

Calendário de Vacinação da SBP – Atualização 2026/2027 –

Departamento Científico de Imunizações (Gestão 2025-2028)

Presidente: Eduardo Jorge da Fonseca Lima

Secretário: Renato de Ávila Kfourir

Conselho Científico: Alberto Jorge Félix Costa, Consuelo Silva de Oliveira, Daniel Jarovsky, Heloisa Ihle Giamberardino, Jocileide Sales Campos, Jose Geraldo Leite Ribeiro, Juarez Cunha, Maria do Socorro Ferreira Martins, Melissa Palmieri, Tania Cristina de M. Barros Petraglia

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO 2026/2027 (RECOMENDAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA)

IDADE	Ao nascer	meses										anos					
		2	3	4	5	6	7-11	12	15	18	4 a 6	9	11-12	13-15	16	17-19	
BCG ID	●																
Hepatite B	●	●		○		●					Adolescentes não vacinados deverão receber 3 doses						
Rotavírus		●		●		○											
DTP/DTPa		●		●		●			●		●						
dTpa / dT														●			
Hib		●		●		●			●								
VIP		●		●		●			●		●						
Pneumocócica conjugada		●		●		●		●									
Meningocócicas conjugadas C e ACWY			●		●			●			●		●		○		
Meningocócica B recombinante			●		●			●				Adolescentes não vacinados deverão receber 2 doses					
Influenza						A partir dos 6 meses de idade											
SCR / Varicela / SCRv							●	●			Adolescentes não vacinados deverão receber 2 doses						
Hepatite A							●		●		Adolescentes não vacinados deverão receber 2 doses						
HPV											Meninos e meninas a partir dos 9 anos de idade deverão receber 2 doses						
Febre amarela							A partir de 9 meses de idade, segunda dose aos 4 anos					Não vacinados deverão receber 2 doses					
COVID-19						Vacinação recomendada para crianças e adolescentes segundo recomendações vigentes											
Dengue											Crianças de adolescentes a partir dos 4 anos de idade						
Anticorpo monoclonal contra VSR	●	Dose única no primeiro ano de vida, o mais precocemente possível						Dose adicional para situações de risco para doença grave									

Orientações Gerais

O calendário SBP é elaborado para crianças e adolescentes hígidos (do nascimento até 19 anos de idade). Para aqueles com imunodeficiências ou em situações epidemiológicas específicas, as recomendações podem sofrer alterações. Quando a vacinação é iniciada fora da idade idealmente recomendada, os esquemas podem ser adaptados de acordo com a idade de início, respeitando-se os intervalos mínimos entre as doses. Todas as vacinas podem ocasionar eventos adversos, em geral leves e transitórios, e que devem ser informados à família. A notificação de qualquer evento adverso é fundamental para a manutenção da segurança das vacinas licenciadas em nosso país.

