

MULTIVACINAÇÃO 2026

**ESTRATÉGIA PARA A ATUALIZAÇÃO
DA CADERNETA DE VACINAÇÃO
DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES
MENORES DE 15 ANOS**

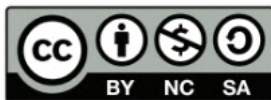


MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE
DEPARTAMENTO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

**MULTIVACINAÇÃO 2026: ESTRATÉGIA PARA A ATUALIZAÇÃO DA
CADERNETA DE VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES
MENORES DE 15 ANOS**

BRASÍLIA/DF – 2026

2026 Ministério da Saúde



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br

Tiragem: 1ª edição – 2026 – versão preliminar

Elaboração, edição e distribuição:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento do Programa Nacional de Imunizações

Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização

SRTVN 701, via W5 Norte, Edifício PO 700, 6º andar

CEP: 70723-040 – Brasília/DF

Site: www.saude.gov.br

E-mail: pni@saude.gov.br

Edição-geral:

Ana Catarina Melo Araújo –

CGICI/DPNI/SVSA

Eder Gatti Fernandes – DPNI/SVSA

Bruna Carla Storck – Treinanda

EpiSUS/CGICI/DPNI/SVSA

Kelly Cristina Rodrigues de França –

CGICI/DPNI/SVSA

Luciana Maiara Diogo Nascimento –

CGICI/DPNI/SVSA

Organização:

Ana Carolina Cunha Marreiros –

CGICI/DPNI/SVSA

Ana Catarina Melo Araújo –

CGICI/DPNI/SVSA

Andrés Mello López – CGFAM/DPNI/SVSA

Ariana Josélia Gonçalves Pereira –

CGGI/DPNI/SVSA

Bruna Battaglia de Medeiros – DPNI/SVSA

Bruna Carla Storck – Treinanda

EpiSUS/CGICI/DPNI/SVSA

Cibelle Mendes Cabral –

CGFAM/DPNI/SVSA

Eder Gatti Fernandes – DPNI/SVSA

Glenda Macedo Mota – CGGI/DPNI/SVSA

Jadher Percio – CGFAM/DPNI/SVSA

Karina Brito da Costa – CGGI/DPNI/SVSA

Karla Luiza de Arruda Calvette Costa –

CGGI/DPNI/SVSA

Kelly Cristina Rodrigues de França –

CGICI/DPNI/SVSA

Krishna Mara Rodrigues Freire –

CGICI/DPNI/SVSA

Leilane Lacerda Anunciação –

CGGI/DPNI/SVSA

Luciana Maiara Diogo Nascimento –

CGICI/DPNI/SVSA

Márcia Vieira Leite – CGICI/DPNI/SVSA

Paulo Henrique Santos Andrade –

CGFAM/DPNI/SVSA

Rayanne Conceição dos Santos –

CGFAM/DPNI/SVSA

Roberta Mendes Abreu Silva –

CGFAM/DPNI/SVSA

Rodrigo Otávio Pereira Sayago Soares –

CGICI/DPNI/SVSA

Sirlene de Fátima Pereira –

CGICI/DPNI/SVSA

Thaynara Kerinlline de Alencar Faustino –

CGGI/DPNI/SVSA

Thayssa Neiva da Fonseca Victor –

CGGI/DPNI/SVSA

Tiago Mendonça de Oliveira – DPNI/SVSA

Editoria Técnico-Científica:

Regina Célia Mendes dos Santos Silva – CGEVSA/
Daevs/SVSA

Revisão:

Maria Irene Lima Mariano

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1 Avaliação das coberturas vacinais	5
1.2 Microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade.....	7
2. MULTIVACINAÇÃO 2026	9
2.1. Objetivos.....	9
2.1.1. Objetivo geral	9
2.1.2. Objetivos específicos.....	9
2.2. Fases de operacionalização.....	10
2.3. Financiamento	11
2.4. Período de execução da estratégia.....	11
2.5. População-alvo para a estratégia	11
2.6. Vacinas e calendário.....	11
3. CADEIA DE FRIO	12
3.1. Armazenamento	12
4. VIGILÂNCIA DOS EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍDOS À VACINAÇÃO OU IMUNIZAÇÃO – Esavi	18
5. COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL.....	20
6. REGISTRO DA VACINAÇÃO NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	24
7. MONITORAMENTO DA MULTIVACINAÇÃO 2026.....	27
8. CONCLUSÃO.....	28
9. REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Multivacinação constitui uma ação fundamental para o fortalecimento das coberturas vacinais e para a ampliação do acesso às vacinas ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a prevenção de doenças imunopreveníveis e a manutenção da proteção coletiva da população¹.

A atualização da situação vacinal de crianças e adolescentes é estratégica para reduzir o risco de reintrodução e circulação de doenças como sarampo e poliomielite, considerando o cenário epidemiológico global e a necessidade de manutenção de elevadas coberturas vacinais (CV) no país^{2,3}.

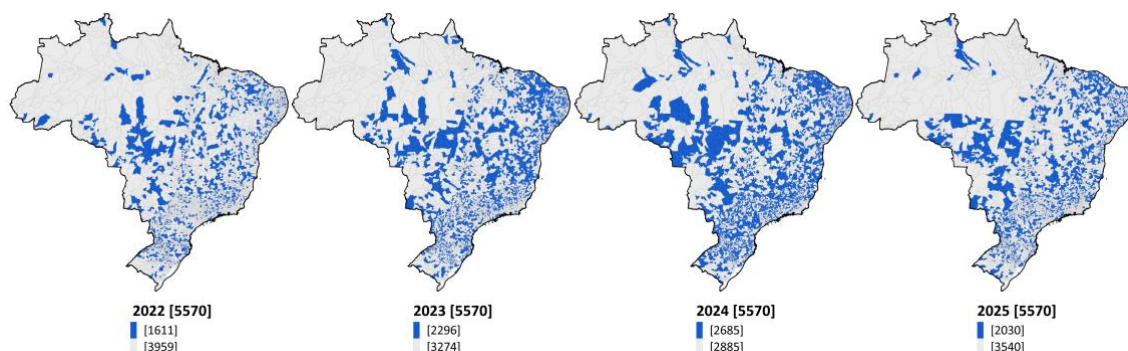
A operacionalização das ações deve considerar o planejamento local e as especificidades territoriais, sociais e assistenciais de cada contexto, possibilitando a adoção de estratégias diversificadas para ampliação do acesso à vacinação, incluindo ações intra e extramuros, busca ativa de não vacinados e intensificação das atividades de vacinação⁴.

Este informe técnico apresenta orientações para a operacionalização da Multivacinação 2026: Estratégia para Atualização da Caderneta de Vacinação das crianças e dos adolescentes menores de 15 anos de idade (até 14 anos, 11 meses e 29 dias).

1.1 Avaliação das coberturas vacinais

A avaliação das coberturas vacinais no Brasil evidencia recuperação a partir de 2023, especialmente para vacinas do calendário infantil, refletindo o fortalecimento das estratégias de imunização e das ações de vacinação⁵. Entretanto, a distribuição dessas coberturas ainda ocorre de forma heterogênea no território nacional. A Figura 1 evidencia esse cenário ao apresentar a distribuição espacial do risco de transmissão de doenças imunopreveníveis (RTDI) entre as vacinas penta (DTP/Hib/HB), poliomielite, pneumocócica 10 e tríplice viral – dose 1 (D1), pactuadas no indicador 4 do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), para crianças menores de dois anos no Brasil entre 2022 e 2025⁶.

