

Calendário de vacinação da SBP 2026/2027

DC SBP nº 56 (28/07/2026) comparado com PNI 2026, AAP 2026 (e a ruptura com o CDC), NHS/UKHSA jan/2026, CAV-AEP 2026, Itália (PNPV/Calendario per la Vita 2025) e OMS.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck · Departamento SBP: Imunizações

Atualização SBP: DC nº 56 de 28/07/2026 · Análise: setembro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre a atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria e AAP, NICE, AEP, Sociedade Italiana de Pediatria, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins Children's Center. [Documento original da SBP](#) (acervo, associados) ·  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. O que a SBP recomenda | 3. Concordâncias e discordâncias |
| 2. Posição das referências internacionais | 4. Síntese |
| | 5. Fontes |

EM RESUMO

O DC nº 56 traz o calendário 2026/2027 para crianças e adolescentes hígidos de 0 a 19 anos, com 20 notas explicativas. As **novidades** em relação a 2025/26: pneumocócica conjugada 20-valente (ou 15) em esquema **3+1** (2, 4, 6, 12–15 meses), enquanto o PNI adotou a PCV20 em 2+1 desde junho de 2026; **VIP em 5 doses** (o PNI reincorporou o 2º reforço aos 4 anos em agosto de 2026); capítulo de VSR com **clesrovimabe** ao lado do nirsevimabe e regras para não combinar vacina materna e monoclonal em termos sem comorbidade; Qdenga de 4 a 60 anos. Mantêm-se as marcas do calendário SBP: MenACWY desde os 2 meses (preferida à MenC), MenB de rotina (2 doses + reforço), hepatite A em 2 doses, HPV9 em 2 doses até 19 anos, febre amarela em 2 doses (9 meses e 4 anos), influenza anual universal, SCR/varicela aos 12 e 15 meses e COVID-19 de 6 meses a < 5 anos. Comparado às referências, o calendário brasileiro é o **mais amplo**: recomenda mais doses (PCV, VIP, HPV, hepatite A, varicela precoce) e mais produtos (MenACWY no lactente, MenB, dengue) do que PNI, NHS, AEP, Itália e OMS, e coincide com a AAP no PCV 3+1, na hepatite A em 2 doses e no monoclonal de VSR. O documento omite a Butantan-DV, a pentavalente MenABCWY, o paracetamol profilático com a MenB e a fratura de 2026 entre a AAP e o CDC nos EUA.

1. O que a SBP recomenda

Documento: DC nº 56, 28/07/2026, 7 p. DC de Imunizações (pres. Eduardo Jorge da Fonseca Lima; sec. Renato Kfoury). Para crianças e adolescentes hígidos de 0 a 19 anos.

VACINA	SBP 2026/27	PNI 2026
BCG	Ao nascer, > 2 kg; sem revacinação sem cicatriz; adiar ≥ 6 m se mãe usou biológicos/imunossupressores	Ao nascer
Hepatite B	< 12 h + 2, 6 m (privado 0, 2, 6); penta 2, 4, 6 no PNI; ≤ 2 kg ou < 33 s: 0, 2, 4, 6	Ao nascer + penta 2, 4, 6
DTPa/dTpa	2, 4, 6, 15 m, 4–6 a (DTPa preferida); dTpa 14 a e a cada 5–10 a; gestante ≥ 20 s	Penta 2, 4, 6; DTP 15 m, 4 a; dT 14 a
Hib	2, 4, 6 m (+ 15 m se combinada)	Penta
VIP	2, 4, 6, 15 m e 4–6 a (5 doses)	2, 4, 6, 15 m + 4 a (reincorporada ago/2026)
Pneumocócica	PCV20 ou PCV15, 3+1 (2, 4, 6, 12–15 m); intercambiáveis	PCV20 2+1 (2, 4, 12 m) desde jun/2026
Meningocócica ACWY/C	MenACWY desde 2 m (preferida) , reforço 5–6 a e ≥ 11 a	MenC 3, 5 m; MenACWY 12 m e 11–14 a
Meningocócica B	2–12 m: 2 doses (≥ 2 m) + reforço 2º ano; ≥ 2 a: 2 doses	Não ofertada
Rotavírus	RV1 2, 4 m ou RV5 2, 4, 6 m; 1ª até 11 m 29 d, última até 23 m 29 d	RV1 2, 4 m
Influenza	Anual ≥ 6 m, todos até 19 a; 2 doses na primovac	

Novidades 2026/27: PCV20 (PNI 2+1; SBP 3+1); VIP 2º reforço aos 4 anos; clesrovimabe; regras de combinação vacina materna/monoclonal; Qdenga até 60 anos.