Notas Explicativas

01. **BCG ID** – Deve ser aplicada em dose única o mais precocemente possível, ainda na maternidade ou na primeira visita à Unidade de Saúde, desde que peso > 2.000 g. Não se recomenda mais a revacinação de crianças que não apresentem cicatriz no local da aplicação após 6 meses, pela ausência de evidências de que a repetição traga benefício adicional. Comunicantes domiciliares de hanseníase, independente da forma clínica, devem receber uma segunda dose da vacina BCG (ver norma específica). Em recém-nascidos filhos de mães que utilizaram imunossupressores e imunomoduladores que atravessem a barreira placentária ou corticosteroides sistêmicos em dose elevada durante a gestação, a vacinação deverá ser adiada, pelo menos até os 6 meses de idade, ou contraindicada, a depender da droga utilizada. Quando houver coleta de teste de triagem para erros inatos da imunidade, recomenda-se, idealmente, adiar a vacinação até a avaliação do resultado.
02. **Hepatite B** – A primeira dose da vacina contra hepatite B deve ser aplicada idealmente nas primeiras 12 horas de vida. A segunda dose está indicada com um ou dois meses de idade e a terceira dose deve ser realizada aos seis meses. Desde 2012, a vacina combinada DTP/Hib/HB, denominada pelo Ministério da Saúde de **Penta**, foi incorporada no calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI) aos 2, 4 e 6 meses de vida. Dessa forma, os lactentes que fazem uso desta vacina recebem quatro doses da vacina contra hepatite B. Aqueles que forem vacinados em clínicas privadas podem manter o esquema de três doses: primeira dose ao nascimento, segunda dose aos 2 meses e terceira dose aos 6 meses de idade. Crianças com peso de nascimento ≤ 2 kg ou idade gestacional < 33 semanas devem receber, obrigatoriamente, além da dose de vacina ao nascer, mais três doses da vacina, totalizando 4 doses (esquema 0, 2, 4 e 6 meses). Crianças maiores de 6 meses e adolescentes não vacinados devem receber 3 doses da vacina no esquema 0, 1 e 6 meses. Crianças e adolescentes com esquema vacinal incompleto deverão ter seu esquema atualizado, sem necessidade de reinício do esquema vacinal. A vacina combinada contra hepatites A+B pode ser utilizada na primovacinação de crianças de 1 a 15 anos de idade em duas doses, com intervalo de seis meses (esquema 0, 6 meses), e, para aqueles com idade ≥ 16 anos, em três doses (esquema 0, 1 e 6 meses). Recém-nascidos filhos de mães portadoras do vírus da hepatite B, HbsAg positivas, devem receber, além da vacina, a imunoglobulina específica para hepatite B (HBIG), na dose 0,5mL, até o sétimo dia de vida, preferencialmente logo ao nascer, no membro inferior contralateral da vacina.
03. **DTP/DTPa** – Difteria, Tétano e Pertussis (tríplice bacteriana). A vacina com componente pertussis acelular (DTPa), quando possível, deve substituir a DTP (pertussis células inteiras), pois tem eficácia similar e é menos reatogênica. O esquema é composto de 5 doses: aos 2, 4 e 6 meses; primeiro reforço aos 15 meses; segundo reforço entre quatro e seis anos de idade.
04. **dT/dTpa** – Adolescentes com esquema primário de DTP ou DTPa completo devem receber um reforço com dTpa (preferencialmente) ou dT aos 14 anos de idade. Reforços a partir de 5 anos de idade podem ser considerados a depender do cenário epidemiológico (coqueluche), e por riscos relacionados a ferimentos (tétano). No caso de esquema primário incompleto para tétano, deverá ser completado com uma ou duas doses da vacina contendo o componente tetânico, sendo uma delas preferencialmente com a vacina tríplice acelular. Crianças com 7 anos ou mais, nunca imunizadas ou com histórico vacinal desconhecido, devem receber três doses da vacina contendo o componente tetânico, sendo uma delas preferencialmente com a vacina tríplice acelular com intervalo de dois meses entre elas (esquema 0, 2

e 4 meses, intervalo mínimo de quatro semanas entre as doses). Gestantes devem receber, a cada gravidez, uma dose da vacina dTpa a partir da vigésima semana de gestação, com o objetivo de transferir anticorpos protetores contra a coqueluche para o recém-nascido. Aquelas que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação deverão receber uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível.

05. **Hib** – A vacina contra *Haemophilus influenzae* tipo b conjugada integra a vacina pentavalente do PNI, combinada com difteria, tétano, pertussis (células inteiras) e hepatite B. Está recomendada em três doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade. Quando utilizada pelo menos uma dose de vacina combinada com componente pertussis acelular (como DTPa/Hib/VIP e DTPa/Hib/VIP/HB, disponíveis em clínicas privadas e nos CRIE), uma quarta dose da Hib deve ser aplicada aos 15 meses de vida. Essa quarta dose contribui para diminuir o risco de ressurgimento das doenças invasivas causadas pelo Hib em longo prazo.