FIGURA 1. Risco de transmissão de doenças imunopreveníveis (RTDI) a partir das coberturas vacinais das vacinas pactuadas* no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). Brasil, 2022 – 2025



Fonte: SI-PNI, 2022; RND, 2023 a 2025. Dados sujeitos à alteração. Extraído em: 5 de maio de 2026.

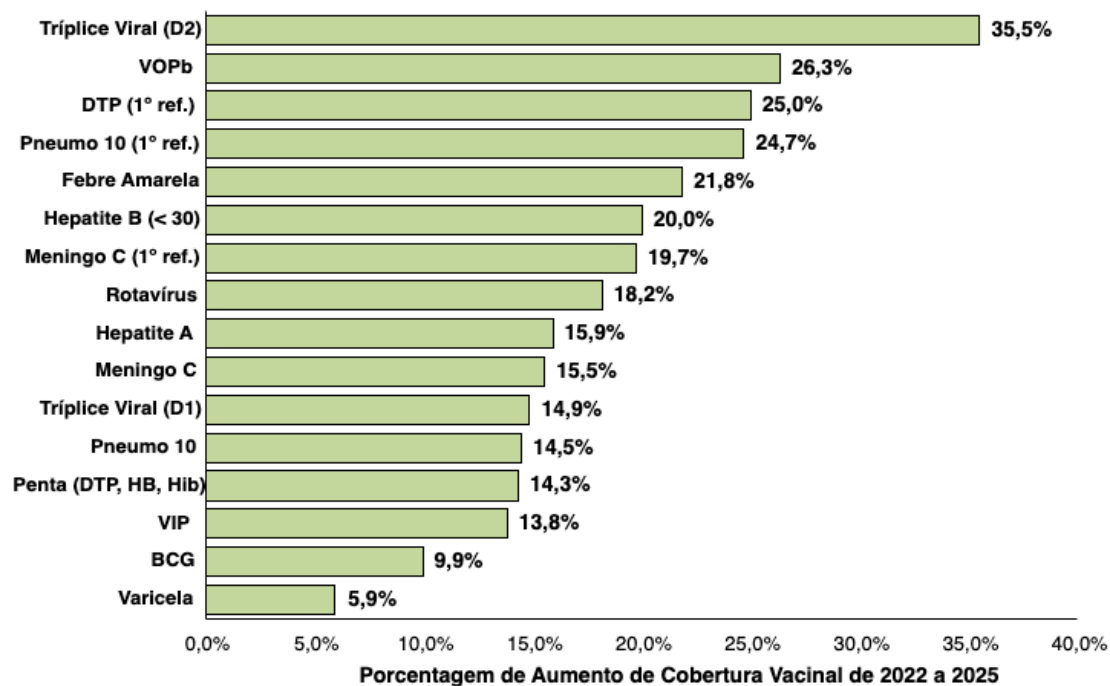
*Vacinas penta (DTP/Hib/HB), poliomielite, pneumocócica 10 e tríplice viral (D1), em crianças menores de 2 anos.

Nota: Cor azul: municípios com cobertura vacinal (CV) ≥ 95%; cor cinza: municípios com cobertura vacinal < 95%.

Em 2022, 1.611 municípios alcançaram as metas de maneira homogênea para os quatro imunobiológicos, número que aumentou para 2.296 em 2023 e atingiu 2.685 municípios em 2024, demonstrando avanço importante em relação ao RTDI no país. Em 2025, o quantitativo de municípios que atingiram as metas de CV permanece superior ao observado em 2022, evidenciando manutenção de um patamar mais elevado de homogeneidade vacinal em comparação aos anos anteriores.

Entre 2022 e 2025, as vacinas avaliadas mostraram evolução, atingindo percentuais próximos ou superiores a 90%. Esses resultados se confirmam também no incremento anual das coberturas vacinais (Figura 2). Os maiores avanços foram observados para a tríplice viral (D2), com aumento de 35,5%, seguida da vacina oral contra a poliomielite (VOPb), com 26,3%, da DTP (1º reforço), com 25,0%, e da pneumocócica 10-valente (1º reforço), com 24,7%. Também se destacaram os incrementos das vacinas febre amarela (21,8%), hepatite B ao nascer (20,0%) e meningocócica C (1º reforço) (19,7%), evidenciando a recuperação gradual das coberturas vacinais no país.

FIGURA 2. Incremento de coberturas vacinais (%) das vacinas para menores de 2 anos, Brasil, 2022-2025



Fonte: SI-PNI, 2022 e RNDs, 2023 a 2025. Dados sujeitos à alteração. Extraídos em: 5 de maio de 2026.

Nota: O incremento percentual foi calculado pela diferença entre o valor observado no período atual e no período anterior, dividida pelo valor do período anterior, multiplicada por 100.

A recuperação das CV representa um importante indicador do fortalecimento das ações de imunização no país, sobretudo diante da necessidade de ampliar a proteção coletiva e reduzir o risco de reintrodução de doenças imunopreveníveis. Nesse contexto, o acompanhamento sistemático das CV torna-se fundamental para identificar desigualdades territoriais, subsidiar a tomada de decisão e orientar estratégias voltadas ao alcance das metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI)⁷.

1.2 Microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade

A Estratégia de Multivacinação 2026 adota o microplanejamento como eixo organizador das ações de vacinação. Mais do que uma etapa vinculada às campanhas, o microplanejamento deve ser compreendido como um processo contínuo de organização territorial, integração entre áreas, qualificação da análise situacional e fortalecimento da capacidade de resposta local⁴.

Nesse contexto, o Quadro 1 apresenta atividades e resultados esperados relacionados ao microplanejamento, oferecendo uma referência para a construção de estratégias territorializadas e compatíveis com a realidade de cada município.

QUADRO 1. Etapas do microplanejamento: atividades e resultados esperados, 2026

1. Análise da Situação de Saúde	2. Planejamento e Programação
Função estratégica: Consolidar diagnóstico participativo do território para definição de prioridades e direcionamento das estratégias de multivacinação. Principais ações: ✓ integração entre APS, Vigilância e Imunização; ✓ consolidação e qualificação das informações do território; ✓ análise de coberturas vacinais, homogeneidade e abandono; ✓ identificação de bolsões de não vacinados e barreiras de acesso; ✓ reconhecimento de populações prioritárias e áreas de maior risco; ✓ identificação da capacidade operacional instalada. Resultado esperado: Diagnóstico territorial participativo capaz de orientar decisões estratégicas e operacionais.	Função estratégica: Organizar respostas operacionais a partir das prioridades identificadas na análise situacional. Principais ações: ✓ definição de prioridades territoriais; ✓ planejamento das estratégias intra e extramuros; ✓ dimensionamento de recursos humanos, insumos e logística; ✓ organização do cronograma e escalonamento das ações; ✓ definição de estratégias conforme necessidades do território; ✓ planejamento equitativo para cobertura territorial. Resultado esperado: Plano operacional estruturado, territorializado e compatível com a realidade local.
3. Seguimento e Supervisão	4. Monitoramento e Avaliação
Função estratégica: Acompanhar a execução das ações e possibilitar ajustes oportunos durante a operacionalização da multivacinação. Principais ações: ✓ acompanhamento das ações em execução; ✓ supervisão territorial das estratégias implementadas; ✓ identificação de dificuldades operacionais; ✓ revisão de fluxos e estratégias em curso; ✓ correção de inconsistências identificadas durante a execução; ✓ apoio técnico às equipes.	Função estratégica: Subsidiar a tomada de decisão contínua, avaliação de resultados e reorientação das estratégias. Principais ações: ✓ monitoramento contínuo dos indicadores; ✓ avaliação das coberturas vacinais e metas alcançadas; ✓ análise de efetividade das estratégias adotadas; ✓ identificação de áreas silenciosas ou de baixa resposta;

	✓ sistematização das lições aprendidas; ✓ retroalimentação permanente do microplanejamento.
Resultado esperado: Execução supervisionada, responsiva e adaptável às necessidades do território.	Resultado esperado: Melhoria contínua das ações e fortalecimento da capacidade local de planejamento e resposta.

