



PREFEITURA DE SÃO PAULO

Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP)

Secretaria Municipal da Saúde (SMS)

Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde (SEABEVS)

Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA)

Programa Municipal de Imunizações (PMI)

Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE)

Núcleo de Doenças Agudas Transmissíveis (NDAT)

Documento Técnico Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita

2026





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_2026_v03-pdf

Tiragem: 2ª edição – 06/2026 – 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 Araújo

Programa Municipal de Imunizações (PMI/COVISA/SEABEVS/SMS-SP):

Luciana Ursini Nunes

Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE/COVISA/SEABEVS/SMS-SP):

Juliana Almeida Nunes

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:

Maíra Costa Ferreira

Patricia Salemi

Revisão técnica:

Geraldine Madalosso

Leandro Spalato Torres

Luciana Ursini Nunes

Maíra Costa Ferreira

Maria de Fátima Soares

Patricia Salemi

Revisão Final:

Aline Maciel Vieira Lima

Cristiane Aluiza Gonçalves

Diagramação:

Giovana Peron Fernandes

Lara de Souza Picerni

Larissa Rangel

Mariana Bueno Rodrigues da Silva

Colaboração:

Programa Municipal de Imunizações

Centro de Informações Estratégicas em Vig. em Saúde

Produção

Núcleo de Doenças Agudas Transmissíveis

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.

E-mail: vigresp@prefeitura.sp.gov

Ficha catalográfica

São Paulo (Cidade). Secretaria 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. Núcleo de Doenças Agudas Transmissíveis.

Documento técnico Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita / Núcleo de Doenças Agudas Transmissíveis. – São Paulo: SMS, 2026.

37p.

1.Vigilância Epidemiológica. 2.Exantemática. 3.Sarampo. I.Título

CDU: 616.98:614.4

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Evolução dos sinais e sintomas do sarampo	07
Figura 2: Período de transmissibilidade	15
Figura 3: Revacinação em caso suspeito com IgG não reagente	16
Figura 4: Fluxograma de diagnóstico laboratorial	20

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Posologia, faixa etária e via de administração	08
Quadro 2 – UBS de referência para disponibilização de Vitamina A (palmitato de retinol) no município de São Paulo	09
Quadro 3 - Relação de CID dos diagnósticos diferenciais	31

LISTA DE SIGLAS

APLV	Alergia à Proteína do Leite de Vaca
BAC	Busca Ativa Comunitária
BAI	Busca Ativa Institucional
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
ExanteLists	Ferramenta digital Microsoft Lists® desenvolvida para acompanhamento de casos suspeitos de doenças exantemáticas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GSK	GlaxoSmithKline
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAL	Instituto Adolfo Lutz
IgG	Imunoglobulina tipo G

IgM	Imunoglobulina tipo M
kg	Quilograma
LRN	Laboratório de Referência Nacional
mg	Miligramma
mL	Mililitro
mm ³	Milímetro Cúbico
MS	Ministério da Saúde
MSD	Merck Sharp & Dohme
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
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
POP	Procedimento Operacional Padrão
RIE	Rede de Imunobiológicos Especiais
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)
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
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SR	Sarampo e Rubéola (Dupla Viral)
SRC	Síndrome da Rubéola Congênita
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
UVIS	Unidade de Vigilância em Saúde
UI	Unidade Internacional

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	6
2.	ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS	7
2.1.	SARAMPO	7
2.2.	RUBÉOLA E SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA	11
3.	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	12
3.1.	DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE SARAMPO	12
3.2.	DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE RUBÉOLA	12
3.3.	DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÊNITA (SRC)	13
3.4.	NOTIFICAÇÃO	13
4.	INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	15
5.	RASTREAMENTO E MONITORAMENTO DOS CONTATOS	17
6.	DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	18
7.	INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE RESULTADOS LABORATORIAIS	21
8.	IMUNIZAÇÃO	21
8.1.	VACINAÇÃO	21
8.2.	AÇÕES DE VACINAÇÃO	22
8.3.	VACINAÇÃO DE ROTINA	23
8.3.1	<i>Crianças com idade entre 12 meses e 6 anos de idade</i>	23
8.3.2	<i>Crianças a partir de 7 anos a indivíduos até 29 anos</i>	23
8.3.3	<i>Adultos entre 30 anos e 59 anos</i>	24
8.3.4	<i>Trabalhadores da saúde</i>	24
8.4.	VACINAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO	24
8.5.	CAMPANHA DE VACINAÇÃO	25
8.6.	VACINAÇÃO DE BLOQUEIO – FRENTE A CASO SUSPEITO DE SARAMPO, RUBÉOLA OU SITUAÇÃO DE SRC	25
8.6.1	<i>Crianças de 6 meses a menores de 1 ano de idade (até 11 meses e 29 dias)</i>	26
8.6.2	<i>Pessoas na faixa etária de 12 meses a menores de 5 anos</i>	26
8.6.3	<i>Pessoas de 5 a 29 anos</i>	26
8.6.4	<i>Pessoas na faixa etária de 30 a 59 anos</i>	26
8.6.5	<i>Pessoas com 60 anos e mais</i>	26
8.6.6	<i>Trabalhadores da saúde</i>	26
8.7.	INTENSIFICAÇÃO VACINAL	26
8.8.	USO DE IMUNOGLOBULINA PARA PESSOAS IMUNOCOMPROMETIDAS, GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES DE VIDA	28
8.9.	REGISTRO DAS DOSES APLICADAS	29
9.	BUSCA ATIVA	30
9.1.	BUSCA ATIVA INSTITUCIONAL	30
9.2.	BUSCA ATIVA COMUNITÁRIA	33
10.	RESUMO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA	34
	REFERÊNCIAS	35

