PREFEITURA DE
SÃO PAULO

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde
Programa Municipal de Imunizações
Divisão de Vigilância Epidemiológica

Documento Técnico Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita

São Paulo - SP
2025

SUS
COVISA COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SEABEVS Secretaria Executiva Atenção Básica Especialidades e Vigilância em Saúde
PREFEITURA DE SÃO PAULO

Documento Técnico Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita

São Paulo - SP
2025

2025 Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SP.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O Documento Técnico do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita pode ser acessado, na íntegra, na página do Núcleo de Doenças Agudas Transmissíveis (NDAT):
https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/documento_tecnico_sarampo_rubeola_scr_2025_v01.pdf

Tiragem: 1ª edição – 06/2025 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações
Secretaria Municipal da Saúde

Prefeito do Município de São Paulo (PMSP):
Ricardo Nunes
Secretário Municipal da Saúde (SMS-SP):
Luiz Carlos Zamarco
Secretário Adjunto (SMS-SP):
Maurício Serpa
Chefe de Gabinete
Luiz Artur Vieira Caldeira
Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde (SEABEVS/SMS-SP):
Sandra Sabino Fonseca
Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA/SEABEVS/SMS-SP):
Mariana de Souza Araujo
Programa Municipal de Imunizações (PMI/COVISA/SEABEVS/SMS-SP):
Luciana Ursini
Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE/COVISA/SEABEVS/SMS-SP):
Cristiane Aluiza Gonçalves
Centro de Informações Estratégicas em Vig. em Saúde (CIEVS/DVE/COVISA/SEABEVS/SMS-SP):
Geraldine Madalosso
Núcleo de Doenças Agudas Transmissíveis (NDAT/DVE/COVISA/SEABEVS/SMS-SP)
Leandro Spalato Torres
Doenças Exantemáticas
Patrícia Salemi

Produção E Colaboração:
Núcleo de Doenças Agudas Transmissíveis
Programa Municipal de Imunizações
Centro de Informações Estratégicas em Vig. em Saúde

Revisão técnica:
Ana Frugis Yu
Bruna Kosar Takashima
Geraldine Madalosso
Leandro Spalato Torres
Luciana Ursini
Maria de Fátima Soares
Patricia Salemi

Revisão Final:
Melissa Palmieri

Diagramação:
Giovana Peron Fernandes
Leandro Spalato Torres

Rua Dr. Siqueira Campos, 172 Liberdade, 7º andar
CEP: 01509-020 – São Paulo/SP

Site: **https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/ndat**
Email: **vigresp@prefeitura.sp.gov.br**

Ficha catalográfica
Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo)
Sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita / Secretaria Municipal da Saúde. SMS-SP
1. ed. - São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2025.
30 p.
1. Sarampo. 2. Rubéola. 3. Síndrome da rubéola congênita.
4. Vigilância epidemiológica. 5. Saúde pública.
CDU: 616.98:614.4

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Revacinação em caso suspeito com IgG não reagente. 15
Figura 2 - Período de transmissibilidade. 21
Figura 3 - Fluxograma adaptado do 6º Guia de Vigilância Epidemiológica. 23
Figura 4 - Relação de CID dos diagnósticos diferenciais 26

LISTA DE SIGLAS

APLV	Alergia à Proteína do Leite de Vaca
CD4	Glicoproteína, usada como marcador imunológico em imunodeprimidos
CGICI	Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
COVISA	Coordenadoria de Vigilância em Saúde
CRIE	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
D1 / D2	Primeira e segunda dose (de vacina), respectivamente
DPNI	Departamento do Programa Nacional de Imunizações
DRVS	Divisão Regional de Vigilância em Saúde
DVE	Divisão de Vigilância Epidemiológica
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAL	Instituto Adolfo Lutz
IgG	Imunoglobulina tipo G
IgM	Imunoglobulina tipo M
kg	Quilograma
LISTS	Ferramenta digital Microsoft Lists
LRN	Laboratório de Referência Nacional
mg	Miligrama
mL	Mililitro
mm³	Milímetro Cúbico
MS	Ministério da Saúde
MSP	Município de São Paulo
NDAT	Núcleo de Doenças Agudas Transmissíveis
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEES	Panencefalite Esclerosante Subaguda
PMI	Programa Municipal de Imunizações
RN	Recém-nascido
RNA	Ácido Ribonucleico
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
RT-PCR	Reação em Cadeia da Polimerase com Transcriptase Reversa
S1 / S2	Primeira Sorologia / Segunda Sorologia, respectivamente
SCR	Sarampo, Caxumba e Rubéola (Tríplice Viral)
SR	Sarampo e Rubéola (Dupla Viral)
SEABEVS	Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde
SIGA	Sistema Integrado de Gestão de Assistência
SINAN NET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRC	Síndrome da Rubéola Congênita
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
UVIS	Unidade de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 6