Fonte: CGICI/DPNI.

Por seu caráter contínuo, o microplanejamento deve permanecer passível de atualização e reorganização conforme as necessidades identificadas no território e os diferentes contextos epidemiológicos. Recomenda-se, de forma complementar, a utilização do documento Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do *Manual de Microplanejamento para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade*⁸.

2. MULTIVACINAÇÃO 2026

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo geral

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

2.1.2. Objetivos específicos

- ✓ Ampliar o acesso da população de crianças e adolescentes à vacinação, conforme o Calendário Nacional de Vacinação.
- ✓ Contribuir para a redução da incidência das doenças imunopreveníveis, complicações, internações e óbitos.
- ✓ Sensibilizar e mobilizar gestores locais para a priorização da vacinação, bem como para a articulação e a integração entre a Vigilância em Saúde, a Atenção Primária à Saúde e os parceiros.

- ✓ Apoiar estados e municípios na realização de estratégias de atualização da caderneta de vacinação com base na metodologia de microplanejamento (MP) para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (Avaq).

2.2. Fases de operacionalização

Conforme apresentado no Quadro 2, a operacionalização da Estratégia de Multivacinação 2026 está estruturada em quatro fases: (i) publicação da portaria de incentivo financeiro pelo Ministério da Saúde; (ii) divulgação da estratégia e realização do microplanejamento pelos estados e municípios; (iii) execução da Estratégia de Multivacinação no período de 3 de agosto a 1º de setembro de 2026, incluindo o Dia D de divulgação e mobilização em 22 de agosto; e (iv) monitoramento contínuo das ações, abrangendo todas as etapas da estratégia, do planejamento à execução, conforme a metodologia de microplanejamento. Cada fase estabelece os responsáveis e o período de execução, reforçando a corresponsabilidade entre Ministério da Saúde, estados, Distrito Federal e municípios para o alcance dos objetivos da estratégia.

QUADRO 2. Fases de operacionalização da estratégia

FASE	AÇÃO	RESPONSÁVEL	PERÍODO
1	Publicação da portaria GM/MS nº 10.205, de 5 de fevereiro de 2026, que estabelece incentivo financeiro excepcional e temporário para a estratégia ⁹	Ministério da Saúde	Fevereiro de 2026
2	Ofício acerca do período da estratégia ¹⁰ e Microplanejamento local das estratégias de vacinação pelos estados e municípios	Ministério da Saúde Apoio: Unidades Federadas	Março de 2026
3	Execução da <i>MULTIVACINAÇÃO 2026: Estratégia Para a Atualização da Caderneta de Vacinação das Crianças e dos Adolescentes Menores de 15 Anos</i>	Municípios Apoio: Unidades Federadas e Ministério da Saúde	3 de agosto a 1 de setembro de 2026, sendo o Dia D de divulgação e mobilização em 22 de agosto de 2026
4	Monitoramento da <i>MULTIVACINAÇÃO 2026: Estratégia Para a Atualização da Caderneta de Vacinação das Crianças e dos Adolescentes Menores de 15 Anos</i>	Municípios, unidades federadas e Ministério da Saúde	O monitoramento deve ser contínuo, abrangendo todas as etapas da estratégia, do planejamento à execução, conforme o método de microplanejamento.

Fonte: CGICI/DPNI.

2.3. Financiamento

A Portaria GM/MS nº 10.205, de 5 de fevereiro de 2026, estabeleceu incentivo financeiro de custeio, de caráter excepcional e temporário, destinado ao desenvolvimento da estratégia de vacinação nas escolas, à atualização da caderneta de vacinação de crianças e adolescentes menores de 15 anos e ao enfrentamento de emergências sanitárias com impacto na imunização, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o exercício de 2026. Os recursos são repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos estados, municípios e ao Distrito Federal, por meio de transferências fundo a fundo, em conta específica. A medida reforça o repasse direto de recursos, assegurando a continuidade das ações de multivacinação e o fortalecimento das estratégias de imunização no país⁹.

2.4. Período de execução da estratégia

A Estratégia de Atualização da Caderneta de Vacinação dos menores de 15 anos (14 anos, 11 meses e 29 dias) deverá ser executada pelos estados e municípios no período de 3 de agosto a 1 de setembro de 2026, com o Dia D de Mobilização Social previsto para 22 de agosto de 2026.

2.5. População-alvo para a estratégia

A população-alvo é composta por 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 Nacional de Vacinação, exceto nas situações em que a vacinação está contraindicada.

2.6. Vacinas e calendário

A iniciativa disponibilizará todas as vacinas previstas no Calendário Nacional de Vacinação da criança e do adolescente (Anexo A), além das vacinas de estratégias específicas, seguindo as diretrizes estabelecidas em seus respectivos informes técnicos e na Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação vigente¹¹.

Dessa forma, a estratégia deve ser executada 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.

3. CADEIA DE FRIO

3.1. Armazenamento

As boas práticas de armazenamento e conservação são um conjunto de diretrizes essenciais para garantir a qualidade e a segurança dos imunobiológicos. Essas práticas envolvem o controle rigoroso das condições de armazenagem, assegurando a manutenção da eficácia e da estabilidade dos produtos ao longo de sua vida útil¹².

Para preservar a potência desses produtos, é indispensável mantê-los em condições corretas de temperatura, conforme orientações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e regulamentações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), conforme a RDC nº 430/2020¹³, que apresenta atualizações sobre as boas práticas de distribuição, armazenagem e transporte de medicamentos.

Assim, a conservação adequada exige cuidados específicos, como:

- Os imunobiológicos devem ser mantidos em temperatura indicada pelo fabricante na bula do produto.
- As câmaras científicas refrigeradas devem ser exclusivas para armazenamento dos imunobiológicos, estar com as manutenções atualizadas e possuir monitoramento contínuo de temperatura, além de registro diário.
- É fundamental organizar as vacinas de maneira adequada (primeira que vence, primeira que sai), evitando o contato direto com as paredes do equipamento e não sobrecarregando o espaço interno, para que a circulação do ar frio seja preservada.
- O ambiente em que se encontra a câmara científica refrigerada deve ser climatizado.

