



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento do Programa Nacional de Imunizações
Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 6/2024-CGVDI/DPNI/SVSA/MS

1. ASSUNTO

1.1. A Coordenação-Geral da Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CGVDI), a Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI), a Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB) e a Coordenação-Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CGCIEVS) da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) vêm informar sobre um caso importado de sarampo no município de Rio Grande/Rio Grande do Sul e alertar todos os entes do Sistema Único de Saúde (SUS) acerca do risco de ocorrência de outros casos importados e disseminação para a população brasileira, bem como a necessidade de identificação, notificação e investigação oportuna.

2. SARAMPO

2.1. Doença viral, infecciosa aguda, potencialmente grave, transmissível, extremamente contagiosa. A transmissão ocorre de forma direta, por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar.

2.2. Também tem sido descrito o contágio por dispersão de aerossóis com partículas virais no ar, em ambientes fechados, como escolas, creches e clínicas. Pela alta contagiosidade, até nove em cada dez pessoas suscetíveis com contato próximo a uma pessoa com sarampo desenvolverão a doença.

2.3. O Brasil recebeu o certificado de eliminação do vírus do sarampo em agosto de 2016. Contudo, após surto ocorrido no país vizinho (Venezuela) e entrada de venezuelanos doentes em território brasileiro, associado às baixas coberturas da vacina tríplice viral no país, o vírus do sarampo se dispersou no território nacional a partir de fevereiro de 2018, gerando inúmeros casos que ocorreram até o ano de 2022. Com isso, o país perdeu a certificação, após um ano de franca circulação do mesmo genótipo do vírus. Desde então, inúmeros esforços têm sido realizados pelos entes do SUS para conter a disseminação da doença. O último caso autóctone foi em junho de 2022.

2.4. Durante o ano de 2022, foram notificados 3.217 casos suspeitos de sarampo, com a confirmação de 41 casos, nos estados, a saber: Amapá (30), Pará (1), São Paulo (8) e Rio de Janeiro (2), sem ocorrência de óbitos pela doença neste período. A data do exantema do último caso confirmado foi 5 de junho de 2022, no estado do Amapá, portanto, o Brasil não registra casos confirmados há 86 semanas (semana epidemiológica (SE) 23/2022 a 05/2024). Em 2023, foram notificados 1.694 casos suspeitos, e destes, nenhum foi confirmado, 1.612 (95,2 %) foram descartados, ficando 82 (4,8%) casos ainda pendentes de encerramento.

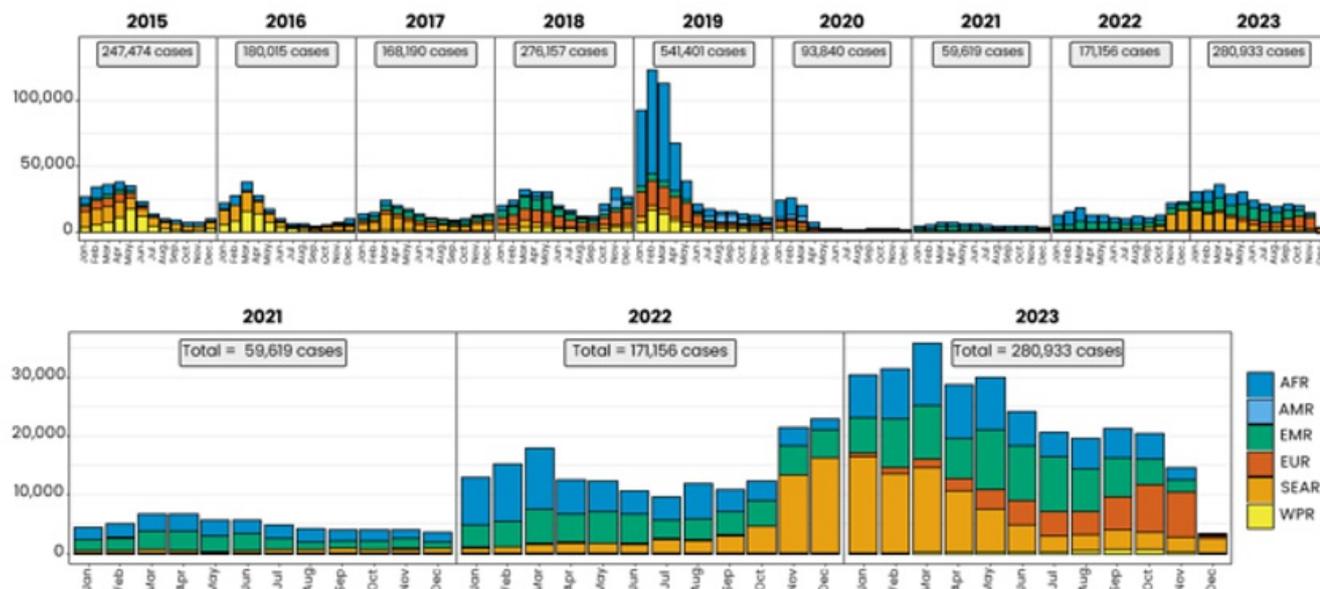
2.5. No processo internacional anual de monitoramento dos países, em novembro de 2023, a Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo, da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) nas Américas analisou as ações e evidências do Brasil e o classificou como "país pendente de reverificação da eliminação do sarampo", que significa que houve um avanço em relação à classificação de 2022. Até então, o país era classificado como "endêmico para sarampo".

2.6. Em 2024, até 13 de janeiro (SE 02), foram notificados 15 casos suspeitos de sarampo, dos quais um era estrangeiro que residia no Paquistão e outro era um brasileiro que retornou do Canadá. Desses, um foi confirmado, cinco estão descartados e o restante está em investigação, dentro do período oportuno de encerramento (60 dias).

2.7. O sarampo continua sendo uma doença que afeta todos os

continentes, gerando casos e surtos. Em 2023, globalmente, foram confirmados 280.933 casos de sarampo, ou seja, 109.777 casos a mais que o ano anterior, correspondendo a um acréscimo de 64,1% em 12 meses. (Figura 1). Observando-se a série histórica do sarampo no mundo, identifica-se um aumento de casos no primeiro semestre, exceto no período da pandemia da Covid-19.

Figura 1: Distribuição dos casos confirmados de sarampo segundo Regiões da Organização Mundial da Saúde, 2015 a 2023.



Fonte: Organização Mundial da Saúde. Acesso: <https://www.paho.org/es/boletin-semanal-sarampion-rubeola>.

2.8. A maioria dos casos confirmados ocorreu na Região do Sudeste da Ásia, com 82.667 (29,4%), seguido pela Região do Mediterrâneo Oriental, com 79.688 (28,4%) e Região Africana, com 71.384 (25,4%), (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos casos suspeitos e confirmados de sarampo, segundo Regiões da Organização Mundial da Saúde e critério de confirmação, 2023.

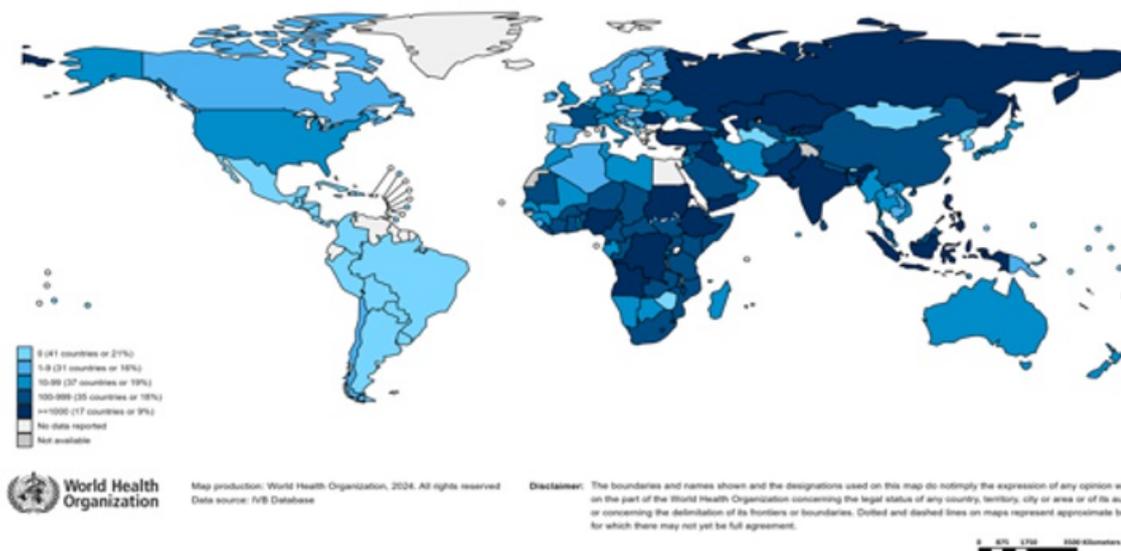
Região	Casos suspeitos	Casos confirmados		Critério de confirmação*		
		n	%	Clin.	Epi.	Lab.
África (AFR)	119.073	71.384	25,4	10.424	40.356	20.604
Américas (AMR)	11.854	49	0,0	0	0	49
Mediterrâneo oriental (EMR)	122.845	79.688	28,4	48.143	7.663	23.882
Europa (EUR)	46.423	42.605	15,2	3.672	4.856	34.077
Sudeste da Ásia (SEAR)	195.270	82.667	29,4	16.099	23.225	43.343
Pacífico Ocidental (WPR)	51.509	4.540	1,6	2.474	57	2.009
Total	546.974	280.933	100,0	80.812	76.157	123.964

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Acesso: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data>.

* Clin.: clínico; Epi: vínculo epidemiológico; Lab.: laboratorial.

2.9. Nos últimos seis meses, a maioria dos casos ocorreu nos países, a seguir: Iêmen, Índia, Cazaquistão, Etiópia, Rússia, Paquistão, Quirguistão, República Democrática do Congo, Iraque e Azerbaijão. Globalmente observa-se a intensa disseminação da circulação do vírus neste período, com 17 (9,0%) países registrando 1000 casos ou mais. Do total dos países, 41 (21,0%) não confirmaram casos no período (Figura 2).

Figura 2. Distribuição dos casos confirmados de sarampo segundo Regiões da Organização Mundial da Saúde, nos últimos 6 meses.



Country	Cases*
Yemen	23,066
India**	13,997
Kazakhstan	12,801
Ethiopia	11,042
Russian Federation	7,137
Pakistan	6,199
Kyrgyzstan	4,701
DR Congo***	3,917
Iraq	3,541
Azerbaijan	3,291

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Acesso: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data>.

2.10. Na Região das Américas, em 2023, foram confirmados 54 casos da doença, sendo 41 nos Estados Unidos e 12 no Canadá. Todos os casos foram confirmados por critério laboratorial, e identificados os genótipos B3 e D8.

2.11. Em 2024, até a SE 02, foram notificados 102 casos suspeitos na Região, com a confirmação oficial de um caso em criança de 1 ano e 7 meses de idade, do sexo masculino, residente na província de Salta, Argentina. O critério de confirmação foi o laboratorial, o caso não tem histórico de vacinação com a vacina tríplice viral, não viajou para fora da província e a investigação inicial não revelou nenhum contato com casos suspeitos de sarampo.

3. DA CONFIRMAÇÃO DE UM CASO IMPORTADO DE SARAMPO NO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE/ RIO GRANDE DO SUL

3.1. A equipe técnica da CGVDI/Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI) recebeu, em 09 de janeiro de 2024, por meio do Centro Nacional de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS Nacional), a informação de um caso suspeito de sarampo proveniente do Paquistão que tem a circulação endêmica de sarampo. Esta informação foi reportada ao nível nacional pelo CIEVS do Estado do Rio Grande do Sul.

3.2. Trata-se de uma criança de três anos, sexo masculino, sem histórico de vacinação contra o sarampo, que morava no Paquistão e se mudou para o Brasil em 26 de dezembro de 2023, desembarcando no aeroporto de Guarulhos/São Paulo e fazendo conexão, no mesmo dia, para aeroporto de Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Em 27 de dezembro realizou o trajeto terrestre, em ônibus, de Porto Alegre para Rio Grande.

3.3. Iniciou quadro clínico com sintomas inespecíficos de sarampo em 27 de dezembro de 2024 e, devido a piora, procurou atendimento em Unidade de Pronto Atendimento no dia 2 de janeiro de 2024, onde permaneceu em ambiente isolado. A suspeita inicial era malária e dengue. O paciente foi transferido para o hospital e internado em isolamento. No dia 4 de janeiro iniciou o exantema e foi identificada a mancha de Koplik, tendo sido feita a suspeita de sarampo.

3.4. Segundo informações levantadas durante a investigação, a criança apresentou os seguintes sinais e sintomas, a saber: febre (39,4°C), exantema, tosse, congestão nasal, manchas de koplik na mucosa oral, eritema conjuntival bilateral, dor abdominal, eritema bilateral em membrana timpânica. Exame de raio X de tórax evidenciou infiltrado peri-hilar e foi realizado tratamento com antibiótico para otite. A alta ocorreu em 15 de janeiro e desde então o paciente tem demonstrado um bom estado geral.

3.5. As amostras clínicas analisadas pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (Lacen-RS) indicaram que o resultado da primeira amostra de sorologia foi IgM Reagente e IgG inconclusivo. Em 24 de janeiro de 2024, o Laboratório de Referência Nacional (LRN), Fiocruz/RJ, emitiu

o resultado do RT-PCR como detectável para o vírus do sarampo, genótipo B3.

3.6. Dessa forma, considerando que o caso residia em local endêmico, não era vacinado, apresentou sinais e sintomas compatíveis com sarampo e resultados laboratoriais confirmatórios, conclui-se que se trata de um caso importado de sarampo.

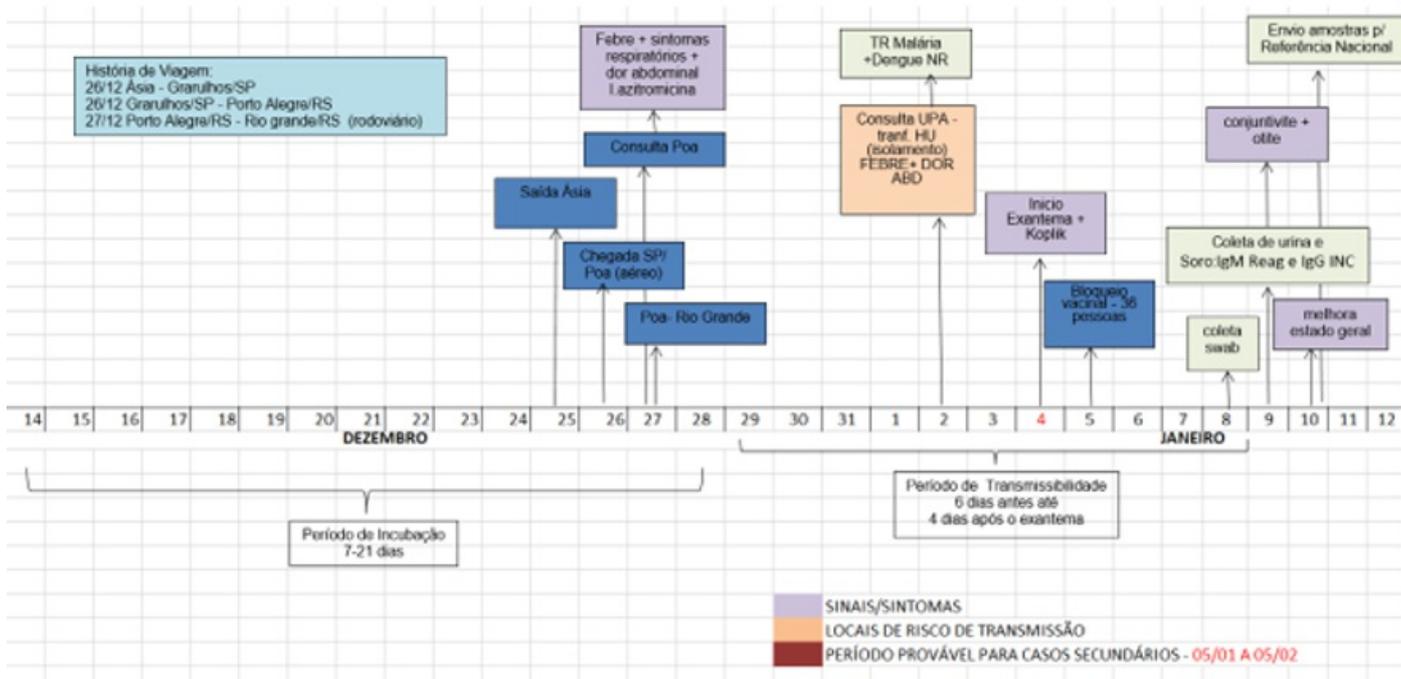
4. AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

4.1. Considerando a suspeita de sarampo, as seguintes medidas individuais foram adotadas:

- Notificação do caso suspeito.
- Isolamento hospitalar do caso na UPA e no hospital.
- Coleta de amostras clínicas com envio para o Laboratório Central de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (Lacen-RS).
- Investigação epidemiológica do caso que identificou sinais e sintomas, contatos, datas de início dos sintomas e definiu os períodos de incubação, transmissibilidade e a linha do tempo.

4.2. Tendo em vista a data de início do exantema, o período de incubação de 14 a 28 de dezembro de 2023 e o período de transmissibilidade de 29 de dezembro de 2023 a 8 de janeiro de 2024, durante todo o traslado, de Islamabad/Paquistão até o município de Rio Grande/RS/Brasil, o caso estava no período de incubação, quando não ocorre a transmissão da doença (Figura 3).

Figura 3. Linha do tempo do caso importado de sarampo, segundo sinais e sintomas, itinerário e ações desenvolvidas.



Fonte: Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul.

4.3. Entre as medidas coletivas de saúde pública, as seguintes ações foram implementadas pelas autoridades de saúde locais:

- Rastreamento de contatos entre familiares, vizinhos e profissionais de saúde.
- Monitoramento dos contatos para identificação de sinais e sintomas de sarampo.
- Bloqueio vacinal seletivo entre os contactantes, tendo sido vacinadas 36 pessoas, em 05 de janeiro de 2024 (período oportuno), direcionado a familiares, vizinhos e profissionais de saúde.
- Avaliação da cobertura vacinal no município e no estado.

- Iniciada a busca ativa prospectiva nos serviços de saúde do município.

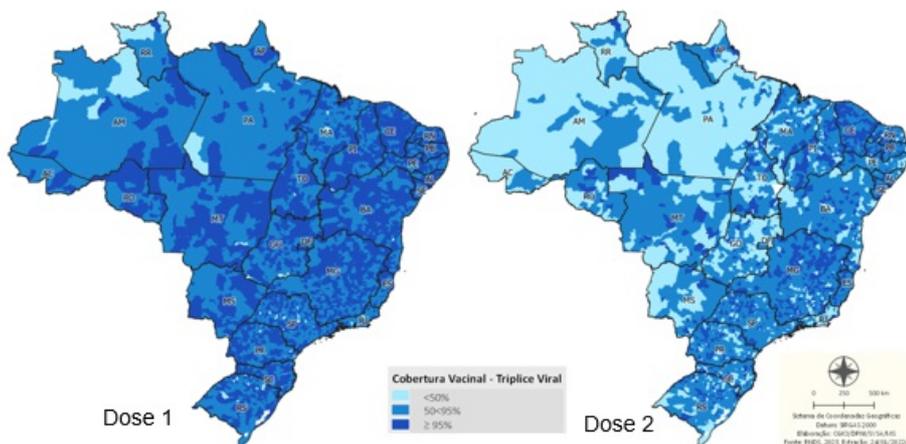
4.4. De acordo com os resultados preliminares do monitoramento de contatos e busca ativa prospectiva, até o momento, não foram identificados casos secundários, nem mesmo entre os familiares próximos (mãe, pai e dois irmãos).

5. DA AVALIAÇÃO DE RISCO LOCAL

5.1. O Brasil enfrenta desafios como o não alcance homogêneo em nível nacional e estadual das metas dos indicadores de qualidade da vigilância das doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) e a meta de cobertura da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), a qual em 2023, atingiu 86,99% para dose 1 (D1) e 63,44 % para dose 2 (D2) (Figura 4).

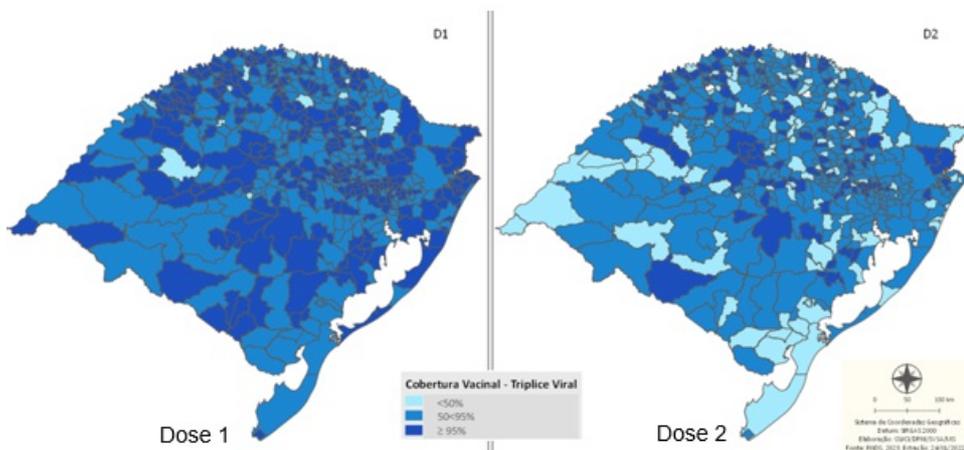
5.2. O Rio Grande do Sul, em 2023, igualmente, não alcançou a meta de cobertura preconizada, obtendo 94,63% e 68,84% para D1 e D2, respectivamente. No município de Rio Grande, as coberturas de D1 e D2 ficaram em 59,69% e 47,33%, respectivamente (Figura 5).

