



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações

NOTA INFORMATIVA Nº 72/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Alerta para situação do sarampo no Brasil.

1. DO CONTEÚDO

A Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) em conjunto com a Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB) e Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), vem informar sobre a situação do sarampo no Brasil.

2. DA SITUAÇÃO DO SARAMPO NO MUNDO

O sarampo é uma doença infecciosa exantemática aguda, transmissível e extremamente contagiosa, podendo ser grave, evoluir com complicações e óbito, particularmente em crianças desnutridas e menores de um ano de idade.

A transmissão ocorre de pessoa a pessoa, por meio de secreções respiratórias, no período de seis dias antes do aparecimento do exantema até quatro dias após. Além disso, o contágio também pode ocorrer pela dispersão de aerossóis com partículas virais no ar, em ambientes fechados como escolas, creches, clínicas, entre outros.

Nos últimos anos, casos de sarampo têm sido reportados em várias partes do mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, o sarampo atingiu o maior número de casos notificados em 23 anos. Os países do continente europeu e africano registraram o maior número de casos da doença. As mortes globais por sarampo aumentaram quase 50% desde 2016, ceifando cerca de 207,5 mil vidas apenas no ano de 2019.

3. DA SITUAÇÃO DO SARAMPO NO BRASIL

3.1 ANTECEDENTES

No Brasil, em 2018, houve a confirmação dos primeiros casos de sarampo, após o registro dos últimos casos da doença no ano de 2015, e o recebimento da certificação da eliminação do vírus em 2016.

Em 2018, após reintrodução da doença no país, foram confirmados 9.325 casos da doença em 90 municípios, e em 11 unidades federadas (UFs). O coeficiente de incidência de sarampo neste ano no Brasil foi de 8,45 casos por 100.000 habitantes, no entanto, as crianças menores de 1 ano apresentaram este indicador 12 vezes superior ao registrado na população geral, com um coeficiente de incidência de 102,67 casos por 100.000 habitantes. A faixa etária de 20 a 29 anos, apresentou a maior frequência de casos confirmados, com 2.240 (24,0%) casos, apesar de ter um coeficiente de incidência inferior (11,31 casos por 100.000 habitantes) ao do grupo dos menores de um ano de idade.

No ano de 2019, após um ano de franca circulação do vírus, o Brasil perdeu a certificação de “país livre do sarampo”, dando início a novos surtos, com a confirmação de 20.901 casos da doença, em 621 municípios de 23 UFs.

O coeficiente de incidência de sarampo neste ano, no Brasil, foi de 20,30 casos por 100.000 habitantes, no entanto, as crianças menores de 1 ano apresentaram este indicador 12 vezes superior ao registrado na população geral, com 239,54 casos por 100.000 habitantes. A faixa etária de 20 a 29 anos, apresentou a maior frequência de casos confirmados, com 6.543 (31,3%) casos, apesar de ter um coeficiente de incidência inferior (34,57 casos por 100.000 habitantes) ao do grupo dos menores de um ano de idade.

Em 2020 foram confirmados 8.448 casos da doença, em 312 municípios de 21 UFs. O coeficiente de incidência de sarampo neste ano, no Brasil, foi de 10,82 casos por 100.000 habitantes, no entanto, as crianças menores de 1 ano apresentaram este indicador 10 vezes superior ao registrado na população geral, sendo, portanto 110,73 casos por 100.000 habitantes. A faixa etária de 20 a 29 anos, apresentou a maior frequência de casos confirmados, com 2.594 (30,7%) casos, apesar de ter um coeficiente de incidência inferior (18,15 casos por 100.000 habitantes) ao grupo dos menores de um ano de idade.

No período de 2018 a 2020 foram registrados 38 óbitos por sarampo, em seis UFs, a saber: São Paulo (15), Pará (11), Amazonas (6), Roraima (4), Pernambuco (1) e Rio de Janeiro (1). A faixa etária mais acometida foi a de menores de 1 ano de idade, com 18 (47,4%) óbitos, seguida de 1 a 4 anos de idade com 8 (21,1%) óbitos. Os óbitos ocorreram na mesma proporção, em ambos os sexos, além disso, 35 (92,1%) óbitos ocorreram em pessoas não vacinadas, e 13 (34,2%) apresentaram alguma condição de risco ou comorbidade.

3.2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO EM 2021

Em 2021, a circulação do vírus se mantém nos estados do Amapá, Pará, Alagoas, São Paulo, Ceará e Rio de Janeiro. Até a Semana Epidemiológica (SE) 28, o Brasil registrou 1.401 casos suspeitos de sarampo em 21 estados, e confirmou 534 (38,1%) casos, distribuídos em 34 municípios nos estados do Amapá 409 (76,6%), Pará 107 (20,0%), Alagoas 10 (1,9%), São Paulo 6 (1,1%), Ceará 1 (0,2%) e Rio de Janeiro 1 (0,2%). Destaca-se o estado do Amapá, com casos confirmados de sarampo em 14 (41,2%) municípios, e a maior incidência (63,4 casos por 100.000 habitantes).

