

Doença meningocócica no Brasil e vacina 4CMenB em lactentes

Nota Técnica SBP nº 47 (02/06/2026) comparada com CDC/ACIP e AAP, JCVI/Green Book, CAV-AEP e Ministério espanhol, PNPV/SIP (Itália), ECDC/OMS, Harvard e Johns Hopkins.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076
Professor do Centro Universitário Max Planck · Departamento SBP: Infectologia
Atualização SBP: Nota Técnica nº 47 de 02/06/2026 · 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
2. Posição das referências internacionais
3. Concordâncias e discordâncias
4. Síntese
5. Fontes

EM RESUMO

A Nota Técnica nº 47, elaborada com apoio da GSK, responde ao parecer desfavorável da CONITEC (abril de 2026) à incorporação da vacina meningocócica B recombinante (4CMenB, Bexsero) para menores de 1 ano. Mostra que **o sorogrupo B é o principal causador de doença meningocócica no Brasil desde 2023** (55% dos casos com sorogrupo identificado em 2025; **73% nos menores de 1 ano**, cuja incidência é de 5,78/100 mil), revisa a imunogenicidade e a efetividade em vida real (Reino Unido 2 doses 83% no 1º ano; Portugal 79%; Toscana 94%; Austrália do Sul 93%; metanálise STIKO 81% < 6 anos), discute a ausência de imunidade de rebanho, a segurança (febre mais frequente, prevenível com paracetamol profilático) e as falhas vacinais, lista os 20 países com MenB no calendário infantil e **conclui que a inclusão da 4CMenB no PNI em esquema 2+1 para lactentes deve ser considerada medida estratégica**. Reino Unido, Espanha, Itália, Portugal e Chile já fazem exatamente isso; os EUA não licenciam MenB abaixo de 10 anos e a reservam a adolescentes por decisão compartilhada; a OMS não tem recomendação global. O ponto que a nota não enfrenta é o motivo central da negativa: custo (≈ R\$ 5,5 bilhões em 5 anos) e capacidade de fornecimento (≈ 15% da demanda).

1. O que a SBP recomenda

Documento: Nota Técnica nº 47, 02/06/2026, 19 p. DC de Infectologia (pres. e relator Marco Aurélio Palazzi Sáfiadi; sec. Marcelo Comerlato Scotta). Material elaborado com apoio da GSK (NP-BR-MNU-MONO-260001); autores declaram ausência de conflitos.

TEMA	POSIÇÃO DA SBP
Doença	Letalidade 10–20%; sequelas em até 20% dos sobreviventes; 12 sorogrupos (A, B, C, W, Y, X causam quase todos os casos); colonização em adolescentes/adultos jovens 5–15%; risco: < 5 anos (sobretudo < 1 ano), deficiência de complemento, asplenia, HIV, eculizumabe
Epidemiologia brasileira	MenC 2010 → queda nos vacinados sem efeito indireto → dose no adolescente 2017; ACWY desde 2020. Pandemia reduziu casos; retorno a partir de 2022. Desde 2023 o sorogrupo B é o principal no país. 2025: B 55%, C 30,5%, W 7,5%, Y 7% , mas só 60% dos 1.149 casos tiveram sorogrupo identificado. < 1 ano: B 73%, C 15%, W 6%, Y 6% ; < 15 anos: B 80%. Surto de MenB em Maceió e Belém. Incidência 2025: < 1 ano 5,78/100 mil; 1–4 anos 1,93; geral 0,66
Vacinas	4CMenB (Bexsero: fHbp, NadA, NHBA + OMV NZ98/254 PorA P1.4) aprovada no Brasil de 2 meses a 50 anos; MenB-fHbp (Trumenba) 10–25 anos; proteção cruzada contra cepas não-B que expressem antígenos vacinais (MATs, gMATs, MenDeVAR)
Imunogenicidade	≥ 95% hSBA ≥ 4 após 2 doses primárias e ≥ 92% após reforço (2+1 com PCV13); UK 2, 4, 12 m: 97%; persistência 4–7,5 anos em adolescentes; 24–36 meses em 2–10 anos
Efetividade / impacto	UK: 2 doses 83% no 1º ano (94% ajustada); 3 anos: 2 doses 53%, 3 doses 59% (64–71% cepas cobertas); redução de 75% de DMI-B; Portugal 79%; Itália Toscana (3+1) 94%, Vêneto (2+1) 91%; Canadá (campanha) 86%, sem efeito indireto; Espanha 71% esquema completo / 64% ≥ 1 dose, 92% contra não-B; Austrália do Sul 2 doses 93%, 3 doses 98,5%; STIKO 2024 (metanálise): < 6 anos 81%
Considerações	(1) dados de mundo real robustos em < 1 ano; (2) efetividade depende do repertório antigênico, captado pelos programas nacionais; (3) sem redução de colonização → sem imunidade de rebanho: o objetivo é proteção direta; (4) segurança aceitável: febre mais frequente; eventos raros (convulsão febril, EHH, anafilaxia) sem mortes; paracetamol profilático protege contra febre nas 24 h; (5) falhas vacinais com gravidade semelhante; pico desloca para 1–3 meses → vacinar oportunamente; (6) 20 países com MenB em lactentes (UK, Portugal, Espanha, Itália, França, Alemanha, Irlanda, Suíça, Chile, Uruguai, Austrália etc.); EUA só adolescentes
Conclusão	Inclusão da 4CMenB no PNI em esquema 2+1 para lactentes deve ser considerada medida estratégica