Figura 4. Coberturas da vacina tríplice viral por tipo de dose no Brasil, 2023*



Fonte: NGI/DPNI/SVSA/MS. *Dados sujeitos a alteração.

Figura 5. Coberturas da vacina tríplice viral por tipo de dose no Rio Grande do Sul, 2023*



Fonte: NGI/DPNI/SVSA/MS. *Dados sujeitos a alteração.

5.3. As baixas coberturas vacinais contra o sarampo evidenciam a suscetibilidade da população (lacunas de imunidade) e o risco aumentado de contato com o vírus importado e desenvolvimento da doença na comunidade,

podendo levar a uma epidemia de sarampo.

6. DA AVALIAÇÃO DE RISCO GLOBAL

6.1. Em 2024, foram registrados casos de sarampo em todas as seis regiões da OMS:

- No continente europeu, até 10 de janeiro de 2024, foram detectados em fontes oficiais, públicas e nas mídias, 959 novos casos suspeitos e/ou confirmados de sarampo. Os casos encontram-se distribuídos em seis países: Áustria (17), República Tcheca (1), Dinamarca (1), Alemanha (4), Irlanda (1), Polônia (3) e Romênia (932), (1).
- No continente africano, desde o início de 2024, 58 casos de sarampo, sendo 54 confirmados e 4 suspeitos, foram notificados em dois países: Etiópia (4) e Mauritânia (54) (2).
- Na Argentina, em 23 de janeiro de 2024, o CIEVS Nacional detectou um rumor verídico sobre um caso confirmado de sarampo em Salta, Argentina. Trata-se de paciente do sexo masculino, um ano e sete meses de idade, sem histórico de vacinação para tríplice viral. Apresentou febre, tosse, conjuntivite e exantema em 02 de janeiro de 2024, sendo internado três dias depois por pneumonia. No dia 09 de janeiro foi realizada a coleta para diagnóstico laboratorial e, em 16 de janeiro, apresentou resultado IgM positivo para sarampo, com resultado de RT-PCR detectável em amostras de urina e aspirado nasofaríngeo, aguardando genotipagem (3).
- Na Austrália, o departamento de saúde de Nova Gales do Sul está em alerta para sinais e sintomas de sarampo após serem notificadas 2 novos casos confirmados no sudoeste de Sydney. O primeiro caso era uma criança de sete meses e o segundo de um adulto. Ambos regressaram recentemente do Oriente Médio (4).
- No Reino Unido, em 15 de janeiro de 2024, 198 casos confirmados e 104 casos suspeitos de sarampo foram registrados na região de West Midlands, Birmingham, Reino Unido (5)

6.2. Levando em consideração que o sarampo é uma doença altamente contagiosa, podendo manifestar-se de forma grave, especialmente em crianças não vacinadas, nota-se um aumento no número de casos no cenário mundial, o que representa um impacto significativo na saúde pública. Além disso, há um risco significativo de propagação internacional, especialmente em áreas com fluxo turístico intenso e em países com sistemas de saúde vulneráveis.

6.3. Embora as restrições dependam das medidas de controle adotadas, o aumento de casos pode levar a recomendações de viagem ou outras precauções por parte de países não afetados para prevenir a importação de casos.

6.4. Dada a alta transmissibilidade da doença e propensão de surtos, a vigilância internacional torna-se essencial para detectar precocemente e responder rapidamente a possíveis focos da doença. O acompanhamento ativo de casos em nível global não apenas permite a identificação de padrões epidemiológicos, mas também facilita a implementação coordenada de estratégias de imunização e medidas preventivas. Além disso, a comunicação eficiente e a troca de informações entre os países contribuem para a mitigação do impacto do sarampo, promovendo a saúde pública e protegendo comunidades vulneráveis em uma escala global.

6.5. Para isso, o CIEVS Nacional realiza a análise de risco utilizando a metodologia "Matriz de risco segundo Probabilidade e Impacto", para identificar a probabilidade de ocorrência do evento, e o impacto frente à saúde humana, assistência, impacto social e a capacidade de resposta do Brasil.

6.6. A soma dos pontos de cada indicador classifica o risco. Para cada indicador avaliado, insere-se uma pontuação, sendo:

- 2 = Sim, com informações bem detalhadas;
- 1 = Sim, com informações disponíveis sem detalhamento;
- 0 = Não.

6.7. Essa matriz de risco foi aplicada para os casos notificados em nível

global e obteve-se os seguintes resultados:

6.7.1. Probabilidade de o sarampo ocorrer em municípios brasileiros: “muito provável” (pontuação 6). Apresenta risco de introdução no país considerando: o alto fluxo de pessoas de países com casos ativos; baixas coberturas vacinais contra o sarampo mundialmente; fácil disseminação por ser uma doença respiratória transmitida por gotículas, com alta taxa de reprodutibilidade (1 caso pode afetar 12-18 pessoas suscetíveis); não haver exigência de comprovante vacinal para viagens internacionais, podendo o viajante se deslocar no período de incubação ou de transmissibilidade do sarampo. Todos esses motivos fazem com que seja muito provável a transmissão global do sarampo, nesse momento.

6.7.2. Impacto para os municípios do Brasil: “moderado” (pontuação 16), pois há ocorrência de casos confirmados em praticamente todas as regiões do mundo, demonstrando que a doença está disseminada por vários países, havendo a identificação de surtos. Além disso, trata-se de uma doença de alta transmissibilidade, que afeta populações suscetíveis e tem-se identificado uma baixa cobertura vacinal.

6.8. Após avaliar o resultado da probabilidade e impacto, seguindo a metodologia, o evento “Cenário global de sarampo” foi **classificado como alto risco** para a transmissão global do sarampo, bem como para a reintrodução da doença nos municípios do Brasil. A depender do município brasileiro, em situações de casos importados, pode não ocorrer uma detecção oportuna e resposta rápida frente a um caso suspeito, aumentando risco de ocorrência de casos secundários, com posterior circulação comunitária do vírus (sem identificação da cadeia de transmissão) e ocorrência de epidemia.

7. DA CONCLUSÃO

7.1. Este é o primeiro caso de sarampo registrado no Brasil desde junho de 2022, sendo considerado **caso importado**, ou seja, caso confirmado que, de acordo com as evidências epidemiológicas e/ou virológicas, foi exposto ao vírus fora do país durante os 7 a 21 dias anteriores ao início do exantema.

7.2. A investigação epidemiológica e as medidas de prevenção e controle foram oportunas. Porém, mesmo tendo sido realizado o isolamento do caso, o rastreamento e monitoramento de contatos por 30 dias e bloqueio vacinal oportuno, ainda se faz necessário manter a busca ativa prospectiva de casos suspeitos de sarampo em todos os serviços de saúde públicos ou privados, bem como na comunidade, a fim de identificá-los precocemente e realizar as medidas de controle.

7.3. Ademais, diante da cobertura vacinal contra sarampo no município de Rio Grande, é necessário reforçar as ações de vacinação visando aumentar a imunidade coletiva para reduzir o risco de ocorrência de uma epidemia.

7.4. No âmbito nacional, devido ao cenário internacional do sarampo e ao alto risco, identifica-se aumento da chance de entrada de outros casos importados no Brasil, tanto entre brasileiros que retornam de viagens como entre estrangeiros visitantes, portanto, recomenda-se: a) aumentar a sensibilidade nos pontos de entrada do país, b) aviso de sinais e sintomas de sarampo entre os viajantes com orientação para buscar atendimento médico e c) orientar a vacinação deste público.

7.5. Diante da situação epidemiológica nacional da dengue e das semelhanças entre o quadro clínico das doenças febris exantemáticas na fase prodrômica ou inicial da doença, alguns casos suspeitos de sarampo podem ser detectados e notificados como casos de dengue ou outras doenças por arbovírus. Assim, as equipes de atenção e vigilância em saúde precisam estar ainda mais atentas aos pacientes com quadros clínicos que possam ser sugestivos de sarampo, principalmente naqueles com histórico recente de viagens internacionais ou contatos secundários desses viajantes.

8. RECOMENDAÇÕES

8.1. Em função do aumento global de casos de sarampo, diante de um caso suspeito e/ou confirmado, a implementação oportuna das medidas de controle e prevenção reduz a chance de dispersão do vírus, sendo importante a articulação entre as áreas de vigilância epidemiológica, laboratório, imunização, atenção à saúde e saúde indígena para a execução das ações.

8.1.1. Definição de caso suspeito de sarampo

a) Todo indivíduo que apresentar febre e exantema maculopapular morbiliforme de direção cefalocaudal, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independentemente da idade e da situação vacinal.

8.1.2. Ações necessárias frente à identificação de caso suspeito de sarampo:

a) Notificar todos os casos suspeitos de sarampo em até 24h, para os três entes da federação; deve-se preencher adequadamente a ficha de notificação/investigação do caso, com informações legíveis e completas;

b) Realizar coleta de espécimes clínicos (soro, swab nasorofaríngeo e urina); segundo orientações do Guia de Vigilância em Saúde, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view>.

c) Realizar a investigação de todos os casos suspeitos de sarampo em até 48h, da data de notificação, de forma oportuna, com o preenchimento das 10 variáveis que compõem o indicador "investigação adequada". Na investigação, deve-se elaborar a linha do tempo e estabelecer as cadeias de transmissão com as informações completas; instrumentos acessíveis em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-sarampo/publicacoes-tecnicas/fasciculo-sobre-investigacao-de-caso-suspeito-de-sarampo-ou-rubeola/view>;

d) Identificar os contatos dos casos suspeitos de sarampo e realizar avaliação, para identificar aqueles que apresentam sinais e sintomas sugestivos de sarampo;

e) Monitorar todos os contatos de todo caso suspeito e/ou confirmado por 30 dias, e notificar aqueles que iniciarem sinais e sintomas de sarampo;

f) Verificar a situação vacinal do caso suspeito por meio do cartão ou caderneta de vacinação e registrar na ficha de investigação no campo 'Observações adicionais' a data do recebimento de todas as doses de vacina dupla viral, tríplice viral ou tetraviral que estiverem indicadas no documento de vacinação;

g) Realizar o bloqueio vacinal seletivo dos contatos dos casos suspeitos de sarampo em até 72 horas após a notificação do caso (exceto nos contactantes que apresentarem as manifestações clínicas da doença);

h) Orientar quanto às medidas de controle para o isolamento domiciliar/social do caso suspeito de sarampo, por quatro dias, após o início do exantema. Pacientes internados devem ser submetidos ao isolamento respiratório, até quatro dias após o início do exantema;

i) Realizar busca ativa prospectiva e retrospectiva de pessoas com sinais e sintomas compatíveis com sarampo. Utilizar o fascículo "Busca ativa", disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-sarampo/publicacoes-tecnicas/fasciculo-busca-ativa-e-retrospectiva/view>;

j) Encerrar todos os casos suspeitos de sarampo em até 60 dias.

8.1.3. Ações de vacinação:

8.1.3.1. Bloqueio vacinal dos contatos dos casos suspeitos de sarampo

a) Deve-se realizar imediatamente o bloqueio vacinal,

abrangendo todos os contatos a partir dos seis meses de idade. O bloqueio deve ser seletivo, considerando o histórico de vacinação dos contatos e realizado em todos os locais que o caso suspeito frequentou (creches, escolas, locais de trabalho, templos religiosos, etc).

b)O bloqueio vacinal deverá ser implementado em um prazo de até 72 horas, conforme orientações a seguir:

c)Crianças de 06 meses a menores de um ano de idade (até 11 meses e 29 dias): administrar a dose zero da vacina tríplice viral. Esta dose não é válida para a rotina, devendo-se manter as indicações estabelecidas no Calendário Nacional de Vacinação.

d)Pessoas na faixa etária de 12 meses a 29 anos:

- Crianças de 12 meses a menores de cinco anos: atualizar situação vacinal conforme indicações do Calendário Nacional de Vacinação para a idade, isto é, primeira dose (D1) aos 12 meses com a tríplice viral e aos 15 meses, Dose de tetraviral (ou tríplice viral + varicela monovalente).
- Pessoas de cinco a 29 anos: iniciar ou completar o esquema de duas doses da vacina tríplice viral, com intervalo mínimo de 30 dias entre elas.

e)Pessoas na faixa etária de 30 a 59 anos: administrar uma dose de tríplice viral naquelas que não comprovarem vacinação anterior contra o sarampo.

f)Pessoas com 60 anos e mais: administrar uma dose de tríplice viral naquelas que não comprovarem vacinação anterior com dupla viral ou tríplice viral.

g)Trabalhadores da saúde devem receber ou comprovar duas doses de vacina tríplice viral.

h)Não sendo possível realizar todo o bloqueio em até 72 horas, as ações de vacinação devem ser mantidas até que todos os contatos tenham sido avaliados e vacinados conforme a situação encontrada.

8.1.4. Vacinação de rotina

8.1.4.1. Deve ser intensificada com a extensa busca ativa de pessoas não vacinadas ou com esquema incompleto contra o sarampo, conforme indicações do Calendário Nacional de Vacinação.

9. REFERÊNCIAS

- (1) <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-7-13-january-2024-week-2>
- (2) <https://africacdc.org/download/africa-cdc-weekly-event-based-surveillance-report-january-2024/>
- (3) https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2024-01/alerta-epidemiologica_caso-confirmado-de-sarampion-en-la-provincia-de-salta.pdf
- (4) https://www.health.nsw.gov.au/news/Pages/20240124_01.aspx
- (5) https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-3-2024_0.pdf

Para informações adicionais, contatar a equipe técnica da Coordenação-Geral da Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CGVDI) pelo telefone (61) 3315-2900 ou pelo e-mail: exantematicas@saude.gov.br; e da Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI) pelo telefone (61) 3315-3874; e da Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB) pelo telefone (61) 3315-6278 ou pelo e-mail: cglab.coordenacao@saude.gov.br.



Documento assinado eletronicamente por **Thiago Fernandes da Costa**,
Coordenador(a)-Geral de Incorporação Científica e Imunização
substituto(a), em 02/02/2024, às 11:09, conforme horário oficial de

Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marília Santini de Oliveira, Coordenador(a)-Geral de Laboratórios de Saúde Pública**, em 02/02/2024, às 11:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações**, em 02/02/2024, às 12:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Greice Madeleine Ikeda do Carmo, Coordenador(a)-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis**, em 02/02/2024, às 13:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rebeca Cristine Campos Martins, Coordenador(a)-Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde substituto(a)**, em 02/02/2024, às 14:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0038709525** e o código CRC **3E7BA0AE**.



Ante la confirmación de un caso de sarampión en un paciente de 19 meses de edad, residente de la ciudad de Salta, el Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia de Salta, emitieron una [alerta](#) con el objetivo de informar sobre la situación epidemiológica e instar a los equipos de salud a fortalecer la vigilancia de enfermedad febril exantemática, verificar y completar esquemas de vacunación y sensibilizar a la población sobre la importancia de la consulta temprana ante la aparición de fiebre y exantema.

Situación actual

El 16 de enero de 2024, un efector privado de la provincia de Salta notificó al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud un caso de enfermedad febril exantemática, sospechoso de sarampión, iniciándose la investigación epidemiológica y las acciones de control.

Se trata de un niño de 19 meses de edad que presentó fiebre, exantema, tos y conjuntivitis el día 2 de enero. Tres días después consultó y se internó por neumonía en una clínica privada, presentando aislamiento de neumococo en una muestra respiratoria. El día 9 de enero se tomó una muestra de suero y el 16 de enero se informó IgM positiva para sarampión en un laboratorio privado. Esta muestra de suero junto con las muestras para detección viral fueron derivadas al Laboratorio Nacional de Referencia de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán', confirmando la infección por serología y detección de virus sarampión mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en orina y aspirado nasofaríngeo el día 19 de enero. Se encuentran en desarrollo estudios para genotipificar el virus.

El caso no cuenta con antecedente de vacunación con triple viral, no viajó fuera de la provincia, y en la investigación inicial no surge contacto con casos sospechosos antes de la aparición de los síntomas. El paciente presenta evolución clínica favorable.

Los equipos de respuesta rápida local y provincial se encuentran realizando la investigación epidemiológica y las acciones de control de foco correspondientes.

Argentina interrumpió la circulación endémica del sarampión en el año 2000. Desde entonces se registraron brotes de menos de un año de duración, sin pérdida del estado de eliminación. El mayor brote se registró entre las semanas epidemiológicas (SE) 35 del año 2019 y la SE 12 del año 2020, con un total de 179 casos, que se circunscribieron a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 19 municipios de la provincia de Buenos Aires (PBA). En el año 2021 no se registraron casos confirmados. En 2022, se registraron dos casos de sarampión: uno en CABA y otro en Vicente López (PBA): el primero, en la SE 13, correspondió a un caso importado, y el segundo, en la SE 28, un caso de origen desconocido. Ambos casos no tenían relación entre ellos y no hubo casos secundarios.

Para sostener los logros de eliminación del sarampión y evitar la reintroducción del virus al país, se requiere alcanzar y sostener altas coberturas de vacunación con dos dosis de vacuna contra el sarampión (doble o triple viral) y un sistema de vigilancia sensible capaz de detectar oportunamente los casos sospechosos y así evitar su diseminación.

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA

19 de enero de 2024

Caso confirmado de sarampión en la provincia de Salta

Ante la confirmación de un caso de sarampión en un paciente de 19 meses residente de la ciudad de Salta, el Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia de Salta, emiten el presente alerta con el objetivo de informar sobre la situación epidemiológica e instar a los equipos de salud a fortalecer la vigilancia de enfermedad febril exantemática (EFE), verificar y completar esquemas de vacunación y sensibilizar a la población sobre la importancia de la consulta temprana ante la aparición de fiebre y exantema.

Situación actual:

El 16 de enero del corriente año, un efector privado de la provincia de Salta notificó al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud un caso de enfermedad febril exantemática, sospechoso de sarampión, iniciándose la investigación epidemiológica y acciones de control.

Se trata de un niño de 19 meses de edad que presentó fiebre, exantema, tos y conjuntivitis el día 2 de enero. Tres días después consultó y se internó por neumonía en una clínica privada presentando aislamiento de neumococo en muestra respiratoria. El día 9 de enero se tomó una muestra de suero y el 16 de enero se informó IgM positiva para sarampión en un laboratorio privado. Esta muestra de suero junto con las muestras para detección viral fue derivadas al Laboratorio Nacional de Referencia ANLIS-Malbrán confirmando la infección por serología y detección de virus sarampión por RT-PCR en orina y aspirado nasofaríngeo el día 19 de enero. Se encuentran en desarrollo estudios para genotipificar el virus.

El caso no cuenta con antecedente de vacunación con triple viral, no viajó fuera de la provincia y en la investigación inicial no surge contacto con casos sospechosos antes de la aparición de los síntomas. El paciente presenta evolución clínica favorable.

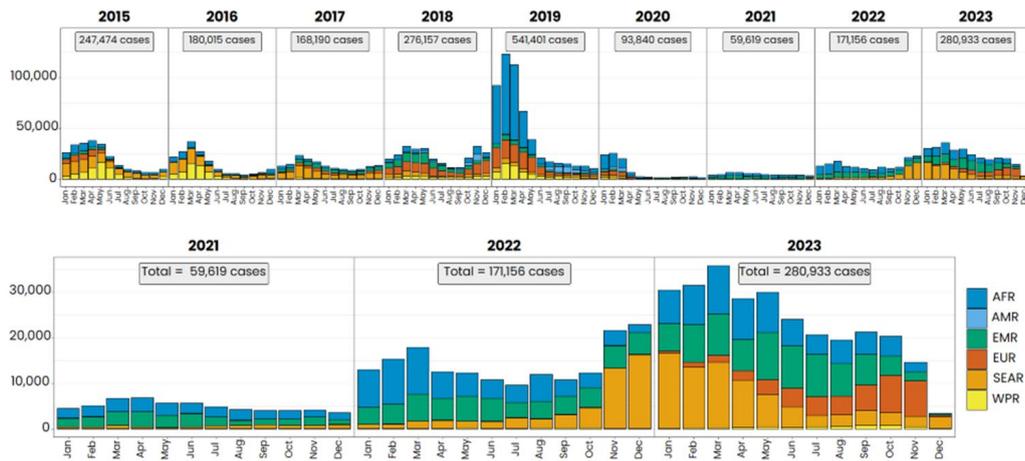
Los equipos de respuesta rápida (ERRA), local y provincial, se encuentran realizando la investigación epidemiológica y las acciones de control de foco correspondientes.

