



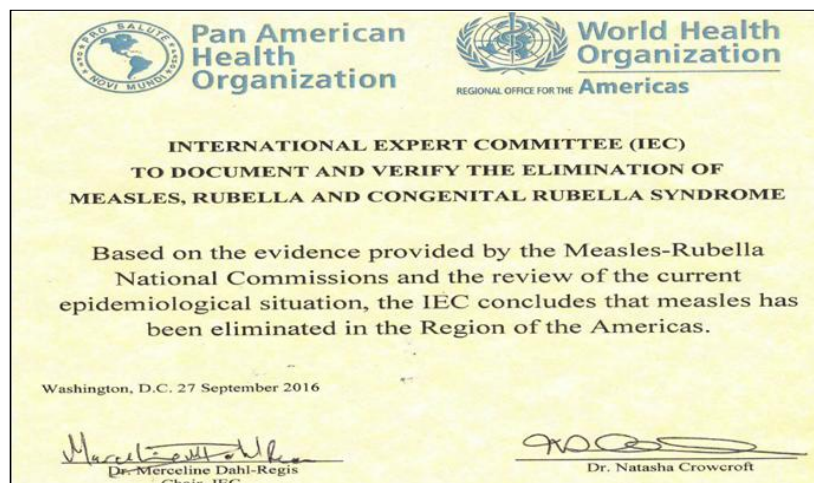
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS- RS

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL

Nos últimos anos, casos de sarampo têm sido reportados em várias partes do mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, o sarampo atingiu o maior número de casos notificados em 23 anos. Os países do continente europeu e africano registraram o maior número de casos da doença. As mortes globais por sarampo aumentaram quase 50% desde 2016, calcula-se que 207 mil vidas foram perdidas apenas no ano de 2019.

No Brasil, os últimos casos de sarampo foram registrados no ano de 2015, em surtos ocorridos nos estados do Ceará, São Paulo e Roraima. Nos anos de 2016 e 2017 não houve confirmação de casos. Em setembro de 2016, o Brasil recebeu o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo pela OMS declarando a região das Américas livre da circulação do vírus (FIGURA 01). Contudo, em 2018 houve a reintrodução do vírus no país com genótipo D8, mesmo em circulação na Venezuela. Neste ano, o Brasil registrou 10.346 casos confirmados e 12 óbitos pela doença, envolvendo 11 unidades federadas, sendo a maior concentração de casos no Amazonas (n=9.803). Nos primeiros meses de 2019, o Brasil interrompeu a transmissão do vírus na região Norte do país, porém a partir do mês de fevereiro, casos importados de Israel e Noruega iniciaram novas cadeias de transmissão iniciando no estado de São Paulo, também com genótipo D8. Desta forma, tendo em vista a continuidade da circulação do vírus, o país perdeu o certificado internacional de “país livre do sarampo” e confirmou no referido ano 20.901 casos da doença, 16 óbitos envolvendo 23 unidades federadas. Em 2020 foram confirmados 8.448 casos da doença, 10 óbitos envolvendo 21 unidades federadas. Em relação aos óbitos neste período a faixa-etária mais acometida são os menores de 05 anos de idade, sendo 18 (47,4%) em menores de 01 ano e 08 óbitos (21,1%) entre 01 a 04 anos de idade, a maior parte dos óbitos 35 (92,1%) considerados não vacinados.

Em 2021, até a semana 41(16/10/21), foram registrados 618 confirmados de sarampo nos seguintes estados: Amapá (n=487), Pará (n=111), Alagoas (n=11), São Paulo (n=07), Ceará (n=01) e Rio de Janeiro (n=01). No corrente ano já foram confirmados 02 óbitos pela doença, ambos no estado do Amapá e em crianças menores de 01 ano de idade.



Fonte: Ministério da Saúde.

Figura 01. Certificado Internacional emitido pela Organização Mundial da Saúde em relação a eliminação da circulação do vírus do sarampo no Brasil



CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO RIO GRANDE DO SUL

No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) foi instituído em 1976. As doenças exantemáticas – sarampo e rubéola – e a Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória (LNCC) de doenças, agravos e eventos de saúde pública, sendo que essa notificação deve ocorrer de forma imediata após a identificação de um caso suspeito (em até 24 horas). No Rio Grande do Sul, a vigilância da rubéola e do sarampo é realizada de forma integrada como vigilância de doenças exantemáticas, sendo ambas de notificação compulsória imediata em até 24 horas. As mesmas estratégias de vacinação, vigilância de casos, medidas de controle e indicadores de qualidade são utilizadas para as duas condições. As definições de casos suspeitos, confirmados e descartados de sarampo, rubéola e SRC, adotadas no Rio Grande do Sul, seguem especificações do Ministério da Saúde e estão descritas no Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2019), disponível em

Antecedentes do controle da Rubéola e SRC no Rio Grande do Sul

No estado, a vacinação contra a rubéola se iniciou em 1997, com uma campanha para crianças de 1 a 11 anos de idade, que alcançou cobertura vacinal acima de 99%, tendo um enorme impacto sobre a incidência da doença.

Em 2002, a campanha de vacinação de mulheres em idade fértil (MIF) alcançou cobertura de 81,7%, bem abaixo da meta de 95%. Até 2005, a rubéola teve baixa circulação com 40 casos detectados esporádicos. No final de 2005, houve um surto de rubéola (50 casos), causado pelo genótipo 1D, iniciado em uma empresa frigorífica do município de Passo Fundo. Outro pequeno surto ocorreu no início de 2006 e atingiu uma empresa de tabaco em Cachoeirinha. Essa empresa estava sendo transferida do Rio de Janeiro para este município e houve a detecção de 07 casos em homens adultos.

No final de 2006, começou um surto de rubéola, pelo genótipo 2B, em Minas Gerais e no Rio de Janeiro, atingindo o Rio Grande do Sul em 2007. Os primeiros casos foram detectados no município de Pelotas, em abril de 2007. Na sequência, o vírus se disseminou para outras regiões do estado e se manteve até o final de 2008, especialmente na região sul e metropolitana em 2007 e nos vales e metropolitana em 2008. Neste surto houve predomínio de casos em adultos jovens do sexo masculino, sendo a incidência em homens de 5,5 vezes maior do que nas mulheres. Foram notificados 6.557 casos suspeitos e confirmados 2.971. Ao longo de 2008, até a fase final da campanha nacional de eliminação da rubéola, novos municípios foram atingidos. Em novembro deste ano, foi detectado, no município de Porto Alegre, o último caso autóctone da doença. No período de 2009 a 2020 não houveram casos confirmados de rubéola no estado.

