

GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

6ª edição revisada

Brasília DF 2024



VOLUME

1

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Ações Estratégicas de
Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente

GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

6ª edição revisada

Brasília | DF 2024



2017 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsmms.saude.gov.br.

Tiragem: 6ª edição revisada – 2024 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente

Coordenação-Geral de Editoração Técnico-Científica em Vigilância em Saúde

SRTV, quadra 702, via W5 Norte, Edifício PO 700, 7º andar

CEP: 70723-040 – Brasília/DF

Site: www.saude.gov.br/svs

E-mail: cgevs@saude.gov.br

Ministra de Estado da Saúde:

Nísia Verônica Trindade Lima

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:

Ethel Leonor Noia Maciel – SVSA/MS

Edição científica:

Agnes Soares da Silvar – SVSA/MS

Angelica Espinosa Barbosa Miranda – SVSA/MS

Alda Maria da Cruz – SVSA/MS

Aline Amaral Imbeloni – SVSA/MS

Dráurio Barreira – SVSA/MS

Eder Gatti – SVSA/MS

Guilherme Loureiro Werneck – SVSA/MS

Letícia de Oliveira Cardoso – SVSA/MS

Lívia Carício Martins – SVSA/MS

Márcio Garcia – SVSA/MS

Edição executiva:

Guilherme Loureiro Werneck – SVSA/MS

Assessoria editorial:

Fátima Sonally Sousa Gondim – SVSA/MS

Isis Polianna Silva Ferreira de Carvalho – SVSA/MS

Maryane Oliveira Campos – SVSA/MS

Olavo de Moura Fontoura – SVSA/MS

Paola Barbosa Marchesini – SVSA/MS

Sarah Yasmin Lucena Gomes – SVSA/MS

Sheyla Maria Araujo Leite – SVSA/MS

Pontos focais:

Augusto César Cardoso dos Santos – SVSA/MS

Carmen Silva Bruniera Domingos – SVSA/MS

Cássio Ricardo Ribeiro – SVSA/MS

Jaqueline Nunes de Souza Fagundes Mendes – SVSA/MS

Karla Neves Laranjeira Braga – SVSA/MS

Maria José Chiabai – SVSA/MS

Nidiane da Silva Alves – SVSA/MS

Renan Duarte dos Santos Oliveira – SVSA/MS

Tiago de Brito Magalhães – SVSA/MS

Colaboração:

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas – Conasems

Nereu Henrique Monsano – Conass

Colaboração – figuras:

Rhander David de Lima Souza – CGDEP/SVSA/MS

Raones Ramos – CGDEP/SVSA/MS

Diagramação:

Fred Lobo – Cgevs/Daevs/SVSA/MS

Sabrina Lopes – Cgevs/Daevs/SVSA/MS

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão textual:

Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente.

Guia de vigilância em saúde : volume 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

3 v. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6edrev_v1.pdf
ISBN 978-65-5993-506-2

1. Vigilância em saúde – guia. 2. Vigilância epidemiológica. 3. Saúde pública. I. Título.

CDU 616.4 (036)

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2024/0002

Título para indexação:

Guide to Health Surveillance: volume 1

APRESENTAÇÃO	5
CAPÍTULO 1	7
Vigilância das Coberturas Vacinais	9
Vigilância do Óbito Infantil, Fetal e Materno	35
Vigilância de Anomalias Congênitas ao Nascimento	47
Vigilância em Saúde Ambiental	63
Vigilância em Saúde do Trabalhador	75
Vigilância das Síndromes Gripais	87
Farmacovigilância	97
CAPÍTULO 2	105
Doença meningocócica	107
Outras meningites	123
Influenza sazonal	159
Coqueluche	201
Difteria	217
Poliomielite/paralisia flácida aguda	237
Caxumba/parotidite epidêmica	251
Sarampo	261
Rubéola	285
Síndrome da rubéola congênita	305
Tétano acidental	325
Tétano neonatal	337
Varicela/herpes-zóster	347
CAPÍTULO 3	363
Botulismo	365
Cólera	375
Doenças diarreicas agudas	389
Rotavirose	407
Febre tifoide	419
Toxoplasmose adquirida na gestação e toxoplasmose congênita	431
EQUIPE DE COLABORADORES	447

CARACTERÍSTICAS GERAIS

▶ DESCRIÇÃO

Doença viral aguda, caracterizada por febre, dor, sensibilidade e aumento de volume de uma ou mais glândulas salivares, com predileção pelas parótidas (bochecha e área da mandíbula) e, às vezes, pelas sublinguais ou submandibulares (CDC, 2018, 2021a).