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, não havendo evidências de reintrodução do vírus desde então. 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 pelo Brasil, o número de casos de sarampo em todo mundo tem aumentado, incluindo as Américas, que perdeu no final de 2025, a Verificação de Área Livre da Transmissão Endêmica do Sarampo devido a circulação sustentada do vírus no Canadá e nos EUA, por mais de 12 meses. Além disso, outros países das Américas estão com surtos ativos como o México, Peru e Bolívia.

Em 2024 o Brasil teve 5 casos de sarampo, sendo 4 casos importados e 1 caso com fonte indeterminada. Em 2025, foram notificados 38 casos confirmados de sarampo. No município de São Paulo (MSP), em 2024 e 2025, foram confirmados 2

casos importados em cada ano. No ano de 2026, até a SE 22, o município de São Paulo confirmou 2 casos de sarampo, sendo ambos importados (Bolívia e Guatemala).

A elevação dos casos confirmados de sarampo em escala global no ano de 2025, com aumento de 32 vezes em comparação ao ano de 2024, evidencia que o sarampo permanece como uma ameaça à saúde pública mundial e também para o Brasil. Entre os fatores a serem considerados na possível reintrodução do sarampo destacam-se: deslocamentos por países em que o vírus circula de forma endêmica; regiões de fronteiras (rodoviárias) e voos internacionais (aeroportos); diminuição da cobertura vacinal; presença de bolsões de suscetíveis; baixa sensibilidade na identificação clínica de um caso suspeito; ausência de coleta de RT-PCR para confirmação e sequenciamento viral; identificação tardia dos contatos, bloqueio vacinal seletivo após 72h e presença no território de comunidades com baixa adesão à vacinação.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde (MS) atualizou as ações de vigilância epidemiológica previstas no Guia de Vigilância em Saúde, 6ª edição revisada (Brasília, 2024), por meio das Notas Técnicas Conjuntas nº 344/2025 CGICI/DPNI/SVSA/MS, nº 345/2025 CGICI/DPNI/SVSA/MS e nº 368/2025 CGICI/DPNI/SVSA/MS; considerando esse contexto, o NDAT, em parceria com o PMI, também procedeu à atualização do documento técnico, alinhando-o às diretrizes mais recentes e fortalecendo as estratégias para qualificar as ações de vigilância, imunização e bloqueio oportuno.

2. ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

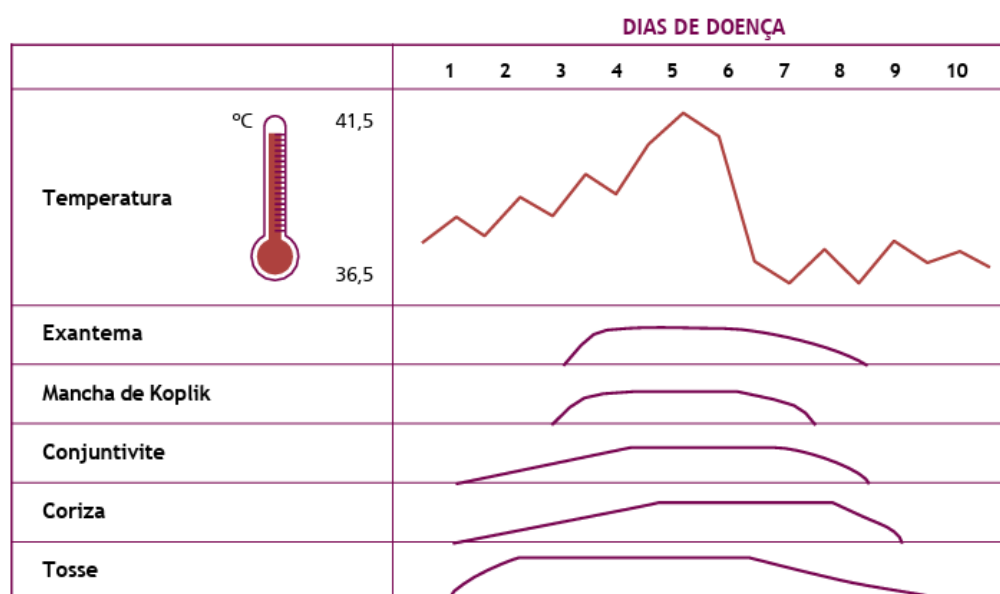
2.1. Sarampo

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 antes a 4 dias 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 ($>38,5^{\circ}\text{C}$), exantema maculopapular morbiliforme de coloração avermelhada, com direção cefalocaudal e manchas de Koplik, que são lesões na mucosa oral características da doença. Em pacientes vacinados, a manifestação clínica pode acontecer de forma atípica como por exemplo com exantema localizado em região de tronco. Por isso é fundamental a investigação minuciosa do caso com a finalidade de identificar deslocamentos para área de circulação viral ou contato com caso confirmado.