Os últimos casos confirmados de SRC haviam ocorrido em 2001 e 2003, após surtos de rubéola na região oeste do estado. Entre 2008 e 2009, após a epidemia pelo genótipo 2B, foram acompanhadas 132 gestantes com rubéola. Foram notificados 30 casos suspeitos de Síndrome de Rubéola Congênita, sendo que 08 deles foram confirmados por critério laboratorial, com isolamento e identificação do genótipo 2B em quatro casos. Essas crianças eram filhos de mães não vacinadas ou com situação vacinal desconhecida, com idades entre 16 e 39 anos. Dessas gestantes, 04 delas tiveram rubéola nos três primeiros meses da gestação. As principais malformações encontradas nessas crianças foram surdez, catarata e cardiopatia e não houve óbito até 2010, quando foram revisitadas. Em abril de 2015, o Brasil recebeu o certificado de eliminação da circulação do



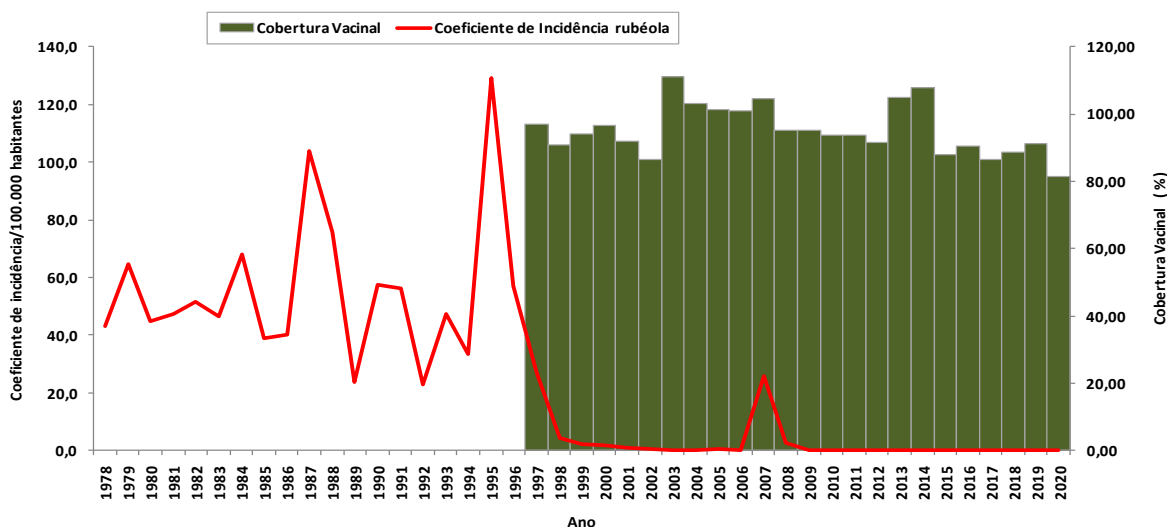
vírus da Rubéola e da SRC pela OMS declarando a região das Américas livre da circulação do vírus (FIGURA 02).



Fonte: Ministério da Saúde.

Figura 02. Certificado Internacional emitido pela Organização Mundial da Saúde em relação à eliminação da circulação do vírus do sarampo no Brasil

No período de 2010 a 2016, o RS apresentou uma queda na notificação de casos suspeitos de SRC, com o total de 04 casos suspeitos descartados durante o período. No período de 2016 a 2021 (1º semestre), o RS registrou apenas uma notificação de caso suspeito de SRC, que foi descartada por laboratório, porém o RS tem realizado a vigilância da rubéola e SRC indiretamente através da vigilância da zika congênita (microcefalia) e gestantes com exantema, onde o Laboratório Central (LACEN/RS) realiza diagnóstico diferencial para sarampo e rubéola. A figura 03 apresenta a série histórica (1978-2020) do coeficiente de incidência de rubéola e cobertura vacinal de crianças com 01 ano.



Fonte: SINAN/SIPNI/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações.

Figura 03. Coeficiente de incidência da rubéola e cobertura vacinal de crianças com 1a, RS, 1978 a 2020*



Antecedentes do controle do sarampo no Rio Grande do Sul

No RS, a vigilância do sarampo e vacinação possui dados disponíveis desde a década de 70. Assim como o Brasil, as coberturas vacinais de crianças na década de 70 e 80 estiveram abaixo de 80%, com surtos de sarampo acontecendo sempre com alta letalidade. A partir da década de 90, o estado aderiu ao Plano de Eliminação proposto realizando uma campanha de vacinação em menores de 15 anos de idade em 1992, que atingiu mais de 105,7% da população alvo. Esta ação, associada à vacinação de crianças com nove meses de idade de rotina, teve impacto na transmissão e diminuiu a circulação do vírus para zero nos anos seguintes. Em 1997, entretanto, o estado sofreu uma epidemia que foi controlada apenas com a campanha de vacinação de crianças de 1 a 11 anos de idade utilizando a vacina Tríplice Viral, atingindo 99% da população alvo.

A vigilância se mantém ativa no RS e a maioria dos indicadores de qualidade tem atingido a meta proposta pela OMS/OPAS, conforme apresentado na tabela 01.

Tabela 01. Série Histórica dos Indicadores de Qualidade da Vigilância Epidemiológica das Doenças Exantemáticas, RS 2004 a 2021*

Indicador	Cálculo do Indicador	Meta (%)	Anos																		
			2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Taxa de Notificação	Nº de casos notificados/população X100 mil	≥2 casos/100 mil hab				59,0	15,3	4,1	7,7	6,9	2,6	2,7	1,6	1,6	2,4	1,8	5,1	7,2	2,0	0,4	
Homogeneidade da Cobertura Vacinal	Nº de municípios com cobertura vacinal ≥95% em crianças de 1 ano de idade/ Total de municípios x100	70,0	67,0	70,0	53,0	67,0	64,0	59,0	61,0	53,0	50,0	61,0	72,0	53,0	65,4	40,0	52,0	52,0	55,5	30,4	
Investigação Oportuna	Nº de casos investigados em até 48 horas/ Total de casos notificados x100	80,0	94,0	94,0	96,0	85,0	90,0	93,0	89,0	95,0	93,0	95,0	88,0	91,0	91,2	93,0	96,0	93,0	91,0	93,0	
Coleta Oportuna	Nº de casos notificados com amostra coletada em até 28 dias do início do exantema/ Total de casos notificados x100	80,0	99,0	98,0	98,0	84,0	88,0	89,0	92,0	97,0	92,0	93,0	100,0	98,0	94,0	97,4	97,8	96,4	96,0	93,0	
Envio Oportuno	Nº de amostras de sangue enviadas até cinco dias da coleta/ Total de amostras recebidas no mesmo período x 100	80,0	45,0	61,0	55,0	67,0	54,0	53,0	62,0	77,0	70,0	79,0	79,0	88,0	90,0	88,5	94,6	95,0	96,0	95,0	
Resultado Oportuno	Nº de amostras com resultados liberados até quatro dias após a entrada da amostra no laboratório/ Nº de amostra recebidas no mesmo	80,0	99,0	62,0	74,0				67,0	80,0	69,0	86,0	96,0	94,7	89,0	80,0	82,6	88,0	93,0	100,0	
Casos Encerrados por Critério laboratorial	Nº de casos encerrados por critério laboratorial/ Total de casos x100	100,0	99,0	96,0	99,0	96,0	97,0	96,0	99,0	99,0	98,0	97,0	100,0	100,0	99,5	100,0	99,0	99,0	96,0	93,0	
Notificação Negativa	Nº de fontes notificadoras com envio de notificação negativa oportuna/Total fontes notificantes x100	80,0	90,0	89,0	89,0	90,0	92,0	91,0	89,0	91,0	94,0	90,0	84,0	86,0	87,0	89,0	88,0	70,0	63,0	62,0	
Investigação Adequada	Nº de casos suspeitos com investigação adequada/Total de casos notificados x100	80,0						40,0	34,0	55,0	81,0	74,0	52,0	66,0	68,0	75,5	77,0	65,0	55,0	32,0	