A caxumba já foi uma doença muito comum na infância, mas com a implementação da vacinação generalizada, a incidência diminuiu substancialmente (Davison; Morris, 2021).

Algumas pessoas que contraem caxumba apresentam sintomas muito leves (como um resfriado) ou nenhum sintoma, e podem não saber que têm a doença. A evolução é benigna e, em casos raros, a caxumba pode ser grave, chegando a determinar hospitalização do doente. A morte por caxumba é extremamente rara (CDC, 2021a, 2021b).

A caxumba afeta pessoas em todo o mundo e é a única causa conhecida de parotidite epidêmica (Davison, Morris, 2021).

▶ SINONÍMIA

Papeira, parotidite epidêmica.

▶ AGENTE ETIOLÓGICO

Vírus da família Rubulavírus, gênero *Paramyxovirus* (CDC, 2021b).

▶ RESERVATÓRIO

O ser humano (WHO, 2018).

▶ MODO DE TRANSMISSÃO

O vírus da caxumba replica-se no trato respiratório superior e é transmitido de pessoa a pessoa por meio do contato direto com a saliva ou gotículas respiratórias de uma pessoa infectada com caxumba. O risco de propagação do vírus aumenta quanto maior o tempo e mais próximo for o contato com uma pessoa com caxumba (CDC, 2021b).

A caxumba é considerada infecciosa de dois dias antes até cinco dias após o início da parotidite (CDC, 2015).

Uma pessoa infectada pode espalhar o vírus ao tossir, espirrar ou falar, compartilhar itens que possam conter saliva, como garrafas de água ou copos, participar de atividades de contato próximo com outras pessoas, como praticar esportes, dançar ou beijar (CDC, 2021a).

▶ PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período médio de incubação é de 16 a 18 dias, variando de 12 a 25 dias (CDC, 2021b).

▶ PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

De sete dias antes até cinco dias após o surgimento da parotidite. O vírus pode ser encontrado na urina até 14 dias após o início da doença (CDC, 2021b).

▶ SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE

A imunidade é de caráter permanente, sendo adquirida após infecções inaparentes, aparentes, ou após imunização ativa.

Durante um surto, os contatos próximos de paciente(s) com caxumba não devem ser testados quanto a evidências laboratoriais de imunidade, uma vez que um título de IgG positivo pode indicar infecção aguda (CDC, 2015).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A caxumba geralmente envolve dor, sensibilidade e edema em uma ou em ambas as glândulas salivares parótidas (bochecha e área da mandíbula). O edema geralmente atinge o pico em um a três dias, e, em seguida, diminui durante a próxima semana. O tecido edemaciado empurra o ângulo da orelha para cima e para fora. À medida que o edema piora, o ângulo da mandíbula abaixo da orelha não é mais visível. Frequentemente, o maxilar não pode ser sentido por causa do edema da parótida. Uma parótida pode edemaciarse antes da outra e, em 25% dos pacientes, apenas um lado fica edemaciado. Outras glândulas salivares (submandibulares e sublinguais) sob o assoalho da boca também podem edemaciarse, mas com menor frequência (10%) (CDC, 2021b).

Sintomas prodrômicos inespecíficos podem preceder a parotidite em vários dias, incluindo febre baixa que pode durar de três a quatro dias, mialgia, anorexia, mal-estar e cefaléia. A parotidite geralmente dura em média cinco dias, e a maioria dos casos desaparece após dez dias. A infecção por caxumba também pode se manifestar apenas com sintomas inespecíficos ou principalmente respiratórios, ou pode ser assintomática (CDC, 2021b).

As complicações da caxumba ocorrem com ou sem parotidite ou outro edema das glândulas salivares e geralmente incluem orquite (inflamação dos testículos), ooforite (inflamação dos ovários), mastite (inflamação do tecido mamário), meningite (inflamação do tecido que cobre o cérebro e a medula espinhal), encefalite (inflamação do cérebro), pancreatite (inflamação do pâncreas) e perda auditiva (CDC, 2015, 2021a).

Nefrite, miocardite e outras sequelas, incluindo paralisia, convulsões, paralisia dos nervos cranianos e hidrocefalia, também foram relatadas em pacientes com caxumba, mas são raras (CDC, 2015).

