



De Olho na carteirinha

Documento Técnico
Atualização das Recomendações de
Vacinação contra o HPV no MSP
15/09/2026

I. Introdução

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) constitui a infecção viral sexualmente transmissível mais comum no Brasil na atualidade. O HPV também pode ser transmitido através do contato direto com pele e mucosa infectada, podendo assim ocorrer mesmo na ausência de penetração vaginal ou anal. A infecção persistente pode evoluir para as neoplasias relacionadas ao HPV. Dados do Instituto Nacional de Câncer mostram o câncer de colo do útero, no Brasil, como o terceiro tumor mais frequente na população feminina. Por ano, são cerca de 17 mil novos casos e quase 7 mil óbitos. Apesar de evitável, a doença é considerada problema de saúde pública mundial, particularmente em países menos desenvolvidos. No mundo, é o quarto tipo de câncer mais comum entre mulheres. Nas Américas, é a causa da morte de 35,7 mil mulheres – sendo 80% dos casos na América Latina e no Caribe.

O HPV é um vírus com DNA de fita dupla, pertencente à família *Papillomaviridae*, com mais de 200 tipos descritos; infecta pele e mucosas e atinge mulheres e homens. As infecções pelo HPV variam de infecção clinicamente inaparente a verrugas genitais e lesões mucosas, nos seus vários graus, podendo evoluir até o câncer. Dentre os 12 genótipos oncogênicos do vírus HPV descritos, os tipos 16 e 18 são responsáveis por cerca de 71% dos casos de câncer de colo de útero e por mais da metade dos casos de outros cânceres relacionados ao HPV, enquanto os tipos 6 e 11 são responsáveis por cerca de 90% dos casos de verrugas genitais. A infecção pelo HPV também está associada ao desenvolvimento de verrugas anogenitais e papilomatose respiratória recorrente (PRR), patologias classificadas como benignas, do ponto de vista oncogênico, mas que causam grave comprometimento clínico e psicológico nos indivíduos afetados.

A vacina Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) (HPV) foi introduzida no Calendário Nacional de Vacinação como uma estratégia de saúde pública em março de 2014.

Em 2020, a OMS lançou a Estratégia Global para a Eliminação do Câncer do Colo do Útero e, pela primeira vez, 194 países se comprometeram em eliminar a neoplasia. O Brasil é um dos signatários dessa estratégia e tem como meta imunizar com a vacina HPV 90% das meninas de até 15 anos de idade; realizar exames de

rastreio em 70% das mulheres, primeiro aos 35 e depois aos 45 anos; e fornecer tratamento adequado a 90% das mulheres diagnosticadas com doença cervical.

Apesar da vacina HPV ser segura e muito efetiva na prevenção dos desfechos desfavoráveis da infecção pelo vírus HPV, visto que os países com altas coberturas vacinais já conseguiram diminuir o risco do câncer de colo do útero em mais de 80% e quase eliminar as verrugas genitais, sua cobertura global é muito baixa, atingindo somente 12% das meninas de 9 a 14 anos. Tal situação, sugere a existência de obstáculos ao sucesso da implementação dessa vacina, tais como: restrições financeiras, falta de disponibilidade da vacina e dificuldades logísticas decorrentes das iniquidades existentes entre os países de média e baixa renda.

Nos últimos 10 anos, diversos estudos realizados mostram evidências robustas de que uma dose da vacina HPV, pode fornecer proteção igual a duas ou três doses (a depender da idade), em áreas com altas coberturas vacinais. Tais resultados, somados as dificuldades enfrentadas por muitos países na incorporação da vacinação contra o HPV, motivou a OMS em 2022, e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2023, após minuciosa análise dos seus comitês técnico-científicos (Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização/SAGE/OMS) e Grupo Consultivo Técnico/TAG/OPAS), o posicionamento favorável à adoção de um esquema vacinal de dose única da vacina HPV até 20 anos de idade; de duas doses com intervalo de 6 meses, a partir de 21 anos, e de 3 doses para pessoas imunocomprometidas, deixando a critério dos países a adoção ou não essa recomendação.

