

Parotidite Epidémica

1. A doença

A parotidite epidémica é uma doença viral aguda, de notificação obrigatória,¹ causada por um vírus com genoma de RNA simples, da família *Paramyxoviridae* e género *orthorubulavirus*. A apresentação clássica da doença caracteriza-se pelo aparecimento de sintomas inespecíficos, como febre, mal-estar geral, cefaleias, mialgias e anorexia, seguidos de tumefação de uma ou mais glândulas salivares, geralmente a parótida, mas também as glândulas sublinguais e submaxilares. Formas atípicas da doença (como orquite, encefalite, pancreatite ou pneumonia) podem também ocorrer, sem se verificar tumefação de glândulas salivares. Infeções assintomáticas de parotidite epidémica são comuns, particularmente em idade pediátrica.

A transmissão do vírus ocorre pessoa-a-pessoa, por via aérea, através da inalação de aerossóis contaminados, ou pelo contacto direto com secreções ou superfícies contaminadas. O vírus replica-se na nasofaringe e gânglios linfáticos regionais. Durante a virémia, o vírus dissemina-se para vários tecidos, incluindo as meninges, glândulas salivares, pâncreas, testículos e ovários. A inflamação dos tecidos infetados origina os sintomas característicos de parotidite e de outras complicações como a orquite e meningite asséptica. O período de incubação é, geralmente, de 17 dias, podendo variar entre os 12 e 25 dias após exposição.² O período de transmissibilidade pode iniciar-se alguns dias antes do aparecimento da tumefação glandular e permanecer após o seu desaparecimento. O período máximo de transmissibilidade situa-se entre os 2 dias antes até 5 dias depois do aparecimento dos primeiros sintomas.³ Contudo, infeções assintomáticas podem ser transmissíveis.

O vírus pode ser isolado em cultura celular ou detetado por PCR (*polymerase chain reaction*), a partir de fluidos orais, urina, sangue ou líquido cefalorraquidiano (LCR). A genotipagem é recomendada, particularmente se forem identificados casos de doença em indivíduos vacinados. A deteção de IgM específica em amostras de soro ou fluidos orais colhidos entre 1 e 6 semanas, após o início do inchaço unilateral ou bilateral da parótida, é um meio sensível e específico de confirmar o diagnóstico, sobretudo em indivíduos não vacinados. Um aumento significativo (>4x) na concentração de anticorpos IgG específicos, num par de soros (agudo e convalescente) pode

¹ Despacho n.º 1150/2021, de 28 de janeiro.

² WHO (2018), Mumps, Vaccine Preventable Diseases, Surveillance Standards. September 5, 2018. Disponível [aqui](#).

³ WHO (2018), Mumps, Vaccine Preventable Diseases, Surveillance Standards. September 5, 2018. Disponível [aqui](#).

⁴ UK Health Security Agency (2013), The Green Book Chapter 23: Mumps.

⁵ Heymann, D. L., & American Public Health Association. (2015). Control of communicable diseases manual: an official report of the American Public Health Association. Apha Press, An Imprint Of The American Public Health Association.

igualmente confirmar o diagnóstico.^{4,5}

A infecção por vírus da parotidite confere imunidade de longa duração, contudo têm sido reportados alguns casos de reinfeção.⁶

O tratamento é sintomático e/ou de suporte, sendo necessários antibióticos apenas em caso de sobreinfecção bacteriana.

2. Complicações

Em 40 a 50% dos casos, a parotidite epidémica é acompanhada por sintomas respiratórios, principalmente em crianças com <5 anos de idade.

A ocorrência de orquite, geralmente unilateral, em adolescentes do sexo masculino é observada em 20 a 30% dos casos, podendo resultar em atrofia testicular em cerca de 1/3 dos indivíduos. Casos raros de infertilidade foram reportados, após a ocorrência de orquite e atrofia testicular bilateral. A ocorrência de orquite por parotidite epidémica parece ser fator de risco para cancro testicular e oligospermia. No sexo feminino, pode ocorrer ooforite em 5% dos casos.

A afeção do sistema nervoso é comum e o vírus é frequentemente isolado no LCR. Um quadro de meningite asséptica, benigna, pode ocorrer em 10 a 15% dos casos de parotidite, mas, não raramente, é a única manifestação da infecção. A ocorrência de encefalite é rara, mas pode resultar em sequelas permanentes, como paralisia, hidrocefalia, convulsões e mesmo morte.

A infecção por vírus da parotidite epidémica durante o primeiro trimestre da gestação associa-se à ocorrência de aborto espontâneo (em 25% dos casos). Contudo, não parece estar associada à ocorrência de anomalias congénitas.