Figura 1 - Evolução dos sinais e sintomas



Fonte: traduzido e adaptado de Krugman *et al.*, 2004 *apud* Pan American Health Organization, 2005.

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 para crianças menores de 5 anos, a administração de Vitamina A, visando prevenir possíveis complicações e mortalidade.

De acordo com a Nota Técnica Conjunta nº 02/2025-SCTIE/SAPS/SVSA/MS, as dosagens administradas devem seguir a recomendação abaixo:

Quadro 1 – Posologia, faixa etária e via de administração

Faixa etária	Dose recomendada	Via de administração	Posologia
Crianças menores de 6 meses de idade	50.000 UI	Via Oral	02 doses (01 dose no dia da suspeita e 01 no dia seguinte)
Crianças entre 6 meses e 11 meses e 29 dias de idade	100.000 UI	Via Oral	02 doses (01 dose no dia da suspeita e 01 no dia seguinte)
Crianças entre 12 e 59 meses de idade (4 anos e 11 meses e 29 dias)	200.000 UI	Via Oral	02 doses (01 dose no dia da suspeita e 01 no dia seguinte)

Fonte: Adaptado de WHO (2020). *Guide for clinical case management and infection prevention and control during a measles outbreak.*

A orientação quanto ao uso e os locais de dispensação da megadose de Vitamina A, no município de São Paulo deve seguir as orientações da Nota Informativa - Indicação e administração de suplementação da Megadose de Vitamina A, publicada em 12 de julho de 2024 disponível em [indicacao_administracao_suplementacao_vitamina_a_jul24.pdf](#) conforme autorizado pela Nota Técnica Conjunta N°02/2025-SCTIE/SAPS/SVSA/MS.

De acordo com o documento, a vitamina A (palmitato de retinol) está disponível nas farmácias das UBS de referência do município conforme Quadro 2.

Nota 1: Nos casos suspeitos de sarampo em crianças menores de 6 meses, a oferta da megadose de vitamina A (solução oral manipulada de 50.000 UI) deverá ser articulada, para a dispensação e disponibilidade, com a Supervisão Técnica de Saúde (STS) do seu território, conforme preconizado pela Assistência Farmacêutica.

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

Quadro 2 – UBS de referência para disponibilização de Vitamina A (palmitato de retinol) no município de São Paulo

UBS de Referência para retirada da Vitamina A

CRS	STS	Unidade de referência
Leste	STS Cidade Tiradentes	UBS Inácio Monteiro
	STS Ermelino Matarazzo	UBS Pedro de Souza Campos
	STS Guaianases	UBS Guaianases I
	STS Itaim Paulista	UBS Encosta Norte
	STS Itaquera	UBS Cidade Líder
	STS São Mateus	UBS Parque São Rafael
	STS São Miguel	UBS Nitro Operária
Norte	STS Casa Verde/ Cachoeirinha	AMA/UBS Vila Barbosa
	STS Freguesia do Ó/Brasilândia	AMA/UBS Jardim Ladeira Rosa
	STS Pirituba	UBSI Aldeia Jaraguá
	STS Pirituba	UBS Vila Zatt
	STS Perus	AMA/UBS Parque Anhanguera
	STS Santana/Jaçanã	AMA/UBS Wamberto Dias da Costa
	STS Santa Cecília	UBS Santa Cecília
	STS Sé	UBS Sé
	STS Vila Maria/Vila Guilherme	UBS Vila Guilherme
Oeste	STS Butantã	UBS Real Parque
	STS Lapa/Pinheiros	UBS Parque da Lapa
Sudeste	STS Ipiranga	UBS Vila das Mercês
	STS Penha	UBS Vila Esperança - Cássio Bittencourt
	STS Vila Prudente/Sapopemba	UBS Vila Ema
	STS Jabaquara/Vila Mariana	AMA/UBS Int. Dr Geraldo da Silva Ferreira
	STS Mooca/Aricanduva	UBS Mooca I
Sul	STS Campo Limpo	UBS Jd. Lúcia
	STS Capela do Socorro	UBS Jd. Cliper
	STS Santo Amaro/ Cidade Ademar	UBS Jd. Aeroporto
	STS Parelheiros	UBSI Vera Poty
	STS Parelheiros	UBSI Krukutu
	STS Parelheiros	UBS Jd. Campinas
	STS M'Boi Mirim	UBS Jardim Alfredo

Fonte: Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde
Coordenadoria da Atenção Básica

2.2. 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 (amostra de swab combinado da secreção naso/orofaringe e 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 que realizarem a sorologia para rubéola e tiverem resultado de IgM reagente, deve-se realizar investigação epidemiológica, incluindo, presença de sintomas, 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.

3. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

3.1. Definição de Caso Suspeito de Sarampo

- a) “Todo indivíduo que apresentar febre e exantema maculopapular morbiliforme de direção cefalocaudal, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independentemente da idade e da situação vacinal.” **OU**
- b) “Todo indivíduo que apresentar febre e exantema e com história de viagem para locais com circulação do vírus do sarampo nos últimos 30 dias, ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou para local com circulação viral.” **OU**
- c) “Todo indivíduo que apresentar febre e exantema maculopapular e com resultado sorológico IgM reagente para sarampo.”

3.2. Definição de Caso Suspeito de Rubéola

- a) “Todo indivíduo que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular e/ou occipital e/ou cervical, independentemente da idade e da situação vacinal.” **OU**
- b) “Todo indivíduo que apresentar febre, acompanhada de exantema ou linfadenopatia com as características mencionadas acima e que tenha história de viagem para locais com circulação do vírus da rubéola nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou para local com circulação viral.” **OU**
- c) “Todo indivíduo que apresentar febre e exantema maculopapular e com resultado sorológico IgM reagente para rubéola.”

3.3. Definição de Caso Suspeito de Síndrome de Rubéola Congênita (SRC)

- a) “RN cuja mãe apresentou suspeita ou confirmação de rubéola”. **OU**
- b) “RN cuja mãe foi contato de caso suspeito ou confirmado de rubéola durante a gestação.” **OU**
- c) “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) e nas Notas Técnicas Conjunta N° 344/2025, N° 345/2025 CGICI/DPNI/SVSA/MS, incluindo critérios laboratoriais, por vínculo epidemiológico ou clínico, e deve haver um alinhamento entre todos os níveis federativos de gestão.

3.4. 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. A ficha de notificação está disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sarampo/notificacao->

investigacao/ficha-de-notificacao-de-doencas-exantematicas-febris-sarampo-rubeola.pdf/view

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 digitar a notificação no SINAN NET e incluí-la na ferramenta ExanteLists, juntamente com todos os documentos referente ao caso para o monitoramento local e 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 disso, deve-se preencher os links referente a intensificação vacinal se houver indicação. Importante lembrar de seguir o padrão de nomeação dos documentos anexados conforme POP da Ferramenta ExanteLists. O prazo máximo para encerramento da FIE é de 60 dias a partir da data de notificação, 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.

Aos 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.

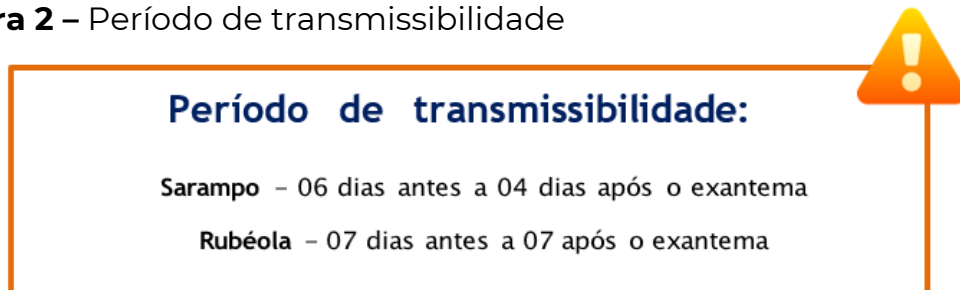
A qualidade da informação e velocidade da resposta determinará o êxito para o controle de um surto. A eficácia do bloqueio realizado em até 72 horas é fundamental para interromper a transmissão viral, especialmente em contextos onde as coberturas vacinais estão abaixo de 95%, situação em que a disseminação tende a ser rápida e intensa.

4. INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

- Avaliar se a notificação encaminhada pelo serviço de saúde cumpre definição de caso suspeito de sarampo ou rubéola;
- Solicitar relatório de atendimento médico para subsidiar a avaliação do caso;
- Digitar a FIE no SINAN NET;
- Digitar caso no EXANTELIST, marcando os interessados (DRVS, NDAT, UVIS de residência);
- Elaborar a Linha do Tempo do Sarampo (<https://linhadotemposarampo.saude.gov.br/>) afim de determinar o período de transmissibilidade e demais períodos importantes na investigação;
- Orientar o serviço de saúde sobre a coleta de amostras adequadas e oportunas com encaminhamento ao laboratório de referência/IAL;
- Entrar em contato com o caso suspeito para realizar a investigação epidemiológica (Roteiro de investigação);
- Avaliar a situação vacinal;
- Verificar os deslocamentos nos 30 dias anteriores ao início dos sintomas, com o intuito de identificar o provável local que o paciente contraiu a infecção. Investigar viagem, visitas recebidas com histórico de viagem ao exterior e contato com pessoas com diagnóstico de sarampo/rubéola;

