



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

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 345/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. O Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), por meio da Coordenação-Geral da Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CGVDI) e da Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI), e a Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB), atualizam as orientações técnicas sobre a vigilância do sarampo e da rubéola e substituem os seguintes itens do Guia de Vigilância em Saúde – 6ª edição Revisada, Brasília 2024: conduta frente a caso suspeito/confirmado de sarampo e vacinação. Ainda, orientam quanto as ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de sarampo e acrescentam novos itens, como a linha do tempo do sarampo e busca ativa.

2. **CONTEXTUALIZAÇÃO**

2.1. As vigilâncias das doenças exantemáticas, (sarampo e rubéola) e da síndrome da rubéola congênita (SRC), são essenciais para proteger a população contra essas doenças altamente transmissíveis e para evitar o ressurgimento de surtos e a circulação desses vírus de forma endêmica no país.

2.2. Em novembro de 2024, o Brasil foi novamente reconhecido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como país livre da circulação do vírus do sarampo de forma endêmica, um marco histórico que reafirma o compromisso nacional com a saúde pública e o protagonismo global no enfrentamento de doenças imunopreveníveis.

2.3. Essa conquista reflete o impacto das ações integradas realizadas nos últimos anos, como ações de intensificação de vacinação, registro nominal de doses de vacinas, busca ativa de casos suspeitos, liberação oportuna de resultados laboratoriais e a ampliação da cobertura vacinal, especialmente em áreas de difícil acesso. O certificado, entregue oficialmente ao país em Brasília, coloca o Brasil novamente entre as nações que conseguiram eliminar o sarampo como doença endêmica.

2.4. Apesar desse êxito, outras regiões da Organização Mundial da Saúde têm casos e surtos de sarampo e rubéola de forma contínua, além dos surtos recentes de sarampo no Canadá, Estados Unidos da América, México, Argentina, Bolívia e Paraguai, o que torna uma ameaça ao Brasil devido à mobilidade internacional e trânsito de pessoas em áreas de fronteira com o Brasil. Ademais, a hesitação vacinal, não alcance da cobertura vacinal preconizada e consequente vulnerabilidade da população em áreas específicas do país são fatores que aumentam o risco de o Brasil ter casos importados e, consequentemente, de ter cadeias de transmissão secundárias e terciárias que poderiam levar ao restabelecimento da circulação sustentada do vírus. Diante desse cenário epidemiológico internacional e do risco do sarampo para o Brasil, mantém-se a necessidade de fortalecimento contínuo da vigilância, imunização e laboratório.

3. **INVESTIGAÇÃO DO CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO**

3.1. **Notificar imediatamente o caso suspeito/confirmado de sarampo**

3.1.1. Objetivo: Comunicar o caso suspeito a fim de que as medidas de prevenção e controle sejam desencadeadas oportunamente e evitada/reduzida a disseminação da doença.

a) O profissional de saúde que realizar a suspeita clínica de sarampo deve providenciar a notificação imediata (em até 24 horas) do caso às autoridades de vigilância epidemiológica local (municipal), conforme Portaria do Ministério da Saúde que estabelece a **Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional**.

b) A partir do conhecimento da suspeita de sarampo, seja recebida de forma passiva ou por meio de busca ativa, a vigilância epidemiológica municipal deverá notificar o caso ao estado e, este, deve notificar o Ministério da Saúde, ou o município pode notificar simultaneamente o estado e o Ministério da Saúde, utilizando o meio mais rápido possível (Ex: e-mail, telefone, formulário).

c) O laboratório público ou privado que analisar uma amostra clínica com resultado positivo (reagente ou detectável) para sarampo deve realizar a notificação imediata (em até 24 horas) à vigilância epidemiológica municipal, estadual e ao Ministério da Saúde. Adicionalmente, os laboratórios privados e os Laboratórios de Fronteira (Lafron) que realizam diagnóstico sorológico e/ou molecular devem proceder ao encaminhamento das amostras de casos suspeitos ao Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) de sua respectiva Unidade Federativa, garantindo a continuidade da investigação laboratorial. Esse procedimento é fundamental para a confirmação diagnóstica no âmbito da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP) e para a adoção oportuna das medidas de vigilância e controle nos casos de sorologia IgM reagente ou RT-PCR detectável. Ressalta-se que, em situações de surtos, resultados positivos emitidos por qualquer laboratório, inclusive da rede privada, serão considerados critério confirmatório laboratorial para sarampo e/ou rubéola, até a conclusão da investigação epidemiológica.

d) Registrar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

3.2. Investigar o caso suspeito/confirmado de sarampo

3.2.1. Todos os casos suspeitos de sarampo devem ser investigados em até 48h da data da notificação, a fim de que todas as ações de prevenção e controle sejam desencadeadas em tempo oportuno, minimizando o risco de disseminação rápida da doença e ocorrência de surtos.

3.2.2. O objetivo é coletar dados clínicos, epidemiológicos e de vacinação do caso suspeito/confirmado, bem como identificar a área da transmissão e determinar a sua extensão.

a) A vigilância epidemiológica deve investigar o caso suspeito ou confirmado de sarampo em até 48 horas após a ciência da notificação.

b) Realizar entrevista com caso no seu domicílio ou local de maior permanência, ou no hospital, se estiver internado. Deve-se identificar e registrar todos os contatos próximos (ensino, trabalho, amigos, familiares, eventos sociais, transporte etc) e pelo menos uma forma de comunicação (celular, e-mail, endereço).

c) Realizar a investigação utilizando-se a FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇAS EXANTEMÁTICAS FEBRIS SARAMPO / RUBÉOLA do Sinan e anexos. Acesse em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sarampo/notificacao-investigacao>

d) Diante de um caso suspeito/confirmado de sarampo, incluir os casos e seus contatos no Go.data, por meio do link: <https://godata.saude.gov.br/auth/login>.

e) É essencial a utilizar a linha do tempo do sarampo durante a investigação.

f) Durante a investigação avaliar situação vacinal dos contatos de caso suspeito/confirmado.

3.3. Elaborar a linha do tempo do sarampo

3.3.1. Durante a entrevista de cada caso suspeito/confirmado, deve ser elaborada a linha do tempo que servirá como uma ferramenta para a investigação e realização de ações de prevenção e controle. Para isso, deve-se prioritariamente identificar a data do exantema e então, definir os períodos, conforme a descrição detalhada a seguir:

- **Período de transmissibilidade do sarampo:** inicia 6 dias antes e se estende até 4 dias após o início do exantema. Neste período, o paciente pode transmitir a doença e deve ser orientado a ficar em isolamento. É o período que guia a busca dos contatos.
- **Período provável de exposição do sarampo:** é o intervalo em que provavelmente o caso foi exposto ao vírus do sarampo. Para conhecer o período provável de exposição é necessário utilizar o período mínimo e máximo de incubação da doença, e calcular retrospectivamente a partir da data do exantema. Para o sarampo, o período provável de exposição ocorre de 7 a 21 dias anteriores a data de início do exantema e indica o período que o paciente provavelmente contraiu a infecção. Esse período é importante porque ajuda a definir o local provável de infecção, a classificar o caso como importado ou autóctone e a identificar outros casos de sarampo.
- **Período de incubação do sarampo:** intervalo entre a data da exposição ao vírus e o início do exantema. Para o sarampo, o período de incubação varia de 7 a 21 dias. Esse período é utilizado para definir o número de dias para monitorar os contatos e ocorrência de sinais e sintomas suspeitos de sarampo.
- **Período de monitoramento de contatos:** Considerando o período de transmissibilidade dos casos suspeitos ou confirmados, é necessário monitorar os contatos porque esses são potenciais casos secundários. Assim, os sinais e sintomas podem surgir no período de 7 a 21 dias e por isso os contatos devem ser monitorados nesse período.