Salienta-se a importância da elaboração de planos de contingência locais para preservar as vacinas em casos de exposição a temperaturas fora das recomendações. Tais precauções são

essenciais para garantir a integridade e a eficácia das vacinas, assegurando que sejam armazenadas e transportadas dentro dos parâmetros adequados.

3.2. Transporte

O transporte de imunobiológicos na Rede de Frio do PNI requer cuidados específicos para a manutenção da qualidade. Atualmente, esse transporte é realizado por diferentes vias – aérea, terrestre ou aquática –, a depender da origem e do destino, do volume a ser transportado e das condições da via em relação aos diferentes cenários do território brasileiro. Com isso, para reduzir os riscos de variações de temperatura durante o transporte, é fundamental adotar a qualificação dos sistemas de transporte da Cadeia de Frio¹².

Para isso, é necessário utilizar equipamentos e meios de transporte adequados, como:

- Caixas térmicas ou outros equipamentos compatíveis certificados e com qualificação térmica;
- Bobina reutilizável;
- *Datalogger* ou termômetro digital de máxima e mínima e de momento, para registro da temperatura e monitoramento ao longo de todo o percurso;
- Em veículo refrigerado, as vacinas devem ser transportadas em temperatura e condições indicadas pelo fabricante.

A temperatura recomendada para o transporte deve estar de acordo com as especificações dos produtos descritas na bula, sendo essencial registrar a temperatura na expedição e no momento do recebimento de cada caixa.

Ao longo de todo o percurso, é imperativo realizar o monitoramento contínuo da temperatura, preferencialmente por meio de *dataloggers* que permitam a geração de relatórios eletrônicos.

Durante o recebimento, a conferência e a expedição da vacina, recomenda-se minimizar a exposição à temperatura ambiente.

3.3. Ações extramuros

Nas ações extramuros, como campanhas em ambiente escolar ou atividades em comunidades, os imunobiológicos devem ser acondicionados em caixas térmicas devidamente certificadas, limpas e previamente qualificadas, utilizando bobinas reutilizáveis condicionadas e elementos separadores (como divisórias, bandejas organizadoras perfuradas, papel craft), de modo a evitar o contato direto dos frascos com as bobinas e, assim, prevenir a exposição a temperaturas inadequadas (risco de congelamento ou aquecimento).

O planejamento logístico dessas ações deve contemplar trajetos otimizados, de menor duração, bem como a escolha de locais livres de exposição ao sol, em horários mais amenos do dia, com o objetivo de reduzir a exposição das vacinas a variações térmicas e garantir a manutenção da faixa de temperatura recomendada.

Durante o transporte, armazenamento temporário e administração dos imunobiológicos, é fundamental manter as caixas térmicas devidamente fechadas, evitando aberturas frequentes ou desnecessárias, uma vez que essas práticas podem comprometer a estabilidade térmica interna.

Recomenda-se, adicionalmente, a utilização de uma caixa térmica de apoio, contendo bobinas reutilizáveis condicionadas, destinada à substituição e rearranjo das bobinas da caixa principal, sempre que necessário. Essa medida contribui para a manutenção da temperatura de conservação adequada, assegurando a qualidade e a eficácia dos imunobiológicos durante toda a atividade extramuros¹².

3.4. Excursão de temperatura

Caso os imunobiológicos sejam expostos a uma excursão de temperatura — isto é, a uma variação fora das faixas preconizadas pelo fabricante —, a ocorrência deve ser imediatamente notificada à instância responsável pelo gerenciamento da Rede de Frio. A comunicação tempestiva dessas ocorrências é fundamental para permitir a avaliação técnica da integridade e a verificação de possível comprometimento das características dos imunobiológicos.

As ocorrências de excursão de temperatura devem ser notificadas pelas instâncias locais às Coordenações Estaduais de Imunização, utilizando o formulário oficial disponibilizado pelo Ministério da Saúde. As instâncias estaduais, por sua vez, devem informar à Coordenação-Geral de Gestão de Insumos e Rede de Frio (CGGI), do Departamento do Programa Nacional de Imunizações, do Ministério da Saúde, conforme as orientações e fluxos contidos na Nota Técnica Conjunta nº 351/2025-CGGI/DPNI/SVSA/MS e NT-PB/INCQS/FIOCRUZ e suas futuras atualizações, utilizando os formulários do REDCap^{®14}.

Para acessar os formulários REDCap®, acesse os *links* abaixo, atentando para os dois formulários distintos: um destinado à notificação dos municípios aos estados (FOET-UF) e outro de notificação dos estados à Coordenação-Geral de Gestão de Insumos e Rede de Frio (FOET-CGGI).

	FOET-UF: https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=EJA3M8JE3T
	FOET-CGGI: https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=4RJ3D7R7E7

A notificação à instância superior possibilita a avaliação da excursão e a necessidade de envio para avaliação da área técnica do Programa Nacional de Imunizações, que, em conjunto com o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (Incqs), realizará a análise de risco associada à exposição térmica, considerando parâmetros como tempo de exposição, amplitude da variação de temperatura, histórico de conservação do lote e estudos de termoestabilidade de cada produto. Esses elementos são determinantes para definir a viabilidade de uso ou a necessidade de descarte.

Ressalta-se que a manutenção das condições adequadas de temperatura é essencial para garantir a estabilidade, segurança e eficácia da vacinação. Assim, recomenda-se reforçar junto às equipes envolvidas a importância do monitoramento contínuo das temperaturas, do registro

correto das leituras e da comunicação imediata de qualquer anormalidade observada durante o armazenamento ou transporte.

3.5. Gerenciamento de resíduos sólidos provenientes da vacinação

Conforme descrito no Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações¹², o gerenciamento e o manejo dos resíduos resultantes das atividades de vacinação devem estar em conformidade com as definições estabelecidas na RDC nº 222, de 28 de março de 2018¹⁵ e atualizações, que “regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências” e na Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) nº 358, de 29 de abril de 2005¹⁶ e atualizações, que “dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS)”¹⁶.

Cada serviço de saúde deve possuir o seu Plano de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS), mantendo esse material disponível no local de trabalho e os profissionais capacitados para o manejo e o descarte corretos.

3.6. Fluxo de distribuição dos imunobiológicos

Para assegurar o abastecimento oportuno dos imunobiológicos necessários às estratégias de vacinação, é fundamental realizar o adequado planejamento dos insumos, bem como promover a capacitação das equipes de profissionais envolvidas¹².

Nesse contexto, cabe a cada ente federado planejar suas necessidades de imunobiológicos e, quando o quantitativo disponível em estoque e/ou destinado à rotina se mostrar insuficiente, encaminhar solicitação de doses adicionais ao Ministério da Saúde, acompanhada da devida justificativa. Ressalta-se que a autorização dessas solicitações está condicionada à disponibilidade de estoque, e que as entregas observam o cronograma estabelecido pela empresa logística, em articulação com os estados¹².

O acompanhamento dos quantitativos distribuídos, dos lotes e dos respectivos prazos de validade pode ser realizado por meio do Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (Sies),

seguindo-se as etapas: acessar “Consulta” > “Pedidos” > “Emitidos”; selecionar o período de realização do pedido; e, por fim, clicar em “Pesquisar”¹⁷.

Após a entrega dos imunobiológicos à unidade federada (UF), compete à gestão estadual a distribuição aos municípios indicados, bem como o monitoramento da execução e do progresso das estratégias de vacinação nos territórios.

