



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações
SCS, Quadra 4, Bloco A, Edifício Principal.
Brasília/DF, CEP: 70.304-000
Tel. (061) 3213-8297

NOTA INFORMATIVA Nº 384, DE 2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS

Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2017.

I - REFERENTE ÀS MUDANÇAS NO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO PARA O ANO DE 2017:

A coordenação da política nacional de vacinação da população brasileira, uma das mais impactantes intervenções em saúde pública é da responsabilidade do Programa Nacional de Imunizações (PNI), da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

O PNI institui o Calendário Nacional de Vacinação, adquire e distribui os imunobiológicos, definindo estratégias de vacinação para crianças, adolescentes, adultos, idosos e povos indígenas, com vacinas normalizadas em calendários de vacinação específicos para cada grupo.

Historicamente, diversos calendários de vacinação foram propostos em função de diferentes situações, tais como: situação epidemiológica, mudanças nas indicações das vacinas ou incorporação de novas vacinas.

Para o ano de 2017, esta Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação.

II – MUDANÇAS NO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO PARA ANO DE 2017:

a) Vacina HPV Quadrivalente

O Ministério da Saúde passa a disponibilizar a vacina HPV quadrivalente para a população masculina de 12 a 13 anos de idade. A faixa etária será ampliada, gradativamente, até 2020, quando serão incluídos os meninos com 9 anos até 13 anos de idade. Os homens de 14 a 26 anos de idade vivendo com HIV/Aids também passarão a ser contemplados nas ações de vacinação contra o HPV, bem como as meninas de 9 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) que ainda não tiveram a oportunidade de serem vacinadas.

A vacina HPV também estará disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE para indivíduos imunodeprimidos (indivíduos submetidos a transplantes de órgãos sólidos, transplantes de medula óssea ou pacientes oncológicos) que deverão receber o esquema de 3 (três) doses (0, 2 e 6 meses) para ambos os sexos, nas faixas etárias entre 9 e 26 anos de idade.

Destaca-se que mantém-se a necessidade de apresentação, no ato da vacinação, de prescrição médica para homens/mulheres vivendo com HIV/Aids e estende-se a mesma orientação para os indivíduos submetidos a transplantes de órgãos sólidos, transplantes de medula óssea ou pacientes oncológicos.

O objetivo da vacinação da população masculina é prevenir os cânceres de pênis, as lesões ano-genitais pré-cancerosas e as verrugas genitais. Além disso, por serem os responsáveis pela transmissão do vírus para suas parceiras, ao receberem a vacina, os homens colaborarão com a redução da incidência do câncer de colo de útero e vulva nas mulheres, prevenindo também casos de cânceres, boca, orofaringe, bem como verrugas genitais em ambos os sexos¹.

Nos países desenvolvidos, a incidência de câncer de colo de útero tem sido significativamente reduzida como resultado de programas preventivos. No entanto, os cânceres de boca e orofaringe são o sexto tipo de câncer entre os mais comuns no mundo, com 400.000 casos e 230.000 óbitos por ano. O aumento no número de casos é de duas a três vezes maior em homens que em mulheres, sendo que, nos Estados Unidos, a projeção de casos de câncer de orofaringe relacionados ao HPV superará o número de casos de câncer cervical em 2020. Além disso, mais de 90% dos casos de câncer anal são atribuíveis à infecção pelo HPV, principalmente pelo subtipo 16. Apesar de se tratar de um câncer menos frequente, sua incidência no mundo também vem crescendo².

Estima-se que em três a 10% dos casos, especialmente entre as pessoas com um sistema imune comprometido (por exemplo, aqueles que vivem com HIV/Aids), o vírus pode persistir, levando a graves problemas de saúde³.