- Mapear dia a dia os locais frequentados no período de transmissibilidade incluindo locais de atendimento médico e deslocamentos com o meio de transporte utilizado (datas, número do voo, companhia aérea, itinerário, assento, etc);

Figura 2 – Período de transmissibilidade



- Identificar todos os contatos próximos;
- Realizar, com apoio da UBS, o bloqueio vacinal seletivo dos contatos em até 72 horas;
- Preencher o roteiro de investigação on-line;
- Acompanhar os contatos do caso suspeito semanalmente por 30 dias ou até o descarte do caso para checar se haverá aparecimento de casos secundários. Para o acompanhamento dos contatos de um caso suspeito de sarampo ou rubéola será utilizada a ferramenta do fluxo vigente;
- Acompanhar a liberação dos resultados dos exames, para prosseguimento das ações de vigilância;
- Iniciar a intensificação vacinal frente a caso com sorologia IgM reagente ou indeterminado para sarampo e/ou rubéola e/ou RT-PCR detectável para sarampo e/ou rubéola (elaboração do mapa em conjunto com a DRVS para planejamento da ação);
- Coletar segunda amostra de sorologia, de 15 a 25 dias após a primeira coleta, conforme fluxograma de diagnóstico laboratorial;
- Preencher, se couber ao caso, as planilhas de intensificação vacinal do PMI;
- Encerrar o caso no SINAN NET e ExanteLists dentro do prazo de 60 dias (anexar todos os documentos referente ao caso);
- Checar se há necessidade de revacinação do caso encerrado.

Figura 3 - 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 triplíce viral. A vigilância epidemiológica municipal deverá fazer encaminhamento à Atenção Básica explicando o caso e a razão da revacinação.

5. RASTREAMENTO E MONITORAMENTO DOS CONTATOS

A investigação dos contatos com caso suspeito/confirmado de sarampo é de fundamental importância por tratar-se de uma doença altamente contagiosa. O vírus presente no ar ou em superfícies permanece ativo e contagioso por até 2 horas. Dessa forma, devido a sua natureza infecciosa, o rastreamento de contatos é essencial para determinar a fonte de infecção do caso ou para identificar pessoas que o caso possa ter infectado.

Define-se como contato de caso 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).

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.

Todos os contatos devem ter sua situação vacinal avaliada, conforme descrito no item 8 deste documento, e devem ser monitorados pelo período de 30 dias após a exposição ou até o descarte do caso índice, com a finalidade de identificar um possível aparecimento de casos secundários.

6. 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 combinado da secreção naso/orofaringe e de urina para RT-PCR é fundamental tanto para a detecção do vírus, quanto para o sequenciamento genético.

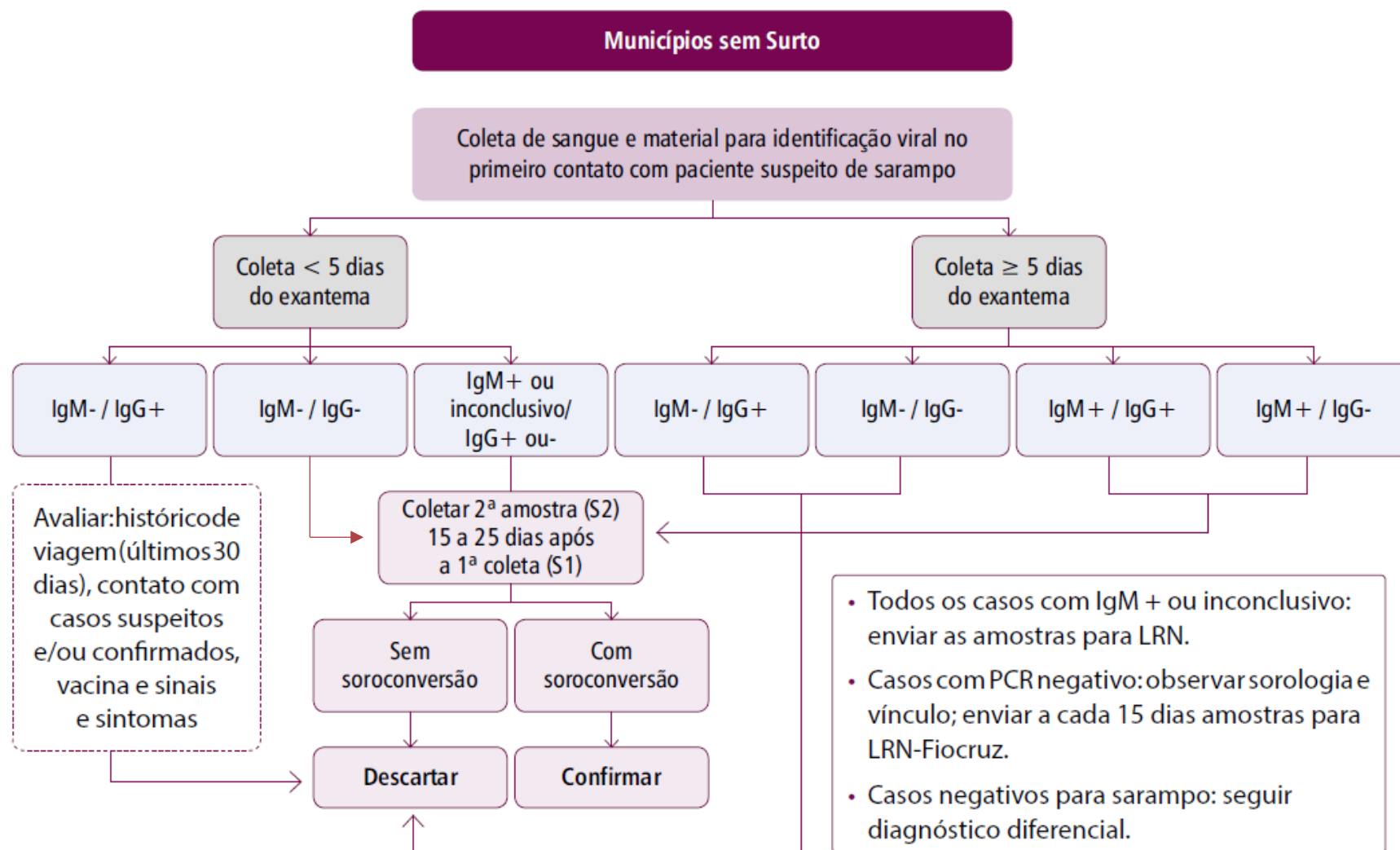
A amostra de **swab combinado da secreção naso/orofaringe é considerada ideal** quando **coletada até o 7º dia** após o início do exantema, podendo, no entanto, ser realizada **até o 14º dia para fins de detecção viral**.

