



NOTA INFORMATIVA Nº 02/2026 DVE/CEVS/SES-RS
Vigilância Epidemiológica das Doenças
Exantemáticas RS
(Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita)

Publicação: 11 de fevereiro de 2026.

SARAMPO

É uma doença infecciosa aguda, viral, especialmente grave em menores de 05 anos, imunodeprimidos e desnutridos, e extremamente contagiosa, que infecta 09 de 10 suscetíveis após exposição ao vírus. É transmitida de forma direta através de secreções nasofaríngeas ao tossir, espirrar ou falar. Caracteriza-se por febre alta, exantema maculopapular (manchas avermelhadas) cefalocaudal, tosse seca, coriza, conjuntivite e manchas de Koplik (pequenos pontos brancos na mucosa bucal antecedendo o exantema).

[CARD Suspeita de Sarampo: o que fazer?](#)
[Roteiro de investigação de casos suspeitos](#)

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO MUNDIAL

Até o mês de janeiro de 2026 a Organização Mundial da Saúde (OMS) reportou 552.699 casos suspeitos de sarampo em 179 países membros das seis regiões da OMS, com a confirmação de **247.623 (44,8%)** no ano de 2025. Destes, 27,6% dos casos foram registrados na região do *Mediterrâneo oriental (EMR)*, seguida pela região da *África (AFR)*, com 24,5% dos casos, e pela região do *Pacífico ocidental (WPR)*, com 21,6% dos casos. O continente *Europeu* registrou 13,1% dos casos seguido por 7,4% no *Sudeste asiático* e 5,5% na *América*. Entre 2000 e 2024, a imunização reduziu em 88% as mortes por sarampo, evitando cerca de 59 milhões de óbitos. Ainda assim, em 2024 ocorreram cerca de 95 mil mortes, principalmente em crianças menores de 5 anos. Nesse ano, 84% das crianças receberam a primeira dose da vacina e 76% a segunda e cinquenta e nove países relataram surtos de grande magnitude — o maior número desde o início da pandemia. A Europa registrou o maior total em 25 anos, concentrando um terço dos casos globais. Todas as regiões, exceto as Américas, tiveram ao menos um país com grande surto em 2024, e em 2025 diversos países das Américas voltaram a enfrentar transmissões.

REGIÃO DAS AMÉRICAS

Em novembro de 2025, a Região das Américas perdeu a certificação de eliminação da transmissão endêmica do sarampo. Até 03/01/26, foram confirmados 14.891 casos (referente a 2025), aumento de 32 vezes em relação a 2024 (466 casos confirmados). Distribuição por país: *México*: 6.428 casos, *Canadá*: 5.436 casos (perda da certificação vigente desde 1998 após um ano de surto), *Estados Unidos*: 2.242 casos, *Bolívia*: 597 casos, *Brasil*: 38 casos, *Belize*: 44 casos, *Paraguai*: 49 casos e *Argentina*: 37 casos, *Uruguai*: 13, *Peru*: 05 casos, *Costa Rica*: 01, *Guatemala*: 01, *El Salvador*: 01.

Óbitos registrados (n=29): México (24), EUA (03), Canadá (02).

No mês de dezembro/25, o Uruguai confirmou 13 casos a partir de núcleo familiar com histórico de viagem à Bolívia, pertencente a um grupo com elevada hesitação vacinal. Durante





o período de transmissibilidade houve deslocamento em transporte público por três províncias Argentinas (Salta, Entre Ríos e Buenos Aires), em alerta epidemiológico e com posterior confirmação de um caso de sarampo na província de Entre Rios (SE 48). Já em 2026 até a SE 03 foram confirmados 1.031 casos de sarampo no continente (*México: 740, EUA: 171, Canadá:67, Guatemala: 41, Bolívia:10, Chile:01, Uruguai:01*).

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO BRASIL

No Brasil, os últimos casos de sarampo haviam sido registrados no ano de 2015, em surtos ocorridos nos estados do Ceará, São Paulo e Roraima. Nos anos de 2016 e 2017 não houve confirmação de casos. Em *setembro de 2016*, o Brasil recebeu o *certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo pela OPAS/OMS*.

No entanto, em 2018, com o grande fluxo migratório associado às baixas coberturas vacinais, o vírus voltou a circular, e em 2019, *após um ano de circulação* do mesmo genótipo (D8), o *Brasil perdeu a certificação* de “país livre do vírus do sarampo”. Entre os anos de 2018 a 2022 foram confirmados *9.329 (12 óbitos), 21.704 (16 óbitos), 8.035 (10 óbitos), 670 (02 óbitos) e 41* casos de sarampo, respectivamente. Em 2022, os estados que confirmaram casos foram: Rio de Janeiro, Pará, São Paulo e Amapá, com o último caso confirmado registrado no estado do Amapá no mês de junho. Em 2023 não houve registro de casos confirmados de sarampo no Brasil.

Em *novembro de 2024*, o país recebeu a *recertificação da eliminação da circulação endêmica do vírus do sarampo concedida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS)*, mantida até o presente momento. Desde março de 2025 o alerta é máximo devido ao risco de importação de casos e transmissão secundária. Até agora foram confirmados 38 casos, sendo:

Fonte de infecção desconhecida: 03 casos (02 no RJ, 01 em SP)

Casos importados: DF (01), SP (01), RS (01) — provenientes do Sudeste Asiático e EUA (nos dois últimos estados).

Eventos relevantes:

- Julho/2025: Surto em Campos Limpos (TO), associado ao retorno de quatro brasileiros infectados após viagem à Bolívia, resultando na confirmação de 25 casos.
- Maranhão: 01 caso com histórico de contato com comunidade de Campos Limpos (TO).
- Setembro/2025: Primavera do Leste (MT) confirmou 06 casos com histórico de viagem à Bolívia.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO SARAMPO NO RIO GRANDE DO SUL

No RS, a vigilância do sarampo e os dados de vacinação existem desde a década de 1970. Assim como no Brasil, as coberturas vacinais infantis nas décadas de 1970 e 1980 ficaram abaixo de 80%, resultando em surtos com alta letalidade. A partir de 1990, o estado aderiu ao Plano de Eliminação do Sarampo e realizou, em 1992, campanha para menores de 15 anos, atingindo mais de 100% da população-alvo. Associada à vacinação de rotina aos nove meses, essa ação reduziu a transmissão a zero nos anos seguintes. Em 1997, ocorreu nova epidemia, controlada com campanha para crianças de 1 a 11 anos com a vacina tríplice viral, alcançando 99% de cobertura.

O último caso autóctone de sarampo no Rio Grande do Sul havia ocorrido em Caxias do Sul em 1999. De 2000 a 2009 não houve casos de sarampo no estado. No entanto, em 2010,

