

#### Saúde

#### GABINETE DO SECRETÁRIO

#### Resolução Conjunta SS/SEDPCD - 1, de 16-10-2014

Dispõe sobre o “Calendário de Vacinação” para os portadores da Síndrome de Down”, e dá outras providências.

O Secretário de Estado da Saúde e a Secretária de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência, considerando: O disposto na Resolução SS-129, de 3 de dezembro de 2013, que dispõe sobre o calendário de vacinação para o Programa de Imunização do Estado de São Paulo;

As indicações de imunobiológicos especiais estabelecidos para os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais;

Resolvem:

Artigo 1º - Aprovar o Calendário de Vacinação para as pessoas com Síndrome de Down do Estado de São Paulo, nos termos preconizados nos Anexos I, II e III, que passam a integrar a presente Resolução.

Artigo 2º - Fica revogada a Resolução Conjunta SS-SDPD - 1, de 20-03-2009.

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

#### Anexo I

Calendário Vacinal para as Crianças com Síndrome de Down

Idade	Vacinas
Ao Nascer	BCG1 + Hepatite B (HB)2
2 Meses	VIP3+Pentavalente (DTP-Hib-HB) + Rotavírus4 + Pneumocócica 10 valente
3 Meses	Meningocócica C
4 Meses	VIP+Pentavalente (DTP-Hib-HB) + Rotavírus5 + Pneumocócica 10 valente
5 Meses	Meningocócica C
6 Meses	VOP6 + Pentavalente (DTP-Hib-HB)+Pneumocócica 10 valente
9 Meses	Febre Amarela7
12 Meses	Sarampo-Caxumba-Fubéola + Meningocócica C + Hepatite A
15 Meses	VOP+DTP+ <sup>2</sup> pneumocócica 10 valente + Tetraviral3
18 Meses	Hepatite A
5 Anos	VOP+DTP
Anualmente	Influenza9

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

2. A vacina hepatite B deve ser administrada de preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida, ainda na maternidade.

Caso não tenha sido administrada na maternidade, aplicar na primeira visita ao serviço de saúde. Se a primeira visita ocorrer após a 6ª semana de vida, administrar a vacina pentavalente (DTP-Hib-HB)

3. Vacina inativada poliomielite

4. Idade máxima para primeira dose é de 3 meses e quinze dias.

5. Idade máxima para a segunda dose é de 7 meses e vinte e nove dias

6. Vacina oral poliomielite

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

Reforço a cada dez anos.

8. A vacina tetraviral deverá ser administrada para crianças que já receberam uma dose de sarampo-caxumba-rubéola.

9. A partir de 6 meses de idade. Disponível na rede pública durante períodos de campanhas.

Nota: Palivizumabe tem indicação, durante os meses de sazonalidade do Vírus Sincicial Respiratório, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos na Portaria SAS-GM no 522 de 13-maio-2013: para crianças menores de um ano de idade que nasceram prematuras com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas de gestação; - para crianças com até dois anos de idade com doença pulmonar crônica ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.

#### Anexo II

#### Calendário de Vacinação para Adolescentes com Síndrome de Down

INTERVALO ENTRE AS DOSES	VACINA	ESQUEMA
PRIMEIRA VISITA	BCG <sup>2</sup>	Dose Única
	HEPATITE B	Primeira Dose
	dT	Primeira Dose
	POLIOMIELITE <sup>2</sup>	Primeira Dose
	SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA	Primeira Dose
	VARICELA <sup>3</sup>	Dose Única
1 MÊS APÓS A PRIMEIRA VISITA	HEPATITE A	Primeira Dose
	HPV <sup>4</sup>	Primeira Dose
2 MESES APÓS A PRIMEIRA VISITA	HEPATITE B	Segunda Dose
	dT	Segunda Dose
	POLIOMIELITE	Segunda Dose
	FEBRE AMARELA <sup>5</sup>	Dose Inicial
	PNEUMO 23-VALENTE <sup>6</sup>	Dose Inicial
4 MESES APÓS A PRIMEIRA VISITA	HEPATITE B <sup>7</sup>	Terceira Dose
	dT	Terceira Dose
	POLIOMIELITE	Terceira Dose
	SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA	Segunda Dose
7 MESES APÓS A PRIMEIRA VISITA	HEPATITE A	Segunda Dose
	HPV <sup>4</sup>	Segunda Dose
A CADA 10 ANOS	dT <sup>8</sup>	Reforço
	FEBRE AMARELA <sup>5</sup>	Reforço
ANUALMENTE	INFLUENZA <sup>9</sup>	

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

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

3. Para pessoas não vacinadas anteriormente ou que não tiveram varicela. Para pessoas com 13 anos ou mais de idade, uma ou duas doses, a depender do laboratório produtor.

4. Para meninas. Em 2014 nas idades 11,12 e 13 anos. Em 2015 nas idades 9, 10 e 11 anos. Em 2016 a partir de 9 anos de idade.

A terceira dose será aplicada 5 anos após a primeira dose.

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

6. Reforço após cinco anos.

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

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

9. Disponível na rede pública durante períodos de campanha.

**Anexo III**

Calendário Vacinal para o Adulto com Síndrome de Down

INTERVALO ENTRE AS DOSES	VACINA	ESQUEMA
PRIMEIRA VISITA	dT	Primeira Dose
	SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA <sup>2</sup>	Dose Única
	HEPATITE B <sup>3</sup>	Primeira Dose
	PNEUMO 23-VALENTE <sup>4</sup>	Dose Inicial
2 MESES APÓS A PRIMEIRA VISITA	dT	Segunda Dose
	HEPATITE B	Segunda Dose
	FEBRE AMARELA <sup>5</sup>	Dose Inicial
4 – 6 MESES APOS A PRIMEIRA VISITA	dT	Terceira Dose
	HEPATITE B	Terceira Dose
A CADA 10 ANOS	dT <sup>6</sup>	Reforço
	FEBRE AMARELA <sup>5</sup>	Reforço
ANUALMENTE	INFLUENZA <sup>7</sup>	

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

2. Indicadas para as pessoas nascidas a partir de 1960.

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

4. Reforço após cinco anos.

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

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

7. Disponível na rede pública durante períodos de campanha.

De acordo com a RDC Anvisa no 61 de 2008

BCG: vacina contra tuberculose

VIP: vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada)

Hepatite B: vacina hepatite B (recombinante)

Pentavalente: vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, Hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae b (conjugada)

Rotavírus: vacina rotavírus humano G1P1[8] (atenuada)

Pneumocócica 10-valente: vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)

Meningocócica C: vacina meningocócica C (conjugada)

VOP: vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)

Febre Amarela: vacina febre amarela (atenuada)

Sarampo-Caxumba-Rubéola: vacina sarampo, caxumba, rubéola (atenuada)

DTP: vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis

dT: vacina adsorvida difteria e tétano adulto

Influenza: vacina influenza (fracionada, inativada)

Pneumocócica 23-valente: vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica)

Tetraviral: vacina sarampo, caxumba, rubéola, varicela (atenuada)

Varicela – vacina varicela atenuada

HPV – vacina papiloma vírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)