3.3.2. Definir o período de transmissibilidade do sarampo:

a) A investigação do caso deve contemplar a avaliação do potencial de transmissão do sarampo, com a identificação dos contatos expostos durante o período de transmissibilidade. Considerando que os contatos expostos são os possíveis casos secundários, é imprescindível realizar o rastreamento de todos. Esse período de transmissibilidade é o mais importante, pois definirá o período em que se deve buscar os contatos desse caso.

b) A partir da data do exantema do caso, contar 6 dias antes até 4 dias depois (-6d +4d). Dessa forma, será estabelecido o período de transmissão do vírus do sarampo.

c) Inserir essas datas na linha do tempo, conforme Figura 3.

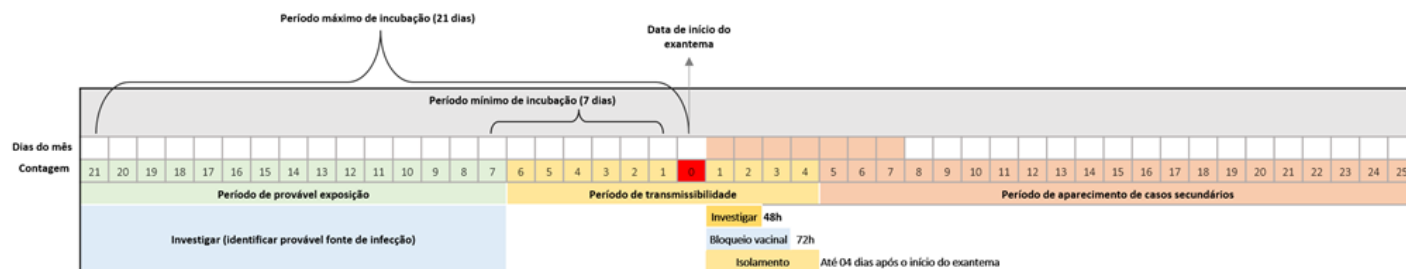
d) Verificar a situação vacinal de todos os contatos e realizar o bloqueio vacinal, como medida essencial para interromper uma possível cadeia de transmissão.

e) Perguntar sobre sinais e sintomas do sarampo nos contatos presentes no momento da entrevista ou que tenham ocorrido antes. Uma vez sendo identificados sinais e sintomas que atendam à definição de caso suspeito, executar as ações referentes a um caso suspeito.

f) Monitorar todos os contatos por até 30 dias após a última exposição com o caso de sarampo, conforme detalhamento no item 4 dessa Nota Técnica.

g) Uma consideração importante é que o vírus do sarampo permanece contagioso no ar ou em superfícies infectadas até duas horas. Esse aspecto deve ser considerado no rastreamento de contatos, uma vez que a transmissão pode ocorrer mesmo que o contato não tenha estado na mesma localidade ao mesmo tempo que o caso como por exemplo, na recepção de uma unidade básica de saúde ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Figura 3. Linha do tempo para investigação de casos suspeitos de sarampo, Brasil, 2025.



Fonte: CGVDI/DPNI/SVSA/MS.

3.3.3. Definir o período provável de exposição ao vírus do sarampo:

- Esse período ajudará na identificação da provável fonte de infecção, ou seja, popularmente pode-se saber "de quem o caso pegou sarampo" ou "onde o caso pegou sarampo". Para cada caso confirmado, devem ser envidados todos os esforços para rastrear a origem da exposição.
- Considerando o período de incubação do sarampo de 7 a 21 dias antes do início do exantema., deve-se tentar identificar com quem o caso suspeito/confirmado se encontrou e também em todos os locais onde ele esteve.
- O caso ou seus responsáveis/cuidadores precisam ser questionados se tiveram contato com casos suspeitos ou confirmados de sarampo ou com alguém doente, com sintomas respiratórios.
- Na ausência de histórico de contato com caso de sarampo conhecido, é essencial investigar possíveis exposições a fontes não identificadas. Essas exposições podem ocorrer em ambientes como escolas, serviços de saúde, igrejas, ou ainda durante viagens aéreas, em qualquer meio de transporte (avião, ônibus, carro, navio etc), visitas a locais turísticos (resorts, parques temáticos, áreas de ecoturismo), locais com aglomeração de pessoas ou por meio de contato com viajantes recentes (brasileiros ou estrangeiros) e, principalmente, se o caso esteve em um município/estado/país com casos confirmados de sarampo.

3.4. Coletar/garantir amostras para o diagnóstico sorológico e molecular do caso suspeito de sarampo

- Garantir coletas oportunas e adequadas.
- Tipo de amostra: sangue total (para obtenção do soro) destinado ao diagnóstico sorológico; amostras respiratórias - *swab* combinado da secreção oro/nasofaríngeas e urina para o diagnóstico molecular.
- A coleta de amostras biológicas deve ser realizada em todos os casos suspeitos de sarampo, preferencialmente no primeiro atendimento ao paciente a fim de garantir a coleta das amostras e não perder a oportunidade com o paciente.
 - Para o **diagnóstico sorológico**:
 - As amostras de sangue devem ser coletadas entre o 1º e 30º dia a partir do **início do exantema**.
 - Coletar sangue total sem anticoagulante, para obtenção de soro destinado à detecção de anticorpos das classes IgM e IgG.
 - Amostras devem ser centrifugadas (para obtenção do soro), armazenadas de 2 a 8°C e transportadas ao Lacen o mais breve possível, em caixa de transporte com gelo reciclável (gelox), conforme Nota Técnica N°64/2025-CGLAB/SVSA/MS.
 - Não congelar as amostras de sangue total.
 - Para o **diagnóstico molecular**:
 - Coletar **amostra respiratória** por meio de *swab* combinado naso/orofarínge para identificação e caracterização viral.
 - A coleta deve ocorrer, preferencialmente, entre o **1º e 7º dia após o início do exantema e no máximo até o 14º dia**.
 - Utilizar três (3) *swabs*: dois (2) para a nasofaringe (um em cada narina) e um (1) para a orofaringe. A coleta deve garantir a obtenção de uma quantidade adequada de células epiteliais, o que pode ser alcançado por meio da fricção ou rotação cuidadosa do *swab* sobre o epitélio da mucosa.
 - Os *swabs* a serem usados devem ser estéreis e possuir haste de plástico, do tipo *rayon*. Não deverão ser usados *swabs* com haste de madeira e/ou com alginato de cálcio, pois eles interferem nas reações utilizadas para diagnóstico molecular e isolamento de vírus.
 - Os três (3) *swabs* **devem ser inseridos no mesmo tubo** contendo Meio de Transporte Viral (MTV) ou, alternativamente, em solução salina tamponada com fosfato (PBS, pH 7,2), estéril e suplementada com antibióticos, conforme Nota Técnica N°64/2025-CGLAB/SVSA/MS.
 - Coletar **amostras de urina** destinadas à identificação e caracterização viral
 - A coleta deve ocorrer, preferencialmente, **entre o 1º e o 7º dia após o início do exantema e, no máximo, até o 10º dia**.
 - Devem ser coletados de 10 a 50 mL de urina em frasco estéril, desprezando-se o primeiro

jato e utilizando-se o jato médio da micção.