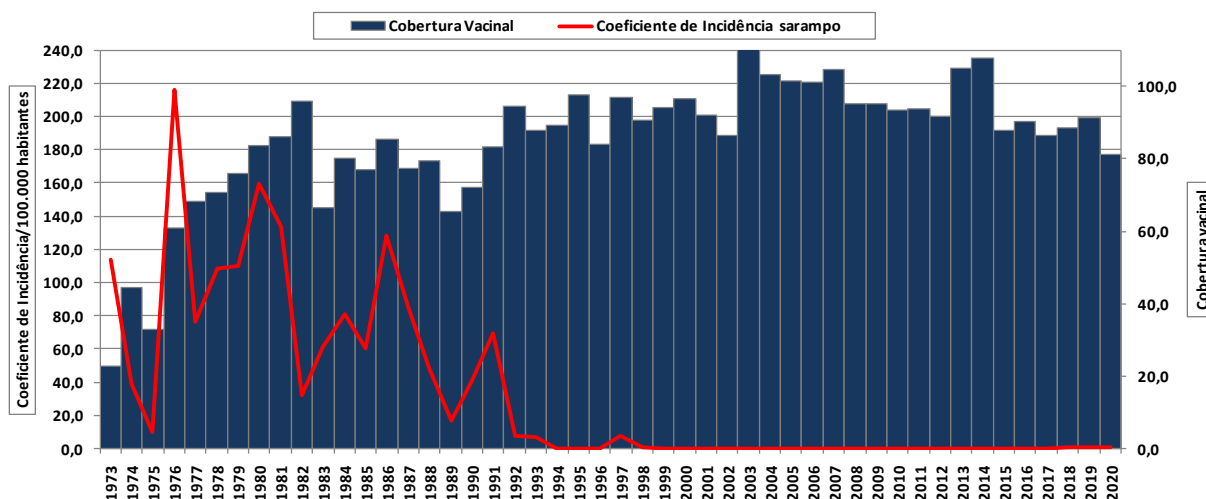
Fonte: SINAN/SIPNI/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações, 2021 até a semana 40.

O envio semanal de notificações negativas, conferência semanal das bases de dados, acompanhamento diário de casos notificados, capacitação e retroalimentação das fontes notificadoras tem possibilitado que a vigilância se mantenha ativa e que o encerramento dos casos suspeitos por critério laboratorial se mantenha próximo a 100%. Contudo, mesmo de forma preliminar no ano de 2021 tanto a taxa de notificação quanto o indicador de notificação negativa não tem sido atingido o que demonstra queda na sensibilidade das fontes notificadoras, fato preocupante tendo em vista que o vírus do sarampo ainda encontra-se circulando em diversos estados do país. Ainda, o indicador que avalia a completude das fichas do SINAN, “Investigação Adequada”, exige que nove variáveis pré-estabelecidas estejam preenchidas e não tem sido atingido o que demonstra a necessidade de qualificação do banco. Outro indicador preocupante é o de alcance da homogeneidade das coberturas vacinais, que tem se mantido em 50% o que significa que 50% dos



municípios no RS não tem atingido cobertura vacinal de 95% conforme preconizado, sendo uma das grandes fragilidades da proposta de eliminação.

O último caso autóctone de sarampo no Rio Grande do Sul ocorreu em Caxias do Sul, na segunda metade de 1999. De 2000 a 2009 não houve casos de sarampo no estado. No entanto, em 2010, houve 08 casos de sarampo pelo genótipo B3, que circula na África. O caso índice (o primeiro caso) havia estado na Argentina em agosto onde ocorreram casos importados do continente africano, logo após a copa do mundo realizada na África do Sul. Em 2011, assim como o Brasil, o estado sofreu novas importações, com 07 casos, desta vez sendo identificado o genótipo D4, que circulava predominantemente na Europa. Este continente estava sofrendo epidemia de sarampo nesse ano quando foram detectados mais de 30 mil casos, principalmente na França e na Espanha. No período de 2011 a 2017 não houve registro de casos confirmados no estado (FIGURA 04).



Fonte: SINAN/SIPNI/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações.

Figura 04. Coeficiente de incidência de sarampo e cobertura vacinal de crianças com 1a, RS, 1973 a 2020*

Em 2018, 2019 e 2020 o RS registrou 185 casos confirmados de sarampo, todos por critério laboratorial ou clínico-epidemiológico, nenhum por critério clínico (TABELA 02). O estado não possui nenhum caso pendente ou em investigação, contudo, na avaliação através do banco do SINAN, identificam-se algumas pendências como: casos sem classificação final, fechamento incorreto e problemas com o fluxo de retorno.

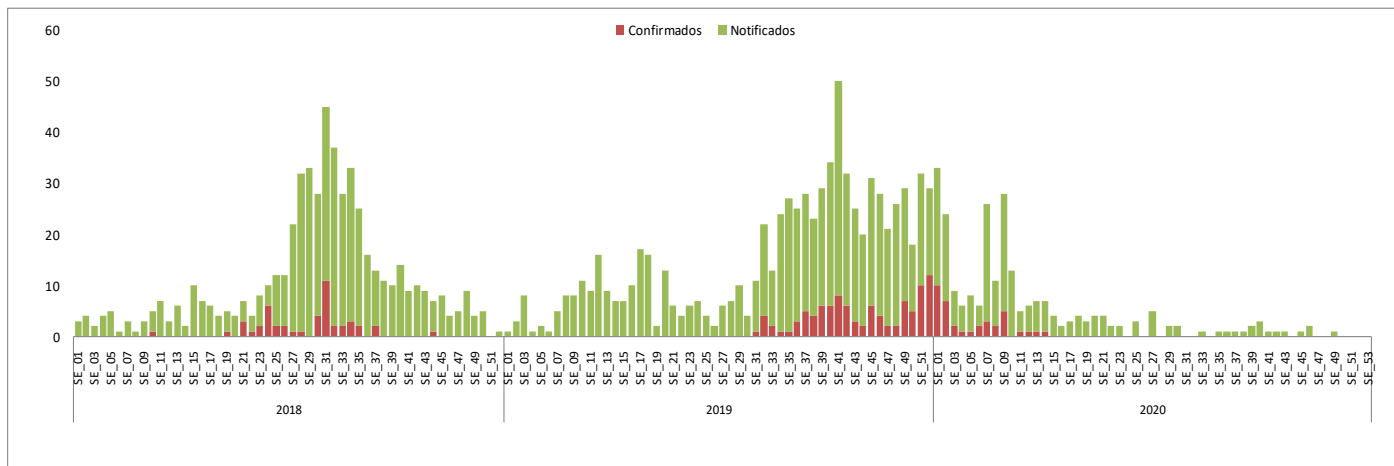
Tabela 02. Distribuição dos casos confirmados de sarampo segundo critério de confirmação, RS, 2018 a 2021

Ano	Nº Casos Confirmados	Laboratorial	Clínico-Epidemiológico	Clínico
2018	47	40	7	0
2019	101	94	7	0
2020	37	35	2	0
Total	185	169	16	0

Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações.



Conforme histograma (FIGURA 05), no período de 2018 a 2020 observa-se que o surto de 2018 foi encerrado em outubro de 2020, porém em 2019 o RS enfrentou nova reintrodução do vírus do sarampo, sendo o surto controlado somente em abril de 2020.

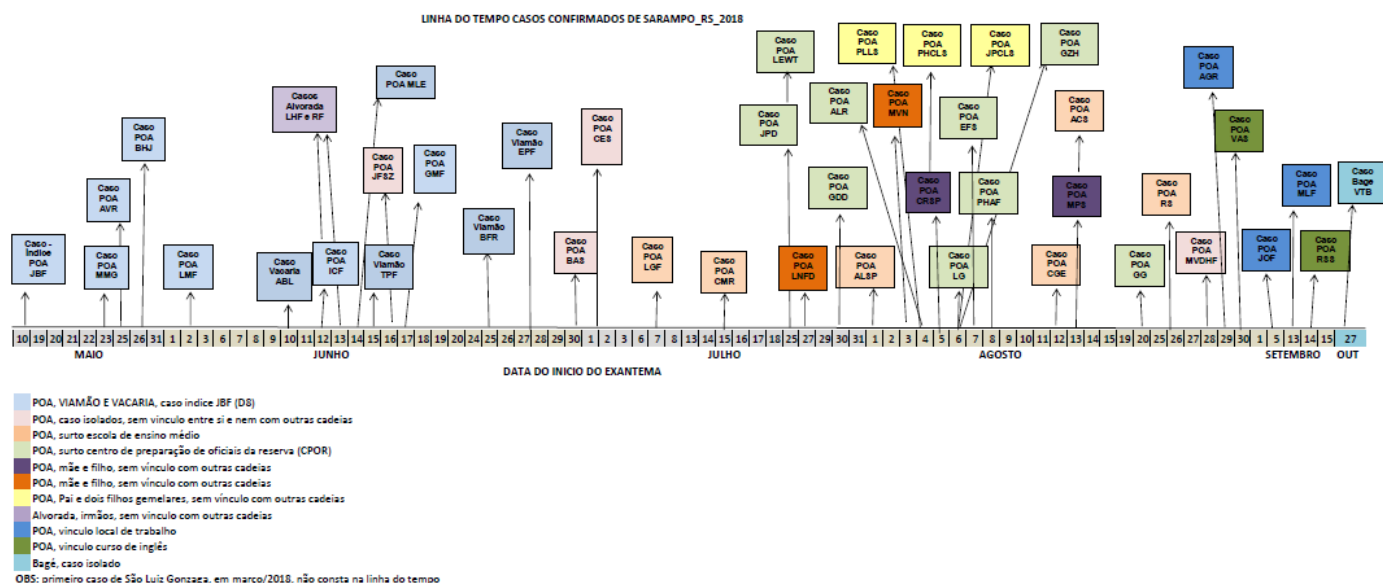


Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações.

Figura 05. Histograma de casos de sarampo confirmados e descartados por semana epidemiológica de início do exantema no RS, 2018, 2019 e 2020

Descrição do surto de sarampo no RS em 2018

Em 2018, o primeiro caso confirmado de sarampo, registrado em março de 2018, se10, no interior do estado, município de São Luiz Gonzaga, está relacionado a importação do vírus do continente europeu, sendo um caso isolado com genótipo B3. O segundo caso, notificado na capital Porto Alegre, que desencadeou uma maior cadeia de transmissão, teve história de viagem ao município de Manaus no estado do Amazonas, local onde já estava ocorrendo surto da doença, sendo identificado o genótipo D8, mesmo genótipo em circulação no restante do país. Em 2018, o último caso confirmado no estado foi identificado também no interior, no município de Bagé, sendo caso isolado, sem identificação da fonte de infecção (FIGURA 06).

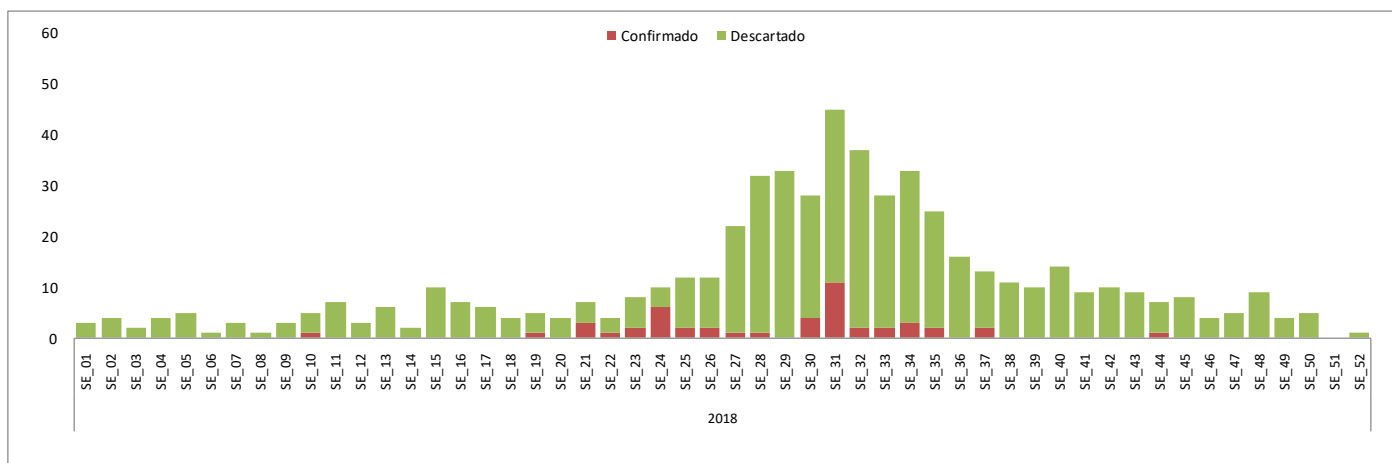


Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações.



Figura 06. Distribuição das cadeias de transmissão identificadas do sarampo no RS, 2018*

O aumento de casos notificados pode ser observado a partir da SE 21/2018, tendo ocorrido o primeiro pico de casos na SE 24/2018 (n=06), seguido por outros picos de notificações que ocorreram nas SE 31/2018 (n=11) (FIGURA 07).



Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações.

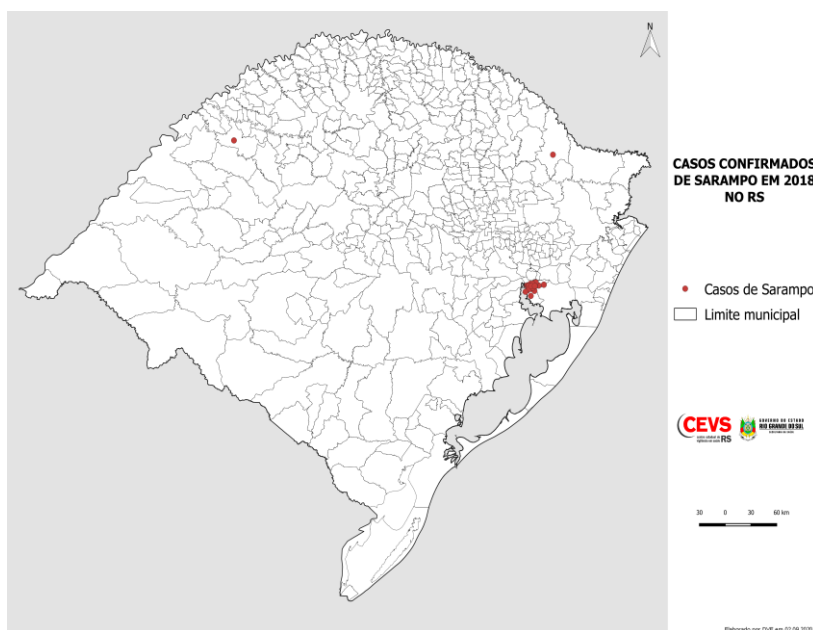
Figura 07. Histograma de casos de sarampo confirmados e descartados por semana epidemiológica de início do exantema no RS, 2018

A maior parte dos casos, n=45 (95,7%), ocorreu na região metropolitana (Porto Alegre n=39, Viamão n=03 e Alvorada n=02) e 01 caso no município de Vacaria, porém vinculado a um surto de Porto Alegre (FIGURAS 08 e 09). O surto de sarampo de 2018 foi considerado encerrado no estado em outubro (se44), sendo a data de exantema do último caso em 27/10/2018.

Município	2018
Alvorada	2
Bagé	1
Porto Alegre	39
São Luiz Gonzaga	1
Vacaria	1
Viamão	3
RS	47

Fonte: DVE/CEVS-SES-RS

Figura 08. Distribuição dos casos confirmados de sarampo por município de residência no RS, 2018



Fonte: DVE/CEVS-SES-RS

Figura 09. Distribuição espacial dos casos confirmados de sarampo no RS, 2018

Em 2018, o maior número de casos, 70,2%, foi registrado na população de adolescentes e adultos jovens, 15 a 29 anos, assim como maior incidência foi observada na faixa-etária de 15 a 19 anos (2,1/100 mil/hab), seguido pelos menores de 01 ano de idade (1,4/100 mil/hab), o que indica um maior risco de adoecer por sarampo nestas faixas-etárias. Em relação à classificação por sexo dos casos confirmados, 74,5% pertencem ao sexo masculino (TABELA 03).

Tabela 03. Distribuição dos casos confirmados de sarampo por faixa etária, sexo e coeficiente de incidência no RS, 2018

Faixa etária	População	Número de casos	%	Coeficiente de Incidência (casos/pop por 100 mil/hab)	Distribuição por Sexo	
					M	F
Menor de 1 ano	139.057	2	4,3	1,4	1	1
1 a 4 anos	575.504	1	2,1	0,2	1	0
5 a 9 anos	674.410	1	2,1	0,1	1	0
10 a 14 anos	707.669	3	6,4	0,4	3	0
15 a 19 anos	808.219	17	36,2	2,1	15	2
20 a 29 anos	1.735.938	16	34,0	0,9	9	7
30 a 39 anos	1.725.413	3	6,4	0,2	3	0
40 a 49 anos	1.495.007	2	4,3	0,1	1	1
Maior de 50 anos	3.468.378	2	4,3	0,1	1	1
RS	11.329.648	47	100,0	0,4	35	12

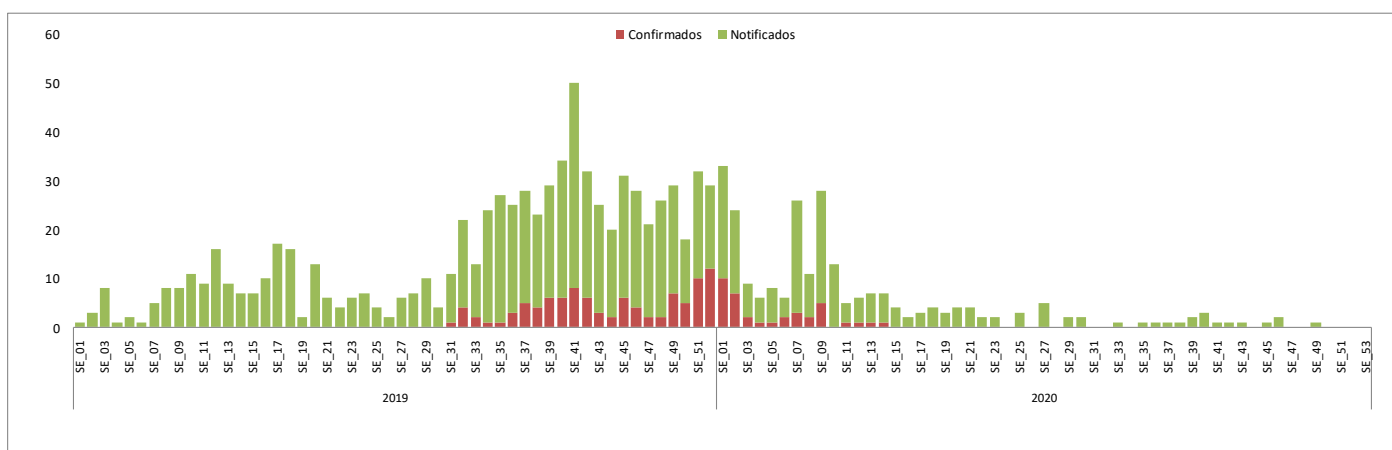
Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações.

Descrição do surto de sarampo no RS em 2019 e 2020

Em 2019, os primeiros casos foram registrados em agosto e notificados na capital, Porto Alegre. Foram notificados 04 casos em um alojamento, onde posteriormente foi identificado o possível caso índice, com início de sintomas em julho, se31. Este surto foi vinculado à história de viagem a Europa, com passagem por São Paulo. O aumento de casos notificados pode ser observado a partir da SE 37/2019, tendo ocorrido o



primeiro pico de casos na SE 41/2019 (n=08), seguido por outros picos de notificações que ocorreram nas SE 49/2019 (n=07) e SE 52/2019 (n=12). Em dezembro de 2019, vinculado a um evento de formatura do ensino médio, o RS apresentou a confirmação de 07 casos em 2019 e 08 casos em 2020, envolvendo os municípios de Sapucaia do Sul, Gravataí e São Leopoldo. O último surto investigado no estado foi em 2020, com casos em uma mesma família no município de Esteio. O surto de sarampo que se iniciou no RS em 2019 foi somente considerado encerrado em 2020 com a data de exantema do último caso em 02/04/2020, se 13 (FIGURA 10).



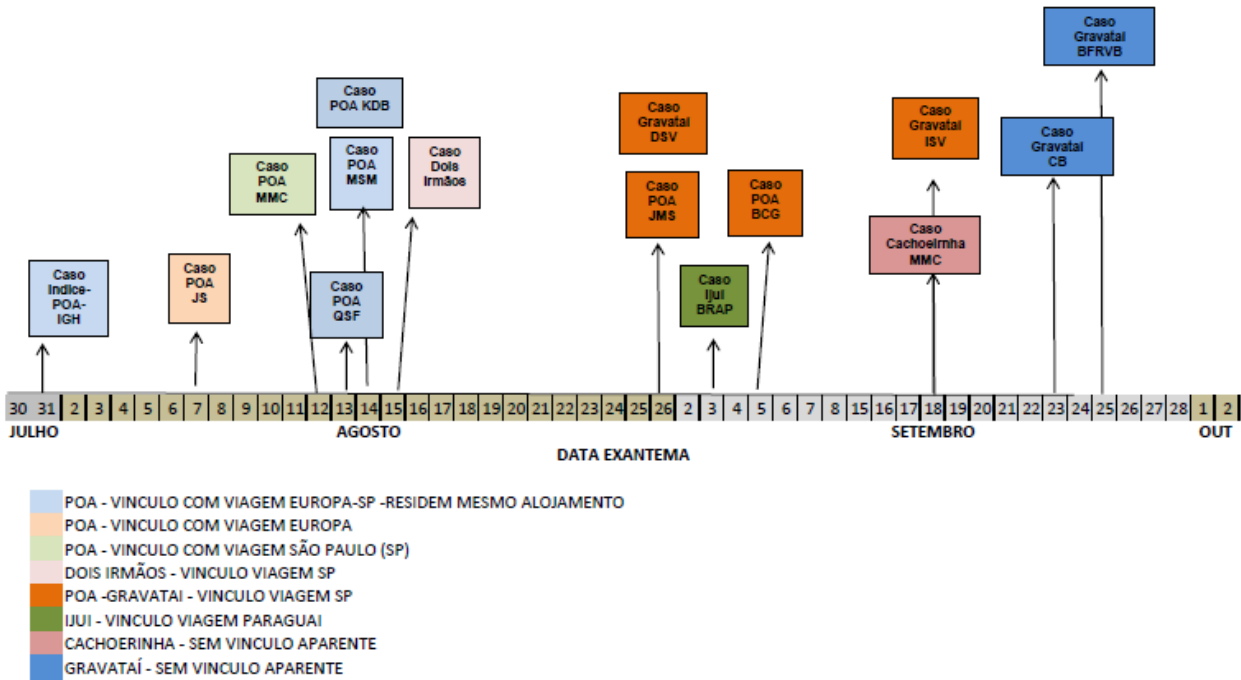
Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações.

Figura 10. Histograma de casos de sarampo confirmados e descartados por semana epidemiológica de início do exantema no RS, 2019 e 2020

Em 2019, os primeiros casos foram vinculados a histórias de viagem ao exterior e a outros estados do país que apresentavam surtos, principalmente São Paulo. Posteriormente, no decorrer do ano, os surtos foram ocorrendo, principalmente na região metropolitana, cerca de 90% dos casos, conforme tabela 04 e figura 13, não sendo, na maioria das vezes, possível o estabelecimento do caso índice. Seguem linhas do tempo dos sete primeiros casos do ano de 2019 e últimos surtos em 2020 (FIGURAS 11 e 12). Em 2019 e 2020 o genótipo do vírus identificado foi o D8, mesmo em circulação no restante do país.

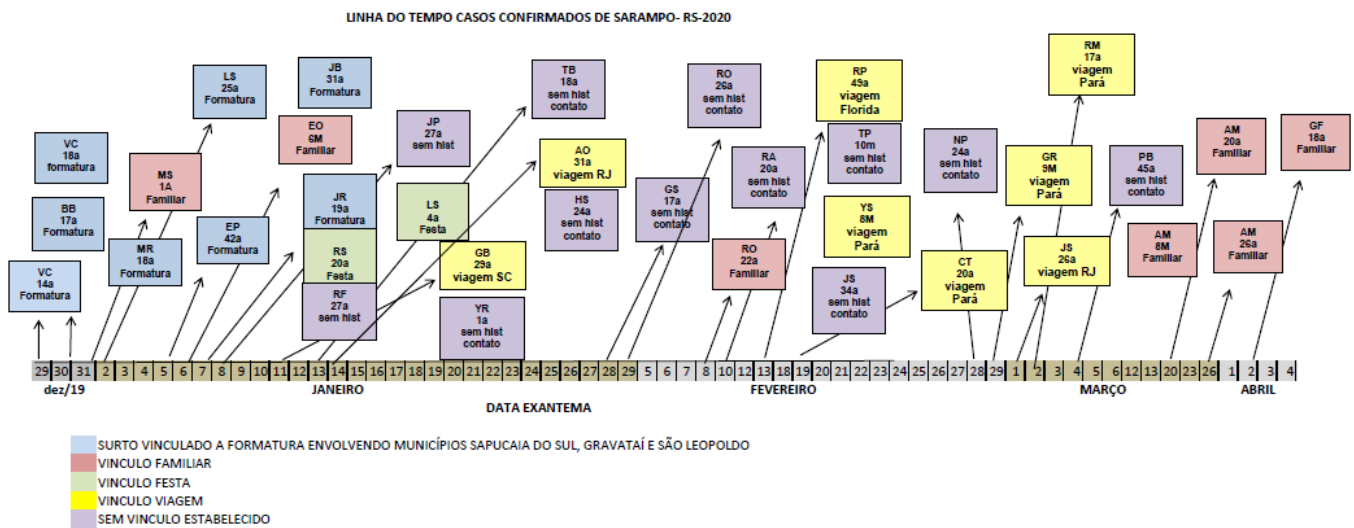


LINHA DO TEMPO CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPO ATÉ 08/10 - RS



Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações.

Figura 11. Distribuição das cadeias de transmissão identificadas do sarampo no RS, 2019*



Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações.

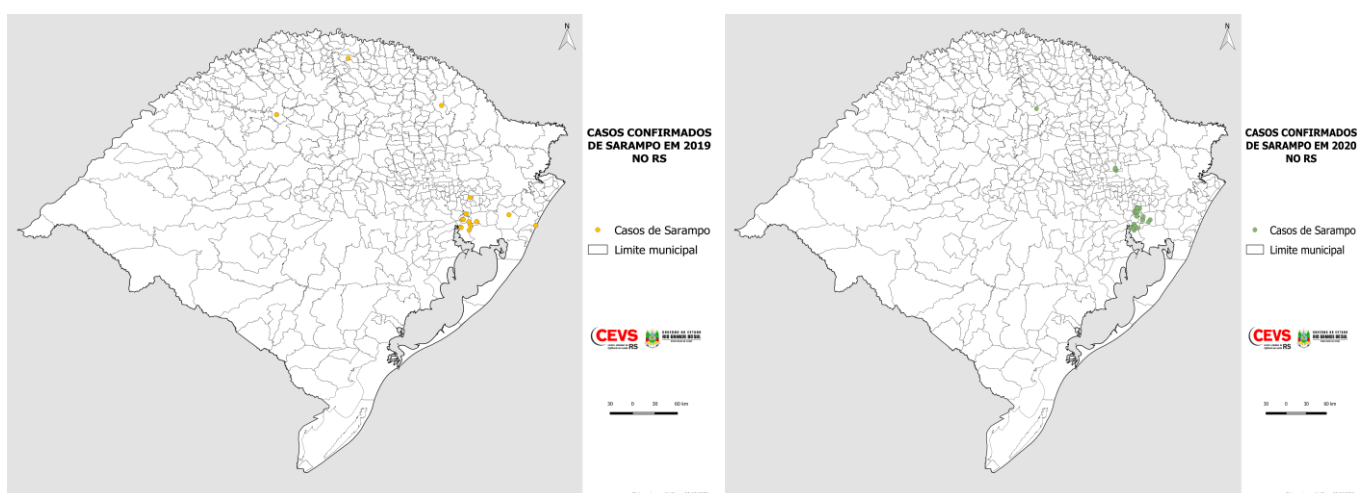
Figura 12. Distribuição das cadeias de transmissão identificadas do sarampo no RS, 2020*



Tabela 04. Distribuição dos casos confirmados de sarampo conforme município de residência, no RS, 2019 a 2020

Município	CASOS CONFIRMADOS		TOTAL
	2019	2020	
Alvorada	4	0	4
Bento Gonçalves	0	5	5
Cachoeirinha	20	1	21
Canoas	6	0	6
Carazinho	0	1	1
Carlos Gomes	1	0	1
Dois Irmãos	1	0	1
Esteio	0	4	4
Gravataí	34	6	40
Ijuí	2	0	2
Lagoa Vermelha	1	0	1
Porto Alegre	22	6	28
Santo Antonio da Patrulha	1	0	1
São Leopoldo	0	8	8
Sapucaia do Sul	3	6	9
Tramandaí	3	0	3
Trindade do Sul	2	0	2
Viamão	1	0	1
RS	101	37	138

Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações.



Fonte: DVE/CEVS-SES-RS

Figura 13. Distribuição espacial dos casos confirmados de sarampo no RS, 2019 e 2020

Em 2019 e 2020, o maior número de casos (59,4%) foi registrado na população de adolescentes e adultos jovens, na faixa etária de 15 a 29 anos, seguido pela população menor de 01 ano de idade (20,3%). Apesar de a maior frequência de casos serem verificadas em adolescentes e adultos jovens, a incidência – isto é, o risco de adoecer – é 05 vezes maior nos menores de 01 ano de idade (20,1/100 mil/hab). Em relação à classificação por sexo não se observa diferença significativa, onde 53% pertencem ao sexo masculino e 47% feminino (TABELA 05).



Tabela 05. Distribuição dos casos confirmados de sarampo por faixa etária, sexo e coeficiente de incidência no RS, 2019 e 2020

Faixa etária	População	Número de casos	%	Coeficiente de Incidência (casos/pop por	Distribuição por Sexo	
					M	F
Menor de 1 ano	139.057	28	20,3	20,1	17	11
1 a 4 anos	575.504	8	5,8	1,4	3	5
10 a 14 anos	707.669	3	2,2	0,4	3	0
15 a 19 anos	808.219	34	24,6	4,2	15	19
20 a 29 anos	1.735.938	48	34,8	2,8	25	23
30 a 39 anos	1.725.413	10	7,2	0,6	8	2
40 a 49 anos	1.495.007	5	3,6	0,3	2	3
Maior de 50 anos	3.468.378	2	1,4	0,1	0	2
RS	11.329.648	138	100,0	1,2	73	65

Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações.

AVALIAÇÃO SITUAÇÃO VACINAL

A vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) foi implantada no Rio Grande do Sul em 1997 e desde 2013 o Ministério da Saúde recomenda uma dose da vacina tríplice viral aos 12 meses e uma dose da vacina tetraviral aos 15 meses de idade. No SUS, a vacina é disponibilizada para pessoas de 01 a 59 anos de idade. Considera-se vacinada a pessoa que comprovar duas doses da vacina entre 01 e 29 anos e uma dose de 30 a 59 anos, contendo o componente sarampo, caxumba e rubéola.

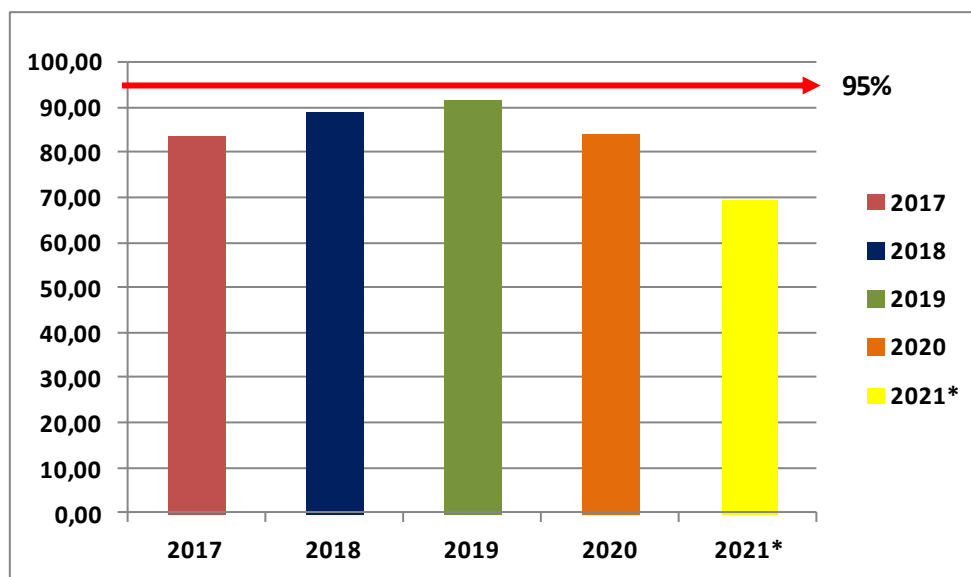
O sarampo é uma doença altamente transmissível, sendo necessário para o seu controle altas e homogêneas coberturas vacinais (CV), com a primeira e segunda doses (D1 e D2) da vacina contra sarampo. No Brasil a meta é de no mínimo 95%.

Segundo a OMS, a cobertura da vacina tríplice viral (D1) está estagnada globalmente há mais de uma década, entre 84% e 85%. Já a cobertura da D2 tem aumentado constantemente, chegando a 71%, mas ambas permanecem bem abaixo dos 95% ou mais necessários para controlar a doença e prevenir surtos e mortes.

No Brasil, nos últimos 05 anos têm sido observados uma queda gradativa na CV de modo geral e, para a vacina tríplice viral, essa queda vem ocorrendo principalmente para a 2ª dose, com destaque para o ano de 2019, no qual, observa-se um discreto aumento (76,89% em 2018, para 81,55% em 2019), provavelmente relacionada à intensificação das ações de sarampo, bem como às campanhas de vacinação em virtude dos recorrentes surtos da doença. Ao avaliar os dados nesse período nas 27 UFs, observa-se que a situação da queda das CV não está concentrada em uma única parte do país.



No Rio Grande do Sul o cenário acima descrito também se repete. Baixas coberturas vacinais são observadas em todas as faixas etárias. Levando em consideração a possibilidade de aumento na mortalidade infantil, visto que crianças não vacinadas são mais suscetível ao adoecimento e óbito, especial preocupação tem sido direcionada ao público infantil, particularmente aos menores de seis anos (FIGURA 14).



Fonte: SIPNI. *Dados sujeitos a alteração.

Figura 14. Cobertura Vacinal (%) para Vacina Tríplice Viral – D1 no RS, 2017 a 2021*

No processo de investigação dos casos confirmados, identificou-se que cerca de 87% ocorreram em indivíduos não vacinados ou com esquema incompleto (TABELA 06).

Tabela 06. Distribuição dos casos confirmados de sarampo conforme situação vacinal, no RS, 2018 a 2020

SITUAÇÃO VACINAL	FORA FAIXA-ETÁRIA	VACINADO (esquema completo para idade)	%	ESQUEMA INCOMPLETO (TV, DV ou monovalente)	SEM REGISTRO OU NÃO VACINADO	Total de Casos com esquema incompleto, sem registro ou não vacinado	% Casos não vacinados (esquema incompleto, sem registro ou não vacinado)	TOTAL CASOS CONFIRMADOS (elegíveis para vacina)
2018	2	3	6,7	10	32	42	93,3	45
2019	11	16	17,8	6	68	74	82,2	90
2020	0	4	10,8	6	27	33	89,2	37
Total	13	23	13,3	22	127	149	86,6	172

Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS *Dados sujeitos a alterações.



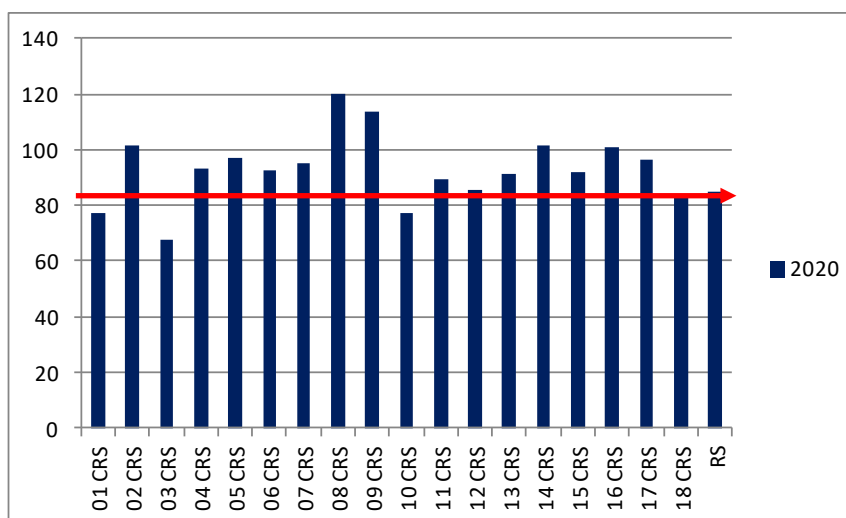
Os territórios da 01 CRS e 02 CRS, locais que concentraram o maior número de casos confirmados de sarampo em 2018 e 2019, não atingiram cobertura vacinal preconizada (95%) para Vacina Tríplice Viral (D1) em nenhum dos anos avaliados na serie histórica abaixo (TABELA 07).

Tabela 07. Cobertura vacinal (%) Tríplice Viral – D1. CRS / RS, 2016 a 2019.

Regional	2016	2017	2018	2019
01 CRS	83,45	85,88	90,56	88,47
02 CRS	70,18	75,39	81,05	82,75
03 CRS	63,86	65,18	82,18	81,86
04 CRS	94,86	93,79	99,33	96,1
05 CRS	93,28	92,33	92,82	112,73
06 CRS	91,59	91,19	90,66	92,48
07 CRS	80,75	86,6	88,22	92,45
08 CRS	98,09	87,86	94,64	102,49
09 CRS	91,04	76,77	82,79	88,03
10 CRS	85,43	83,39	85,85	81,52
11 CRS	95,58	88,9	87,7	95,39
12 CRS	94,65	93,92	96,93	93,39
13 CRS	82,6	69,87	81,46	97,49
14 CRS	92,06	92,61	102,9	96,93
15 CRS	93,73	89,69	104,57	93,43
16 CRS	98,72	95,72	97,15	101,45
17 CRS	91,46	98,49	94,28	94,8
18 CRS	89,44	86,36	94,57	93,96
19 CRS	94,8	90,97	101,15	98,66
RS	82,66	83,34	88,72	91,23

Fonte: SIPNI. Data de coleta dos dados: 25/10/2021.

Em 2020, com a fusão da 01 CRS e 02 CRS, transformando-se em um único território denominado *1CRS*, igualmente observamos um cenário de cobertura vacinal aquém do esperado.



Fonte: SIPNI. Data de coleta dos dados: 25/10/2021.

Figura 15. Cobertura vacinal (%) Tríplice Viral – D1. CRS / RS, 2020.

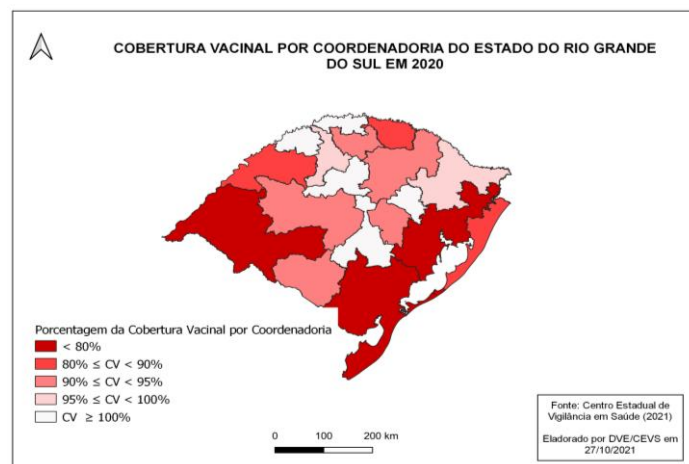


RECOMENDAÇÕES:

Notificação imediata de casos suspeitos à vigilância epidemiológica municipal ou ao disque vigilância do CEVS, número 150. Informações complementares sobre o processo de investigação podem ser acessadas no link: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>

CASO SUSPEITO DE SARAMPO:
Todo indivíduo que, independente da idade e situação vacinal, apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite.

Vacinação: a rede pública de saúde disponibiliza gratuitamente a vacina com o componente sarampo para a população de 01 a 59 anos de idade, de acordo com o esquema preconizado e para todos profissionais de saúde, independente da faixa-etária. Especial atenção deve ser direcionada às áreas de fronteira e região metropolitana, locais onde a cobertura vacinal encontra-se muito aquém do preconizado.



Fonte: SIPNI. Data de coleta dos dados: 25/10/2021.

Figura 16. Mapa com Cobertura vacinal (%) Tríplice Viral – D1. CRS / RS, 2020.

REFERÊNCIAS

BRASIL a. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1061, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS de 28 de setembro de 2017 para incluir Doença de Chagas Crônica 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, Diário Oficial da União, publicado em 29/05/2020.

BRASIL b. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. Volume Único. 3ªed., Brasília - DF, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>.

BRASIL c. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Nota Informativa nº 72/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Alerta para situação do sarampo no Brasil. Brasília, 03 de agosto de 2021.