

Vacinação do viajante e em situações de surto (sarampo, febre amarela, coqueluche, meningite)

Consulta pré-viagem, doses zero de tríplice viral e febre amarela, bloqueio vacinal e quimioprofilaxia de contatos de coqueluche e doença meningocócica, segundo SBP 2026/2027 e Ministério da Saúde

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Antes de viajar, o primeiro passo é **pôr o calendário em dia** (SBP 2026/2027; PNI 2026) e só depois somar as vacinas do destino, idealmente **4–6 semanas antes** (CAV-AEP). **Febre amarela:** rotina aos 9 meses e 4 anos, pelo menos **10 dias antes** do deslocamento; entre **6 e 9 meses** só em área com circulação do vírus (dose que **não conta** para a rotina). **Sarampo:** a **dose zero** da tríplice viral (6 a 11 meses e 29 dias) é indicada no **bloqueio vacinal** e para bebês que vão a **locais com surto ativo** (MS, NT nº 21/2026); também não conta, e a criança recebe as doses de 12 e 15 meses. Contato de **coqueluche** ou de **doença meningocócica** recebe **quimioprofilaxia** (azitromicina; rifampicina ou ceftriaxona), independentemente da vacinação. Contato assintomático fica no consultório ou na UBS, com a vigilância (🟢/🟡). Febre com **petéquias ou púrpura, apneia ou cianose** no lactente com tosse, **febre com icterícia ou sangramento** depois de viagem, e sarampo com dispneia ou alteração de consciência vão ao **pronto-socorro** (🔴). Sarampo, rubéola, febre amarela, coqueluche, meningites e ESAVI são de **notificação obrigatória (compulsória)**, já na suspeita.

1. O que é e como se apresenta

Duas situações tiram o pediatra da rotina do calendário:

- **Viagem:** exposição a doenças que não circulam onde a criança mora e exigências de entrada, como o **Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP)** da febre amarela, emitido pelo aplicativo Meu SUS Digital para quem foi vacinado a partir de 30/12/2022 (Prefeitura de São Paulo).
- **Surto ou caso índice** (domicílio, creche, escola, bairro): **bloqueio vacinal** (vacinação dos contatos suscetíveis), **dose zero** antes da idade de rotina, **quimioprofilaxia** e **notificação**.
- **Febre amarela:** desde 2020 **todo o território nacional é área com recomendação de vacinação (ACRV)** (Ministério da Saúde). A vacina é de vírus vivo: contraindicada abaixo de 6 meses; cautela entre 6 e 9 meses (maior risco de ESAVI — Guia Vacinal do site).
- **Sarampo:** formas graves em lactentes, desnutridos e imunodeprimidos; o risco de reintrodução levou o MS a estender a dose zero a todo o país (NT nº 21/2026).
- **Coqueluche:** mata sobretudo o lactente < 6 meses; a **dTpa na gestação** é a principal proteção do recém-nascido.
- **Doença meningocócica:** casos secundários ocorrem sobretudo nas primeiras 48 horas depois do caso índice (Guia de Vigilância em Saúde, MS 2023); a quimioprofilaxia é medida de horas.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Criança saudável que vai viajar; contato assintomático de sarampo, coqueluche ou doença meningocócica, sem fator de risco; ESAVI local ou febre baixa	Atualizar o calendário e indicar as vacinas do destino; quimioprofilaxia e vacinação de bloqueio no consultório ou na UBS; notificar; orientar sinais de alerta
● Moderada	Contato assintomático de risco (lactente < 1 ano, imunodeprimido, gestante, doença pulmonar crônica); contato que já tem tosse ou febre sem sinais de gravidade ; viajante com contraindicação a vacina viva que precisa ir a área de risco	Reavaliação em 24–48 h; articular com a vigilância epidemiológica e o CRIE (imunoglobulina, vacinas especiais); coletar exames do contato sintomático; encaminhar ao infectologista ou ao serviço de medicina do viajante com prioridade quando houver contraindicação
● Grave	Febre com petéquias ou púrpura , rigidez de nuca, alteração de consciência; lactente com apneia, cianose ou SpO ₂ < 92%; sarampo com dispneia, desidratação ou convulsão; febre com icterícia, sangramento ou oligúria após viagem ou vacina de febre amarela; anafilaxia pós-vacinal	Pronto-socorro pelo SAMU (192); púrpura febril: ceftriaxona antes da remoção (ver tratamento); oxigênio para manter SpO ₂ ≥ 94%; adrenalina IM na anafilaxia; avisar o destino e usar máscara cirúrgica no transporte