- Para o preparo, as amostras de urina devem ser centrifugadas a 500 x g (aproximadamente 1.500 rpm) por cinco a dez minutos, preferencialmente a 4°C. Após a concentração, o sobrenadante deve ser descartado e o sedimento celular ressuspensão em 2 a 3 mL de MTV estéril, meio de cultura de tecidos (DMEM ou MEM) ou solução salina tamponada.
- Após esse processo, as amostras deverão ser armazenadas a -70°C.
- Na ausência de centrifuga, a amostra de urina **NÃO** deve ser congelada, e deve ser enviada ao Lacen em condições apropriadas (2 a 8°C) para o processamento da amostra, conforme Nota Técnica N°64/2025-CGLAB/SVSA/MS.
- O transporte deve ser realizado em gelo seco, assegurando a integridade do material biológico.

4. RASTREAMENTO E MONITORAMENTO DOS CONTATOS PRÓXIMOS

4.1. No sarampo, a **investigação dos contatos é tão fundamental quanto a investigação do caso** porque é uma doença altamente contagiosa. A transmissão do vírus se dá através de gotículas de saliva e secreções respiratórias, expelidas ao tossir, espirrar ou falar. O vírus presente no ar ou em superfícies permanece ativo e contagioso por 2 horas. É tão contagiante que pode infectar até 90% das pessoas próximas que não tenham imunidade.

4.2. Assim, devido à sua natureza infecciosa, o rastreamento de contatos é essencial para determinar a fonte de infecção do caso de sarampo ou para identificar pessoas que o caso possa ter infectado.

4.3. Define-se como CONTATO DE CASOS DE SARAMPO:

- Qualquer pessoa que teve contato com as secreções nasofaríngeas/orofaríngeas expelidas de um caso suspeito/confirmado ao tossir, espirrar, falar ou respirar; **OU**
- Qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso suspeito ou confirmado de sarampo durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, 6 dias antes até 4 dias depois do início do exantema; **OU**
- Pessoas que entraram em contato com o caso (suspeito/confirmado) entre 7 a 21 dias antes do início do exantema (provável fonte de Infecção).

4.4. Para fins de vigilância, deve-se considerar o contato próximo a pessoa que:

- Esteve, por qualquer período, em uma sala ou espaço fechado com um caso suspeito/confirmado de sarampo durante o período de transmissibilidade desse caso (ou seja, aproximadamente 6 dias antes e até 4 dias após o início do exantema); **OU**
- Permaneceu em um ambiente anteriormente ocupado por um caso suspeito ou confirmado de sarampo, durante o seu período de transmissibilidade, até 2 horas após aquele indivíduo ter deixado a sala ou espaço (período que o vírus pode permanecer suspenso no ar); **OU**
- Teve contato físico direto (p. ex.: aperto de mãos, beijo no rosto) com um caso suspeito/confirmado; **OU**
- É profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso suspeito/confirmado de sarampo; **OU**
- Seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, dentre outros) de um caso suspeito/confirmado.

4.5. Os objetivos do rastreamento e monitoramento dos contatos são:

- Construir a cadeia de transmissão;
- Determinar a fonte de infecção do caso de sarampo;
- Identificar o caso índice;
- Identificar pessoas que o caso possa ter infectado, ou seja, identificar casos secundários;
- Orientar a busca por atenção médica diante de contato com sinais e sintomas;
- Controlar a disseminação do sarampo, de forma a interromper a(s) cadeia(s) de transmissão.

4.6. Uma consideração importante é que o vírus do sarampo permanece contagioso no ar ou em superfícies infectadas até duas horas. Esse aspecto deve ser considerado no rastreamento de contatos, uma vez que a transmissão pode ocorrer mesmo que o contato não tenha estado na mesma localidade ao mesmo tempo que o caso.

4.7. Considerando que o risco da transmissão do sarampo é maior entre os contatos, assume-se que quanto mais próximo os contatos estiverem com o caso confirmado de sarampo (tempo e distância), maior é a probabilidade de que se infectem e tornem-se casos secundários se não estiverem devidamente imunizados, ou seja, quanto mais próximo e duradouro o contato, maior será o risco de ter novos casos de sarampo. Dessa forma, os contatos domiciliares vulneráveis (sem esquema completo de vacinação) são os que apresentam maior risco de serem expostos ao vírus, se infectarem e se tornarem casos secundários, bem como, os contatos de maior convívio com o caso confirmado, por exemplo, família, colegas de trabalho, amigos, contatos da creche e escola, local de internação hospitalar, meios de transporte etc. Assim, na maioria das vezes, o domicílio é a área quente (mais vermelha), com maior probabilidade de ocorrer transmissão entre as pessoas pelo fato de dividirem o mesmo espaço por muito tempo. A área quente pode ser alterada conforme o local de permanência do caso, como: abrigo, hotel, hospital, quartéis, alojamentos e instituição de longa permanência. Conforme se reduz o tempo de exposição entre o caso e o contato, o risco de transmissão vai diminuindo, bem como, a chance de surgir casos secundários (Figura 1).

4.8. A escala de cores, do vermelho intenso (maior risco) ao amarelo claro (menor risco), indica o risco de transmissão e a prioridade das ações de vigilância, laboratório e imunização, que devem seguir essa ordem do risco para estabelecer a prioridade das ações para a efetividade no controle do surto: começando pelo bloqueio vacinal no domicílio,

avancando para contatos próximos, vizinhança, bairro, outros bairros e, por fim, municípios vizinhos.

4.9. Deste modo, deve-se considerar a condução das ações de forma escalonada, em ordem de prioridade que garanta a resposta oportuna e proporcional ao risco, com foco na interrupção da cadeia de transmissão e na ampliação da cobertura vacinal de forma estratégica.