3.7. A importância do uso do Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (Sies) nas Centrais de Rede de Frio

O Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (Sies) desempenha papel essencial nas Redes de Frio, servindo como ferramenta para a gestão eficiente e eficaz dos insumos de saúde¹².

Os registros de perdas físicas e técnicas possibilitam identificar causas, orientar ações corretivas, reduzir desperdícios e garantir maior eficiência no uso e na distribuição dos imunobiológicos. O registro de perdas é importante para garantir a rastreabilidade, a qualidade dos imunobiológicos e o planejamento logístico. As perdas são classificadas em:

- **Perdas físicas:** ocorrem antes da abertura do frasco (ex.: falhas no transporte, equipamento, energia, validade vencida, quebra de frascos)¹².

Devem ser registradas no Sies, na opção “Nota de Fornecimento de Material – Sem Pedido”, selecionando o motivo específico.

- **Perdas técnicas:** ocorrem após a abertura do frasco, geralmente relacionadas ao prazo de uso após a abertura ou recusas¹².

Registro de frascos abertos: deve ser feito no Sies, na área “Nota de Fornecimento de Materiais (NFM)”, selecionando o movimento “Saída por Consumo”, que corresponde à utilização dos imunobiológicos para vacinação.

3.8. Painel de distribuição de vacinas

O Ministério da Saúde lançou o Painel Interativo de Vacinas, uma ferramenta que apresenta, de forma detalhada, as doses de vacinas distribuídas pelo SUS desde 2023. O painel organiza os

dados por estado, tipo de vacina e período, oferecendo uma visão clara e acessível. Disponível on-line, a plataforma permite que gestores, profissionais de saúde e cidadãos acompanhem em tempo real a logística e o impacto das ações do Programa Nacional de Imunizações¹⁸.

	Acesse o painel pelo <i>link</i>: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_DISTRIBUICAO_VACINA/SEIDIGI_DEMAS_DISTRIBUICAO_VACINA.html ou por meio do QR Code:
---	---

4. VIGILÂNCIA DOS EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍDOS À VACINAÇÃO OU IMUNIZAÇÃO – Esavi

Esavi é qualquer ocorrência médica indesejada temporalmente associada à vacinação, sem que haja 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 anormal¹⁹.

O monitoramento da segurança das vacinas é essencial no âmbito da farmacovigilância de vacinas e outros imunobiológicos, assegurando que os Esavi sejam detectados, investigados e avaliados eficazmente. Nesse processo, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental, pois são responsáveis por identificar, notificar, colaborar na investigação e na avaliação de qualquer problema relacionado à imunização¹⁹.

Esses profissionais também apoiam o fluxo de encaminhamentos na rede de atenção à saúde, direcionando esforços ao acompanhamento e cuidado integral das pessoas que apresentaram algum Esavi¹⁹.

Além disso, esses profissionais são fundamentais para compreender e comunicar os riscos potenciais de maneira transparente e objetiva, promovendo a confiança da população e ajudando a prevenir complicações futuras²⁰. No Brasil, a atuação ativa e coordenada dos profissionais de saúde, conforme orienta o *Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação*, contribui diretamente para a segurança e efetividade das estratégias desenvolvidas pelo PNI, por meio do monitoramento dos casos de Esavi e do enfrentamento da

desinformação em saúde. Essa prática reforça a importância da vacinação como medida de saúde pública¹⁹. Mais informações sobre o sistema de farmacovigilância de vacinas podem ser encontradas no Quadro 3.

QUADRO 3. Orientações para o monitoramento da segurança da vacinação no Brasil

1. 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 nº 4/2017 – Anexo 1 do Anexo V)²¹. • Aglomerados (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 nº 4/2017 – Anexo 1 do Anexo V)²¹. • Erros de imunização que podem aumentar o risco de ocorrência de Esavi. Quando o erro de imunização estiver associado a um Esavi, ambos devem constar na mesma ficha de notificação (Nota Técnica nº 29/2024 – CGFAM/DPNI/SVSA/MS)²². • 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 diagnóstica¹⁹. • Os dados inseridos no sistema de informação devem ser atualizados sempre que novas informações forem incorporadas à investigação.
2. Onde devo notificar o caso? • Qualquer profissional de saúde, dos serviços públicos ou privados, pode fazer o registro da notificação/investigação no Sistema de Informações e-SUS Notifica (módulo Esavi)²³, disponível no seguinte link: https://notifica.saude.gov.br. • Os Esavi graves devem ser notificados e inseridos no e-SUS Notifica imediatamente ou em até 24 horas (com eventual comunicação por telefone, e-mail, WhatsApp). Observação: Em locais onde não houver internet disponível, poderá ser utilizada a ficha física de notificação, e os casos deverão ser informados às Coordenações Municipais de Imunização por meio de um fluxo preestabelecido, com encaminhamento sucessivo às Regionais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e, por fim, ao DPNI/SVSA/MS.
3. Onde posso encontrar mais orientações sobre a investigação dos Esavi? • As orientações sobre a investigação de Esavi podem ser encontradas no Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação (4ª edição atualizada). Destaca-se que o termo foi atualizado para Esavi em 2022 (Nota Técnica nº 255/2022-CGPNI/DEIDT/SVS/MS)²⁴, disponível no seguinte link: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vacinacaoimunizacao-pni/manual_eventos-adversos_pos_vacinacao_4ed_atualizada.pdf/view. • Além disso, existem também as notas técnicas relacionadas que podem ser encontradas em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/esavi/notas-tecnicas.
4. Onde posso me capacitar para detectar, notificar, investigar, avaliar, comunicar e prevenir a ocorrência de Esavi?

• O curso de qualificação profissional “Vigilância Esavi: ênfase na notificação, investigação e no uso do e-SUS Notifica”²⁵ é uma iniciativa do Ministério da Saúde. O curso foi desenvolvido pela Coordenação-Geral de Farmacovigilância (CGFAM) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), em parceria com a Fiocruz, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). O curso é oferecido na modalidade de Educação a Distância (EaD) e está disponível no seguinte <i>link</i>: https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/47006. • O curso de qualificação profissional “Principais Intercorrências e Emergências na Vacinação”²⁵ é uma iniciativa do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), desenvolvida com apoio institucional voltado à qualificação dos profissionais que atuam nos serviços de vacinação. O curso aborda o reconhecimento e o manejo das principais intercorrências e emergências relacionadas à vacinação, contribuindo para a segurança da prática vacinal e o fortalecimento da assistência nos serviços de imunização. O curso é oferecido na modalidade de Educação a Distância (EaD) e está disponível no seguinte <i>link</i>: https://mais.conasems.org.br/cursos/54_curso-de-capacitacao-principais-intercorrencias-e-emergencias-na-vacinacao.
5. Onde posso encontrar mais informações confiáveis sobre a segurança das vacinas? • No site oficial do Ministério da Saúde, na seção “Vacinação” e subseção “Segurança das vacinas”, estão disponíveis informações sobre os Esavi, incluindo orientações para profissionais de saúde, protocolos de vigilância, notificações e medidas de segurança relacionadas ao processo de imunização²⁶. <i>Link</i> de acesso: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/esavi. • No sítio eletrônico do “Saúde com Ciência”, estão disponíveis diversos artigos contendo mitos e verdades sobre a vacinação, incluindo esclarecimentos sobre conteúdos falsos a respeito de vacinas que circulam nas redes sociais. <i>Link</i> de acesso: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com-ciencia²⁶. • Nos boletins epidemiológicos e nos informes técnicos disponibilizados na página oficial do Ministério da Saúde²⁶, que trata dos Esavi. <i>Link</i> de acesso: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/esavi/monitoramento-dos-eventos.

5. COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

A Estratégia de Multivacinação 2026 integra o movimento nacional do Ministério da Saúde sob a mensagem “Vacinar sempre foi muito Brasil”²⁷ e reforça a comunicação e a mobilização social como componentes estratégicos para ampliar o acesso à vacinação e fortalecer as ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

A comunicação deve estar integrada ao microplanejamento, considerando as características, necessidades e dinâmicas de cada território^{4,8,28}. Para isso, as estratégias de comunicação devem contemplar aspectos como perfil populacional, vulnerabilidades sociais, cultura, linguagem, meios de comunicação locais, horários de maior circulação da população e espaços estratégicos para mobilização social²⁹.

A utilização do microplanejamento fortalece a organização das ações^{4,8}, possibilitando:

- identificação de áreas com baixas coberturas vacinais;
- mapeamento de grupos com maior dificuldade de acesso à vacinação;
- definição de canais de comunicação adequados à realidade local;
- fortalecimento da comunicação interpessoal pelas equipes de saúde;
- articulação com escolas, lideranças comunitárias, movimentos sociais e instituições locais;
- organização de ações extramuros e atividades comunitárias;
- monitoramento de dúvidas, rumores e desinformações relacionados às vacinas.

Estratégias de vacinação articuladas à mobilização comunitária, à atuação intersetorial e à comunicação territorializada favorecem a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo com a população e a identificação oportuna de grupos não vacinados ou com esquemas vacinais incompletos.

Nesse contexto, a comunicação territorializada também contribui para o enfrentamento da desinformação, da infodemia e da hesitação vacinal, por meio da disseminação de informações claras, acessíveis e baseadas em evidências científicas³⁰. Para isso, as estratégias de comunicação devem incorporar ações contínuas de escuta ativa, monitoramento de rumores, resposta oportuna às dúvidas mais frequentes e valorização de fontes confiáveis de informação em saúde. A proximidade estabelecida pelas equipes de saúde e lideranças locais no cotidiano dos territórios representa importante ferramenta para fortalecer a confiança da população e ampliar o engajamento nas ações de vacinação.

As ações de comunicação devem considerar diferentes meios e formatos, respeitando as especificidades territoriais, tais como:

- rádios comunitárias, carros de som e grupos de mensagens;
- mídias sociais institucionais e canais comunitários;
- escolas, creches, igrejas e organizações locais;
- feiras, praças, eventos comunitários e unidades de saúde;
- ações porta a porta e comunicação interpessoal realizada pelas equipes de saúde, Agentes comunitários de Saúde (ACS) e lideranças locais.

Os materiais oficiais da Estratégia de Multivacinação 2026 e das campanhas nacionais do Ministério da Saúde estarão disponíveis na página oficial de campanhas do Ministério da Saúde:

[Campanhas do Ministério da Saúde.](#)

Estados e municípios poderão utilizar e adaptar os materiais às suas realidades locais, preservando a identidade visual e as diretrizes institucionais da campanha nacional.

5.1 Operacionalização da comunicação e mobilização social com base no microplanejamento

A operacionalização da comunicação e mobilização social deve seguir as etapas do Microplanejamento para Atividades de Vacinação de Alta Qualidade^{4,8} (Quadro 4), integrando análise territorial, planejamento participativo, execução monitorada e avaliação contínua.

QUADRO 4. Operacionalização da comunicação e mobilização social com base no microplanejamento

Etapa	Objetivo	Ações recomendadas
1. Análise situacional da comunicação no território	Compreender as características locais e identificar barreiras de acesso à vacinação.	• Identificar características sociais, culturais e linguísticas da população; • mapear grupos com dificuldades de acesso à vacinação e áreas com baixas coberturas vacinais; • reconhecer rumores, dúvidas e desinformações circulantes no território; • identificar lideranças locais, instituições parceiras, canais comunitários de comunicação e espaços estratégicos para mobilização social.
2. Planejamento e programação das ações de comunicação	Organizar estratégias territorializadas de comunicação e mobilização social.	• Definir públicos prioritários e estratégias de comunicação intra e extramuros; • organizar cronograma de mobilização, canais, formatos e plano de mídia territorializado; • promover ações educativas em escolas e comunidades, com articulação intersetorial;

		• preparar profissionais e porta-vozes para comunicação de risco; • planejar estratégias de enfrentamento à desinformação e fluxos de resposta rápida para rumores e <i>fake news</i>.
3. Execução, mobilização social e acompanhamento	Desenvolver ações de comunicação e ampliar o engajamento comunitário.	• Intensificar a divulgação e as mobilizações nos territórios prioritários; • promover ações em escolas, feiras, praças e espaços públicos; • divulgar horários e locais de vacinação com linguagem simples e acessível; • fortalecer a comunicação interpessoal nas visitas domiciliares e ações comunitárias; • monitorar rumores e conteúdos falsos, com respostas rápidas baseadas em evidências; • estimular a participação comunitária, o controle social e a atualização permanente das equipes.
4. Monitoramento e avaliação das ações de comunicação	Avaliar resultados e subsidiar ajustes contínuos das estratégias.	• Monitorar o alcance das ações de comunicação, o engajamento comunitário e a adesão às estratégias locais; • avaliar o impacto das mobilizações sobre a procura pela vacinação e a percepção da população; • acompanhar a circulação de desinformações e a efetividade das respostas adotadas; • sistematizar os resultados obtidos nos territórios prioritários.

Fonte: CGICI/DPNI/MS, 2026.

A comunicação no contexto da vacinação constitui uma ação estratégica para qualificar as atividades de imunização, ampliar o acesso da população às vacinas e fortalecer a adesão às ações do PNI. Integrada ao microplanejamento e às estratégias territoriais, a comunicação contribui para o enfrentamento da desinformação, para a redução das barreiras de acesso e para o fortalecimento da confiança da população nas vacinas ofertadas pelo SUS, favorecendo melhores resultados nas coberturas vacinais e na proteção contra doenças imunopreveníveis.

6. REGISTRO DA VACINAÇÃO NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

As doses aplicadas deverão ser registradas nos sistemas de informação e-SUS APS, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), em sistemas próprios ou de terceiros que estejam devidamente integrados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDs), conforme a Portaria GM/MS nº 5.663, de 31 de outubro de 2024, e Nota Técnica nº 115/2024-DPNI/SVSA/MS^{31,32}.

O registro será nominal e dar-se-á mediante a apresentação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou do Cadastro de Pessoa Física (CPF) dos menores de 15 anos que forem vacinados nesta estratégia. 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).