Segundo a OMS, a adoção da dose única, para a faixa etária de 9 a 20 anos de idade traria as seguintes vantagens: uma maior adesão à vacinação, aumento da cobertura vacinal e consequentemente imunidade de rebanho, oportunidade para a inclusão de outros públicos prioritários, melhor logística e facilitação da introdução da vacina HPV em programas de imunizações nos países de média e baixa renda, e aceleração da eliminação do câncer de colo do útero, não só no Brasil, mas em nível mundial.

Relação dos países que adotaram a dose única está disponível pelo link <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojNDIxZTFkZGUtMDQ1Ny00MDZkLThiZDktYWFIYTdkOGU2NDcwliwidCI6ImY2MTBjMG13LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIslmMiOjh9>

Nos estudos de controle randomizados avaliando vacinação de dose única versus não vacinação, a dose única demonstrou ser altamente eficaz na prevenção de infecções persistentes pelos HPV oncogênicos relacionados aos tipos contidos na vacina. Foi demonstrado que dose única da vacina HPV fornece um nível de proteção semelhante ao esquema de vacinação de 3 doses na prevenção de infecções por HPV-16/18; o nível de proteção foi mantido até pelo menos 10 anos após a vacinação. Dados de dose única foram gerados em diferentes regiões geográficas, inclusive em meninas e mulheres jovens africanas. A imunogenicidade após uma única dose é semelhante em meninos e meninas. Os dados em pessoas vivendo com HIV e Aids (PVHA) são limitados. Um estudo da Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (IARC), em parceria com o INCA apresentou uma proposta de modelagem para o Brasil na adoção da dose única, mostrando que a velocidade da eliminação do câncer cervical varia de acordo com as diferentes coberturas vacinais e a incidência de câncer em cada região. De acordo com o IARC estudo, cerca de 70% do câncer de colo do útero pode ser eliminado, considerando inclusive a coorte de não vacinadas. Para essa modelagem, utilizou-se dados de comportamento sexual e prevalência de HPV. Diferentes cenários foram projetados utilizando-se as taxas de cobertura e adoção do rastreamento por intermédio de teste de HPV-DNA, utilizando os dados de resposta de anticorpos do estudo realizado na Índia, foram elaborados 3 cenários:

- o primeiro cenário assume que não existem diferenças nas taxas de proteção entre a dose única e duas doses;
- o segundo assume uma proteção de 80% ao longo da vida; e
- o terceiro assume uma proteção de 75% ao longo da vida.

Em qualquer um dos cenários a eliminação do câncer de colo do útero pode ser alcançado. O impacto da vacinação nas coortes vacinadas é de uma redução da incidência de câncer de 69-79% e o tempo de eliminação depende das taxas de prevalência de HPV em cada estado ou região e da cobertura vacinal. A região norte do Brasil seria a última região a alcançar a eliminação do câncer de colo uterino, e a sudeste, a primeira. Logo, a adesão do esquema de dose única, bem como a introdução do screening com DNA/HPV no país, aceleraria o alcance das metas. Ressalta-se que o IARC fará essa modelagem em todos os estados, o que será importante para o redirecionamento das ações nessa área.

Em relação a papilomatose respiratória recorrente (PRR), esta é uma neoplasia benigna causada pelo vírus HPV, caracterizada pelas múltiplas lesões proliferativas mais comum em laringe, geralmente no terço anterior das cordas vocais, podendo atingir outras regiões da árvore respiratória também, geralmente no terço anterior das cordas vocais. A

doença pode acometer crianças ou adultos, sendo mais agressiva na população pediátrica e evolui com recorrências frequentes e necessidade de repetidas intervenções cirúrgicas.