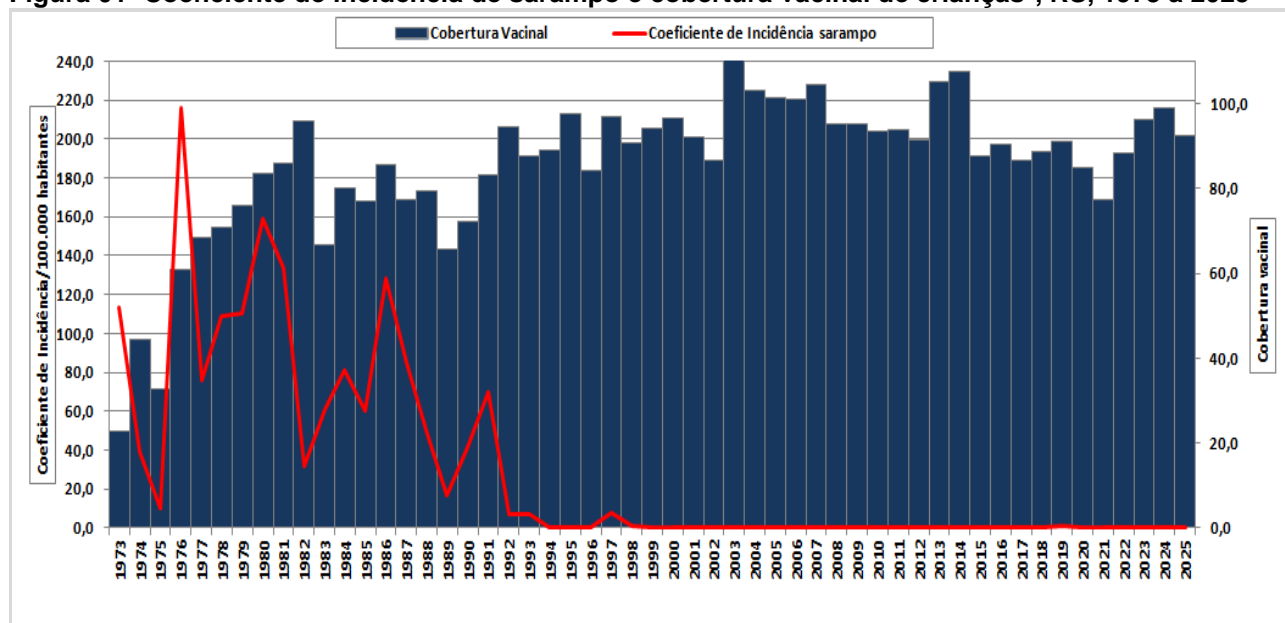




houve 08 casos de sarampo pelo genótipo B3, que circulava na África. O caso índice havia estado na Argentina onde ocorreram casos importados do continente africano logo após a copa do mundo realizada na África do Sul. Em 2011, assim como o Brasil, o estado sofreu novas importações, com 07 casos do genótipo D4, circulante na Europa que sofria epidemia com mais de 30 mil casos de sarampo. No período de 2012 a 2017 não houve registro de casos confirmados no estado. Em 2018 (47), 2019(101) e 2020(38) o RS registrou 186 casos confirmados de sarampo, todos por critério laboratorial ou clínico-epidemiológico.

Em janeiro de 2024, o RS confirmou no município de Rio Grande um caso importado em criança de três anos, não vacinado, procedente de país asiático com surto vigente da doença. Em abril de 2025 o estado confirmou novo caso importado da doença em Porto Alegre, em paciente de 50 anos com histórico vacinal desconhecido e viagem aos EUA, país com surto ativo. Não houve cadeia de transmissão associada em ambos casos. Na Figura 01 segue descrição da série histórica de cobertura vacinal e coeficiente de incidência de sarampo no RS desde 1973, com importante queda da incidência a partir do aumento das coberturas vacinais e com destaque para 1997, ano de surto e campanha de vacinação em massa no RS (além da introdução tríplice viral aos 15 meses no calendário vacinal).

Figura 01- Coeficiente de incidência de sarampo e cobertura vacinal de crianças*, RS, 1973 a 2025



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

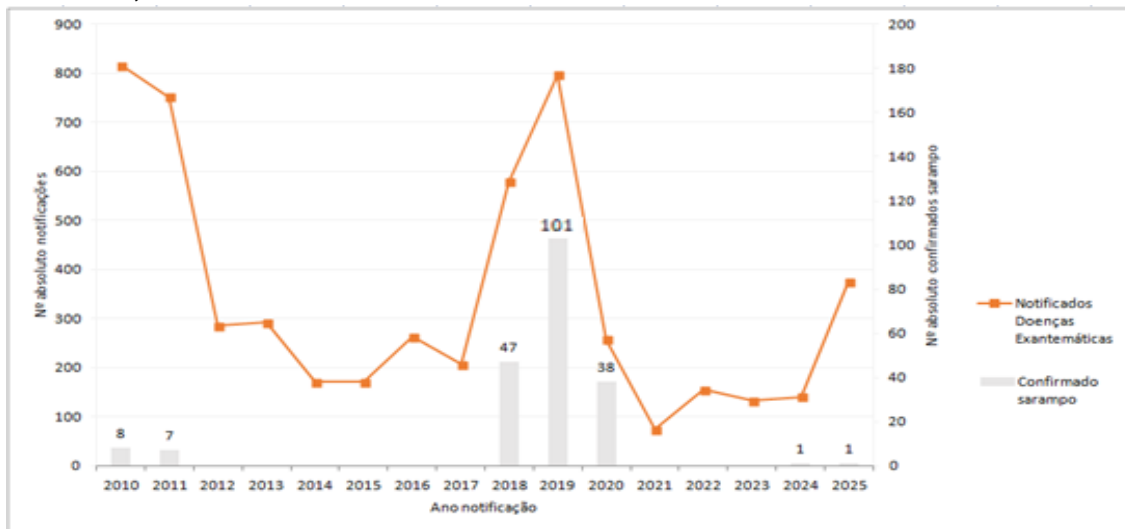
*Até 2003 foi utilizada a vacina monovalente contra o sarampo indicada para crianças de 9 meses de idade. Em 1997 foi introduzida a vacina Tríplice Viral aos 15 meses de idade. Em 2003 a vacina monovalente não foi mais utilizada e a tríplice viral passou a ser indicada a partir de 01 ano de idade.

A vigilância das doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) é realizada de forma integrada. Na figura 02 segue descrição da série histórica de notificações de doenças exantemáticas (Sarampo e Rubéola) e casos confirmados de sarampo no período de 2010 a 2025. Observa-se maior sensibilidade dessa vigilância, com maior notificação de casos suspeitos nos anos com presença de casos de sarampo confirmados. Durante e após a pandemia pela Covid-19 observa-se queda importante na magnitude da vigilância das doenças exantemáticas. Em 2025 verifica-se incremento com importante tendência de aumento em direção aos níveis pré-pandêmicos.





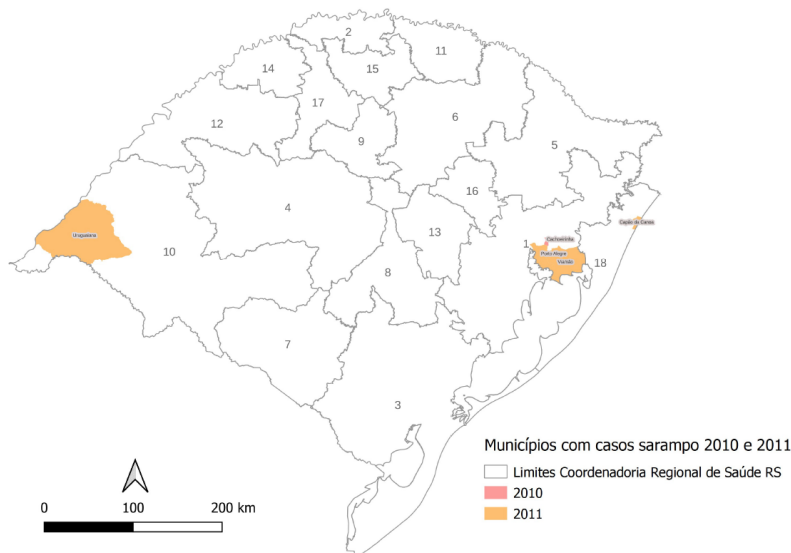
Figura 02- Número absoluto de notificações de Doenças exantemáticas*, 2010-2025, RS



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

Os municípios com casos confirmados de sarampo nos anos de 2010 e 2011 estão descritos no mapa da figura 03.