ATENÇÃO!	
Reforça-se que os municípios que utilizam o sistema e-SUS APS para registro de vacinas devem estar com a versão mais atualizada do sistema.	
Link: https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/esusaps/ ABA: Download Versão (Figura 3)	

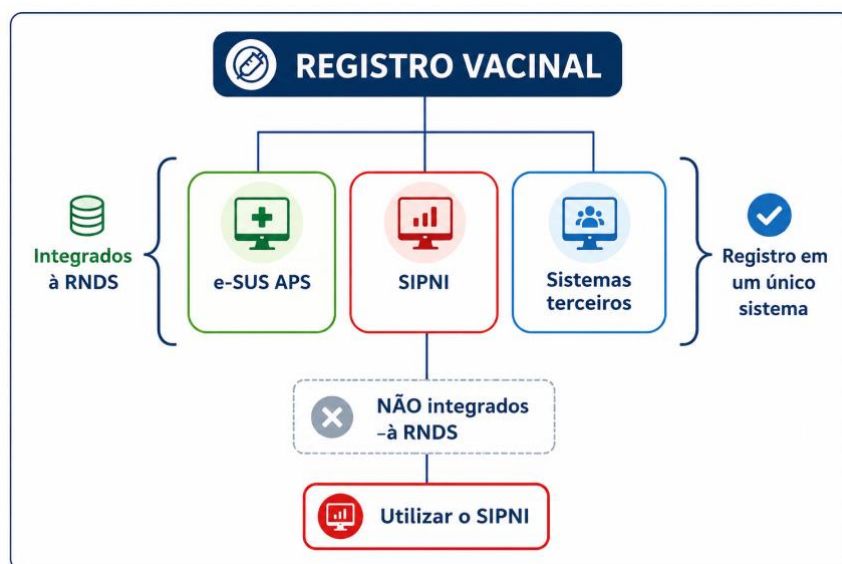
FIGURA 3. Download de versões do e-SUS



Fonte: Ministério da Saúde.

Em situações nas quais os sistemas de registro vacinal NÃO ESTIVEREM integrados à RNDS ou não atenderem aos requisitos da Portaria GM/MS nº 5.663/2024 e da Nota Técnica nº 115/2024^{31,32} ou NÃO CONSEGUIREM cumprir as regras vacinais, recomenda-se registrar as doses administradas no SI-PNI (Figura 4).

FIGURA 4. Registro da vacinação nos Sistemas de Informação



Fonte: DPNI/SVSA/MS.

O registro das vacinas deve obedecer às regras conforme o modelo informacional da RNDS³¹. 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>.

6.1 Materiais complementares para orientação sobre o registro vacinal

A Figura 5 apresenta informações adicionais, acessíveis por meio dos QR Codes.

FIGURA 5. Informações complementares para suporte no registro vacinal

Documento	Link	QR CODE
PORTARIA GM/MS Nº 5.663, DE 31 DE OUTUBRO DE 2024	https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.663-de-31-de-outubro-de-2024-593693777	
Indicadores relacionados a práticas realizadas diretamente pela APS	https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia	
Informações em Saúde: e-SUS AB - Registro de Vacinas	https://www.youtube.com/watch?v=onVEMUB1LIY	
Lançamento da 2ª edição do manual de normas e procedimentos para vacinação	https://www.youtube.com/watch?v=FrD1C_6MZDA&list=PL_rQTI99G4P-4omIMg-iGreAvjnitLKeO&index=2	
Geração do certificado digital e-GESTOR AB	https://www.youtube.com/watch?v=mSKdCUyESTY&embeds_referring_euri=https%3A%2F%2Fsaps-ms.github.io%2F&source_ve_path=OTY3MTQ	
Implantação / Certificado_eGestor / Webinar	https://www.youtube.com/watch?v=KXrQHOayyEg	
Curso de educação permanente para o sistema e-SUS APS: PEC e aplicativos	https://educaesusaps.medicina.ufmg.br/	

Acesso aos Painéis por meio da página do Programa Nacional de Imunizações	https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/pni	
Acesso ao Portal de Serviços do DATASUS	https://servicos-datasus.saude.gov.br/	
Curso Funcionalidades do Sistema de Informação do PNI – SIPNI no Contexto do Estabelecimento de Saúde	https://mais.conasems.org.br/cursos/49_funcionalidade_s-do-sistema-de-informacao-do-pni-si-pni-no-estabelecimento-de-saude	
Monitoramento do processo de integração de dados vacinais à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)	https://www.youtube.com/watch?v=BVLhaflp-YY&list=PL68l0GHkfUzoRJ2lnKyt4CVOgwg23CVm&index=2	

Fonte: NGI/DPNI/SVSA.

7. MONITORAMENTO DA MULTIVACINAÇÃO 2026

O monitoramento e a análise da execução das ações programadas são fundamentais para identificar e implementar intervenções técnicas no momento oportuno, além de subsidiar o processo de tomada de decisão da gestão. Essas atividades ocorrem de forma transversal em todas as etapas da vacinação, em conformidade com as diretrizes do microplanejamento⁴.

Durante a execução e ao término das ações, estados e municípios devem realizar o monitoramento das ações e dos dados gerados ao longo da estratégia. Além disso, o Ministério da Saúde realizará o monitoramento da Estratégia de Multivacinação 2026 com base nas informações registradas pelos municípios e disponibilizadas nas plataformas de disseminação de dados, conforme descrito nos Quadros 5 e 6.

QUADRO 5. Informações a serem monitoradas durante a estratégia de Multivacinação 2026

INFORMAÇÕES	DESCRIÇÃO
Quantidade de doses registradas durante a estratégia	Refere-se ao total de doses registradas ao longo de todo o período da Estratégia de Multivacinação, considerando as aplicações realizadas pelos serviços de vacinação e registradas na RNDS, permitindo acompanhar o desempenho acumulado da estratégia no território.
Quantidade de doses registradas durante o Dia D de mobilização	Refere-se ao total de doses aplicadas especificamente no “Dia D” da Estratégia de Multivacinação, utilizado para monitorar a adesão da população e a capacidade de mobilização dos serviços de saúde durante a ação intensificada de vacinação.

Fonte: CGICI/DPNI/SVSA.

Recomenda-se o uso contínuo dos painéis de doses aplicadas por ocorrência (Quadro 6), disponíveis por UF, município e estabelecimento de saúde, como ferramenta estratégica para acompanhamento da execução da Multivacinação e identificação oportuna de cenários que demandem intensificação das ações.

Os painéis de monitoramento de doses aplicadas por ocorrência devem ser utilizados como apoio à gestão e ao planejamento local, permitindo visualizar o desempenho da estratégia em diferentes níveis de análise e apoiar a tomada de decisão em tempo oportuno.

QUADRO 6. Painéis de monitoramento das doses aplicadas. LocalizaSUS, 2026

PAINEL	ACESSO	
Doses aplicadas	Link: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_OCORRENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_OCORRENCIA.html	
Doses aplicadas por estabelecimento de saúde ³³	Link: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_CNES_OCORRENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_CNES_OCORRENCIA.html	

Fonte: Ministério da Saúde.

8. CONCLUSÃO

A Estratégia de Multivacinação 2026 reafirma o compromisso do Programa Nacional de Imunizações (PNI) com a ampliação do acesso às vacinas, a recuperação das coberturas vacinais e a redução do número de indivíduos com esquemas vacinais incompletos, contribuindo para a

prevenção, o controle e a eliminação de doenças imunopreveníveis. O alcance desses objetivos depende da atuação articulada entre as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), do planejamento adequado das ações, da garantia da qualidade da cadeia de frio, da segurança da vacinação, do registro oportuno e qualificado das doses aplicadas, da comunicação efetiva com a população e do monitoramento contínuo dos resultados, possibilitando a identificação de desafios e a implementação de medidas oportunas para o fortalecimento das ações de imunização em todo o território nacional.