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 4, apresenta o fluxograma de interpretação dos resultados, para confirmação ou descarte do caso suspeito de sarampo ou rubéola.

Figura 4 - Fluxograma de diagnóstico laboratorial



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

7. 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;
- Contatos com caso confirmado ou com viajantes;
- Deslocamentos/viagens (últimos 30 dias);
- Medicações;
- Tratamentos;
- Gestação.

O caso que cumprir definição de caso suspeito ou com deslocamento 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 nova coleta de sorologia e desencadear as ações de prevenção e controle, e ainda, se houver oportunidade, indicar a coleta de amostras de swab combinado da secreção naso/orofaringe e de urina para realização do RT-PCR.

Ressaltamos que gestantes assintomáticas, com esquema vacinal completo, sem contatos e deslocamentos suspeitos, não devem ser notificadas e o RN não precisa ser notificado e acompanhado para SCR. O registro de investigação desses casos, deve ser documentado em formulário de investigação disponibilizado anualmente.

8. IMUNIZAÇÃO

8.1. Vacinação

A vacinação é a medida mais eficaz de prevenção, de controle e de eliminação do sarampo e rubéola. Atualmente, estão disponíveis as seguintes vacinas que contêm os componentes do sarampo e da rubéola: vacina Tríplice os componentes do

sarampo e da rubéola: 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 ou Merck Sharp & Dohme (MSD).

Nota 2 - A vacina tetraviral (SCR + varicela) pode ser aplicada apenas para indivíduos que possuírem uma dose prévia de SCR. Exceção: na indisponibilidade de vacina tríplice viral sem proteína do leite, está indicada a aplicação da vacina tetraviral (Fiocruz/Bio-Manguinhos ou GSK), a partir de 12 meses de idade, independente de dose prévia de vacina SCR.

Nota 3 - A vacina SCR ou tetraviral 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/operação limpeza, deverá seguir as recomendações vigentes.

8.2. Ações de vacinação

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

8.3. Vacinação de rotina

A vacinação de rotina seguirá as indicações dos Calendários de Vacinação, disponíveis em:

https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/calendarios_vacinacao

8.3.1 Crianças com idade entre 12 meses e 6 anos de idade

Vacinação oportuna: Uma dose de vacina SCR (tríplice viral) aos 12 meses de idade e 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. **Exceção:** na indisponibilidade de vacina tríplice viral sem proteína do leite, está indicado a aplicação da tetraviral (Fiocruz/Bio-Manguinhos ou GSK), a partir de 12 meses de idade, independente de dose prévia de vacina SCR.

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.

8.3.2 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.

Para indivíduos sem comprovação de vacinação anterior, aplicar uma dose da vacina SCR na primeira visita e aprazar a segunda dose de SCR com intervalo de 4 semanas após a primeira.

8.3.3 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.

8.3.4 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, aplicadas a partir de 12 meses de idade, contendo os componentes sarampo, caxumba e rubéola, com intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses.

8.4. 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, se não adequadamente vacinada antes da gestação;
- Trabalhadores da 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.

8.5. 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.