Figura 03- Municípios com casos sarampo confirmados, 2010-2011, RS



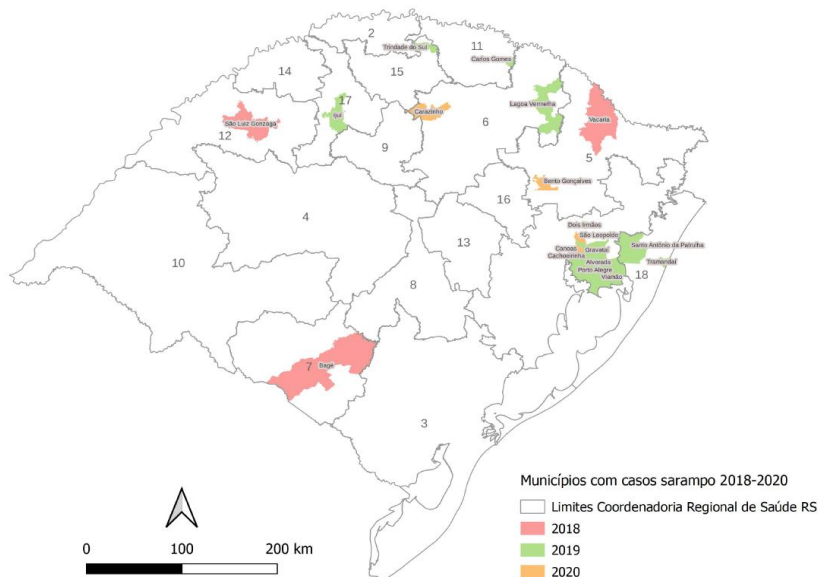
Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS

Na figura 04 estão destacados os municípios com casos confirmados no período de 2018 (Alvorada, Bagé, Porto Alegre, São Luiz Gonzaga, Vacaria e Viamão), 2019 (Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Carlos Gomes, Dois Irmãos, Gravataí, Ijuí, Lagoa Vermelha, Porto Alegre, Santo Antônio da Patrulha, Sapucaia do Sul, Tramandaí, Trindade do Sul e Viamão) e 2020 (Bento Gonçalves, Cachoeirinha, Canoas, Carazinho, Esteio, Gravataí, Porto Alegre, São Leopoldo e Sapucaia do Sul).





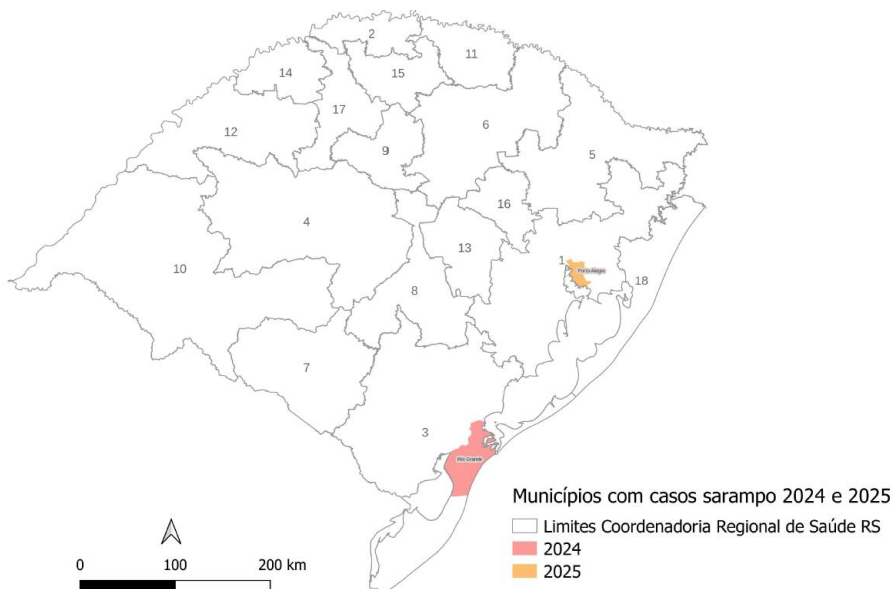
Figura 04- Municípios com casos sarampo confirmados, 2018-2020, RS



Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS

Já os municípios que confirmaram casos de sarampo importados em 2024 e 2025 estão sinalizados no mapa da figura 05.

Figura 05- Municípios com casos sarampo confirmados, 2024-2025, RS



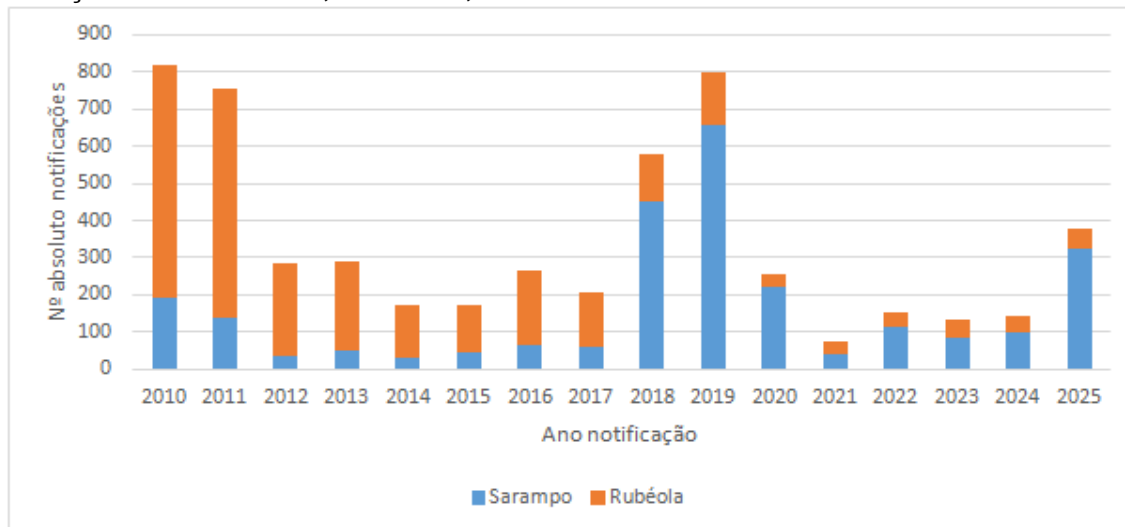
Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS

Na série histórica descrita na figura 06 podemos observar no período de 2010 a 2017, predominância da suspeita clínica de rubéola nas notificações de doenças exantemáticas. A partir de 2018 a predominância da suspeição clínica passa a ser de sarampo.





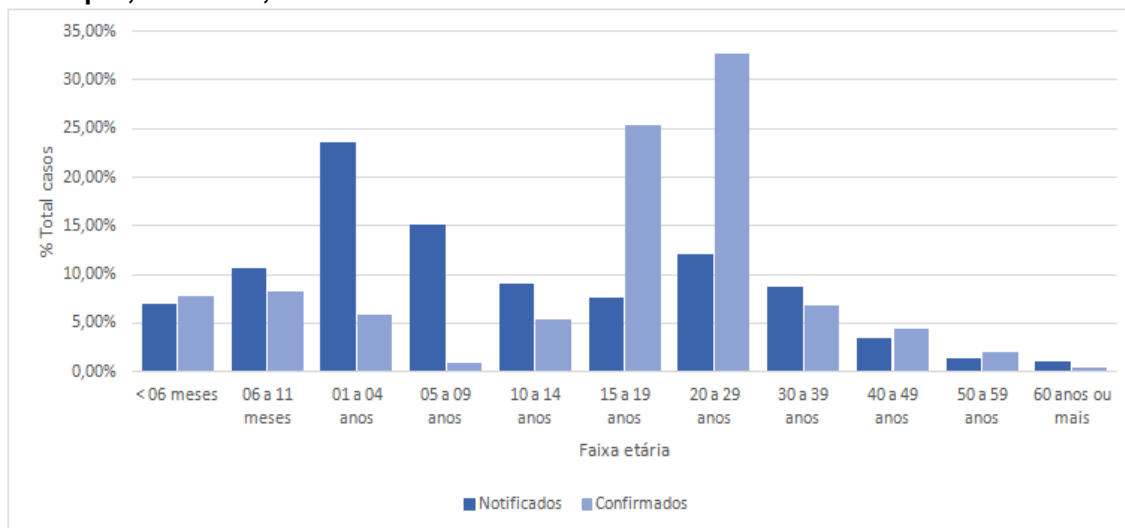
Figura 06- Proporção entre sarampo e rubéola dentre as notificações de doenças exantemáticas*, 2010-2025, RS



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

Ao estabelecermos comparativo entre a faixa etária dos casos notificados e confirmados no período de 2010 a 2025 (figura 07), nota-se a predominância da faixa etária de 01-04 anos nas notificações de doenças exantemáticas. Já dentre os casos confirmados de sarampo, a faixa etária predominante é de 20-29 anos, seguida por 15-19 anos.