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 6 meses (coqueluche) ou < 1 ano (sarampo); mãe sem dTpa na gestação.
- Imunodeficiência, asplenia, deficiência ou inibidor de complemento, desnutrição.
- Esquema incompleto; destino com surto ativo, estadia longa, área rural.

3. Diagnóstico no consultório

Consulta pré-viagem — o que perguntar e registrar

- Destino, duração, zona rural, contato com animais; caderneta; alergias (ovo, neomicina, proteína do leite de vaca); imunossupressão, corticoide ou biológicos; gestante ou lactante de bebê < 6 meses no grupo.
- Exigências do destino (CIVP de febre amarela; MenACWY para a peregrinação à Arábia Saudita, conjugada **≥ 10 dias e ≤ 5 anos** antes da chegada; polissacarídica ≤ 3 anos — CDC Yellow Book).

Surto ou caso índice — o que é clínico

- **Sarampo** suspeito: febre + exantema maculopapular + tosse, coriza ou conjuntivite. Exames conforme a vigilância; não esperar o resultado para notificar e vacinar contatos.

- **Coqueluche** suspeita: tosse em paroxismos, guincho, vômito pós-tosse; no lactente, apneia e cianose. PCR de nasofaringe (ver o documento Coqueluche do site).
- **Doença meningocócica:** febre + petéquias ou púrpura que não clareiam à vitropressão é doença meningocócica até prova em contrário. **Não coletar exame no consultório se isso atrasar antibiótico ou remoção.**
- **Febre depois de viagem:** febre amarela, dengue, malária, hepatite A, febre tifoide.

Contato próximo de doença meningocócica (Guia de Vigilância, MS 2023): moradores do mesmo domicílio, quem compartilha o dormitório, comunicantes de creche e escola e pessoas diretamente expostas às secreções do paciente. Profissionais de saúde só se fizeram procedimento invasivo (intubação, sonda) sem EPI.

4. Tratamento e seguimento

1. Vacinas para viagem (o pediatra prescreve; muitas estão só na rede privada)

VACINA	QUEM E QUANDO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Febre amarela	Rotina aos 9 meses e 4 anos; ≥ 10 dias antes do deslocamento; 6–9 meses só em área com circulação do vírus (SBP, adotada; MS: 6 a 8 meses, dose zero)	Não conta para a rotina; intervalo mínimo de 4 semanas até a dose dos 9 meses (Prefeitura de SP). Viagem internacional: vale 1 dose (OMS). SBP 2026/2027
Tríplice viral (dose zero)	6 a 11 meses e 29 dias indo a local com surto ativo	Bio-Manguinhos e Merck de 6 a 8 meses e 29 dias; Serum Institute de 9 a 11 meses e 29 dias, contraindicada na APLV (MS, NT nº 21/2026). Doses de 12 e 15 meses mantidas
Hepatite A	A partir de 12 meses, 2 doses (0 e 6 meses)	1 dose antes da viagem já protege a maioria em 2–4 semanas (CAV-AEP). SBP 2026/2027
Febre tifoide	Destinos de saneamento precário (sul da Ásia, África, zonas rurais)	Vi polissacarídica ≥ 2 anos, 0,5 mL IM, dose única ≥ 2 semanas antes; oral ≥ 6 anos (Guia Vacinal do site)
Meningocócica ACWY	Peregrinação à Arábia Saudita (obrigatória), cinturão africano da meningite	Esquema por marca conforme "Vacinas – Atualizações 2026"
Raiva pré-exposição	Estadia em área com raiva e acesso difícil a atendimento; contato com animais	2 doses (dias 0 e 7), IM (0,5 ou 1,0 mL, conforme o fabricante; deltoide ou vasto lateral < 2 anos) ou ID (0,2 mL em 2 sítios) (MS, NT nº 8/2022)
Dengue (Qdenga®)	4 a 60 anos, 2 doses (0 e 3 meses)	Contraindicada em imunocomprometidos, gestantes e lactantes (SBP 2026/2027)
Influenza e COVID-19	A partir de 6 meses, conforme o calendário	Conferir antes da viagem