Observação: a vacina contra Hib isolada deixou de ser produzida para o mercado privado em 2024. Na eventualidade de doses adicionais para pacientes com risco aumentado para doença invasiva por *Haemophilus influenzae*, recomenda-se utilizar as vacinas combinadas pentavalente/hexavalente (atenção para os limites de idade para uso) ou encaminhar ao CRIE para avaliação.

06. **VIP** – Todas as três doses do esquema primário (aos 2, 4 e 6 meses) e os dois reforços (aos 15 meses e 4-6 anos de idade) devem ser feitas obrigatoriamente com a vacina contra a pólio inativada (VIP). O segundo reforço aos 4 anos com a VIP foi reincorporado no PNI em agosto de 2026. Crianças em atraso devem completar o esquema com a VIP em qualquer idade. Nesses casos, o PNI disponibiliza a vacina somente para menores de 5 anos.

07. **Pneumocócica conjugada** – O PNI iniciou o uso da vacina pneumocócica conjugada 20-valente (VPC20) em junho de 2026, em esquema 2+1. Durante o período de transição de VPC10 para VPC20, o esquema será composto por uma dose de VPC20 e uma dose de VPC10 no esquema primário (VPC20 aos 2 meses seguida de VPC10 aos 4 meses ou, para lactentes que receberam apenas a 1ª dose da vacina pneumocócica 10-valente antes de junho/2026, VPC10 aos 2 meses seguida de VPC20 aos 4 meses) e VPC20 como dose de reforço aos 12 meses de idade. Com o término dos estoques da VPC10, o PNI passará a ser realizar o esquema 2+1 integralmente com a VPC20 (aos 2, 4 e 12 meses). As orientações detalhadas constam

no Guia Técnico para introdução da vacina pneumocócica 20-valente conjugada no Programa Nacional de Imunizações, do Ministério da Saúde.

A SBP, com o objetivo de ampliar a proteção individual contra sorotipos adicionais, recomenda, sempre que possível, o uso das vacinas VPC20 ou VPC15 no esquema 3+1 para crianças que iniciam a vacinação até os 6 meses de idade (doses aos 2, 4 e 6 meses, seguidas de uma dose de reforço entre 12 e 15 meses).

Para crianças que iniciam a vacinação após os 4 meses de idade e até os 4 anos, o número de doses e o esquema devem seguir as recomendações de bula de cada produto. As vacinas pneumocócicas conjugadas são intercambiáveis em qualquer momento do esquema vacinal.

Crianças menores de 6 anos com esquema completo ou incompleto com VPC10 podem se beneficiar de dose ou doses adicionais com VPC20 ou VPC15, respeitando as recomendações de bula para a idade e o intervalo mínimo entre as doses. Crianças saudáveis com esquema completo com VPC13 não necessitam ser revacinadas com VPC20 ou VPC15, exceto aquelas com maior risco para doença pneumocócica invasiva, situação em que está indicada a complementação com VPC20.

08. **Meningocócicas conjugadas C e ACWY** – Recomenda-se o uso rotineiro das vacinas meningocócicas conjugadas para lactentes a partir dos 2 meses de idade, crianças e adolescentes. Sempre que possível utilizar preferencialmente a vacina MenACWY pelo maior espectro de proteção, inclusive para os reforços de crianças previamente vacinadas com MenC. Crianças com esquema vacinal completo com a vacina MenC podem se beneficiar com dose(s) adicional(is) da vacina MenACWY a qualquer momento, respeitando-se um intervalo mínimo de 1 mês entre as doses. No Brasil estão licenciadas e disponíveis vacinas meningocócicas C conjugadas (MenC-CRM) e vacinas meningocócicas ACWY conjugadas (MenACWY-CRM) e duas vacinas MenACWY-TT. O esquema de doses varia conforme a vacina utilizada. A recomendação de doses de reforço 5 anos após (isto é, entre os 5 e 6 anos de idade para os vacinados no primeiro ano de vida) e na adolescência (a partir dos 11 anos de idade) é baseada na diminuição dos títulos de anticorpos associados à proteção, evidenciada com todas as vacinas meningocócicas conjugadas. O PNI utiliza a vacina MenC no esquema primário de duas doses (aos 3 e 5 meses) e a vacina MenACWY nos reforços aos 12 meses e entre 11-14 anos. Para adolescentes de até 15 anos de idade que nunca receberam MenACWY, recomenda-se duas doses com intervalo de cinco anos, idealmente aos 11 e

aos 16 anos de idade. Para os adolescentes de 16-18 anos nunca antes vacinados com vacina MenACWY, administrar somente uma dose da vacina.