Figura 07- Faixa etária casos notificados para doenças exantemáticas e confirmados para sarampo*,2010-2025, RS



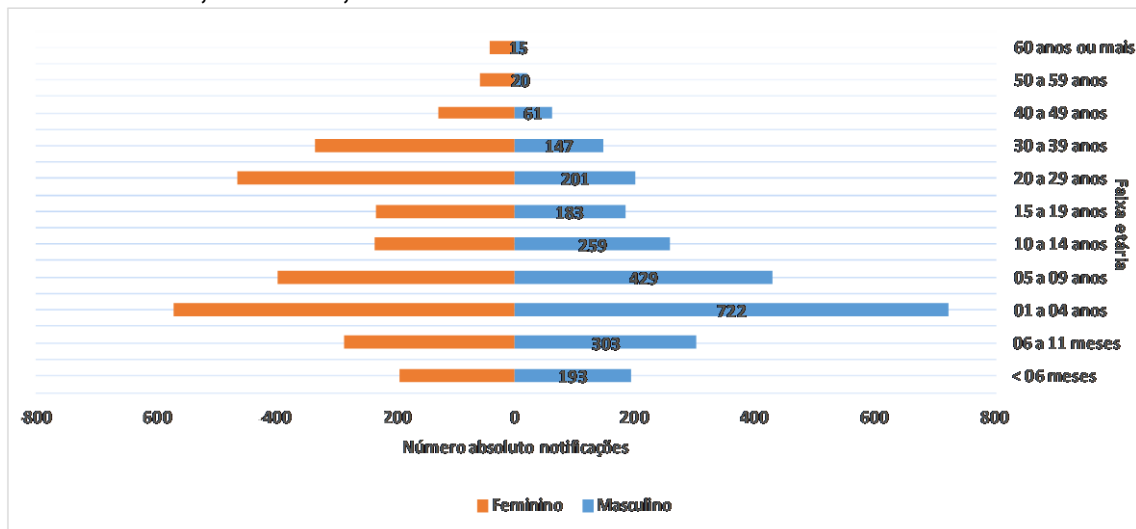
Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS*Dados sujeitos a alterações.

Abaixo (figura 08) segue descritivo da distribuição por sexo e faixa etária dos casos notificados para doenças exantemáticas e na figura 09, dos casos confirmados de sarampo. Em relação ao total de notificações, há predomínio do sexo feminino em sete das onze faixas etárias avaliadas.





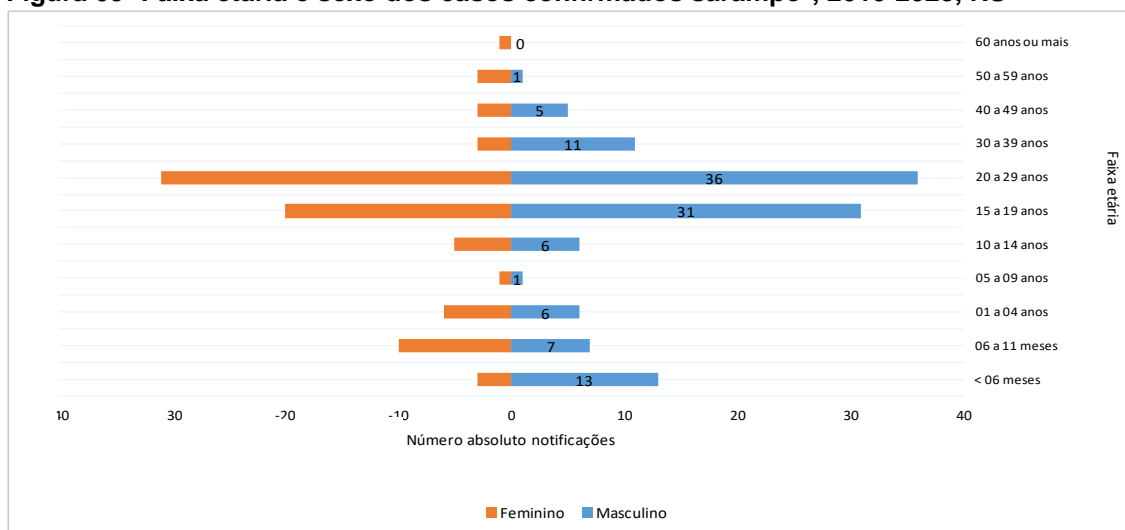
Figura 08- Faixa etária e sexo dos casos notificados para doenças exantemáticas*, 2010-2025, RS



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

Já nos casos confirmados de sarampo, a distribuição entre os sexos por faixa etária mostra discreta predominância do sexo masculino em seis das onze faixas etárias avaliadas.

Figura 09- Faixa etária e sexo dos casos confirmados sarampo*, 2010-2025, RS



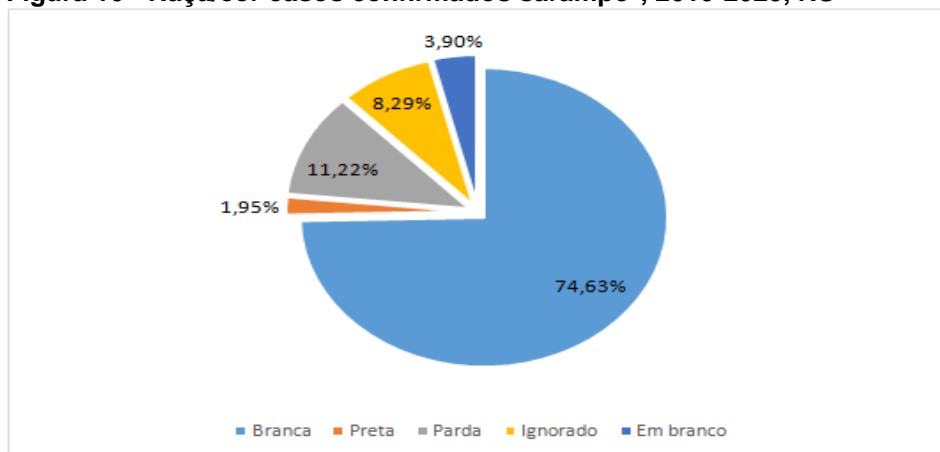
Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS*Dados sujeitos a alterações.

Quanto à raça/cor dos casos confirmados (figura 10) para sarampo, 74,63% corresponderam à raça branca. A informação não foi preenchida/ignorada em 12,19% das notificações, o que compromete a avaliação global do preenchimento da variável.





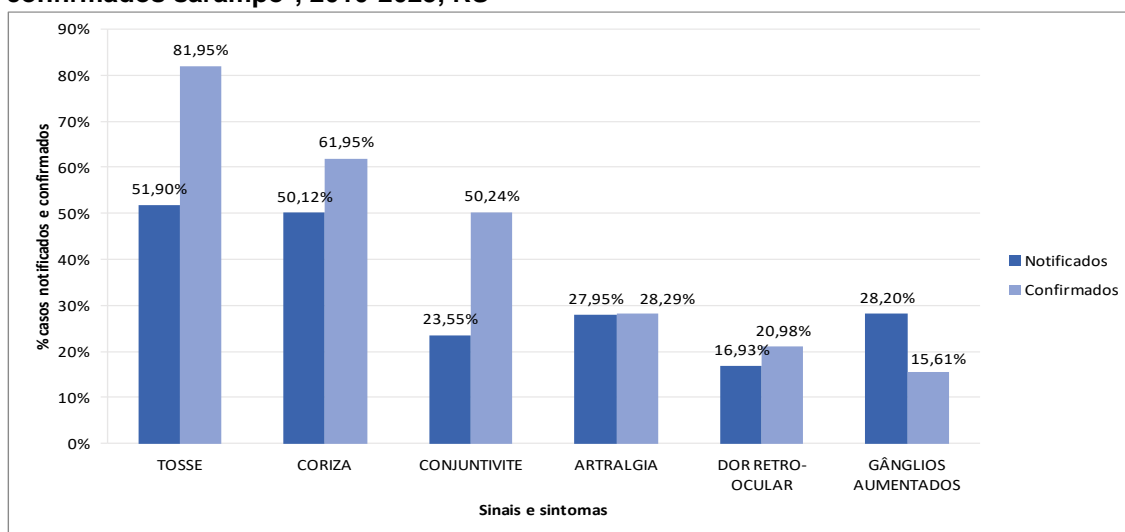
Figura 10 - Raça/cor casos confirmados sarampo*, 2010-2025, RS



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

Ao comparar os sinais e sintomas mais frequentes entre casos notificados para doenças exantemáticas e confirmados para sarampo (figura 11), observa-se a predominância de tosse e coriza em ambos os grupos. O terceiro sintoma mais frequente dos casos notificados, gânglios aumentados, difere dos confirmados, os quais tem como terceiro sintoma mais frequente a conjuntivite.