2. SARAMPO 7

3. RUBÉOLA E SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA 8

4. IMUNIZAÇÃO 10

4.1 Vacinação 10

4.2 Ações de vacinação 11

4.3 Vacinação de rotina 11

4.3.1 Crianças com idade entre 12 meses e 6 anos de idade 11

4.3.2 Crianças a partir de 7 anos a indivíduos até 29 anos 11

4.3.3 Adultos entre 30 anos e 59 anos 12

4.3.4 Trabalhadores da saúde 12

4.4 Vacinação de grupos de risco 12

4.5 Intensificação vacinal 13

4.6 Campanha de vacinação 13

4.7 Vacinação de Bloqueio - frente a caso SUSPEITO de sarampo, rubéola ou SRC 13

4.7.1 Crianças de 6 meses a menores de 1 ano de idade 14

4.7.2 Pessoas na faixa etária de 12 meses a 29 anos 14

4.7.3 Pessoas na faixa etária de 30 a 59 anos 15

4.7.4 Pessoas com 60 anos ou mais 15

4.7.5 Trabalhadores da saúde 15

4.8 Operação limpeza ou varredura 16

4.8.1 Uso de imunoglobulina para pessoas imunocomprometidas, gestantes e crianças menores de 6 meses de vida 17

4.9 Registro das doses realizadas 18

5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 19

5.1 Definição de caso suspeito de sarampo 19

5.2 Definição de caso suspeito de rubéola 19

5.3 Definição de caso de síndrome da rubéola congênita 19

5.4 Notificação 20

6. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA 21

7. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL 22

8. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE RESULTADOS LABORATORIAIS 24

9. BUSCA ATIVA 25

9.1 Busca ativa institucional 25

9.2 Busca ativa comunitária 27

10. RESUMO DAS AÇÕES E VIGILÂNCIA DIANTE DE UM CASO SUSPEITO 27

REFERÊNCIAS 28

1. INTRODUÇÃO

As doenças exantemáticas febris possuem dois sintomas comuns, a ocorrência de febre e exantema em sua apresentação clínica. A depender do agente infeccioso, o exantema pode se caracterizar por máculas, pápulas, vesículas e pústulas, com início em determinada região do corpo, estendendo-se para outras áreas.

Dentre esse grupo de doenças, destacam-se o sarampo e a rubéola, com eminente relevância à saúde pública, devido à alta transmissibilidade viral e consequências à saúde da população. São doenças imunopreveníveis, ou seja, podem ser evitadas por meio da vacinação.

O Sarampo, a Rubéola e a Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) são doenças de notificação compulsória imediata, sendo obrigatória a notificação à Vigilância Epidemiológica local, no prazo de até 24h, para a início das ações de controle.

O último caso de rubéola no Brasil ocorreu em 2009, sem reintrodução do vírus. Em 2018 houve a reintrodução do vírus do sarampo e a circulação de forma endêmica, que ocasionou a perda da Certificação de País Livre do Sarampo, obtida em 2016.

Após o aumento da sensibilidade na identificação de casos suspeitos pelas equipes de saúde, respostas rápidas na investigação epidemiológica e início do bloqueio vacinal, além dos esforços para o aumento da cobertura vacinal (>95%), em novembro de 2024, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reconheceu e reverificou o Brasil pela eliminação do Sarampo, Rubéola e SRC.

Apesar do título obtido, o número de casos de sarampo em todo mundo tem aumentado, incluindo as Américas. Em 2024 o Brasil teve 5 casos de sarampo, sendo 4 casos importados e 1 caso com fonte indeterminada. Em 2025, até o primeiro semestre foram notificados 5 casos confirmados de sarampo, sendo 3 com fonte indeterminada e 2 importados. No município de São Paulo (MSP), em 2024 foram confirmados 2 casos importados e, em 2025, até o primeiro semestre, 1 caso com fonte desconhecida.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde (MS), como forma preventiva, publicou Nota Técnica nº 63/2025 CGICI/DPNI/SVSA/MS que estabelece a inclusão da dose zero na Região Metropolitana de São Paulo, devido à grande circulação de pessoas, e em outras regiões de fronteira com Brasil.

2. SARAMPO

O sarampo é uma doença exantemática viral, potencialmente grave e extremamente contagiosa, causada por vírus de RNA, pertencente ao gênero Morbillivírus. Sua transmissão ocorre por meio de secreções respiratórias ao espirrar, tossir, falar ou pela dispersão de aerossóis em ambientes fechados.

O período de incubação pode variar de 7 a 21 dias e o período de transmissibilidade de 6 dias a 4 após o início do exantema. Uma pessoa infectada pode transmitir para mais de 90% das pessoas próximas, que não estejam imunes.

A manifestação clínica caracteriza-se por tosse, coriza e conjuntivite. Entre o 2º e 4º dia, ocorre a presença de febre alta (>38,5ºC), exantema maculopapular morbiliforme de coloração avermelhada, com direção cefalocaudal e manchas de Koplik, que são lesões na mucosa oral características da doença.

As complicações do sarampo ocorrem com maior frequência em grupos vulneráveis, como crianças menores de 5 anos, pessoas desnutridas, gestantes e indivíduos imunodeprimidos. Entre as principais complicações estão pneumonia, otite, diarreia, encefalite, meningoencefalite e, em casos mais graves, o óbito. Embora rara, uma complicação de gravidade significativa é a Panencefalite Esclerosante Subaguda (PEES), que pode surgir de 7 a 10 anos após a infecção pelo vírus.

Não há tratamento específico para o sarampo, contudo, recomenda-se manter a hidratação, o suporte nutricional e diminuir a hipertermia. Além disso, o médico pode prescrever a administração de Vitamina A, visando prevenir possíveis complicações e mortalidade.

Para o **diagnóstico diferencial** de sarampo, é recomendada a investigação de outras doenças exantemáticas febris agudas, levando em conta a situação epidemiológica local. Dentre essas, destacam-se: rubéola, exantema súbito (herpes vírus 6), dengue, eritema infeccioso (parvovírus B19), febre chikungunya, infecção por vírus Zika, enteroviroses e riquetsioses.