Outras complicações possíveis, mas menos frequentes são: pancreatite aguda, surdez neurossensorial, nefrite e artropatia. A letalidade estimada é de 1%.^{7,8}

3. Epidemiologia

Antes da introdução da vacinação contra a parotidite epidémica, a doença manifestava-se maioritariamente na infância, A doença é endémica em países onde não existe controlo da mesma pela vacinação. A introdução da vacinação contra a parotidite epidémica, a partir de 1960, geralmente combinada com a vacinação contra o sarampo e contra a rubéola (VASPR), levou a uma diminuição acentuada da incidência da doença nos países onde se verificou o atingimento e manutenção de coberturas vacinais elevadas ($\geq 95\%$), de cerca de 100-1000 casos por 100.000 habitantes para <1 caso por 100.000 habitantes.⁹

⁶ World Health Organization (2024), Mumps virus vaccines: WHO Position Paper, March 2024; 14 Março 2024. Disponível [aqui](#).

⁷ UK Health Security Agency (2013), The Green Book Chapter 23: Mumps.

⁸ Heymann, D. L., & American Public Health Association. (2015). Control of communicable diseases manual: an official report of the American Public Health Association. Apha Press, An Imprint Of The American Public Health Association.

⁹ World Health Organization (2024), Mumps virus vaccines: WHO Position Paper, March 2024; 14 Março 2024. Disponível [aqui](#).

Em Portugal, a vacina combinada VASPR começou a ser administrada, no âmbito do PNV, no ano de 1987, dose única aos 15 meses de idade, tendo a parotidite epidémica passado a ser doença de notificação obrigatória a partir deste mesmo ano. Em 1990 foi introduzida a 2ª dose, administrada entre os 11 e os 13 anos de idade. Em 1996 e 1997, observou-se um surto de grande dimensão que levou à substituição da estirpe vacinal *Rubini* pela estirpe vacinal *Jeryl-Lynn*. No ano 2000, a 2ª dose da vacina VASPR foi antecipada para os 5/6 anos de idade.

Tem-se verificado, globalmente, um aumento da incidência da doença em grupos etários mais elevados, o que poderá estar relacionado com coberturas vacinais baixas (<80%) em alguns países, promovendo a circulação do vírus e a infeção de adolescentes e adultos não vacinados, com maiores taxas de complicações.¹⁰

Na Região Europeia (UE/EEE), em 2022, foram notificados 2.593 casos de parotidite epidémica (confirmados, prováveis ou possíveis), correspondendo a uma taxa de notificação de 0,7 casos por 100.000 habitantes. As maiores taxas de notificação de parotidite epidémica verificaram-se em crianças dos 1 aos 4 anos e dos 5 aos 9 anos de idade. Do total de casos notificados, 24% não estavam vacinados. Do total de casos que apresentaram complicações, 29% não estavam vacinados e, a maioria, tinha 30 ou mais anos de idade.¹¹

Em Portugal, em 2023, foram notificados 92 casos de parotidite epidémica (confirmados, prováveis ou possíveis), correspondendo a uma taxa de notificação de 0,8 casos por 100.000 habitantes. De acordo com o Relatório anual do Programa Nacional de Vacinação de 2024,¹² a cobertura vacinal da 1ª dose da vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola (VASPR), em crianças que completaram os 2 anos de idade, foi de 99% (coorte de 2022), sendo que a cobertura vacinal da 2ª dose atingiu os 96% na coorte de 2018, verificando-se, contudo, assimetrias regionais.

