

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS - 129 , de 3-12-2013

Dispõe sobre o “Calendário de Vacinação para o Programa de Imunização do Estado de São Paulo”, e dá outras providências.

O Secretário de Estado da Saúde, considerando:

O disposto na Resolução SS-77, de 31 de julho de 2008, que aprovou a Norma Técnica do Programa Estadual de Imunização;

A introdução de novas vacinas no Suplemento da Norma Técnica do Programa Estadual de Imunização;

A Portaria GM/MS - 1498, de 19 de julho de 2013, que redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas nacionais de vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em todo o território nacional;

A introdução da vacina atenuada sarampo, caxumba, rubéola e varicela (tetraviral) pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações, a partir de setembro deste ano;

As recomendações do Programa de Saúde da Mulher, explicitadas no Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;

As recomendações do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” e da Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações,

Resolve:

Artigo 1º - Aprovar o Calendário de Vacinação para o Programa de Imunização do Estado de São Paulo de acordo com o estabelecido nos anexos I a V.

Parágrafo Único – A Norma Técnica do Programa Estadual de Imunização encontra-se disponível na íntegra no site: www.cve.saude.sp.gov.br.

Artigo 2º - Fica expressamente revogada a Resolução SS-240, de 10 de dezembro de 2010

Artigo 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Anexo I

Calendário de Vacinação para crianças até seis anos de idade

IDADE	VACINAS
Ao Nascer	BCG ¹ + HEPATITE B (HB) ²
2 meses	VIP ³ +PENTAVALENTE (DTP-Hib-HB)+ROTAVIRUS ⁴ +PNEUMOCOICA 10 valente
3 meses	MENINGOCÓCICA C
4 meses	VIP+PENTAVALENTE (DTP-Hib-HB)+ROTAVIRUS ⁵ +PNEUMOCOICA 10 valente
5 meses	MENINGOCÓCICA C
6 meses	VOP ⁶ +PENTAVALENTE (DTP-Hib-HB)+PNEUMOCOICA 10 valente
9 meses	FEBRE AMARELA ⁷
12 meses	SARAMPO-CAXUMBA-RUBEOLA + MENINGOCÓCICA C
15 meses	VOP+DTP+PNEUMOCOICA 10 valente + TETRAVIRAL ⁸
5 anos	VOP+DTP

1. Caso a vacina BCG não tenha sido administrada na maternidade, aplicar na primeira visita ao serviço de saúde.

2. A vacina hepatite B deve ser administrada preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida, ainda na maternidade. Caso não tenha sido administrada na maternidade, aplicar na primeira visita ao serviço de saúde. Se a primeira visita ocorrer após a 6ª semana de vida administrar a vacina Pentavalente (DTP-Hib-HB)
- 3 Vacina inativada poliomielite
4. Idade máxima para a primeira dose é de 3 meses e quinze dias.
5. Idade máxima para a segunda dose é de 7 meses e vinte e nove dias.
6. Vacina Oral poliomielite
7. Para pessoas que residem ou viajam para regiões onde houver indicação, de acordo com a situação epidemiológica. Reforço a cada dez anos.
8. A vacina tetraviral deverá ser administrada para crianças que já receberam uma dose de Sarampo-caxumba-rubeola.

Anexo II

Calendário de Vacinação para crianças (maiores de sete anos) e adolescentes¹

INTERVALO ENTRE AS DOSES	VACINA	ESQUEMA
PRIMEIRA VISITA	BCG ²	DOSE ÚNICA
	HEPATITE B	PRIMEIRA DOSE
	dT	PRIMEIRA DOSE
	POLIOMIELITE ³	PRIMEIRA DOSE
	SARAMPO-CAXUMBA-RUBEOLA	PRIMEIRA DOSE
2 MESES APÓS A PRIMEIRA VISITA	HEPATITE B	SEGUNDA DOSE
	dT	SEGUNDA DOSE
	POLIOMIELITE ³	SEGUNDA DOSE
	FEBRE AMARELA ⁴	DOSE INICIAL
4 MESES APÓS A PRIMEIRA VISITA	HEPATITE B ⁴	TERCEIRA DOSE
	dT	TERCEIRA DOSE
	POLIOMIELITE ³	TERCEIRA DOSE
	SARAMPO-CAXUMBA-RUBEOLA	SEGUNDA DOSE
A CADA 10 ANOS	dT ⁵	REFORÇO
	FEBRE AMARELA ⁴	