3. RUBÉOLA E SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

A rubéola é uma doença exantemática viral, causada por vírus de RNA, do gênero Rubivírus. Sua transmissão ocorre por contato direto com indivíduos infectados, por meio de gotículas de secreções nasofaríngeas. O período de incubação pode variar de 12 a 23 dias e o período de transmissibilidade de 7 dias antes a 7 após o início do exantema.

A manifestação clínica é caracterizada por febre, exantema maculopapular, eritematoso e frequentemente pruriginoso, com início na face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se posteriormente para o tronco e os membros e linfadenopatia retroauricular, e/ou occipital, e/ou cervical posterior.

É uma doença de curso benigno, contudo, possui relevância epidemiológica, devido à infecção na gestação, pois o vírus pode causar o aborto, morte fetal e malformações congênitas.

A tríade clássica da SRC é caracterizada por alterações oftálmicas, auditivas e cardiológicas, sendo frequente a ocorrência de catarata, perda auditiva e cardiopatias congênitas.

O recém-nascido (RN) deve ser mantido em isolamento na maternidade, uma vez que o vírus pode ser transmitido por secreções respiratórias e urina. Para confirmação laboratorial da infecção, é necessário coletar sorologia e RT-PCR (swab naso-orofaríngeo e amostra de urina) ao nascimento, além de realizar sorologias adicionais aos 3 e 6 meses de vida.

De acordo com a Nota Técnica nº 34/2023 – CGVDI/DPNI/SVSA/MS não se recomenda a realização do exame sorológico com pesquisa de IgM para rubéola, na rotina do pré-natal, para gestantes assintomáticas, em virtude de interferências de algumas proteínas presentes no soro.

Os casos de gestantes assintomáticas que realizarem a sorologia para rubéola com resultado de IgM reagente, deve-se realizar investigação epidemiológica, incluindo a análise do histórico vacinal, contatos próximos e deslocamentos realizados durante a gestação. Após o nascimento, é importante solicitar o relatório do parto para avaliação. Se houver indicação, deve-se também realizar sorologia do RN para análise do IgM, com o objetivo de esclarecer a possível infecção congênita.

O RN deverá ser notificado para SRC, caso haja indícios clínicos ou laboratoriais.

4. IMUNIZAÇÃO

4.1 Vacinação:

A vacinação é a medida mais eficaz de prevenção, de controle e de eliminação do sarampo. Atualmente, estão disponíveis as seguintes vacinas que contêm os componentes do sarampo e da rubéola: a vacina Dupla Viral – SR (sarampo e rubéola), a vacina Tríplice Viral – SCR (sarampo, caxumba, rubéola) e a vacina Tetraviral (SCR + varicela).

Nota 1 - Indivíduos que possuam Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) não devem receber a vacina produzida pelo fabricante Serum Institute of India, pois possui traços de lactoalbumina. Para esses casos, deve-se administrar a vacina produzida pelo laboratório FIOCRUZ.

Nota 2 - A vacina tetraviral (SCR + varicela) pode ser aplicada apenas para indivíduos que possuírem uma dose prévia de SCR.

Nota 3 - A vacina SCR não é recomendada para gestantes, pessoas imunocomprometidas e crianças menores de 6 meses. As mulheres em idade fértil vacinadas deverão evitar a gravidez por pelo menos um mês após a vacinação.

Nota 4 - Pessoas com imunocomprometimento deverão ser avaliadas e vacinadas segundo orientações do Manual do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Nota 5 - Pessoas que receberem a vacina SCR devem aguardar quatro semanas após a vacinação para doarem sangue ou órgãos. Orienta-se proceder à doação de sangue antes da vacinação.

Nota 6 – A dose zero para crianças de 6 meses a 11 meses e 29 dias, **fora das situações de bloqueio**, deverá seguir as recomendações vigentes.

4.2 Ações de vacinação

As ações de vacinação consistem em: vacinação de rotina, vacinação de grupos de risco, intensificação vacinal, campanha de vacinação, vacinação de bloqueio e varredura ou operação limpeza.

4.3 Vacinação de rotina

A vacinação de rotina seguirá as indicações dos Calendários de Vacinação, disponíveis em:
https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/360658

4.3.1 Crianças com idade entre 12 meses e 6 anos de idade:

Uma dose de vacina SCR (tríplice viral) aos 12 meses de idade; Uma dose de vacina tetraviral (SCR+varicela) aos 15 meses de idade. A dose de tetraviral deve ser administrada após uma dose anterior da SCR, respeitando intervalo mínimo de 4 semanas.
Na indisponibilidade da vacina tetraviral, esta dose deverá ser realizada com as vacinas tríplice viral (SCR) e a vacina varicela monovalente, simultaneamente. Caso não seja possível a administração simultânea, considerar o intervalo mínimo de quatro semanas entre a vacina tríplice viral e a vacina contra a varicela.

4.3.2 Crianças a partir de 7 anos a indivíduos até 29 anos:

Todos os indivíduos com idade entre 7 e 29 anos, devem ter duas doses de SCR (recebidas a partir de um ano de idade e com intervalo mínimo de 4 semanas).
Caso a pessoa apresente documentação com esquema de vacinação incompleto, deve-se completar o esquema já iniciado, de maneira a receber duas doses de SCR a partir de um ano de idade.
Para indivíduos sem comprovação de vacinação anterior, aplicar uma dose da vacina SCR na primeira visita, e a segunda dose de SCR, 4 semanas após a primeira.