Situación epidemiológica mundial

Tras años de descensos en la cobertura de vacunación contra el sarampión, los casos de sarampión aumentaron un 18% en 2022 y las muertes un 43% a nivel mundial en comparación con 2021. El número estimado de casos de sarampión fue de 9 millones y las muertes de 136.000, en su mayoría niños. En 2022, 37 países experimentaron brotes de sarampión importantes, en comparación con 22 países en 2021. De los países que experimentaron brotes, 28 estaban en la Región de África de la OMS, seis en el Mediterráneo Oriental, dos en el Sudeste Asiático y uno en la Región Europea.¹

En el año 2023 se observó un aumento de casos a nivel mundial, respecto al año anterior (Figura 1). En la Región Europea se registraron más de 30.000 casos de sarampión, notificados por 40 de los 53 países miembros, entre enero y octubre, comparado con los 941 casos del año 2022, lo que representa un aumento de más de 30 veces. En el mismo período se registraron más de 21.000 internaciones por sarampión y 5 fallecidos.²

Figura 1. Casos de sarampión por mes según región de la OMS. Años 2015 a 2023.

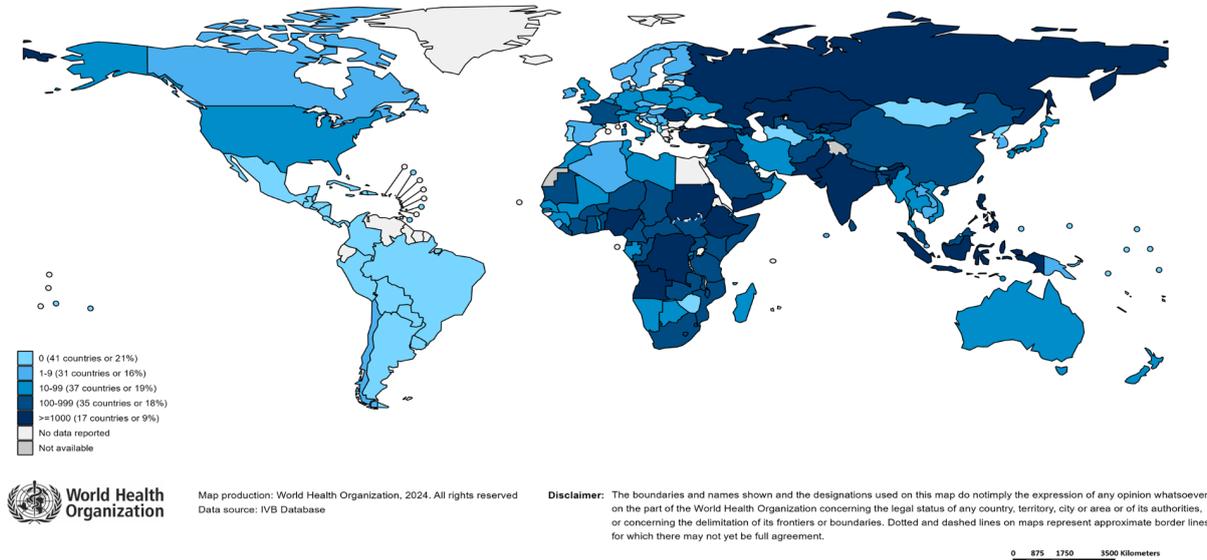


Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Enero 2024. Disponible en <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data>

¹ OMS (2022) Weekly Epidemiological Record. 97 (47): 612 – 620. Progress towards regional measles elimination – worldwide, 2000–2022. Disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7246a3.htm?s_cid=mm7246a3_w

² <https://www.who.int/europe/news/item/14-12-2023-a-30-fold-rise-of-measles-cases-in-2023-in-the-who-european-region-warrants-urgent-action>

Figura 2: Número de casos de sarampión notificados en los últimos 6 meses (agosto a noviembre 2023)



Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Enero 2024.

Situación epidemiológica de la Región de las Américas y antecedentes en Argentina

En el año 1994 los países de la Región de las Américas establecieron el objetivo conjunto de eliminar la transmisión endémica del sarampión para el año 2000 mediante acciones sistemáticas de vacunación y vigilancia epidemiológica. Así, en el año 2016 se certificó la eliminación a nivel regional, siendo la Región de las Américas la primera en lograr este objetivo. Sin embargo, en el período 2017-2019 se registró un aumento constante de casos en 18 países de la Región. El 93% de los casos ocurrieron en Brasil y Venezuela, los cuales perdieron el estado de eliminación en 2018 y 2019 respectivamente. A la fecha, ambos países interrumpieron la circulación viral y se encuentran en vías de ser re-verificados.

Argentina interrumpió la circulación endémica del sarampión en el año 2000. Desde entonces se registraron brotes de menos de un año de duración, sin pérdida del estado de eliminación. El mayor brote se registró entre las semanas epidemiológicas (SE) 35 del año 2019 y la SE 12 del año 2020, con un total de 179 casos, que se circunscribieron a la Ciudad de Buenos Aires (CABA) y 19 municipios de la Provincia de Buenos Aires (PBA). En el año 2021 no se registraron casos confirmados. En 2022, se registraron dos casos de sarampión: uno en CABA y otro en Vicente López (PBA): el primero en SE 13 correspondió a un caso importado y el segundo, en SE 28, un caso de origen desconocido. Ambos sin relación entre ellos y sin casos secundarios.

Es importante recordar que para sostener los logros de eliminación de sarampión y evitar la reintroducción del virus al país, se requiere alcanzar y sostener altas coberturas de vacunación con dos dosis de vacuna contra el sarampión (doble o triple viral) y un sistema de vigilancia sensible capaz de detectar oportunamente los casos sospechosos y así evitar su diseminación.

RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los casos de EFE constituyen un evento de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria³.

Definición y clasificación de caso:

Definición de Caso de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) (sospechoso de sarampión/rubéola): Persona de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar > 38°C) y exantema. O bien que un trabajador de la salud sospeche sarampión o rubéola, independientemente del antecedente vacunal.

Notificación:

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos y por laboratorio.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Todas las personas desde el año de vida deben tener esquema de vacunación completo contra el sarampión y la rubéola, según Calendario Nacional de Vacunación:

- De 12 meses a 4 años: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral
- Mayores de 5 años, adolescentes y personas adultas deben acreditar al menos DOS DOSIS de vacuna con componente contra sarampión y rubéola aplicada después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión y rubéola.
- Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.

Las recomendaciones de vacunación ante situación de brote o para viajeros pueden cambiar según la situación epidemiológica. Se pueden consultar en:

- <https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion/vas-a-viajar>
- <https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion>

³ Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/Actualizaci%C3%B3n%20agosto%202022%20-%20Manual%20de%20normas%20y%20procedimientos%20de%20vigilancia%20y%20control%20de%20ENO.pdf>

MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante un caso sospechoso

- Informar inmediata y fehacientemente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso y sin esperar resultados de laboratorio.
- Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento Enfermedad Febril Exantemática.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre; además, tomar muestra de orina hasta 14 días posteriores a la aparición de exantema (preferentemente hasta el día 7) y/o hisopado nasofaríngeo (HNF) hasta 7 días posteriores. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs posteriores a la toma.
- Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios. No circular en transportes públicos ni dentro de las instituciones.
- Explicar a la persona adulta responsable o paciente que será contactado por el sistema de salud de ser necesario y puede ser requerida la obtención de nuevas muestras confirmatorias.

Medidas en los contactos

- Hacer búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (niños menores de 1 año, niños, adolescentes y adultos con vacunación incompleta o sin vacunación).
- Vacunación de contactos dentro de las 48 hs de identificado el caso a quienes no cumplan con las siguientes indicaciones de vacunación del calendario de vacunación.
- Ante la confirmación de un caso: todos los contactos de 6 a 12 meses de edad deberán recibir una dosis de vacuna triple viral. Desde los 13 meses en adelante (excepto adultos nacidos antes de 1965), asegurar dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso. La inmunoglobulina de pool está indicada dentro de los 6 días del contacto con casos confirmados de sarampión en pacientes severamente inmunodeprimidos (independientemente del antecedente de vacunación), personas gestantes sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y menores de 6 meses. La aplicación de inmunoglobulina es intramuscular y la dosis recomendada es de 0.5 mL/kg (dosis máxima 15 mL)
- Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.
- Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.

Medidas ante brotes

- Las acciones de control de brote se deben realizar dentro de las primeras 48 hs, ante todo caso sospechoso sin esperar la confirmación diagnóstica.
- Todas las instituciones tanto públicas como privadas, deben notificar al Sistema Nacional de Vigilancia dentro de las 24 hs.
- Se deben realizar las acciones de bloqueo con vacuna triple o doble viral o gammaglobulina, según indicación dentro de las 48 hs del diagnóstico del caso sospechoso.

Herramientas para la vigilancia y control de Sarampión y Rubéola

Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de-notificacion>

Ficha de recolección de notificación e investigación epidemiológica
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/enfermedad-febril-exantematica-sarampion-y-rubeola-sr>

Tendo em vista os desafios relacionados à persistência da baixa cobertura da primeira e da segunda dose da vacina contra sarampo, rubéola e caxumba (SCR1 e SCR2), o aumento dos casos de sarampo em todo o mundo e a ocorrência de casos importados em países da Região das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) incentiva os Estados Membros a continuarem as atividades para aumentar e manter a cobertura adequada de vacinação contra sarampo, rubéola e caxumba e reitera que a vacinação, a vigilância epidemiológica e a preparação para uma resposta rápida a surtos de sarampo e rubéola constituem as três principais estratégias para monitorar e reverter a interrupção da transmissão endêmica desses vírus.

Resumo da situação

Globalmente, após anos de declínio na cobertura da vacinação contra o sarampo, os casos de sarampo aumentaram 18% em 2022 e os óbitos aumentaram 43% em todo o mundo (em comparação com 2021). De acordo com um novo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) e dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, o número estimado de casos de sarampo ascende a 9 milhões e o número de óbitos corresponde a 136.000 (a maioria em crianças) (1).

De acordo com os dados provisórios mensais de vigilância do sarampo e rubéola, publicados pela OMS até janeiro de 2024¹, em 2022 foram notificados 369.195 casos suspeitos de sarampo em 166 Estados Membros das 6 regiões da OMS, dos quais 171.156 (46%) foram classificados como sarampo (inclui casos confirmados em laboratório, critérios clínicos ou epidemiológicos). Em 2023, foram notificados 534.672 casos suspeitos de sarampo em 169 Estados membros, dos quais 280.933 (53%) foram classificados como sarampo (2). Isso significa um aumento de 64% nos casos confirmados em 2023 em comparação com 2022.

Em 8 de fevereiro e em 20 de outubro de 2023, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) alertou sobre a redução da cobertura da primeira e segunda doses das vacinas contra sarampo, rubéola e caxumba (SCR1 e SCR2) e a ocorrência de casos de sarampo em países da Região das Américas (3,4).

Cobertura vacinal na região das Américas (5)

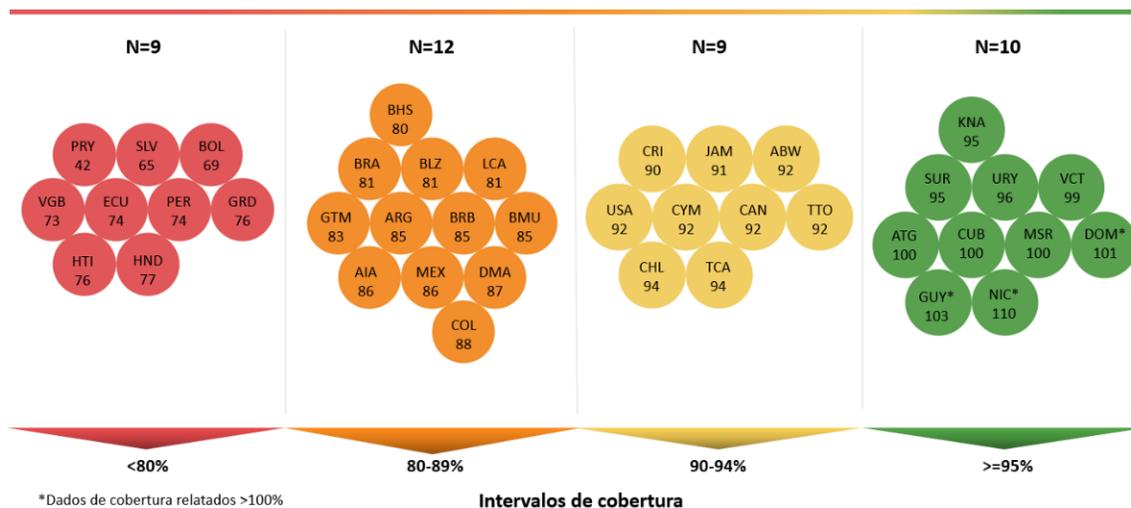
Apresenta-se uma análise do intervalo de cobertura das vacinas SCR1 e SCR2 para o ano de 2022 nos países da Região das Américas. Com relação à aplicação da primeira dose de SCR, 25% (10/40) dos países da Região das Américas têm um nível muito alto de cobertura ($\geq 95\%$), 22,5% (9/40) um nível alto de cobertura alto (90-94%), 30% (12/40) um nível médio (80-89%) e 22,5% (9/40) um nível baixo de cobertura ($< 80\%$) (**Figura 1**).

¹ Dados provisórios baseados em dados mensais informados à OMS (Genebra) até janeiro de 2024.

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológica: Sarampo na Região das Américas, 29 de janeiro de 2024. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024.

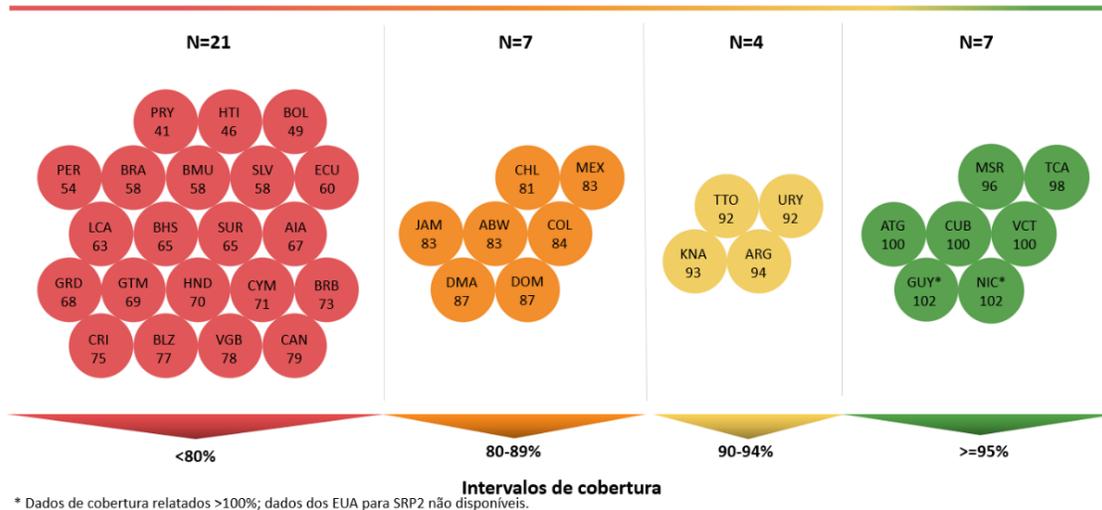
Em relação à aplicação da segunda dose da SCR, apenas 17,5% dos países (7/40) apresentam um nível de cobertura muito alto, enquanto 53% dos países (21/40) têm um nível de cobertura baixo (**Figura 2**). A média geral para a Região das Américas é de 85% de cobertura para a SCR1 e 70% para a SCR2.

Figura1. Distribuição dos países por faixa de cobertura da *primeira dose* das vacinas SCR (SCR1), Região das Américas, ano de 2022².



Fonte: Relatório dos países no formulário eletrônico conjunto para notificação sobre imunização da OPAS/OMS - UNICEF, 2022. SCR- sarampo-rubéola-caxumba. Disponível em inglês: https://ais.paho.org/imm/IM_JRF_COVERAGE.asp

Figura 2. Distribuição de países por faixa de cobertura da *segunda dose* da vacina SCR (SCR2), Região das Américas, ano de 2022.



Fonte: Relatório dos países no formulário eletrônico conjunto para notificação sobre imunização da OPAS/OMS - UNICEF, 2022. SCR- sarampo-rubéola-caxumba. Disponível em inglês: https://ais.paho.org/imm/IM_JRF_COVERAGE.asp

² ARG: Argentina; ATG: Antígua e Barbuda; ABW: Aruba; AIA: Anguilla; BHS: Bahamas; BOL: Bolívia; BLZ: Belize; BRA: Brasil; BRB: Barbados; BMU: Bermudas; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colômbia; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; CYM: Ilhas Cayman; DMA: Dominica; DOM: República Dominicana; ECU: Equador; GTM: Guatemala; GRD: Granada; GUY: Guiana; HTI: Haiti; HND: Honduras; JAM: Jamaica; KNA: São Cristóvão e Nevis; LCA: Santa Lúcia; MEX: México; MSR: Montserrat; NIC: Nicarágua; PRY: Paraguai; PER: Peru; SLV: El Salvador; SUR: Suriname; TCA: Ilhas Turcas e Caicos; TTO: Trinidad e Tobago; URY: Uruguai; VEN: Venezuela; VGB: Ilhas Virgens Britânicas; VCT: São Vicente e Granadinas.

Situação epidemiológica

Em 2023, entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 52, na Região das Américas, foram notificados **14.884 casos suspeitos e 53 casos confirmados** de sarampo (6). A seguir, é apresentada a atualização da situação epidemiológica do sarampo nos países que notificaram casos confirmados em 2023 e até 27 de janeiro de 2024.

Na **Argentina**, em 19 de janeiro de 2024, o Ministério da Saúde Nacional confirmou um caso de sarampo residente na cidade de Salta. Um menino de 19 meses apresentou febre, tosse e conjuntivite em 2 de janeiro, seguida de exantema em 4 de janeiro. Vinte e quatro horas depois, consultou e foi internado em uma clínica privada por pneumonia com isolamento pneumocócico em amostra respiratória. Em 9 de janeiro, uma amostra de soro foi coletada e, em 16 de janeiro, foi reportado IgM positivo para sarampo em um laboratório privado. Essa amostra de soro, juntamente com as amostras para detecção viral, foi enviada ao Laboratório Nacional de Referência (ANLIS-Malbrán), confirmando a infecção por sorologia e detecção do vírus do sarampo por RT-PCR na urina e no aspirado nasofaríngeo em 19 de janeiro. Detectou-se o genótipo D8, o qual circula atualmente em países como Alemanha, Áustria e Reino Unido. O caso não tem histórico de vacinação com tríplice viral e não viajou para fora da província. A criança apresenta evolução clínica favorável. Até o momento, nenhuma fonte de infecção foi identificada e nenhum caso secundário foi detectado (7,8).

No **Brasil**, em 25 de janeiro de 2024, a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul informou, por meio de um comunicado à imprensa, um caso importado de sarampo. O caso é de um menino de 3 anos de idade, procedente do Paquistão, que entrou no país em 26 de dezembro (em São Paulo) e chegou ao Rio Grande do Sul em 27 de dezembro. Em 2 de janeiro de 2024, o caso foi trazido para consulta devido a dor abdominal e febre, e apresentou erupção cutânea em 4 de janeiro. Testes sorológicos no Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (LACEN) e testes de biologia molecular no Laboratório de Referência da Fiocruz no Rio de Janeiro confirmaram o sarampo. Os contatos estão sendo monitorados e nenhum caso suspeito secundário foi identificado até o momento (9).

No **Canadá**, da SE 1 até a SE 52 de 2023, 12 casos de sarampo foram confirmados laboratorialmente, dos quais 11 foram classificados como importados e 1 caso de origem desconhecida (6). Os genótipos B3 e D8 foram identificados em 7 e 5 dos casos confirmados, respectivamente. De acordo com a Agência de Saúde Pública do Canadá, até 24 de janeiro de 2024, nenhum caso de sarampo foi registrado no Canadá em 2024 (10).

Em 19 de janeiro de 2024, o Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da **Costa Rica** notificou a OPAS/OMS sobre a confirmação de um caso de sarampo em San Josecito de San Rafael de Heredia. O caso corresponde a uma mulher costarriquenha de 53 anos de idade, residente no município de San Rafael, província de Heredia, sem histórico recente de viagens internacionais. O caso foi notificado ao sistema nacional de vigilância como dengue em 3 de agosto de 2023. Como parte da busca ativa por laboratório, a amostra de soro do caso foi processada para sarampo e apresentou IgM positivo e IgG indeterminado. Uma segunda amostra de soro foi obtida em 16 de novembro de 2023 e processada no laboratório, sendo IgM negativa e IgG positiva para sarampo (936 mIU/mL). As amostras foram enviadas ao CDC dos Estados Unidos, onde os resultados sorológicos preliminares foram confirmados. Até o momento, não foram detectados novos

casos associados. A cobertura nacional da 1ª dose de SCR para o ano de 2023 foi de 92,16% e a cobertura da 2ª dose de SCR foi de 84,25% (11, 12).

No **Chile**, entre as SE 1 e 52 de 2023, foram notificados 95 casos suspeitos e 1 caso importado de sarampo foi confirmado laboratorialmente (6). Em 12 de agosto de 2023, o PFN do Chile notificou um caso provável de sarampo em um homem de 42 anos residente da Região Metropolitana, com início dos sintomas em 7 de agosto, início da erupção cutânea em 8 de agosto e histórico de viagem a países da Região Europeia da OMS (Armênia e Geórgia) entre 16 e 26 de julho, retornando ao Chile em 26 de julho, via Catar e Brasil. O Instituto de Saúde Pública (ISP) do Chile identificou o genótipo D8 do vírus do sarampo em amostras do caso confirmado. Posteriormente, o caso foi confirmado pela Secretaria Ministerial Regional (SEREMI) por meio de um comunicado oficial (13).

