

| VACINAS                                                                    | DO NASCIMENTO AOS 2 ANOS DE IDADE                                                                                                                                                                          |       |                                                    |         |         |         |                                                                                                     |         |         |         |          |                                                                                                                                              |          | DOS 2 A <10 ANOS |                                                                                                                                                  |         |         |                                                             | DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS                                |                                                             |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------|---------|---------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                                                                            | Ao nascer                                                                                                                                                                                                  | 1 mês | 2 meses                                            | 3 meses | 4 meses | 5 meses | 6 meses                                                                                             | 7 meses | 8 meses | 9 meses | 12 meses | 15 meses                                                                                                                                     | 18 meses | 24 meses         | 4 anos                                                                                                                                           | 5 anos  | 6 anos  | 9 anos                                                      | Gratuitas nas UBS*                                          | Clínicas privadas de vacinação                              |                                              |
| BCG ID <sup>(1)</sup>                                                      | Dose única                                                                                                                                                                                                 |       |                                                    |         |         |         |                                                                                                     |         |         |         |          |                                                                                                                                              |          |                  |                                                                                                                                                  |         |         |                                                             | SIM                                                         | SIM                                                         |                                              |
| Hepatite B <sup>(2)</sup>                                                  | Três ou quatro doses, dependendo da vacina utilizada                                                                                                                                                       |       |                                                    |         |         |         |                                                                                                     |         |         |         |          |                                                                                                                                              |          |                  |                                                                                                                                                  |         |         |                                                             | SIM                                                         | SIM, isolada e combinadas**                                 |                                              |
| Rotavírus <sup>(3)</sup>                                                   |                                                                                                                                                                                                            |       | Duas ou três doses, dependendo da vacina utilizada |         |         |         |                                                                                                     |         |         |         |          |                                                                                                                                              |          |                  |                                                                                                                                                  |         |         | Vacina monovalente                                          | SIM, vacina pentavalente                                    |                                                             |                                              |
| Tríplice bacteriana (DTPw ou DTPa) <sup>(4)</sup>                          |                                                                                                                                                                                                            |       | 1ª dose                                            |         | 2ª dose |         | 3ª dose                                                                                             |         |         |         |          | REFORÇO                                                                                                                                      |          |                  | REFORÇO                                                                                                                                          |         |         |                                                             | Penta de células inteiras e Tríplice de células inteiras    | Penta e hexa acelulares e DTPa-VIP                          |                                              |
| Haemophilus influenzae b <sup>(5)</sup>                                    |                                                                                                                                                                                                            |       | 1ª dose                                            |         | 2ª dose |         | 3ª dose                                                                                             |         |         |         |          |                                                                                                                                              | REFORÇO  |                  |                                                                                                                                                  |         |         |                                                             | Penta de células inteiras                                   | SIM, penta e hexa acelulares                                |                                              |
| Poliomielite (vírus inativados) <sup>(6)</sup>                             |                                                                                                                                                                                                            |       | 1ª dose                                            |         | 2ª dose |         | 3ª dose                                                                                             |         |         |         |          |                                                                                                                                              | REFORÇO  |                  |                                                                                                                                                  | REFORÇO |         |                                                             |                                                             | VIP três doses aos 2, 4 e 6 meses e um reforço aos 15 meses | Penta e hexa acelulares, DTPa-VIP e dTpa-VIP |
| Pneumocócicas conjugadas <sup>(7)</sup>                                    |                                                                                                                                                                                                            |       | Duas ou três doses, dependendo da vacina utilizada |         |         |         |                                                                                                     |         |         |         | REFORÇO  |                                                                                                                                              |          |                  |                                                                                                                                                  |         |         | SIM, VPC10 nas UBS e VPC13 nos CRIE para algumas indicações | SIM, VPC20, VPC15, VPC13                                    |                                                             |                                              |
| Meningocócicas conjugadas ACWY ou C <sup>(8)</sup>                         |                                                                                                                                                                                                            |       |                                                    | 1ª dose |         | 2ª dose |                                                                                                     |         |         |         |          | REFORÇO                                                                                                                                      |          |                  |                                                                                                                                                  |         | REFORÇO |                                                             |                                                             | menC para menores de 5 anos e menACWY para 11 a 14 anos     | menC e menACWY                               |