Não aborda: custo-efetividade e preço (motivo central da negativa da CONITEC: fornecimento ≈ 15% da demanda; ≈ R\$ 5,5 bilhões em 5 anos); o esquema detalhado do calendário SBP (2, 4 + reforço no 2º ano); a antecipação da 2ª dose para 12 semanas no Reino Unido (2025); a dose do paracetamol; MenACWY no lactente; a pentavalente MenABCWY; comparação com o ECDC.

2. Posição das referências internacionais

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
EUA — CDC/ACIP / AAP	ACIP — Meningococcal vaccine recommendations (MMWR 08/01/2026) ; AAP — Immunization schedule 2026 (Pediatrics 2026;157:e2025075754)	MenB não licenciada < 10 anos → lactentes de alto risco recebem apenas MenACWY (desde 2 meses). MenB de rotina só para alto risco ≥ 10 anos (asplenia, complemento, eculizumabe, surtos); adolescentes 16–23 anos por decisão clínica compartilhada (preferência 16–18), 2 doses; MenABCWY (Penbraya, Penmenvy) ≥ 10 anos. MenACWY 11–12 + 16 anos: em jan/2026 o HHS/CDC retirou a dose de 11–12 das universais (SCDM); a AAP rejeitou e a manteve no calendário 2026.
Reino Unido — JCVI / Green Book	UKHSA — Meningococcal B vaccine: information for healthcare professionals ; Ladhani SN et al. NEJM 2020 ; UKHSA — mudanças no calendário 2026	Primeiro programa nacional (set/2015): 4CMenB 2+1 aos 8 e 12 semanas (2ª dose antecipada de 16 para 12 semanas em 01/07/2025) + 12 meses, com paracetamol profilático em 3 doses nas duas primeiras aplicações. Impacto: –75% de DM-B; EV 52,7% (2 doses) / 59,1% (2+1). Jan/2026: Hib/MenC retirada dos 12 meses, MenB mantida. MenACWY aos 14 anos. Incorporação só após negociação de preço.
Espanha — CAV-AEP / Ministério	CAV-AEP — Calendario de vacunaciones e inmunizaciones 2026 ; Consejo Interterritorial 2025/26; Castilla J et al. NEJM 2023	MenB 2, 4 e 12 meses em todas as comunidades autônomas (programa nacional desde 2023; EV 71% no esquema completo). CAV-AEP: MenACWY aos 4 e 12 meses e 12 anos; Ministério mantém MenC aos 4 e 12 meses e MenACWY aos 12 anos — divergência interna. Paracetamol profilático recomendado pela CAV.
Itália — PNPV 2023–2025 / SIP	PNPV 2023–2025 ; SIP — Calendario per la Vita 2025 / posição 03/08/2026	MenB 2+1 aos 3, 5 e 15 meses (início aos 2 meses permitido); MenACWY ≥ 12 meses (com MPRV) e aos 12 anos; regiões oferecem MenB a adolescentes; SIP pede MenB gratuita para adolescentes conforme epidemiologia. Efetividade Toscana 93,6%.
ECDC / OMS / Portugal / Chile	ECDC — Invasive meningococcal disease, Annual Epidemiological Report 2023 ; WHO — Meningococcal vaccines position paper (2011) e Men5CV (2024)	Europa 2023: 1.895 casos, 0,4/100 mil, pico < 1 ano, B 57% , Y 20%, W 15%, letalidade 10,6%. OMS: sem recomendação global de MenB rotineira (position papers 2011, MenA 2015, Men5CV para o cinturão africano 2024). Portugal PNV (out/2020): 2, 4, 12 meses (EV 79%). Chile: Bexsero 2 e 4 meses (2023) + reforço 18 meses (2024).
Harvard — Boston Children's	Sem documento próprio; segue CDC/AAP	Prática norte-americana: MenB só ≥ 10 anos (risco) e adolescentes por decisão compartilhada.
Johns Hopkins	Johns Hopkins Medicine — Meningococcal vaccine for teens	MenACWY 11–12 e 16 anos; MenB 16–23 anos opcional; crianças pequenas saudáveis não precisam ; só risco, surto ou viagem.
Brasil — PNI / CONITEC / SBIm	CONITEC — Relatório de recomendação nº 1.091 (abr/2026) ; Portaria SCTIE 21 (16/04/2026); SBIm — NT meningocócicas (ago/2025); Calendário SBP 2026–27 (28/07/2026)	PNI: MenC 3 e 5 meses; MenACWY aos 12 meses (desde 07/2025) e 11–14 anos; MenB não incorporada (fornecimento ≈ 15% da demanda; ≈ R\$ 5,5 bilhões/5 anos, ~4× o custo médio). SBP 2026–27: MenB 2–12 meses 2 doses (intervalo ≥ 2 meses) + reforço no 2º ano; 12–23 meses 2+1; ≥ 2 anos 2 doses; Trumenba 10–25 anos; MenACWY preferida à MenC desde 2 meses. SBIm: letalidade brasileira 21,1% (2024); B ≈ 60% dos sorogrupados desde 2021.

3. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBP	CDC/AAP	JCVI/UK	AEP/ESPANHA	ITÁLIA	ECDC/OMS	HARVARD	J. HOPKINS	LEITURA
MenB de rotina em lactentes	Sim; pede incorporação ao PNI	Não (sem licença < 10 a)	Sim desde 2015	Sim (2, 4, 12 m)	Sim (3, 5, 15 m)	OMS sem recomendação; Portugal/Chile sim	Não (CDC)	Não ("não precisam")	Divergência Europa vs EUA; SBP com a Europa
Esquema	2+1	—	8 s, 12 s + 12 m	2, 4, 12 m	3, 5, 15 m	2, 4, 12 m (PT)	—	—	Concordância no 2+1
Paracetamol profilático	Cita o benefício, sem dose	—	Sim, 3 doses nas 2 primeiras aplicações	Sim (CAV)	—	—	—	—	SBP não operacionaliza
Imunidade de rebanho	Não há; proteção direta	—	Confirmado (sem efeito em portadores)	—	—	—	—	—	Concordância
Efetividade em vida real	79–94%	—	53–83%	71%	91–94%	—	—	—	Concordância; magnitude varia com o esquema e a cobertura antigênica
MenACWY no lactente	Não aborda (calendário SBP: sim, desde 2 m)	Só alto risco	Não (MenB + MenACWY 14 a)	AEP sim / Ministério MenC	≥ 12 m	—	—	—	Divergência ampla
Adolescentes	MenACWY + MenB (Trumenba/Bexsero)	MenACWY + MenB (SCDM) + MenABCWY	MenACWY 14 a	MenACWY 12 a	MenACWY 12 a; MenB regional	—	CDC	MenACWY + MenB opcional	Concordância no MenACWY; MenB variável
Custo-efetividade	Não aborda	—	Só após negociação de preço	—	—	—	—	—	Lacuna central da nota
Conflito de interesses	Apoio GSK declarado	—	—	—	—	—	—	—	Transparente, mas relevante à leitura