As crianças menores de um ano de idade apresentaram o maior número de casos confirmados (185), com maior ocorrência no sexo feminino 98 (40,7%), e coeficiente de incidência de 75,8 casos por 100.000 habitantes. Em geral, na distribuição por sexo, o maior número de casos foi registrado entre pessoas do sexo masculino 291 (54,5%) casos.

Foram confirmados 2 óbitos por sarampo no estado do Amapá, ambos em crianças menores de um ano. Uma criança era residente de Macapá, com 7 meses de idade, sexo feminino, não vacinada, e sem comorbidades. A outra criança, residente de Pedra Branca do Amaparí, com 4 meses de idade, sexo feminino, nascida de parto prematuro, apresentando baixo peso, cardiopatia congênita e pertencente à etnia indígena Waiãpi. O local provável de infecção desta última foi um hospital no município de Macapá/AP.

3.3 COBERTURA DA VACINA TRÍPLICE VIRAL (2016 A 2020)

Os surtos de sarampo ocorrem quando as pessoas que não estão protegidas contra o vírus são infectadas e transmitem a doença a populações susceptíveis. Para controlar o sarampo e prevenir surtos e mortes, as taxas de cobertura vacinal (CV), com a primeira e segunda doses (D1 e D2) da vacina tríplice viral devem atingir e manter, no mínimo, 95% de forma homogênea.

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

No Brasil, nos últimos 5 anos tem sido observada uma queda gradativa na CV de modo geral e, para a vacina tríplice viral, essa queda vem ocorrendo principalmente para a 2ª dose, com destaque para o ano de 2019, no qual, observa-se um discreto aumento (76,89% em 2018, para 81,55% em 2019), provavelmente relacionada à intensificação das ações de sarampo, bem como às campanhas de vacinação em virtude dos recorrentes surtos da doença.

Ao avaliar os dados nesse período nas 27 UFs, observa-se que a situação da queda das CV não está concentrada em uma única parte do país. De modo geral, assim como os dados do Brasil, as UFs apresentaram melhor resultado para a D1 em relação à D2, destacando-se os anos de 2016, 2018 e 2019, nos quais 14 (51,9%), 11 (40,7%), e 10 (37,0%) UFs alcançaram a CV, respectivamente. Em 2017 apenas 4 UFs alcançaram CV, e em 2020, nenhuma das 27 UFs alcançaram a meta preconizada.

No período analisado, no estado do Amapá, somente em 2016 foi alcançada a meta de CV para a D1 (97,36%), porém a D2 foi de 85,95%. Em 2020, a CV foi de 50,95% (D1) e 36,45% (D2), ou seja, muito abaixo do recomendado.

O estado do Pará, neste período, não atingiu a CV de 95% em nenhum ano, tendo em 2016 uma CV de 69,61% (D1) e 62,34% (D2). Em 2020 a CV chegou a 61,45% (D1) e 53,96% (D2).

O estado de São Paulo, da mesma forma, não conseguiu atingir a meta preconizada em nenhum dos 5 anos avaliados. Em 2016 a CV foi da D1 e D2 foi de 92,96% e 77,73% respectivamente. Em 2020, a CV está em 85,15% (D1) e 67,03% (D2).

O estado do Ceará não alcançou a meta de CV no ano 2020, apresentando o seguinte resultado: 90,30% (D1) e 70,38% (D2). Entre 2016 e 2019 conseguiu atingir a meta, porém apenas para a D1. Para a D2 não conseguiu atingir nenhum ano neste período.

Similar ao resultado do Ceará, o estado de Alagoas, também não conseguiu atingir a meta de CV para D2 em nenhum ano avaliado. Entre 2016 e 2019 atingiu a meta para D1 e no ano 2020 a D1 foi de 80,10%.

No estado do Rio de Janeiro, atingiu-se a meta para D1 nos anos 2016, 2018 e 2019. Mas a meta da CV da D2 não foi atingida em nenhum ano dos últimos 5 anos. Em 2020 verificou-se o pior resultado deste período, com D1 (59,66%) e D2 (38,49%), portanto, bem abaixo do recomendado, resultado similar ao estado do Amapá neste ano.

4. DA DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE SARAMPO

Definição de caso suspeito de sarampo:

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 de idade e situação vacinal.

Outras definições de casos, bem como recomendações, diante de um caso suspeito, ou confirmado de sarampo, podem ser acessadas no [Guia de Vigilância em Saúde](#).