As complicações associadas à infecção por caxumba são geralmente mais comuns em adultos do que em crianças. Pessoas vacinadas são menos propensas a ter complicações de caxumba do que pessoas não vacinadas (CDC, 2015).

A orquite ocorre em aproximadamente 30% dos pacientes não vacinados e em 6% dos pacientes pós-púberes do sexo masculino com caxumba. Em 60% a 83% dos homens com orquite por caxumba, apenas um testículo é afetado (CDC, 2021b).

Na orquite associada à caxumba, geralmente, há início abrupto de edema testicular, sensibilidade, náuseas, vômitos e febre. A dor e o edema podem diminuir em uma semana, mas a sensibilidade pode durar várias semanas (CDC, 2015). A orquite da caxumba não foi associada à infertilidade, mas pode resultar em atrofia testicular e hipofertilidade (CDC, 2021b).

Na era pré-vacinal, ooforite e mastite foram relatadas em 7% e 30%, respectivamente, das mulheres pós-púberes com caxumba. Entre as mulheres pós-púberes vacinadas, ooforite e mastite são relatadas em 1% ou menos dos pacientes com caxumba. A ooforite pode mimetizar a apendicite. Entre os pacientes não vacinados, meningite asséptica clínica ocorreu em até 10%, pancreatite em até 4% e perda auditiva neurossensorial em até 4%. A meningite normalmente é leve. A perda auditiva geralmente é transitória, mas pode ser permanente (CDC, 2015).

Na era pós-vacinação, entre todas as pessoas infectadas com caxumba, as taxas relatadas de meningite, encefalite, pancreatite e perda auditiva (transitória ou permanente) foram de 1% ou menos (CDC, 2015).

A caxumba que ocorre em mulheres grávidas é geralmente benigna e não mais grave do que em mulheres que não estão grávidas. Como outras infecções, existe um risco teórico de que a caxumba durante os primeiros meses da gravidez possa causar complicações (CDC, 2021b).

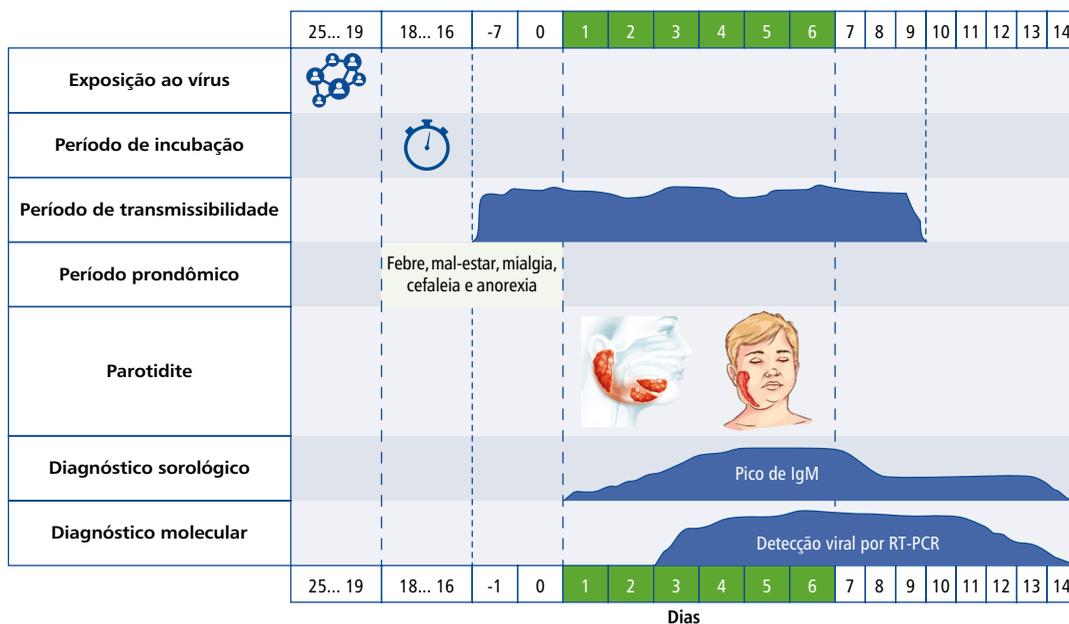
DIAGNÓSTICO

► DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico da doença é eminentemente clínico-epidemiológico. Os testes para detecção de anticorpos e/ou RNA viral não são utilizados de rotina no serviço público de saúde, não sendo realizado pela Rede de Laboratórios de Saúde Pública (Lacen), mas o vírus pode ser detectado por sorologia ou RT-PCR em tempo real.