4.3.3 Adultos entre 30 anos e 59 anos:

Devem ter pelo menos uma dose da vacina SCR, a partir de um ano de idade, independente de história pregressa da doença. Caso a pessoa não apresente comprovação de vacina anterior, aplicar uma dose da vacina SCR na visita ao posto de vacinação.

4.3.4 Trabalhadores da saúde:

Os trabalhadores da área da saúde (de qualquer idade) devem receber ou completar o esquema de vacinação de duas doses da vacina, contendo os componentes sarampo, caxumba e rubéola, com intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses.

4.4 Vacinação de grupos de risco

Atenção especial deve ser dada aos grupos de risco listados abaixo. Eles devem estar com o calendário vacinal atualizado, conforme a idade, atividade profissional e condição clínica. Caso não estejam com a vacinação em dia, é fundamental iniciar a imunização o mais precoce possível.

- Mulheres puérperas e pós-abortamento: caso a vacina não tenha sido aplicada na maternidade, administrar na primeira visita ao serviço de saúde.
- Profissionais da educação.
- População institucionalizada.
- Estudantes (ensino fundamental, médio e superior).
- Trabalhadores da construção civil, do setor de turismo, de aeroportos e portos (por exemplo: agentes de viagens, guias turísticos, taxistas, funcionários de hotéis e de empresas de transportes aéreo, marítimo e terrestre, etc.) e profissionais do sexo.
- Viajantes.

4.5 Intensificação vacinal

Caracteriza-se pela adoção de estratégias para incrementar a vacinação de rotina, como a inclusão da dose zero, busca ativa de faltosos, identificação de bolsões de não vacinados (suscetíveis) e vacinação oportuna destes, especialmente quando há casos confirmados da doença no território.

Para esta ação, poderão ser firmadas parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos imunobiológicos. O microplanejamento deve ser utilizado como estratégia para fortalecer a cobertura vacinal no território.

4.6 Campanha de vacinação

A campanha de vacinação é uma ação pontual que tem um objetivo determinado e específico. É uma estratégia que tem abrangência limitada no tempo e visa, sobretudo, a vacinação em massa de uma determinada população, com uma ou mais vacinas.

4.7 Vacinação de bloqueio – Frente a caso SUSPEITO de Sarampo, Rubéola ou situação de SRC

A vacinação de bloqueio tem como objetivo aumentar rapidamente a imunidade da população, com o intuito de interromper a cadeia de transmissão e reduzir a extensão e a duração de um possível surto.

O bloqueio vacinal deve ser realizado de forma seletiva, logo na suspeita, preferencialmente **em até 72 horas**. Não aguardar os resultados laboratoriais para iniciar a ação. É fundamental realizar a **identificação de todos os contatos expostos** durante o período de transmissibilidade do caso.

Na **ausência de comprovação vacinal**, recomenda-se a administração de uma dose da **vacina tríplice viral** ao contato exposto.

A vacinação de bloqueio deve alcançar todos os contatos do caso suspeito, a partir de 6 meses de idade, exceto gestantes, pessoas imunocomprometidas ou pessoas com sinais e sintomas de sarampo.

As pessoas imunocomprometidas ou portadoras de condições clínicas especiais deverão ser avaliadas pela Rede dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) antes da vacinação.

O bloqueio vacinal, com a vacinação seletiva dos contatos de casos suspeitos ou confirmados de sarampo ou rubéola, só deve ser realizado após a avaliação do cartão ou caderneta de vacinação de todos os contatos, bem como nos sistemas nominais de registro, a partir de 6 meses de idade, seguindo os seguintes critérios:

4.7.1 Crianças de 6 meses a menores de 1 ano de idade (até 11 meses e 29 dias):
Administrar a dose zero da vacina tríplice viral ou dupla viral, a depender da disponibilidade do imunizante. Esta dose não será válida para a rotina, devendo-se manter as indicações estabelecidas no Calendário de Vacinação, respeitando o intervalo de 4 semanas entre as doses.

4.7.2 Pessoas na faixa etária de 12 meses a 29 anos:
Crianças de 12 meses a menores de 5 anos: atualizar situação vacinal conforme indicações do Calendário de Vacinação para a idade, isto é, primeira dose (D1) aos 12 meses com a tríplice viral e aos 15 meses, segunda dose (D2), com tetraviral ou tríplice viral + varicela monovalente.

Pessoas de 5 a 29 anos: iniciar ou completar o esquema de duas doses da vacina tríplice viral, com intervalo mínimo de 30 dias entre elas.

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

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

4.7.5 Trabalhadores da saúde:
Os trabalhadores da saúde devem comprovar o recebimento de duas doses da vacina tríplice viral, independentemente da idade. Caso não haja comprovação, as doses devem ser administradas conforme o esquema recomendado.

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.

Figura 1 - Revacinação em caso suspeito com IgG não reagente

ATENÇÃO!

Todo caso suspeito de sarampo/rubéola, mesmo com vacinação completa para a idade, com **sorologia IgG não reagente deve receber nova dose de vacina tríplice viral.** A vigilância epidemiológica municipal deverá fazer encaminhamento à Atenção Básica explicando o caso e a razão da revacinação.

Contatos menores de 6 meses de idade, gestantes sem evidência de imunidade contra o sarampo e indivíduos com imunossupressão grave (independentemente do histórico vacinal), devem receber imunoglobulina humana (inespecífica) até 6 dias após a exposição.
A administração da imunoglobulina deve ser realizada conforme recomendado neste informe técnico.