A vacina HPV quadrivalente estará disponível no Calendário Nacional de Vacinação, conforme quadro abaixo:

Ano	População alvo	Nº de doses	Esquema vacinal
2017	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias). Sexo masculino: faixa etária de 12 a 13 anos de idade. (13 anos, 11 meses e 29 dias).	02	0 – 6 meses
	Mulheres e homens vivendo com HIV/Aids de nove a 26 anos de idade	03	0 – 2 – 6 meses
2018	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade. Sexo masculino: faixa etária de 11 a 12 anos de idade.	02	0 – 6 meses
	Mulheres e homens vivendo com HIV/Aids de nove a 26 anos de idade.	03	0 – 2 – 6 meses
2019	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade. Sexo masculino: faixa etária de 10 a 11 anos de idade.	02	0 – 6 meses
	Mulheres e homens vivendo com HIV/Aids de nove a 26 anos de idade.	03	0 – 2 – 6 meses
2020	Sexo feminino: faixa etária de nove a 14 anos de idade. Sexo masculino: faixa etária de nove a 10 anos de idade.	02	0 – 6 meses
	Mulheres e homens vivendo com HIV/Aids de nove a 26 anos de idade de idade.	03	0 – 2 – 6 meses

Ressalta-se que essas orientações também se aplicam à população indígena, não havendo diferenciação do esquema vacinal e faixa etária a ser vacinada.

Atenção:

A primeira dose da vacina HPV quadrivalente deverá ser administrada, de acordo com a faixa etária recomendada em cada ano.

Ressalta-se a importância da vacinação antes do início da vida sexual e a possível exposição ao HPV. No entanto, caso o adolescente ou jovem esteja em atraso com dose(s) de seu esquema de vacinação, mesmo não estando mais dentro da faixa etária recomendada, o esquema deverá ser continuado no momento do comparecimento às Salas de Vacinação, não havendo intervalo máximo entre as doses e nem a necessidade de reiniciar o esquema vacinal.

b) Vacina meningocócica C (conjugada)

O Ministério da Saúde passa a disponibilizar a vacina meningocócica C conjugada para adolescentes de 12 a 13 anos. A faixa-etária será ampliada, gradativamente, até 2020, quando serão incluídos crianças e adolescentes com 9 anos até 13 anos.

As recentes constatações de importante queda dos títulos de anticorpos protetores poucos anos após a vacinação de lactentes e crianças mais novas, onde não se espera a ocorrência imediata do importante efeito da proteção de rebanho, enfatizam a necessidade de revisão das atuais políticas de saúde pública e desenvolvimento de novas estratégias de imunização, incorporando coortes de adolescentes no programa de vacinação para a meningite C, com o intuito de reduzir o número de portadores da bactéria em nasofaringe.^{4, 5}

Estudos que avaliaram a imunogenicidade em longo prazo das vacinas conjugadas revelaram queda dos títulos de anticorpos bactericidas séricos para níveis abaixo dos correlacionados à proteção, poucos anos após a imunização de crianças. Essa perda de proteção foi verificada tanto em lactentes, que receberam três doses da vacina no primeiro ano de vida, como em pré-escolares que receberam apenas uma dose da vacina. Entretanto, em todos esses estudos verificou-se excelente resposta imune após a administração de uma dose posterior de vacina polissacarídica contra o meningococo C, indicando a presença de memória imunológica. Os casos de doença meningocócica que eventualmente ocorrem em crianças imunizadas e que comprovadamente desenvolveram resposta imune inicial adequada, apesar da demonstrada persistência de memória imunológica, talvez sejam explicados pelo fato de que na doença meningocócica a invasão do agente pode ocorrer poucas horas após a colonização da nasofaringe, enquanto a resposta imune anamnésica pode levar dias para se efetivar de maneira adequada; por isso, memória imunológica não será sempre suficiente para garantir proteção contra a doença meningocócica invasiva.^{6, 7}

Essas evidências apontam para a necessidade da administração de doses de reforço com as vacinas meningocócicas conjugadas na adolescência para garantir a proteção nessa fase da vida. Nos adolescentes, as vacinas meningocócicas demonstram associar-se a uma robusta resposta imune, com persistência de títulos de anticorpos protetores por um prolongado período, garantindo assim, a proteção de significativa proporção desses adolescentes vacinados até a idade adulta, com diminuição das taxas de incidência da doença em condições endêmicas.⁸

A vacinação de adolescentes proporcionará proteção direta impedindo o deslocamento do risco de doença para esses grupos etários, alcançando, ainda, o desejado efeito protetor da imunidade de rebanho, que estende a proteção a coortes de indivíduos não vacinados.