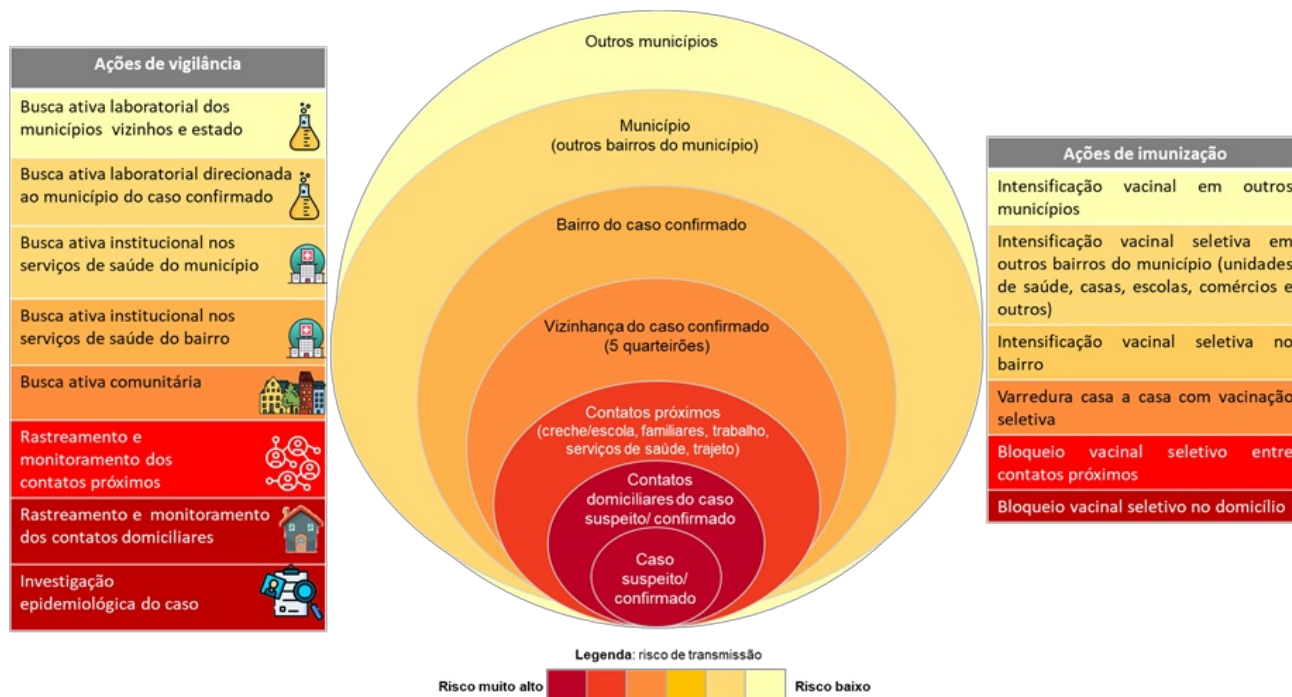
4.10. As ações são iniciadas durante a visita domiciliar, após a identificação do caso suspeito/confirmado, onde realizam-se a investigação epidemiológica e o bloqueio vacinal seletivo no domicílio, além do rastreamento e monitoramento dos contatos domiciliares (risco muito alto: vermelho intenso). Em seguida, expandem-se para os contatos próximos (familiares, colegas de escola ou trabalho, profissionais de saúde que atenderam o caso, entre outros), com bloqueio vacinal seletivo e monitoramento dos contatos (risco alto: cor vermelha).

4.11. Na vizinhança do caso confirmado, definida como um raio aproximado de cinco (5) quarteirões, deve-se realizar varredura casa a casa com vacinação seletiva e busca ativa comunitária (BAC) de casos suspeitos (risco médio: cor laranja intenso). A delimitação dos quarteirões deve considerar a configuração do território, de forma a abranger um círculo em torno da residência do caso, contemplando os quarteirões ao redor (frente, laterais e fundos), e não apenas em direção linear. Quando o domicílio do caso for apartamento, deve-se realizar a varredura e a BAC nos residentes de todos os andares e, se houver vários blocos, avaliar os locais onde o caso esteve no período de transmissibilidade para definir se será necessário realizar a mesma ação em outros blocos do mesmo condomínio. As ações de varredura e BAC podem ser estendida para além dos 5 quarteirões, abrangendo o bairro ou territórios adjacentes, conforme capacidade logística. Quando o caso residir em área rural, deve-se realizar a varredura e a BAC em todas as propriedades vizinhas, a depender da capacidade operacional.

4.12. No bairro (risco baixo: cor laranja médio), para além dos 5 quarteirões, recomenda-se realizar a intensificação vacinal seletiva e a Busca Ativa Institucional (BAI) nos serviços de saúde locais.

4.13. Nos demais bairros do município (risco muito baixo: cor amarelo), recomenda-se a intensificação vacinal seletiva em unidades de saúde, domicílios, escolas, comércios e outros locais de circulação populacional, assim como a BAI nos serviços de saúde além da Busca Ativa Laboratorial (BAL) no município do caso (cor: laranja claro). Por fim, em municípios vizinhos, é indicada a intensificação vacinal e a busca ativa laboratorial, conforme a situação epidemiológica e a avaliação do risco de disseminação viral.

Figura 1. Diagrama de prioridade de ações de vigilância e imunização frente a um caso suspeito/confirmado de sarampo, segundo o nível de risco de transmissão.



Fonte: CGVDI/DPNI/SVSA/MS, 2025.

4.14. A seguir descreve-se, de forma sequencial, o passo a passo recomendado para a investigação dos contatos (rastreamento e monitoramento):

- Realizar a busca dos contatos do caso suspeito/confirmado, em todos os locais que este caso esteve no período de transmissibilidade, ou seja, onde ele respirou nos seis (6) dias anteriores ao início do exantema até quatro (4) dias após o exantema. Seguir os passos conforme a ilustrado na Figura 1;
- Inserir os contatos no Go.Data, por meio do link: <https://godata.saude.gov.br/auth/login> e realizar todo o monitoramento por meio desta ferramenta;
- Conversar com os contatos sobre a ocorrência de sinais e sintomas compatíveis com sarampo antes e depois da última exposição com o caso suspeito/confirmado de sarampo. Definir a última data da exposição para fins de monitoramento.
- Monitorar cada contato por até 30 dias após a data da última exposição com o caso suspeito/confirmado de sarampo. Esse monitoramento pode ser feito de forma presencial ou à distância (telefone, mensagem, e-mail), preferencialmente diariamente, contudo, a depender das condições operacionais do município, deve ser realizada pelo menos a cada 3 dias, até completar os 30 dias. Deve-se perguntar a todos (do primeiro

ao último contato) sobre o aparecimento de sinais e de sintomas compatíveis com sarampo, por um período de 30 dias, quando o caso for confirmado para sarampo OU até que o caso suspeito de sarampo seja descartado, encerrando o acompanhamento.

e) Se o contato manifestar algum sinal ou sintoma, ele deve informar a vigilância epidemiológica imediatamente no telefone fornecido previamente.

f) Identificar e registrar no Go.Data se o contato teve sinal ou sintoma compatível com sarampo.

g) Registrar se o contato já tinha esquema vacinal completo ou se foi necessário realizar bloqueio vacinal ou intensificação.

h) Se o contato recusar a atender a vigilância ao longo do período de 30 dias, a vigilância deve procurá-lo pelo menos por 3 vezes até definir o abandono do monitoramento.

i) Os dados do monitoramento deverão ser coletados, para cada contato realizado, e registrados diretamente na ferramenta Go.Data.

j) Analisar os dados do Go.Data e identificar possíveis cadeias de transmissão.

k) Todos os contatos rastreados precisam ter um *status* de acompanhamento, conforme as seguintes possibilidades:

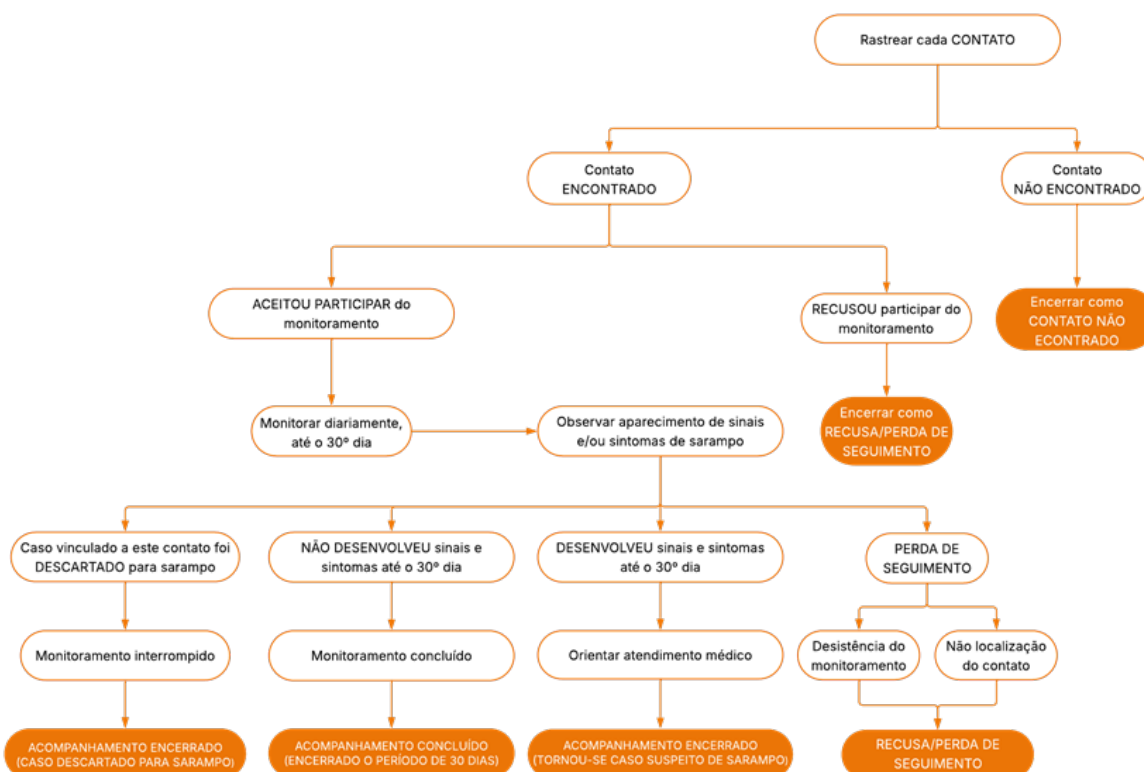
- Em acompanhamento
- Contato não encontrado
- Acompanhamento concluído (encerrado o período de 30 dias)
- Recusa/perda de seguimento
- Acompanhamento encerrado (tornou-se caso suspeito de sarampo)
- Acompanhamento encerrado (caso descartado para sarampo)

l) O rastreamento de contatos é uma atividade multidisciplinar e uma oportunidade de integração entre a vigilância e a atenção primária à saúde. Sugere-se que a equipe de investigadores seja mista, composta por, pelo menos, um técnico da vigilância e outro da atenção primária, que pode ser, inclusive, um agente comunitário de saúde (ACS).

m) O rastreamento de contatos requer, além da equipe capacitada, materiais administrativos e outros de suporte, como internet, telefone, computador e, se necessitar realizar visita domiciliar, precisa-se também de identificação oficial, transporte e EPI.

4.14.1. O monitoramento de contatos deve ser realizado conforme o fluxo descrito, com avaliação diária até o 30º dia após a última exposição. Preferencialmente, o registro de cada acompanhamento e o encerramento do monitoramento devem ser efetuados diretamente no Go.Data, de forma a garantir padronização, rastreabilidade e consolidação das informações (Figura 2).

Figura 2. Fluxograma para monitoramento de contatos de casos suspeitos ou confirmados de sarampo.



Fonte: CGVDI/DPNI/SVSA/MS, 2025.

5. BUSCA ATIVA

5.1. A busca ativa é definida como uma ação que permite avaliar a sensibilidade dos sistemas de vigilância epidemiológica, mantendo o alerta para o risco de transmissão do vírus endêmico de um local para outro, bem como a importação de casos, estabelecendo as medidas de controle necessárias para limitar a presença de um surto e casos secundários.

5.2. O objetivo da busca ativa é identificar a ocorrência de casos suspeitos de sarampo que não acessaram o sistema de saúde ou que não foram detectados pelo sistema integrado de vigilância do sarampo. Por isso, destaca-se a importância de fortalecer ou estabelecer a busca ativa de casos suspeitos de sarampo no contexto da eliminação da circulação endêmica do vírus do sarampo no Brasil.

5.3. Sua operacionalização se dá por meio da identificação/captação de casos suspeitos de sarampo nos estabelecimentos de saúde públicos ou privados, dispositivos comunitários (residências, creches, escolas, instituições de curta e longa permanência, templos religiosos e afins) e Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen).

5.4. Os casos identificados na busca ativa devem ser notificados e seguir com a investigação e coleta de amostras clínicas (soro, swab combinado de secreções de naso/orofaríngea e urina), dentro dos critérios recomendados, até sua classificação final.

5.5. Conforme NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 344/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS, o Ministério da Saúde passa a adotar as mesmas nomenclaturas para busca ativa de sarampo e rubéola utilizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a Região das Américas, ou seja, busca ativa institucional, busca ativa comunitária e busca ativa laboratorial.

5.6. **Busca Ativa Institucional (BAI)**

5.6.1. BAI é a revisão sistemática de prontuários clínicos e/ou fichas de atendimento em serviços de saúde públicos e privados, com o intuito de identificar possíveis casos atendidos com sinais e sintomas compatíveis com sarampo e que podem não ter sido notificados, visando aumentar a sensibilidade da vigilância da rotina. Também pode identificar outros casos pertencentes ao mesmo surto/mesma cadeia de transmissão. É uma estratégia essencial para a redução da chance de não captação de um caso de interesse.

5.6.2. Deve ser realizada na rotina dos serviços de saúde para identificar casos suspeitos e, com isso, a notificação e ações oportunas. Na ausência da identificação de caso suspeito, gerar evidências para a notificação negativa semanal do serviço de saúde. Dessa forma, a BAI precisa ser realizada diariamente ou pelo menos uma (1) vez por semana em cada serviço de saúde que tem potencial para atender casos suspeitos de sarampo.

5.6.3. A BAI também deve ser realizada retrospectivamente, a fim de buscar casos suspeitos atendidos nos últimos 30 dias. Isso deve ocorrer quando houver Dia S, investigação de surto e/ou o não cumprimento do alcance dos indicadores de Notificação Negativa e Taxa de Notificação, conforme detalhado na NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 344/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS.

5.7. **Busca Ativa Comunitária (BAC)**

5.7.1. BAC é a busca intencional de casos na comunidade, realizada retrospectivamente, em que é necessário passar de casa em casa, de forma sistemática, para procurar indivíduos que apresentaram sinais e sintomas compatíveis com sarampo, nos últimos 30 dias.