| Meningocócica B <sup>(9)</sup>                                             |                                                                                                                                                                                                            |       |                                                    | 1ª dose |         | 2ª dose |                                                                                                     |         |         |         |          | REFORÇO                                                                                                                                      |          |                  |                                                                                                                                                  |         |         |                                                             | NÃO                                                         | SIM                                                         |                                              |
| Influenza (gripe) <sup>(10)</sup>                                          |                                                                                                                                                                                                            |       |                                                    |         |         |         | NA PRIMOVACINAÇÃO DE MENORES DE 9 ANOS: DUAS DOSES COM INTERVALO DE UM MÊS. APÓS, DOSE ÚNICA ANUAL. |         |         |         |          |                                                                                                                                              |          |                  |                                                                                                                                                  |         |         |                                                             |                                                             | 3V para menores de 5 anos e grupos de risco                 | 3V e 4V                                      |
| Febre amarela <sup>(11)</sup>                                              |                                                                                                                                                                                                            |       |                                                    |         |         |         |                                                                                                     |         |         | 1ª dose |          |                                                                                                                                              |          |                  |                                                                                                                                                  | 2ª dose |         |                                                             | SIM                                                         | SIM                                                         |                                              |
| Hepatite A <sup>(12)</sup>                                                 |                                                                                                                                                                                                            |       |                                                    |         |         |         |                                                                                                     |         |         |         | 1ª dose  |                                                                                                                                              | 2ª dose  |                  |                                                                                                                                                  |         |         |                                                             | SIM, dose única aos 15 meses (até menores de 5 anos)        | SIM, isolada e combinada**                                  |                                              |
| Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) <sup>(13,15)</sup>             |                                                                                                                                                                                                            |       |                                                    |         |         |         |                                                                                                     |         |         |         | 1ª dose  | 2ª dose                                                                                                                                      |          |                  |                                                                                                                                                  |         |         |                                                             | SIM                                                         | SIM                                                         |                                              |
| Varicela (catapora) <sup>(14,15)</sup>                                     |                                                                                                                                                                                                            |       |                                                    |         |         |         |                                                                                                     |         |         |         | 1ª dose  | 2ª dose                                                                                                                                      |          |                  |                                                                                                                                                  |         |         |                                                             | Duas doses (aos 15 meses e entre 4 e 6 anos)                | SIM                                                         |                                              |
| HPV <sup>(16)</sup>                                                        |                                                                                                                                                                                                            |       |                                                    |         |         |         |                                                                                                     |         |         |         |          |                                                                                                                                              |          |                  |                                                                                                                                                  |         |         | Duas doses                                                  | SIM, HPV4 – uma dose para meninas e meninos de 9 a 14 anos. | HPV9                                                        |                                              |
| Vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa) <sup>(4)</sup>   |                                                                                                                                                                                                            |       |                                                    |         |         |         |                                                                                                     |         |         |         |          |                                                                                                                                              |          |                  |                                                                                                                                                  |         |         | REFORÇO                                                     | NÃO                                                         | SIM, dTpa e dTpa-VIP                                        |                                              |
| Dengue <sup>(17)</sup>                                                     |                                                                                                                                                                                                            |       |                                                    |         |         |         |                                                                                                     |         |         |         |          |                                                                                                                                              |          |                  | Qdenga®, em duas doses, independente de contato prévio com o vírus da dengue. Dengvaxia®, em três doses, somente para soropositivos para dengue. |         |         | NÃO                                                         | SIM                                                         |                                                             |                                              |
| Covid-19 <sup>(18)</sup>                                                   |                                                                                                                                                                                                            |       |                                                    |         |         |         | Acesse os dados atualizados sobre a os grupos contemplados pelo PN eml                              |         |         |         |          | disponibilidade de vacinas e <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19">https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19</a> |          |                  |                                                                                                                                                  |         |         |                                                             |                                                             | SIM para 6 meses a 4 anos                                   | NÃO                                          |
| Anticorpo monoclonal específico contra o VSR (Nirsevimabe) <sup>(19)</sup> | Indicado para crianças com idade ≤12 meses, em dose única, a partir do nascimento, a qualquer momento, independente da sazonalidade. Na segunda sazonalidade, para crianças de até 2 anos com maior risco. |       |                                                    |         |         |         |                                                                                                     |         |         |         |          |                                                                                                                                              |          |                  |                                                                                                                                                  |         |         |                                                             | NÃO                                                         | SIM                                                         |                                              |