Oportunizar o acesso à vacina HPV4 para usuários de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV pode ser considerada uma ação com impacto na prevenção das neoplasias relacionadas ao HPV, principalmente o câncer anal, nas populações que são desproporcionalmente afetadas por essas neoplasias (HSH, mulheres trans) com os sorotipos 11,17,18. Estudos realizados na França, por exemplo, apontam alta prevalência de HPV em usuários de PrEP. Destaca-se ainda que a oferta da vacina HPV aos usuários de PrEP amplia o acesso à prevenção e tratamento das IST aplicadas no âmbito individual e coletivo. A Nota Técnica Conjunta nº 101/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS incluiu usuários de PrEP de 15 a 45 anos de idade no público-alvo para a vacina HPV.

A PrEP no Brasil está indicada para pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal ≥ 35 kg, sexualmente ativas e que apresentam contextos de risco aumentado para aquisição da infecção pelo HIV. A PrEP no serviço público de saúde pode ser prescrita por enfermeiros, farmacêuticos e médicos da atenção primária à saúde ou dos serviços especializados (SAE). Atualmente, existem 939 unidades dispensadoras (UDM) de PrEP em 540 municípios brasileiros.

O câncer do colo do útero geralmente decorre de infecção persistente por HPV de alto risco e é precedido por lesões precursoras denominadas Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). As lesões NIC II e NIC III, também classificadas como lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL), acometem principalmente mulheres em idade reprodutiva e são tratadas, na maioria dos casos, por procedimento excisional, especialmente LEEP/conização.

Apesar da efetividade do tratamento, observa-se risco de persistência ou recorrência da doença, com taxas descritas na literatura de até 17%. repetidos estão associados a maior ocorrência de complicações ginecológicas e obstétricas, como: parto prematuro; ruptura prematura de membranas e estenose cervical.

Além disso, mulheres tratadas por NIC 2 e NIC 3 apresentam risco aumentado ao longo da vida para câncer cervical invasivo e outras neoplasias associadas ao HPV.

Estudo populacional realizado na Suécia, envolvendo mais de 130 mil mulheres tratadas por NIC 3, demonstrou risco significativamente aumentado de câncer cervical invasivo em comparação à população geral, persistente por mais de 25 anos após o tratamento, especialmente em mulheres com mais de 50 anos.

As vacinas profiláticas contra o HPV apresentam elevada eficácia na prevenção da infecção e de lesões precursoras em indivíduos não previamente expostos. Evidências recentes

indicam benefício adicional da vacinação em mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico da NIC.

Estudos observacionais, ensaios clínicos e revisões sistemáticas demonstram que a vacinação contra HPV no período perioperatório ou após procedimento excisional está associada à redução significativa da recorrência de NIC 2 e NIC 3, quando comparada à não vacinação, contribuindo para diminuir a necessidade de novos procedimentos e as complicações associadas.

Estudos clínicos randomizados em andamento apresentam resultados ainda conflitantes em relação aos achados de estudos observacionais, não permitindo, até o momento, conclusões definitivas acerca do benefício da vacinação na redução da recorrência de lesões. Contudo, evidenciam benefícios quanto à prevenção de infecções por novos tipos de HPV incluídos na vacina, à redução do risco de reinfecção e à diminuição da disseminação do vírus para áreas adjacentes à lesão inicial e para outros sítios anatômicos.

Ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo, conduzido no Centro Médico Erasmus (Holanda), avalia a eficácia da vacina HPV nonavalente em mulheres com NIC 2 e 3 submetidas à LEEP, tendo como desfecho primário a recorrência de lesões de alto grau após 24 meses, além de análises de qualidade de vida e custo-efetividade.

Experiências internacionais reforçam essa estratégia:

A Espanha, desde 2018, recomenda e financia a vacinação contra HPV para mulheres submetidas à conização, independentemente da idade, com esquema de três doses.

A Irlanda recomenda vacinação de resgate para mulheres com histórico de tratamento de lesões cervicais ($\geq$ NIC I), com menos de 45 anos e até 48 meses após o procedimento.