Regras que valem em toda viagem

- **Febre amarela e tríplice viral ou tetraviral em < 2 anos: não aplicar no mesmo dia; ideal 30 dias de intervalo** (SBP 2026/2027).
- **Lactante de bebê < 6 meses** vacinada contra febre amarela suspende o aleitamento por **10 dias** (SBP 2026/2027).
- **Reexposição à raiva** em quem completou a pré-exposição: vacina nos dias 0 e 3, **sem soro nem imunoglobulina** (MS, NT nº 8/2022).

2. Bloqueio vacinal e doses de surto

- **Sarampo:** vacinar os contatos suscetíveis **em até 72 horas** da notificação do caso suspeito (NT nº 194/2024 e nº 21/2026): de 6 a 11 meses e 29 dias com a dose zero; a partir de 12 meses, conforme a situação vacinal. Criança < 6 meses, gestante e imunodeprimido não recebem vacina: imunoglobulina humana conforme a vigilância e o CRIE.

- **Varicela:** a partir de 9 meses em surto ou contato íntimo, até 5 dias após o contato (de preferência 72 h); antes de 12 meses não conta (SBP 2026/2027).
- **Doença meningocócica:** o bloqueio vacinal só existe em **surto caracterizado com sorogrupo confirmado**, por decisão conjunta das três esferas de gestão; títulos protetores levam 7–10 dias (Guia de Vigilância, MS 2023). Fora disso, **atualizar a caderneta** dos contatos.
- **Coqueluche:** dTpa em toda gestação a partir de 20 semanas; se perdida, no puerpério o quanto antes; conferir pentavalente/DTP dos irmãos (documento Coqueluche do site).

3. Quimioprofilaxia de contatos — doses com fonte

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Doença meningocócica — rifampicina (1ª escolha)	< 1 mês: 5 mg/kg/dose; ≥ 1 mês: 10 mg/kg/dose (máx. 600 mg)	12/12 h	2 dias	Guia de Vigilância, MS 2023 (Quadro 3); de preferência até 48 h da exposição; urina e lágrima alaranjadas (bula); reduz o efeito do anticoncepcional (UKHSA)
Doença meningocócica — ceftriaxona (alternativa)	< 12 anos: 125 mg IM; ≥ 12 anos: 250 mg IM	—	Dose única	Guia de Vigilância, MS 2023; quando a rifampicina não puder ser usada ou não houver garantia de adesão
Doença meningocócica — ciprofloxacino (alternativa)	> 18 anos: 500 mg VO	—	Dose única	Guia de Vigilância, MS 2023 (o UKHSA usa em todas as idades — ver Leitura)
Coqueluche — azitromicina < 6 meses	10 mg/kg/dia	1×/dia	5 dias	MS, NT Conjunta nº 165/2025; documento Coqueluche do site
Coqueluche — azitromicina 6 meses a < 12 anos	10 mg/kg no 1º dia (máx. 500 mg); 5 mg/kg/dia do 2º ao 5º (máx. 250 mg)	1×/dia	5 dias	MS, NT Conjunta nº 165/2025
Coqueluche — azitromicina ≥ 12 anos/≥ 45 kg	500 mg no 1º dia; 250 mg do 2º ao 5º	1×/dia	5 dias	MS, NT Conjunta nº 165/2025; claritromicina, eritromicina e SMX-TMP como alternativas, com as doses do documento Coqueluche

- **Doença meningocócica:** todos os contatos próximos recebem quimioprofilaxia, **independentemente do estado vacinal**; o próprio paciente também a recebe na alta, exceto se foi tratado com ceftriaxona. Gestante: a rifampicina tem sido usada, sem evidência de teratogenicidade (Guia de Vigilância, MS 2023).