Nos **Estados Unidos da América**, o CDC informou em seu site que, de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2023, 58 casos de sarampo foram identificados em 20 jurisdições do país. Além disso, entre 1º de dezembro de 2023 e 25 de janeiro de 2024, o CDC foi notificado de 26 casos confirmados de sarampo nos Estados Unidos (17 casos em dezembro de 2023 e nove casos em janeiro de 2024). Os casos incluem sete importações diretas de sarampo por viajantes internacionais; os países visitados incluíram Índia, Indonésia, Cazaquistão, Paquistão e Arábia Saudita. Foram notificados dois surtos com mais de cinco casos cada. Vinte (77%) casos ocorreram em crianças e adolescentes, e 25 (96%) não foram vacinados ou tinham status de vacinação desconhecido. O genótipo B3 do vírus do sarampo foi identificado em 10 dos casos confirmados e o genótipo D8 do vírus do sarampo em 12 deles. Informações atualizadas sobre casos de sarampo estão disponíveis no site do CDC dos EUA (14).

O PFN o RSI do **Peru** notificou um caso confirmado de sarampo em 27 de janeiro de 2024. O caso se refere a um homem de 21 anos de idade, sem histórico de vacinação contra o sarampo, que viajou para a Itália de 23 de dezembro de 2023 a 7 de janeiro de 2024 com dois membros da família, visitando várias cidades e fazendo um cruzeiro. Ele desenvolveu sintomas a partir de 2 de janeiro, que incluíam rinorreia, febre e erupção cutânea. Em seu retorno a Lima, em 11 de janeiro, procurou atendimento médico e, em 12 de janeiro, uma amostra sorológica foi coletada e um resultado IgM (+) para sarampo foi obtido em 18 de janeiro de 2024 em um laboratório privado. Foram identificados dois contatos assintomáticos: sua mãe e sua irmã. Em 27 de janeiro de 2024, o Laboratório Nacional de Referência emitiu dois resultados sorológicos positivos para sarampo IgM em amostras coletadas em 12 e 26 de janeiro. O caso foi confirmado e foram iniciadas ações para identificação dos contatos e bloqueio vacinal. A cobertura vacinal anual no país para a segunda dose de SCR2 entre 2019 e 2022 foi inferior a 95%, resultando em um acúmulo de suscetibilidade ao sarampo de 888.455 crianças menores de 5 anos de idade, atingindo um índice de risco (RI) de 1,65 (15).

Orientaciones a los Estados Miembros

A OPAS/OMS recomenda permanecer alerta para o potencial surgimento de casos suspeitos e/ou confirmados de sarampo ou rubéola, os quais podem ser importados de outras regiões do mundo e gerar surtos de magnitude variável nos países da Região das Américas. Os seguintes fatores de risco devem ser levados em conta: 1) lacunas no desempenho dos indicadores da vigilância integrada do sarampo/rubéola (6), 2) baixa

cobertura da primeira e segunda doses da vacina contra sarampo, rubéola e caxumba (SCR1 e SCR2) em muitos países e territórios da Região; 3) a circulação ativa do vírus em países de outras regiões do mundo; 4) o fluxo migratório de populações vulneráveis dentro da Região das Américas e de outras Regiões; e 5) a ocorrência de eventos de massa na Região, reunindo pessoas de várias partes do continente e de outros continentes.

A OPAS/OMS incentiva os Estados Membros a seguirem as recomendações do Grupo Técnico Assessor (GTA) sobre Doenças Imunopreveníveis, disponível em: <https://bitly.ws/XWDC> e seguir as diretrizes do Marco Regional para Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas, disponível em espanhol em: <https://bit.ly/3jJheES>

Entre as diretrizes e recomendações para países com surtos de sarampo, destacam-se as seguintes:

Vacinação

- Implementar atividades de intensificação de vacinação para fechar as lacunas de imunidade em municípios de alto risco o mais rapidamente possível, principalmente nos municípios que são corredores de população migrante em cada país.
- Vacinar as populações de risco que residem em áreas onde há circulação do vírus do sarampo e que não tenham comprovante de vacinação ou imunidade contra o sarampo e a rubéola.
- Nos estabelecimentos de saúde em que se realizam as atividades de vacinação, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais e sintomas de doenças respiratórias e ofereçam aos pacientes com sintomas gripais uma máscara cirúrgica e os encaminhem para avaliação médica conforme os protocolos locais de triagem de pacientes com suspeita de COVID-19.
- Manter as demais medidas de prevenção e controle de infecções e as práticas de higiene respiratória nos serviços de vacinação.
- Embora atualmente não haja contraindicações médicas conhecidas para vacinar uma pessoa que tenha tido contato com um caso de COVID-19, recomenda-se que a vacinação seja adiada até que a quarentena (14 dias após a última exposição) seja concluída.
- Manter um estoque de vacinas contra sarampo-rubéola (SR) e/ou sarampo-rubéola-caxumba (SCR) e seringas/suprimentos para prevenção e controle frente a casos importados.

Vigilância epidemiológica

- Revitalizar a vigilância epidemiológica em áreas de alto risco e epidemiologicamente silenciosas, implementando medidas complementares de vigilância de campo (por exemplo, buscas ativas).
- Fortalecer a vigilância epidemiológica nas áreas de fronteira para detectar e responder rapidamente a casos altamente suspeitos de sarampo.

- Mapear as rotas de migração interna e externa em cada país, para fortalecer a vigilância epidemiológica e as alianças estratégicas com os atores sociais envolvidos na saúde dos migrantes.
- Coletar amostras de soro, swab nasofaríngeo e urina (16) para realização de testes sorológicos para o diagnóstico laboratorial e testes moleculares por RT-PCR em tempo real para confirmação do RNA viral e sequenciamento genômico para documentar o genótipo associado à infecção.
- Em um surto, se não for possível a confirmação laboratorial dos casos suspeitos, utilizar as classificações de caso confirmado por critérios clínicos (presença de febre, exantema maculopapular com pelo menos um dos seguintes sintomas e sinais: tosse, coriza e conjuntivite) e vínculo epidemiológico (contato direto com um caso confirmado laboratorialmente), para não atrasar a implementação das ações de resposta.
- Continuar a vigilância de rotina de outras doenças imunopreveníveis. Dispor de insumos para a coleta e o transporte adequados de amostras. Se o laboratório não apresentar capacidade de diagnóstico para o evento específico, as amostras devem ser enviadas ao laboratório de referência para análise, a fim de confirmar ou descartar o evento, em tempo oportuno e de acordo com o programa de vigilância. Os países devem assegurar o armazenamento, a conservação e o transporte adequados das amostras, seguindo as recomendações internacionais para o transporte de substâncias infecciosas (17).

Resposta rápida

- Proporcionar resposta rápida aos casos importados de sarampo para evitar o restabelecimento da transmissão endêmica, por meio da ativação de equipes de resposta rápida treinadas para essa finalidade, bem como da implementação de protocolos nacionais de resposta rápida. Uma vez ativada a equipe de resposta rápida, deve-se assegurar a coordenação entre os níveis nacional, subnacional e local com canais de comunicação permanentes e fluidos entre todos os níveis.
- Em um surto, deve-se estabelecer um manejo intra-hospitalar adequado para evitar a transmissão nosocomial, com fluxo de referência adequado de pacientes para salas de isolamento (em qualquer nível de atenção), evitando-se o contato com outros pacientes em salas de espera e/ou em enfermarias de pacientes internados por outras causas.
- Os membros das equipes de resposta rápida ou os profissionais de saúde envolvidos na resposta a surtos de sarampo e rubéola ou de doenças imunopreveníveis devem ser adequadamente capacitados. Com esse objetivo, a OPAS desenvolveu dois cursos virtuais sobre resposta a surtos de sarampo para transferir conhecimentos atualizados sobre esse tópico (18,19).

Viajantes internacionais

A seguir, apresenta-se um conjunto de orientações que as autoridades de saúde podem fornecer aos viajantes internacionais. Adicionalmente, elenca-se uma série de considerações relacionadas ao pessoal de saúde e às pessoas e instituições que estão em contato com os viajantes antes e depois da viagem.

1. Em relação aos viajantes

Antes da viagem

A OPAS/OMS recomenda que os Estados Membros aconselhem todos os viajantes com 6 meses de idade³ ou mais que não possam apresentar comprovação de vacinação ou imunidade a **receber a vacina contra sarampo e rubéola**, de preferência a tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba – SCR), **pelo menos duas semanas antes de viajar para áreas onde a transmissão do sarampo tenha sido registrada**. As recomendações da OPAS/OMS com relação à orientação para viajantes estão disponíveis no Alerta Epidemiológico publicada pela OPAS/OMS em 27 de outubro de 2017 (20).

- As crianças que receberam a vacina tríplice viral antes de completarem um ano de idade devem ser revacinadas de acordo com o cronograma de imunização de seu país. A vacinação não é recomendada para lactantes com menos de 6 meses de idade.
- Os viajantes que não estejam imunizados contra essas doenças podem estar em risco de contrai-las ao entrarem em contato com viajantes procedentes de países onde ainda circulam esses vírus.
- A exceção a essa recomendação se aplica àqueles que não podem ser vacinados por indicações médicas.
- As pessoas que podem ser consideradas imunes ao sarampo e à rubéola são aquelas que:
 - Tiverem confirmação laboratorial de imunidade ao sarampo e à rubéola (anticorpos IgG específicos para sarampo e rubéola).
 - Possuem documentação confirmando que receberam duas doses da vacina contra sarampo e rubéola.

Recomenda-se que as autoridades de saúde informem os viajantes antes da partida sobre os sinais e sintomas do sarampo, que incluem:

- Febre,
- Exantema,
- Tosse, coriza (secreção nasal) ou conjuntivite (olhos vermelhos),
- dor nas articulações,
- Linfadenopatia (gânglios inflamados).

Durante a viagem

- Recomendar aos viajantes que, se suspeitarem que contraíram sarampo ou rubéola durante a viagem, procedam da seguinte maneira:
 - Procurar atendimento imediato de um profissional de saúde.
 - Evitar contato próximo com outras pessoas por sete dias a partir do início do exantema.

³ A dose da vacina SCR ou SR administrada a crianças de 6 a 11 meses de idade não substitui a primeira dose do esquema recomendado aos 12 meses de idade.

- Permanecer no local onde se está hospedado (por exemplo, hotel ou domicílio etc.), exceto para ir ao médico ou conforme recomendado pelo profissional de saúde.
- Evitar viagens e visitas a locais públicos.

Em seu regresso

- Se os viajantes suspeitarem que contraíram sarampo ou rubéola ao retornar, devem entrar em contato imediatamente com os serviços de saúde.
- Se o viajante apresentar qualquer um dos sintomas anteriormente mencionados, é recomendável que ele informe o médico sobre sua viagem.

2. Com relação a médicos e profissionais de saúde

A OPAS/OMS recomenda:

- Promover a prática de solicitar testes de imunidade/vacinação contra o sarampo e a rubéola nos serviços de atenção à saúde (equipe médica, administrativa e de segurança).
- Sensibilizar os trabalhadores de saúde do setor privado sobre a necessidade de notificação imediata de qualquer caso de sarampo ou rubéola para garantir uma resposta oportuna das autoridades nacionais de saúde pública, de acordo com as normas do sistema nacional de vigilância e resposta, uma vez que os viajantes internacionais podem procurar atendimento em estabelecimentos de saúde privados.
- Que as autoridades de saúde continuem recordando aos médicos para sempre perguntar sobre o histórico de viagens dos pacientes.

3. Em relação às pessoas e instituições em contato com os viajantes, antes e depois da viagem

- Recomendar que as pessoas que trabalham com turismo e transporte (hotéis, aeroportos, táxis e outros) sejam imunizadas contra o sarampo e a rubéola, e que sejam tomadas as providências normativas e operacionais necessárias para promover a vacinação.
- Realizar campanhas educacionais para informar o público sobre os sintomas do sarampo e da rubéola, de modo que todos os viajantes reconheçam os sintomas e procurem atendimento médico imediato. Essas informações devem ser distribuídas em aeroportos, portos, estações de ônibus, agências de viagem, companhias aéreas e outros.

4. Identificação e rastreamento de contatos de casos confirmados de sarampo

- Realizar as atividades de identificação e monitoramento dos contatos identificados e presentes no **território nacional**, de acordo com as diretrizes e orientações do país.
- Considerar as **implicações internacionais** que podem surgir no **monitoramento de contatos** e os seguintes cenários e aspectos operacionais no desenvolvimento dessas atividades:

- a. Quando um caso é identificado pelas autoridades nacionais de outro Estado Membro e as autoridades nacionais são solicitadas a localizar o(s) contato(s) cujo local de residência mais provável é o seu país. As autoridades nacionais são instadas a utilizar todos os mecanismos de coordenação disponíveis para localizar essas pessoas. As informações disponíveis para essa ação podem ser limitadas e os esforços devem ser racionais e baseados nos recursos existentes. Os serviços de saúde devem ser alertados sobre a possibilidade de tais contatos para que possam estar atentos na detecção de casos suspeitos.
- b. Quando um caso é identificado em nível local e, dependendo do momento da detecção na história natural da doença, pode ser necessário:
 - Caso atual: as autoridades nacionais devem obter informações sobre a possível localização de contatos no exterior e, por conseguinte, informar as autoridades nacionais correspondentes do país onde se presume que se encontre o contato.
 - Caso identificado retrospectivamente: Com base no histórico de viagens do caso, as autoridades nacionais devem informar as autoridades nacionais correspondentes, já que essa situação pode constituir o primeiro sinal de circulação do vírus, ou de um surto, no(s) outro(s) país(es) em questão.
- c. Realizar buscas ativas institucionais e comunitárias para detectar rapidamente casos entre os contatos que não foram identificados na investigação do surto, seguindo a rota de deslocamento do(s) caso(s).

Observações operacionais

- Se não houver envolvimento de meios de transporte internacionais (por exemplo, aviões, navios de cruzeiro, trens) nos possíveis cenários de exposição a um ou mais casos, as autoridades nacionais devem se comunicar com sua(s) contraparte(s) de outros países por meio do PFN para o RSI ou por meio de outros mecanismos programáticos bilaterais e multilaterais existentes, com cópia para o Ponto de Contato Regional do RSI da OMS. Se for considerado necessário, as autoridades nacionais poderão solicitar o apoio do Ponto de Contato Regional do RSI da OMS para as Américas a fim de facilitar as comunicações relacionadas ao rastreamento internacional de contatos.
- Se os meios de transporte internacionais (por exemplo, aviões, navios de cruzeiro, trens) estiverem envolvidos como um possível cenário de exposição a um ou mais casos, as autoridades nacionais de saúde portuária ou seus representantes deverão ativar os mecanismos existentes para obter as informações pertinentes das empresas (por exemplo, companhias aéreas) para rastrear os viajantes, ou estabelecer tais mecanismos caso não existam. Para a comunicação posterior entre as autoridades nacionais, ver o ponto anterior.

Canais para a disseminação da orientação

A OPAS/OMS recomenda que as autoridades nacionais considerem a divulgação das orientações contidas neste documento por meio de:

- Campanhas de educação pública para promover e melhorar a saúde dos viajantes antes e depois de sua viagem, a fim de que adquiram comportamentos saudáveis

em relação à vacinação contra o sarampo e conheçam os sinais e sintomas do sarampo. Para essa atividade, também é recomendável considerar serviços de atenção à saúde de viajantes, aeroportos, portos, estações de trem e ônibus, companhias aéreas que operam no país, entre outros.

- As agências de viagem, as entidades relacionadas ao turismo e o corpo diplomático também devem conhecer e divulgar as recomendações necessárias que um viajante deve considerar antes da viagem;
- Divulgação para médicos e profissionais de saúde do conteúdo das diretrizes nacionais de vigilância existentes, bem como divulgação oportuna de quaisquer novos protocolos que o país desenvolva em relação aos viajantes.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Comunicado de imprensa conjunto: A ameaça global do sarampo continua a aumentar, enquanto milhões de crianças continuam sem vacinação por mais um ano. Genebra: OMS; 2023. Disponível em espanhol: <https://www.who.int/es/news/item/16-11-2023-global-measles-threat-continues-to-grow-as-another-year-passes-with-millions-of-children-unvaccinated>
2. Organização Mundial da Saúde. Dados mensais provisórios sobre sarampo e rubéola. Janeiro de 2024. Genebra: OMS; 2024. Acessado em 25 de janeiro de 2024. Disponível em inglês: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data>
3. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico: Sarampo. 8 de fevereiro de 2023. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-8-febrero-2023>
4. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico: Sarampo. 20 de outubro de 2023. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-20-octubre-2023>
5. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Relatório de país sobre o formulário eletrônico conjunto para notificação de imunização contra sarampo, caxumba, rubéola e caxumba-SRC. Dados até dezembro de 2022. Washington, D.C.: OPAS/OMS-UNICEF; 2024. Acessado em 24 de janeiro de 2024. Disponível em: https://ais.paho.org/imm/IM_JRF_COVERAGE.asp
6. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Boletim semanal. Sarampo-Rubéola-Síndrome da rubéola congênita. Fevereiro de 2024. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024. Acessado em 24 de janeiro de 2024. Disponível em espanhol: <https://bit.ly/3rcSun2>
7. Ministério da Saúde da República Argentina. Alerta epidemiológico - caso confirmado de sarampo na província de Salta. 19 de janeiro de 2024. Buenos Aires: MSAL; 2023. Comunicado à imprensa. Disponível em espanhol: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2024-01/alerta-epidemiologica_caso-confirmado-de-sarampion-en-la-provincia-de-salta.pdf
8. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Argentina. Comunicação recebida em 22 de janeiro de 2024 por correio eletrônico. Buenos Aires; 22 de janeiro de 2024. Não publicado.
9. Secretaria da Saúde, Governo do Rio Grande do Sul. Comunicado oficial à imprensa. Rio Grande do Sul confirma caso importado de sarampo e reforça recomendação de vacinação. 26 de janeiro de 2024. Porto Alegre: SESRS; 2024. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/rio-grande-do-sul-confirma-caso-importado-de-sarampo-e-reforca-recomendacao-de-vacina>
10. Agência de Saúde Pública do Canadá. Relatórios semanais de monitoramento do sarampo e da rubéola. Ottawa: PHAC; 2024. Acessado em 24 de janeiro de 2024. Disponível em inglês em: [Measles and Rubella Weekly Monitoring Reports - Canada.ca](https://www.canada.ca/en/public-health/services/communicable-diseases/measles-rubella/weekly-monitoring-reports-canada.html)

11. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Costa Rica. Comunicação recebida em 23 de janeiro de 2024 por e-mail. San José, Costa Rica; 27 de janeiro de 2024. Não publicado
12. Ministério da Saúde da Costa Rica. Comunicado de imprensa - Autoridades de saúde acompanham caso de sarampo no país. 19 de janeiro de 2024. San Jose: MinSa; 2023. Comunicado à imprensa. Disponível em espanhol: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/61-noticias-2024/1765-autoridades-de-salud-dieron-seguimiento-de-caso-de-sarampion-en-el-pais>
13. Secretaria Ministerial Regional do Chile. A Seremi de Saúde RM informa um caso importado de sarampo. SEREMI de Saúde RM no Twitter. Boletim oficial. Santiago do Chile: SEREMI; 2023. Disponível em espanhol: <https://twitter.com/SeremiSaludRM/status/1690444512605110272>
14. Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Casos e surtos de sarampo. Atlanta: CDC; 2023. Acessado em 27 de janeiro de 2024. Disponível em inglês em: <https://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html>
15. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Peru. Comunicação recebida em 27 de janeiro de 2024 por e-mail. Lima; 27 de janeiro de 2024. Não publicado.
16. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Orientação sobre testes de sarampo e rubéola na rede de laboratórios da Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2018. Disponível em espanhol: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34932>
17. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Orientação sobre a regulamentação do transporte de substâncias infecciosas 2019-2020. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2019. Disponível em espanhol: [Guía sobre la reglamentación relativa al transporte de sustancias infecciosas 2019-2020 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://iris.paho.org/handle/10665.2/34932)
18. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Surto de sarampo na era pós-eliminação: Estudo de caso. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024. Disponível em espanhol em: <https://campus.paho.org/es/curso/brote-de-sarampion-en-la-era-post-eliminacion-estudio-de-caso-2022>
19. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Resposta rápida a surtos de sarampo e rubéola nas Américas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024. Disponível em espanhol em: <https://campus.paho.org/es/curso/brotos-sarampion-rubeola>
20. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Atualização Epidemiológica: Sarampo. 27 de outubro de 2017, Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2017. Disponível em espanhol: <https://bit.ly/3JTdLy1>

**INVESTIGAÇÃO
DE CASO
SUSPEITO DE
SARAMPO OU
RUBÉOLA**

BRASÍLIA – 2022

A detecção de surtos exige a adoção de medidas oportunas para o controle e prevenção da ocorrência de casos secundários. O sarampo e a rubéola são doenças de etiologia infecciosa e transmissível, as quais necessitam de uma investigação sistemática.



ENTREVISTA

A entrevista deve ser realizada pela equipe de saúde em até 48 horas a partir da notificação do caso suspeito de sarampo ou rubéola, iniciada pela visita ao domicílio do caso ou hospital se o caso suspeito estiver internado, com o objetivo de obter as informações necessárias o mais precocemente possível, com vistas à identificação da fonte de infecção e adoção das medidas de controle e elaboração de recomendações adicionais para a interrupção da circulação do vírus.