Não aborda: Butantan-DV (suspensa); pentavalente MenABCWY; paracetamol profilático com MenB; Mpox; a ruptura AAP–CDC de 2026; comparação com calendários estrangeiros.

2. Posição das referências internacionais

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
AAP / CDC 2026	AAP — Recommended immunization schedule 2026 (Pediatrics 2026;157:e2025075754); CDC — Child and adolescent schedule 2026	AAP: hepatite B ao nascer universal; rotavírus; DTaP; PCV15/20 3+1 ; IPV 4 doses; influenza ≥ 6 m; COVID 6–23 m + risco (2–18 a decisão compartilhada); SCR/varicela 12–15 m + 4–6 a; hepatite A 2 doses ; Tdap 11–12; HPV 2 doses 9–14 a ; MenACWY 11–12 e 16; MenB 16–23 (SCDM); MenABCWY ≥ 10 a; VSR nirsevimabe/clesrovimabe; dengue descontinuada (set/2025). Em 2026 o CDC/HHS passou a decisão compartilhada várias vacinas (hepatite B ao nascer em HBsAg-negativas, rotavírus, hepatite A, influenza, COVID, meningocócicas) — a AAP não seguiu, declarando que o CDC "se afasta da evidência", e publicou calendário próprio.
Reino Unido — NHS / UKHSA (jan/2026)	UKHSA — Changes to the childhood immunisation schedule from January 2026; NHS — Vaccinations and when to have them	8 s: 6-em-1, MenB, rotavírus; 12 s: 6-em-1, MenB, rotavírus; 16 s: 6-em-1, PCV13; 1 ano: PCV13, MenB, SCRV (nascidos ≥ 2025); 18 m: 6-em-1 + SCRV; 3 a 4 m: 4-em-1; influenza nasal 2 anos–ano 11; HPV 1 dose 12–13 a ; Td/IPV + MenACWY 14 a; gestante coqueluche 20 s, V

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
Harvard — Boston Children's / Johns Hopkins	Seguem o calendário AAP/CDC	Prática hospitalar alinhada à AAP; ambos endossaram publicamente a posição da AAP em 2026.
SBIIm 2026/27	<u>SBIIm — Calendário 2026/27 (19/06/2026)</u>	Praticamente igual à SBP; VIP 4 doses na versão de abril; DTPa reforço 9–11 a.

3. Concordâncias e discordâncias

VACINA	SBP	PNI	AAP	NHS	CAV-AEP	ITÁLIA	OMS	LEITURA
PCV esquema	3+1	2+1	3+1	2+1 (PCV13)	2+1 (15) ou 3+1 (20)	2+1	3p+0 ou 2p+1	Divergência: SBP/AAP 3+1 vs programas públicos 2+1
VIP doses	5	5 (desde ago/2026)	4	5 (na 6-em-1 + 4-em-1)	5	5	≥ 3	Concordância ampla
MenACWY no lactente	Desde 2 m	MenC 3, 5 m + ACWY 12 m	Só risco	Nenhuma no 1º ano (desde 2026)	4 e 12 m	≥ 12 m	—	SBP mais precoce que todas
MenB rotina	Sim	Não	Não (< 10 a)	Sim	Sim	Sim	—	SBP com a Europa
Hepatite A	2 doses	1 dose	2 doses	Não	1 dose (novo)	Regional	Opcional	SBP com AAP
HPV	2 doses até 19 a	1 dose 9–14	2 doses 9–14	1 dose	1 dose	2 doses	1–2 doses	Divergência: SBP mantém 2 doses
Varicela	12 e 15 m	15 m e 4 a	12–15 m e 4–6 a	12 e 18 m	15 e 24 m	13–15 m e 6 a		