O Chile recentemente incorporou a vacinação para mulheres com lesão cervical de alto grau, com primeira dose no dia da intervenção, segunda dose após 1 mês e terceira dose após 3 meses, com seguimento de 24 meses.

Considerando a elevada carga de doença associada ao HPV no Brasil e no mundo; o risco de persistência ou recorrência de lesões cervicais de alto grau após tratamento excisional, estimado em até 17%; o risco aumentado e prolongado de câncer cervical invasivo, demonstrado em estudos populacionais com seguimento superior a 25 anos; as evidências científicas que indicam redução significativa da recorrência de NIC 2 e NIC 3 com a vacinação após tratamento cirúrgico; e as recomendações já adotadas por outros países, o Departamento do Programa Nacional de Imunizações após discussão técnica interinstitucional envolvendo áreas do Ministério da Saúde, INCA, instituições científicas, Sociedades Médicas, OPAS, Conass e Conasems, recomenda a inclusão da vacinação contra o HPV como estratégia de prevenção

secundária para mulheres tratadas por lesões intraepiteliais cervicais de alto grau (NIC 2+ e AIS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (Nota Técnica nº 32/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS).

A adoção dessa estratégia contribui para: prevenir infecção por outros tipos de vírus contido na vacina; prevenir a disseminação do vírus HPV para regiões vizinhas a lesão inicial e em outros sítios anatômicos; reduzir o risco de recorrência de lesões cervicais de alto grau; diminuir a necessidade de procedimentos repetidos; reduzir complicações ginecológicas e obstétricas associadas; fortalecer as ações integradas de controle do câncer do colo do útero; promover maior equidade em saúde.

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) evidenciam aumento expressivo das notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes, com importante ocorrência em crianças e menores de 9 anos de idade, sendo que a faixa etária de 5 a 14 anos apresenta o maior volume absoluto de casos. A violência sexual na infância está associada a maior vulnerabilidade para aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HPV.

Estudos clínicos feitos com crianças entre 4 e 6 anos de idade demonstram perfil favorável de segurança, imunogenicidade e persistência da resposta imune à vacinação contra o HPV.

Dessa forma, o Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI) passa a recomendar a inclusão da vacinação contra o HPV para crianças a partir de 2 anos de idade, vítimas de violência sexual (Nota Técnica nº 96/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS).

II. Objetivos

Atualizar o esquema vacinal e público-alvo para a vacinação contra o HPV.

III. Esquema vacinal

- 1) Pessoas **imunocompetentes de 09 a 14 anos 11 meses e 29 dias de idade:**
dose única

Quadro 1. Especificações das condutas para pessoas entre 9 e 14 anos de idade

Pessoas de 9 a 14 anos de idade		
Situação	Conduta	Observação
Não vacinados (0 doses)	Aplicar dose única	Conforme orientação da NT nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS
Vacinado com 1 dose, independentemente da idade que recebeu a dose	Considerar vacinado	Conforme orientação da NT nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS
Vacinado com 2 doses	Considerar vacinado	Esquema anterior

- 2) Pessoas imunocompetentes entre **15 e 19 anos 11 meses e 29 dias de idade**: para aqueles não vacinados (nunca receberam dose de HPV), aplicar **dose única**

Quadro 2. Especificações das condutas para pessoas entre 15 e 19 anos de idade*

Pessoas de 15 a 19 anos de idade		
Situação	Conduta	Observação
Não vacinados (0 doses)	Aplicar dose única	Conforme orientação da NT nº 471/2025-CGICI/DPNI/SVSA/MS
Vacinado com 1 dose , independentemente da idade que recebeu a dose	Considerar vacinado	Conforme orientação da NT nº 471/2025-CGICI/DPNI/SVSA/MS
Vacinado com 2 doses	Considerar vacinado	Esquema anterior

*A vigência da estratégia será estendida até 31/12/2026 conforme Ofício Circular Nº 271/2026/SVSA/MS.