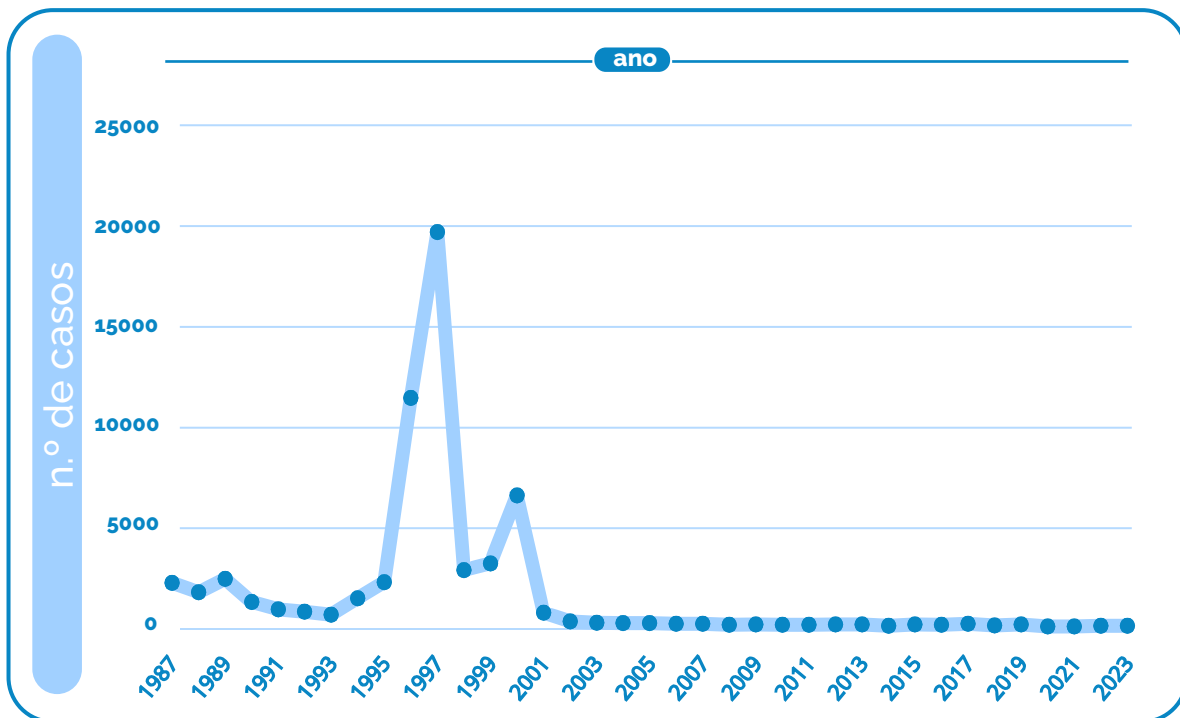


Figura n.º 1 - Número total de casos de parotidite epidémica, por ano de notificação, Portugal, 1987-2023. Fonte DGS / ECDC.

¹⁰ World Health Organization (2024), Mumps virus vaccines: WHO Position Paper, March 2024; 14 Março 2024. Disponível [aqui](#).

¹¹ European Centre for Diseases Prevention and Control (2024), Mumps – Annual Epidemiological Report for 2022, 22 Abril 2024. Disponível [aqui](#).

¹² DGS (2025), Programa Nacional de Vacinação, Relatório anual 2024. Disponível [aqui](#).

4. Vacinação

A vacinação contra a parotidite epidémica, em Portugal, é feita de forma combinada trivalente, garantindo a vacinação simultânea contra 3 doenças: sarampo, rubéola e parotidite epidémica (VASPR). As características da vacina VASPR podem ser consultadas no Quadro n.º 1.

De acordo com uma revisão sistemática recente,¹³ a vacina trivalente com a estirpe *Jeryl-Lynn*, tem uma efetividade de 72% na prevenção de parotidite epidémica após a primeira dose e de 86% após a segunda dose. A efetividade na prevenção de casos secundários é de 74%.

4.1. Características das vacinas¹⁴

Existem, em Portugal, duas vacinas disponíveis para a vacinação combinada contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola (M-M-RVaxPro[®] e Priorix[®]).

Quadro n.º 1 - Características das vacinas contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola (VASPR)

Tipo de vacina	Vacina combinada contendo vírus vivos e atenuados do sarampo, da parotidite epidémica e da rubéola
Indicações	Prevenção do sarampo, parotidite epidémica e rubéola Recomendada ≥12 meses de idade ¹⁵
Contraindicações	Gravidez Tuberculose ativa não tratada Imunossupressão grave, primária ou adquirida Terapêutica imunossupressora A vacina VASPR não deve ser administrada a dador vivo nas 4 semanas antes do transplante
Precauções	Pessoas com história de reação anafilática a uma dose anterior, a algum dos constituintes da vacina ou a substâncias que podem estar presentes em quantidades vestigiais (neomicina e gelatina) devem ser referenciadas para consulta de imunoalergologia para investigação A vacina VASPR pode ser administrada com segurança a pessoas com história pessoal ou familiar de alergia à proteína do ovo, ¹⁶ independentemente da gravidade da alergia. Nestes casos, a vacinação deve ocorrer como habitualmente, nos cuidados de saúde primários, ¹⁷ sem necessidade de encaminhamento prévio para consulta de imunoalergologia Doença aguda grave, com ou sem febre – aguardar até recuperação completa Não engravidar durante 4 semanas após a vacinação Imunodeficiências primárias ou adquiridas não graves (incluindo infeção por VIH), vacinação por prescrição do médico assistente Administração prévia (≤11 meses) de produtos contendo imunoglobulinas História de trombocitopenia ou púrpura trombocitopénica idiopática na sequência de uma dose anterior da vacina Trombocitopenia, diátese hemorrágica, alterações da coagulação ou terapêutica anticoagulante – administrar por via subcutânea

¹³ Di Pietrantonj C., Rivetti A., Marchione P., Debalini M.G., Demicheli V. (2021). Vaccines for measles, mumps, rubella, and varicella in children, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11. Art. No.: CD004407. DOI: 10.1002/14651858.CD004407.pub5.

¹⁴ Deverá ser consultado o Resumo das Características do Medicamento em [INFOMED](#).

¹⁵ Excepcionalmente, a primeira dose pode ser administrada ≥6 meses de idade. Esta dose considera-se "dose zero" e o esquema tem de ser reiniciado ≥12 meses de idade (<12 meses de idade, músculo vasto externo, na face externa da região ântero-lateral da coxa direita).

¹⁶ A reação anafilática rara relacionada com a VASPR, quando ocorre, raramente se associa a alergia à proteína do ovo, sendo mais frequente em situações de alergia a outros componentes da vacina, como neomicina e gelatina.