Na sorologia, o teste utilizado para pesquisa de anticorpos IgM e IgG é o ELISA. Os anticorpos IgM geralmente se tornam detectáveis durante os primeiros dias da doença e atingem um pico em aproximadamente cinco dias após o início dos sintomas (Figura 1). No entanto, assim como acontece com sarampo e rubéola, a expressão de IgM da caxumba pode ser transitória ou ausente em pessoas vacinadas. O ideal é que o soro seja coletado o mais rápido possível após o início dos sintomas ou amostras de fase aguda para observar a soroconversão de IgG.

A RT-PCR e a cultura são testes usados para confirmar a infecção. O vírus da caxumba pode ser detectado por RT-PCR em tempo real em amostras clínicas de swab do ducto parotídeo, ou ducto de outra glândula salivar afetada. A melhor detecção ocorre em amostras coletadas em três e, no máximo, oito dias após o início dos sintomas. Em casos de pacientes que apresentem alguma complicação, recomenda-se coletar também urina. Os swabs bucal e oral devem ser obtidos massageando a área da glândula parótida por 30 segundos antes de esfregar a área ao redor do ducto de Stensen. Posteriormente, as amostras devem ser mantidas a uma temperatura de 4°C e enviadas para processamento no laboratório em até 24 horas, para melhor sensibilidade das técnicas de RT-PCR e identificação viral.

FIGURA 1 – Estágios da infecção por caxumba e melhor período para coleta de material biológico para diagnóstico

Fonte: Daevs/SVSA/MS.

▶ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A infecção por caxumba é frequentemente confundida com inchaço dos gânglios linfáticos do pescoço. Além disso, a parotidite nem sempre é ocasionada por caxumba, podendo ser decorrente de outras infecções pelos vírus: parainfluenza tipos 1 e 3; vírus Epstein-Barr; vírus influenza A; vírus *Coxsackie A*; *Echovirus*; vírus da coriomeningite linfocítica; e vírus da imunodeficiência humana. Há ainda a possibilidade de causas não infecciosas, como drogas, tumores, doenças imunológicas e obstrução do ducto salivar.

TRATAMENTO

Não existe terapia específica para caxumba (WHO, 2018). Ela é geralmente uma doença benigna, e o tratamento consiste em cuidados de suporte para cada sintoma apresentado. Medicamentos analgésicos e compressas frias ou quentes para o edema da parótida são benéficos (DAVISON; MORRIS, 2021).

O tratamento da orquite é principalmente de suporte e deve incluir repouso na cama e uso de compressas quentes ou frias para a dor. Os medicamentos antibacterianos não são indicados para o tratamento da orquite viral, e a maioria dos casos de orquite associada à caxumba desaparece espontaneamente após três a dez dias (TROJIAN; LISHNAK; HEIMAN, 2009).

Não há benefício comprovado para o uso de glicocorticóides e drenagem cirúrgica da caxumba, parotidite e orquite (DAVISON; MORRIS, 2021).

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

A caxumba é uma doença de distribuição universal, de alta morbidade e baixa letalidade.

É endêmica em todo o mundo, com surtos epidêmicos ocorrendo aproximadamente a cada cinco anos em regiões não vacinadas (Davison; Morris, 2021). É relatada ao longo do ano (CDC, 2015). As estações com maior ocorrência de casos são o inverno e a primavera (Davison; Morris 2021).

No mundo, 500 mil casos de caxumba são relatados em média anualmente (CDC, 2015). No Brasil, não se dispõe de um sistema de vigilância epidemiológica instituído para caxumba, portanto, não há informações do número de pessoas acometidas pela doença.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

▶ OBJETIVOS

- Investigar surtos para a adoção de medidas de controle.
- Reduzir as taxas de incidência pela vacinação de rotina com as vacinas tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) e tetraviral (sarampo, rubéola, caxumba e varicela).

▶ DEFINIÇÃO DE CASO

Suspeito

Pessoa com início agudo de sensibilidade unilateral ou bilateral, edema da parótida ou outra glândula salivar que dura dois ou mais dias, sem outra causa aparente (vírus parainfluenza, vírus Epstein-Barr, vírus influenza A, HIV e causas não infecciosas), ou suspeita clínica de caxumba por causa de outros sintomas associados a essa doença (meningite, encefalite, perda auditiva, orquite, ooforite, mastite, pancreatite) inexplicada por outro mais provável diagnóstico (WHO, 2018).