- **Coqueluche (NT Conjunta nº 165/2025):** até **21 dias** da exposição, com as mesmas doses do tratamento, para os grupos prioritários — crianças < 1 ano, imunocomprometidos, doença pulmonar crônica; quem mora com eles; gestantes a partir de 32 semanas não vacinadas, profissionais de saúde que atendem vulneráveis e quem convive com lactentes (creches).

O que não fazer: adiar o bloqueio à espera do laboratório; contar dose zero como dose de rotina; usar ciprofloxacino em menores de 18 anos como primeira opção; aplicar vacina viva em imunodeprimido sem avaliação do CRIE.

Notificação: sarampo, rubéola, febre amarela, coqueluche, doença meningocócica e demais meningites, e ESAVI graves são de **notificação obrigatória (compulsória)**, já na suspeita. A vigilância organiza contatos, bloqueio e medicamentos.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Febre com **petéquias ou púrpura**, sinais meníngeos, sonolência, tempo de enchimento capilar prolongado ou extremidades frias.
- Lactente contato de coqueluche com **apneia, cianose, bradicardia**, dificuldade para mamar; todo lactente < 3 meses com suspeita de coqueluche.
- Sarampo com desconforto respiratório, SpO₂ < 92%, desidratação, convulsão ou alteração de consciência.
- **Febre com icterícia, sangramento, vômitos persistentes ou oligúria** após viagem (febre amarela, dengue grave, malária) ou após a vacina de febre amarela (doença viscerotrópica).

Como encaminhar

- **Púrpura febril:** ceftriaxona 1ª dose 100 mg/kg IV ou IM (máx. 4 g) antes da transferência, se não atrasar a remoção; penicilina cristalina como alternativa; manutenção conforme o serviço, MS 100 mg/kg/dia (padrão do site; NICE NG240 também indica antibiótico fora do hospital se não atrasar a transferência).
- **Anafilaxia:** adrenalina IM 1 mg/mL 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança; 0,5 mg no adolescente), vasto lateral da coxa, repetir em 5–15 min se necessário (padrão do site).
- Oxigênio para manter **SpO₂ ≥ 94%**; acesso venoso e cristalóide 20 mL/kg se houver choque e equipe treinada; **SAMU (192); máscara cirúrgica** no paciente, aviso ao serviço de destino (isolamento para sarampo e doença meningocócica) e notificação.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- Levar a caderneta (ou uma foto) e o CIVP digital em toda viagem.

- Depois da vacina de febre amarela, reações leves (febre baixa, dor no corpo) podem ocorrer nos dias seguintes; **pele ou olhos amarelados, sangramento, sonolência ou convulsão** exigem pronto-socorro.
- Contato de doença meningocócica: tomar o antibiótico no horário e até o fim; **febre com manchas roxas ou vermelhas que não somem ao apertar** é emergência, mesmo durante a profilaxia.
- Contato de coqueluche: tosse que aumenta, crises de tosse com vômito ou, no bebê, pausas na respiração ou lábios roxos — voltar no mesmo dia ou ir ao pronto-socorro.
- Febre nas semanas após uma viagem: procurar o pediatra e **contar onde esteve**.
- Retorno programado para as doses que faltam (febre amarela aos 9 meses, tríplice viral aos 12 e 15 meses, 2ª dose de hepatite A e de dengue).

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAMBRIDGE
Tríplice viral antes de 12 meses	6–12 meses em surto ou contato domiciliar; não conta	Dose zero 6–11 m 29 d: bloqueio e viagem a surto ativo	6–11 meses antes de viagem, ≥ 2 semanas antes; não conta	Sem posição específica localizada	6–10 meses antes de viagem; não computável	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Febre amarela abaixo de 9 meses	6–9 meses se circulação comprovada; não vale	6–8 meses em área com circulação; não vale	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	6–9 meses só se risco muito alto	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Febre amarela, doses	2 doses (9 m e 4 a) para todos	2 doses se iniciou < 5 anos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	1 dose, proteção por toda a vida	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Hepatite A para viagem	2 doses a partir de 12 m	Dose única aos 15 m (rotina)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	≥ 12 m; 6–11 m aceita, não conta (cita CDC)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Profilaxia de contato meningocócico	Sem posição localizada	Rifampicina 1ª; ceftriaxona; cipro > 18 a	Contatos próximos (Red Book, citado pelo MS)	Discutir medidas para contatos; UKHSA: cipro dose única	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue NICE/UKHSA