4.8 Operação limpeza ou varredura:

A operação limpeza ou varredura está indicada frente a caso com sorologia **IgM reagente** ou **Indeterminado** para sarampo e/ou rubéola e/ou **RT-PCR detectável** para sarampo e/ou rubéola — **condição considerada de alerta máximo.**

A **operação limpeza ou varredura** consiste na busca ativa, casa a casa, de pessoas suscetíveis para vacinação seletiva.
Abrangendo tanto domicílios quanto estabelecimentos coletivos, como creches, escolas, cursinhos, faculdades, orfanatos, canteiros de obras ou estabelecimentos comerciais, entre outros.

Essa ação deve abranger todos os locais frequentados pelo caso confirmado durante o período de transmissibilidade, conforme descrito na seção de Investigação Epidemiológica. Além disso, devem ser considerados todos os locais visitados pelo caso nos últimos 7 a 21 dias, com o objetivo de identificar possíveis casos secundários no período de incubação. A área de abrangência pode incluir a área residencial, o quarteirão ou até mesmo todo o bairro, conforme a necessidade.

A equipe de saúde deve elaborar o mapa abrangendo todos os quarteirões do entorno da residência com o número de imóveis registrados, estimativa da população alvo para realizar a intensificação vacinal (operação limpeza) o mais rápido possível, em no máximo **15 dias corridos**.

O público alvo pode variar de acordo com a situação epidemiológica do sarampo, sendo a **vacinação realizada de forma seletiva de acordo com o Calendário de Vacinação.**

4.8.1 Uso de imunoglobulina para pessoas imunocomprometidas, gestantes e crianças menores de 6 meses de vida

A imunização passiva com o uso de imunoglobulina inespecífica, deve ser considerada se a vacinação for contraindicada para pessoa suscetível exposta à infecção há menos de seis dias, para prevenir ou atenuar a doença.

Nesta condição, a imunoglobulina está indicada para os contatos suscetíveis próximos e/ou domiciliares de pacientes suspeitos de sarampo. O uso de imunoglobulina deve ser considerado, particularmente, após exposição ao caso suspeito de sarampo, de maneira a reduzir o risco da infecção e de complicações, dentro de seis dias após a exposição em:

- Crianças menores de 6 meses;
- Gestantes sem evidência de imunidade prévia ao sarampo;
- Indivíduos imunocomprometidos sem evidência prévia de imunidade ao sarampo e aqueles gravemente imunodeprimidos, independentemente de história prévia de vacinação ou doença.

Considera-se imunodepressão grave: imunodeficiência primária grave que não tenha recebido imunoglobulina nas últimas três semanas; transplantados de células-tronco hematopoiéticas até 12 meses após a suspensão de terapias imunossupressoras; doenças linfoproliferativas; nos primeiros 6 meses pós-quimioterapia para leucemia linfoblástica aguda; infecção pelo HIV com sinais e sintomas de síndrome da imunodeficiência adquirida ou contagem de CD4 menor que 200 células/mm³ (maiores de 5 anos) ou menor que 15% (qualquer idade); transplantados de órgão sólido; uso de imunobiológicos ou inibidores de citocinas nos últimos 6 meses.

A dose recomendada de imunoglobulina humana a ser administrada será de 150mg/Kg de peso intravenosa (o equivalente a 3 mL/Kg de peso na formulação de 50mg/mL atualmente disponível no Brasil).

Não é necessária a aplicação da imunoglobulina para contatos de suspeitos de sarampo que façam uso rotineiro de imunoglobulina endovenosa (100 a 400 mg/kg de peso), se a última dose tiver sido aplicada dentro de 3 semanas antes da exposição.

Observação: pacientes que fizeram uso da imunoglobulina devem ter intervalo de 6 meses para utilização de vacina de vírus vivo atenuado (se não houver contraindicação médica).

Gestantes: De acordo com o calendário nacional de imunizações, as gestantes vacinadas adequadamente anteriormente à gestação devem ser consideradas imunes.

Convém ressaltar que o emprego da imunoglobulina comum, em geral, pode impedir as manifestações clínicas da rubéola, mas não **evita a viremia e tampouco a embriopatia.**

4.9 Registro das doses realizadas

Ressalta-se a importância de garantir o registro adequado da vacinação utilizando tanto o cartão ou caderneta de vacinação do usuário, quanto os sistemas de informação disponíveis: para serviços municipais deverá ser utilizado o SIGA Módulo Vacina, para serviços estaduais o SIPNI e para serviços privados os sistemas próprios que estejam devidamente integrados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) ou o SIPNI.

As doses aplicadas durante o bloqueio deverão ser registradas nos sistemas de informação na estratégia de vacinação **“bloqueio”** e na ficha de investigação.

As doses aplicadas durante a varredura ou operação limpeza, deverão ser registradas nos sistemas de informação na estratégia de vacinação **"intensificação"** e na ficha de investigação.

5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

5.1 Definição de Caso Suspeito de Sarampo:

"Todo paciente 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 ou situação vacinal."

5.2 Definição de Caso Suspeito de Rubéola:

"Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independentemente da idade e situação vacinal."

5.3 Definição de Caso Suspeito de Síndrome da Rubéola Congênita (SRC):

- "RN cuja mãe apresentou suspeita ou confirmação de rubéola".
- "RN cuja mãe foi contato de caso suspeito ou confirmado de rubéola durante a gestação."
- "Toda criança, até 12 meses de idade, que apresente qualquer um dos seguintes sinais clínicos compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola: surdez, cardiopatia congênita, suspeita de deficiência auditiva, catarata, glaucoma ou retinopatia pigmentar, independentemente da história materna."