09. Meningocócica B recombinante – A vacina Bexsero® (do laboratório GSK) está recomendada para lactentes, crianças e adolescentes. Para aqueles que iniciam a vacinação entre 2 e 12 meses de idade, são recomendadas duas doses com intervalo mínimo de 2 meses entre elas, além de uma dose de reforço no segundo ano de vida. Aqueles que iniciam a vacinação entre 12 e 23 meses também devem receber o esquema de duas doses, com dois meses de intervalo entre elas, além de uma dose de reforço, 12 a 23 meses após. Finalmente, para crianças que iniciam a vacinação após os dois anos e adolescentes, são indicadas duas doses com intervalo de no mínimo 1 mês entre elas. Não se conhece, até o momento, a duração da proteção conferida pelas vacinas e a eventual necessidade de doses adicionais de reforço.

10. Rotavírus – Existem duas vacinas licenciadas no Brasil: uma vacina monovalente, RV1, incluída no PNI, indicada em duas doses, aos 2 e 4 meses, e outra pentavalente, RV5, disponível somente na rede privada, indicada em três doses, aos 2, 4 e 6 meses. Independentemente da vacina utilizada, a primeira dose deverá ser administrada até, no máximo, 11 meses e 29 dias e a última dose até 23 meses e 29 dias. O intervalo entre as doses deve ser de 2 meses, podendo ser de, no mínimo, quatro semanas. Iniciada a vacinação, recomenda-se completar o esquema com a vacina do mesmo laboratório produtor. Se alguma dose na série for RV5 ou desconhecida, aplicar três doses. Se a criança cuspir, regurgitar ou vomitar após a vacinação, não repetir a dose. No momento, recomendamos não utilizar em crianças hospitalizadas. Em caso de suspeita de imunodeficiência ou RNs cujas mães fizeram uso de rituximabe durante a gestação, a vacina está contraindicada até os 6 meses de vida.

11. Influenza – Está indicada para todas as crianças e adolescentes a partir dos 6 meses de idade. A primovacinação de crianças com idade inferior a 9 anos deve ser feita com duas doses, com intervalo de 1 mês entre elas. A dose para aqueles com idade entre 6 a 35 meses pode variar conforme o fabricante, e a partir de 3 anos é de 0,5 mL. Existem disponíveis duas vacinas influenza: tri e quadrivalente, sendo que a segunda contempla uma segunda variante da cepa B. A vacina deve ser feita anualmente e, como a influenza é uma doença sazonal, a vacina deve ser aplicada idealmente antes do período de maior circulação do vírus.

12. SCR/Varicela/SCRV – Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela; vacinas combinadas tríplice viral (SCR) e tetraviral (SCRV) e vacina contra varicela isolada (V). Aos 12 meses de idade: devem ser feitas, na mesma visita, as primeiras doses das vacinas SCR e varicela, em administrações separadas, ou a vacina SCRV. A vacina SCRV se mostrou associada a uma maior frequência de febre em lactentes que recebem a primeira dose com esta vacina quando comparada às vacinas varicela e tríplice viral em injeções separadas. Aos 15 meses de idade deverá ser feita uma segunda dose, preferencialmente com a vacina SCRV, com intervalo mínimo de três meses da última dose de varicela e SCR ou SCRV. Em situações de risco como, por exemplo, surtos ou exposição domiciliar ao sarampo, é possível vacinar crianças imunocompetentes de 6 a 12 meses com a vacina SCR. Em casos de surtos ou contato íntimo com caso de varicela, a vacina varicela pode ser utilizada a partir de 9 meses de vida. Nesses casos, doses aplicadas antes dos 12 meses de idade não são consideradas válidas, e a aplicação de mais duas doses após a idade de um ano é necessária. O PNI introduziu a segunda dose da vacina varicela aos 4 anos de idade em 2018. A vacina varicela pode ser indicada na profilaxia pós-exposição dentro de cinco dias após o contato, preferencialmente nas primeiras 72 horas. Adolescentes não vacinados deverão receber duas doses de ambas as vacinas, com intervalo mínimo de 4 semanas entre cada dose de SCR e de 3 meses entre as doses de varicela nos menores de 13 anos e de 1-2 meses nos maiores de 13 anos.