5. DAS AÇÕES NECESSÁRIAS FRENTE À IDENTIFICAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE SARAMPO

Diante do atual cenário epidemiológico do sarampo no Brasil, no qual há circulação do vírus em 6 estados, e considerando a vulnerabilidade dos demais, levando em consideração às suas baixas CV, torna-se necessário o fortalecimento das vigilâncias epidemiológica e laboratorial, bem como as ações oportunas de vacinação.

A articulação entre todos os setores envolvidos na vacinação é fundamental para o sucesso das ações de imunização e conseqüente aumento das coberturas vacinais e efetiva proteção da população. Estratégias de articulação social que visam a construção de ações conjuntas potencializam a integração das diversas áreas e fortalecem o apoio da comunidade. As áreas de vigilância e de atenção primária devem congregam esforços para essa atuação conjunta nos territórios.

Diante disso, visando proteger a população e minimizar o risco da dispersão do vírus do sarampo, frente à possibilidade da ocorrência de casos suspeitos da doença nos estados onde não há a transmissão do vírus, a CGPNI, CGLAB e Secretaria de Atenção Primária à Saúde recomendam o que se segue:

- 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;
- Identificar os contatos dos casos suspeitos de sarampo e realizar bloqueio vacinal seletivo, em até 72 horas, após a notificação dos casos suspeitos. Para esta atividade não é necessário aguardar os resultados laboratoriais. Deve-se iniciar a ação de bloqueio o quanto antes, para que seja possível interromper a cadeia de transmissão do vírus. O bloqueio vacinal deve abranger todos os contatos, a partir dos seis meses de idade (exceto gestantes, pessoas imunodeprimidas e pessoas com sinais e sintomas de sarampo), e deve ser realizado da seguinte forma:
 - Crianças de seis a 11 meses devem ser vacinadas com a dose zero da vacina tríplice viral. Essa dose não é válida para fins de Calendário Nacional de Vacinação, devendo-se manter o esquema recomendado aos 12 e aos 15 meses de idade.
 - Pessoas de 12 meses até 59 anos de idade devem ser vacinadas de acordo com indicações do Calendário Nacional de Vacinação. Pessoas com esquema vacinal completo não necessitam ser revacinadas.
 - Pessoas a partir dos 60 anos de idade devem receber uma dose de vacina tríplice viral, somente se não comprovarem o recebimento anterior, de pelo menos uma dose das seguintes vacinas: sarampo monovalente, dupla viral (sarampo e rubéola) ou tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola).
- Intensificar a rotina de vacinação no restante da população, conforme indicações do calendário nacional de vacinação.
- Realizar monitoramento da cobertura vacinal, identificando pessoas que estão com pendências vacinais, com a busca ativa de usuários faltosos e com estratégias diferenciadas em locais de grande concentração de pessoas e para locais remotos reconhecendo populações em vulnerabilidade; garantir o registro adequado da vacinação utilizando tanto o cartão ou caderneta de vacinação do usuário quanto os sistemas de notificação disponíveis (SiPNI e estratégia e-SUS AB).
- Avaliar as coberturas da vacina tríplice viral, identificando as áreas com baixas coberturas, para intensificação da vacinação de rotina nessas localidades;
- Promover a disponibilidade das vacinas ofertadas à população, planejando o quantitativo de doses necessárias e monitorando continuamente as condições de armazenamento das vacinas;
- Profissionais da saúde têm indicação para receber duas doses de vacina tríplice viral, independentemente da idade;
- Realizar a investigação epidemiológica de todo caso suspeito de sarampo em 48 horas da data de notificação, de forma oportuna, com o preenchimento das 10 variáveis que compõem o indicador *investigação adequada*;
- Orientar quanto as medidas de controle prescritas nos isolamento domiciliar do caso suspeito de sarampo, por 4 dias, após o início do exantema;
- Pacientes internados devem ser submetidos ao isolamento respiratório de aerossol, até 4 dias após o início do exantema;
- O diagnóstico laboratorial é realizado por meio de sorologia para detecção de anticorpos IgM e IgG em amostras de sangue (soro) e a detecção viral por meio de RT-PCR através de amostras de secreção nasofaríngea e orofaríngea (swab) e urina. É imprescindível que a coleta de amostras para realização de sorologias e RT-PCR de casos suspeitos, seja realizada no primeiro contato com o paciente.