1 adolescência – período entre 10 e 19 anos de idade (OMS, SBP). Caso a pessoa apresente documentação com esquema de vacinação incompleto, é suficiente completar o esquema já iniciado. Ressalte-se que a adolescência é o período apropriado para a verificação e complementação de esquemas vacinais iniciados na infância.

2 As vacinas BCG e poliomielite são indicadas, prioritariamente, para pessoas com até 15 anos de idade. Havendo disponibilidade utilizar a vacina poliomielite inativada.

3 Para pessoas que residem ou viajam para regiões onde houver indicação, de acordo com a situação epidemiológica.

4 O intervalo mínimo entre a segunda e a terceira dose é de dois meses desde que o intervalo de tempo decorrido entre a primeira e terceira dose seja, no mínimo, de quatro meses.

5 Em caso de gravidez e na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimento, deve-se reduzir este intervalo para cinco anos.

Anexo III

Calendário de Vacinação para Adultos entre 20 e 59 anos¹

INTERVALO ENTRE AS DOSES	VACINA	ESQUEMA
PRIMEIRA VISITA	dT	PRIMEIRA DOSE
	SARAMPO-CAXUMBA-RUBEOLA ²	DOSE ÚNICA
	HEPATITE B ³	PRIMEIRA DOSE
2 MESES APÓS A PRIMEIRA VISITA	dT	SEGUNDA DOSE
	HEPATITE B ³	SEGUNDA DOSE
	FEBRE AMARELA ⁴	DOSE INICIAL
4-6 MESES APÓS A PRIMEIRA VISITA	dT	TERCEIRA DOSE
	HEPATITE B ³	TERCEIRA DOSE
	dT ⁵	REFORÇO
FEBRE AMARELA ⁴		

1 Caso a pessoa apresente documentação com esquema de vacinação incompleto, é suficiente completar o esquema já iniciado.

2 Indicada para as pessoas nascidas a partir de 1960 e mulheres no puerpério. Caso a vacina não tenha sido aplicada na puérpera na maternidade administrá-la na primeira visita ao serviço de saúde.

3 Para pessoas que residem ou viajam para regiões onde houver indicação, de acordo com a situação epidemiológica.

4 Disponível na rede pública para pessoas até 49 anos de idade.

5 Em caso de gravidez e na profilaxia do tétano após alguns tipos de ferimento, deve-se reduzir este intervalo para cinco anos.

Anexo IV

Calendário de Vacinação para Adultos com 60 anos ou mais de idade¹

INTERVALO ENTRE AS DOSES	VACINA	ESQUEMA
PRIMEIRA VISITA	dT	PRIMEIRA DOSE
	FEBRE AMARELA ²	DOSE INICIAL
2 MESES APOS A PRIMEIRA VISITA	dT	SEGUNDA DOSE
4-6 MESES APOS A PRIMEIRA VISITA	dT	TERCEIRA DOSE
ANUALMENTE	INFLUENZA ³	
A CADA 10 ANOS ⁴	dT	REFORÇO
	FEBRE AMARELA ²	

INTERVALO ENTRE AS DOSES	VACINA	ESQUEMA
PRIMEIRA VISITA	dT	PRIMEIRA DOSE
	FEBRE AMARELA ²	DOSE INICIAL
2 MESES APOS A PRIMEIRA VISITA	dT	SEGUNDA DOSE
4-6 MESES APOS A PRIMEIRA VISITA	dT	TERCEIRA DOSE
ANUALMENTE	INFLUENZA ³	
A CADA 10 ANOS ⁴	dT	REFORÇO
	FEBRE AMARELA ²	