8.6. 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 em até 72 horas após a identificação do caso suspeito ou confirmado, pois este é o período crítico para interrupção da cadeia de transmissão da doença, evitando-se, consequentemente, a ocorrência de casos secundários. É fundamental realizar a **identificação de todos os contatos expostos** (domiciliares e contatos próximos) durante o período de transmissibilidade do caso (seis dias antes e 4 dias depois do aparecimento do exantema).

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 de Imunobiológicos Especiais (RIE) antes da vacinação.

Na **ausência de comprovação vacinal**, seja em cartão/caderneta de vacinação ou em sistemas informatizados, recomenda-se a administração de uma dose da **vacina tríplice viral** ao contato exposto, conforme calendário vacinal, seguindo os seguintes critérios:

8.6.1 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.

8.6.2 Pessoas na faixa etária de 12 meses a menores de 5 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.

8.6.3 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.

8.6.4 Pessoas na faixa etária de 30 a 59 anos

Administrar uma dose de tríplice viral naquelas que não comprovarem vacinação anterior.

8.6.5 Pessoas com 60 anos e mais

Administrar uma dose de tríplice viral naquelas que não comprovarem vacinação anterior.

8.6.6 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.

8.7. 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. Deve-se realizar

a **busca ativa de não vacinados para a atualização da caderneta de vacinação, conforme Calendário.**

A intensificação vacinal (operação limpeza/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.**

Abrange tanto domicílios quanto estabelecimentos coletivos, como creches, escolas, cursinhos, faculdades, orfanatos, canteiros de obras ou estabelecimentos comerciais, entre outros.

A intensificação vacinal deve ocorrer na vizinhança do caso suspeito ou confirmado, visando à identificação de indivíduos sem esquema vacinal ou com esquema incompleto, devendo a equipe, nesses casos, proceder com a vacinação seletiva. **A vizinhança do caso confirmado é definida por meio dos quarteirões ao redor do caso**, considerando a configuração do território, de forma a abranger um **quadrilátero em torno do quarteirão de residência do caso, contemplando os quarteirões ao redor (frente, laterais, diagonais e fundo)**, e não apenas em direção linear. A varredura deve considerar todos os tipos de imóveis (residenciais e comerciais).

A equipe de vigilância do território deve elaborar o mapa utilizando a ferramenta GeoSampa intranet (<https://mapas.geosampa.prodam/>) abrangendo todos os quarteirões do entorno da residência com o número de imóveis registrados, estimativa da população alvo e Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). O mapa da intensificação vacinal deve ser anexado no ExanteList. As ações de vacinação devem ser iniciadas o mais rápido possível e finalizadas de acordo com o mapa pactuado em no máximo, **15 dias corridos.**

A ação de intensificação vacinal pode ser estendida para além dos quarteirões do entorno da residência do caso, podendo abranger o bairro ou territórios adjacentes, conforme análise técnica, capacidade logística e operacional. Quando o caso residir em área rural, deve-se realizar a intensificação vacinal em um raio mínimo de 500m.

Na ação de intensificação, avaliar imóveis fechados e desocupados. Nos imóveis desocupados, registrar a passagem sem necessidade de revisita. Já nos imóveis fechados, será necessário a revisita do imóvel em horário alternativo para garantir a verificação da situação vacinal dos residentes.

Para a conclusão da ação de intensificação vacinal, será realizada uma análise técnica conjunta entre o território e o PMI a fim de avaliar se os resultados obtidos possibilitam um encerramento satisfatório das ações.

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

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.** Em caso de comunicante domiciliar, creche, escola, faculdade ou trabalho, que tenha contato diário, considerar o início da exposição quatro (4) dias antes do início do exantema do caso fonte. Portanto, os **comunicantes diários terão 2 (dois) dias após o início do exantema do caso fonte para receber a imunoglobulina humana de forma oportuna.**

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.

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**.

Na identificação de contatos que possuam a indicação de uso da imunoglobulina, a solicitação deve ser feita diretamente pelo e-mail institucional do Programa Municipal de Imunização com cópia ao Núcleo de Doenças Agudas Transmissíveis para conhecimento e registro no ExanteList.

Seguir as diretrizes do Documento Técnico “Uso de imunoglobulina humana na profilaxia pós-exposição ao sarampo” disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/uso-de-imunoglobulina-humana-na-profilaxia-pos-exposicao-ao-sarampo_2026-versao-2-pdf.

8.9. Registro das doses aplicadas

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 intensificação vacinal, deverão ser registradas nos sistemas de informação na estratégia de vacinação **“intensificação”** e na ficha de investigação.

9. BUSCA ATIVA

A **busca ativa** é um instrumento de controle da qualidade da vigilância epidemiológica de rotina, que avalia a sensibilidade dos sistemas de vigilância, por meio da captação precoce de casos suspeitos, que por alguma razão não foram detectados 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 (BAI)** é a revisão sistemática de prontuários clínicos e/ou fichas de atendimento em serviços de saúde públicos e privados, com intuito de identificar possíveis casos atendidos que apresentaram sinais e sintomas compatíveis com o sarampo e rubéola e que não tenham sido notificados.