Figura 11 -Sinais e sintomas presentes nos casos notificados para doenças exantemáticas e confirmados sarampo*, 2010-2025, RS



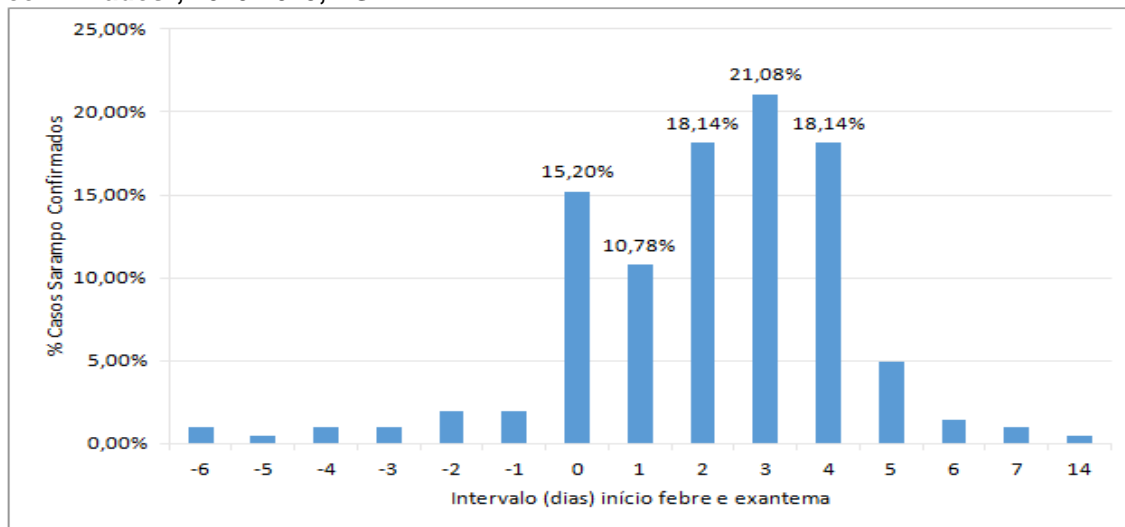
Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS*Dados sujeitos a alterações.

Em relação à coleta oportuna de amostra de soro (até 30 dias a contar da data do exantema), 91,61% notificados e 91,71% dos confirmados atingiram esse, que é indicador de qualidade da vigilância das doenças exantemáticas.





Figura 12-Intervalo em dias do início da febre e exantema em casos confirmados*, 2010-2025, RS

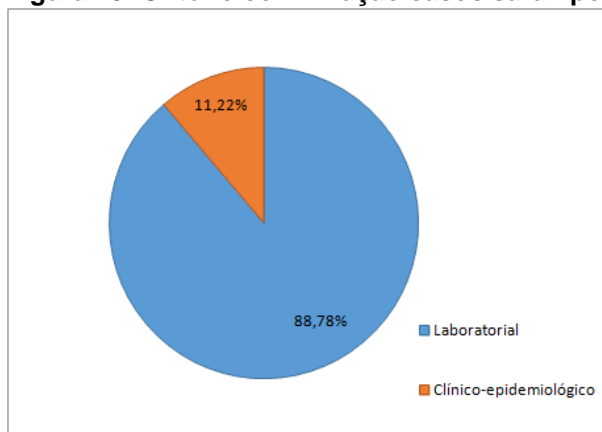


Fonte: SINAN/DVE/CEVS/SES-RS*Dados sujeitos a alterações.

Ao olhar para o intervalo de tempo transcorrido entre o início da febre e a manifestação clínica do exantema nos casos confirmados de sarampo no RS (figura 12), em 68% destes o exantema surgiu de 01 até 04 dias após o início da febre. Os valores negativos são referentes a casos em que o exantema antecedeu a febre.

Na figura 13 observa-se o critério de confirmação dos casos de sarampo. É importante ressaltar que os casos confirmados pelo critério clínico-epidemiológico também pressupõem um exame laboratorial positivo do contactante.

Figura 13- Critério confirmação casos sarampo*, 2010-2025, RS



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

A variável “contato com caso suspeito ou confirmado” nos casos confirmados apresentou preenchimento de 57,66% como “sem história de contato” e 25,16% como “ignorado”, comprometendo a avaliação global da informação.

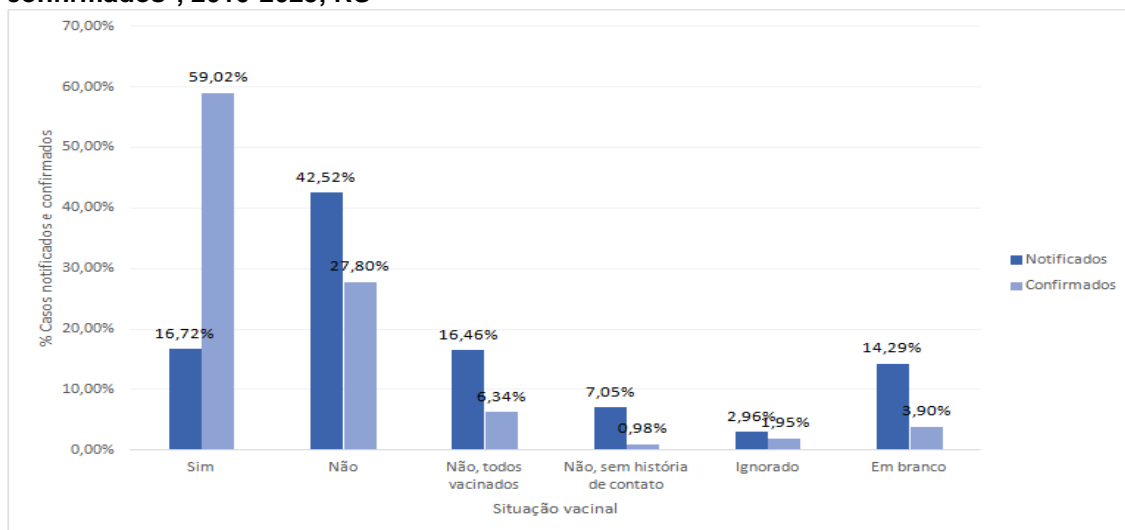
Em relação à realização de bloqueio vacinal seletivo nos comunicantes, principal ação de controle e contenção da disseminação do vírus do sarampo, e que deve ser desencadeada diante da suspeita clínica em até 72 horas, chama atenção o fato de que





42,5% dos casos notificados (e 27,8% dos confirmados) não tiveram ação de bloqueio vacinal seletivo realizada.

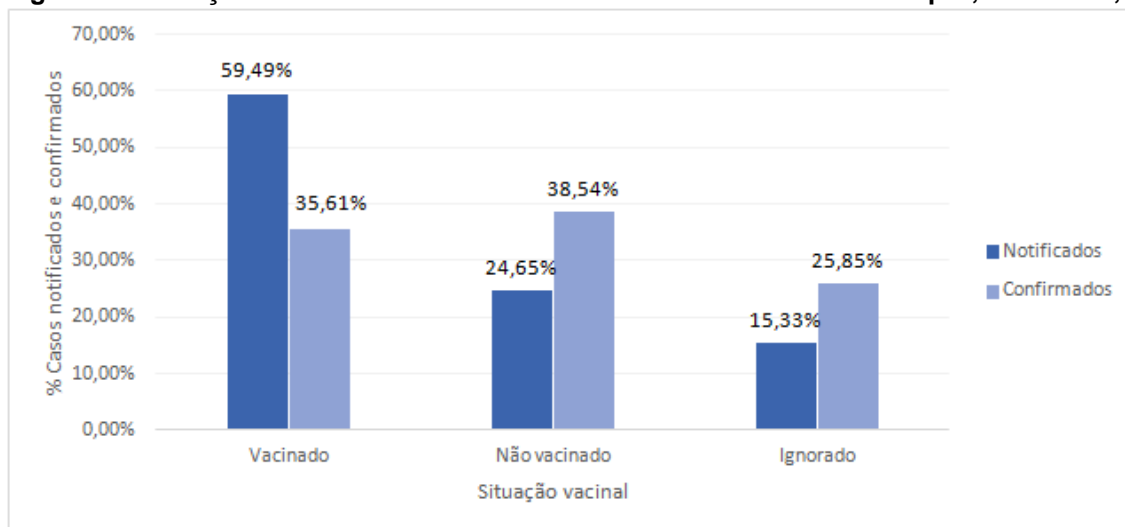
Figura 14- Realização de bloqueio vacinal seletivo nos comunicantes de casos notificados e confirmados*, 2010-2025, RS