Leitura. Há convergência em que doses dadas antes da idade de rotina **protegem, mas não contam** para o esquema, e em que o antibiótico na suspeita de doença meningocócica não deve atrasar a remoção. As diferenças estão nas faixas etárias: na tríplice viral, SBP 6 a 12 meses, MS 6 a 11 meses e 29 dias (por fabricante), AEP 6 a 10 meses. Na febre amarela, a SBP mantém 2 doses para todos, enquanto a OMS e a AEP consideram uma dose vitalícia; para o CIVP basta uma. Na quimioprofilaxia meningocócica, o MS prefere a **rifampicina** (e reserva o ciprofloxacino a maiores de 18 anos), enquanto o UKHSA prefere o **ciprofloxacino**

em dose única em todas as idades. Posição do site: calendário e doses de surto pela SBP; onde a SBP não se posiciona (quimioprofilaxia, bloqueio, raiva), o Ministério da Saúde.

PONTOS PRÁTICOS

1. Consulta pré-viagem: primeiro o calendário SBP/PNI, depois as vacinas do destino, 4–6 semanas antes (febre amarela ≥ 10 dias antes).
2. Dose zero (tríplice viral de 6 a 11 meses; febre amarela de 6 a 9 meses pela SBP, 6 a 8 pelo MS) não substitui nenhuma dose: registre como dose zero e agende as de rotina.
3. Em menores de 2 anos, febre amarela e tríplice viral ou tetraviral em datas separadas, idealmente com 30 dias de intervalo.
4. Contato de doença meningocócica: rifampicina 10 mg/kg/dose 12/12 h por 2 dias (máx. 600 mg) ou ceftriaxona IM em dose única, o mais cedo possível — independentemente da vacina.
5. Contato de coqueluche do grupo prioritário: azitromicina com a dose do tratamento, até 21 dias da exposição; e dTpa em toda gestante a partir de 20 semanas.
6. Notificação obrigatória (compulsória) já na suspeita: é ela que faz o bloqueio chegar a tempo.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Imunizações. [Calendário de Vacinação da SBP — Atualização 2026/2027 \(Documento Científico nº 56\)](#), 2026.
- Ministério da Saúde (CGICI/DPNI/SVSA). [Nota Técnica nº 21/2026 — dose zero da tríplice viral de 6 a 11 meses e 29 dias no bloqueio vacinal e para viajantes](#), 2026.
- Ministério da Saúde. [Nota Técnica nº 194/2024 — indicação da dose zero da tríplice viral](#), 2024.
- Ministério da Saúde. [Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed. — Doença meningocócica](#), 2023.
- Ministério da Saúde. [Nota Técnica nº 8/2022-CGZV/DEIDT/SVS/MS — profilaxia pré, pós e reexposição da raiva humana](#), 2022.
- Ministério da Saúde (BVS). [Em 2020, Ministério da Saúde amplia público para vacinas contra febre amarela e gripe](#), 2020.
- Prefeitura de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde. [Vacina Febre Amarela \(atenuada\)](#).
- American Academy of Pediatrics. [Measles Vaccine](#), 2025.

- NICE. [NG240 — Meningitis \(bacterial\) and meningococcal disease: recognition, diagnosis and management](#), 2024.
- UK Health Security Agency. [Guidance for public health management of meningococcal disease in the UK](#), 2025.
- Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). [Inmunizaciones del niño viajero — Manual de inmunizaciones en línea](#), 2025.
- CDC. [Yellow Book — Meningococcal disease](#).
- Veja também no site: Coqueluche; Pele nas doenças sistêmicas; Guia Vacinal Completo; Imunobiológicos em Pediatria; Vacinas – Atualizações 2026; Calendário vacinal SBP 2026/2027.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.