- As amostras de sangue (soro) das 1ª amostras (S1) devem ser coletadas entre o 1º e ao 30º dia do aparecimento do exantema e as 2ª amostras (S2) devem ser coletadas de 15 a 25 dias após a data da primeira coleta (S1). As amostras de secreção nasofaríngea e orofaríngea e urina para detecção viral devem ser coletadas até o 7º dia a partir do início do exantema.
- Todos os casos com IgM reagente ou inconclusivos para sarampo, testados no LACEN, devem ter suas amostras enviadas de imediato para o Laboratório de Referência Nacional LRN/FIOCRUZ-RJ, juntamente com as amostras para detecção viral (secreção nasofaríngea e orofaríngea e urina).
- O diagnóstico diferencial deverá ser realizado em amostras negativas de casos suspeitos de sarampo e rubéola, para: exantema súbito (herpes vírus 6), dengue, eritema infeccioso (parvovírus B19), febre de chikungunya, Zika vírus, enterovirose e rickettsiose, considerando-se sempre a situação epidemiológica local.
- Realizar a sorologia para diagnóstico de sarampo, nas amostras não reagentes, dos últimos 30 dias, para zika vírus e/ou dengue e/ou febre de chikungunya e que atendem a definição de caso suspeito de sarampo.
- Realizar busca retrospectiva de pessoas com sinais e sintomas compatíveis com sarampo nas unidades de saúde, nos últimos 30 dias, a partir do 1º caso confirmado, utilizando-se como instrumento a ficha de notificação/investigação de doenças exantemáticas, para notificação e acompanhamento dos casos encontrados;
- Realizar busca ativa de casos suspeitos na comunidade;
- Realizar busca ativa de não vacinados para atualizar a situação vacinal;
- Monitorar todos os contatos de todo caso suspeito e/ou confirmado por 21 dias, e notificar aqueles que iniciem sinais e sintomas de sarampo;
- Encerrar todos os casos suspeitos de sarampo oportunamente (até 30 dias). Caso o encerramento não aconteça em até 60 dias, o sistema encerrará automaticamente esses registros, identificando-se o fato como falha da vigilância.

Notas importantes

1. Não vacinar casos suspeitos de sarampo, no período entre as coletas de amostras de sangue (soro): 1ª amostra (S1) e 2ª amostra (S2), uma vez que a administração da vacina interfere diretamente no resultado laboratorial e classificação final do caso.
2. Após a fase aguda do sarampo, ausência de sinais e sintomas, e coleta das amostras para confirmação e/ou descarte do caso, seguir com a administração da vacina tríplice ou tetra viral, conforme disponibilidade do imunobiológico, e orientação do Calendário Nacional de Vacinação, considerando a proteção para as demais doenças, rubéola, caxumba e varicela.

6. DA CONCLUSÃO

As ações de enfrentamento do sarampo devem ser realizadas em tempo oportuno, e de modo articulado entre as áreas de vigilância epidemiológica, laboratório, imunização, e atenção à saúde, a fim de que a cadeia de transmissão da doença seja interrompida rapidamente.

O apoio dos gestores locais é fundamental para que as atividades propostas sejam realizadas de maneira exitosa, evitando a ocorrência de novos casos e protegendo assim a saúde da população.

Para informações adicionais, favor contatar a equipe técnica da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações – CGPNI pelo telefone (61) 3315-2900 e Coordenação-Geral de

Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB pelo telefone (61) 3315-3128.

ADRIANA REGINA FARIAS PONTES LUCENA
Coordenadora-Geral do Programa Nacional de Imunizações - Substituta

CÁSSIA DE FÁTIMA RANGEL FERNANDES
Diretora do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

CARLA FREITAS
Coordenadora-Geral de Laboratórios de Saúde Pública - Substituta

BRENO LEITE SOARES
Diretor do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde

ARNALDO CORREIA DE MEDEIROS
Secretário de Vigilância em Saúde

KAROLINY EVANGELISTA DE MORAES DUQUE
Coordenadora-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária – Substituta

RENATA MARIA DE OLIVEIRA COSTA
Diretora do Departamento de Saúde da Família

RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE
Secretário de Atenção Primária à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Cássia de Fátima Rangel Fernandes, Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis**, em 13/08/2021, às 13:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Regina Farias Pontes Lucena, Coordenador(a)-Geral do Programa Nacional de Imunizações substituto(a)**, em 13/08/2021, às 17:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Arnaldo Correia de Medeiros, Secretário(a) de Vigilância em Saúde**, em 23/08/2021, às 08:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carla Freitas, Coordenador(a)-Geral de Laboratórios de Saúde Pública**, em 23/08/2021, às 10:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 23/08/2021, às 15:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Breno Leite Soares, Diretor(a) do Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde**, em 23/08/2021, às 15:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Karoliny Evangelista de Moraes Duque, Coordenador(a)-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária substituto(a)**, em 23/08/2021, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); 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 **0021981189** e o código CRC **A51A0C7F**.

Brasília, 03 de agosto de 2021.

Referência: Processo nº 25000.102114/2021-57

SEI nº 0021981189

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações - CGPNI
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br