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

Na figura 15 observa-se a situação vacinal de casos notificados para doenças exantemáticas e confirmados para sarampo. A variável ainda apresenta importante percentual de preenchimento ignorado (25,85% dos casos confirmados), o que dificulta a avaliação do perfil epidemiológico dos casos. Dentre os casos confirmados, observa-se predominância do status não vacinado. É importante ressaltar que a ficha de notificação no Sinan não possui campo para preenchimento do número de doses, apenas se é vacinado e data da última dose, o que não possibilita avaliar a adequação do esquema vacinal de acordo com a faixa etária.

Figura 15- Situação vacinal de casos notificados e confirmados de sarampo*, 2010-2025, RS



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





RUBÉOLA

A rubéola é uma doença viral, aguda e transmissível por secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar e falar. Caracteriza-se por febre baixa, exantema maculopapular eritematoso (manchas avermelhadas na pele), linfadenopatia generalizada (aumento dos gânglios), principalmente suboccipital, pós-auricular e cervical posterior (região do pescoço). Sua importância epidemiológica está relacionada a risco de abortos, natimortos e malformações congênitas associadas à síndrome da rubéola congênita (SRC).

ANTECEDENTES DO CONTROLE DA RUBÉOLA E SRC NO RIO GRANDE DO SUL

A vacinação contra a rubéola iniciou no RS em 1997 com campanha para crianças de 01 a 11 anos, alcançando mais de 99% de cobertura e reduzindo significativamente a incidência. Em 2002, a campanha para mulheres em idade fértil atingiu 81,7%, abaixo da meta de 95%. Até 2005 a circulação do vírus permaneceu baixa, com 40 casos esporádicos. No final de 2005, ocorreu um surto de 50 casos do genótipo 1D, iniciado em um frigorífico de Passo Fundo.

No início de 2006 houve um pequeno surto em uma empresa de tabaco de Cachoeirinha, com 07 casos em homens adultos. No final de 2006, iniciou-se um surto pelo genótipo 2B em MG e RJ, que atingiu o RS em 2007, com os primeiros casos em Pelotas. O vírus se espalhou por outras regiões até o fim de 2008, com maior impacto na região sul e metropolitana em 2007 e nos vales e metropolitana em 2008. Houve predomínio em homens jovens, com incidência 5,5 vezes maior que em mulheres. Foram notificados 6.557 casos suspeitos e confirmados 2.971. Novos municípios foram afetados até o fim da campanha nacional de vacinação para eliminação da rubéola. Em novembro de 2008 ocorreu o último caso autóctone em Porto Alegre. De 2009 a 2025 não houve casos confirmados no estado.

Os últimos casos de Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) ocorreram em 2001 e 2003, após surtos na região oeste. Após a epidemia pelo genótipo 2B, entre 2008 e 2009 foram acompanhadas 132 gestantes com rubéola. Houve 30 notificações de SRC, com 8 confirmações laboratoriais, incluindo isolamento do genótipo 2B em quatro delas. As crianças eram filhas de mães não vacinadas ou com vacinação desconhecida, de 16 a 39 anos; quatro gestantes adoeceram no primeiro trimestre. As principais malformações foram surdez, catarata e cardiopatia, sem registros de óbitos até a reavaliação em 2010.

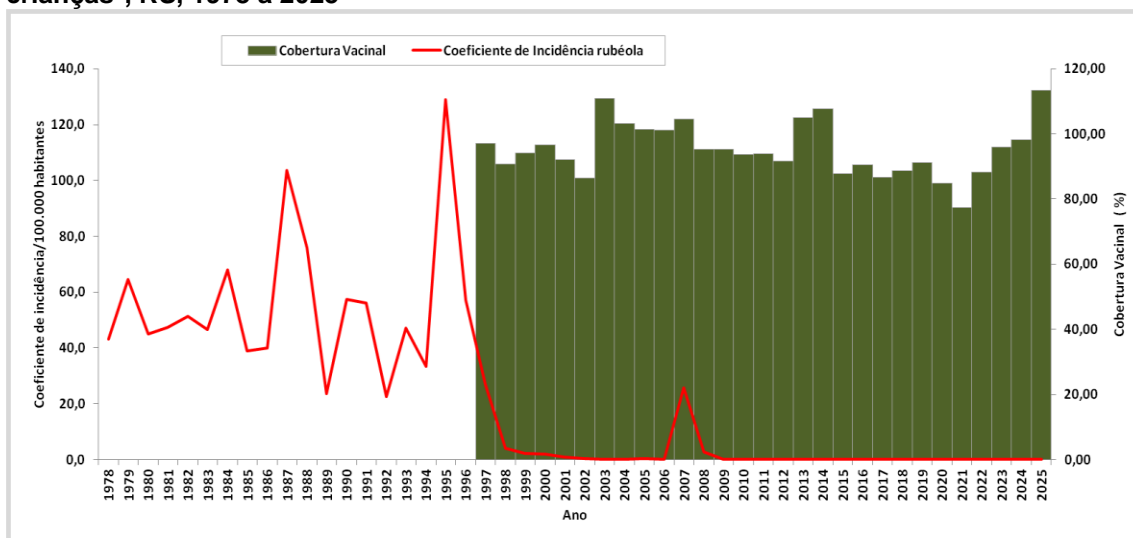
Em *abril de 2015*, o Brasil recebeu o certificado *de eliminação da circulação do vírus da Rubéola e da SRC pela OMS* declarando a região das Américas livre da circulação do vírus. Desde 2009 o Brasil não tem casos de Rubéola. O país mantém a certificação da eliminação do vírus da rubéola e da SRC graças a uma vigilância ativa e robusta das doenças exantemáticas e às coberturas vacinais.

Na figura abaixo segue descrição do coeficiente de incidência de rubéola no Estado desde 1978 e da cobertura vacinal a partir de 1997 (marco da introdução da tríplice viral aos 15 meses no calendário de vacinação). É bastante significativa a queda da incidência a partir de 1997; também é possível observar os surtos ocorridos em 2007 e 2008 no estado.





Figura 16- Coeficiente de incidência de rubéola e cobertura vacinal de crianças*, RS, 1978 a 2025*



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

* Em 1997 foi introduzida a vacina Tríplice Viral aos 15 meses de idade. Em 2003 a vacina tríplice viral passou a ser indicada a partir de 01 ano de idade.