5.7.2. A BAC deve ser realizada em dispositivos comunitários como creches, escolas e instituições de curta e longa permanência.

5.7.3. Em investigação de surtos, a BAC deve abranger cinco (5) quarteirões vizinhos conforme item 4.11 em relação ao domicílio do caso confirmado ou fortemente suspeito (caso suspeito com vínculo com caso confirmado, caso suspeito com histórico de viagem a local com circulação de sarampo). Em situações em que esses casos residam em edifícios, realizar a BAC em todos os andares. Quando o condomínio tiver mais que um (1) edifício (bloco), avaliar a necessidade de expandir para outros blocos (edifícios) conforme a circulação do caso nesses outros locais (ex: academia, recepção, brinquedoteca etc).

5.7.4. Um aspecto importante é que sejam considerados os aspectos logísticos para a realização da BAC como distância, transporte, recursos humanos disponíveis e condições de segurança.

5.7.5. Esse tipo de busca ativa se diferencia da rotina de trabalho do agente comunitário de saúde do território.

5.8. **Busca Ativa Laboratorial (BAL):**

5.8.1. BAL é a realização de teste sorológico para a detecção de anticorpos anti-sarampo e anti-rubéola em algumas amostras clínicas previamente armazenadas no Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), selecionadas entre aquelas com resultados não reagentes para arboviroses, provenientes de pacientes que apresentaram quadro clínico compatível com sarampo e/ou rubéola ou que apresentaram ao menos febre e exantema. Essa estratégia visa aumentar a sensibilidade da vigilância do sarampo e da rubéola, por meio da identificação laboratorial retrospectiva de casos possivelmente não notificados.

5.8.2. Devido às semelhanças no quadro clínico das doenças febris exantemáticas, especialmente na fase inicial, casos suspeitos de sarampo ou rubéola podem ser inicialmente confundidos com dengue ou outras doenças causadas por arbovírus. Por isso, é essencial que, após o descarte das infecções por arbovírus (dengue, zika e chikungunya), uma amostragem dos casos sejam investigados para sarampo e rubéola.

5.8.3. O Lacen deve incluir a BAL para sarampo e rubéola em sua rotina, realizando-a em amostras com resultado negativo para as três arboviroses e que apresentem febre e exantema. O quantitativo selecionado para análise deve ser de, no mínimo, 10% de amostras dependendo da situação epidemiológica local e da capacidade de resposta do laboratório. Para assegurar a condução adequada do protocolo de investigação de sarampo, incluindo a coleta oportuna de segunda amostra, recomenda-se a realização de busca ativa em amostras processadas para diagnóstico de arboviroses, no prazo máximo de **15 dias** após sua entrada no laboratório. Essa busca deverá contemplar um número representativo de amostras, provenientes de diferentes semanas epidemiológicas, a ser definido em função da situação epidemiológica local e da capacidade de resposta do laboratório.

5.8.4. Adicionalmente, é importante que os laboratórios registrem essa atividade e revisem periodicamente os dados consolidados com os responsáveis pela vigilância das doenças exantemáticas, garantindo uma vigilância laboratorial adequada e a correta identificação dos casos. O exame deverá ser registrado no GAL, na requisição original, como exame complementar.

5.8.5. Nos casos em que o resultado de IgM para sarampo e/ou rubéola for reagente ou inconclusivo, a equipe laboratorial deverá **comunicar, imediatamente, a Vigilância Epidemiológica estadual**, disponibilizando todas as informações necessárias para viabilizar a investigação epidemiológica retrospectiva.

5.8.6. Ressalta-se que as amostras processadas para sarampo e rubéola que se enquadrem nos critérios da BAL não serão consideradas para fins de cálculo do indicador de resultado oportuno.

5.9. CENÁRIOS EPIDEMIOLÓGICOS PARA A REALIZAÇÃO DA BUSCA ATIVA

5.9.1. O Ministério da Saúde recomenda implementar os três tipos de buscas ativas nos seguintes cenários, a saber:

a) Vigilância de rotina

- Buscar casos suspeitos que podem não ter sido identificados
- Verificar o funcionamento do fluxo da vigilância do sarampo, documentando as evidências sobre a presença ou ausência de casos, especialmente em áreas de risco priorizadas ou com silêncio epidemiológico.

b) Durante um surto

- Identificar casos primários que podem não ter sido notificados e elaborar a cadeia de transmissão;
- Identificar casos secundários não detectados pela vigilância de rotina;
- Documentar a real ausência de sarampo e/ou rubéola em "áreas silenciosas", onde a vigilância de rotina não notificou nenhum caso;
- Fortalecer a vigilância epidemiológica, como parte das atividades de resposta a surtos.

Observação: Considera-se "durante um surto" o período entre o primeiro caso e o último caso confirmado de sarampo, contados a partir da data de início do exantema. Contudo, a vigilância somente terá certeza que qual será o último caso daquela cadeia de transmissão após esperar 12 semanas sem aparecer nenhum outro caso. Por isso, deve manter os profissionais de saúde sensibilizados para detectar e notificar oportunamente todos os casos suspeitos de sarampo, bem como manter a realização da BAI e BAL.

c) Depois de um surto

- Documentar a ausência de casos suspeitos após 12 semanas (contados a partir da data de início do exantema do último caso confirmado), que permite:
 - Confirmar ou descartar, por critério laboratorial, os casos secundários que tenham sido identificados entre os contatos do último caso confirmado; e
 - Investigar e classificar os casos suspeitos identificados durante as buscas ativas institucional, comunitária e laboratorial.
- Declarar o encerramento de um surto de sarampo.

d) Dia "S"

- Estratégia nacional, denominada como Dia S, para mobilização nacional para busca ativa de casos suspeitos de sarampo e de rubéola, por meio da BAI, BAC e BAL;
- Realizada semestralmente
- Tem o objetivo de mobilização e sensibilização para a realização de buscas ativas em todo o território nacional para identificar casos suspeitos ou confirmados de sarampo e rubéola que podem não ter sido notificados na vigilância de rotina.

Figura 3. Indicação de realização de busca ativa de sarampo por tipo de cenário epidemiológico.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO	INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO		
	BUSCA ATIVA INSTITUCIONAL	BUSCA ATIVA COMUNITÁRIA	BUSCA ATIVA LABORATORIAL
Vigilância de rotina	Sim Diariamente ou semanalmente	Sim A cada 3 meses	Sim A cada 15 dias
Dia S	Sim Semestral	Sim Semestral	Sim Semestral
Durante um surto	Sim Em todos os serviços de saúde que o caso foi atendido Expandir a busca em outros serviços do município	Sim Preferencialmente junto com a varredura vacinal nos 5 quarteirões ao redor do domicílio do caso confirmado	Sim Em amostras do(s) município(s) onde o caso confirmado esteve durante o período de transmissibilidade e de exposição Expandir para municípios vizinhos
Depois de um surto	Sim Diariamente ou semanalmente	Sim Diariamente ou semanalmente	Sim Enfoque em amostras do(s) município(s) afetado(s)

6. LOCAIS PRIORITÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DA BUSCA ATIVA

6.1. Recomenda-se a realização das buscas ativas em todos os municípios, porém, havendo alguma impossibilidade temporária, deve-se empregar os seguintes critérios de priorização, que se referem a eventos ocorridos no últimos 12 meses ou outro período relevante.