- 3) Recomendações para pessoas indicações especiais e vítimas de violência sexual:

- **Entre 2 e 8 anos de idade vítima de violência sexual** – Administrar 1 (uma) dose da vacina HPV. Esta dose não é considerada para o esquema básico e, portanto, está indicada a revacinação conforme esquema preconizado. A notificação imediata no SINAN é obrigatória.
- **de 9 a 14 anos imunocompetentes vítima de violência sexual** – Administrar 2 (duas) doses da vacina com intervalo de 6 (seis) meses entre a primeira e a segunda dose (0 e 6 meses). A notificação imediata no SINAN é obrigatória.
- **de 15 a 45 anos imunocompetentes vítima de violência sexual** – Esquema de 3 doses, com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e de 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses). Caso a pessoa tenha recebido alguma dose prévia, basta completar o esquema. A notificação imediata no SINAN é obrigatória.
- **de 9 a 45 anos nas indicações especiais (vivendo com HIV/Aids, em uso de drogas imunossupressoras, transplantados de órgãos sólidos e medula óssea e pacientes oncológicos)** - Esquema de 3 doses, com

intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e de 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses). Para a vacinação deste grupo, faz-se necessária a prescrição médica com o motivo da indicação.

4) Vacinação contra o HPV as pessoas portadoras de papilomatose respiratória recorrente (PRR): devem ser vacinados mediante apresentação de prescrição médica, a partir de 2 anos de idade, num esquema de 3 doses, com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e de 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).

5) Vacinação contra o HPV para usuários de PrEP entre 15 e 45 anos de idade:

- **Não vacinados** – Administrar 3 (três) doses da vacina com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e de 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses). Caso a pessoa tenha recebido alguma dose prévia, basta completar o esquema.
- **Pessoas em PrEP já vacinadas com esquema completo** – não deverão ser vacinadas novamente.

6) Vacinação para mulheres diagnosticadas com Neoplasia Intraepitelial Cervical de alto grau (NIC 2+ e Adenocarcinoma in situ – AIS), submetidas a procedimento excisional do colo do útero (LEEP/conização)

- **Indicação** – Vacinação para esse grupo independentemente da idade.
- **Momento da vacinação** - No mesmo ano do procedimento, podendo ser realizada no período perioperatório ou até 12 meses após o tratamento.
- **Esquema vacinal** – Três doses (0, 2 e 6 meses) – iniciar ou completar o esquema.

- **Local de aplicação** – Unidades de vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante prescrição médica e registro diagnóstico correspondente ao CID (NIC 2, NIC 3 e AIS).
- **Aspectos operacionais** – articulação entre os serviços que realizam diagnóstico e tratamento das lesões cervicais e as unidades de vacinação, para encaminhamento das mulheres elegíveis; orientação às equipes de saúde sobre a indicação da vacinação nesse grupo e a necessidade de rastreamento a longo prazo; oferta da vacinação nas unidades com sala de vacina ativa; manutenção do seguimento clínico das mulheres tratadas, conforme protocolos assistenciais vigentes. para esse grupo.

Nota 1 - Caso o esquema de vacinação seja interrompido, não há necessidade de reiniciá-lo, basta dar continuidade ao esquema já iniciado. Exceção para situação pós transplante de medula óssea que requer avaliação individualizada.

Nota 2 - A vacina HPV está indicada para pessoas vivendo com HIV/Aids independentemente da contagem de LT-CD4+, em esquema de três doses (0, 2 e 6 meses).

Nota 3 - Pessoas que já tenham recebido as duas primeiras doses com intervalo de 2 meses, deverão receber a terceira dose com intervalo mínimo de quatro meses após a última dose.

Nota 4 - Pessoas que já tenham recebido as duas primeiras doses com intervalo de 6 meses ou mais (0 e 6 meses) deverão receber a terceira dose com intervalo mínimo de três meses após a última dose.