Durante a entrevista, a coleta de informações deve ser realizada de forma minuciosa, com a compreensão de onde o caso esteve e com quem teve contato durante os períodos de incubação e transmissibilidade, conforme os Anexos 1 a 3. Além disso, podem ser necessárias outras fontes de coleta de dados como a entrevista com outros profissionais de saúde que atenderam o caso, dados de prontuário e entrevistas de pessoas identificadas na investigação.



ATENÇÃO! Todos os casos notificados de sarampo e rubéola devem ser investigados, sendo a investigação epidemiológica composta de cinco etapas, a saber: entrevista, coleta de amostras, bloqueio vacinal, identificação de contatos e monitoramento de contatos do caso suspeito.



IMPORTANTE! A entrevista é uma etapa fundamental da investigação que irá responder às demandas da análise epidemiológica, ou seja, quem foi afetado, quando ocorreram os casos e onde estes se localizam, possibilitando a identificação e determinação da extensão da área de transmissão. A partir das informações obtidas são desencadeadas as condutas adequadas à situação.

Esta etapa subsidia o complemento ou correção dos dados da notificação, o encerramento oportuno da investigação e classificação final do caso, que deverão ser inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).



COLETA DE AMOSTRAS

A coleta de amostras biológicas deve ser realizada em todos os casos suspeitos de sarampo ou rubéola no primeiro contato com o paciente, no entanto, caso não tenha sido realizada, deve-se aproveitar o momento da investigação.

Deve-se realizar a coleta de sangue para a primeira amostra de sorologia (S1), swab combinado da oro e nasofaringe e urina para a detecção viral, conforme recomendações contidas na Nota Técnica n.º 20/2022-CGLAB/DAEVS/SVS/MS. Além disso, acordar o aprazamento para a coleta da segunda amostra de sangue para segunda amostra de sorologia (S2).



ATENÇÃO! As medidas de controle devem ser desencadeadas, a partir da suspeita diagnóstica, independentemente da liberação de resultados laboratoriais. Ou seja, não se deve aguardar os resultados laboratoriais para realizar as ações de controle e prevenção.



BLOQUEIO VACINAL

A partir da identificação dos contatos do caso suspeito de sarampo ou rubéola será necessária a avaliação de todos os cartões ou cadernetas de vacinação desses contatos para proceder à vacinação seletiva, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação, conforme orientações estabelecidas no “Fluxo de Bloqueio Vacinal” (material disponível no link: <https://abrir.link/9KcoE>). O bloqueio vacinal, se realizado oportunamente (até 72h) após a notificação do caso suspeito, reduz a chance da ocorrência de casos secundários.



IDENTIFICAÇÃO DE CONTATOS (FONTE DE INFECÇÃO E PROVÁVEIS CASOS SECUNDÁRIOS)



ELABORAÇÃO DA LINHA DO TEMPO DO SARAMPO E RUBÉOLA

Deve ser elaborada a linha do tempo de cada caso suspeito de sarampo e de rubéola com o objetivo de identificar todos os contatos do caso que está sob investigação para a realização das ações de controle e prevenção oportunas. A linha do tempo consiste na identificação da data de início de exante-

ma (D.I.E) do caso suspeito, do período de incubação, período de transmissibilidade e período de provável aparecimento de casos secundários. Uma vez identificados estes períodos, devem ser identificadas todas as pessoas que o caso suspeito encontrou ao longo do tempo dentro desses períodos.

A elaboração deve ser realizada por meio das informações coletadas durante a entrevista, momento adequado para elucidar algumas informações complementares, com o intuito de identificar a dinâmica da transmissão do vírus e proceder às ações de bloqueio vacinal oportuno, rastreamento de contatos e monitoramento de prováveis casos secundários por 30 dias.

Para o preenchimento das informações necessárias é importante que a investigação do caso ocorra o mais rápido possível (em até 48h da data de notificação) pois, desta forma, o caso ou o seu responsável poderá lembrar com mais facilidade todas as informações necessárias para que a equipe de saúde possa desencadear as medidas necessárias de forma oportuna com o objetivo de controlar o surto e interromper a cadeia de transmissão.

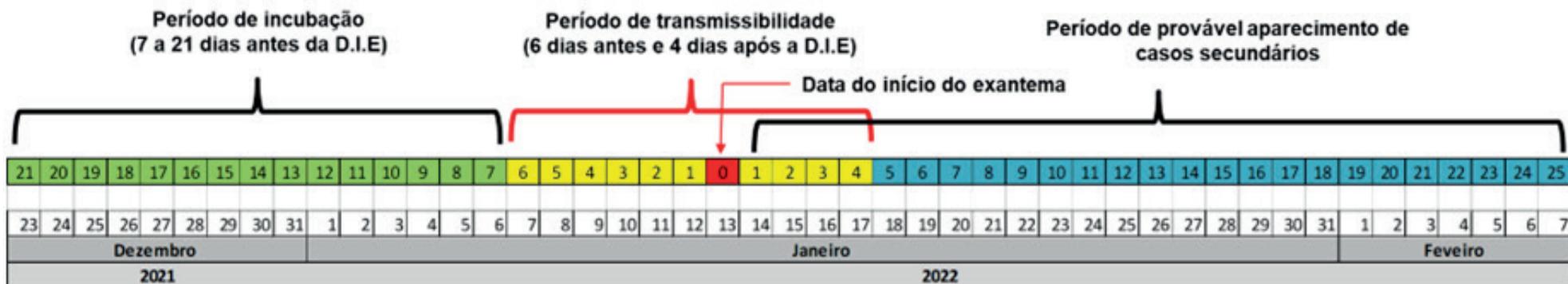
Para facilitar que os entrevistados recordem onde estiveram durante os períodos de incubação e transmissibilidade, sugere-se a utilização de um calendário impresso ou algo similar no momento da entrevista, para ajudar a conhecer a dinâmica de transmissão do vírus na localidade.

Diante do exposto, seguem as orientações com relação a linha do tempo do sarampo e da rubéola.

LINHA DO TEMPO DO SARAMPO

Como observado na Figura 1, a data em que é percebido o início do exantema deve ser considerada o dia “zero”, representado na cor vermelha. Em seguida, o período de incubação (entre 7 a 21 dias antes da data do início do exantema) está representado pela cor verde. O período de transmissibilidade do caso suspeito está representado pela cor amarela (6 dias antes a 4 dias após o exantema), incluindo o dia do início do exantema, portanto, compreendendo 11 dias de transmissão. O período de provável aparecimento de casos secundários consiste no primeiro dia após a data de início do exantema do caso suspeito, até 21 dias a partir do último dia de transmissibilidade do caso suspeito.

FIGURA 1 – LINHA DO TEMPO DO SARAMPO



Nota: D.I.E: data de início de exantema.



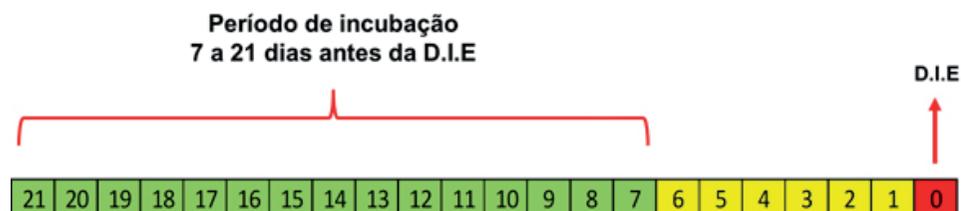
IDENTIFICAÇÃO DOS CONTATOS DO CASO SUSPEITO

A importância da identificação das pessoas que tiveram contato com o caso suspeito durante seu período de incubação é imprescindível para identificar a fonte de infecção e durante o seu período de transmissibilidade para identificar e monitorar os prováveis casos secundários da cadeia de transmissão.

A. IDENTIFICAÇÃO DA FONTE DE INFECÇÃO

Com o objetivo de identificar a fonte de infecção há necessidade de identificar todas as pessoas que tiveram contato com o caso suspeito durante o seu período de incubação. Para isso devem ser feitas algumas perguntas norteadoras que responderão à pergunta principal: “Quem foi a fonte de infecção?”, conforme representado na Figura 2.

FIGURA 2 – PERÍODO DE INCUBAÇÃO DO CASO SUSPEITO DE SARAMPO



Nota: D.I.E: data de início de exantema.

- 1 Onde o caso suspeito esteve entre 7 a 21 dias antes do início do exantema?
- 2 O caso suspeito tem história de deslocamento para lugares com a circulação do vírus do sarampo ou teve contato com pessoas oriundas dessas localidades neste período?
- 3 O caso suspeito teve história de contato com algum caso sintomático/confirmado neste período?
- 4 O caso suspeito participou de algum evento (festas, feiras, festivais, congressos, jogo de futebol e outros) durante o seu período de incubação? Quais as pessoas que teve contato?
- 5 O caso suspeito viajou para outro local por meio de transporte coletivo no seu período de incubação? Quais pessoas ele encontrou?

Após realizar essas perguntas, deve-se fazer o registro destas informações conforme anexos 1 e 2, (descritos alguns exemplos). Essa etapa é importante para elucidar a cadeia de transmissão e saber de onde veio esse vírus (qual região, cidade, país) e se houver tempo oportuno, coletar amostras dos contatos para exame laboratorial, conforme a Nota Técnica n.º 20/2022-CGLAB/Daevs/SVS/MS, o que tornará a investigação mais completa.

B. IDENTIFICAÇÃO DOS PROVÁVEIS CASOS SECUNDÁRIOS

Com o objetivo de identificar os prováveis casos secundários, é necessário o rastreamento de todas as pessoas que tiveram contato com o caso suspeito durante o seu período de transmissibilidade (Figura 3), e para isso devem ser feitas algumas perguntas norteadoras que responderão à pergunta principal: “Quais são os prováveis casos secundários?”

FIGURA 3 – PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE DO CASO SUSPEITO DE SARAMPO



Nota: D.I.E: data de início de exantema.

- 1 Onde o caso suspeito esteve durante o seu período de transmissibilidade?
- 2 Quais as pessoas que o caso suspeito encontrou no seu período de transmissibilidade?
- 3 O caso suspeito participou de algum evento (festas, feiras, festivais, congressos, jogo de futebol e outros) durante o seu período de transmissibilidade? Quais as pessoas que teve contato neste período?

- 4 O caso suspeito viajou para algum local por meio de transporte coletivo? Quais pessoas ele encontrou no período de transmissibilidade?

Após realizar essas perguntas, deve-se fazer o registro destas informações, conforme Anexos 1 e 3 (descritos alguns exemplos). Essa etapa é importante para que a equipe de saúde possa identificar e monitorar todos os contatos do caso suspeito por 30 dias, devendo ser observado o aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de sarampo nestas pessoas identificadas. Caso a pessoa manifeste a clínica do sarampo (provável caso secundário), deve ser realizada a notificação e investigação e todas as ações de prevenção e controle.

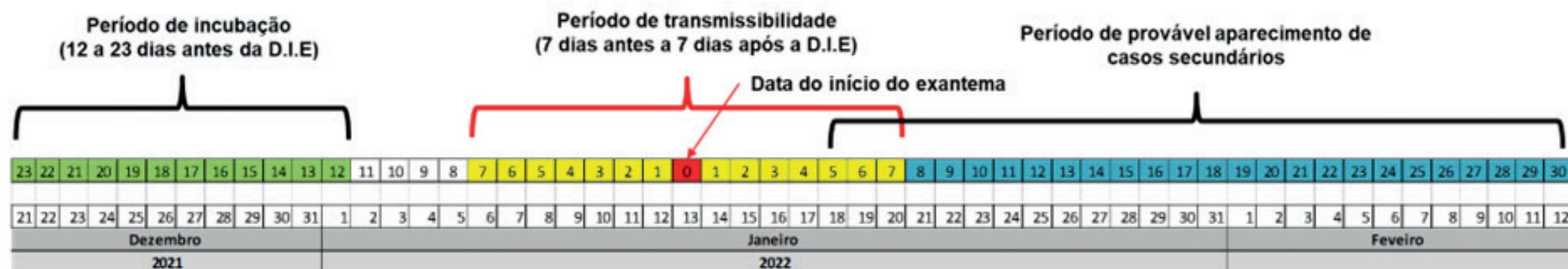
Neste momento da investigação do caso suspeito, é imprescindível a identificação do histórico de vacinação contra o sarampo de todos os contatos e realizada a ação de bloqueio vacinal oportuna (para informações adicionais, acesse o “Fluxo de Bloqueio Vacinal”).

LINHA DO TEMPO DA RUBÉOLA

Como observado na figura 4, a data de início do exantema é considerada o dia “zero”, representado na cor vermelha. Em seguida, o período de incubação (entre 12 a 23 dias antes da data do início do exantema) está representado pela cor verde. O período de transmissibilidade do caso suspeito está representado pela cor amarela (7 dias antes a 7 dias após o início do exantema), incluindo o dia zero, portanto, com-

preendendo 15 dias de transmissão. O período de provável aparecimento de casos secundários consiste: do quinto dia, a partir da data do início do exantema do caso suspeito, até 23 dias, a partir do último dia de transmissibilidade do caso suspeito.

FIGURA 4 — LINHA DO TEMPO DA RUBÉOLA



Nota: D.I.E: data de início de exantema



IDENTIFICAÇÃO DOS CONTATOS DO CASO SUSPEITO

A importância da identificação das pessoas que tiveram contato com o caso suspeito durante seu período de incubação é imprescindível para identificar a fonte de infecção e durante o seu período de transmissibilidade para identificar e monitorar os prováveis casos secundários da cadeia de transmissão.

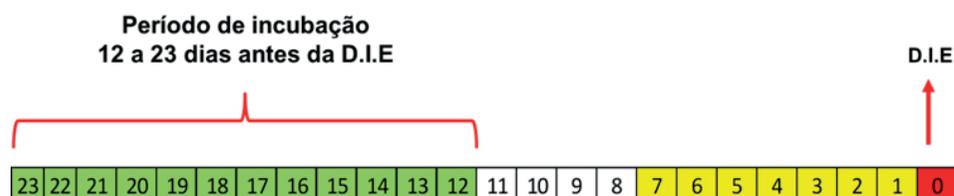


ATENÇÃO! Todos os contatos do caso suspeito devem ter seu cartão ou caderneta de vacinação avaliados. E, as pessoas que tiveram contato com o caso suspeito entre 8 e 11 dias antes da data de início do exantema devem ser monitoradas por 30 dias para avaliação do aparecimento de sinais e sintomas.

C. IDENTIFICAÇÃO DA FONTE DE INFECÇÃO

Com o objetivo de identificar a fonte de infecção há necessidade de identificar todas as pessoas que tiveram contato com o caso suspeito durante o seu período de incubação e para isso, devem ser feitas algumas perguntas norteadoras que responderão à pergunta principal: “Quem foi a fonte de infecção?”, conforme representado na Figura 5.

FIGURA 5 – PERÍODO DE INCUBAÇÃO DO CASO SUSPEITO DE RUBÉOLA



Nota: D.I.E: data de início de exantema.

- 1 Onde o caso suspeito esteve entre 12 a 23 antes do início do exantema?
- 2 O caso suspeito tem história de deslocamento para lugares com a circulação do vírus da rubéola ou teve contato com pessoas oriundas dessas localidades neste período?
- 3 O caso suspeito teve história de contato com algum caso sintomático/confirmado neste período?

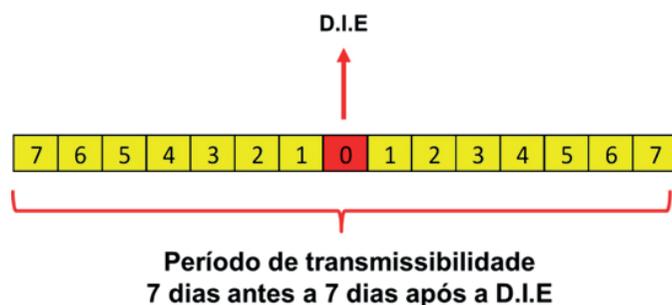
- 4 O caso suspeito participou de algum evento (festas, feiras, festivais, congressos, jogo de futebol e outros) durante o seu período de incubação? Quais as pessoas que teve contato?
- 5 O caso suspeito viajou para outro local por meio de transporte coletivo no seu período de incubação? Quais pessoas ele encontrou?

Após realizar essas perguntas, deve-se fazer o registro destas informações conforme anexos 1 e 4, (descritos alguns exemplos). Essa etapa é importante para elucidar a cadeia de transmissão e saber de onde veio esse vírus (qual região, cidade, país) e se houver tempo oportuno para a coleta de amostras dos contatos para exame laboratorial conforme a Nota Técnica n.º 20/2022-CGLAB/DAEVS/SVS/MS, tornará a investigação mais completa.

D. IDENTIFICAÇÃO DOS PROVÁVEIS CASOS SECUNDÁRIOS

Com o objetivo de identificar os prováveis casos secundários, é necessário o rastreamento de todas as pessoas que tiveram contato com o caso suspeito durante o seu período de transmissibilidade (Figura 6), e para isso devem ser feitas algumas perguntas norteadoras que responderão à pergunta principal: “Quais são os prováveis casos secundários?”

FIGURA 6 — PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE DO CASO SUSPEITO DE RUBÉOLA



Nota: D.I.E: data de início de exantema.

- 1 Onde o caso suspeito esteve durante o seu período de transmissibilidade?
- 2 Quais as pessoas que o caso suspeito encontrou no seu período de transmissibilidade?
- 3 O caso suspeito participou de algum evento (festas, feiras, festivais, congressos, jogo de futebol e outros) durante o seu período de transmissibilidade? Quais as pessoas que teve contato?
- 4 O caso suspeito viajou para algum local por meio de transporte coletivo? Quais pessoas ele encontrou?

Após realizar essas perguntas, deve-se fazer o registro destas informações conforme Anexos 1 e 5 (descritos alguns exemplos). Essa etapa é importante para que a equipe de saúde possa identificar e monitorar todos os contatos do caso suspeito por 30 dias, devendo ser observado o aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de rubéola nestas pessoas identificadas. Caso a pessoa manifeste a clínica da rubéola (provável caso secundário), deve ser realizada a notificação e investigação e todas as ações de prevenção e controle.

Neste momento da investigação do caso suspeito, é imprescindível a identificação do histórico de vacinação contra a rubéola de todos os contatos e realizada a ação de bloqueio vacinal oportuna (para informações adicionais, acesse o “Fluxo de Bloqueio Vacinal”).



MONITORAMENTO DE CONTATOS DO CASO SUSPEITO

O monitoramento dos contatos deve ser realizado por 30 dias para o acompanhamento, conforme orientações contidas no fascículo de “Monitoramento de Contatos”.



BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Técnica n.º 255/2022-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**.BVMS. 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 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 1.126 p. : il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia para Investigações de Surto ou Epidemias / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 64 p. : il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_investigacao_surtos_epidemias.pdf. Acesso em: 26 set. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Vigilância de sarampo e rubéola. Disponível em: https://www3.paho.org/bra/images/stories/GCC/disco_sarampo_rubeola.pdf. Acesso em 26 set. de 2022.

Anexo 1. FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DA INVESTIGAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE SARAMPO OU RUBÉOLA

UNIDADE DE SAÚDE EXECUTANTE: _____

CÓD. CNES/INE: _____

TIPO DE SERVIÇO:
PÚBLICO () PRIVADO ()

NOME DO MUNICÍPIO/UF: _____ DSEI: _____

LOCAL DA INVESTIGAÇÃO (marcar um x em uma das opções do 1 ou do 2):

1. SERVIÇO DE SAÚDE: ()UBS/CS ()UBS - INDÍGENA ()UBS - FLUVIAL ()CASAI ()POLO BASE ()ALDEIA ()UPA ()UNIDADES DE INTERNAÇÃO ()POLICLÍNICA
()CONSULTÓRIO/AMBULATÓRIO ()OUTROS _____

2. DISPOSITIVOS COMUNITÁRIOS: ()DOMICÍLIO ()INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA ()AMBIENTE DE TRABALHO ()INSTITUIÇÃO DE CURTA PERMANÊNCIA
()CRECHE/ESCOLA ()OUTROS _____

DATA DA INVESTIGAÇÃO: ____/____/____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	NOME:		DATA DA NOTIFICAÇÃO: ____/____/____		Nº SINAN: _____	
	DATA DE NASCIMENTO:		SEXO: FEMININO () MASCULINO ()		GESTANTE: ()SIM ()NÃO ()NÃO SE APLICA	
	ENDEREÇO:					
Dados clínicos	Data do início do exantema: ____/____/____		Características do exantema ¹ :			
			1. Parte do corpo onde o exantema teve início: ()face e/ou cabeça ()membros superiores ()membros inferiores ()tronco			
			2. Coloração: ()vermelho ()marrom ()arroxeado			
			3. Forma: ()maculopapular ()vesícula ()crosta ()petéquia ()outra: _____			
			4. Teve prurido? ()Sim ()Não			
			5. Direção: ()cefalocaudal ()proximodistal ()não observado			
			6. Purulento: ()Sim ()Não			
	7. Furfurácea: ()Sim ()Não					
	Data do início da febre: ____/____/____		Temperatura: °C		Aferida: ()Sim ()Não	
	Tosse: ()Sim ()Não Aspecto da tosse: ()seca ()produtiva		Conjuntivite: ()Sim ()Não		Coriza: ()Sim ()Não Mancha de Koplik: ()Sim ()Não	
Linfoadenopatia retroauricular: ()Sim ()Não		Linfoadenopatia cervical: ()Sim ()Não		Linfoadenopatia occipital: ()Sim ()Não		
Houve internação? ()Sim ()Não		Data de de Internação: ____/____/____		Quanto tempo de internação (em dias)?		
Houve isolamento do caso? ()Sim ()Não		Isolamento no período adequado (até 4 dias após a data do início do exantema)? ()Sim ()Não				
Dados da fonte de infecção	A fonte de infecção foi identificada ()Sim ()Não		Nome da provável fonte de infecção:			
	Município de residência da provável fonte de infecção:			Telefone de contato da provável fonte de infecção:		
	Endereço de residência da provável fonte de infecção:					

Continua

Continuação

Deslocamentos do caso	Histórico de viagem/ deslocamento diário ou semanal? () Sim () Não	Local:
		Período:
		Local:
		Período:
	Participação em eventos (festas, feiras, festivais, congressos e outros)? () Sim () Não	Local:
		Período:
		Local:
		Período:
Dados de vacinação	Histórico de vacina contra sarampo ou rubéola ^{2,3} ? () Sim () Não	Data da dose zero, caso se aplique:
		Data da dose 1, caso se aplique:
		Data da dose 2, caso se aplique:
Dados laboratoriais	Coleta de amostras? () Sim () Não	Data da coleta de primeira amostra de sangue (S1) ⁴ :
		Data da coleta de amostras para biologia molecular:
		Coletada amostra de urina: () Sim () Não
		Coletada amostra de swab nasofaríngeo: () Sim () Não
		Aprazamento para coleta de segunda amostra de sangue (S2):

¹ Anexar foto do exantema (face, cabeça, membros superiores e inferiores e tronco).