A **vacina meningocócica C conjugada** estará disponível no Calendário Nacional de Vacinação, conforme quadro abaixo:

Ano	População alvo	Esquema vacinal
2017	Faixa etária de 12 a 13 anos	01 reforço ou dose única, conforme situação vacinal
2018	Faixa etária de 11 a 12 anos	01 reforço ou dose única, conforme situação vacinal
2019	Faixa etária de 10 a 11 anos	01 reforço ou dose única, conforme situação vacinal
2020	Faixa etária de nove a 10 anos	01 reforço ou dose única, conforme situação vacinal

c) Vacinas tríplice viral e varicela

O Ministério da Saúde passa a disponibilizar duas doses de vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) para pessoas de 12 meses até **29 anos** de idade e uma dose da vacina varicela (atenuada) para crianças até quatro anos de idade.

A introdução da segunda dose para a população de 20 a 29 anos de idade justifica-se em função da correção da falha vacinal neste grupo e também pela situação epidemiológica da caxumba nos últimos anos, cujos surtos têm acometido, principalmente, adolescentes e adultos jovens nesta faixa etária. A adoção do esquema de duas doses para esse grupo contribuirá na redução de casos da doença.

Estudo de base populacional demonstrou que a chance de crianças vacinadas com uma dose desenvolverem varicela moderada ou grave (definida com ≥ 50 lesões de pele) foi 13 vezes menor que as crianças não vacinadas, além de metade da probabilidade de apresentar complicações da doença. Os indivíduos vacinados foram 67% menos hospitalizados do que indivíduos não vacinados.

Em países que adotaram esquema de uma dose contra varicela (semelhante ao do Brasil) houve queda acentuada do número total de casos da doença, de hospitalizações e de óbitos a ela relacionados. Isso ocorreu em todas as faixas etárias, inclusive nas que não foram alvo do programa de vacinação^{12, 13}. A efetividade de uma dose em vacinados, para prevenção de casos de varicela de qualquer gravidade, é de cerca de 80%, chegando a mais de 90% para varicela grave.

As vacinas **tríplice viral e varicela** estarão disponíveis no Calendário Nacional de Vacinação, conforme quadro abaixo:

Faixa etária	Nº de doses	Esquema vacinal
12 meses	01	Administrar a vacina tríplice viral
15 meses	01	Administrar a vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), em crianças já vacinadas com a D1 de tríplice viral.
2 a 29 anos	02	Administrar a tríplice viral
30 a 49 anos	01	Administrar a tríplice viral

d) Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (acelular) tipo adulto – dTpa

O Ministério da Saúde passa a disponibilizar a Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (acelular) tipo adulto – dTpa para as gestantes a partir da 20ª semana de gestação. As mulheres que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, devem receber uma dose de dTpa no puerpério, o mais precoce possível.

Esta medida visa garantir que os bebês já nasçam com proteção contra a coqueluche, por conta dos anticorpos que são transferidos da mãe para o feto, evitando que eles contraíam a doença até que completem o esquema de vacinação com a pentavalente, o que só ocorre aos seis meses de idade.

Com a ampliação do período de vacinação da gestante para receber um dose da vacina dTpa, pode-se gerar maior proteção para a criança, com efetividade estimada em 91%⁹, bem como dar maior oportunidade para que a gestante ter acesso à vacinação.