6.2. A presença de um (1) critério equivale a um (1) ponto. Priorizar os municípios e/ou áreas que acumulem as maiores pontuações para realização da BAC e BAI.

- Presença de população migrante (temporária, em trânsito ou permanente), população interna deslocada, bairros marginalizados ou comunidades indígenas;
- Presença de uma elevada afluência de turistas ou destinos de ecoturismo;
- Presença de calamidades ou desastres;
- Acesso limitado aos serviços de saúde devido a problemas de topografia ou transporte;
- Presença de áreas com alto trânsito urbano, estradas importantes ou áreas limítrofes com grandes cidades;
- Presença de comunidades fronteiriças;
- Presença de locais com atividades com grande aglomeração de pessoas (por exemplo, comércio, festas, feiras, mercados, eventos esportivos ou eventos religiosos);
- Presença de áreas com baixas coberturas vacinais nos últimos cinco anos;

6.3. Por fim, para a seleção final devem ser considerados aspectos logísticos como distância, transporte, recursos humanos disponíveis e condições de segurança.

7. AÇÕES DE VACINAÇÃO FRENTE A CASO SUSPEITO DE SARAMPO, RUBÉOLA OU SRC

7.1. Entre contatos domiciliares e contatos próximos do caso suspeito ou confirmado

7.1.1. Diante da identificação de um caso suspeito, as ações de vacinação devem ser imediatas entre os contatos domiciliares e contatos próximos, com o objetivo de conter a transmissão, proteger a população suscetível e evitar casos secundários. Essas ações recebem nomes específicos, de acordo com o período em que for realizada.

- **Bloqueio vacinal:** O bloqueio vacinal deve ser realizado **em até 72 horas** após a identificação do caso suspeito ou confirmado, sendo este o período crítico para interromper a cadeia de transmissão da doença e evitar a ocorrência de casos secundários.
- **Intensificação vacinal: Após 72 horas,** a estratégia de vacinação adotada será a intensificação vacinal, voltada à redução do número de pessoas não vacinadas, melhoria das coberturas vacinais e à oferta de proteção contra o sarampo, a rubéola e a SRC. Essa estratégia é especialmente indicada para otimizar o uso da vacina e ampliar a cobertura em territórios com risco de transmissão.

7.1.2. Nessas duas ações de vacinação, deve-se realizar busca ativa de não vacinados e atualizar as cadernetas de vacinação, conforme as indicações da Instrução Normativa do Calendário Nacional de Vacinação vigente, ou seja, são estratégias seletivas.

7.2. Vizinhança do caso confirmado

7.2.1. Realizar a intensificação vacinal, de forma seletiva, por meio da varredura vacinal casa a casa, ou seja, a equipe de saúde deve ir ao território e visitar todos os domicílios em busca de pessoas não vacinadas.

7.2.2. Nessa ação, o cartão vacinal de todos os moradores precisa ser avaliado e, se for identificado algum indivíduo sem esquema vacinal ou esquema vacinal incompleto, a equipe deverá proceder com a vacinação.

7.2.3. A varredura deverá ocorrer na vizinhança do caso confirmado, conforme detalhado no item 4.11. Solicitar o apoio e conhecimento dos líderes locais e dos agentes comunitários de saúde.

7.2.4. Quando o domicílio estiver fechado, recomenda-se que a equipe retorne até encontrar os moradores, contudo, a depender das questões logísticas e de segurança, tentar localizar os moradores no local do trabalho, escola etc. Avaliar também se o domicílio apresenta-se fechado por não estar habitado.

7.2.5. O registro dessa ação de campo precisa ser registrado no Anexo B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM CAMPO - SARAMPO - 2024, disponível no "Monitoramento das estratégias de vacinação contra a poliomielite e o sarampo no Brasil: protocolo operacional 2024" (<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/estrategias-de-vacinacao-contra-a-poliomielite-e-o-sarampo-no-brasil-protocolo-operacional-2024.pdf>).

7.2.6. Recomenda-se que a varredura vacinal e a BAC ocorram em uma abordagem única.

7.2.7. A depender do maior risco de disseminação do sarampo e das condições de logística do município, a varredura pode ser realizada a partir de casos suspeitos.

7.3. Bairro do caso confirmado e outros locais do município

7.3.1. Realizar a intensificação vacinal, de forma seletiva, por meio de estratégias intra e extramuros, ou seja, a equipe de saúde deve intensificar a vacinação contra o sarampo no bairro e outros locais do município.

7.3.2. Para que as atividades de vacinação alcancem sua máxima eficácia, é essencial um planejamento estratégico e detalhado que considere as características locais, os recursos disponíveis e as necessidades específicas dos territórios,

demandando dos profissionais de saúde que realizem um planejamento detalhado e adaptado às realidades locais. Para esse planejamento recomenda-se a utilização do documento "Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do Manual de Microplanejamento para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade" (<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/manual-de-microplanejamento-das-avaq-municipios-e-ubs-pop.pdf/view>).

7.3.3. **Outros municípios**

7.3.4. Considerando a ocorrência de casos suspeitos e/ou confirmados de sarampo, bem como o aumento do risco de reintrodução viral na região, recomenda-se a intensificação das ações de vacinação para outros municípios em torno. A realização da intensificação vacinal em municípios além daquele com registro do caso é medida necessária diante do elevado potencial de transmissão do vírus, sobretudo em áreas que apresentam coberturas vacinais aquém da meta preconizada. Nesse sentido, os municípios circunvizinhos devem implementar estratégias de intensificação vacinal, com vistas a reduzir o contingente de suscetíveis e minimizar risco de novas cadeias de transmissão.

8. **ESQUEMA VACINAL**

8.1. O Quadro 1 apresenta o esquema vacinal contra sarampo, rubéola e caxumba segundo faixa etária e histórico de vacinação prévio.

Quadro 1. Esquema vacinal contra SCR de acordo com faixa etária em caso de bloqueio e/ou intensificação vacinal.

ESQUEMA VACINAL CONTRA SCR		
Faixa etária	Situação vacinal	Condutas
Criança de 6 a 11 meses e 29 dias de idade	-	Administrar dose zero (D0)* (Nota Técnica nº49/2025-DPNI/SVSA/MS)
Crianças de 12 meses de idade a 4 anos 11 meses e 29 dias de idade	Não vacinada	Administrar a primeira dose (D1) da vacina tríplice viral e agendar a segunda dose (D2) com a vacina tetraviral ou tríplice viral + varicela, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da D1
Crianças de 15 meses a 4 anos 11 meses e 29 dias de idade	Vacinadas com D1	Administrar a segunda dose (D2) com a vacina tetraviral ou tríplice viral + varicela, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses
Pessoas de 5 a 29 anos de idade	Sem histórico vacinal ou com esquema incompleto	Deve receber ou completar o esquema de 2 doses com a vacina tríplice viral, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da D1
Pessoas de 30 a 59 anos de idade	Sem histórico vacinal	Deve receber 1 dose com a vacina tríplice viral
Pessoas a partir de 60 anos	Sem histórico vacinal	Deve receber 1 dose com a vacina tríplice viral**
Trabalhadores da saúde	Sem histórico vacinal ou com esquema incompleto	Deve receber ou completar o esquema de 2 doses com a vacina tríplice viral independentemente da idade, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da D1

FONTE: CGICI/DPNI/SVSA/MS.
*Não considerar Dose Zero (D0) válida para rotina. Agendar primeira dose (D1) com 12 meses, obedecendo intervalo mínimo de 30 dias entre doses.
**a vacina pode ser recomendada para essa idade em casos de Bloqueio Vacinal, quando há alto risco de contrair a doença, deve ser avaliado o risco-benefício pela equipe de saúde.