13. Hepatite A – A vacina deve ser administrada em duas doses, a partir dos 12 meses de idade. O PNI oferece a vacina em dose única aos 15 meses de idade. Adolescentes podem receber duas doses da vacina contra hepatite A com intervalo de 6 meses (0 e 6 meses) ou vacina combinada hepatites A+B, no esquema de duas doses (0 e 6 meses) até 15 anos de idade ou de três doses (0, 1 e 6 meses) para os maiores de 16 anos.

14. Febre amarela – Indicada para toda a população brasileira e para pessoas que se deslocam para países que exigem a comprovação de vacinação. A vacina deve ser administrada em duas doses aos 9 meses e 4 anos de idade. O PNI oferece duas doses somente para crianças que iniciaram o esquema com menos de 5 anos. A aplicação de uma segunda dose para todas as crianças e adolescentes é preferível, com o intuito de prevenir falhas vacinais. Em municípios com circulação comprovada do vírus da febre amarela, casos de febre amarela em humanos

e/ou epizootias, a vacinação deve ser considerada também para crianças com idade entre seis e nove meses, não sendo esta dose considerada válida para a rotina. Para viagens internacionais prevalecem as recomendações da OMS com comprovação de apenas uma dose. Lactantes de bebês menores de 6 meses de idade, quando vacinadas, devem ser orientadas para a suspensão do aleitamento materno por 10 dias após a vacinação. Deve ser evitada a aplicação simultânea da vacina febre amarela com as vacinas tríplice viral, sarampo, caxumba e rubéola, ou tetraviral, sarampo, caxumba, rubéola e varicela, em crianças menores de dois anos, devido à possível interferência na resposta imune, sendo ideal guardar um intervalo de 30 dias entre a aplicação dessas vacinas.

15. **HPV** – Duas vacinas contra o HPV (ambas do laboratório MSD) estão disponíveis no Brasil. A vacina quadrivalente (HPV4, Gardasil®) contém partículas semelhantes aos vírus (VLP) dos tipos 6, 11, 16 e 18. A vacina nonavalente (HPV9, Gardasil9®) inclui, além desses quatro tipos, os tipos 31, 33, 45, 52 e 58. Ambas podem ser administradas em esquema de duas doses, com intervalo de seis meses (0 e 6 meses), para indivíduos de 9 a 19 anos de idade. Para pessoas com 20 anos ou mais e para imunocomprometidos, independentemente da idade, recomenda-se três doses (esquema 0, 1-2 e 6 meses).

No Programa Nacional de Imunizações, a única vacina disponível é HPV4 e é recomendada em dose única para meninas e meninos de 9 a 14 anos. Para populações com indicação nos CRIE, recomenda-se sempre três doses (esquema 0, 1-2 e 6 meses). A HPV4 também está disponível no SUS para vítimas de violência sexual de 2 a 45 anos, usuários de PrEP, profilaxia pré-exposição ao HIV, de 15 a 45 anos, e pacientes com papilomatose respiratória recorrente, PRR, a partir de 2 anos de idade, sempre em esquema de três doses. O PNI também contempla outras situações específicas de risco, descritas em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hpv/publicacoes/esquema-vacinal-hpv>.