Confirmado

Eminentemente pela clínica, uma vez que não são utilizados exames sorológicos de rotina na rede pública.

Uma confirmação laboratorial positiva da caxumba com reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa (RT-PCR) ou cultura em um paciente com doença aguda caracterizada por qualquer um dos seguintes: parotidite aguda ou outro inchaço das glândulas salivares, com duração de pelo menos dois dias, meningite asséptica, encefalite, perda de audição, orquite, ooforite, mastite ou pancreatite (CDC, 2012).

Critério clínico-epidemiológico

Caso suspeito, com história de contato com indivíduo doente por caxumba, nos 25 dias anteriores ao surgimento dos primeiros sintomas (WHO, 2018).

Descartado

Caso suspeito, em que se confirma outra doença (WHO, 2018).

► DEFINIÇÃO DE SURTO

Um surto de caxumba é definido como três ou mais casos relacionados por tempo e local. Nos últimos anos, surtos de caxumba ocorreram em populações altamente vacinadas em ambientes de alta transmissão, incluindo escolas de ensino fundamental, médio, faculdades e acampamentos. Especialmente nesses ambientes, a rápida detecção e investigação de casos e a implementação de medidas de controle podem reduzir a magnitude dos surtos (CDC, 2018).

Define-se surto em ambiente hospitalar a ocorrência de um único caso confirmado de caxumba. E o contato para caxumba em ambiente hospitalar é caracterizado pela associação do indivíduo com uma pessoa infectada de forma íntima e prolongada, por período igual ou superior a uma hora, e/ou dividindo o mesmo quarto hospitalar, tendo criado assim a possibilidade de contrair a infecção. Nesses casos, a vacina com componente caxumba está indicada para contatos suscetíveis imunocompetentes dos 12 meses a 59 anos de idade, em até 72 horas (3 dias) após o contato.

NOTIFICAÇÃO

Não é uma doença de notificação compulsória, ou seja, não consta na Portaria GM/MS n.º 420, de 2 de março de 2022 (Brasil, 2022a). Porém, cada município ou estado tem autonomia para instituir uma portaria tornando-a de notificação compulsória.

Como a doença não faz parte da referida Portaria, o Ministério da Saúde solicita que os estados enviem os relatórios dos surtos para o nível federal, ou que sejam enviados os bancos de dados com casos e surtos dos estados onde a doença for de notificação compulsória.

ISOLAMENTO

Quando uma pessoa está com caxumba, ela deve evitar o contato com outras pessoas desde o momento do diagnóstico até cinco dias após o início da parotidite, ficando em casa, sem ir ao trabalho ou à escola e, se possível, em um quarto separado (CDC, 2018, 2021a; WHO, 2018).

Em ambientes hospitalares, deve-se adotar o isolamento respiratório dos doentes, bem como o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs).

ASSISTÊNCIA MÉDICA AO PACIENTE

O atendimento é ambulatorial e o tratamento é feito no domicílio. A hospitalização dos pacientes só é indicada para os casos que apresentem complicações graves, como meningites, encefalites, pancreatite, ooforite, orquite, mastite, entre outros.

MEDIDAS DE CONTROLE

► VACINAÇÃO

Rotina

Na rotina dos serviços públicos de saúde, a vacinação contra a caxumba é ofertada para a população a partir de 12 meses, sendo que, para indivíduos de até 29 anos de idade, o esquema recomendado é de duas doses das vacinas tríplice viral (Brasil, 2022b), conforme descrito a seguir.

- Aos 12 meses de idade: administrar uma dose da vacina tríplice viral.
- Aos 15 meses de idade: administrar uma dose da vacina tetraviral (ou na indisponibilidade desta, utilizar tríplice viral mais varicela monovalente). Essa vacina pode ser administrada até os 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Após essa faixa etária, é necessário completar o esquema com a vacina tríplice viral.

Indivíduos de 30 a 59 anos de idade não vacinados anteriormente devem receber uma dose da vacina tríplice viral.

Trabalhadores da saúde, independentemente da idade, devem receber ou comprovar vacinação anterior com duas doses da vacina tríplice viral.