4. Síntese

A nota técnica da SBP alinha o Brasil ao **modelo europeu**: Reino Unido, Espanha, Itália, Portugal, França, Alemanha e mais de uma dezena de países vacinam lactentes contra o meningococo B em esquema 2+1, com efetividade de 71–94% e sem expectativa de imunidade de rebanho. Os dados epidemiológicos brasileiros — B em 73% dos casos abaixo de 1 ano, incidência de 5,78/100 mil nessa faixa, letalidade nacional superior a 20% — são mais fortes do que os que motivaram o programa britânico em 2015, e a conclusão da SBP é tecnicamente coerente com a ECDC e com as sociedades europeias. A **divergência real** está com os Estados Unidos, onde a 4CMenB nunca foi licenciada abaixo de 10 anos e a MenB permanece uma vacina de adolescentes por decisão compartilhada; Harvard e Johns Hopkins seguem esse modelo, e a página do Johns Hopkins afirma que "crianças pequenas saudáveis não precisam" — posição que o pediatra brasileiro deve contextualizar pela epidemiologia local, em que o sorogrupo B domina o primeiro ano de vida. A nota, porém, deixa de lado o que decidiu a CONITEC: não foi a evidência de efetividade, mas o **custo (≈ R\$ 5,5 bilhões em 5 anos)** e a **capacidade de fornecimento (≈ 15% da demanda)**. O Reino Unido só incorporou a vacina após negociação de preço com a GSK, e esse é o caminho que a nota — elaborada com apoio da própria fabricante, conflito declarado com transparência — não discute. Faltam também a operacionalização do paracetamol profilático, que o Green Book e a CAV-AEP recomendam de rotina nas duas primeiras doses, e a antecipação britânica da segunda dose para 12 semanas, que responde ao deslocamento do pico de casos para 1–3 meses citado pela própria nota.

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **Na rede privada**, seguir o calendário SBP 2026–27: 4CMenB aos 2 e 4 meses (intervalo ≥ 2 meses) com reforço no 2º ano; iniciar o quanto antes, pois o pico de casos ocorre entre 1 e 3 meses.
2. **Paracetamol profilático** (10–15 mg/kg) na aplicação e a cada 4–6 h por 3 doses nas duas primeiras doses de 4CMenB reduz febre sem prejudicar a resposta — conduta do Green Book e da CAV-AEP que a nota apenas menciona.
3. **Coadministração** com as vacinas do calendário é segura, mas aumenta a febre; em prematuros extremos clinicamente instáveis, adiar.
4. **Sem imunidade de rebanho**: a vacinação de adolescentes não protege lactentes; a proteção do bebê depende da sua própria vacinação.
5. **No SUS**, a criança recebe MenC (3, 5 meses) e MenACWY (12 meses); explicar à família que a MenB é recomendada pela SBP, mas não ofertada — e que a negativa da CONITEC foi econômica, não de eficácia.
6. **Grupos de risco** (asplenia, complemento, eculizumabe, HIV): MenB e MenACWY em qualquer idade, com reforços.

5. Fontes

- SBP. Atualização no cenário epidemiológico da doença meningocócica no Brasil e oportunidades para incorporação da vacina meningocócica B recombinante (4CMenB) em lactentes. Nota Técnica nº 47, Departamento de Infectologia, 02/06/2026. sbp.com.br
- CDC/ACIP. Meningococcal vaccine recommendations. MMWR 2026;75(1). AAP. Recommended childhood and adolescent immunization schedule 2026. Pediatrics 2026;157(3):e2025075754.
- UKHSA. Meningococcal B vaccine: information for healthcare professionals; Green Book chapter 22. Ladhani SN et al. Vaccination of infants with meningococcal group B vaccine (4CMenB) in England. N Engl J Med 2020;382:309–17.
- CAV-AEP. Calendario de vacunaciones e inmunizaciones 2026. Castilla J et al. Effectiveness of a meningococcal group B vaccine (4CMenB) in children. N Engl J Med 2023;388:427–38.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023–2025. Società Italiana di Pediatria. Calendario per la Vita 2025.
- ECDC. Invasive meningococcal disease — Annual Epidemiological Report for 2023 (2025). WHO. Meningococcal vaccines: position papers (2011, 2015, 2024).
- STIKO. Wissenschaftliche Begründung MenB-Impfung im Säuglingsalter. Epid Bull 2024.
- CONITEC. Relatório de recomendação nº 1.091 — vacina meningocócica B (abr/2026). Portaria SCTIE 21/2026. SBIm. Nota técnica: vacinas meningocócicas (ago/2025). SBP. Calendário de vacinação 2026–2027 (28/07/2026).
- Johns Hopkins Medicine. Meningococcal vaccine for teens. Boston Children's Hospital. Immunization guidance (CDC/AAP).

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.