Apesar da vacina dTpa poder ser aplicada no puerpério, é importante ressaltar que esta estratégia só deve ser realizada como última opção, pois ao se vacinar uma gestante após o parto, não haverá transferência de anticorpos para o feto, conseqüentemente, há diminuição da possibilidade de proteção das crianças contra a coqueluche nos primeiros meses de vida. A vacinação no período do puerpério impede apenas que a mãe adoeça e possa ser uma fonte de infecção para o seu filho, não impedindo, portanto, que a criança, ao ter o contato com outra fonte de infecção, tenha o risco de adoecer.

A Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (acelular) tipo adulto – dTpa estará disponível no Calendário Nacional de Vacinação, conforme quadro abaixo:

Grupo	Esquema vacinal
Gestantes	Administrar uma dose a partir da vigésima semana (20ª) de gestação. Para aquelas que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, administrar uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível.

e) **Vacina Hepatite A**

O Ministério da Saúde passa a disponibilizar a vacina hepatite A para crianças até 4 anos de idade.

A vacina hepatite A (HA) é altamente eficaz e de baixa reatogenicidade, com taxas de soroconversão de 94% a 100%. Em países que adotaram o esquema de vacinação com uma dose, houve controle da incidência da doença, principalmente em creches e instituições assemelhadas, proporcionando proteção de rebanho para a população geral. Além disso, estudos também têm demonstrado que em torno de 95% dos vacinados há produção de anticorpos em níveis protetores em torno de quatro semanas após a vacinação com uma dose.

A Vacina Hepatite A estará disponível no Calendário Nacional de Vacinação, conforme quadro abaixo:

Grupo	Esquema vacinal
15 meses a 23 meses	Administrar uma dose da vacina hepatite A.
2 a 4 anos	Administrar uma dose de vacina hepatite A nas crianças que perderam a oportunidade de serem vacinadas anteriormente. Criança que já tiver recebido uma dose desta vacina não necessita ser vacinada.

III – CONCLUSÃO:

Ressalta-se que todas as mudanças do Calendário Nacional de Vacinação serão atualizadas nos documentos técnicos desta CGPNI e serão amplamente divulgados.

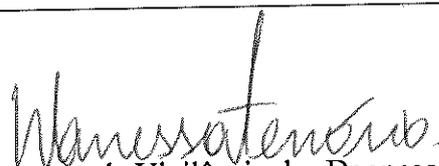
Visando facilitar o uso das vacinas, considerando diferentes situações, recomenda-se consultar o Anexo I, para atualização da Caderneta de Vacinação.

Para informações adicionais, favor contatar a equipe técnica da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações – CGPNI pelo telefone: 3213-8297.

Brasília, 26 de dezembro de 2016.


Carla Magda Allan Santos Domingues
Coordenadora - Geral do Programa Nacional de Imunizações

De Acordo,
Em 26/12/2016


Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Wanessa Tenório G. A. de Oliveira
Diretora Executiva
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Referências:

1. **Bula da Vacina quadrivalente recombinante contra papilomavírus humano (tipos 6, 11, 16 e 18).** <http://www.vacinar.net/userfiles/file/Bulas/Gardasil%20-%20HPV%20-%20MSD.pdf>. Consulta em 06/06/2016
2. Maragret A, Stanley, Staci L, Sudenga, Anna R, Giuliano. **Alternative dosage schedules with HPV virus-like particle vaccines.** Reino Unido. Expert Rev Vaccines, 13(8):1027-1038. Agosto/2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25001893> Consulta em 07/07/2016
3. **JABS FOR THE BOYS: The case for gender-neutral HPV vaccination** <http://www.hpvaction.org/uploads/1/7/8/5/17850843/jabs-for-boys-report.pdf>. Consulta em 23/06/2016
4. Trotter CL, Andrews NJ, Kaczmarski EB et al. **Effectiveness of meningococcal serogroup C conjugate vaccine 4 years after introduction.** Lancet, 364, 365-367, 2004.
5. Sáfadi MAP, Barros AP. **Meningococcal conjugate vaccines: efficacy and new combinations** Vacinas meningocócicas conjugadas: eficácia e novas combinações. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n3s0/v82n3sa05.pdf>>. Consulta em 01/09/2016.
6. Sáfadi MA, Oselka G, Weckx LY, Bricks LF, Vallada M, Kfourri RA. **Mudança no esquema de imunização primária de lactentes com as vacinas conjugadas contra o meningococo C.** Boletim da Sociedade Brasileira de Imunizações. Volume 9. Nº 2.
7. Perrett KP, Winter AP, Kibwana E, Jin C, John TM, Yu LM, et al. **Antibody persistence after serogroup C meningococcal conjugate immunization of United Kingdom primary-school children in 1999- 2000 and response to a booster: a phase 4 clinical trial.** Clin Infect Dis. 2010;50:1601-10.
8. Sáfadi MA. **Prevenção da Doença Meningocócica.** Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/11/Folheto_Meningite_Fasciculo2_111115.pdf>. Consulta em 02 de setembro de 2016.
9. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto – dTpa. Disponível <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/26/Informe-T--cnico-dTpa-2014.pdf>. Consulta em 20/12/2016.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Informe Técnico de Introdução da Vacina Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (Tetraviral). Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