A confirmação ou descarte de casos suspeitos de sarampo/rubéola seguem diretrizes da OMS e MS, constantes no Guia de Vigilância em Saúde (6ª edição revisada), incluindo critérios laboratoriais, por vínculo epidemiológico ou clínico, e deve haver um alinhamento entre todos os níveis federativos de gestão.

5.4 Notificação

A notificação compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos e privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal.

O MS realiza, sempre que necessário, atualizações na Portaria que estabelece a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública.

A notificação de casos suspeitos de sarampo, rubéola e SRC é obrigatória e imediata. Todos os casos devem ser reportados aos órgãos responsáveis **em até 24 horas** do atendimento.

Os casos suspeitos de sarampo e rubéola sempre deverão ser inseridos como casos individuais, no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN NET, **notificados apenas para uma das doenças sarampo ou rubéola**, já que o diagnóstico laboratorial sorológico é realizado para ambas as doenças.

O serviço de atendimento deve enviar esta notificação para a Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) de referência do território para que as ações comecem a ser desencadeadas.

A UVIS deve registrar a notificação no SINAN NET e incluí-la na ferramenta LISTS, para o monitoramento do caso pelo território e nível central. Deverão ser anexados os seguintes documentos: relatório de atendimento, relatório de investigação epidemiológica, histórico vacinal e/ou espelho da carteira de vacinação, resultado dos exames (sorologia e RT-PCR), se houver internação, evolução médica e alta, além da Ficha de Investigação Epidemiológica (FIE) encerrada. O prazo máximo para encerramento da FIE é de 60 dias, contudo, o caso deve ser encerrado, assim que a investigação for finalizada.

Os fluxos de notificação imediata da Secretaria Municipal da Saúde são:

- De segunda a sexta-feira das 07:00 às 19:00 por meio de uma das 28 UVIS do MSP.
- De finais de semana e feriados, no período das 07:00 às 19:00, por meio do Plantão CIEVS, no e-mail: **notifica@prefeitura.sp.gov.br** ou via **telefone (11) 5464-9420.**
- No horário noturno, das 19:00 às 07:00, a cobertura é realizada em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde pelo Plantão da Central/CVE- Centro de Vigilância Epidemiológica, **no telefone 0800-0555466** ou através do e-mail **notifica@saude.sp.gov.br**

Após a notificação do caso suspeito, em até **24 horas** do atendimento de saúde, as equipes de vigilância epidemiológica devem iniciar a investigação epidemiológica dos casos em até **48 horas** da notificação e aplicar as ações de prevenção e controle, como o bloqueio vacinal seletivo dos contatos, em até **72 horas** da notificação do caso suspeito.

6. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

- Solicitar o relatório de atendimento médico;
- Avaliar a carteira de vacinação;
- Orientar a coleta de amostras adequadas e oportunas com encaminhamento ao IAL;
- Verificar os deslocamentos nos 30 dias que antecederam os sintomas, e detalhar: meio de transporte, datas, número do voo, companhia aérea, itinerário, assento, etc;
- Identificar contatos e locais frequentados no **período de transmissibilidade**, incluindo locais de atendimento.

Figura 2 - Período de transmissibilidade

Período de transmissibilidade:

Sarampo - 06 dias antes a 04 dias após o exantema;

Rubéola - 07 dias antes a 07 após o exantema;

7. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial do sarampo e da rubéola se dá por meio de sorologia, para ambas as doenças, na detecção de anticorpos IgM e IgG. A amostra é considerada oportuna quando coletada do 1º até o 30º dia, após o aparecimento do exantema.

Na presença de resultado **IgM reagente ou indeterminado** na 1ª amostra (S1) deverá ser coletada a 2ª amostra (S2), a ser realizada de 15 a 25 dias após a data da primeira coleta. Avalia-se então o IgG, considerando que seu aumento expressivo pode indicar a soroconversão de anticorpos específicos para sarampo ou rubéola.