AVALIAÇÃO SITUAÇÃO VACINAL

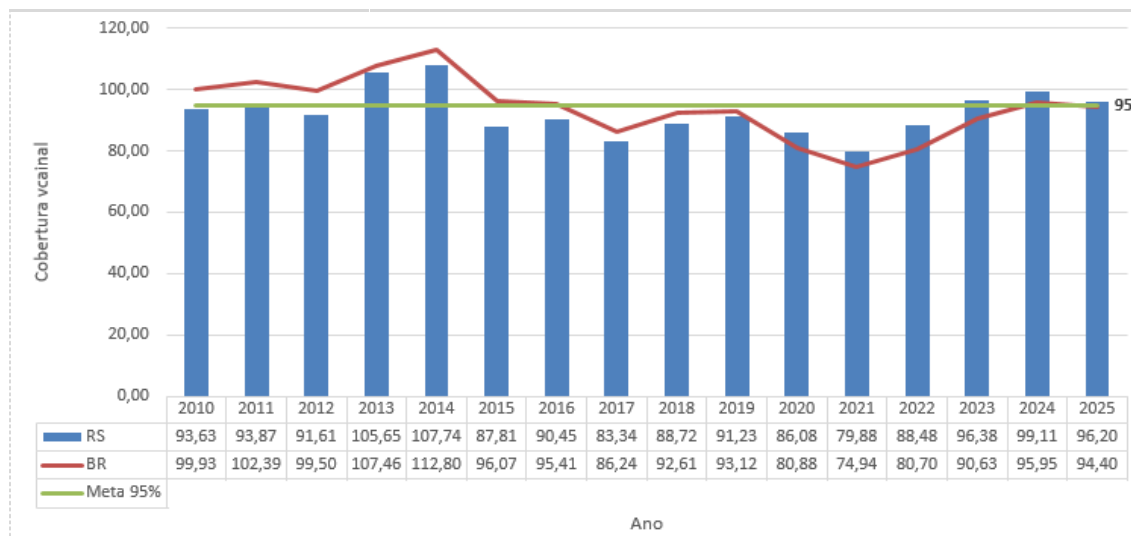
A vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) foi implantada no Rio Grande do Sul em 1997 e desde 2013 o Ministério da Saúde recomenda uma dose da vacina tríplice viral aos 12 meses e uma dose da vacina tetraviral aos 15 meses de idade. No SUS, a vacina é disponibilizada para pessoas de 01 a 59 anos de idade. Considera-se vacinada a pessoa que comprovar duas doses da vacina entre 01 e 29 anos e uma dose de 30 a 59 anos, contendo o componente sarampo, caxumba e rubéola. O sarampo é uma doença altamente transmissível, sendo necessário para o seu controle altas e homogêneas coberturas vacinais (CV), com a primeira e segunda doses (D1 e D2) da vacina contra sarampo. No Brasil a meta é de no mínimo 95% da população alvo.

Na figura 17 está descrito comparativo da cobertura vacinal da dose 01 de tríplice viral no Rs em relação ao Brasil. Podemos observar de uma forma geral que o estado tem acompanhado as tendências de queda e aumento da cobertura no país ao longo do período avaliado. Após queda significativa das coberturas nos anos pandêmicos de 2020 e 2021, tanto o estado do RS como o Brasil tem apresentado crescimento contínuo nas coberturas a partir de 2022, em grande parte graças às ações e mobilizações do microplanejamento. Nos anos de 2023 e 2024 o RS atingiu a meta da cobertura vacinal da dose 01 de tríplice viral e o Brasil atingiu em 2024 a meta estabelecida.





Figura 17- Cobertura vacinal (%) de Tríplice Viral, D1, 2010-2025, RS e Brasil

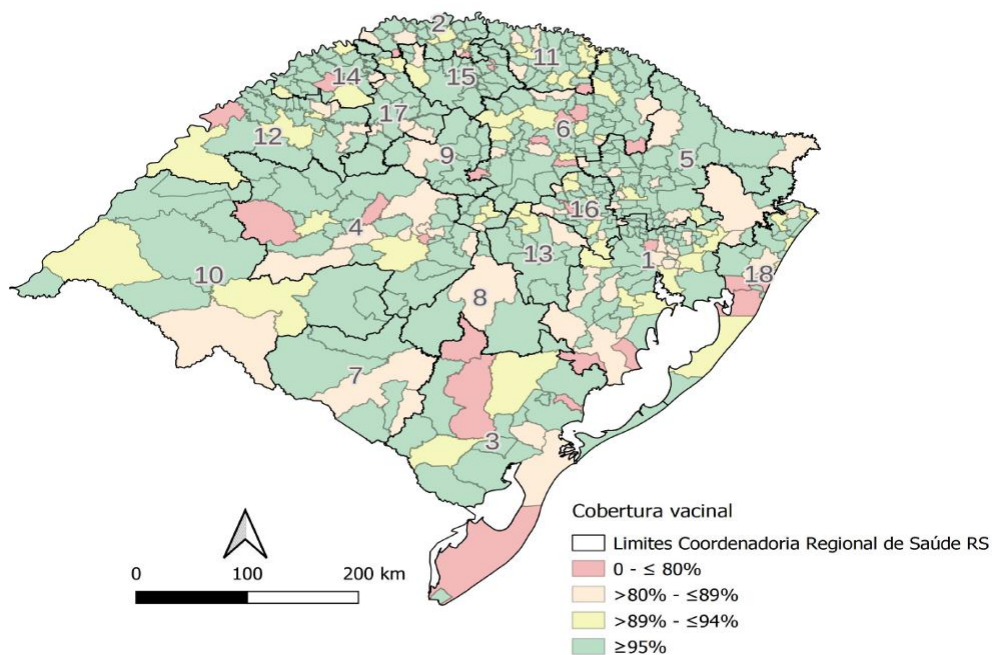


Fonte: DVE/CEVS/SES-RS com base SI-PNI/Datasus/LocalizaSus

Na figura 18 pode ser observada a cobertura vacinal para a dose 01 da Tríplice viral por municípios com a delimitação das coordenadorias regionais de saúde do RS no ano de 2025.

Fica evidente que apesar de o RS atingir a meta da cobertura vacinal de forma global, ao analisarmos a homogeneidade desta (69,2%), conclui-se que 30,8% dos municípios no estado não atingiram cobertura vacinal conforme preconizado, uma das grandes fragilidades na manutenção da eliminação da circulação dos vírus do sarampo e da rubéola.

Figura 18- Cobertura vacinal municípios (%) Tríplice Viral D1, 2025,RS



Fonte: DVE/CEVS/SES-RS com base LocalizaSus



INDICADORES DE QUALIDADE DA VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS NO RS

Os indicadores e suas metas foram pactuados entre a OPAS e a Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo, da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita e consensuadas com a “Câmara Técnica Nacional de Especialistas para a Interrupção da Circulação do Sarampo e Sustentabilidade da Eliminação da Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita no Brasil”.

O envio semanal de notificações negativas, a busca ativa retrospectiva, a conferência semanal das bases de dados, o acompanhamento diário de casos notificados e suas coletas de amostras clínicas, e a capacitação e retroalimentação das fontes notificadoras tem possibilitado que a vigilância das doenças exantemáticas se mantenha ativa e sensível, e que o encerramento dos casos suspeitos por critério laboratorial se mantenha próximo a 100%.

Contudo, no período de 2021 a 2024 tanto a taxa de notificação (meta: ≥ 2 casos suspeitos/ 100.000 hab.) quanto o indicador de notificação negativa (meta: 80% municípios notificando negativa semanal) não foram atingidos, o que demonstra queda na sensibilidade das fontes notificadoras, fato alarmante tendo em vista que nosso país está em alto risco para reintrodução do vírus do sarampo. Ainda, o indicador que avalia a completude das fichas do SINAN, Investigação Adequada, exige que nove variáveis pré-estabelecidas estejam preenchidas, não tem sido atingido desde 2012, o que demonstra a necessidade de qualificação do banco. Outro indicador preocupante é a homogeneidade das coberturas vacinais, que tem melhorado nos últimos 03 anos, mas ainda está em 69,2% (figura 18).

Em 2025 foram incluídos 03 indicadores novos: a) rastreamento de contatos de casos confirmados (RS 2025: 100%); b) amostras adequadas para detecção viral (RS 2025: 61,6%); c) detecção viral em surto (RS 2025: 100%). Na tabela 01 segue descrição dos indicadores do RS monitorados no período de 2010 a 2025.