9. REFERÊNCIAS

1. HAEUSER, E. *et al.* **Global, regional, and national trends in routine childhood vaccination coverage from 1980 to 2023 with forecasts to 2030: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023.** *The Lancet*, Londres, v. 406, n. 10500, p. 235-260, July 2025. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01037-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01037-2). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01037-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01037-2/abstract). Acesso em: 28 maio 2026.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Técnica Conjunta nº 80/2026-DPNI/SVSA/MS: alerta sobre o risco de reintrodução do sarampo no território nacional e recomendações de vacinação para viajantes brasileiros com destino aos países sede da Copa do Mundo da FIFA 2026™ (Estados Unidos, México e Canadá).** Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2026/04/Nota-Tecnica-Conjunta-no-80.2026-DPNI-SVSA-MS.pdf>. Acesso em: 28 maio 2026.
3. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia de Erradicação da Poliomielite 2022-2026: cumprimento de uma promessa.** Brasília, DF: OPAS, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726419>. Acesso em: 28 maio 2026.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de microplanejamento para atividades de vacinação: municípios e UBS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/manual-de-microplanejamento-para-atividades-de-vacinacao-municipios-e-ubs.pdf>. Acesso em: 28 maio 2026.
5. FERNANDES, E. G. *et al.* **Avanços na recuperação das coberturas vacinais no Brasil: estratégias e desafios para 2025.** *SciELO Preprints*, São Paulo, 2025. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/11001>. Acesso em: 28 maio 2026.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de indicadores PQA-VS 2023.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pqa-vs/publicacoes/caderno-de-indicadores-programa-de-qualificacao-das-acoes-de-vigilancia-em-saude-2023>. Acesso em: 28 maio 2026.
7. ARAÚJO, A. C. M. *et al.* **O microplanejamento como ferramenta de fortalecimento do Programa Nacional de Imunizações no Brasil.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 48, e68, 2024. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2024.v48/e68/>. Acesso em: 28 maio 2026.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Microplanejamento para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade: municípios e unidades básicas de saúde: procedimentos operacionais padrão (POP).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/manual-de-microplanejamento-das-avaq-municipios-e-ubs-pop.pdf>. Acesso em: 28 maio 2026.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 10.205, de 5 de fevereiro de 2026.** Estabelece incentivo financeiro de custeio, de caráter excepcional e temporário, para o desenvolvimento da estratégia de vacinação nas escolas e de ações para atualização da caderneta de vacinação das crianças e adolescentes menores de quinze anos, e emergências sanitárias com impacto na imunização, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o exercício de 2026. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 fev. 2026. Disponível em: <https://in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-10.205-de-5-de-fevereiro-de-2026-686827769>. Acesso em: 28 maio 2026.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Ofício nº 57/2026/CGICI/DPNI/SVSA/MS, de 10 de março de 2026: estratégias nacionais de vacinação previstas para o ano de 2026.** Brasília: Ministério da Saúde, 2026.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Instrução normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2026 [citado 2026 jul 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-instrui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2026.pdf>
12. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Manual da Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações.** 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/rede-de-frio-pni.pdf>
13. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 430, de 8 de outubro de 2020.** Dispõe sobre as boas práticas de distribuição, armazenagem e de transporte de medicamentos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 out. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-430-de-8-de-outubro-de-2020-282070593>. Acesso em: 9 jun. 2026.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Técnica Conjunta nº 351/2025-CGGI/DPNI/SVSA/MS e INCQS/Fiocruz.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-351-2025.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2026.
15. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222, de 28 de março de 2018.** Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em: 9 jun. 2026.
16. BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). **Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005.** Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 maio 2005. Disponível em: https://conama.mma.gov.br/?option=com_sisconama&task=arquivo.download&id=453. Acesso em: 9 jun. 2026.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES)**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://sies.saude.gov.br/senha.asp>. Acesso em: 9 jun. 2026.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. **Painel de distribuição de vacinas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_DISTRIBUICAO_VACINA/SEIDIGI_DEMAS_DISTRIBUICAO_VACINA.html. Acesso em: 9 jun. 2026.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 4. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de comunicação de risco e engajamento comunitário para emergências de saúde pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Consolida normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Anexo I do Anexo V. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/z/zika-virus/legislacao/portaria-de-consolidacao-no-4-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/view>. Acesso em: 6 out. 2025.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Técnica nº 29/2024-CGFAM/DPNI/SVSA/MS: orientações para a notificação e o manejo dos principais erros de imunização no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância (SNV) de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (Esavi)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-29-2024-cgfam-dpni-svsa-ms.pdf/view>. Acesso em: 5 set. 2025.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações e-SUS Notifica: módulo Esavi**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2025]. Disponível em: <https://notifica.saude.gov.br>. Acesso em: 19 set. 2025.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Nota Técnica nº 255/2022-CGPNI/DEIDT/SVS/MS: atualização do termo para Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (Esavi)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/esavi/notas-tecnicas/nt-255-2022-cgpni-deidt-svs-ms.pdf/view>. Acesso em: 6 out. 2025.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância ESAVI: ênfase na notificação, investigação e no uso do e-SUS Notifica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2025]. Curso de qualificação. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/47006>. Acesso em: 19 set. 2025.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal oficial do Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, c2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 19 set. 2025.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. **Vacinação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/vacinacao>. Acesso em: 10 jun. 2026.

28. ARAÚJO, A. C. M. *et al.* **Microplanning in high-quality vaccination: implementation challenges and enabling factors in Brazil.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 49, n. esp., 2025. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/download/9370/2148>. Acesso em: 10 jun. 2026.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Positioning demand generation in national EPI planning and implementation process: a quick guide to assist immunization and communication planners and managers.** Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/items/fd4e5430-bec0-4a2e-a682-f2d8bfb59068>. Acesso em: 10 jun. 2026.
30. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infodemic.** Geneva: WHO. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/infodemic>. Acesso em: 10 jun. 2026.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Portaria GM/MS nº 5.663, de 31 de outubro de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 27 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 nov. 2024. Seção 1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5663_04_11_2024.html. Acesso em: 10 jun. 2026.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Técnica nº 115/2024-DPNI/SVSA/MS: portaria que trata do envio dos registros vacinais de sistemas próprios ou de terceiros diretamente à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDs).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-115-2024-dpni-svsa-ms/view>. Acesso em: 10 jun. 2026.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia técnico para introdução da vacina pneumocócica 20-valente (conjugada) no Programa Nacional de Imunizações.** Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2026/guia-tecnico-para-introducao-da-vacina-pneumococica-20-valente-conjugada-no-programa-nacional-de-imunizacoes.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2026.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Gestão de Insumos e Rede de Frio. **Nota Técnica nº 87/2026-CGGI/DPNI/SVSA/MS: orientações e diretrizes técnicas relativas à gestão e operacionalização da vacina pneumocócica 20-valente (VPC20).** Brasília: Ministério da Saúde, 2026.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.** 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_referencia_imunobiologicos_6ed.pdf. Acesso em: 3 jul. 2026.

ANEXO

Anexo A. Vacinas ofertadas durante a Multivacinação 2026

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 14a11m29d, 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.				

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

