

Documento Técnico

Estratégia de vacinação para atualização da caderneta de vacinação das crianças e adolescentes menores de 15 anos - 2025



30 de setembro de 2025



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria da Saúde
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"
Divisão de Imunização

Documento Técnico

Estratégia de Vacinação para atualização da
caderneta de vacinação das crianças e adolescentes
menores de 15 anos

Setembro de 2025
1ª edição

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. COBERTURAS VACINAIS NO ESTADO DE SÃO PAULO	3
3. MICROPLANEJAMENTO PARA AS ATIVIDADES DE VACINAÇÃO DE ALTA QUALIDADE.....	8
4. MULTIVACINAÇÃO EM 2025	10
4.1. Objetivos	10
4.1.1. Objetivo	10
4.1.2. Objetivos específicos.....	10
4.2. Financiamento	10
4.3. População-alvo da estratégia	10
4.4. Vacinas e calendário	10
4.4.1. Vacinação Simultânea	15
4.5. Oportunização.....	17
4.5.1. Vacinação contra a febre amarela	17
4.5.2. Vacinação contra o sarampo	18
4.5.3. Resgate da população de 15 a 19 anos não vacinada contra o HPV.....	19
5. CADEIA DE FRIO	19
5.1. Armazenamento.....	19
5.2. Transporte	20
5.3. Ações extramuros	20
5.4. Excursão de temperatura	20
5.5. Fluxo de distribuição de vacinas	20
6. VACINAÇÃO SEGURA.....	21
6.1. Registro do ESAVI.....	21
7. REGISTRO DA VACINAÇÃO NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	22
DOCUMENTOS BASE	23

Estratégia de vacinação para atualização da situação vacinal das crianças e adolescentes menores de 15 anos - 2025

1. INTRODUÇÃO

Em 2025, o estado de São Paulo, realizará em consonância com o Ministério da Saúde **a Campanha de Multivacinação para Atualização da Caderneta de Vacinação de menores de 15 anos de idade**, no período de 06 a 31 de outubro, sendo 18 de outubro, o dia "D" de divulgação e mobilização estadual.

A história das vacinações é considerada, por diversos autores, como um dos maiores avanços na área da saúde pública, por ser uma das medidas com melhor custo-benefício para prevenir a incidência de várias doenças e assim reduzir a mortalidade, sendo responsável pela redução significativa das doenças imunopreveníveis em todo o mundo.

Apesar desses resultados, doenças como a poliomielite e o sarampo ainda são endêmicas em outros países, o que reforça a necessidade de manter elevadas coberturas vacinais em todo o território nacional. Diante da tendência de queda das coberturas vacinais desde 2015 no Brasil e de 2016 no estado de São Paulo (ESP), foi necessária a incorporação de novas abordagens, entre elas o Microplanejamento, voltado para a sistematização do planejamento das atividades de vacinação. Sua implementação esteve alinhada à estratégia de Multivacinação de 2023, em formato regionalizado, visando qualificar as ações e ampliar o acesso da população, o que contribuiu para a melhoria dos índices registrados.

A organização e sistematização dos processos de vacinação favorecem intervenções mais diretas e assertivas, ajustadas à realidade de cada território. Nesse cenário, o envolvimento de atores locais estratégicos – como profissionais vacinadores, agentes comunitários de saúde, equipes de comunicação, lideranças comunitárias, representantes de organizações sociais, entre outros – é fundamental para ampliar o acesso e alcançar resultados mais efetivos.

A iniciativa reafirma-se como essencial para consolidar os avanços recentes, fortalecer a cobertura vacinal e ampliar a proteção contra doenças. Embora a ação seja prioritariamente direcionada para população menor de 15 anos, também serão oportunizadas, as vacinações contra sarampo, febre amarela e o resgate de não vacinados, contemplando distintos públicos, de modo a reforçar ainda mais a proteção contra doenças imunopreveníveis.

2. COBERTURAS VACINAIS NO ESTADO DE SÃO PAULO

A análise dos dados de cobertura vacinal (CV) numa série histórica de 2020 a junho de 2025 mostram que os anos de 2020 e 2021 foram totalmente impactados pela pandemia da COVID-19, apesar do Programa Estadual de Imunização (PEI) ter recomendado que os municípios mantivessem as salas de vacinas abertas para atender a demanda de vacinação de rotina, mesmo no pior período de ocorrência de casos. Em 2022, apesar da diminuição dos casos de Covid-19, não ocorreu a melhora das coberturas vacinais (CV). Nos anos de 2023 e 2024, identificou-se uma reversão desse cenário e se

observou incremento consistente em diversas vacinas ofertadas para os menores de 2 anos. No entanto, no período de janeiro a junho de 2025 (dados provisórios, sujeitos a alteração) os índices no ESP voltam a ficar em níveis preocupantes, chamando a atenção a vacina hepatite A com cobertura de 65,7% (Figura 1).

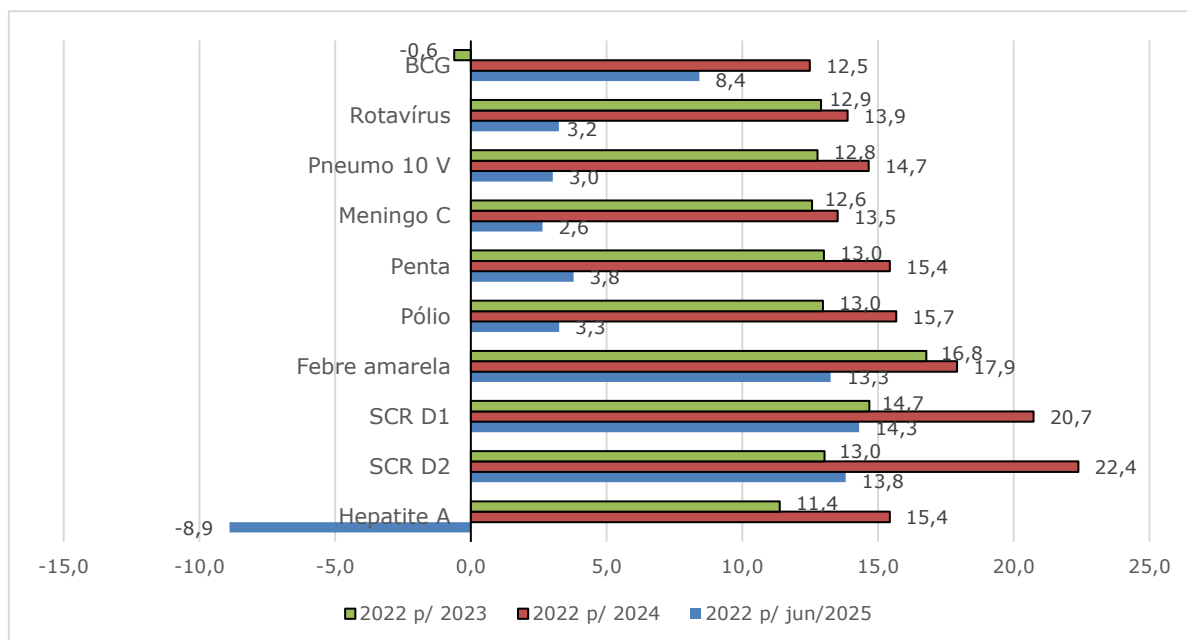
Figura 1: Série histórica de cobertura vacinal, segundo vacina do calendário de vacinação, ESP, 2020 a junho de 2025.



Fonte: Tabnet (2020 a 2022) e Painel do Ministério da Saúde (2023 a junho de 2025). Dados atualizados em 28/09/2025, sujeitos à alteração.

Na Figura 2, é possível observar o incremento anual das coberturas das vacinas que compõe o calendário das crianças menores de 2 anos, ao compararmos os dados de 2022 com os dos anos de 2023, 2024 e 2025 (dados até junho). Há uma tendência geral de aumento na cobertura vacinal de 2022 para 2023, com incremento ainda maior em 2024 para todas as vacinas, exceto a BCG que teve uma leve queda em 2023 (-0,6 pontos percentuais – p.p.). Todos os imunizantes tiveram incremento maiores em 2024 em relação a 2022, com avanços significativos para as vacinas SCR-D1 (20,7 p.p.), SCR-D2 (22,4 p.p.), febre amarela (17,9 p.p.). Em 2025 (dados até junho), os incrementos são em sua maioria positivos, mas menos expressivos do que os de 2024, quando comparado com 2022, a exceção negativa é Hepatite A, com -8,9 p.p., indicando uma queda na cobertura em 2025, que merece investigação e monitoramento. Esses progressos reforçam a pertinência das ações realizadas, como também, a oportunidade estratégica para ampliar o acesso e reduzir desigualdades.

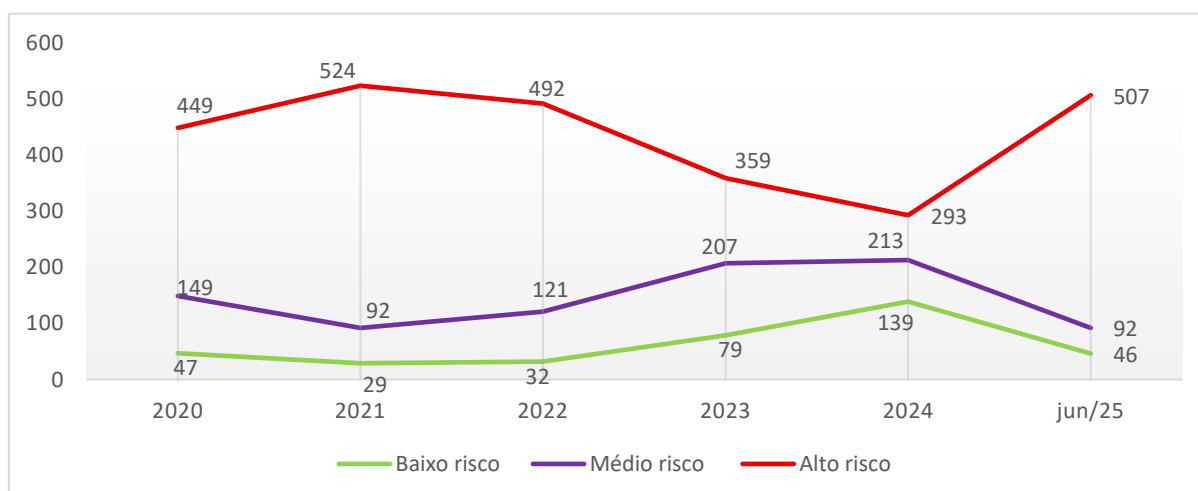
Figura 2: Incremento de coberturas vacinais (pontos percentuais), segundo vacina do calendário de vacinação, ESP, 2020 a junho de 2025.



Fonte: Tabnet (2020 a 2022) e Painel do Ministério da Saúde (2023 a junho de 2025). Dados atualizados em 28/09/2025, sujeitos à alteração.

Ao analisar o indicador de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis (RTDI), que identifica os municípios com maior chance de haver essa transmissão, principalmente pelas vacinas do calendário das crianças com idade menor ou igual a 2 anos de idade, para os anos de 2020 a 2025, verificamos que o ESP permanece em alto risco. No entanto, havia melhora gradual principalmente para os anos de 2023 e 2024, com uma redução dos municípios em alto risco e aumento dos municípios em baixo e médio risco. Contudo, em 2025 (dados até junho) houve uma reversão preocupante, com 507 municípios em alto risco de transmissão das doenças imunopreveníveis (Figura 3).

Figura 3: Risco de transmissão de doenças imunopreveníveis, segundo vacina do calendário de vacinação, ESP, 2020 a junho de 2025.

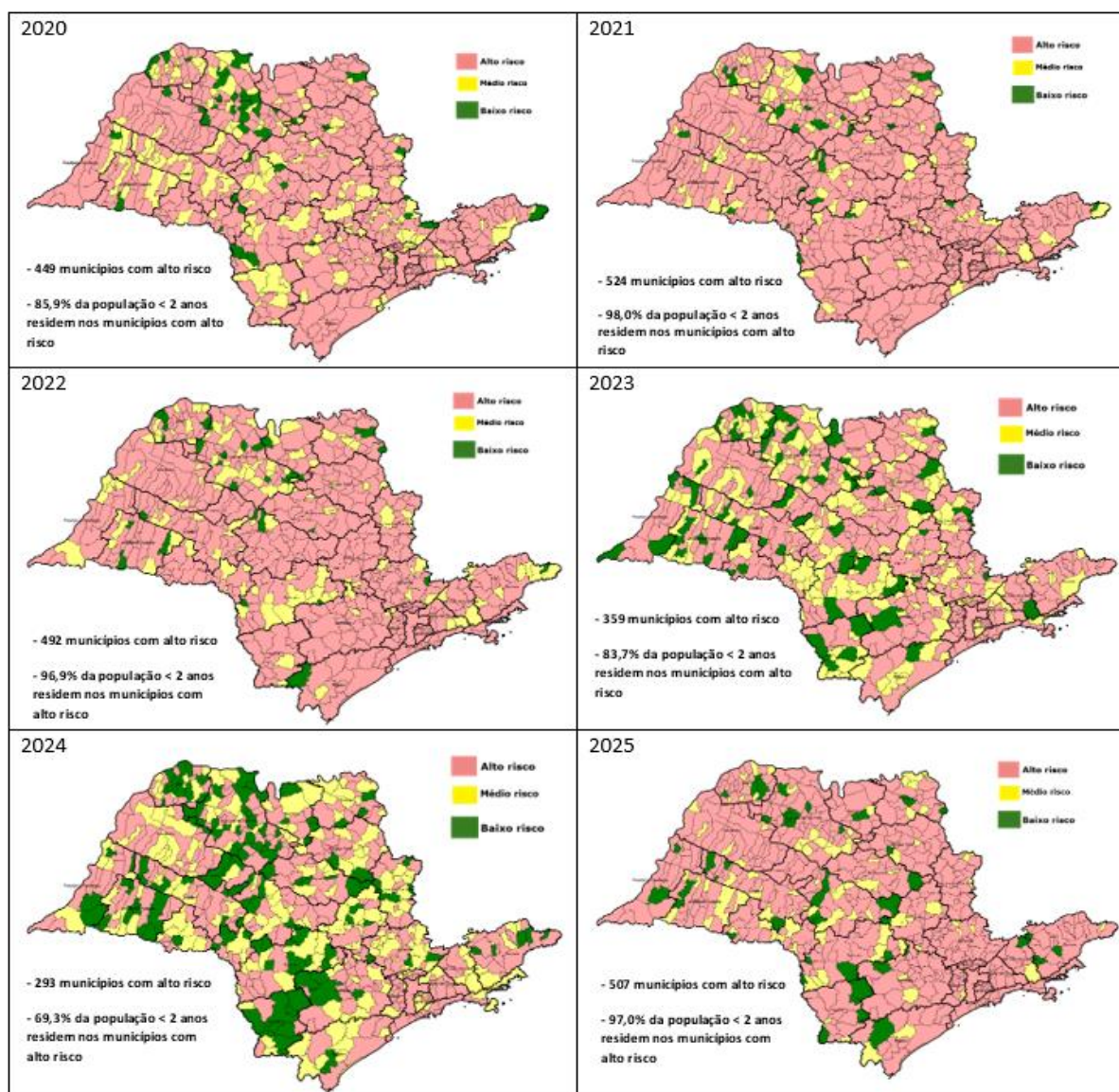


Fonte: Tabnet (2020 a 2022) e Painel do Ministério da Saúde (2023 a junho de 2025). Dados atualizados em 28/09/2025, sujeitos à alteração.

Esse indicador é composto basicamente pela homogeneidade de coberturas entre vacinas em cada município. Para subsidiar as análises da situação vacinal e do risco de transmissão de doenças imunopreveníveis, o RTDI é classificado em três categorias: (i) baixo risco, quando a homogeneidade de coberturas das vacinas do calendário das crianças com idade menor ou igual a 1 ano for = 100%; (ii) médio risco, quando a homogeneidade de coberturas das vacinas do calendário das crianças com idade menor ou igual a 1 ano flutuar entre $\geq 75\%$ e $< 75\%$; (iii) alto risco, quando a homogeneidade de coberturas das vacinas do calendário das crianças com idade menor ou igual a 1 ano for $< 75\%$.

A distribuição espacial do indicador RTDI pode ser observado na Figura 4.

Figura 4: Distribuição espacial do risco de transmissão de doenças imunopreveníveis, segundo vacina do calendário de vacinação, ESP, 2020 a junho de 2025.



Fonte: Tabnet (2020 a 2022) e Painel do Ministério da Saúde (2023 a junho de 2025). Dados atualizados em 28/09/2025, sujeitos à alteração.

Vale ressaltar que essa população apresenta maior possibilidade de captação pelos serviços de vacinação, protegendo-as da maioria das doenças imunopreveníveis nos próximos ciclos de vida: adolescência, adulto e idoso.

A vacina Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) (HPV) foi introduzida no Calendário Nacional de Vacinação como uma estratégia de saúde pública em março de 2014. O público-alvo para vacinação e ano de inclusão pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1. Público-alvo para vacinação contra o HPV e ano de introdução da recomendação. Brasil, 2014 a 2024.

Ano	Público-alvo		
2014	Adolescentes do sexo feminino de 11 a 13 anos de idade		
2015	Meninas e adolescentes do sexo feminino de 9 a 13 anos de idade	Meninas e mulheres de 9 a 26 anos de idade vivendocom HIV/Aids	
2017	Meninas e adolescentes do sexo feminino de 9 a 14 anos de idade	Adolescentes do sexo masculino de 11 e 14 anos	Meninos e homens de 9 a 26anos de idade vivendo com HIV/Aids.
2018	Meninos, meninas, homens e mulheres de 9 a 26 anos, vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea e pacientes oncológicos		
2021	Meninas e mulheres de 9 a 45 anos, vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea e pacientes oncológicos		
2022	Meninos e adolescentes do sexo masculino de 9 a 14 anos de idade	Meninos, meninas, homens e mulheres de 9 a 45 anos,vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea e pacientes oncológicos	
2023	Vítimas de violência sexual de 9 a 45 anos		
2024	Usuários de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de 15 a 45 anos.		

Fonte: Programa Nacional de Imunizações

Para avaliação da cobertura da vacina HPV na população de 9 a 14 anos, utiliza-se o método da coorte de vacinadas. Assim, em 2025, será avaliada a cobertura vacinal da população nascida entre 2011 e 2016 e que foram vacinados com pelo menos uma dose da vacina HPV no período de 2020 a 2025 (Figura 5).

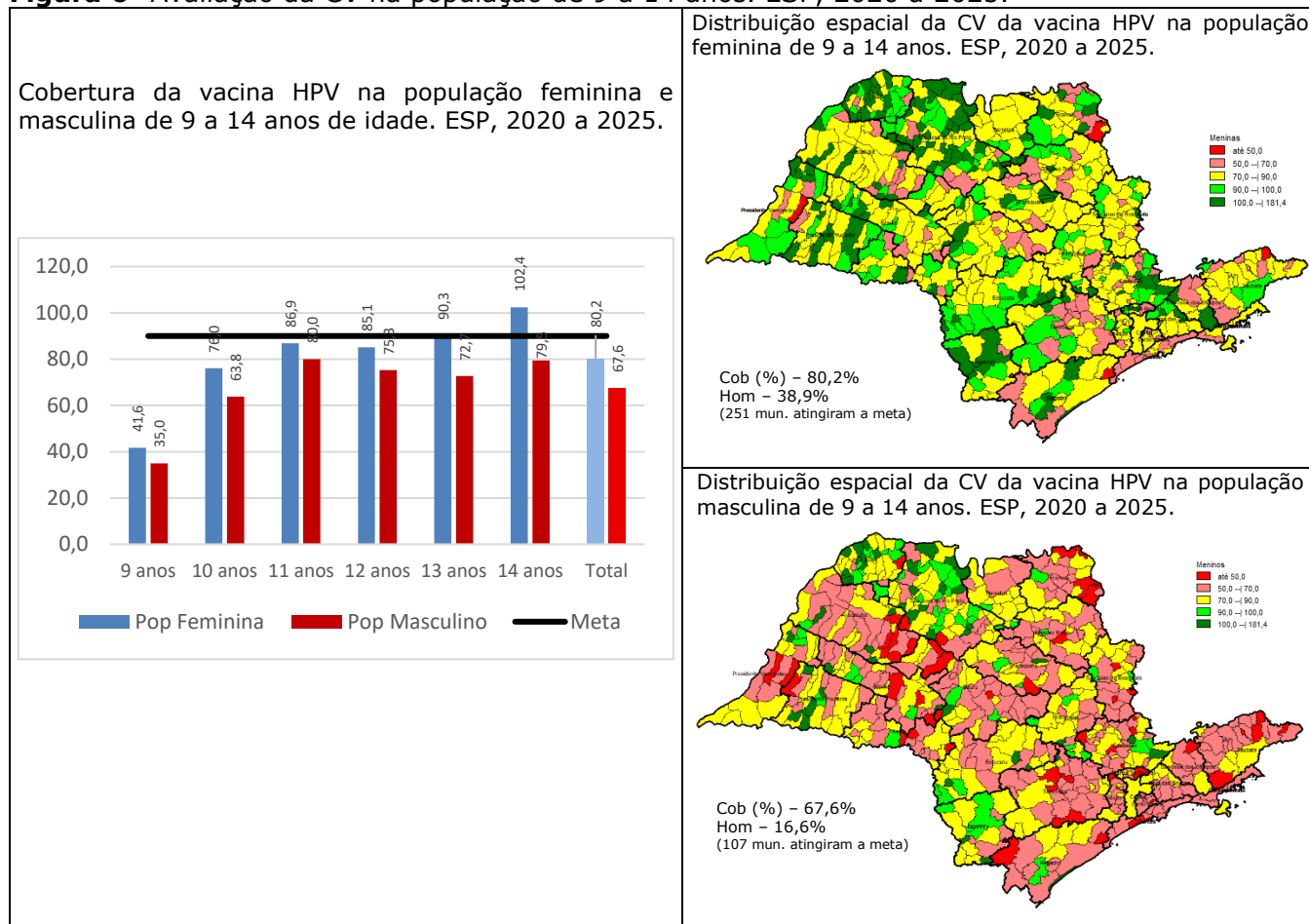
Figura 5- Base de cálculo da coorte de vacinados contra o HPV no período de 2020 a 2025 com pelo menos uma dose da vacina.

2025	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos
2024	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	
2023	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos		
2022	9 anos	10 anos	11 anos			
2021	9 anos	10 anos				
2020	9 anos					

Fonte: DPNI/SVSA/MS.

A meta preconizada pelo Ministério da Saúde para a vacina HPV é que no mínimo 90% das crianças e adolescentes 9 a 14 anos sejam vacinados. Observa-se na Figura 6 que a cobertura da vacina HPV na população feminina de 9 a 14 anos, em 2025, é de 80,2% e 251 municípios atingiram ou ultrapassaram de meta, o que representa uma homogeneidade de 38,9% (meta de 70,0%). Para a população masculina de 9 a 14 anos a CV é de 67,6% e apenas 107 municípios atingiram ou ultrapassaram a meta, o que representa uma homogeneidade de 16,6%.

Figura 6- Avaliação da CV na população de 9 a 14 anos. ESP, 2020 a 2025.



Fonte: Painel do Ministério da Saúde. Dados atualizados em 25/09/2025, sujeitos à alteração.

A adoção da estratégia de multivacinação justifica-se diante do cenário de baixas coberturas vacinais, aumento de populações suscetíveis e, consequentemente, maior risco para a (re)introdução e a disseminação de doenças imunopreveníveis.

3. MICROPLANEJAMENTO PARA AS ATIVIDADES DE VACINAÇÃO DE ALTA QUALIDADE

A Estratégia para Atualização da Caderneta de Vacinação das Crianças e dos Adolescentes Menores de 15 anos em 2025 tem como base o Microplanejamento, já adotado como etapa inicial e fundamental para a organização das ações. O Quadro 2 reúne informações essenciais para apoiar os

profissionais de saúde nesse processo.

Quadro 2 – 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.

4. MULTIVACINAÇÃO EM 2025

4.1. Objetivos

4.1.1. Objetivo

Resgatar não vacinados ou completar esquemas de vacinação, visando atualizar a caderneta das crianças e adolescentes (até 14 anos, 11 meses e 29 dias), de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação.

4.1.2. Objetivos específicos

- Ampliar o acesso da população de crianças e adolescentes à vacinação, conforme o Calendário Nacional de Vacinação.
- Contribuir na redução da incidência das doenças imunopreveníveis.
- Reforçar a articulação e a integração da Vigilância e Atenção Primária à Saúde.
- Realizar estratégias de atualização com base na metodologia de Microplanejamento.
- Enfrentar a hesitação vacinal com ações de comunicação e mobilização social.
- Oportunizar a vacinação contra a febre amarela em locais de risco.
- Oportunizar as demais estratégias em andamento, como o Resgate de Não Vacinados de 15 a 19 anos com a vacina HPV.
- Promover seguimento das ações contra o sarampo.
- Manter o status de eliminação da poliomielite no Brasil.
- Realizar o monitoramento da segurança da vacina.
- Realizar o registro adequado das informações geradas durante a ação.

4.2. Financiamento

A Portaria GM/MS n.º 6.715, de 17 de março de 2025, estabeleceu um incentivo financeiro excepcional e temporário para estratégias de vacinação em escolas e atualização da caderneta vacinal de crianças e adolescentes até 15 anos no SUS durante 2025. Os recursos foram repassados automaticamente pelo Fundo Nacional de Saúde aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal, via transferências fundo a fundo, em conta específica. A medida reforça o repasse direto de recursos, garantindo a continuidade das ações de multivacinação e o fortalecimento da imunização no País.

4.3. População-alvo da estratégia

Crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade (até 14 anos, 11 meses e 29 dias) que não possuem registro das doses aplicadas conforme o Calendário de Vacinação, exceto nas situações em que a vacinação está contraindicada.

4.4. Vacinas e calendário

A iniciativa disponibilizará todas as vacinas previstas no Calendário Nacional de Vacinação (Figura 7), além das vacinas de estratégias específicas, seguindo as diretrizes estabelecidas em seu respectivo informe técnico.

Dessa forma, a estratégia deve ser executada a partir da avaliação da caderneta de vacinação e atualização vacinal, de acordo com a situação encontrada, ou seja, a vacinação deverá ser realizada de forma seletiva (Quadro 3 e 4).

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE - ESTADO DE SÃO PAULO – 2025

(observar detalhamento das recomendações no rodapé do calendário)

VACINAS	Nascimento até 15 anos de idade														
	AO NASCER	2 meses	3 Meses	4 Meses	5 meses	6 meses	7 meses	9 meses	12 meses	15 Meses	4 anos	5 anos	9 anos	11 anos	15 Anos
BCG	Dose única														
HEPATITE B	1ª dose														
VIP		1ª dose		2ª dose		3ª dose				Reforço					
ROTAVÍRUS		1ª dose		2ª dose											
PENTA		1ª dose		2ª dose		3ª dose									
PNEUMOCÓCICA VALENTE		1ª dose		2ª dose					Reforço						
MENINGO C (conjugada)			1ª dose		2ª dose										
COVID-19						1ª dose	2ª dose	3ª dose							
INFLUENZA						Dose anual									
FEBRE AMARELA								1ª dose			2ª dose				
TRIPLICE VIRAL									1ª dose ¹¹						
HEPATITE A										Dose única					
TETRAVIRAL										Dose única					
DTP										Reforço	Reforço				
VARICELA											2ª dose				
HPV													Dose única		
MENINGO ACWY (conjugada)									Reforço					Dose única	
dT															Reforço

Quadro 3 – Vacinas do calendário da criança e esquemas para menores de 7 anos

Vacinas	Esquema vacinal incompleto ou não vacinado
BCG	Caso a vacina BCG não tenha sido administrada na maternidade, aplicar na primeira visita ao serviço de saúde. Os recém-nascidos de mães que utilizaram drogas imunodepressoras ou biológicos na gestação podem ter sua vacinação adiada ou contraindicada (Anexo IV – Norma do Programa Estadual de Imunização). Na situação em que criança não tenha sido vacinada, administrar uma dose prioritariamente até 15 anos. A partir dos cinco anos de idade, pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) não devem ser vacinadas, mesmo que assintomáticas e sem sinais de imunodeficiência.
Hepatite B	A vacina Hepatite B deve ser administrada preferencialmente nas primeiras 12 h de vida, ainda na maternidade. Caso não tenha sido administrada na maternidade, aplicar na primeira visita ao serviço de saúde. Na situação em que a criança não recebeu vacina HB até 30 dias de idade, o esquema vacinal deverá ser iniciado com a vacina penta (DTP-Hib-HB) (observar idade mínima).
Penta	Criança a partir dos dois (2) meses de idade deve receber três (3) doses desta vacina com intervalo de 60 dias entre elas. Não deve ser administrada antes de seis (6) semanas de vida, pois poderá induzir tolerância imunológica as doses adicionais dos componentes Hib e Pertussis. A 3ª dose da vacina penta não deve ser administrada antes dos 6 meses de idade e o intervalo de 4 meses entre a 1ª e a 3ª dose deverá ser respeitado, quando a criança perdeu a oportunidade de ser vacinada com a vacina hepatite B até 30 dias após o nascimento. Caso a criança tenha entre 12 meses e 6 anos, 11 meses e 29 dias, e não tenha recebido o esquema completo com três doses no primeiro ano de vida, utilizar o seguinte esquema: . Não recebeu dose de penta – administrar Penta e agendar mais 2 doses de DTP+Hepatite B; . Recebeu uma dose de penta - administrar Penta e agendar mais 1 dose de DTP+Hepatite B; . Recebeu duas doses de penta - administrar Penta.
VIP	Criança a partir dos dois (2) meses de idade deve receber três (3) doses do esquema básico (aos 2, 4 e 6 meses) e um reforço (aos 15 meses). O intervalo recomendado do esquema básico é de 60, mínimo de 4 semanas. O intervalo recomendado da 3ª dose e o reforço é de 9 meses, mínimo de 6 meses. Crianças entre 5 e 6 anos com apenas o esquema básico completo, aplicar reforço único com VIP. Crianças entre 5 e 6 anos com esquema básico completo e 1 Ref de VOPb, aplicar reforço único com VIP.
Rotavírus	Criança com idade de um mês e 15 dias a 11 meses e 29 dias poderá receber a 1ª dose. Criança com idade de três meses e 15 dias até 23 meses e 29 dias poderá receber a 2ª dose desta vacina. Intervalo mínimo entre as doses de 4 semanas (considerar a idade mínima).
Pneumocócica 10V	Criança a partir dos 2 meses de idade deve receber duas doses desta vacina com intervalo de 60 dias entre elas, e uma dose de reforço, preferencialmente aos 12 meses de idade, podendo ser administrada até os 4 anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias). • 1ª dose aos 2 meses • 2ª dose aos 4 meses • Reforço aos 12 meses

Pneumocócica 10V	Para crianças que iniciaram esquema básico tardiamente deve completá-lo antes de 12 meses de idade, considerar o intervalo mínimo de 4 semanas. O reforço deve ser administrado aos 12 meses de idade, preferencialmente, com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose. Nesta situação, administrar a dose de reforço até os quatro anos de idade (quatro anos, 11 meses e 29 dias). Criança entre 1 e 4 anos de idade com esquema completo de 2 ou 3 doses, administradas antes de 1 ano de idade, administrar o reforço. Criança entre 1 e 4 anos de idade com esquema incompleto, não completar o esquema e administrar uma dose de reforço. Criança entre 1 e 4 anos de idade, sem comprovação vacinal, administrar uma única dose. Para crianças de 2 meses até 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade, com indicação clínica especial ver manual do CRIE.
Meningocócica C (Conjugada) Meningocócica ACWY	Criança a partir dos 3 meses de idade deve receber duas doses desta vacina com intervalo de 60 dias entre elas, e uma dose de reforço, preferencialmente aos 12 meses de idade, podendo ser administrada até os 4 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias). Intervalo entre as doses é de 60 dias, mínimo de 30 dias. • 1ª dose aos 3 meses (vacina meningocócica C – conjugada) • 2ª dose aos 5 meses (vacina meningocócica C – conjugada) • Reforço aos 12 meses (vacina meningocócica ACWY) Para criança que iniciou o esquema após 5 meses deve completá-lo antes de 12 meses de idade, com intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses; administrar o reforço com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose. Criança entre 1 e 4 anos de idade com esquema completo de 2 doses, mas sem a dose de reforço, administrar o reforço com a vacina meningocócica ACWY. Criança entre 1 e 4 anos de idade, sem comprovação vacinal, administrar uma única dose com a vacina meningocócica ACWY)
Vacina Influenza trivalente (fragmentada, inativada)	Crianças, entre 6 meses e menores de 6 anos de idade (5 anos, 11 meses 29 dias de idade) • A criança, 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 uma dose, recomenda-se dose única nos anos subsequentes.
Vacina Covid-19	Crianças entre 6 meses e 4 anos 11 meses e 29 dias: • Vacina Covid-19-RNAm, Pfizer (Comirnaty): Administrar três doses (1ª dose + 2ª dose + 3ª dose), aos 6, 7 e 9 meses de idade, com intervalo de quatro semanas entre a primeira e segunda dose, e oito semanas entre a segunda e terceira dose (frasco-ampola tampa cor vinho ou amarelo). • Crianças imunocomprometidas devem receber o esquema vacinal de três doses aos 6, 7 e 9 meses. O intervalo mínimo recomendado é de quatro semanas entre a 1ª e a 2ª dose, e de oito semanas entre a 2ª e a 3ª dose, independentemente do imunizante utilizado.

Febre amarela	Pessoas a partir de 9 meses de vida, não vacinadas ou sem comprovante de vacinação. O esquema vacinal consiste em: - Crianças entre 9 (nove) meses de vida a menores de 5 (cinco) anos de idade: Administrar 1 (uma) dose aos 9 (nove) meses de vida, e uma dose de reforço aos 4 (quatro) anos de idade. - Pessoas a partir de 5 (cinco): Administrar 1 (uma) dose única. - Pessoas a partir de 5 (cinco) anos de idade, que receberam uma dose da vacina antes de completarem 5 anos de idade: Administrar uma dose de reforço, independentemente da idade em que a pessoa procure o serviço de vacinação. Respeitar intervalo mínimo de 4 semanas, entre a dose e o reforço. Esta vacina está contraindicada para crianças com menos de 6 meses de vida.
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola - SCR)	Criança de 6 a 11 meses e 29 dias aplicar a dose zero (não válida para a rotina) nas regiões metropolitana de São Paulo e de Campinas e Baixada Santista. Criança a partir de 12 meses deverá receber a 1ª dose da vacina tríplice viral e agendar a 2ª dose da vacina tetra viral ou tríplice viral mais varicela (atenuada), conforme a disponibilidade da vacina, com intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses. A vacina tetra viral está disponível para crianças até 6 anos 11 meses e 29 dias. A partir dos 7 anos, as crianças devem receber a vacina tríplice viral se não estiverem vacinadas ou se estiverem com o esquema incompleto.
Tetra viral (SCR e varicela) ou tríplice viral + varicela	A vacina tetra viral ou tríplice viral mais varicela está disponível na rotina de vacinação para crianças com idade entre 15 meses e 6 anos, 11 meses e 29 dias. Criança a partir de 5 anos não vacinada ou sem comprovante de vacinação deverá receber a 1ª dose da tríplice viral e agendar a 2ª dose da tetra viral (ou tríplice viral + varicela), com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
Varicela	Crianças de 4 anos até 6 anos, 11 meses e 29 dias deverá receber 2ª dose de varicela.
DTP	Administrar 2 (dois) reforços, o primeiro aos 15 meses de idade e o segundo aos 4 (quatro) anos de idade. Administrar o 1º reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a 3ª dose do esquema básico. Intervalo mínimo de 6 (seis) meses entre os reforços; Criança de 15 meses até 6 anos, 11 meses e 29 dias sem nenhum reforço, administrar o 1º reforço e agendar o 2º reforço. Atentar para o intervalo de 6 meses entre as doses. Criança entre 5 e 6 anos, 11 meses, 29 dias que não tenham iniciado o esquema básico, administrar, sempre que possível, 1 dose de penta e 2 doses da vacina DTP com intervalo de 4 semanas entre elas. Não havendo tempo hábil para 3 doses, ou seja, até 6 anos, 11 meses e 29 dias, administrar as que forem possíveis, completando o esquema com a vacina dT dupla adulto. Crianças com 6 anos sem nenhuma dose de reforço administrar o 1º reforço. Na impossibilidade de manter o intervalo de 6 meses entre as doses de reforço, agendar dT para 10 anos após esse primeiro reforço. Neste caso estas crianças ficam liberadas do segundo reforço.
Hepatite A	Criança a partir de 15 meses até quatro anos 11 meses e 29 dias deverá receber uma dose

Fonte: Norma Técnica do Programa Estadual de Imunização

4.4.1. Vacinação Simultânea

A vacina febre amarela não deve ser administrada simultaneamente com a vacina tríplice viral ou tetra viral em crianças menores de 2 (dois) anos de idade. O intervalo entre estas deverá ser de 4 semanas. Em caso de ausência de dose prévia de tríplice viral e febre amarela em menores de 2 anos de idade, priorizar a vacina de acordo com maior risco epidemiológico e aguardar 4 semanas para administrar a outra vacina.

Em pessoas **com dois anos de idade ou mais**, as vacinas febre amarela e tríplice viral ou tetraviral podem ser administradas simultaneamente. Porém, se não administradas simultaneamente, deve-se respeitar o intervalo de quatro semanas entre as vacinas.

Excepcionalmente, em situações de risco epidemiológico ou que necessitem oportunizar atualização de esquemas vacinais em pessoas de áreas remotas ou de difícil acesso, o intervalo mínimo de 15 dias poderá ser adotado.

Em situações nas quais exista risco epidemiológico concomitantemente para sarampo, caxumba ou rubéola e febre amarela, o risco da não vacinação é maior que a possibilidade da diminuição da resposta imune pela vacinação concomitante ou com intervalo inferior ao recomendado. Dessa forma, as vacinas tríplice viral ou tetraviral e da febre amarela deverão ser administradas simultaneamente. Nesta situação, a vacinação realizada será considerada válida para fins do cumprimento do esquema vacinal, não sendo necessária a revacinação. Em situações especiais como, por exemplo, viagens, epidemias, vacinação de bloqueio, minimização de oportunidades perdidas, a vacinação simultânea pode ser realizada.

Quadro 4 – Vacinas do calendário da criança a partir dos 7 anos de idade e do calendário do adolescente

Vacinas	Esquema vacinal incompleto ou não vacinado
Hepatite B	Crianças e adolescentes comprovadamente não vacinadas com a vacina hepatite B ou com a penta deverão receber 3 doses da vacina hepatite B com intervalo de 4 semanas entre a 1ª e a 2ª dose e de 6 meses entre a 1ª e a 3ª dose (0, 1 e 6 meses). Criança e adolescente com esquema vacinal incompleto: completar o esquema conforme situação encontrada. Não necessita reiniciar o esquema vacinal. Gestante adolescente não vacinada ou com esquema incompleto: iniciar ou completar o esquema conforme situação encontrada. Não há necessidade de reiniciar o esquema vacinal. A vacina pode ser administrada em qualquer idade gestacional.
Febre amarela	Pessoas a partir dos sete anos de idade com: - Histórico vacinal de duas doses da vacina antes dos 5 anos de idade: esquema completo, não necessita mais doses. - Histórico vacinal de uma dose da vacina antes dos 5 anos de idade: administrar uma dose de reforço, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. - Histórico vacinal de uma dose recebida a partir de 5 anos de idade: esquema completo, não necessita mais doses. - Sem histórico vacinal: administrar uma dose. - Pessoas vacinadas apenas com dose fracionada (2018): viajantes ou residentes em área de risco, administrar uma dose de reforço com a vacina em dose padrão.

Febre amarela	Atenção: gestantes devem ser avaliadas pelo médico sobre o risco-benefício; nutrízes ou lactantes amamentando crianças abaixo dos 6 meses de idade a vacinação deve ser evitada ou postergada até a criança completar 6 meses de idade; na impossibilidade de adiamento da vacinação, suspender a amamentação por dez dias após a vacinação.
Tríplice viral	Criança ou adolescente não vacinado ou com esquema incompleto, deve ser vacinado com a vacina tríplice viral conforme situação encontrada (D1 ou D2), considerando o intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses. Atenção: Esta vacina é contraindicada para gestantes
Difteria e tétano - adulto	Criança a partir de 7 anos de idade ou adolescente não vacinado ou sem comprovação vacinal para difteria e tétano (dT), administrar 3 doses com intervalo de 60 dias entre elas, mínimo de 4 semanas. Criança ou adolescente com esquema vacinal incompleto para dT, deve ser vacinada continuando ou completando o esquema de 3 doses, considerando as doses anteriores, com intervalo de 60 dias entre elas, mínimo de 4 semanas. Na gestante sem história prévia de vacinação, a vacina dT pode ser administrada a partir da comprovação da gravidez, em qualquer período gestacional. Completar o esquema vacinal, preferencialmente até 20 dias antes da data provável do parto.
dTpa	Considerar que independente do histórico de vacinação com dT, a gestante deve receber uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, a cada gestação. Para aquelas que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, administrar uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível.
Meningocócica ACWY	Adolescentes de 11 a 14 anos de idade, não vacinado ou sem comprovante de vacinação: administrar dose ou reforço conforme situação vacinal. Atenção: a vacina não está recomendada para gestantes ou lactantes sem orientação médica; no entanto, diante do risco de contrair a doença, a relação risco-benefício deve ser avaliada pelo médico assistente.
HPV quadrivalente	Administrar uma dose para meninas e meninos não vacinados, na faixa etária entre 9 anos e 14 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Atenção: Esta vacina está contraindicada para GESTANTE.
Varicela	Para indígena a partir dos sete anos de idade não vacinado ou sem comprovação vacinal deve receber uma ou duas doses de vacina varicela (atenuada) a depender do laboratório produtor. Atenção: Esta vacina é contraindicada para gestantes

Fonte: Norma Técnica do Programa Estadual de Imunização

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

4.5. Oportunização

Embora a Estratégia para Atualização seja centrada na vacinação de menores de 15 anos, recomendamos oportunizar, também, a vacinação contra a febre amarela, o sarampo e resgate de não vacinados com a vacina HPV, conforme a seguir.

4.5.1. Vacinação contra a febre amarela

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por febre amarela e prevenir surtos através da ampliação da cobertura vacinal, recomenda-se realizar a busca ativa de indivíduos não vacinados conforme estratégia de vacinação contra a doença em período de baixa ocorrência de casos.

A estratégia no ESP foi elaborada para ser executada em quatro fases, de forma escalonada, considerando o indicador combinado disponibilizado pelo PNI, com base no risco epidemiológico, histórico de circulação do vírus, presença de vetores, proximidade com áreas endêmicas e cobertura vacinal. As fases do plano estadual estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5- Fases do Plano Operacional – Intensificação de Vacinação Contra a Febre Amarela em Período de Baixa Ocorrência de Casos. ESP, 2025.

Fase	Nº de municípios	Início de execução
Fase 1	167	11/08/2025
Fase 2	143	08/09/2025
Fase 3	188	06/10/2025
Fase 4	147	03/11/2025
Total	645	

No entanto, considerando o período da Campanha de Multivacinação recomenda-se a intensificação de vacinação, ofertando a atualização da vacinação conforme as seguintes diretrizes:

A. Município afetado– vacinação seletiva para:

- Pessoas a partir de 6 meses de idade. As doses aplicadas nas crianças de 6 a 8 meses de idade não serão válidas para a rotina, sendo necessária a vacinação na idade recomendada, respeitando o intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses. Nos municípios prioritários para aplicação da dose zero contra o sarampo em crianças de 6 a 11 meses e 29 dias, seguir as recomendações contidas nos documentos: Comunicado Imunização 03/2025 (Atualizado em 10/07/2025) e Medidas de Prevenção e Controle - Atualização 2025.
- Gestantes. A vacina febre amarela deve ter seu uso evitado durante a gravidez, a não ser que os riscos de aquisição da doença sejam muito superiores ao eventual dano produzido pela imunização;

- Mulheres que estão amamentando crianças com até 6 meses de idade. Neste caso, a amamentação deverá ser suspensa por 10 dias após a vacinação. A mãe deverá ser orientada sobre os procedimentos para extração e armazenamento do leite materno antes da vacinação para propiciar o aleitamento neste período.
- Pessoas com 60 anos e mais de idade, sempre associada à avaliação do risco relacionado às comorbidades, doenças autoimunes, tratamentos específicos ou uso contínuo de medicamentos que contraindiquem a aplicação da vacina febre amarela nessa faixa etária.

B. Município ampliado - vacinação seletiva para a população a partir de 9 meses de idade.

As ações seguirão as diretrizes já definidas anteriormente, conforme recomendações:

- A intensificação da vacinação deve incluir estratégias de vacinação extramuros, de busca ativa e vacinação de indivíduos não vacinados nas regiões de circulação da FA.
- É recomendada a livre demanda no acesso à vacina, sem a necessidade de agendamento prévio para que seja executada a vacinação (Nota Técnica nº 27/2025/DEDT/DPNI/SVSA/MS)
- Ampliação de acesso e estrutura mínima de funcionamento das salas de vacinas.
- Verificar a situação vacinal na puericultura, visitas domiciliares e em todos os atendimentos presenciais nas unidades de saúde de crianças, adolescentes e adultos, com vistas a evitar perda de oportunidade de vacinação.
- Deve ser considerada a vacinação da população com 60 anos ou mais de idade, sempre associada à avaliação do risco relacionado às comorbidades, doenças autoimunes, tratamentos específicos ou uso contínuo de medicamentos que contraindiquem a aplicação da vacina febre amarela nessa faixa etária.

4.5.2. Vacinação contra o sarampo

A estratégia de multivacinação configura-se como oportunidade para intensificar a cobertura vacinal contra o sarampo. Durante esse período, recomenda-se que todas as pessoas na faixa etária de 12 meses a 59 anos tenham sua situação vacinal criteriosamente avaliada. Identificada qualquer pendência no esquema vacinal contra o sarampo, deve-se proceder à administração das doses necessárias, de acordo com os calendários básico de vacinação. Sendo assim, recomenda-se

- 6 a 11 meses – dose zero para as ações de bloqueio/varredura e nas regiões metropolitana de São Paulo de Campinas e Baixada Santista.
- 12 meses a 29 anos: 2 doses (intervalo mínimo de 30 dias entre as doses).
- 30 a 59 anos: 1 dose.
- Profissionais de saúde, independentemente da idade: 2 doses (intervalo

mínimo de 30 dias entre as doses).

4.5.3. Resgate da população de 15 a 19 anos não vacinada contra o HPV

Considerando as recomendações para o resgate dos não vacinados com a vacina HPV para os jovens de 15 a 19 anos, o plano estadual deve ser oportunizado, de modo a potencializar o alcance e promover maior efetividade das ações de vacinação contra o HPV.

A estratégia de resgate de adolescentes de 15 a 19 anos não vacinados contra o HPV no ESP foi elaborada para ser executada em quatro fases, de forma escalonada, considerando os municípios com maior proporção de não vacinados na primeira fase e incluindo novos municípios nas fases subsequentes até que os 645 estejam participando da ação (Quadro 6). Conforme Comunicado do DPNI/SVSA/MS, a estratégia poderá ser operacionalizada até dezembro de 2025.

Quadro 6 – Fases da estratégia de resgate da população de 15 a 19 anos não vacinados contra o HPV, segundo proporção de não vacinados. ESP, 2025.

Fase	Nº de municípios	População alvo (n)	Período de vacinação
Fase 1	30	634.729	04/08/2025
Fase 2	34	191.529	08/09/2025
Fase 3	78	191.323	06/10/2025
Fase 4	503	185.761	03/11/2025
Total	645	1.203.342	

Observações:

- População não vacinada é igual à população-alvo (n) a ser vacinada.
- Pessoa sem comprovação de vacinação, considerar não vacinada e ofertar a vacina.
- Os municípios prioritários são aqueles com a maior proporção de não vacinados nos dois sexos.

5. CADEIA DE FRIO

5.1. Armazenamento

O armazenamento adequado de imunobiológicos é fundamental para garantir sua eficácia e segurança. Para preservar a potência desses produtos, é indispensável mantê-los em condições corretas de temperatura, conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações (PNI)¹⁹. Assim, a conservação adequada exige cuidados específicos, como:

- As vacinas devem ser mantidas em temperatura entre +2°C e +8°C no nível local.
- As câmaras refrigeradas devem ser exclusivas para vacinas e devem

possuir monitoramento contínuo de temperatura, além de registro diário.

- É fundamental organizar as vacinas de maneira adequada.
- O ambiente em que se encontra a câmara refrigerada deve ser climatizado.

5.2. Transporte

O transporte de imunobiológicos é uma etapa crítica da cadeia de frio e deve ser realizado de forma a manter a integridade e a eficácia dos produtos. Para isso, é necessário utilizar equipamentos e transporte adequados, como:

- Caixas térmicas ou outros equipamentos compatíveis, certificados e com qualificação térmica.
- Bobina reutilizável.
- *Datalogger* ou termômetro máximo e mínimo para registro da temperatura e monitoramento por todo o caminho.
- Em veículo refrigerado, as vacinas devem ser transportadas em temperatura e condições indicadas pelo fabricante.

5.3. Ações extramuros

Em ações extramuros, como campanhas escolares ou visitas a comunidades, as vacinas devem ser acondicionadas em caixas térmicas certificadas e qualificadas, utilizando bobina reutilizável. O planejamento logístico deve priorizar rotas curtas e horários com menor calor, minimizando o tempo de exposição das vacinas ao ambiente externo. Durante o transporte e a aplicação, é importante evitar abrir as caixas térmicas desnecessariamente para não comprometer a temperatura interna.

5.4. Excursão de temperatura

Caso haja qualquer excursão de temperatura – isto é, uma variação de temperatura fora das faixas de temperatura preconizadas pelo fabricante –, deve ser feita a notificação da ocorrência de excursão de temperatura.

Após o recebimento da notificação, a central estadual a Divisão de Imunização realizará a avaliação da excursão de temperatura considerando as diretrizes da Nota Técnica n.º 5/2025- CGGI/DPNI/SVSA/MS20 e suas futuras atualizações. Concluída a análise, o parecer será devolvido ao serviço que efetuou a notificação, garantindo o devido retorno e orientação para as medidas necessárias.