² Anexar cópia do cartão-caderneta de vacinação.

³ Para eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização (ESAVI) de tríplice viral ou tetraviral, considerar: febre (5 a 12 dias após vacinação) e exantema de 7 a 14 dias pós vacina.

⁴ Caso a amostra de soro (S1) não tenha sido coletada no primeiro contato com o caso suspeito, aproveitar a oportunidade para realizar a coleta no momento da entrevista.

Anexo 2. PERÍODO DE INCUBAÇÃO DO CASO SUSPEITO DE SARAMPO

DATA	LOCAL	NOME DAS PESSOAS QUE TEVE CONTATO	TELEFONE DOS CONTATOS	ENDEREÇO DO CONTATO	ENCAMINHAMENTOS/AÇÕES REALIZADAS
7º dia antes da data do início do exantema __/__/__	Igreja	Renato Pereira Gomes	61 99879XXXX	Rua José Pereira neto, 45, bairro centro, Alegria/PE	Realizar contato com pastor para o bloqueio nos contatos hoje a tarde
8º dia antes da data do início do exantema __/__/__	Academia	Jussara Caxias Lobato	21 99980XXXX	Quadra 5, lote 9, bairro nova descoberta, Felicidade/PR	Instalados cartazes na academia com os sinais e sintomas do sarampo
9º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
10º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
11º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
12º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
13º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
14º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
15º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
16º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
17º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
18º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
19º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
20º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
21º dia antes da data do início do exantema __/__/__					

Anexo 3. PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE DO CASO SUSPEITO DE SARAMPO

DATA	LOCAL	NOME DAS PESSOAS QUE TEVE CONTATO	TELEFONE DOS CONTATOS	ENDEREÇO DO CONTATO	ENCAMINHAMENTOS/AÇÕES REALIZADAS
1º dia antes da data do início do exantema __/__/__	Supermercado	Maria José de Arruda	11 99834XXXX	Rua Melo Peixoto, 15, bairro centro, Amor/BA	Instalados cartazes sobre o sarampo
2º dia antes da data do início do exantema __/__/__	USF Estivas	Patrícia Lopes de Araújo	31 98798XXXX	Quadra 3, lote 5, bairro nova cidade, Felicidade/SC	Realizada palestra sobre o sarampo
3º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
4º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
5º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
6º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
Dia "zero" - data do início do exantema __/__/__					
1º dia após a data do início do exantema __/__/__					
2º dia após a data do início do exantema __/__/__					
3º dia após a data do início do exantema __/__/__					
4º dia após a data do início do exantema __/__/__					

Anexo 4. PERÍODO DE INCUBAÇÃO DO CASO SUSPEITO DE RUBÉOLA

DATA	LOCAL	NOME DAS PESSOAS QUE TEVE CONTATO	TELEFONE DOS CONTATOS	ENDEREÇO DO CONTATO	ENCAMINHAMENTOS/AÇÕES REALIZADAS
12° dia antes da data do início do exantema __/__/__	Igreja	Renato Pereira Gomes	61 99879XXXX	Rua José Pereira neto, 45, bairro centro, Alegria/PE	
13° dia antes da data do início do exantema __/__/__	Academia	Jussara Caxias Lobato	21 9988XXXX	Quadra 5, lote 9, bairro nova descoberta, Felicidade/PR	
14° dia antes da data do início do exantema __/__/__					
15° dia antes da data do início do exantema __/__/__					
16° dia antes da data do início do exantema __/__/__					
17° dia antes da data do início do exantema __/__/__					
18° dia antes da data do início do exantema __/__/__					
19° dia antes da data do início do exantema __/__/__					
20° dia antes da data do início do exantema __/__/__					
21° dia antes da data do início do exantema __/__/__					
22° dia antes da data do início do exantema __/__/__					
23° dia antes da data do início do exantema __/__/__					

Anexo 5. PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE DO CASO SUSPEITO DE RUBÉOLA

DATA	LOCAL	NOME DAS PESSOAS QUE TEVE CONTATO	TELEFONE DOS CONTATOS	ENDEREÇO DO CONTATO	ENCAMINHAMENTOS/AÇÕES REALIZADAS
1º dia antes da data do início do exantema __/__/__	Supermercado	Maria José de Arruda	11 99834XXXX	Rua Melo Peixoto, 15, bairro centro, Amor/BA	Instalados cartazes sobre o sarampo
2º dia antes da data do início do exantema __/__/__	USF Estivas	Patrícia Lopes de Araújo	31 98798XXXX	Quadra 3, lote 5, bairro nova cidade, Felicidade/SC	Realizada palestra sobre o sarampo
3º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
4º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
5º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
6º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
7º dia antes da data do início do exantema __/__/__					
Dia "zero" - data do início do exantema __/__/__					
1º dia após a data do início do exantema __/__/__					
2º dia após a data do início do exantema __/__/__					
3º dia após a data do início do exantema __/__/__					
4º dia após a data do início do exantema __/__/__					
5º dia após a data do início do exantema __/__/__					
6º dia após a data do início do exantema __/__/__					
7º dia após a data do início do exantema __/__/__					





BUSCA ATIVA

A busca ativa é definida como uma ação, que permite avaliar a sensibilidade dos sistemas de vigilância epidemiológica, mantendo o alerta para o risco de transmissão do vírus endêmico de um local para outro, bem como a importação de casos, estabelecendo as medidas de controle necessárias para limitar a presença de um surto e casos secundários. Essa ação não substitui os demais procedimentos de vigilância estabelecidos no país; no entanto, destaca-se a importância de fortalecer ou estabelecer a busca ativa de casos suspeitos de sarampo e rubéola no contexto de contenção do surto de circulação endêmica do vírus do sarampo.

Sua operacionalização se dá, por meio da identificação/captação de casos suspeitos de sarampo ou rubéola nos estabelecimentos de saúde públicos ou privados, e dispositivos comunitários (residências, creches, escolas, instituições de curta e longa permanência, ambiente de trabalho, templos religiosos e afins). Os casos identificados na busca ativa devem ser notificados e seguir com a investigação e coleta de amostras clínicas

(soro, swab e urina), dentro dos critérios recomendados, até sua classificação final.

É uma das atribuições das equipes que atuam nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SasiSUS), Atenção Especializada em Saúde, na Rede de Laboratórios de Saúde Pública e na Rede de Vigilância em Saúde, considerando que essa ação pode e deve fornecer elementos para o planejamento de intervenções de prevenção, proteção e recuperação em saúde.

O profissional de saúde que realiza busca ativa deve reconhecer os processos de trabalho inerentes ao seu fazer, utilizando o conceito ampliado de vigilância em saúde, dispondo dessa ação como uma estratégia capaz de fortalecer a identificação de casos suspeitos de sarampo e rubéola.

A busca ativa pode ser utilizada de acordo com a metodologia em vigilância de forma prospectiva ou retrospectiva. Devem fazer parte do processo de trabalho das equipes de saúde, conforme orientações a seguir.



Objetivo

Identificar a ocorrência de casos suspeitos de sarampo ou rubéola que não acessaram o sistema de saúde ou que não foram detectados pelo sistema integrado de vigilância do sarampo e rubéola.



BUSCA ATIVA

BUSCA ATIVA PROSPECTIVA

Deve ser realizada na rotina dos serviços de saúde (diariamente), para identificação de pessoas com sinais e sintomas de sarampo ou rubéola, certificando-se da realização de notificação oportuna e consolidação semanal para notificação negativa ao serviço de vigilância, na ausência da identificação de caso suspeito.

No âmbito da APS e da Saúde Indígena, essa estratégia pode ser realizada por meio do monitoramento dos registros de atendimento das unidades de saúde e ainda nos dispositivos comunitários, por exemplo, durante a visita domiciliar, em atividades nas escolas, em instituições de curta e longa permanência, ambiente de trabalho, entre outros.

No âmbito da Atenção Especializada, a busca ativa consiste em visitas de rotina nos diferentes setores que compõe os serviços de saúde, tendo como principal objetivo a identificação e a investigação das doenças e agravos de notificação compulsória, sendo estas estabelecidos pela Portaria n.º 3.418 de 31 de agosto de 2022¹.



¹ <https://bit.ly/3Bfx3cl>



A busca ativa é uma estratégia essencial para a redução da chance de não captação de um caso de interesse, com coleta sistematizada das informações de acordo com **Anexo 1**.

BUSCA ATIVA RETROSPECTIVA

Consiste no levantamento de fontes de informação como prontuários clínicos e fichas de atendimento em serviços de saúde, fichas do Laboratório Central de Saúde Pública, para buscas institucionais; e busca por indivíduos que apresentaram sinais e sintomas na comunidade, por meio dos dispositivos comunitários, nos últimos 30 dias, nas seguintes situações:



A partir do 1º caso confirmado, com o intuito de identificar caso índice, caso primário, casos secundários ou adicionais.



Mediante ao não cumprimento do alcance dos indicadores de Notificação Negativa e Taxa de Notificação.



Em cumprimento ao cronograma e as recomendações definidas para o dia "S" (Sarampo).



Deve ser realizada nos serviços de saúde e dispositivos comunitários, com coleta sistematizada das informações de acordo com **Anexo 2**. Na identificação de caso suspeito da busca retrospectiva institucional, deve-se realizar a busca retrospectiva comunitária na região de residência e/ou circulação do caso suspeito.



BUSCA ATIVA

BUSCA ATIVA LABORATORIAL

Devido às semelhanças entre o quadro clínico das doenças febris exantemáticas na fase prodrômica ou inicial da doença, alguns casos suspeitos de sarampo ou rubéola podem ser detectados e notificados como casos de dengue ou outras doenças por arbovírus.

Nesse sentido, deve ser assegurado que os casos em que se descartou a infecção por

arbovírus (dengue, zika e chikungunya) sejam examinados sarampo e rubéola. Logo, os Lacen deverão realizar, em sua rotina, a busca ativa laboratorial (BAL) de sarampo e rubéola em amostras que apresentarem resultado negativo para as três arboviroses.

A BAL deve ser realizada em: municípios que estão encerrando surto, municípios em início de surtos e municípios silenciosos.

Os resultados da BAL fornecem dados que, juntamente com os critérios epidemiológicos e de vacinação, são úteis para verificar, após um surto, que a circulação do vírus do sarampo ou da rubéola foi interrompida. Desse modo, qualquer resultado positivo ou indeterminado deve ser imediatamente notificado e deve-se seguir todos os critérios definidos no sistema de vigilância para a investigação dos casos de sarampo e rubéola. O laboratório deve manter um registro dessa atividade e revisar periodicamente os dados consolidados com o epidemiologista responsável pelo sistema de vigilância.



Busca ativa laboratorial no início do surto tem o objetivo de documentar a presença de outros casos em municípios onde foi confirmado um caso de sarampo (caso índice) e não há evidências da fonte de infecção. Deve ser realizada em amostras obtidas no mesmo município de residência onde o caso índice foi confirmado ou de municípios de deslocamento deste.



Busca ativa laboratorial para encerramento do surto tem o objetivo de mostrar que a transmissão do vírus do sarampo ou da rubéola foi interrompida por mais de 12 semanas e o surto foi finalizado; devendo ser realizada em soros obtidos dentro de 12 semanas após o último caso confirmado de sarampo ou rubéola.



Busca ativa laboratorial em municípios silenciosos tem o objetivo de obter evidências da ausência ou presença de transmissão do sarampo ou da rubéola em uma área sem notificação de casos suspeitos.

Quadro 1. Busca ativa prospectiva e retrospectiva, Brasil, 2022

OBJETIVO	QUEM DEVE FAZER	ONDE FAZER	QUANDO FAZER	COMO FAZER	ONDE REGISTRAR	COMO COMUNICAR
BUSCA ATIVA PROSPECTIVA - SARAMPO OU RUBÉOLA						
Identificar a ocorrência de possíveis casos suspeitos de sarampo ou rubéola.	Atenção Primária à Saúde	Nos estabelecimentos da APS. ²	Diariamente, na rotina dos serviços de saúde e nos dispositivos comunitários.	<p>Identificar pessoas com sinais e sintomas da doença e na suspeição seguir o protocolo de vigilância do sarampo ou rubéola, conforme Guia de Vigilância em Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar busca nos registros de atendimento do dia, na triagem de atendimento, sala de espera. Durante a realização das visitas domiciliares, visitas institucionais ou ações comunitárias. 	Anexo 1	<ol style="list-style-type: none"> Mediante a <u>identificação de caso suspeito</u>, deve-se seguir o fluxo de notificação (Fascículo 1). Caso <u>não ocorra a identificação de caso suspeito</u>, seguir com a notificação negativa para o serviço de vigilância local.
	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)	Unidades Básicas de Saúde Indígenas (UBSI), Polos Base, Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai) e aldeias	Diariamente, na rotina dos serviços de saúde e dispositivos comunitários.	<p>Identificar pessoas com sinais e sintomas da doença durante as visitas domiciliares e quando procuram as unidades de atendimento de saúde indígena.</p> <p>Além do monitoramento no território, deve-se realizar também o levantamento no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi).</p> <p>Adaptar as atividades de acordo com os aspectos demográficos, etnoculturais, geográficos e epidemiológicos.</p> <p>Para que as ações sejam efetivas, é importante o registro adequado da história clínica e histórico de deslocamento (nacional e internacional devendo seguir as orientações deste documento e do Guia de Vigilância em Saúde.</p>	Anexo 1	
	Atenção Especializada e Núcleos Hospitalares de Epidemiologia – NHE	Nos serviços especializados em saúde e hospitalares	Diariamente, na rotina dos serviços de saúde.	<p>Identificar pessoas com sinais e sintomas da doença e na suspeição seguir o protocolo de vigilância do sarampo ou rubéola, conforme Guia de Vigilância em Saúde.</p> <p>Cabe ao NHE identificar os locais da estrutura hospitalar em que podem ser encontrados os usuários, acompanhantes, contatos e trabalhadores de saúde com suspeita de sarampo ou rubéola.</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar busca nos registros de atendimento do dia. 	Modelo de comunicado da Renaveh e Anexo 1.	

² De acordo com os Anexos III e IV da Portaria de Consolidação nº1, de 2 de junho de 2021.

OBJETIVO	QUEM DEVE FAZER	ONDE FAZER	QUANDO FAZER	COMO FAZER	ONDE REGISTRAR	COMO COMUNICAR
BUSCA ATIVA RETROSPECTIVA - SARAMPO OU RUBÉOLA						
Identificar a ocorrência de possíveis casos suspeitos de sarampo ou rubéola não detectados oportunamente.	Atenção Primária à Saúde	Nos estabelecimentos da APS. ²	A depender do cenário que o serviço de saúde apresentar, conforme situações descritas na definição de busca retrospectiva.	Definir nos serviços de saúde, quais instrumentos de registro de atendimento serão avaliados, como os prontuários, para identificar nos registros, sinais e sintomas que atendam a definição de caso suspeito da doença. Exemplo: Para busca no e-SUS ir em: > Acompanhamento das Condições de Saúde > Período do último atendimento (registrar o período a ser buscado) > Colocar o CIAP2 ou CID10 (registrar as doenças exantemáticas) > buscar cidadão. <ul style="list-style-type: none">Cada território pode definir e subsidiar seus processos de trabalho para identificação de casos suspeitos.	Anexo 2	<ol style="list-style-type: none"> Mediante a <u>identificação de caso suspeito</u>, deve-se seguir o fluxo de notificação (Fascículo 1). Caso <u>não ocorra a identificação de caso suspeito</u>, seguir com a notificação negativa para o serviço de vigilância local. As ações devem ser registradas por meio de relatórios com as informações contidas no anexo 2. Para o SasiSUS, comunicar no relatório de produção e nos boletins epidemiológicos dos DSEI.
	Subsistema de Atenção a à Saúde Indígena (SasiSUS)	Unidades Básicas de Saúde Indígenas (UBSI), Polos Base, Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai) e aldeias. Articulação com a rede de atenção à saúde do SUS, como: Hospitais, UBS, UPAS e Laboratórios.	No planejamento das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) para entrada em área; e Para as áreas que não existem dificuldades de acesso das equipes, considerar as situações descritas na definição de busca retrospectiva. Nas reuniões de equipe de saúde no DSEI.	Consultar nos prontuários, relatórios de produção das EMSI e no SIASI. Adaptar as atividades de acordo com os aspectos demográficos, etnoculturais, geográficos e epidemiológicos.	Anexo 2	<ol style="list-style-type: none"> Mediante a <u>identificação de caso suspeito</u>, deve-se seguir o fluxo de notificação (Fascículo 1). Caso <u>não ocorra a identificação de caso suspeito</u>, seguir com a notificação negativa para o serviço de vigilância local. As ações devem ser registradas por meio de relatórios com as informações contidas no anexo 2.
	Atenção Especializada e Núcleos Hospitalares de Epidemiologia -NHE	Nos serviços especializados em saúde e hospitalares.	A depender do cenário que o serviço de saúde apresentar, conforme situações descritas na definição de busca retrospectiva.	Identificar nos registros de atendimento os sinais e sintomas que atendam a definição de caso suspeito da doença. Na identificação, seguir o protocolo para notificação e manejo de caso da doença. Cabe ao NHE identificar os locais da estrutura hospitalar em que podem ser encontrados os usuários, acompanhantes e trabalhadores de saúde com suspeita de sarampo ou rubéola, como locais de diagnóstico e tratamento.	Modelo de comunicado da Renaveh e Anexo 2.	<ol style="list-style-type: none"> Mediante a <u>identificação de caso suspeito</u>, deve-se seguir o fluxo de notificação (Fascículo 1). Caso <u>não ocorra a identificação de caso suspeito</u>, seguir com a notificação negativa para o serviço de vigilância local. As ações devem ser registradas por meio de relatórios com as informações contidas no anexo 2.

² De acordo com os Anexos III e IV da Portaria de Consolidação nº1, de 2 de junho de 2021.

OBJETIVO	QUEM DEVE FAZER	ONDE FAZER	QUANDO FAZER	COMO FAZER	ONDE REGISTRAR	COMO COMUNICAR
BUSCA ATIVA LABORATORIAL						
	Todos os Lacen	<p>Todos os Lacen deverão realizar a busca ativa laboratorial (BAL) de sarampo e rubéola em amostras:</p> <p>a. que apresentarem resultado negativo para as arboviroses (dengue, zika e chikungunya) e;</p> <p>b. em amostras de casos notificados com sintomas compatíveis com a definição de casos de sarampo ou rubéola, ou pelo menos, febre e exantema ou</p> <p>c. em situações definidas em conjunto com a vigilância epidemiológica estadual.</p>	Todos os Lacen deverão realizar, em sua rotina a cada 15 dias.	Selecionar amostras que apresentaram resultado negativo para as arboviroses (dengue, zika e chikungunya), no máximo, em até 15 dias. O quantitativo selecionado para análise deve ser de, no mínimo, 10% de amostras dependendo da situação epidemiológica local e da capacidade de resposta do laboratório.	O exame deve ser cadastrado no GAL, na requisição original, como exame complementar. As amostras processadas para sarampo e rubéola que se enquadrem na BAL não serão contabilizadas para o indicador de liberação de resultado oportuno.	Em caso de resultado IgM reagente ou indeterminado para sarampo ou rubéola, os profissionais do laboratório deverão informar a VE do estado o mais breve possível, fornecendo todas as informações necessárias para uma investigação epidemiológica.