A SBP recomenda, sempre que possível, o uso preferencial da vacina HPV9, pelo seu maior espectro de proteção. Para não vacinados anteriormente, recomenda-se duas doses de HPV9 (esquema 0 e 6 meses). Para aqueles que receberam uma dose de HPV4, recomenda-se duas doses de HPV9 (esquema 0 e 6 meses), respeitando-se intervalo mínimo de seis meses em relação à primeira dose de HPV4. Na impossibilidade de completar o esquema com HPV4, a aplicação de uma dose de HPV9 é segura; entretanto, nessa situação, completa-se apenas a proteção contra os quatro tipos comuns às duas vacinas,

desde que respeitado o intervalo de seis meses. Para indivíduos previamente vacinados com esquema completo de HPV4/HPV2, recomenda-se duas doses de HPV9 (0 e 6 meses), respeitando-se intervalo mínimo de um ano após a última dose de HPV4/HPV2.

16. **COVID-19** – O PNI contempla a vacinação contra a COVID-19 no seu calendário para todas as crianças de 6 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias. A SBP, face à epidemiologia brasileira e aos dados de efetividade e segurança de todas as vacinas pediátricas contra a COVID-19 disponíveis, recomenda a vacinação rotineira de crianças a partir de 6 meses até menores de 5 anos de idade, além de crianças e adolescentes de qualquer idade com maior vulnerabilidade ou condições que aumentam o risco para formas graves da doença, presença de comorbidades ou imunossupressão. Reforça a necessidade da vacinação da gestante como estratégia de prevenção da doença no primeiro semestre de vida e ressalta a importância de dispormos, sempre que possível, da versão mais atualizada da vacina.

17. **Dengue** – A vacina recombinante e atenuada Qdenga® (do laboratório Takeda) pode ser aplicada a partir de 4 anos até 60 anos de idade, no esquema de duas doses com intervalo de três meses entre elas (0-3 meses), independente de infecção prévia. Está contraindicada para gestantes, mulheres que amamentam e imunocomprometidos.

18. **Anticorpo monoclonal contra VSR** – Existem duas estratégias eficazes para a prevenção das infecções pelo vírus sincicial respiratório (VSR) no lactente: a imunização da gestante com a vacina Abrysvo® (do laboratório Pfizer), oferecida no PNI a todas as gestantes a partir de 28 semanas gestacionais, e a administração de anticorpos monoclonais contra o VSR no lactente, o nirsevimabe (Beyfortus®, do laboratório Sanofi) e clesrovimabe (Enflonsia®, do laboratório MSD).

Para recém-nascidos de mães não vacinadas contra o VSR, a SBP recomenda a administração de nirsevimabe/clesrovimabe preferencialmente na maternidade, em qualquer época do ano e independentemente da sazonalidade.

No âmbito do PNI, o nirsevimabe está indicado para prematuros (idade gestacional < 37 semanas) com idade inferior a 6 meses (em qualquer época do ano, independentemente da sazonalidade) e para crianças com comorbidades elegíveis, a partir do nascimento e até antes de completar 24 meses de idade (apenas durante a sazonalidade do VSR).

Ambas as estratégias são altamente eficazes, portanto, não se recomenda a utilização combinada em crianças à termo e sem comorbidades. Entretanto, em algumas situações o uso de anticorpos monoclonais deve ser considerado mesmo quando a mãe tiver sido vacinada durante a gestação: recém-nascidos de mães imunodecomprometidas; crianças nascidas de gestantes vacinadas menos de 14 dias antes do parto; prematuros com idade gestacional menor que 37 semanas; crianças com maior risco para infecção grave pelo VSR (incluindo doença pulmonar crônica da prematuridade, cardiopatia congênita hemodinamicamente significativa, imunodeficiências ou outras condições de imunocomprometimento, fibrose cística, Síndrome de Down, doença neuromuscular e anomalias congênitas das vias aéreas).

Em situações específicas, o uso do nirsevimabe também pode ser considerado em decisão compartilhada entre família e pediatra, levando-se em conta o risco epidemiológico e individual. Isso inclui lactentes menores de 12 meses nascidos a termo e sem comorbidades, crianças entre 12 e 23 meses sem fatores de risco, e uma nova dose para prematuros menores de 12 meses quando a primeira dose tiver sido administrada há mais de 6 meses.

A administração de nirsevimabe/clesrovimabe deve ser realizada por via intramuscular.

- Nirsevimabe: para crianças menores de 12 meses de idade, recomenda-se dose única de 50 mg quando o peso for < 5 kg ou 100 mg quando o peso for ≥ 5 kg. Para crianças entre 12 e 23 meses com maior risco para infecção grave pelo VSR, recomenda-se dose de 200 mg (administrada na forma de duas aplicações

simultâneas de 100 mg), independentemente do peso.

- Clesrovimabe: para crianças menores de 12 meses de idade, recomenda-se dose única de 105 mg, independentemente do peso. No momento não há recomendação de dose adicional para crianças entre 12 e 23 meses com maior risco para infecção grave pelo VSR.

Nirsevimabe/clesrovimabe podem ser coadministrados com as demais vacinas recomendadas nos calendários de vacinação da criança e do prematuro. Para lactentes submetidos à cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea (bypass cardiopulmonar) durante a temporada de VSR, recomenda-se uma dose adicional de nirsevimabe/clesrovimabe para garantir níveis séricos adequados.

19. Vacinação de adultos – A vacinação de adultos e idosos, incluindo a vacinação do pediatra, contribui para a redução de casos de doenças imunopreveníveis na criança. Deve-se levar sempre em conta o histórico vacinal prévio.

20. Vacinação da adolescente gestante – A vacinação da gestante é estratégia fundamental para a proteção da criança nos primeiros meses de vida. Com este objetivo, além de estar com a vacinação atualizada para hepatite B, são recomendadas, durante a gestação, as vacinas: covid-19, em qualquer momento da gestação, dTpa, a partir de 20 semanas de idade gestacional, influenza, de acordo com a sazonalidade do vírus, em qualquer momento da gestação, e a vacina contra o VSR a partir da 28ª semana de idade gestacional. Na consulta com o pediatra durante o pré-natal o tema imunização da gestante, da criança e seus conviventes deve sempre ser abordado.



Diretoria Plena

Triênio 2025/2028

PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

1º VICE-PRESIDENTE:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

SECRETÁRIO GERAL:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Rodrigo Aboudib Ferreira (ES)

2º SECRETÁRIO:

Virma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

3º SECRETÁRIO:

Márcia Gomes Penido Machado (MG)

DIRETORA FINANCEIRA:

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Sidnei Ferreira (RJ)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

DIRETOR DE MEIO AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

DIRETORA ADJUNTA:

Virma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Marynea Silva do Vale (MA)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE: Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE: Ana Jovina Barreto Bispo (SE)

SUDESTE: Marisa Lages Ribeiro (MG)

SUL: Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

CENTRO-OESTE: Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Sulim Abramovici (SP)

Virma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

SUPLENTE:

Analiária Moraes Pimentel (PE)

Bruno Leandro de Souza (PB)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

CONSELHO FISCAL

Cléa Rodrigues Leone (SP)

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

ASSESSORIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Elena Marta Amaral dos Santos (AM)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Paulo César de Almeida Mattos (RJ)

DIRETORIAS E COORDENAÇÕES

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:

Hélcio Villaca Simões (RJ)

COORDENAÇÃO ADJUNTA:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

MEMBROS:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SERIADA

COORDENAÇÃO:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

MEMBROS:

João Carlos Batista Santana (RS)

Mara Morelo Rocha Felix (RJ)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Vera Hermínia Kalika Koch (SP)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

DIRETORES:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Sérgio Cabral (RJ)

AMÉRICA LATINA

COORDENADORES:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

COORDENADORES:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

DIRETOR:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

DIRETORIA ADJUNTA:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

MEMBROS:

Alberto Cubel Brull Júnior (MS)

Ana Mackartney de Souza Marinho (TO)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Ariane Molinaro Vaz de Souza (RJ)

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Gilberto Pascolat (RJ)

Jocileide Sales Campos (CE)

Kassie Regina Neves Cargnin (RJ)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

DIRETORIA CIENTÍFICA

DIRETOR:

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E GRUPOS DE TRABALHO:

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP

COORDENADORA:

Fernanda Luisa Ceragioti Oliveira (SP)

COORDENADORES ADJUNTOS

Claudia Bezerra Almeida (SP)

Tulio Konstanyner (SP)

NEONATOLOGIA - PRORN

Cléa Rodrigues Leone (SP)

Renato Soibermann Procianny (RS)

Rita de Cássia Silveira (RS)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPEP

Helena Muller (RS)

Werther Bronow de Carvalho (SP)

TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPEP

Claudio Leone (SP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPEP

Gilberto Pascolat (PR)

Hany Simon Júnior (SP)

Sérgio Luis Amantéa (RS)

NEUROPEDIATRIA - PRONEUROPEP

Giuseppe Mario Carmine Pastura (RJ)

Magda Lahorgue Nunes (RS)

Márcio Moacyr Vasconcellos (RJ)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES:

TRATADO DE PEDIATRIA

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Fábio Ancona Lopes (SP)

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

DIRETOR:

Renato de Ávila Kfourri (SP)

DIRETOR ADJUNTO:

Sérgio Luis Amantéa (RS)

MEMBROS:

Isabel Rey Madeira (RJ)

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Marise Helena Cardoso Tófoli (GO)

Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

Ricardo Queiroz Gurgel

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)

Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Cássia Freire Vaz (RJ)

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virginia Resende Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

COORDENAÇÃO GERAL:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO OPERACIONAL:

Camila Salomão Mourão (AP)

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

Renata Dejtiar Waksman (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Marco Aurélio Palazzi Sáfiadi (SP)

Mariana Tschopke Aires (RJ)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:

Renato Soibermann Procianny (RS)

MEMBROS:

Antônio José Ledo Alves da Cunha (RJ)

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

Dirceu Solé (SP)

Isélie Alves Pontes da Silva (PE)

João Guilherme Bezerra Alves (PE)

Magda Lahorgue Nunes (RS)

Marco Aurélio Palazzi Sáfiadi (SP)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

Marlene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORES ADJUNTOS:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

COORDENAÇÃO DO CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Jandrei Rogério Markus (TO)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Cláudio D'Elia (RJ)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Gustavo Guida Godinho da Fonseca (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Leonardo Rodrigues Campos (RJ)

Márcia Cortez Bellotti de Oliveira (RJ)

Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

COORDENAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA:

Claudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:

Rosana Alves (ES)

MEMBROS:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Alessandra Carla de Almeida Ribeiro (MG)

Ana Lúcia Ferreira (RJ)

Angélica Maria Bicudo (SP)

Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)

Rosana Fiorini Puccini (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:

Aurimery Gomes Chermon (PA)

Claudio Barsanti (SP)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Gilberto Pascolat (PR)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Liana de Paula Medeiros de A. Cavalcante (PE)

Marynea Silva do Vale (MA)

Mauro Batista de Moraes (SP)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Rita de Cássia Viegas Gomes Lins Bittencourt (PB)

Sérgio Luis Amantéa (RS)

Sheyla Ribeiro Rocha (SP)

Silvia Regina Marques (RJ)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Susana Maciel Guillaume (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

COORDENADOR:

Lélia Cardamone Gouvêa (SP)

MEMBROS:

Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

André Luis Santos Carmo (PR)

Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)

Cássio da Cunha Ibiapina (MG)

Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

Luiz Anderson Lopes (SP)

Marynea Silva do Vale (MA)

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:

Ana Maria de Oliveira Ponte (RJ)

MEMBROS:

Claudio Barsanti (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

REDE DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)