Situações de surto

Na ocorrência de surto de caxumba, deve-se realizar intensificação da rotina de vacinação, com a busca ativa de pessoas não vacinadas ou com esquema incompleto para caxumba e que sejam contatos de casos suspeitos ou confirmados, nos locais onde esses casos estiverem concentrados (creches, escolas, faculdades, empresas, presídios, hospitais, entre outros). Nessa situação, a vacinação deve ser realizada de forma seletiva e em conformidade com as indicações do Calendário Nacional de Vacinação (Brasil, 2022).

A vacinação deve ser implementada tão logo os casos sejam identificados, visando minimizar a ocorrência de novos casos.

Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (Esavi)

São quaisquer ocorrências médicas indesejadas após a vacinação, não possuindo necessariamente uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico (imunoglobulinas e soros heterólogos) (NOTA TÉCNICA N.º 255/2022-CGPNI/DEIDT/SVS/MS).

Todos os casos suspeitos de eventos graves, raros e/ou inusitados, erros de imunização (programáticos) e surtos de Esavi devem ser notificados no **e-SUS Notifica** (<https://notifica.saude.gov.br/>), para que se possa realizar uma investigação detalhada do caso, com busca de outras causas potencialmente associadas à ocorrência do evento, bem como revisão da literatura médica para identificação de evidências que corroborem ou afastem uma potencial associação causal com às vacinas (Brasil, 2021).

Ressalta-se que as vacinas tríplice viral e tetraviral são seguras e pouco reatogênicas. Reações de hipersensibilidade são raras e as reações adversas mais observadas são febre, dor e rubor no local da administração e exantema (Brasil, 2021).

Para informações adicionais, consultar o capítulo “Farmacovigilância” deste Guia e o *Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação* (4ª edição atualizada, 2021), do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS n.º 420, de 2 de março de 2022**. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, DF: MS, 2022a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-420-de-2-de-marco-de-2022-383578277>. Acesso em: 9 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Calendário nacional de vacinação 2022**. Brasília, DF: MS, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>. Acesso em: 9 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 4. ed. atual. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vacinacao-imunizacao-pni/manual_eventos-_adversos_pos_vacinacao_4ed_atualizada.pdf/view. Acesso em: 9 set. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Técnica nº 255/2022-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. Brasília, DF: MS, 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/eventos-adversos-pos-vacinacao-1/nota-tecnica-no-255-2022-cgpni-deidt-svs-ms>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualprocedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 2 fev. 2021.

CENTERS FOR DISEASE AND CONTROL AND PREVENTION. Immunization Action Coalition. **Mumps: Q&A** Questions and Answers information about the disease and vaccines. How long is a person with mumps contagious?. [Atlanta]: CDC, [202-]. Disponível em: <https://www.immunize.org/catg.d/p4211.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases**. 13th ed. [Washington]: Public Health Foundation, 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html>. Acesso em: 20 mar. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Manual for the Surveillance of Vaccine – Preventable Diseases**. [Atlanta]: CDC, 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/index.html>. Acesso em 23 mar. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Division of Viral Diseases. Mumps. **About Mumps**. [Atlanta]: CDC, 2021a. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mumps/about/index.html>. Acesso em: 19 mar. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Division of Viral Diseases. Mumps. **For Healthcare Providers**. [Atlanta]: CDC, 2021b. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mumps/hcp.html#clinical>. Acesso em: 19 mar. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Notifiable Diseases Surveillance System. **Mumps 2012 Case Definition**. [Atlanta]: CDC, [2012]. Disponível em: <https://wwwn.cdc.gov/nndss/conditions/mumps/case-definition/2012/>. Acesso em: 23 mar. 2021.

DAVISON, P.; MORRIS J. **Mumps**. [Flórida]: StatPearls Publishing, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534785/>. Acesso em: 25 mar. 2021.

TROJIAN, T. H.; LISHNAK, T. S.; HEIMAN, D. **Epididymitis and Orchitis: An Overview**. [S. l.]: American Family Physician, 2009. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2009/0401/p583.html>. Acesso em: 25 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Vaccine-Preventable Diseases Surveillance Standards. **Mumps**. [Geneva]: WHO, 2018. Disponível em: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/WHO_SurveillanceVaccinePreventable_13_Mumps_R2.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
CLIQUE AQUI e responda a pesquisa.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.bvsmms.saude.gov.br

DISQUE
SAÚDE **136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**