Semanalmente 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 Quadro 3**, que apresentarem febre, exantema e o 3º sintoma (tríade) para gerar evidências para a notificação negativa semanal do serviço de saúde. 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.

Quadro 3 - Relação de CID dos diagnósticos diferenciais.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA SARAMPO E RUBEÓLA		
CID	DOENÇA	AGENTE
A38	Escarlatina	Streptococcus pyogenes
A77	Febre Maculosa	Rickettsia rickettsii
A90	Dengue	Flavovírus (DENV-1; DENV-2; DENV-3; DENV-4; DENV-5)
A92	Febre Chikungunya	Alphavírus
A92.8	Zika	Flavivírus
B01	Varicela	Varicela-Zoster
B27	Mononucleose (todas)	Citomegalovírus (Herpes gama -Epstein-Barr e outros)
B34.1	Enterovírose	Enterovírus
B34.3	Parvovírose	Parvovírus
B05	Sarampo	Morbilivírus
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 à enterovírus com exantema ("mão-pé-boca)	Enterovírus (mais comum: Coxsackie A16)
B08.8	Outras infecções virais especificadas por lesão de pele das membranas e mucosas	
B09	Infecção viral não especificada por lesões da pele e mebranas 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

9.2. Busca ativa comunitária

A **busca ativa comunitária (BAC)** é a busca intencional de casos na comunidade, realizada retrospectivamente, em que é necessário passar de casa e casa, de forma sistemática, para procurar indivíduos que apresentaram sinais e sintomas compatíveis com sarampo e rubéola, nos 30 dias anteriores a visita. Deve ser realizada com **frequência trimestral** pelos agentes comunitários de saúde nas Unidades com Estratégia Saúde da Família.

A BAI e a BAC também devem ser realizadas de forma retrospectiva com a finalidade de buscar casos suspeitos nos últimos 30 dias em situações específicas, como:

- “Dia S” - data estabelecida pelo MS para mobilizar e sensibilizar a realização da busca ativa em todo território nacional;
- Não cumprimento do alcance dos indicadores de Notificação Negativa e Taxa de Notificação (2:100.000);
- Após caso confirmado de sarampo ou rubéola – será implantada a busca em todo o território da UVIS podendo ser ampliada de acordo com a análise técnica situacional.

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

10. RESUMO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA

FLUXO DE INVESTIGAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE 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: 08 jun. 2026.

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: 08 jun. 2026.

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: 08 jun. 2026.

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: 08 jun. 2026.

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.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/portarias/2025/portaria-gm-ms-no-6-734-de-18-de-marco-de-2025.pdf/view>. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 10.175, de 23 de janeiro de 2026. Altera o Anexo I do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 2017, para incluir anomalias congênicas na 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jan. 2026. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-10.175-de-23-de-janeiro-de-2026-683062951>. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota técnica nº 344/2025 – CGVDI/DPNI/SVSA/MS. Brasília: MS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-344-2025-cgvdi-dpni-svsa-ms.pdf/view>. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota técnica nº 345/2025 – CGVDI/DPNI/SVSA/MS. Brasília: MS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-345-2025-cgvdi-dpni-svsa-ms.pdf/view>. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota técnica nº 368/2025 – CGVDI/DPNI/SVSA/MS. Brasília: MS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-368-2025-cgvdi-dpni-svsa-ms.pdf/view>. Acesso em: 08 jun. 2026.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA “PROF. ALEXANDRE VRANJAC”. Norma técnica do programa de imunização. São Paulo: SES/CCD/CVE, 2025. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/imunizacao/2025/norma_imunizacao2025.pdf. Acesso em: 08 jun. 2026.

PAHO – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Orientações sobre a busca ativa de casos de paralisia flácida aguda, sarampo e rubéola. Washington, D.C.: OPAS, 2025. Disponível em: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/7f24de3a-398e-4565-acf3-9a0fa96417e5/content>. Acesso em: 08 jun. 2026.

PAHO – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS faz chamado para ação regional após Américas perderem o status de eliminação do sarampo. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-11-2025-opas-faz-chamado-para-acao-regional-apos-americas-perderem-status-eliminacao-do>. Acesso em: 08 jun. 2026.

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_agrivos/sarampo/boletim_sarampo. Acesso em: 08 jun. 2026.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. Procedimento Operacional Padrão - Exantelists. São Paulo: SMS, 2025. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/serie_documentos_operacionais_ndat_pop_001_25_exantelists-03-pdf. Acesso em: 10 mar. 2026.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. Programa Municipal de Imunização. Uso de imunoglobulina humana na profilaxia pós-exposição ao sarampo. São Paulo: SMS, versão 2, mar. 2026. Disponível em: <https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/uso-de->

[imunoglobulina-humana-na-profilaxia-pos-exposicao-ao-sarampo_2026_versao-2-pdf](#) . Acesso em: 08 jun. 2026.

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://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/sarampo_rubeola_src_protocolo_junho25-pdf. Acesso em: 08 jun. 2026.