Anexo 1A. BUSCA ATIVA PROSPECTIVA

REGISTRO DE CASOS SUSPEITOS DE SARAMPO E RUBÉOLA, SEGUNDO DATA DE INÍCIO DO EXANTEMA

TIPO DE BUSCA: ATIVA PROSPECTIVA

DATA DA BUSCA : ___ / ___ / ___

NOME DO MUNICÍPIO/UF: _____

DSEI: _____

LOCAL DA BUSCA ATIVA RETROSPECTIVA (marcar um x em uma das opções do 1 ou do 2):

TIPO DE SERVIÇO: Público () Privado ()

1. SERVIÇOS DE SAÚDE

() UBS/CS () UBSI () UBSF () CASAI () POLO BASE () ALDEIA () UPA () HOSPITAL () POLICLÍNICA () CONSULTÓRIO/AMBULATÓRIO () UOM () OUTROS _____

2. DISPOSITIVOS COMUNITÁRIOS:

() DOMICÍLIO () INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA () AMBIENTE DE TRABALHO () INSTITUIÇÃO DE CURTA PERMANÊNCIA () CRECHES/ESCOLA () OUTROS _____

SERVIÇO DE SAÚDE/DSEI: _____ EQUIPE DA APS: _____ RESPONSÁVEL: _____

CNES: _____ DSEI: _____

N° DA CASA	CATEGORIA DA CASA				DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DE CASOS			DOENTE NOS ÚLTIMOS 30 DIAS		SINAIS E SINTOMAS QUE APRESENTOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (Marque S para SIM e N para NÃO)							ATENDE A DEFINIÇÃO DE CASO (SIM OU NÃO)		UNIDADE DE SAÚDE ONDE BUSCOU ATENDIMENTO/DSEI		REALIZOU CONSULTA (SIM E NÃO)
	ABERTA	FECHADA	PENDENTE	REJEITA VISITA	NOME DO MORADOR	IDADE	SEXO (F) OU (M)	ENDEREÇO/POLO BASE/ALDEIA	SIM	NÃO	EXANTEMA	FEBRE	TOSSE SECA	CORIZA	CONJUNTIVITE (OLHOS VERMELHOS)	LINFOADENOPATIA RETROAURICULAR	LINFOADENOPATIA OCCIPITAL	LINFOADENOPATIA CERVICAL	ATENDE A DEFINIÇÃO DE CASO (SIM OU NÃO)	UNIDADE DE SAÚDE ONDE BUSCOU ATENDIMENTO/DSEI	REALIZOU CONSULTA (SIM E NÃO)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE
DEPARTAMENTO DE INUNIZAÇÃO E DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS
Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização
SRTVN 701, Via W5 Norte Bloco D – Edifício PO 700 – 6º andar - Asa Norte
Brasília/DF CEP: 70719-040
Tel. (61) 3315-3460

INSTRUÇÃO NORMATIVA QUE INSTRUI O CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO - 2023

Vacina BCG

Esquema:

Administrar dose única, o mais precocemente possível logo após o nascimento, de preferência na maternidade.

Volume da Dose e Via de Administração:

Laboratório Serum Institute of India: 0,05 mL em crianças recém-nascidas até 11 meses e 29 dias e 0,1 mL para pessoas a partir de 1 (um) ano de idade, via intradérmica.

Laboratório FAP: 0,1 mL via intradérmica.

Particularidades:

A comprovação da vacinação com BCG é feita por meio do registro no cartão ou caderneta de vacinação, da identificação da cicatriz vacinal ou da palpação de nódulo no deltoide direito, na ausência de cicatriz.

Em crianças nascidas com peso inferior a 2 Kg, adiar a vacinação até que atinjam este peso.

Na rotina dos serviços de saúde, a vacina é disponibilizada para crianças até 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, ainda não vacinadas.

Crianças vacinadas na faixa etária preconizada que não apresentam cicatriz vacinal, **não necessitam ser revacinadas**.

Estavacina é contraindicada para gestantes e pessoas imunodeprimidas.

Em pessoas hospitalizadas com comprometimento do estado geral, a vacinação deve ser adiada até a resolução do quadro clínico.

Contatos prolongados de portadores de hanseníase: vacinação seletiva, nas seguintes situações:

Menores de 1 (um) ano de idade:

- **Não vacinados:** administrar 1 (uma) dose de BCG;
- **Comprovadamente vacinados que apresentem cicatriz vacinal:** não administrar outra dose de BCG.
- **Comprovadamente vacinados que não apresentem cicatriz vacinal:** administrar 1 (uma) dose de BCG 6 (seis) meses após a última dose.

A partir de 1 (um) ano de idade:

- **Sem cicatriz:** administrar 1 (uma) dose;
- **Vacinados com 1 (uma) dose:** administrar outra dose de BCG, com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a dose anterior;
- **Vacinados com 2 (duas) doses:** não administrar outra dose de BCG.

Pessoas expostas ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV):

- Criança que chega ao serviço de saúde, não vacinada, poderá receber a vacina BCG se assintomática e sem sinais de imunodepressão.
- A partir dos 5 (cinco) anos de idade, pessoas portadoras de HIV não devem ser vacinadas, mesmo que assintomáticas e sem sinais de imunodeficiência.

Vacina Hepatite B (recombinante)

Esquema:

Administrar 1 (uma) dose ao nascer, o mais precocemente possível, nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, ainda na maternidade. Esta dose pode ser administrada até 30 dias após o nascimento.

A continuidade do esquema vacinal será com a vacina penta [vacina adsorvida difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae B* (conjugada)], aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade. Crianças que perderam a oportunidade de receber a vacina hepatite B (recombinante) até 1 (um) mês de idade, não administrar mais essa vacina.

Crianças até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias, sem comprovação ou com esquema vacinal incompleto, iniciar ou completar esquema com vacina penta que está disponível na rotina dos serviços de saúde, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias, conforme esquema detalhado no tópico da vacina penta.

Pessoas a partir de 7 (sete) anos de idade:

Sem comprovação vacinal: administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose, e de 6 (seis) meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses).

Com esquema vacinal incompleto: não reiniciar o esquema, apenas completá-lo com a vacina hepatite B, conforme situação encontrada.

Para gestantes em qualquer idade gestacional e faixa etária: administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B, considerando o histórico de vacinação anterior e os intervalos preconizados entre as doses. Caso não seja possível completar o esquema durante a gestação, deverá concluir após o parto oportunamente.

Caso tenha ocorrido interrupção após a primeira dose, a segunda dose deverá ser administrada assim que for possível, e deve-se programar a terceira dose para 6 (seis) meses após a primeira dose, mantendo o intervalo de pelo menos 8 (oito) semanas entre a segunda e a terceira dose.

Caso apenas a terceira dose esteja atrasada, ela deverá ser administrada assim que for possível. A dose final do esquema de vacinação deverá ser administrada pelo menos 8 (oito) semanas após a segunda dose e pelo menos 16 semanas após a primeira dose para que o esquema seja considerado válido; o intervalo mínimo entre a primeira e a segunda dose deve ser de 4 (quatro) semanas.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 ml ou 1ml, a depender do laboratório produtor e/ou da idade que será administrada, por via intramuscular.

Particularidades:

Logo após o nascimento, os recém-nascidos de mulheres com HBV (**HBsAg - Antígeno de superfície da hepatite B, reagente**) devem receber imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e a primeira dose do esquema vacinal da vacina hepatite B (HBV). As demais doses serão administradas aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses, com a vacina penta.

A avaliação da soroconversão deve ser realizada mediante anti-HBs (Anticorpos contra o HBsAg), entre 30 a 60 dias após a última dose da vacina para hepatite B. A dose da vacina ao nascimento deve ser aplicada preferencialmente na sala de parto ou nas primeiras 12 horas e, se não for possível, em até 24 horas após o parto, podendo a imunoglobulina ser administrada no máximo até 7 (sete) dias de vida.

Recomenda-se consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/PCDT_PTV_HIV_CP_42_2020.pdf

Para pessoas com condições clínicas especiais recomenda-se consultar o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf

Vacina adsorvida difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae* B (conjugada) – Vacina Penta

Esquema:

Administrar 3 (três) doses, aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias. A terceira dose não deverá ser administrada antes dos 6 (seis) meses de idade.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 mL, por via intramuscular.

Particularidades:

Na rotina dos serviços de saúde, a vacina penta está disponível para crianças até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias.

Crianças até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias, sem comprovação ou com esquema vacinal incompleto, iniciar ou complementar esquema com penta.

A vacina penta está contraindicada para crianças a partir de 7 (sete) anos de idade.

Vacina adsorvida difteria, tétano e *pertussis* (DTP)

Reforço:

Administrar 2 (dois) reforços, o primeiro aos 15 meses de idade e o segundo aos 4 (quatro) anos de idade.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 mL, por via intramuscular.

Particularidades:

Criança a partir dos 15 meses de idade a menor de 7 (sete) anos de idade (6 (seis) anos, 11 meses e 29 dias) deve receber 2 (dois) reforços.

Administrar o primeiro reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a última dose do esquema primário (três doses de penta);

Criança a partir de 15 meses e menor de 7 (sete) anos de idade, sem dose de reforço: administrar o 1º reforço, e agendar o 2º reforço. **Atentar para o intervalo de 6 (seis) meses entre os reforços.**

Criança com 6 (seis) anos **sem nenhuma dose de reforço**, administrar o 1º reforço. Na impossibilidade de manter o intervalo de 6 (seis) meses entre as doses de reforços, agendar dT para 10 anos após esse primeiro reforço. Neste caso, estas crianças ficam liberadas do segundo reforço da DTP.

Nos comunicantes domiciliares e escolares de casos de difteria ou coqueluche menores de 7 (sete) anos de idade, não vacinados ou com esquema incompleto ou com situação vacinal desconhecida, atualizar esquema, seguindo orientações do esquema da vacina penta ou da DTP.

A vacina DTP é contraindicada para crianças a partir de 7 (sete) anos de idade. Na indisponibilidade da vacina DTP, como reforço administrar a vacina penta.

Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) – VIP

Esquema:

Administrar 3 (três) doses, aos 2 (dois), 4 (quatro) e 6 (seis) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses. O intervalo mínimo é de 30 dias entre as doses.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Crianças até 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias:

- Sem **comprovação vacinal:** administrar 3 (três) doses da VIP, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias

Vacina Poliomielite 1 e 3 (atenuada) – VOP

Reforço:

Administrar o primeiro reforço aos 15 meses e o segundo aos 4 (quatro) anos de idade.

Volume da Dose e Via de Administração: duas gotas, exclusivamente por via oral.

Particularidades:

Administrar o primeiro reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após a última dose do esquema primário (três doses).

Administrar o segundo reforço com intervalo mínimo de 6 (seis) meses após o primeiro reforço.

Na rotina dos serviços de saúde, a vacina é recomendada para crianças até 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias. Pessoas com 5 (cinco) anos de idade ou mais, sem comprovação vacinal ou com esquema incompleto, deverão receber a VOP, excepcionalmente, se forem viajantes residentes no Brasil que estiverem se deslocando para áreas com recomendação da vacina.

Não repetir a dose se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a administração da vacina.

Esta vacina é contraindicada para pessoas imunodeprimidas, contatos de pessoa HIV positiva ou com imunodeficiência, bem como aqueles que tenham histórico de paralisia flácida associada à dose anterior da VOP.

Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) – Pneumo 10v

Esquema:

Administrar 2 (duas) doses aos 2 (dois) e 4 (quatro) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.

Reforço: Administrar 1 (um) reforço aos 12 meses de idade.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Crianças que iniciaram o esquema primário após 4 (quatro) meses de idade, devem completá-lo até 12 meses, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses; administrar o reforço com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose.

O reforço deve ser administrado entre 12 meses e 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias.

Criança entre 1 (um) e 4 (quatro) anos de idade com esquema completo de 2 (duas) ou 3 (três) doses, mas sem a dose de reforço, administrar o reforço.

Crianças sem comprovação vacinal, entre 12 meses e 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, administrar dose única.

Para as crianças de 2 (dois) meses a menores de 5 (cinco) anos de idade, com indicação clínica especial manter esquema de 3 (três) doses e reforço, conforme as indicações do CRIE.

Vacina rotavírus humano G1P [8] (atenuada) – VRH

Esquema:

Administrar 2 (duas) doses, aos 2 (dois) e 4 (quatro) meses de idade.

Volume da Dose e Via de Administração: 1,5 mL - administrar todo o conteúdo da bisnaga exclusivamente por via oral.

Particularidades:

A primeira dose pode ser administrada a partir de 1 (um) mês e 15 dias até 3 (três) meses e 15 dias. A segunda dose pode ser administrada a partir de 3 (três) meses e 15 dias até 7 (sete) meses e 29 dias. Manter intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, não repetir a dose.

Esta vacina é contraindicada para crianças com histórico de invaginação intestinal ou com malformação congênita não corrigida do trato gastrointestinal.

Crianças com quadro agudo de gastroenterite (vômitos, diarreia e febre), adiar a vacinação até a resolução do quadro.

Crianças com imunodepressão deverão ser avaliadas e vacinadas mediante prescrição médica.

Vacina meningocócica C (conjugada) - Meningo C

Esquema:

Administrar 2 (duas) doses, aos 3 (três) e 5 (cinco) meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.

Reforço:

Administrar o reforço aos 12 meses de idade.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Crianças que iniciaram o esquema primário após 5 (cinco) meses de idade, devem completá-lo até 12 meses, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses; administrar o reforço com intervalo mínimo de 60 dias após a última dose.

Criança entre 12 meses e 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, com esquema completo de 2 (duas) doses, mas sem a dose de reforço, administrar o reforço.

O reforço deve ser administrado entre 12 meses a 4 (quatro) anos, 11 meses e 29 dias.

Criança entre 12 meses e 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, sem comprovação vacinal, administrar 1 (uma) única dose.

Criança entre 12 meses e 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias, com comprovação vacinal de 1 (uma) dose, administrar 1 (uma) dose de reforço.

Vacina meningocócica ACWY (conjugada) – Meningo ACWY

Esquema:

Adolescentes de 11 a 14 anos, administrar 1 (um) reforço ou 1 (uma) dose, conforme situação vacinal.

Particularidades:

Pode ser administrada simultaneamente (ou com qualquer intervalo) com outras vacinas do calendário;

A vacina deve ser adiada em adolescentes que estejam com doenças agudas febris moderadas ou graves.

Resfriados ou quadros de menor gravidade não contraindicam a vacinação.

Para os grupos com indicação clínica especial seguir recomendações do Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). disponível em:

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf.

A vacinação de bloqueio

A vacinação de bloqueio está indicada nas situações em que haja a caracterização de um surto de doença meningocócica, para o qual seja conhecido o sorogrupo responsável por meio de confirmação laboratorial específica (cultura e/ou PCR) e haja vacina disponível. A vacinação somente será utilizada a partir de decisão conjunta das três esferas de gestão. A estratégia de vacinação (campanha indiscriminada ou seletiva) será definida considerando a análise epidemiológica, as características da população e a área geográfica de ocorrência dos casos.

Na rotina dos serviços de saúde, a vacina meningocócica C (conjugada) ou ACWY não está indicada para gestantes e para mulheres no período de amamentação. No entanto, diante do risco de contrair a doença, a relação risco-benefício deve ser avaliada.

Vacina febre amarela (atenuada)

Esquema Vacinal:

Crianças entre 9 (nove) meses de vida a menores de 5 cinco anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias):

Administrar 1 (uma) dose aos 9 (nove) meses de vida, e uma dose de reforço aos 4 (quatro) anos de idade.

Pessoas a partir de 5 (cinco) anos de idade, que receberam apenas uma dose da vacina antes de completarem 5 anos: administrar 1 (uma) dose de reforço. Respeitar o intervalo mínimo de 30 (trinta) dias.

Pessoas de 5 (cinco) a 59 anos de idade, não vacinadas: Administrar 1 (uma) dose única.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 mL, exclusivamente por via subcutânea

Vacinação Simultânea:

A vacina febre amarela pode ser administrada simultaneamente com a maioria das vacinas do Calendário Nacional de Vacinação. Entretanto, é importante observar as seguintes situações:

a) Administração simultânea com a vacina varicela:

Pode ser administrada simultaneamente em qualquer idade. Porém, se não administradas simultaneamente, deve-se respeitar o intervalo de 30 dias entre as doses, mínimo de 15 dias.

b) Administração simultânea com as vacinas tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) ou tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela):

Crianças menores de 2 (dois) anos de idade:

Não administrar simultaneamente as vacinas febre amarela e tríplice viral. Deve-se respeitar o intervalo de 30 dias entre as vacinas, mínimo de 15 dias.

Em situações de emergência epidemiológica, com a circulação concomitante dos vírus da febre amarela e do sarampo ou da caxumba ou da rubéola, as duas vacinas poderão ser administradas simultaneamente, considerando a relação risco-benefício. Deve-se manter a continuidade do esquema vacinal preconizado pelo calendário nacional de vacinação.

Pessoas a partir de 2 anos (dois) de idade:

As vacinas febre amarela e tríplice viral ou Tetraviral podem ser administradas simultaneamente. Porém, se não administradas simultaneamente, deve-se respeitar o intervalo de 30 dias entre as vacinas, mínimo de 15 dias.

NOTA: As doses da vacina febre amarela administradas simultaneamente com outras vacinas serão válidas para fins de cobertura vacinal, não havendo indicação de revacinação, dando-se continuidade ao esquema indicado no Calendário Nacional de Vacinação.

Quadro: Orientações para a vacinação contra febre amarela

Indicação	Esquema Vacinal
Crianças de 9 (nove) meses a 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias de idade.	Administrar 1(uma) dose aos 9 (nove) meses de vida e 1 (uma) dose de reforço aos 4 (quatro) anos de idade
Pessoas a partir de 5 (cinco) anos de idade, que receberam uma dose da vacina antes de completarem 5 anos de idade.	Administrar uma dose de reforço, independentemente da idade em que a pessoa procure o serviço de vacinação. Respeitar intervalo mínimo de 30 dias entre a dose e o reforço.
Pessoas de 5 (cinco) a 59 anos de idade, que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação.	Administrar 1 (uma) única dose da vacina
Pessoas com mais de 5 (cinco) anos de idade que receberam 1 dose da vacina a partir dos 5 (cinco) anos de idade	Considerar vacinado. Não administrar nenhuma dose.
Pessoas com 60 anos e mais, que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação.	O serviço de saúde deverá avaliar a pertinência da vacinação, levando em conta o risco da doença e o risco de eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização (ESAVI) nessa faixa etária e/ou decorrentes de comorbidades.
Gestantes, que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação.	A vacinação está contraindicada para as gestantes. No entanto, na impossibilidade de adiar a vacinação, como em situações de emergência epidemiológica, vigência de surtos ou epidemias, o serviço de saúde deverá avaliar o risco benefício da vacinação.
Mulheres nunca vacinadas ou sem comprovante de vacinação, que estejam amamentando crianças com até 6 (seis) meses de vida.	A vacinação não está recomendada, devendo ser adiada até a criança completar 6 (seis) meses de vida. Na impossibilidade de adiar a vacinação, como em situações de emergência epidemiológica, vigência de surtos ou epidemias, o serviço de saúde deverá avaliar o risco benefício da vacinação. Importante ressaltar que após a vacinação, o aleitamento materno deve ser suspenso por 10 dias, com acompanhamento do serviço de Banco de Leite de referência. Em caso de mulheres que estejam amamentando e receberam a vacina de forma inadvertida, o aleitamento materno deve ser suspenso por 10 dias após a vacinação.
Viajantes Internacionais	Para efeito de emissão do Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP) seguir o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) que recomenda uma única dose da vacina na vida. O viajante deverá se vacinar pelo menos, 10 dias antes da viagem.

Precauções:

- **Casos de doenças agudas febris moderadas ou graves:** recomenda-se adiar a vacinação até a resolução do quadro clínico, com o intuito de não se atribuir à vacina as manifestações da doença.
- **Indivíduos com doenças de etiologia potencialmente autoimune:** devem ser avaliados caso a caso, pois há indicações de maior risco de ESAVI nesse grupo.
- **Pacientes com histórico pessoal de doença neurológica de natureza desmielinizante (síndrome de Guillain-Barré, encefalomielite aguda disseminada e esclerose múltipla):** avaliar caso a caso anteriormente à vacinação.

- **História de ESAVI grave após a vacina febre amarela em familiares próximos (pais, irmãos, filhos):** avaliar caso a caso anteriormente à vacinação, pois há indicações de maior risco de eventos adversos nesse grupo.
- **Indivíduos com história de reação anafilática grave relacionada às substâncias presentes na vacina(ovo de galinha e seus derivados, gelatina bovina ou outras):** a vacina febre amarela está **contraindicada** para as pessoas nesta condição, salvo em situações de elevado risco epidemiológico e quando a avaliação médica especializada estiver disponível.

Pessoas vivendo com HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS):

A indicação da vacina febre amarela em pessoas vivendo com HIV/AIDS deverá ser realizada conforme avaliação clínica e imunológica. Os níveis de linfócitos T CD4+ no sangue serão utilizados como parâmetro imunológico nesta situação. Caso não haja alteração na contagem dos LT CD4+ proceder a vacinação. Para as alterações moderadas, considerar o risco e o benefício da vacinação. A vacina está contraindicada para pessoas com alteração imunológica grave (Quadro 2).