¹⁷ Devem ser garantidas as condições previstas na [Portaria n.º 114/2024/1, de 22 de março](#).

	<p>A vacina pode provocar uma anergia temporária ao teste tuberculínico – administrar a vacina 4 semanas antes ou após a leitura do teste</p> <p>Intolerância hereditária à frutose (contém sorbitol)</p> <p>Priorix® - tem ácido para-aminobenzóico, que pode causar reações alérgicas, e fenilalanina, que pode ser prejudicial em indivíduos com fenilcetonúria</p>
Reações adversas	<p>Reações adversas mais frequentes (nas primeiras 24 horas): dor, vermelhidão, tumefação e sensibilidade, que duram 2 a 3 dias</p> <p>Reações sistêmicas mais frequentes: febre >39,4°C, 6 a 12 dias após a vacinação, exantema, 6 a 10 dias após a vacinação, que duram 1 a 2 dias; tumefação das parótidas, 10 a 14 dias após a vacinação. Em mulheres, pode ocorrer dor nas articulações, 1 a 3 semanas após a vacinação, durando 1 dia a 3 semanas. Estas reações são menos frequentes após a segunda dose</p> <p>Reações adversas graves habitualmente raras ou muito raras</p>
Conservação	<p>Conservar entre 2°C e 8°C</p> <p>Não congelar¹⁸</p> <p>Proteger da luz</p>
Dose e via de administração	<p>0,5 mL</p> <p>Subcutânea ou Intramuscular</p>
Local da injeção	<p>Músculo deltoide, na face externa da região ântero-lateral do terço superior do braço direito¹⁹</p>
Compatibilidade	<p>Pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas em locais anatómicos diferentes ou no mesmo membro (exceto com a BCG), desde que as injeções sejam distanciadas ≥2,5 cm</p> <p>Se a administração de outras vacinas vivas injetáveis não for simultânea deve respeitar-se um intervalo mínimo de 4 semanas entre vacinas</p>

4.2. Esquema geral recomendado

A VASPR é administrada num esquema de **2 doses**: a 1ª dose é administrada aos 12 meses de idade e a 2ª dose é administrada aos 5 anos de idade.

Quadro n.º 2 – Esquema geral recomendado para a vacinação contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola (VASPR)

Vacina /Doença	Nascimento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Sarampo, parotidite epidémica e rubéola					VASPR 1		VASPR 2					

4.3. Esquemas vacinais de recurso

No caso da vacina VASPR, em que a 2ª dose constitui uma segunda oportunidade de imunização, recomenda-se um intervalo de **6 meses** entre doses, se ultrapassada a idade recomendada para a 2ª dose (5 anos). O intervalo mínimo entre as duas doses de VASPR é de **4 semanas**.

¹⁸ A congelação não inutiliza a vacina, mas pode causar pequenas fissuras na embalagem, com potencial contaminação do conteúdo.

¹⁹ Se <12 meses de idade, a VASPR é administrada na coxa direita.

4.3.1. Esquemas vacinais em atraso (≥12 meses e <7 anos)

As crianças com idade igual ou superior a 12 meses e inferior a 7 anos que não cumpriram o esquema geral recomendado (Quadro n.º 2), devem seguir o esquema apresentado no Quadro n.º 3, tendo em conta a sua história vacinal e idade.

4.3.2. Esquema vacinal tardio (≥7 anos e <18 anos)

As crianças e adolescentes com idade igual ou superior a 7 anos e inferior a 18 anos, que não cumpriram o esquema geral recomendado (Quadro n.º 2), devem seguir o esquema apresentado no Quadro n.º 3. Deve ter-se em consideração a história vacinal e a existência de outras vacinas em atraso. A vacinação deve ser organizada de acordo com as prioridades, em termos de incidência e/ou gravidade das doenças.

Quadro n.º 3 – PNV: Esquema vacinal em atraso e esquema vacinal tardio.

Esquema	VASPR 1	VASPR 2
Esquema vacinal em atraso (12 meses – 6 anos de idade)	1ª visita	Aos 5 anos de idade ou 6 meses após a dose anterior
Esquema vacinal tardio (7 anos – 17 anos de idade)	1ª visita	6 meses após a dose anterior

4.3.3. Vacinação de adultos (≥ 18 anos)

Os adultos nascidos ≥1970 devem ser vacinados com **1 dose** de VASPR. No caso de profissionais de saúde estão recomendadas **2 doses**, independentemente do ano de nascimento (Quadro n.º 4).

Quadro n.º 4 – PNV: Esquema vacinal para adultos (≥18 anos de idade)

População-alvo	Nº de doses de VASPR recomendadas ^a
Nascidos ≥1970	1 dose
Nascidos <1970	0 doses
Profissionais de saúde	2 doses (independentemente do ano de nascimento) ^b

a. A vacina VASPR, como as demais vacinas vivas atenuadas, representa um risco teórico para o feto, pelo que está contraindicada a vacinação com VASPR durante a gravidez. Por precaução, recomenda-se que a vacinação com VASPR ocorra até, pelo menos, 4 semanas antes de engravidar.

b. Intervalo mínimo de 4 semanas entre doses.