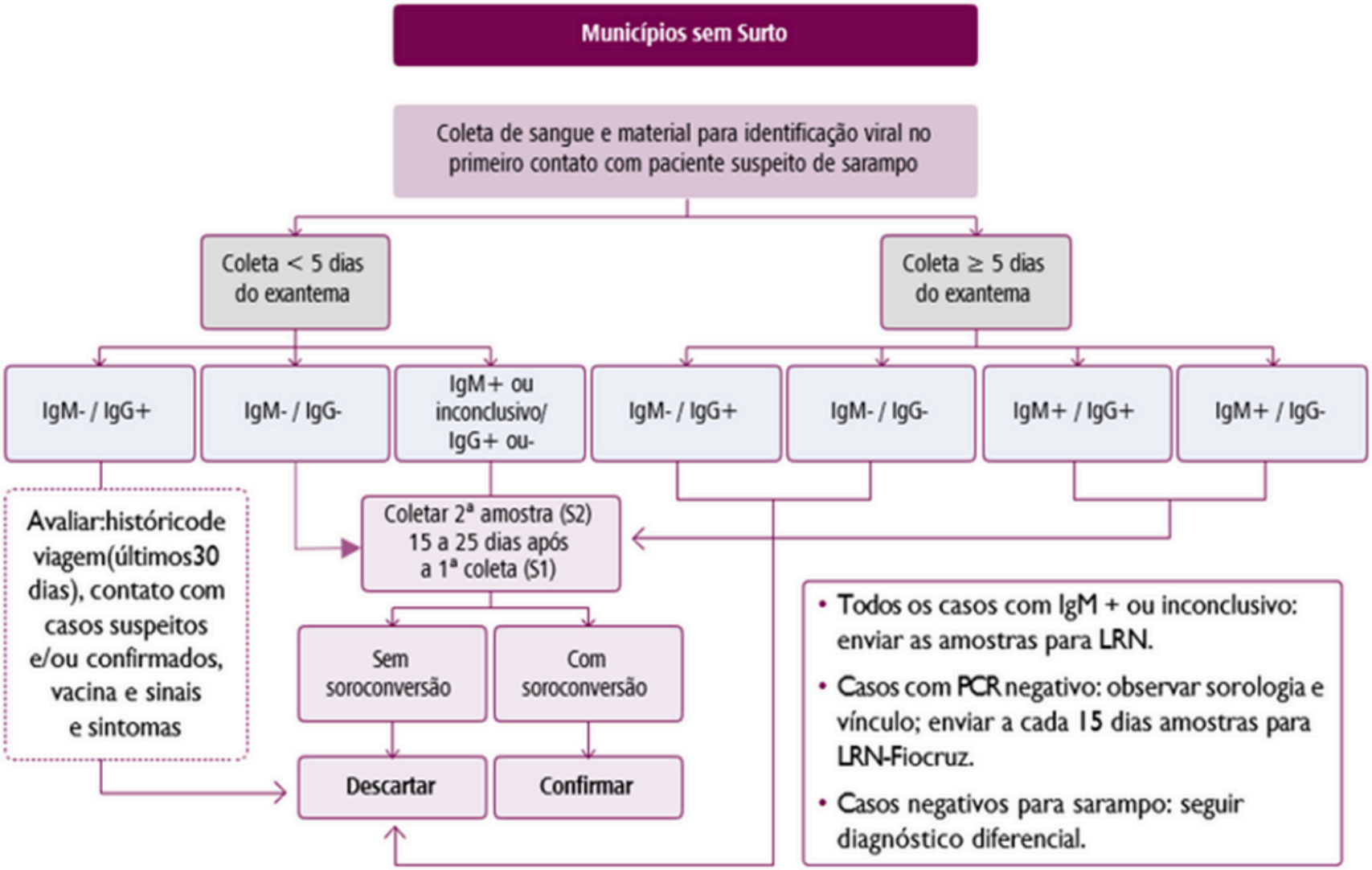
A coleta de amostras de swab naso-orofaríngeo e urina para RT-PCR é fundamental tanto para a detecção do vírus quanto para o sequenciamento genético.

- A amostra de **swab naso-orofaríngeo é considerada ideal** quando **coletada até o 7º dia** após o início do exantema, podendo, no entanto, ser realizada **até o 14º dia para fins de detecção viral.**
- A amostra de **urina é considerada ideal** quando **coletada até o 7º dia** do exantema, podendo, no entanto, ser realizada **até o 10º dia para fins de detecção viral.**

Os procedimentos de coleta, conservação e envio das amostras estão disponíveis no PROTOCOLO DE COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS - SARAMPO E RUBÉOLA disponível no site do IAL.

A figura disponível na próxima página (23) apresenta o fluxograma de interpretação dos resultados, para confirmação ou descarte do caso suspeito de sarampo ou rubéola.

Figura 3 - Fluxograma de diagnóstico laboratorial



Fonte: Fluxograma adaptado do 6° Guia de Vigilância Epidemiológica.

8. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE RESULTADOS LABORATORIAIS

Para os resultados com **IgM reagente ou indeterminado** para sarampo ou rubéola, que forem encaminhados à vigilância epidemiológica, por laboratórios públicos ou particulares, deve-se realizar a **investigação epidemiológica**, contemplando:

- Motivo da coleta;
- Presença de sinais e sintomas (tríade);
- Histórico vacinal ou espelho da carteira de vacinação;
- Contactantes;
- Deslocamentos/viagens (últimos 30 dias);
- Medicações;
- Tratamentos;
- Gestação.

O caso que cumprir a tríade de sintomas ou com deslocamento suspeito, para países onde o vírus circula de forma endêmica, deverá ser notificado pelo serviço de atendimento e solicitado ao laboratório a alíquota para envio ao IAL. Se não houver material disponível, deverá ser realizada a coleta da sorologia e as ações de prevenção e controle, e ainda, se houver oportunidade, indicar a coleta do RT-PCR swab naso-orofaringe.

9. BUSCA ATIVA

A busca ativa é um instrumento de controle da qualidade da vigilância epidemiológica de rotina, pois permite detectar casos que por alguma razão não foram notificados ou não tiveram acesso ao sistema de saúde. Sua operacionalização se dá, por meio da identificação/captação de casos suspeitos de sarampo ou rubéola nos estabelecimentos de saúde públicos e privados, na comunidade e por meio de resultados laboratoriais.

9.1 Busca ativa institucional

A busca ativa institucional é o levantamento de fontes de informação como prontuários clínicos e fichas de atendimento, por indivíduos que apresentaram sinais e sintomas de sarampo e rubéola nos últimos 30 dias. Realiza-se a partir do 1º caso confirmado, mediante o não cumprimento do alcance dos indicadores de Notificação Negativa e Taxa de Notificação. Também é indicada para o caso em que não foi possível a coleta de sorologia, para o encerramento do caso por diagnóstico laboratorial.

Deverão ser reavaliados os prontuários com **CID do diagnóstico diferencial (A38, A77, A90, A92, A 92.8, B01, B34.1, B34.3, B05, B06, B08.2, B08.3, B08.4, B08.8, B09, L20.9 e M30.3) conforme figura 4,** que apresentarem febre, exantema e o 3º sintoma (tríade), 30 dias anteriores ao caso suspeito ou período estabelecido.