Quadro 2: Categorias imunológicas conforme percentual de CD4 e idade

Alteração imunológica	CONTAGEM DE LT CD4+ EM CÉLULAS POR MM3			
	Idade < 12 meses	Idade 1 a 5 anos	Idade 6 a 12 anos	A partir de 13 anos
Ausente	> 1.500 (>25%)	>1.000 (>25%)	≥ 500 (≥ 25%)	≥ 350
Moderada	750 – 1.499 (15% – 24%)	500 – 999 (15% – 24%)	200 – 499 (15% – 24%)	200 - 350
Grave	<750 (15%)	<500 (15%)	<200 (15%)	< 200

Fonte: Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)/2020

Outros tipos de imunossupressão:

A vacina febre amarela é habitualmente contraindicada em pacientes imunossuprimidos (doenças reumatológicas, neoplasias malignas, transplantados de órgão sólidos, transplantados de células-tronco hematopoiéticas), no entanto, a depender do grau de imunossupressão e do risco epidemiológico ela poderá ser considerada em certas situações, sendo necessário nesses casos avaliação médica criteriosa. Para maiores informações referentes a vacinação nesses grupos, consultar o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Link para o manual dos CRIE:
https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf

Contraindicações:

- Crianças menores de 6 (seis) meses de idade.
- Pacientes em tratamento com imunobiológicos (Infliximabe, Etarnecepte, Golimumabe, Certolizumabe, Abatacept, Belimumabe, Ustequinumabe, Canaquinumabe, Tocilizumabe, Rituximabe, inibidores de CCR5 como Maraviroc), em pacientes que interromperam o uso dessa medicação é necessária avaliação médica para se definir o intervalo para vacinação, conforme manual dos CRIE.
- Pacientes submetidos a transplante de órgãos sólidos.
- Pacientes com erros Inatos da Imunidade (imunodeficiências primárias).
- Pacientes com história progressiva de doenças do timo (miastenia gravis, timoma, casos de ausência de timo ou remoção cirúrgica).
- Pacientes portadores de doença falciforme em uso de hidroxureia e contagem de neutrófilos menor de 1500 cels/mm³.
- Pacientes recebendo corticosteroides em doses imunossupressoras (prednisona 2mg/kg por dia nas crianças até 10 kg por mais de 14 dias ou 20 mg por dia por mais de 14 dias em adultos)

Para informações adicionais sobre as contraindicações e precauções para vacinação, consultar o Manual dos CRIE.

Vacina sarampo, caxumba e rubéola (atenuada) - Tríplice Viral

Esquema:

Administrar a primeira dose aos 12 meses de idade.

Completar o esquema de vacinação contra o sarampo, a caxumba e a rubéola com a vacina tetraviral aos 15 meses de idade (corresponde à segunda dose da vacina tríplice viral e à primeira dose da vacina varicela).

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 mL, via subcutânea.

Particularidades:

A vacina tetraviral está disponível na rotina de vacinação para crianças com idade entre 15 meses e 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias. Detalhamento no tópico da vacina tetraviral.

Pessoas de 5 (cinco) a 29 anos de idade não vacinadas ou com esquema incompleto devem receber ou completar o esquema de duas doses de tríplice viral, conforme situação encontrada, considerando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinada a pessoa que comprovar 2 (duas) doses de vacina contendo os componentes sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral ou tetraviral).

Pessoas de 30 a 59 anos de idade não vacinadas devem receber uma dose de tríplice viral. Considerar vacinada a pessoa que comprovar 1 (uma) dose de vacina tríplice viral.

Quando houver indicação, a vacina dupla viral (sarampo, rubéola – atenuada) poderá ser utilizada para vacinação de pessoas a partir dos 30 anos de idade ou outras faixas etárias, de acordo com as estratégias definidas pelo Ministério da Saúde.

Trabalhadores da saúde independentemente da idade devem receber 2 (duas) doses de tríplice viral, conforme situação vacinal encontrada, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinado o trabalhador da saúde que comprovar 2 (duas) doses de vacina tríplice viral.

Vacinação simultânea:

A vacina tríplice viral pode ser administrada simultaneamente com a maioria das vacinas do Calendário Nacional de Vacinação. Entretanto, é importante observar as seguintes situações:

a) **administração simultânea com a vacina varicela.** Pode ser feita em qualquer idade. Porém, se não administradas simultaneamente, deve-se respeitar o intervalo de 30 dias entre as doses, mínimo de 15 dias.

b) **administração simultânea com a vacina febre amarela.**

✓ **Crianças menores de 2 (dois) anos de idade:**

- Não administrar simultaneamente as vacinas tríplice viral e febre amarela. Deve-se respeitar o intervalo de 30 dias entre as vacinas, mínimo de 15 dias.

Em situações de emergência epidemiológica, com a circulação concomitante dos vírus da febre amarela e do sarampo ou da caxumba ou da rubéola, as duas vacinas poderão ser administradas simultaneamente, considerando a relação risco-benefício. Deve-se manter a continuidade do esquema vacinal preconizado no Calendário Nacional de Vacinação.

✓ **Pessoas a partir de 2 anos (dois) de idade:**

- As vacinas tríplice viral e febre amarela podem ser administradas simultaneamente. Porém, se não administradas simultaneamente, deve-se respeitar o intervalo de 30 dias entre as doses, mínimo de 15 dias.

Vacinação com dose zero de tríplice viral em crianças de seis a 11 meses de idade:

Em situação epidemiológica de risco para o sarampo ou a rubéola, a vacinação de crianças entre 6 (seis) a 11 meses de idade pode ser temporariamente indicada, devendo-se administrar a dose zero da vacina tríplice viral. A dose zero não é considerada válida para cobertura vacinal de rotina. Após a administração da dose zero de tríplice viral, deve-se manter o esquema vacinal recomendado no Calendário Nacional de Vacinação.

Precauções

Pessoas com imunodepressão deverão ser avaliadas e vacinadas segundo orientações do manual do CRIE. Mulheres em idade fértil devem evitar a gravidez até pelo menos 1 (um) mês após a vacinação.

Pessoas comprovadamente portadoras de alergia à proteína do leite de vaca (APLV) devem receber a vacina tríplice viral de outro fabricante diferente do Serum Institute of India.

Contraindicações:

A vacina tríplice viral é contraindicada para gestantes e crianças abaixo dos 6 (seis) meses de idade, mesmo em situações de surto de sarampo, caxumba ou rubéola.

Em gestantes vacinadas inadvertidamente com a vacina tríplice viral, não interromper a gravidez. Essas gestantes deverão ser acompanhadas no pré-natal para identificar possíveis intercorrências. Vale ressaltar que, até o momento, os estudos de acompanhamento de vacinação inadvertida em gestantes não demonstraram risco aumentado de complicações, sendo que a contraindicação é feita como uma precaução por se tratar de vacinas contendo vírus vivo atenuado.

Pessoas com suspeita de sarampo ou caxumba ou rubéola.

Bloqueio vacinal dos contatos de casos suspeitos ou confirmados de sarampo ou rubéola:

Vacinação seletiva mediante avaliação do cartão ou caderneta de vacinação de todos os contatos a partir dos seis meses de idade, sendo:

- Dose zero de tríplice viral em crianças de seis a 11 meses de idade, mantendo o esquema recomendado no Calendário Nacional de Vacinação.
- Vacinação de pessoas de 12 meses a 59 anos de idade de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação.
- Indicação de uma dose da vacina tríplice viral em pessoas a partir dos 60 anos de idade, não vacinadas ou sem comprovante de vacinação para o sarampo e a rubéola.

Vacinação de contatos de casos suspeitos ou confirmados de caxumba:

A vacinação dos contatos dos casos suspeitos ou confirmados da doença deve ser realizada em conformidade com as indicações do Calendário Nacional de Vacinação.

Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada) – Tetraviral

Esquema:

Administrar 1 (uma) dose aos 15 meses de idade em crianças que já tenham recebido a primeira dose da vacina tríplice viral.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 mL, subcutânea.

Particularidades:

Crianças não vacinadas oportunamente aos 15 meses de idade, poderão ser vacinadas até 4 (quatro) anos 11 meses e 29 dias.

Em situações emergenciais e na indisponibilidade da vacina tetraviral, as vacinas tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola - atenuada) e varicela (atenuada) poderão ser utilizadas.

Vacinação simultânea:

A vacina tetraviral pode ser administrada simultaneamente com a maioria das vacinas do Calendário Nacional de Vacinação. Entretanto, é importante observar a seguinte situação:

- **Administração simultânea com a vacina febre amarela.**
 - ✓ **Crianças menores de 2 (dois) anos de idade:**
 - Não administrar simultaneamente as vacinas tetraviral e febre amarela. Deve-se respeitar o intervalo de 30 dias entre as vacinas, mínimo de 15 dias.
Em situações de emergência epidemiológica, com a circulação concomitante dos vírus da febre amarela e do sarampo ou da caxumba ou da rubéola, as duas vacinas poderão ser administradas simultaneamente, considerando a relação risco-benefício. Deve-se manter a continuidade do esquema vacinal preconizado no Calendário Nacional de Vacinação.
 - ✓ **Crianças a partir de 2 anos (dois) de idade:**
 - As vacinas tetraviral e febre amarela podem ser administradas simultaneamente. Porém, se não administradas simultaneamente, deve-se respeitar o intervalo de 30 dias entre as doses, mínimo de 15 dias.

Contraindicações:

Esta vacina é contraindicada para crianças expostas ao HIV. A vacinação destas crianças deve ser feita com as vacinas tríplice viral e varicela (atenuada).

Vacina hepatite A (inativada)

Esquema: Deve ser administrada uma dose aos 15 meses de idade.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5mL, intramuscular.

Particularidades:

Para crianças até 4 anos, 11 meses e 29 dias, que tenham perdido a oportunidade de se vacinar, administrar uma dose da vacina hepatite A.

Para crianças com imunodepressão e para os suscetíveis, fora da faixa etária preconizada no Calendário Nacional de Vacinação, deverão ser avaliadas e vacinadas segundo orientações do manual do CRIE. Disponível em:

https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf

Para o uso da Vacina hepatite A no CRIE o que muda é o volume da dose e o público-alvo, a depender da idade. Administrar dose de 0,5mL para indivíduo de 15 meses a 17 anos, 11 meses e 29 dias e 1 mL para adulto suscetível.

Precaução:

Excepcionalmente, pode ser utilizada pela via subcutânea (SC) em pessoas com coagulopatias.

Vacina varicela (atenuada)

Esquema:

Administrar uma dose aos 4 (quatro) anos de idade. Corresponde à segunda dose da vacina varicela, considerando a dose de tetraviral aos 15 meses de idade.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5mL via subcutânea.

Particularidades:

Crianças não vacinadas oportunamente aos 4 (quatro) anos de idade, poderão ser vacinadas com até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias, incluindo as crianças indígenas nessa faixa etária.

Indígenas a partir dos 7 (sete) anos de idade não vacinados ou sem comprovação vacinal, administrar 1 (uma) ou duas doses de vacina varicela (atenuada), a depender do laboratório produtor.

Trabalhadores da saúde não vacinados devem receber uma ou duas doses de vacina varicela (atenuada), a depender do laboratório produtor. Quando indicado duas doses, respeitar o intervalo de 30 dias entre as doses.

Vacinação simultânea:

A vacina varicela (atenuada) pode ser administrada simultaneamente com as demais vacinas do calendário, incluindo as vacinas tríplice viral e febre amarela. Na impossibilidade de realizar vacinação simultânea, adotar o intervalo mínimo de 30 dias entre as vacinas, mínimo de 15 dias.

Precauções

Mulheres em idade fértil devem evitar a gravidez até 1 (um) mês após a vacinação.

Contraindicações:

A vacina varicela é contraindicada para gestantes, crianças menores de 9 meses de idade e indivíduos imunodeprimidos ou que apresentaram anafilaxia à dose anterior.

Em gestantes vacinadas inadvertidamente com a vacina varicela, não interromper a gravidez. Essas gestantes deverão ser acompanhadas no pré-natal para identificar possíveis intercorrências.

Vacinação de contatos de casos suspeitos ou confirmados de varicela (catapora):

Em situações de surto de varicela em creche, em ambiente hospitalar e em áreas indígenas adotar a seguinte conduta para os contatos de casos da doença:

- Em crianças menores de 9 (nove) meses de idade, gestantes e pessoas imunodeprimidas administrar a imunoglobulina humana antivariçela até 96 horas (4 dias) após o contato com o caso.
- Crianças a partir de 9 (nove) meses até 11 meses e 29 dias administrar dose zero da vacina varicela (atenuada). Não considerar esta dose como válida para a rotina e manter o esquema vacinal aos 15 meses com a tetra viral e aos 4 (quatro) anos com a varicela.
- Em crianças entre 12 e 14 meses de idade antecipar a dose de tetra viral naquelas já vacinadas com

- a primeira dose (D1) da tríplice viral e considerar como dose válida para a rotina de vacinação.
- Em crianças entre 12 e 14 meses de idade sem a primeira dose (D1) da vacina tríplice viral, administrar a D1 de tríplice viral e uma dose de varicela. Agendar a dose de tetraviral ou tríplice viral + varicela para os 15 meses de idade, com intervalo de 30 dias.
- Crianças entre 15 meses e menores de 7 (sete) anos de idade, vacinar conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação.
- Pessoas a partir de 7 (sete) anos de idade, administrar 1 (uma) dose da vacina varicela.
- Os surtos de varicela registrados em outros ambientes poderão ser atendidos a depender da situação epidemiológica e avaliação de risco realizada pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, conforme autonomia de cada ente.

Indicação da vacina varicela (atenuada) segundo laboratório produtor.

Laboratório	Indicação
GSK	Duas doses a partir dos 9 meses de idade.
Green Cross	Dose única a partir dos 12 meses de idade
MSD	<ul style="list-style-type: none"> • Dose única de 12 meses a 12 anos de idade • Duas doses a partir dos 13 anos de idade

Preferencialmente, o esquema vacinal deve ser realizado com vacinas do mesmo fabricante, porém, quando há indisponibilidade do produto, podem ser utilizadas vacinas similares de diferentes laboratórios produtores, sem prejuízo na resposta protetora.

Vacina adsorvida difteria e tétano adulto – dT/ Dupla Adulto

Reforço:

Indivíduos a partir de 7 (sete) anos de idade, com esquema vacinal completo (3 doses) para difteria e tétano, administrar 1 (uma) dose a cada 10 anos após a última dose;

Em todos os casos, após completar o esquema básico (DTP, tetra ou penta) e reforços, administrar reforço com a dT a cada 10 anos, após a última dose;

Em casos de ferimentos graves e comunicantes de casos de difteria, antecipar a dose quando a última foi administrada há mais de 5 (cinco) anos.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 mL, via intramuscular.

Particularidades:

Criança a partir de 7 (sete) anos de idade ou adolescente não vacinado ou sem comprovação vacinal para difteria e tétano, administrar 3 (três) doses com intervalo de 60 dias entre elas, mínimo de 30 dias;

Criança a partir de 7 (sete) anos ou adolescente com esquema incompleto para difteria e tétano, completar esquema de 3 (três) doses, considerando as doses anteriores, com intervalo de 60 dias entre elas, mínimo de 30 dias;

Na gestante a vacina dupla adulto (dT) pode ser administrada a partir da comprovação da gravidez, em qualquer período gestacional. Completar o esquema vacinal, preferencialmente antes da data provável do parto.

Verificar o período da gestação e a indicação da vacina dTpa a partir da vigésima semana de gestação, considerando que toda gestante deve receber pelo menos 1 (uma) dose de dTpa durante a gestação e a cada gestação.

Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (acelular) tipo adulto – dTpa

Esquema (Gestante): 1 (uma) dose a cada gestação, a partir da vigésima semana de gestação.

Para aquelas que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, administrar uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5mL, intramuscular.

Particularidades:

Gestante **NÃO** vacinada previamente, administrar 3 (três) doses de vacina contendo toxoide tetânico e diftérico com intervalo de 60 dias entre as doses. Sendo 2 (duas) doses de dT em qualquer momento da gestação e 1 (uma) dose de dTpa, a partir da vigésima semana de gestação;

Gestante vacinada com 1 (uma) dose de dT, administrar 1 (uma) dose de dT em qualquer momento da gestação e 1 (uma) dose de dTpa a partir vigésima semana de gestação com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias;

Gestante vacinada com 2 (duas) doses de dT, administrar 1 (uma) dose da dTpa a partir vigésima semana de gestação;

Gestante vacinada com 3 (três) doses de dT, administrar 1 (uma) dose de dTpa a partir da vigésima semana de gestação;

Mesmo com esquema completo (3 (três) doses de dT ou dTpa) e ou reforço com dT ou dTpa, a gestante deverá receber sempre 1 (uma) dose de dTpa a cada gestação.

Profissionais de Saúde e Parteiras Tradicionais:

Observação: Segundo o Ministério da Saúde parteira tradicional é aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira.

Administrar uma dose de dTpa para todos os profissionais de saúde, considerando o histórico vacinal de difteria, tétano:

Com esquema de vacinação primário completo:

- Administrar dTpa e reforço a cada dez anos com dTpa.

Com esquema de vacinação primário incompleto:

- **Menos de 3 (três) doses com a vacina dT:** administrar 1 (uma) dose de dTpa e completar o esquema com 1 (uma) ou 2 (duas) doses de dT (dupla adulto) de forma a totalizar 3 (três) doses da vacina contendo o componente tetânico.

Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – Vacina HPV

Esquema:

Administrar 2 (duas) doses, com intervalo de 6 (seis) meses entre elas, de 9 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) para meninas e meninos.

Pessoas de 9 a 45 anos de idade, vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea e pacientes oncológicos, administrar 3 (três) doses da vacina com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses). Para a vacinação deste grupo, mantém-se a necessidade de prescrição médica.

Vítimas de violência sexual (homens e mulheres) de 9 (nove) a 45 anos que não tenham tomado a vacina HPV ou estejam com o esquema vacinal atrasado, administrar conforme a indicação da situação vacinal 3 (três) doses da vacina HPV (0, 2, 6 meses)

OBS: Ressalta-se que as pessoas previamente vacinadas (esquema completo) não necessitarão de doses suplementares. Aquelas com esquema incompleto deverão receber as doses necessárias para completar seu esquema vacinal.

FLUXO DE ATENDIMENTO

Caso o serviço do primeiro atendimento tenha sala de vacina, e a vítima de violência sexual não tenha sido vacinada ou tenha o esquema incompleto com o imunizante HPV, é importante que inicie ou dê continuidade ao seu esquema imediatamente. Não possuindo sala de vacina, orienta-se encaminhar a vítima de violência sexual à unidade de saúde mais perto de casa a fim de iniciar ou completar o esquema de vacinação da HPV, com a indicação sinalizando o CID 10 (T742), a fim de que o serviço de Atenção Primária à Saúde identifique a estratégia e consiga fazer o registro da dose de forma adequada.

No contexto da saúde indígena, caso o serviço do primeiro atendimento não possua sala de vacina, conforme recomendação acima, as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) deverão se organizar, e ofertar a vacina HPV à vítima de violência, em tempo oportuno, de acordo com a lógica de disponibilização das vacinas para a população indígena e registrar a dose da vacina em um dos sistemas de informação do Ministério

da Saúde ou nos sistemas próprios integrados com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), com a indicação do CID 10 (T742).

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 mL, intramuscular.

Observações:

Meninas e meninos que receberam a D1 e não completaram o esquema vacinal, mesmo após o período de seis meses, devem receber a D2.

Aqueles que receberam a D2 com menos de seis meses após terem recebido a D1, devem receber uma terceira dose para completar o esquema, visto que a resposta imune está comprometida pelo espaço de tempo entre a primeira e a segunda dose.

Não administrar D1 para adolescentes a partir de 15 anos de idade. Somente deverá ser completado esquema vacinal (D2).

Aqueles que já completaram o esquema vacinal com a vacina bivalente ou quadrivalente não necessitam ser revacinadas.

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.

ATENÇÃO: Orientar que o retorno em tempo oportuno para a segunda dose é importante, mas, caso o adolescente procure o Posto de Vacinação com um intervalo maior, não importando a idade, deverá ser vacinado para não se **perder** a oportunidade de completar o esquema vacinal.

Vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente – Pneumo 23v

Esquema:

Indicada na rotina de vacinação dos povos indígenas

Administrar 1 (uma) dose em todos os indígenas a partir de 5 (cinco) anos de idade sem comprovação vacinal com as vacinas pneumocócicas conjugadas. Administrar 1 (uma) dose adicional, uma única vez, respeitando o intervalo mínimo de 5 (cinco) anos da dose inicial.

Indicada na rotina de vacinação de pessoas de 60 anos e mais em condições especiais

Administrar 1 (uma) dose a partir de 60 anos, não vacinados que vivem acamados e/ou em instituições fechadas, como casas geriátricas, hospitais, unidades de acolhimento/asilos e casas de repouso. Administrar 1 (uma) dose adicional, uma única vez, respeitando o intervalo mínimo de 5 (cinco) anos da dose inicial. Esta vacina também está indicada para pessoas com condições clínicas especiais nos CRIE.

Volume da Dose e Via de Administração: 0,5 mL via intramuscular

Particularidades:

Contraindicada para as crianças menores de 2 (dois) anos de idade.

OBSERVAÇÃO GERAL: Indivíduos com condição clínica especial deverão ser avaliadas e vacinadas segundo orientações do manual do CRIE. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf

Atualização em 05 de setembro de 2023, pela Coordenação Geral de Incorporação Científica e Imunização do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde.

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com o telefone: (61) 3315 3460 ou com a ouvidoria 136.