



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ORIENTAÇÕES PARA VIGILÂNCIA DO SARAMPO **19/05/2022**

Considerando que a meta preconizada para evitar o aparecimento de casos de Sarampo corresponde a 95% da população de 1 ano de idade com pelo menos 2 doses da vacina tríplice viral (TV), e que no ano de 2021, apenas 81,6% crianças de 15 meses receberam a segunda dose de TV no município de Niterói, alertamos as equipes para a necessidade de notificação e investigação laboratorial imediata de todos os casos suspeitos de sarampo. As ações também incluem o isolamento do caso suspeito na fase da transmissão da doença, execução das ações de bloqueio vacinal, monitoramento dos contatos e busca ativa de casos. Lembramos que essas ações independem da confirmação laboratorial do caso índice.

Seguem abaixo as orientações técnicas:

Quadro clínico / sinais e sintomas:

Caracteriza-se por febre alta, acima de 38,5°C, exantema maculopapular morbiliforme de direção cefalocaudal, tosse seca (inicialmente), coriza, conjuntivite não purulenta e manchas de Koplik (pequenos pontos brancos na mucosa bucal, na altura do terceiro molar, e ocasionalmente no palato mole, conjuntiva e mucosa vaginal, antecedendo o exantema).

Febre por mais de três dias, após o aparecimento do exantema, é um sinal de alerta e pode indicar o aparecimento de complicações, como infecções respiratórias, otites, doenças diarreicas e neurológicas. Na ocorrência dessas complicações, a hospitalização pode ser necessária, principalmente para crianças desnutridas e imunocomprometidos. Além disso, são considerados casos graves aqueles que requerem hospitalização por pelo menos 24 horas ou prolongamento de hospitalização já existente; aqueles que resultam em disfunção significativa e/ou incapacidade persistente (sequela); e aqueles que apresentam risco de morte



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Definição de caso suspeito:

Todo indivíduo que apresentar febre e exantema maculopapular morbiliforme de direção cefalocaudal, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independentemente de idade e de situação vacinal.

Período de transmissibilidade:

Inicia-se seis dias antes do exantema e dura até quatro dias após seu aparecimento. O período de maior transmissibilidade ocorre quatro dias antes e quatro dias após o início do exantema.

AÇÕES DE VIGILÂNCIA:

- **NOTIFICAR IMEDIATAMENTE** à COVIG para o e-mail notifica.saude.niteroi@gmail.com todos os casos suspeitos de sarampo, conforme definição acima, para que a investigação seja imediatamente iniciada e as medidas de controle possam ser tomadas o mais breve possível. **Lembramos que as medidas de controle devem ser iniciadas independentemente de confirmação laboratorial.** Utilizar a FIE de Doenças Exantemáticas (Anexo 1).
- Realizar a **VACINAÇÃO DE BLOQUEIO** nos contatos suscetíveis do caso suspeito, o mais breve possível (**preferencialmente em até 72 horas após a notificação**) a fim de interromper a cadeia de transmissão e conseqüentemente, eliminar os suscetíveis no menor tempo possível.

O bloqueio vacinal para os contatos de casos suspeitos é **seletivo** (considerar a história vacinal comprovada) e a vacina tríplice viral será administrada conforme descrito a seguir:

- ✓ **A partir de 6 meses até 11 meses e 29 dias** devem receber uma dose da vacina tríplice viral. Esta dose não será válida para a rotina de vacinação, devendo-se agendar a D1 de tríplice viral para os 12 meses de idade (respeitando o intervalo de 30 dias após a dose de bloqueio);



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- ✓ **A partir dos 12 meses de idade até 29 anos** serão considerados imunizados os indivíduos que comprovarem duas doses de vacina com componente sarampo (dupla viral, tríplice viral, tetra viral).
- ✓ **A partir de 30 anos de idade** (inclusive em indivíduos maiores de 50 anos), serão considerados imunizados os indivíduos que comprovarem uma dose de vacina com componente sarampo (dupla viral, tríplice viral, tetra viral).

NÃO VACINAR: Pessoas com imunodepressão provocada por doenças, medicamentos ou terapias; Indivíduos suspeitos de sarampo; Gestantes.

ATENÇÃO:

Para os profissionais de saúde estão indicadas **duas doses de vacina tríplice viral**, independentemente da idade.

Entre os anos de 1994 e 2000 a vacina contra sarampo era administrada na rede pública em dose única para menores de 1 ano. Essa dose não deverá ser considerada válida na avaliação da situação vacinal.

PRECAUÇÕES E CONTRA INDICAÇÕES NO USO DA VACINA TRÍPLICE VIRAL, MESMO EM SITUAÇÃO DE BLOQUEIO:

PRECAUÇÕES:

- ✓ Pessoas com história de anafilaxia a ovo de galinha devem receber a vacina tríplice viral em ambiente hospitalar (encaminhar ao CRIE);
- ✓ A vacina *Serum Institute of India* é contraindicada para indivíduos com alergia à proteína do leite. Em caso de dúvida, ligue para a COVIG para maiores orientações.
- ✓ Em **CRIANÇAS DE ATÉ DOIS ANOS PRIMOVACINADAS** deve-se manter intervalo de 30 dias entre a vacinação com tríplice viral e a vacina contra a febre amarela.

INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL:

Coleta oportuna para sorologia:

- **Sangue:** a amostra de sangue do caso suspeito deve ser colhida **no primeiro atendimento do paciente** até no máximo 28 dias após o início do aparecimento do exantema. Deve-se coletar de 2,0 a 5,0ml de sangue em **tubo com gel separador** (tampa amarela).
- Avisar ao paciente que pode ser necessária coleta de uma segunda amostra entre 20 e 25 dias após a primeira coleta.



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- **Urina e secreção de nasofaringe (swab de naso e orofaringe):** colher até o quinto dia após o início do exantema. Manter em refrigeração (não congelar) por até 48h.

Ao notificar o caso à COVIG, a unidade deve informar o momento da coleta das amostras para agendamento do motoboy, que fará o transporte diretamente ao Laboratório Miguelote Viana.

As amostras devem encaminhadas junto da FIE de Doenças Exantemáticas e Ficha de Encaminhamento de Amostras Clínicas – Sarampo e Rubéola (Anexo 2).

PROTEÇÃO PARA EVITAR CIRCULAÇÃO VIRAL

- **ISOLAMENTO DOS CASOS SUSPEITOS** (em domicílio ou na internação hospitalar) por até quatro dias após o início do exantema
- Garantir que a **VACINAÇÃO DE ROTINA DOS GRUPOS DE RISCO** continue sendo realizada:
 - ✓ Profissionais e estudantes da área de saúde e educação;
 - ✓ Populações institucionalizadas de quartéis, prisões, centros de reclusão de menores, albergues, alojamentos, universidades, etc.
 - ✓ Populações que migram de localidades onde as coberturas vacinais, anteriores e/ou atuais, são baixas;
 - ✓ Adolescentes e adultos jovens que viajam para países onde o sarampo é endêmico;
 - ✓ Trabalhadores dos setores hoteleiro, turismo e portuário, bem como de feiras, aeroportos, vendedores ambulantes, profissionais do sexo e rodoviárias;
 - ✓ Para prevenir a ocorrência de surtos de sarampo nesses grupos de risco faz-se necessário um esforço adicional de vacinação, mesmo em locais com elevadas coberturas vacinais.
- Realizar extensa **BUSCA ATIVA DE NOVOS CASOS SUSPEITOS E SUSCETÍVEIS** para um controle mais eficiente da doença e **MONITORAMENTO** dos contatos deve ser realizado pelo período de 30 dias;
- Garantir **INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DE TODOS OS CASOS SUSPEITOS.**

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CONTATO:

Coordenação de Vigilância em Saúde (COVIG):

Av. Ernani do Amaral Peixoto, 171/302 – Centro. TEL: 2719-4491 / 2620-6831

Email: notificação: notificasaudeniteroi@gmail.com assuntos administrativos:

covig.niteroi@gmail.com

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume 1 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. -1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

OFÍCIO CIRCULAR SES/SUBVAPS SEI N.º 86/2022 – Referente à circulação viral do Sarampo no estado do Rio de Janeiro

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
 VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA
 COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ANEXO 1

República Federativa do Brasil
 Ministério da Saúde

SINAN
 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇAS EXANTEMÁTICAS FEBRIS
 SARAMPO / RUBÉOLA**

CASO SUSPEITO DE SARAMPO: Todo paciente que apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independente da idade e da situação vacinal.
CASO SUSPEITO DE RUBÉOLA: Todo paciente que apresenta febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independente da idade e da situação vacinal.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		3 Data da Notificação
	2 Agravado/doença	1- SARAMPO 2- RUBÉOLA		Código (CID 10) B 0 9
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto, casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
	33 Tomou Vacina Contra Sarampo e Rubéola (dupla ou triviral)			34 Data da Última Dose
	35 Contato Com Caso Suspeito ou Confirmado de Sarampo ou Rubéola (até 23 dias antes do início dos sinais e sintomas)			
	36 Nome do Contato			
37 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)				
Dados Clínicos	38 Data do início do Exantema (manchas vermelhas no corpo)	39 Data do início da Febre		
	40 Outros Sinais e Sintomas			

SVS 13/09/2006

Doenças Exantemáticas SINAN NET





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Atendimento	41 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		42 Data da Internação		43 UF	
	44 Município do Hospital		Código (IBGE)		45 Nome do Hospital	
Dados de Laboratório	Exame Sorológico					
	46 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		47 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)			
	48 Resultado		Sarampo IgM IgG		Rubéola IgM IgG	
	1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		S1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Re-Teste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Isolamento Viral						
49 Amostra clínica coletada		1 - Sangue Total		3 - Urina		
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		2 - Secreção Nasofaríngea		4 - Líquor		
50 Etiologia Viral						
1 - Vírus Sarampo Selvagem 2 - Vírus Sarampo Vacinal 3 - Vírus Rubéola Selvagem 4 - Vírus Rubéola Vacinal 5 - Dengue 6 - Herpes Vírus Tipo 6 7 - Parvovírus B19 8 - Enterovírus 9 - Outras _____ 10 - Não detectado						
Medidas de Controle	51 Realizou Bloqueio Vacinal <input type="checkbox"/>		52 Em caso afirmativo, indique a quantidade de pessoas vacinadas		53 Especifique Intervalo de Tempo	
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não, todos vacinados 4 - Não, sem história de contato 9 - Ignorado		Menor de 5 anos _____ De 5 a 14 anos _____ De 15 a 39 anos _____		1 - Em até 72 horas 2 - Após 72 horas 9 - Ignorado	
Casuário	54 Classificação Final		55 Critério de Confirmação ou Descarte			
	1 - Sarampo 2 - Rubéola 3 - Descartado		1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico 4 - Data da Última Dose da Vacina			
	56 Classificação final do caso descartado					
	1 - Dengue 2 - Escarlatina 3 - Exantema Súbito (Herpes Vírus Tipo 6) 4 - Eritema Infeccioso (Parvovírus B19) 5 - Enterovirose 6 - Evento Temporal Relacionado à Vacina 7 - IgM associado temporariamente à vacina 8 - Sem soroc conversão dos anticorpos IgG 9 - Ignorado					
	Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 7 a 18 dias para sarampo e 12 a 23 dias para rubéola)					
57 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>		58 UF		59 País		
1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado						
60 Município		Código (IBGE)		61 Distrito		
				62 Bairro		
63 Evolução do Caso		64 Data do Óbito		65 Data do Encerramento		
1 - Cura 2 - Óbito por doenças exantemáticas 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado						
Informações complementares e observações						
Deslocamento (datas e locais frequentados no período de 7 a 23 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)						
Data		UF		MUNICÍPIO		
Observações Adicionais						
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome				Assinatura	
Doenças Exantemáticas				Sinan NET		
				SVS 13/09/2006		

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
 VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA
 COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ANEXO 2

 Secretaria de Estado de Saúde LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA NOEL NUTELS		 LCNN/GQ DOC. 360.032/05
Nº da Amostra <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>		
FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS CLÍNICAS SARAMPO E RUBÉOLA		
1. UNIDADE DE ATENDIMENTO DO PACIENTE: <input style="width: 400px; height: 15px;" type="text"/>		
1.1 TELEFONE DE CONTATO: (<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>) <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		
2. PACIENTE:		2.1 Número de prontuário ou SINAN: <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>
2.2 Nome do Paciente: <input style="width: 580px; height: 15px;" type="text"/>		
2.3 Nome da Mãe: <input style="width: 580px; height: 15px;" type="text"/>		
2.4 Endereço: Rua, Nº, Complemento: <input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/>		
Bairro: <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>	Município: <input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/>	CEP: <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
2.5 Data de Nascimento: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		
2.6 Sexo: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc		
3. EXAME(S) SOLICITADO(S): <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Sarampo <input type="checkbox"/> Outro(s):		
4. DADOS CLÍNICOS:		
4.1 <input type="checkbox"/> Adenomegalia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Conjuntivite		
<input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Dor retro orbitária <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Febre de ____ °C		
<input type="checkbox"/> Gengivorragia <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prostração		
<input type="checkbox"/> Presença de Gânglios Retroauriculares <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>		
4.2 Data de Início dos Sintomas: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		
4.3 Se Gestante, Teve Contato com Paciente com Rubéola? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, em que data: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		
4.4 Foi Vacinado Contra: <input type="checkbox"/> Rubéola, Data da Última dose: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Sarampo, Data da Última dose: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		
6. COLETA:		
6.1 <input type="checkbox"/> 1ª Coleta <input type="checkbox"/> 2ª Coleta <input type="checkbox"/> Outra:		
6.2 Data da Coleta: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		
7. REQUERENTE:		
.....		<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
Nome/Carimbo/C.R.		Assinatura
.....		Data da Requisição
Rua do Resende, 118 - Bairro de Fátima - CEP 20.231-092 - Rio de Janeiro-RJ CNPJ: 42.498.717/0011-27 E-Mail: dnnutels@saude.rj.gov.br Tel: (21) 2332-8603 / Fax: (21) 2332-8601		
* Todos os campos são de preenchimento obrigatório * Preencha cada quadrado com letra legível		