Nota 5 – A vacina HPV não está contemplada para pacientes com NIC 1.

Nota 6 - Esta vacina é contraindicada durante a gestação. Caso a mulher engravide após a primeira dose da vacina HPV ou receba a vacina inadvertidamente durante a gravidez, suspender a dose subsequente e completar o esquema vacinal, preferencialmente em até 45 dias após o parto. Nestes casos nenhuma intervenção adicional é necessária, somente o acompanhamento do pré-natal. Mulheres que estão amamentando podem ser vacinadas com a vacina HPV.

Nota 7 – O usuário de PrEP deverá apresentar qualquer tipo de comprovação de que faz PrEP (formulário de prescrição do imunizante, prescrição de PrEP, por meio físico ou digital, cartão de seguimento, medicamento).

Nota 8 – Portadores de PRR deverão apresentar relatório médico com diagnóstico estabelecido de PRR (CID 10-B97.7) e prescrição médica.

Segue, de forma resumida no Quadro 3, a elegibilidade, os esquemas e o registro de vacinação.

Quadro 3. Elegibilidade, esquemas vacinais e registro da vacinação contra o HPV.

Vacina papilomavirus humano - HPV			
Grupos	Faixa etária	Esquema vacinal	Registro ³
Meninas e Meninos	De 9 a 14 anos, 11 meses e 29 dias de idade.	Dose única	Registrar no SIGA ou no SIPNI, estratégia " Rotina ",
			"Dose única".
Meninas e Meninos	De 15 a 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade.	Dose única	Registrar no SIGA ou no SIPNI, estratégia " Intensificação ",
			"Dose única".
Mulheres e Homens Imunossuprimidos	9 a 45 anos de idade ¹	Três doses (0, 2 e 6 meses) ²	Registrar no SIGA ou no SIPNI, estratégia " Especial ", "Primeira dose" "Segunda dose" "Terceira dose"
Pessoas com Papilomatose Respiratória Recorrente (PRR)	A partir de 2 anos de idade		
Mulheres e Homens Vítimas de Violência Sexual	15 a 45 anos de idade		
Mulheres e Homens usuários de PrEP	15 a 45 anos de idade		
Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual	2 a 8 anos de idade	Uma dose	Registrar no SIGA ou no SIPNI, estratégia " Especial ", "Primeira dose"
	9 a 14 anos de idade	Duas doses (0 e 6 meses)	Registrar no SIGA ou no SIPNI, estratégia " Especial " "Primeira dose" "Segunda dose"
Mulheres tratadas por lesões intraepiteliais cervicais de alto grau (NIC 2/NIC 3 e AIS)	Qualquer idade	Três doses	Registrar no SIGA ou no SIPNI, estratégia " Especial ",
		(0, 2 e 6 meses)	"Primeira dose", "Segunda dose" ou "Terceira dose".

Fonte: PMI. Atualizado em 15/09/2026.

1- Pessoas vivendo com HIV/Aids, em uso de drogas imunossupressoras, transplantados de órgãos sólidos e medula óssea e pacientes oncológicos.

2- Intervalos mínimos: 2 meses entre 1ª e 2ª dose e 6 meses entre 1ª e 3ª dose.

3- SI-PNI somente para os serviços que não utilizam o SIGA para registro (privados, serviços estaduais, etc).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota Técnica nº 96/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Ofício Circular nº 271/2026/SVSA/MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota Técnica Nº 32/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS.

SÃO PAULO. Comunicado Divisão de Imunização, número 4, 2024. Atualização das recomendações da vacinação contra o HPV.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota Técnica Conjunta nº 101/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Ofício Circular nº 200/2024/SVSA/MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, 6ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

Secretaria Municipal da Saúde - SMS
Coordenadoria de Vigilância em Saúde – COVISA
Programa Municipal de Imunizações – PMI