VACINA	SBP	PNI	AAP	NHS	CAV-AEP	ITÁLIA	OMS	LEITURA
Rotavírus	RV1 ou RV5	RV1	Ambas	RV1	Ambas	Sim	Sim	Concordância

4. Síntese

O calendário SBP 2026/27 continua sendo o mais abrangente entre os comparados — e é preciso distinguir o que é diferença de evidência do que é diferença de escolha programática. Onde há **convergência técnica** (PCV20 como produto, VIP em 5 doses, VSR com vacina materna e monoclonal, rotavírus, SCR/varicela em 2 doses, dTpa na gestante), a SBP está em linha com AAP, NHS, AEP e Itália. Onde diverge, geralmente é por recomendar **mais**: o esquema pneumocócico 3+1 (que a AAP mantém, mas PNI, NHS, Itália e OMS abandonaram em favor do 2+1 com resultados equivalentes); a MenACWY desde os 2 meses (nenhuma outra referência a usa tão cedo — o Reino Unido, aliás, retirou toda meningocócica conjugada ACWY/C do primeiro ano em 2026, confiando na MenB e na dose do adolescente); o HPV em 2 doses até 19 anos, quando OMS, NHS, AEP e o próprio PNI adotaram dose única com base nos ensaios KEN SHE e DoRIS; a febre amarela em 2 doses, contra a dose única vitalícia da OMS; e a varicela aos 12 e 15 meses, com o intervalo mais curto entre as referências. Essas escolhas maximizam proteção individual na rede privada e são defensáveis, mas o pediatra deve saber que não decorrem de evidência superior à dos programas públicos que fazem menos. O contexto internacional de 2026 acrescenta um dado inédito: nos EUA, a AAP publicou calendário próprio depois que o CDC transferiu vacinas de rotina para "decisão compartilhada" sem nova evidência — a SBP não comenta o fato, mas o alinhamento do calendário brasileiro com a AAP, e não com o CDC, é o que importa ao leitor. Duas omissões pontuais: o paracetamol profilático com a MenB, adotado pelo Reino Unido e pela CAV-AEP, e a vacina pentavalente MenABCWY, disponível nos EUA para <

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **PCV20 em transição no PNI:** crianças que iniciaram com PCV10 podem completar com PCV20 (2 m PCV20 + 4 m PCV10 ou vice-versa, reforço PCV20 aos 12 m); na rede privada a SBP mantém 3+1 — explicar às famílias que o esquema 2+1 do SUS também é completo.
2. **VIP aos 4 anos:** verificar nas cadernetas de 2024–2025 se falta o 2º reforço e atualizar.
3. **HPV:** o PNI dá uma dose de HPV4 aos 9–14 anos; a SBP prefere HPV9 em 2 doses — quem recebeu 1 dose de HPV4 pode completar com 2 de HPV9 (intervalo ≥ 6 meses).
4. **VSR:** não aplicar monoclonal em RN a termo de mãe vacinada ≥ 14 dias antes do parto sem comorbidade; clesrovimabe (105 mg, dose fixa) só < 12 meses e sem registro na ANVISA até a data deste documento.
5. **MenB:** paracetamol profilático nas duas primeiras doses reduz febre (Green Book, CAV-AEP), embora a SBP não o mencione.
6. **Febre amarela e SCR/SCRV** em < 2 anos: intervalo de 30 dias; não aplicar simultaneamente.
7. **Dengue:** Qdenga a partir de 4 anos; a Butantan-DV está suspensa (jun/2026) — ver a Nota de Esclarecimento nº 49.

5. Fontes

- SBP. Calendário de Vacinação da SBP — Atualização 2026/2027. Documento Científico nº 56, Departamento de Imunizações, 28/07/2026. sbp.com.br
- Ministério da Saúde/PNI. Calendário Nacional de Vacinação 2026; Instrução Normativa 2026; Nota Técnica PCV20 (jun/2026); reincorporação do 2º reforço de VIP (ago/2026).

- WHO. Summary of WHO position papers — recommended routine immunizations for children (Tabela 1, dez/2025).
- SBIIm. Calendário de vacinação 2026/27 (jun/2026).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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.