8.2. **ATENÇÃO:** Vacina contraindicada para gestantes e pessoas com sinais e sintomas de sarampo/rubéola.
8.3. Essas ações devem ser conduzidas com base na avaliação criteriosa e das orientações da vigilância epidemiológica e imunização, garantindo a proteção da população e a interrupção da cadeia de transmissão.

9. **GLOSSÁRIO**

9.1. **Bloqueio vacinal:** é uma ação definida pela Vigilância Epidemiológica, recomendada após a investigação de um caso suspeito ou confirmado da doença, devendo ser realizada em até 72 horas após a identificação do caso, com o objetivo de interromper a circulação ou a transmissão do agente infeccioso. Deve contemplar a busca de contatos nas localidades por onde o caso suspeito ou confirmado percorreu no período de transmissão da doença, com o propósito de

interromper a cadeia de transmissão do agente etiológico, por meio da vacinação específica. O bloqueio vacinal é uma ação de vacinação seletiva, ou seja, com avaliação de cadernetas de vacinação, seguindo as regras do calendário de vacinação ou as normas técnicas definidas pelo DPNI.

9.2. **Intensificação vacinal:** é realizada para ampliar a cobertura vacinal em áreas com risco aumentado de transmissão, complementando as ações de bloqueio, ou seja, após as primeiras 72 horas da identificação do caso suspeito ou confirmado. Consiste na vacinação seletiva com avaliação das cadernetas de vacinação, conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação, com foco especial em indivíduos não vacinados ou com esquemas incompletos.

9.3. **Notificação negativa semanal:** notificação ao sistema de vigilância epidemiológica indicando que não houve casos suspeitos de sarampo e rubéola. As unidades notificadoras devem informar por escrito a ausência de casos suspeitos, evitando deixar espaços em branco na notificação semanal.

9.4. **Vigilância de rotina ou passiva:** cada nível do sistema de saúde envia informações sobre os eventos da vigilância para o nível imediatamente superior, de forma rotineira e periódica. Nesse tipo de vigilância, espera-se que os indivíduos procurem os serviços de saúde para serem identificados e notificados.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

10.1. Considerando a manutenção da eliminação do vírus do sarampo de forma endêmica no Brasil, apresentam-se atualizações acerca da metodologia de investigação de caso suspeito ou confirmado de sarampo. Essas orientações da vigilância epidemiológica, laboratorial e da imunização são essenciais para a prevenção e controle do sarampo ocorram de forma oportuna e efetiva, aprimorando o sistema nacional de vigilância do sarampo no país.

10.2. As atualizações dispostas nesse documento serão publicadas na próxima edição do Guia de Vigilância em Saúde, por isso devem ser utilizadas a partir da publicação desta nota técnica. Solicita-se a ampla divulgação desta nota técnica a todos os profissionais de saúde que atuam na vigilância do sarampo, da rubéola e da SRC, nos âmbitos da atenção primária à saúde, atenção especializada à saúde, vigilância epidemiológica, laboratório, imunização e atenção à saúde indígena.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde. Brasil recebe recertificação de país livre do sarampo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/brasil-recebe-recertificacao-de-pais-livre-do-sarampo>. Acesso em: 25 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução Normativa que instrui o Calendário Nacional de Vacinação - 2025.** Brasília, 23 maio 2025. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI), Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-instrui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2025.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde realiza Dia S de mobilização contra o sarampo. 2022.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/ministerio-da-saude-realiza-dia-s-de-mobilizacao-contr-o-sarampo>. Acesso em: 29 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde. 6. ed. vol. 1.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. 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: 02 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade: para municípios e unidades básicas de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025. 73 p. : il. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/manual-de-microplanejamento-para-atividades-de-vacinacao-municipios-e-ubs.pdf>. Acesso em: 29 set. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Monitoramento das estratégias de vacinação contra a poliomielite e o sarampo no Brasil : protocolo operacional 2024 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações. 1ª edição revisada - Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 42 p. : il. <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/estrategias-de-vacinacao-contr-a-poliomielite-e-o-sarampo-no-brasil-protocolo-operacional-2024.pdf/view>. Acesso em: 29 set. 2025

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Chapter 7: Measles. In: **Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases.** Atlanta: CDC, 3 jun. 2025a. Disponível em: <https://www.cdc.gov/surv-manual/php/table-of-contents/chapter-7-measles.html>. Acesso em: 18 jun. 2025.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Division of Birth Defects and Developmental Disabilities, NCBDDD, 2020.** Disponível em: https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/ncbddd/birthdefects/surveillancemanual/chapters/chapter-5/chapter5-1.html. Acesso em: 15 jan. 2025.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Guidelines for the active search of cases of acute flaccid paralysis, measles, and rubella.** 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampon-rubeola>. Acesso em: 29 nov. 2024.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Marco regional para el monitoreo y la reverificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas.** Edición revisada. Washington, D.C.: PAHO, 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275126691>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Orientações sobre os testes de sarampo e rubéola realizados na rede de laboratórios da Região das Américas.** Brasília, DF: OPAS, 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Measles. In: WHO. **Vaccine-preventable diseases surveillance standards.** Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/275754>. Acesso em: 18 jun.

2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Measles outbreak guide**. Geneva: World Health Organization, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Measles outbreak guide*. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052079>. Acesso em: 27 ago. 2025

GREICE MADELEINE IKEDA DO CARMO
Coordenadora-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

KAREN MACHADO GOMES
Coordenadora-Geral de Laboratórios de Saúde Pública

ANA CATARINA DE MELO ARAUJO
Diretora Substituta
Departamento do Programa Nacional de Imunizações



Documento assinado eletronicamente por **Ana Catarina de Melo Araujo, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações substituto(a)**, em 29/09/2025, às 22:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Greice Madeleine Ikeda do Carmo, Coordenador(a)-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis**, em 30/09/2025, às 08:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Karen Machado Gomes, Coordenador(a)-Geral de Laboratórios de Saúde Pública**, em 30/09/2025, às 13:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariângela Batista Galvão Simão, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 01/10/2025, às 16:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0050540855** e o código CRC **79C07D5F**.

Referência: Processo nº 25000.163744/2025-21

SEI nº 0050540855

Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - CGVDI
SRTVN 701, Via W5 Norte Edifício PO700, 6º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br