12. CDC. Prevention of Varicella Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Recommendations and Reports June 22, 2007 / Vol. 56 / No. RR-4

13. WHO. The immunological basis for immunization series : Module 10: Varicella-zoster virus. (Immunological basis for immunization series ; module 10).

14. WHO. Varicella and herpes zoster vaccines: WHO position paper, June 2014. Weekly epidemiological record. 20 JUNE 2014, 89th year / No. 25, 2014, 89, 265–288.

ANEXO I

Quadro 1- Indicação da **Vacina HPV Quadrivalente** no calendário de vacinação conforme as situações vacinais encontradas para meninos de 12 a 13 anos e meninas de 9 a 14 anos de idade.

Situações - Meninos	Conduta
Meninos de 12 a 13 anos não vacinados	Administrar D1 e agendar D2 com intervalo de 6 meses entre as doses.
Meninos de 12 a 13 anos vacinados com uma dose de vacina HPV bivalente ou quadrivalente no serviço privado.	Administrar D2 da vacina HPV quadrivalente.
Meninos de 12 a 13 anos vacinados com duas doses de vacina HPV bivalente ou quadrivalente no serviço privado e, por opção, queira receber a D3 conforme o esquema 0, 2 e 6 meses.	Administrar uma dose, considerando o intervalo de 6 meses após a D1. Registrar a dose administrada como D2 no sistema de informação.
Meninos de 12 a 13 anos vacinados com duas doses de vacina HPV bivalente ou quadrivalente.	Considerar vacinado. Não é necessário administrar outra dose.
Situações - Meninas	Conduta
Meninas de 9 a 14 anos não vacinadas	Administrar D1 e agendar D2 com intervalo de 6 meses entre as doses.
Meninas de 9 a 14 anos vacinadas com uma dose de vacina HPV bivalente ou quadrivalente no serviço privado.	Administrar D2 da vacina HPV quadrivalente.
Meninas de 9 a 14 anos vacinadas com duas doses de vacina HPV bivalente ou quadrivalente no serviço privado e, por opção, queira receber a D3 conforme o esquema 0, 2 e 6 meses.	Administrar uma dose, considerando o intervalo de 6 meses após a D1. Registrar a dose administrada como D2 no sistema de informação.
Meninas de 9 a 14 anos vacinadas com duas doses de vacina HPV bivalente ou quadrivalente.	Considerar vacinada. Não é necessário administrar outra dose.

Quadro 2- Indicação da **Vacina HPV Quadrivalente** no calendário de vacinação conforme as situações vacinais encontradas para pessoas de ambos os sexos na faixa etária de 9 a 26 anos de idade, vivendo com HIV/Aids e pessoas imunodeprimidas.

Situações - Meninos	Conduta
Pessoas de 9 a 26 anos não vacinadas	Administrar D1, agendar D2 com intervalo de 2 meses após a D1 e D3 com intervalo de 6 meses após a D1.
Pessoas de 9 a 26 anos vacinadas com uma ou duas doses da vacina HPV bivalente ou quadrivalente no serviço privado.	Completar o esquema com a vacina HPV quadrivalente, respeitando o intervalo mínimo entre as doses.
Pessoas de 9 a 26 anos vacinadas com três doses da vacina HPV bivalente ou quadrivalente no serviço privado.	Considerar vacinado. Não é necessário administrar nenhum dose de vacina HPV quadrivalente.
Pessoas de 9 a 26 anos vacinadas com uma dose da vacina HPV quadrivalente há mais de 6 meses no serviço privado ou na rede pública de saúde.	Administrar D2 e agendar D3, considerando o intervalo de 3 meses entre D2 e D3.
Pessoas de 9 a 26 anos vacinadas com uma dose da vacina HPV quadrivalente no serviço privado ou na rede pública de saúde.	Administrar D2, com intervalo de 30 dias entre as doses. Agendar D3, considerando o intervalo de 6 meses após a D1.

Pessoas de 9 a 26 anos vacinadas com duas doses da vacina HPV quadrivalente no serviço privado ou na rede pública de saúde.	Administrar D3, considerando o intervalo de 6 meses após a D1.
---	--

Quadro 3 - Indicação da Vacina Meningocócica C Conjugada no calendário de vacinação conforme as situações vacinais encontradas para as crianças menores de cinco anos e adolescentes de 12 a 13 anos de idade.

Situações	Conduta
Criança menor de um ano de idade não vacinada.	Administrar D1 (três meses). Agendar D2 aos cinco meses de idade.
Criança menor de um ano de idade vacinada com D1.	Administrar D2 (cinco meses).
Criança menor de um ano de idade com esquema básico completo (D1 e D2).	Agendar R1 aos 12 meses.
Criança de 12 meses a 4 anos de idade não vacinada ou com esquema incompleto.	Administrar Dose Única. Agendar R 1 entre nove e 13 anos de idade.
Criança de 12 meses a 4 anos de idade com esquema básico completo (D1 e D2)	Administrar R1 aos 12 meses. Agendar R2 entre nove e 13 anos de idade.
Adolescentes de 12 a 13 anos de idade não vacinados.	Administrar DU.
Adolescentes de 12 a 13 anos de idade com esquema incompleto ou com histórico de uma ou duas doses de vacina meningocócica C.	Administrar R.
Adolescentes de 12 a 13 anos de idade com histórico vacinal de três doses de vacina meningocócica C (D1 + D2 + R1).	Administrar R.
Adolescentes de 12 a 13 anos de idade com histórico vacinal de quatro doses de vacina meningocócica C (D1 + D2 + R1+ R2).	Não é necessário administrar nenhuma dose.

Quadro 4- Indicação das Vacinas Tríplice Viral e Varicela no calendário de vacinação conforme as situações vacinais encontradas.

Faixa etária	Esquema vacinal
Criança de 12 a 14 meses não vacinada com tríplice viral.	Administrar D1 da tríplice viral. Agendar a tetra viral ou tríplice viral mais varicela, conforme disponibilidade, para os 15 meses de idade.
Criança de 12 a 14 meses de idade vacinada com D1 de tríplice viral.	Agendar a tetra viral ou tríplice viral mais varicela, conforme disponibilidade, para os 15 meses de idade, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
Criança de 15 a 23 meses de idade não vacinada com D1 de tríplice viral	Administrar D1 da tríplice viral. Agendar tetra viral ou tríplice viral mais varicela, conforme disponibilidade, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
Criança de 15 a 23 meses de idade vacinada com D1 de tríplice viral	Administrar tetra viral ou tríplice viral mais varicela, conforme disponibilidade considerando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
Criança de 15 a 23 meses que recebeu uma dose da vacina varicela no serviço privado ou no CRIE e tem D1 de tríplice viral	Administrar tetra viral ou tríplice viral mais varicela, conforme disponibilidade, respeitando o intervalo de 30 dias entre as doses.
Criança de 15 a 23 meses que recebeu uma dose da vacina varicela no serviço privado ou no CRIE e não tem nenhuma dose de tríplice viral.	Administrar D1 da tríplice viral e agendar tetra viral ou tríplice viral mais varicela, conforme disponibilidade, respeitando o intervalo de 30 dias entre as doses.
Criança de 15 a 23 meses que recebeu duas doses da vacina tríplice viral.	Administrar tetra viral ou varicela, conforme disponibilidade, respeitando o intervalo de 30 dias entre as doses.
Criança de 15 a 23 meses que recebeu uma dose da vacina tetra viral na rede privada.	Administrar tetra viral ou tríplice viral mais varicela, conforme disponibilidade, respeitando o intervalo de 30 dias entre as doses.

Criança de 15 a 23 meses que recebeu uma dose da vacina tríplice viral e uma dose da tetra viral na rede privada

Administrar da tetra viral ou varicela, conforme disponibilidade, respeitando o intervalo de 30 dias entre as doses.

Criança de 15 a 23 meses que recebeu duas doses da vacina tetra viral na rede privada	Considerar a criança vacinada. Não administrar nenhuma vacina contendo os componentes sarampo, caxumba, rubéola e ou varicela.
Criança de 2 a 4 anos não vacinada com tríplice Viral	Administrar D1 da tríplice viral e agendar tetra viral ou tríplice viral mais varicela, conforme disponibilidade, respeitando o intervalo de 30 dias entre as doses.
Criança de 2 a 4 anos vacinada com D1 de tríplice viral	Administrar tetra viral ou tríplice viral mais varicela, conforme disponibilidade, respeitando o intervalo de 30 dias entre as doses.
Criança de 2 a 4 anos vacinada com D1 e D2 de tríplice viral	Administrar uma dose de vacina varicela ou tetra viral, de acordo com a disponibilidade da vacina nos serviços de vacinação, nas crianças que perderam a oportunidade de receberem vacina com componente varicela anteriormente.
Criança de 2 a 4 anos de idade que já tiver recebido uma dose de vacina com componente varicela	Não necessita receber outra dose de vacina com componente varicela.
Pessoas de 5 a 29 anos de idade	A partir dos 5 anos até 29 anos, o esquema vacinal consiste em duas doses, devendo ser iniciado (D1) e completado (D2) com a vacina tríplice viral, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinadas as pessoas nesta faixa etária que comprovarem o recebimento de duas doses das vacinas tríplice viral e ou tetra viral.
Pessoas de 30 a 49 anos de idade	Administrar uma dose de vacina tríplice viral conforme situação vacinal encontrada. Considerar vacinadas as pessoas nesta faixa etária que comprovarem o recebimento de uma dose de tríplice viral.

Quadro 5 - Indicação da Vacina hepatite A no calendário de vacinação conforme as situações vacinais encontradas para as crianças menores de cinco anos de idade.

Situações	Conduta
Criança de 15 a 23 meses de idade não vacinada.	Administrar uma dose da hepatite A.
Criança de 15 a 23 meses de idade vacinada com uma ou duas doses da vacina hepatite A	Não necessita receber outra dose de vacina.
Criança de 15 a 23 meses de idade vacinada com uma dose da vacina hepatite A por indicação do CRIE.	Manter o esquema de vacinação indicado no CRIE e administrar uma dose da hepatite A.
Criança de 2 a 4 anos de idade não vacinada.	Administrar uma dose da hepatite A.
Criança de 2 a 4 anos vacinada com uma ou duas doses de vacina hepatite A.	Não necessita receber outra dose de vacina.
Criança de 2 a 4 anos vacinada com uma dose de vacina hepatite A por indicação do CRIE.	Manter o esquema de vacinação indicado no CRIE e administrar uma dose da hepatite A.