4.4. Regras aplicáveis aos esquemas de vacinação

4.4.1. Idades máximas para iniciar e completar os esquemas de vacinação

As idades máximas para iniciar e completar a vacinação relacionam-se com a epidemiologia das doenças e as coortes abrangidas relacionam-se com o historial da sua introdução no PNV.

Quadro n.º 5 – PNV: Idades máximas para iniciar e completar os esquemas com a vacina VASPR

Vacina	Idade máxima para iniciar	Idade máxima para completar	Coortes de nascimentos
VASPR	Sem limite	Sem limite	≥1970

4.4.2. Idades mínimas e intervalos entre doses

Intervalos superiores ao recomendado

Intervalos superiores aos recomendados entre doses da vacina VASPR não reduzem a proteção final contra a parotidite epidémica. No entanto, até ao cumprimento do esquema, a pessoa pode não estar imunizada. A interrupção do esquema vacinal apenas requer que seja completado, independentemente do tempo decorrido desde a administração da última dose.

Idades e intervalos inferiores ao recomendado

Por razões epidemiológicas, clínicas ou para não perder oportunidades de vacinação, pode ser necessário antecipar a idade recomendada para a primeira dose e/ou encurtar os intervalos entre doses do esquema vacinal recomendado. Nestes casos, deve respeitar-se sempre a idade mínima de administração da primeira dose e os intervalos mínimos entre doses ou vacinas (Quadro n.º 6).

A administração da vacina mais de 4 dias antes da idade mínima recomendada e/ou com intervalos inferiores aos mínimos aconselhados (com uma tolerância de 4 dias) pode diminuir a resposta imunológica. Nestes casos, as doses administradas não são consideradas válidas, devendo ser repetidas, assegurando os intervalos mínimos entre doses (Quadro n.º 6).

A utilização de idades mínimas para início do esquema vacinal e/ou intervalos mínimos²⁰ entre doses ou vacinas pode ser considerada, nas seguintes situações:

- Risco elevado de não cumprimento do esquema recomendado;
- Alterações imunitárias;
- Preparação de viagem;
- Vacinação pós-exposição ou em resposta a surto.

²⁰ O encurtamento do intervalo entre doses pode aumentar a frequência de reações adversas.

Excepcionalmente, para algumas vacinas e em situações de elevado risco como, por exemplo, viagens ou a existência de surto, os esquemas recomendados podem ser alterados, recorrendo-se a esquemas acelerados, que podem não cumprir a idade mínima para a primeira dose e/ou os intervalos mínimos entre doses. Estas alterações requerem **prescrição médica**, incluindo a devida justificação.

Quadro n.º 6 – PNV: Idade mínima para iniciar a vacinação e intervalo mínimo entre doses

Vacina	Idade mínima para a 1ª dose	Intervalo mínimo entre a 1ª e 2ª dose
VASPR	12 meses	4 semanas

Se for necessária proteção mais precoce, a 1ª dose de VASPR pode ser antecipada para os 6 meses de idade, considerando-se esta uma "dose zero". As crianças vacinadas durante o primeiro ano de vida devem ser revacinadas, com VASPR 1, aos 12 meses de idade.

4.4.3. Intervalos entre vacinas diferentes

A vacina VASPR é uma **vacina viva injetável**.

- A coadministração com vacinas vivas orais (ex.: vacina contra Rotavírus) pode ser feita no mesmo dia ou com qualquer intervalo entre administrações.
- A coadministração com vacinas inativadas pode ser feita no mesmo dia ou com qualquer intervalo entre administrações.
- A coadministração com **outra vacina viva injetável** (ex.: BCG e febre amarela) deve ser feita **no mesmo dia**²¹ ou com um intervalo de, pelo menos, **4 semanas**. Excepcionalmente, se for necessário assegurar proteção rápida (por exemplo, antes de uma viagem), as vacinas contra a febre amarela e a VASPR podem ser administradas com qualquer intervalo entre elas. Se o intervalo mínimo de 4 semanas entre duas vacinas vivas injetáveis não for respeitado, a vacina administrada por último deve ser repetida 4 ou mais semanas depois da sua administração.

4.4.4. Intervalo entre a VASPR e o teste tuberculínico

A VASPR pode interferir com a resposta ao teste tuberculínico, podendo causar um resultado falso negativo, pelo que o teste tuberculínico deve ser efetuado antes da VASPR. A VASPR deve ser administrada 4 semanas antes do teste tuberculínico ou no dia da sua leitura.

²¹ A administração simultânea da VASPR e da vacina contra a febre amarela parece condicionar, principalmente nas crianças de 12-23 meses de idade, taxas de seroconversão mais baixas para rubéola, parotidite epidémica e febre amarela. O significado clínico destes dados encontra-se ainda em investigação, motivo por que não existe evidência científica para, nestas circunstâncias, recomendar revacinação quer com VASPR, quer com vacina contra a febre amarela

As **peças transplantadas** com **células estaminais** apresentam disfunções do sistema imunitário, tanto da imunidade celular como da humoral, durante vários meses após o transplante. Independentemente da história vacinal do dador, estas peças devem ser consideradas como não vacinadas. A demora para a reconstituição imunitária é variável consoante o tipo de transplante, a medicação e as eventuais complicações, pelo que o esquema vacinal deve ser determinado pela equipa de transplante. A VASPR pode ser administrada até **4 semanas** antes do transplante.

O **dador de células estaminais** medulares ou periféricas deve ter o esquema do PNV atualizado. Contudo, a vacina VASPR **não deve ser administrada nas 4 semanas** antes da colheita de sangue para o transplante.

Após o transplante de células estaminais medulares ou periféricas em indivíduos com >12 meses de idade, a vacinação com VASPR é recomendada e gratuita devendo ser feita:

- Num esquema de 2 doses (com intervalo mínimo de 4 semanas entre doses);
- A vacinação deve iniciar-se ≥ 24 meses após o transplante, se o indivíduo estiver imunocompetente.

Os candidatos a **transplante de órgão sólido** necessitarão de imunossupressão crónica após o transplante, para evitar a rejeição do enxerto, pelo que têm um risco aumentado de infeções graves, incluindo as evitáveis pela vacinação. Nestes casos, a VASPR pode ser administrada até **4 semanas** antes do transplante, se necessário:

- A VASPR pode ser administrada entre os 6 e os 12 meses de idade (considerada dose "zero"), devendo aos 12 meses de idade receber outra dose (VASPR 1), se as condições imunitárias o permitirem. A VASPR 2 deve ser assegurada em todas as idades, respeitando o intervalo mínimo de 4 semanas em relação à VASPR 1;
- Nos adultos, deve ser assegurado um esquema de 2 doses de VASPR, com intervalo mínimo de 4 semanas.

Após o transplante de órgão sólido, não se recomenda a administração de vacinas vivas, uma vez que a sua segurança neste grupo de doentes ainda não foi devidamente estudada.

Pessoas que vão iniciar terapêutica imunossupressora deverão, idealmente, cumprir o esquema vacinal recomendado para a idade antes do início da terapêutica. A VASPR só pode ser administrada até **4 semanas** antes do início desta terapêutica.²²

Após concluída terapêutica imunossupressora de curta duração, se for necessária a vacinação com VASPR, devem ser cumpridos os intervalos recomendados no Quadro n.º 8.

Quadro n.º 8 – VASPR: Intervalos recomendados para vacinação com VASPR, após concluída a terapêutica imunossupressora de curta duração

Tipo de terapêutica	Intervalo para vacinação com VASPR
Geral	≥ 3 meses
Fármacos modificadores das respostas biológicas (inibidores de citocinas)	≥ 12 meses
Fármacos que causam depleção de linfócitos B (ex.: rituximab, alemtuzumab) e CTLA4-Ig	≥ 12 meses

²² Em caso de doença grave, a prioridade deverá ser o início da terapêutica e não a vacinação.

4.5 Vacinação de grupos de risco ou em circunstâncias especiais

4.5.1 Alterações imunitárias

A vacinação de pessoas com alterações imunitárias deve ser efetuada sob orientação e prescrição do médico assistente, pela eventual necessidade de estabelecer esquemas personalizados.

A VASPR, por ser uma vacina viva injetável, pode estar contraindicada, devido ao risco de doença provocada pela estirpe vacinal. Sempre que possível, deve ser administrada até 4 semanas antes da intervenção imunossupressora.

Se necessário, a VASPR pode ser administrada entre os 6 e os 12 meses de idade (considerada dose "zero"), devendo aos 12 meses de idade receber outra dose (VASPR 1), se as condições imunitárias o permitirem. A VASPR 2 deve ser assegurada em todas as idades, respeitando o intervalo mínimo de 4 semanas em relação à VASPR 1.

Quadro n.º 7 – VASPR: contraindicações absolutas e relativas para diferentes tipos de imunodeficiência

Tipo de imunodeficiência	VASPR	Observações	
Primárias	Alterações dos linfócitos B (imunidade humoral comprometida)	Contraindicação relativa (A vacina pode não estar indicada, por não haver resposta imunitária, devido à terapêutica regular com imunoglobulinas)	A deficiência seletiva de IgA e de subclasses de IgG não é contraindicação ^a
	Alterações dos linfócitos T (imunidade humoral e celular comprometidas)	Contraindicação absoluta	Nos defeitos completos (ex.: SCID), as vacinas podem ser ineficazes
	Alterações do complemento	Não é contraindicação	---
	Alterações da função fagocitária	Não é contraindicação	---
Adquiridas	Infeção por VIH	Contraindicação relativa	A VASPR só está contraindicada se houver imunossupressão grave ^b
	Cancro, transplantes ou terapêutica imunossupressora	Contraindicação absoluta	A efetividade da vacina depende do grau de imunossupressão

a. Contudo, a resposta imunitária à vacina é incerta.

b. Considera-se imunossupressão grave quando: ≥6 anos de idade - CD4 <200/μL; 1-5 anos de idade - CD4 <500/μL e <15% dos linfócitos T. SCID: Imunodeficiência combinada grave.

As vacinas vivas não estão recomendadas em caso de terapêutica imunossupressora com altas doses, de que são exemplo:

- metotrexato $\geq 0,4$ mg/Kg/semana
- azatioprina ≥ 3 mg/Kg/dia
- 6-mercaptopurina $>1,5$ mg/kg/dia
- medicamentos biológicos

A administração de VASPR a pessoas sob terapêutica com corticoides deve seguir o recomendado no Quadro n.º 9.

Quadro n.º 9 – VASPR: Vacinação de acordo com o tipo de tratamento com corticosteroides

Tipo de terapêutica	Vacinação com VASPR
Com doses elevadas prednisolona >1 mg/Kg/dia ou >20 mg/dia, ou seu equivalente)	. Tratamento <14 dias: de preferência, 2 semanas depois de parar o tratamento; . Tratamento ≥ 14 dias: 1 mês depois de parar o tratamento.
Com doses baixas	Sem contra-indicação. (De preferência, após o final do tratamento, se este não for de longa duração).
Com dose substitutiva	Sem contra-indicação.
Por via tópica ou inalatória	Sem contra-indicação.

Nas **pessoas com infeção por VIH**, existem limitações para a administração da VASPR:

- A VASPR pode ser administrada entre os 6 e os 12 meses de idade (considerada dose "zero"), devendo aos 12 meses de idade receber outra dose (VASPR 1), se as condições imunitárias o permitirem. A VASPR 2 deve ser assegurada em todas as idades, respeitando o intervalo mínimo de 4 semanas em relação à VASPR 1;

- Adultos e crianças, se assintomáticos ou sem imunossupressão grave,²³ devem ser vacinados com VASPR, de acordo com o esquema recomendado para a idade.

Nas **pessoas sob terapêutica com produtos contendo imunoglobulinas (Ig)**, pode haver limitação potencial ao desenvolvimento de resposta imunitária a vacinas virais atenuadas, como é o caso da VASPR.

O intervalo de tempo a respeitar até à vacinação com VASPR varia entre 3 e 11 meses e depende da dose de Ig e do produto administrado (Quadro n.º 10). Se os intervalos referidos não forem respeitados, a VASPR deve ser repetida, cumprindo estes intervalos. O risco de interferência com a resposta à VASPR também existe quando são administrados produtos contendo imunoglobulinas nas duas semanas seguintes à administração da vacina.

²³ Considera-se sem imunodepressão grave quando: ≥ 6 anos de idade - CD4 $\geq 200/\mu\text{l}$, durante >6 meses; 1-5 anos de idade - CD4 $\geq 500/\mu\text{l}$ e $\geq 15\%$ dos linfócitos T, durante >6 meses.

Quadro n.º 10 – Intervalos mínimos entre a administração de produtos contendo imunoglobulinas e a VASPR²⁴

Produto	Intervalo	
Ig específica para tétano	3 meses	
Profilaxia da hepatite A		
Ig específica para hepatite B		
Imunoglobulina humana contra o antígeno D		
Ig específica para raiva	4 meses	
Ig específica para varicela	5 meses	
Transfusão de concentrado de eritrócitos ^a		
Transfusão de concentrado eritrocitário lavado ^a	0 meses	
Transfusão de sangue total ^a	6 meses	
Transfusão de plasma ou de plaquetas ^a	8 meses	
Terapêutica de substituição ou imunomoduladora (Ig EV ou subcutânea)	8 meses	
		· 400 mg IgG/Kg
		· 1.000 mg IgG/Kg
		· ≥1.600 mg IgG/Kg

a. Considerada dose de 10 mL/Kg.

4.5.2. Coabitantes de pessoas com imunodeficiência

A vacinação dos coabitantes de pessoas com imunodeficiência tem um papel fundamental na proteção destes doentes. A VASPR pode ser administrada aos contactos próximos de pessoas com imunodeficiência.

4.5.3. Puerpério

Os vírus vacinais não são transmissíveis ao recém-nascido, pelo que a mãe pode ser vacinada em qualquer período após o parto.

4.5.4. Alterações da coagulação

As pessoas com risco de diátese hemorrágica, nomeadamente trombocitopenia, alterações da coagulação ou sob terapêutica anticoagulante, têm risco acrescido de hemorragia se forem vacinadas por via intramuscular.

Se a terapêutica anticoagulante for de curta duração é preferível adiar a vacinação para permitir a vacinação por via intramuscular.

Nas pessoas sob terapêutica anticoagulante, não deve ser usada a via intramuscular, se: i) o INR for

²⁴ Adaptado de: American Academy of Pediatrics (2018). Reb Book: 2018–2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics.

>3,0 (varfarina) ou ii) atividade anti-Xa for >0,5 UI/mL (heparina de baixo peso molecular), 4 horas após a toma.

A vacinação com VASPR por via subcutânea profunda pode ser utilizada. Contudo, associa-se a maior frequência de reações adversas locais e a resposta imunitária pode ser inferior à obtida com a via intramuscular.

4.5.5 Viajantes ou indivíduos que vão residir no estrangeiro

Indivíduos que vão viajar ou residir para zonas com circulação endémica do vírus da parotidite epidémica devem ter o esquema vacinal atualizado, idealmente 2 semanas antes da data de partida. Caso não seja compatível, devem iniciar ou completar o esquema vacinal o mais atempadamente possível.

À semelhança das recomendações para o sarampo e rubéola, recomenda-se que crianças com ≥ 6 meses de idade: (i) recebam uma dose de VASPR a partir dos 6 meses de idade. Como a resposta à vacina, nesta faixa etária, é inferior, aconselha-se que cumpram o esquema vacinal de 2 doses nas idades recomendadas (ver em cima); (ii) se já receberam uma dose de VASPR na idade recomendada, antecipem a 2ª dose, respeitando o intervalo de, pelo menos, 4 semanas entre doses (Quadro n.º 11).

Quadro n.º 11 – Vacinação recomendada contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola (VASPR), se houver risco de exposição em viagem, de acordo com a idade

Idade/ano nascimento		Número de doses de VASPR recomendadas (intervalo ≥ 4 semanas entre doses)
≥ 6 meses e <12 meses		1 dose ^a Considerada dose "zero" Administrar a VASPR 1 aos 12 meses de idade
≥ 12 meses e <18 anos		2 doses Antecipar a VASPR 2, se necessário
≥ 18 anos	nascidos ≥ 1970	2 doses
	nascidos <1970	1 dose (profissionais de saúde: 2 doses)

a. Por indicação expressa da DGS, da Autoridade de Saúde ou prescrição do médico assistente.

A vacinação com VASPR pode ainda ser necessária, em qualquer idade, quando se viaja para países que a exijam como requisito para permanência.

A VASPR é administrada aos viajantes no âmbito do PNV, gratuitamente, independentemente da idade.

4.6. Profilaxia pós-exposição

Em relação à parotidite epidémica, a vacinação pós-exposição não é tão efetiva nem uniformemente recomendada,²⁵ mas pode constituir uma oportunidade para atualizar o esquema vacinal ou reduzir a circulação do agente na comunidade. Nestes casos, a vacinação em contexto de pós-exposição pode ser decidida, caso a caso, por indicação da DGS, da Autoridade de Saúde ou do médico assistente.

Não está indicada a utilização de imunoglobulina humana normal (IgHN) em contexto de pós-exposição.

5. Links úteis

- World Health Organization: [Mumps](#);
- European Centre for Diseases Prevention and Control: [Mumps](#);
- UK Health Security Agency: [Mumps: the green book, chapter 23 - GOV.UK](#)

6. Referências Bibliográficas

American Academy of Pediatrics (2018). Red Book: 2018-2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics. [Red Book \(2018\) Report of the Committee on Infectious Diseases | AAP Books | American Academy of Pediatrics](#)

Center for Disease Prevention and Control (2024), CDC Yellow Book: Mumps, Travel-Associated Infections & Diseases. [Mumps | CDC Yellow Book 2024](#)

Di Pietrantonj C., Rivetti A., Marchione P., Debalini M.G., Demicheli V. (2021), Vaccines for measles, mumps, rubella, and varicella in children, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11. Art. No.: CD004407. DOI: 10.1002/14651858.CD004407.pub5. [Vaccines for measles, mumps, rubella, and varicella in children - PubMed](#)

Direção-Geral da Saúde (2025), Programa Nacional de Vacinação Relatório Anual 2024 <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/relatorio-pnv-2024-pdf.aspx>

European Center for Diseases Prevention and Control (2024), Mumps – Annual Epidemiological Report for 2022, 22 Abril 2024. [Annual epidemiological report for 2022 - Mumps](#)

²⁵ UK Health Security Agency (2013), The Green Book Chapter 23: Mumps.

Heymann, D. L., & American Public Health Association. (2015). Control of communicable diseases manual: an official report of the American Public Health Association. Apha Press, An Imprint Of The American Public Health Association.

UK Health Security Agency (2019), The Green Book Chapter 23: Mumps. [Green-Book-Chapter-23-v2_0.pdf](#)

World Health Organization (2024), Mumps virus vaccines: WHO Position Paper, March 2024; 14 Março 2024. [WER9911-115-133.pdf](#)