Tabela 01-Indicadores de qualidade da vigilância das doenças exantemáticas, RS, 2010-2025*

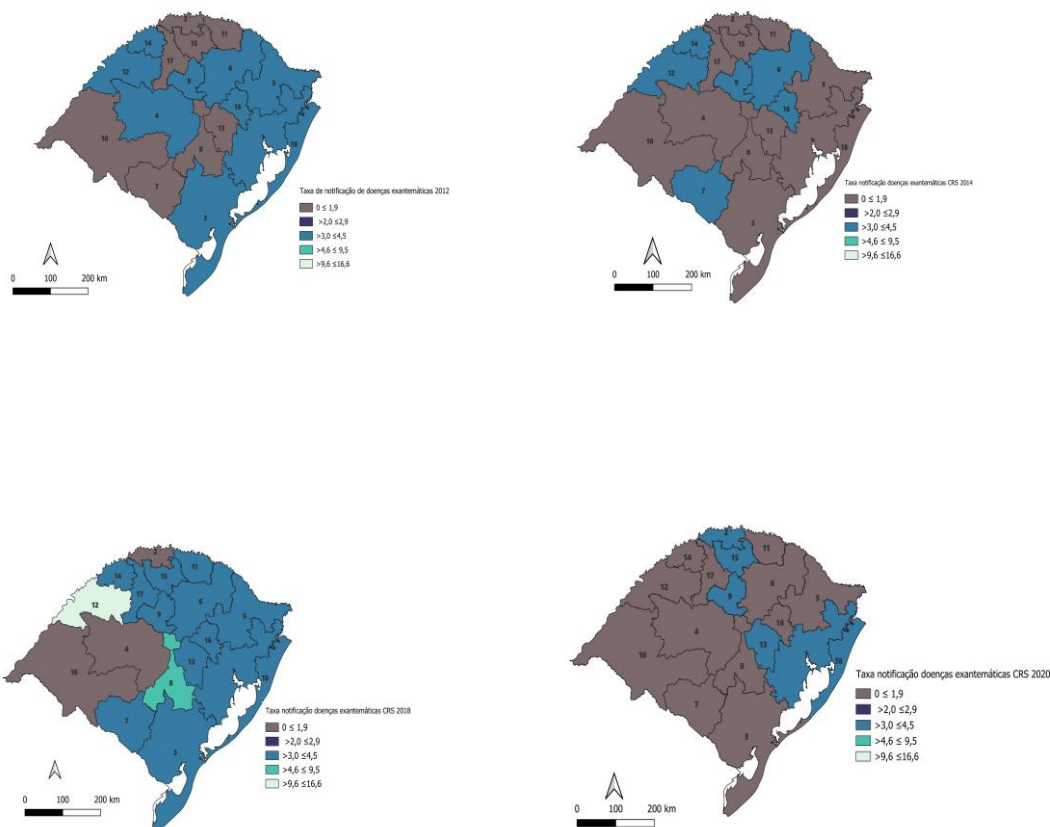
Indicador	Cálculo do Indicador	Meta (%)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Taxa de Notificação	Nº de casos notificados/população x100 mil	≥ 2 casos/100 mil hab	7,7	6,9	2,6	2,7	1,6	1,6	2,4	1,8	5,1	7,2	2,0	0,6	1,4	1,1	1,2	3,8
Homogeneidade da Cobertura Vacinal	Nº de municípios com cobertura vacinal $\geq 95\%$ em crianças de 1 ano de idade/ Total de municípios x100	70,0	61,0	53,0	50,0	61,0	72,0	53,0	65,4	40,0	52,0	52,0	55,5	41,6	50,1	54,7	70,2	69,2
Investigação Oportuna	Nº de casos investigados em até 48 horas/ Total de casos notificados x100	80,0	89,0	95,0	93,0	95,0	88,0	91,0	91,2	93,0	96,0	93,0	91,0	97,2	95,5	92,3	94,2	93,7
Coleta Oportuna	Nº de casos notificados com amostra coletada em até 30 dias do início do exantema/ Total de casos notificados x100	80,0	92,0	97,0	92,0	93,0	100,0	98,0	94,0	97,4	97,8	96,4	96,0	84,7	95,5	96,9	87,8	88,7
Envio Oportuno	Nº de amostras de sangue enviadas até cinco dias da coleta/ Total de amostras recebidas no mesmo período x 100	80,0	62,0	77,0	70,0	79,0	79,0	88,0	90,0	88,5	94,6	95,0	96,0	93,4	94,7	93,6	88,5	96,7
Resultado Oportuno	Nº de amostras com resultados liberados até quatro dias após a entrada da amostra no laboratório/ Nº de amostra recebidas no mesmo período x100	80,0	67,0	80,0	69,0	86,0	96,0	94,7	89,0	80,0	82,6	88,0	93,0	100,0	93,1	96,2	83,9	87,9
Casos Encerrados por Critério laboratorial	Nº de casos encerrados por critério laboratorial/ Total de casos x100	100,0	99,0	99,0	98,0	97,0	100,0	100,0	99,5	100,0	99,0	99,0	96,0	95,8	96,1	92,3	84,9	96,5
Notificação Negativa	Nº de fontes notificadoras com envio de notificação negativa oportuna/Total notificantes x100	80,0	89,0	91,0	94,0	90,0	84,0	86,0	87,0	89,0	88,0	70,0	63,0	65,4	69,6	74,2	63,0	67,8
Investigação Adequada	Nº de casos suspeitos com investigação adequada/Total de casos notificados x100	80,0	34,0	55,0	81,0	74,0	52,0	66,0	68,0	75,5	77,0	65,0	55,0	73,6	43,9	53,1	51,8	76,2

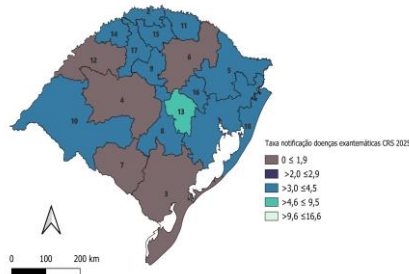
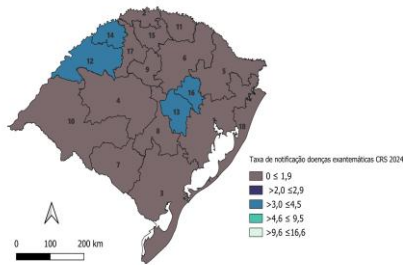
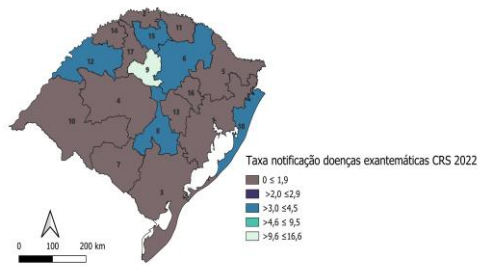
Fonte: DVE/CEVS/SES-RS*Dados sujeitos a alterações.



Dentre os indicadores de qualidade da vigilância das doenças exantemáticas destaca-se a taxa de notificação, a qual expressa de forma direta a sensibilidade dos serviços de saúde e vigilâncias. Na figura 19 segue distribuição espacial da taxa de notificação nas 18 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) ao longo do período avaliado. Observa-se aumento da sensibilidade em anos com presença de surto, como em 2018. Todas as cores da legenda à exceção do cinza escuro atingiram a meta de 02 casos suspeitos de doença exantemática notificados para cada 100.000 hab. Observa-se a diminuição das taxas ao longo da pandemia pela Covid-19 (2020, 2022). Em 2024 apenas 04 CRS atingiram a meta, no entanto fica também explicitado melhora importante das taxas no ano de 2025, onde 13 CRS atingiram a meta.

Figura 19- Taxa de notificação doença exantemática por Coordenadoria Regional de Saúde*, 2012-2025, RS





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

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde: volume 1. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 3v. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view> Acesso em: 05 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. DPNI. Nota técnica Conjunta nº 344/2025. Atualiza algumas orientações técnicas sobre a vigilância do sarampo, da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC). Brasília: Ministério da saúde. 09 out. 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/notatecnica-conjunta-no-124-2025-cgvdi-dpni-svsams>. Acesso em: 02 fev.2026.

World Health Organization. Measles and Rubella Global Update January 2026. Disponível em: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fimmunizationdata.who.int%2Fdocs%2Flibrariesprovider21%2Fmeasles-and-rubella%2Fglobal-mr-update.pptx%3Fsfvrsn%3D3547ebab_9&wdOrigin=BROWSELINK. Acesso em:03 fev 2026.

Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico: Sarampo na Região das Américas, 3 de fevereiro de 2026. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026.

Ministerio de Salud de la República Argentina. Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°786, SE 49. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_786_se_49_vf.pdf. Acesso em: 03 fev. 2026.

Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Área de Vigilancia en Salud de la Población. Reporte Nacional de Sarampión actualización 31/12/2025. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-ublica/files/documentos/publicaciones/PARTE%20SARAMPION%2031.12.25-1.pdf> Acesso em: 03 fev. 2026.