5.5. Fluxo de distribuição de vacinas

A movimentação dos imunobiológicos será realizada pelo Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES) e pelo Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI).

6. VACINAÇÃO SEGURA

As vacinas estão entre os produtos mais seguros e amplamente estudados para uso humano em todo o mundo, oferecendo benefícios significativos à saúde individual e coletiva. Assim como outros medicamentos, podem estar associadas a reações adversas (locais e sistêmicas), que geralmente são leves, moderadas e de curta duração, desaparecendo em dois a três dias. Eventos adversos graves são extremamente raros e, na maioria das vezes, não apresentam relação causal direta com a vacinação.

A segurança na vacinação é um dos pilares fundamentais do PNI. Quando a confiança na segurança das vacinas é abalada, seja por razões reais ou aparentes, aumenta-se a hesitação vacinal, o que pode levar à queda nas coberturas vacinais e ao risco de reintrodução e disseminação de doenças imunopreveníveis.

A farmacovigilância de vacinas desempenha um papel crucial nesse contexto, abrangendo a detecção, notificação, investigação, avaliação, compreensão, comunicação e prevenção de um Evento Supostamente Atribuído a Vacinação ou Imunização (ESAVI), além de erros de imunização.

ESAVI é qualquer ocorrência médica indesejada temporalmente associada à vacinação, não possuindo necessariamente uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico (imunoglobulinas e soros heterólogos), podendo ser qualquer evento indesejável ou não intencional, sintoma, doença ou achado laboratorial anormal

6.1. Registro do ESAVI

Notificar e investigar todos os casos de ESAVI graves, raros e inusitados e os erros de imunização (programáticos) no sistema de registro e-SUS Notifica, disponível em: <https://notifica.saude.gov.br/notificacoes>.

Destaca-se que as notificações deverão primar pela qualidade no preenchimento de todas as variáveis contidas na ficha de notificação/investigação utilizando o formulário de notificação de eventos adversos pós vacinação (EAPV) do sistema e-SUS Notifica.

O que devo notificar e investigar?

- Todos os ESAVI graves, raros e/ou inesperados (fora do padrão ou não encontrados em bula), ocorridos em até 30 dias após a vacinação, independentemente da relação causal entre a vacina e o evento (Portaria de Consolidação n.º 4/2017 – Anexo 1 do Anexo V).
- Conglomerados (dois ou mais casos de ESAVI relacionados a uma exposição comum) ou surtos (aumento da incidência de casos de ESAVI acima do esperado), caracterizados como eventos de saúde pública (Portaria de Consolidação n.º 4/2017 – Anexo 1 do Anexo V).
- Erros de imunização que podem aumentar o risco para ocorrência de ESAVI (Nota Técnica n.º 29/2024 – CGFAM/DPNI/SVSA/MS).
- Todos os casos graves devem ser investigados e, para fins de vigilância epidemiológica, recomenda-se que a investigação seja iniciada em até 48 horas após a notificação do caso suspeito. Para sua condução, é imprescindível a solicitação de documentação complementar, como prontuários médicos, laudos laboratoriais e de imagem, relatórios de evolução clínica e declaração de óbito. Os casos graves, bem como os respectivos pareceres, devem ser discutidos com profissionais capacitados, de modo a favorecer a adequada elucidação

- diagnóstica.
- Os dados inseridos no sistema de informação devem ser atualizados sempre que novas informações foram inseridas à investigação.

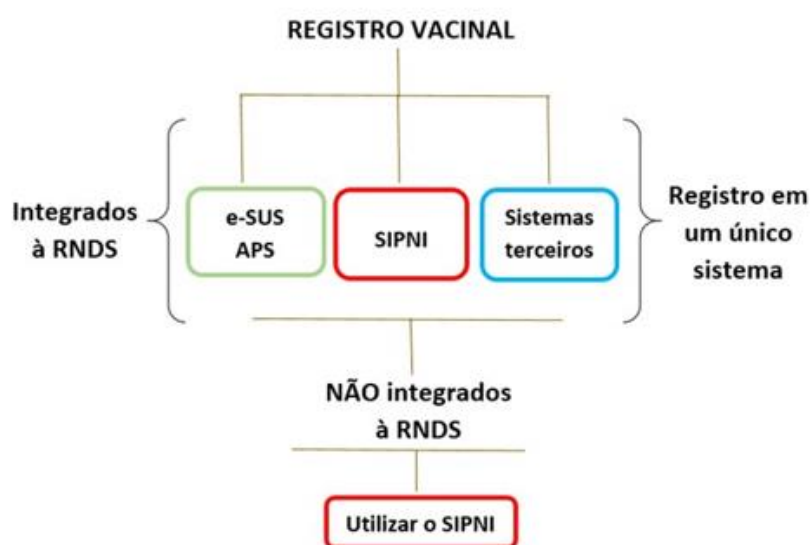
7. REGISTRO DA VACINAÇÃO NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

As doses aplicadas deverão ser registradas nos sistemas de informação e-SUS APS, SI-PNI, nos sistemas próprios ou terceiros que estejam devidamente integrados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), conforme Portaria GM/MS n.º 5.663, de 31 de outubro de 2024, e Nota Técnica n.º 115/2024-DPNI/SVSA/MS.

O registro será nominal e dar-se-á com a apresentação do Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do cidadão que procurar as salas de vacina para receber a vacinação. O documento necessário para a identificação do vacinado, seja ele o CPF ou o CNS, precisa estar cadastrado no Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde (CadSUS).

Em situações nas quais os sistemas de registro vacinal **não estiverem** integrados à RNDS ou não atendendo os requisitos da Portaria GM/MS n.º 5.663/2024 e da Nota Técnica nº 115/202434,35 ou **não conseguirem** seguir as regras vacinais, recomenda-se registrar as doses administradas no SI-PNI (Figura 7).

Figura 7– Registro da vacinação nos Sistemas de Informação



Fonte: DPNI/SVSA/MS.

Para registro das vacinas obedecer às regras conforme o modelo informacional da RNDS. Essas informações também estão disponíveis no seguinte link: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/regras-para-registros-vacinais/regras-de-entrada-de-dados>.

Adicionalmente, ressalta-se a importância de que, no momento do registro, seja observada a devida atenção ao correto preenchimento do campo "Estratégia" nos sistemas de informação, conforme descrito no Quadro 7.

Quadro 7 – Estratégias para registro vacinal

Ação de vacinação	Estratégia	Tipo de dose
Multivacinação (outras vacinas)	Rotina	Conforme situação encontrada
Vacinação contra a febre amarela (FA) – Pop de 9 meses a 59 anos	Rotina	Conforme situação encontrada
Vacinação contra a FA– Pop de 6 a 8 meses	Intensificação	Dose - D
Vacinação contra a FA - gestantes e mulheres amamentando crianças até 6 meses	Intensificação	Dose única - DU
Vacinação contra a FA - população ≥ 60 anos	Intensificação	Dose única - DU
Vacinação contra a FA – pessoas que receberam a dose fracionada	Intensificação	Reforço
Resgate de não vacinados de 15 a 19 anos com a vacina HPV	Intensificação	Dose única - DU
Vacinação contra o sarampo	Rotina	Conforme situação encontrada

Fonte: DPNI/SVSA/MS.

DOCUMENTOS BASE

Multivacinação 2025: 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, 2025.

Elaboração

Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES