervalo reduzido entre doses vacinais.</u> Os casos citados como condições de uso excepcionais referem-se a situações como viagens programadas e/ou exposição a risco epidemiológico. Como os intervalos reduzidos não favorecem a resposta imunológica, recomenda-se à equipe de vacinação analisar o risco-benefício da antecipação.				

Fonte: Ministério da Saúde. Multivacinação 2026: Estratégia para a Atualização da Caderneta de Vacinação das Crianças e dos Adolescentes Menores de 15 Anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2026

Atenção: em caso de crianças menores de 2 anos de idade e necessidade de aplicação simultânea das vacinas Tríplice Viral (SCR) e Febre Amarela (FA):

- Priorizar a aplicação da SCR;
- Agendar a vacinação contra Febre Amarela com intervalo de 30 dias.

Crianças acima de 2 anos de idade, realizar a aplicação simultânea das vacinas Tríplice Viral (SCR) e Febre Amarela (FA).

Saiba mais: Consulte a Norma Técnica do Programa de Imunização do estado de São Paulo e o Manual dos Centros de Imunobiológicos Especiais (CRIE).