Verificar se há presença de sintomas respiratórios e/ou outros sinais compatíveis com sarampo ou rubéola, bem como a existência de exame laboratorial que possa descartar a suspeita. Exemplos:

- Casos de escarlatina com febre e exantema, com teste rápido positivo para estreptococo ou quadro clínico característico, não devem ser notificados.
- Casos de exantema súbito (roséola), com quadro clínico típico – febre que desaparece seguida do início do exantema, também não devem ser notificados.

Figura 4 - Relação de CID dos diagnósticos diferenciais

Diagnóstico diferencial para sarampo e rubéola		
CID	**Doença**	**Agente**
A38	Escarlatina	*Streptococcus pyogenes*
A77	Febre Maculosa	Rickettsia rickettsii
A90	Dengue	*Flavivírus* *DENV-1* *DENV-2* *DENV-3* *DENV-4* *DENV-5*
A92	Febre de Chikungunya	*Alphavirus*
A 92.8	Zika	*Flavivirus*
B01	Varicela	*Varicela-Zoster*
B 27	Mononucleose (todas)	*Citomegalovírus* *Herpes gama - Epstein–Barr* Outros
B 34.1	Enterovirose	*Enterovírus*
B34.3	Parvovirose	*Parvovírus*
B05	Sarampo	*Mobillivírus*
B06	Rubéola	*Rubivírus*
B08.2	Exantema súbito ou Roséola	*Herpes vírus (HHV-6 e HHV-7)*
B08.3	Eritema infeccioso	*Parvovírus humano B-19*
B08.4	Estomatite vesicular devido a enterovírus com exantema (Mão-Pé-Boca)	*Enterovírus (mais comum Coxsackie A16)*
B08.8	Outras infecções virais especificadas por lesão de pele das membranas mucosas	
B09	Infecção viral não especificada por lesões da pele e membranas mucosas	
L20.9	Dermatite atópica, não especificada	
M 30.3	Doença de Kawasaki	*desconhecido*

***Atualizada em 26/09/2024 - Orientações para busca ativa de casos de PFA, sarampo e rubéola (OPAS)**

9.2 Busca ativa comunitária

A busca ativa comunitária deve ser realizada pelos agentes comunitários de saúde na busca e identificação de casos de sarampo e rubéola na comunidade, questionando se houve presença de febre e manchas vermelhas pelo corpo. Em geral, é realizada durante o "Dia S", data estabelecido pelo MS para mobilizar e sensibilizar a realização da busca ativa em todo território nacional.

10. RESUMO DAS AÇÕES E VIGILÂNCIA DIANTE DE UM CASO SUSPEITO

- Preencher a ficha de investigação de doenças exantemáticas e seguir o fluxo de encaminhamento descrito acima.
- Proceder com a investigação laboratorial, com envio obrigatório das amostras ao IAL.
- Reforçar quanto a necessidade de isolamento do caso suspeito, com afastamento das atividades de rotina, do período prodrômico até o 7º dia após o início do exantema.
- Afastar as gestantes suscetíveis do contato com o doente.
- Verificar a ocorrência de hospitalização e agravamento do quadro.
- Investigar histórico de deslocamentos até **30 dias antes** do início dos sintomas e história de contato com outros casos suspeitos.
- Realizar o **bloqueio vacinal seletivo** dos contactantes frente a qualquer caso suspeito, preferencialmente **até 72 horas** após a notificação do caso.
- Operação limpeza: intensificação de vacinação na ocorrência de caso com sorologia **IgM reagente** ou **Indeterminado** ou **RT- PCR detectável** para sarampo ou rubéola.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Nota técnica nº 34/2023 – CGVDI/DPNI/SVSA/MS. Brasília: MS, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-34-2023-cgvdi-dpni-svsa-ms/view. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Nota técnica nº 63/2025 – CGICI/DPNI/SVSA/MS. Brasília: MS, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-63-2025-cgici-dpni-svsa-ms.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 4ª edição do Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação. Brasília: MS, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/esavi/manuais. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume 1. 6. ed. rev. Brasília: MS, 2023. 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. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025. Dispõe sobre medidas de vigilância em saúde pública. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 mar. 2025. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.734-de-18-de-marco-de-2025-620767223. Acesso em: 17 jun. 2025.

CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Imunização. Medidas de prevenção e controle – atualização – 2025: Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita. São Paulo: SES-SP, 2025.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC". Norma técnica do programa de imunização. São Paulo: SES/CCD/CVE, 2025. Disponível em: https://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/imunizacao/2025/norma_de_imunizacao_2025.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.

PAHO – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Orientações sobre a busca ativa de casos de paralisia flácida aguda, sarampo e rubéola. Washington, D.C.: OPAS, 2023. Disponível em: https://www.paho.org/pt/eventos/webinar-orientacoes-sobre-busca-ativa-casos-paralisia-flacida-aguda-sarampo-e-rubeola. Acesso em: 17 jun. 2025.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico do Sarampo do Município de São Paulo. São Paulo: SMS, 2025. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/sarampo/boletim_sarampo. Acesso em: 17 jun. 2025.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Protocolo de coleta de amostras biológicas: sarampo e rubéola. Atualizado em junho de 2025. São Paulo: SES-SP, 2025. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/protocolos/sarampo_rubeola_src_protocolo_junho25.pdf Acesso em: 1 jul. 2025.

covisa
COORDENADORIA DE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE