

Considerando a diminuição da cobertura da primeira e segunda doses da vacina contra sarampo, rubéola e caxumba (MMR1 e MMR2) e a ocorrência de casos de sarampo em países da Região, a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) insta os Estados Membros a atualizarem seus planos de resposta à possibilidade de surtos e reitera que a vacinação e a vigilância epidemiológica das doenças evitáveis por vacinação são serviços de saúde essenciais e não devem ser interrompidos.

Resumo da situação

Depois que a Região das Américas foi declarada livre de sarampo em 2016, seguiu-se um período (2017 a 2019) com um aumento constante de casos de sarampo importados de outras regiões do mundo e entre países da Região das Américas. A maior taxa de incidência regional foi registrada em 2019, com 21,5 casos por milhão de habitantes. O aumento de casos foi relacionado a surtos de sarampo no Brasil e na República Bolivariana da Venezuela, que contribuíram para 93% dos casos notificados durante esse período. A data de início de exantema do último caso confirmado de sarampo na República Bolivariana da Venezuela foi 11 de agosto de 2019 (1), enquanto no Brasil foi 5 de junho de 2022¹.

Em 2020, o número de casos confirmados de sarampo diminuiu 2,7 vezes em comparação com 2019, com surtos reportados na Argentina e no México. Entre 2020 e 2022, a circulação endêmica do vírus do sarampo continuou no Brasil (1). Além disso, em 2021 e 2022, casos confirmados de sarampo foram reportados na Argentina, Canadá, Equador, Estados Unidos e Guiana Francesa (2), com casos reportados na Guiana Francesa tendo histórico de viagens ao Brasil.

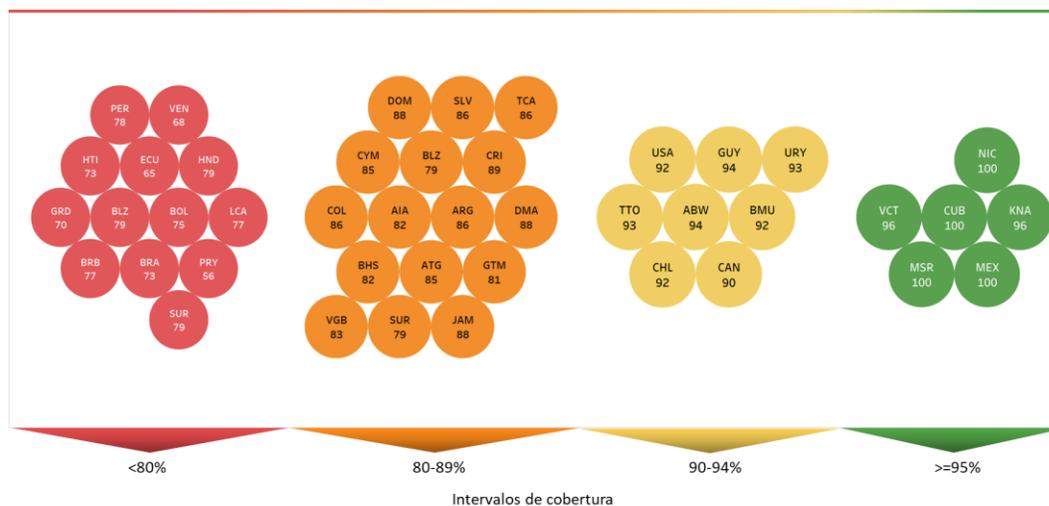
Os genótipos identificados no período de 2018 a 2022 foram D8 e B3 em 100% dos casos confirmados em que foi realizado sequenciamento genético (1), entre 2018 e 2020 a proporção do genótipo D8 foi maior, com média de 94%, com relação a B3 (média de 6%). No entanto, a proporção do genótipo B3 aumentou em 2021 (20,5%) e 2022 (89,5%) entre as amostras processadas para identificação do genótipo viral.

De acordo com o Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS/OMS sobre doenças imunopreveníveis, o risco na Região das Américas de surtos de doenças evitáveis por vacina está em seu ponto mais alto nos últimos 30 anos. As taxas de cobertura vacinal informadas pelo Programa Ampliado de Imunizações (PAI) continuam a diminuir em todo o mundo. De acordo com estimativas de cobertura vacinal nacional informadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) até 2021 (WUENIC), mais de 2,7 milhões de crianças menores de 1 ano de idade na Região das Américas não têm um calendário completo de vacinação, o que significa que 19,7% das crianças elegíveis são suscetíveis a doenças evitáveis por vacinação (3).

¹ Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) do Brasil, recebido pela OPAS/OMS por mensagem eletrônica.

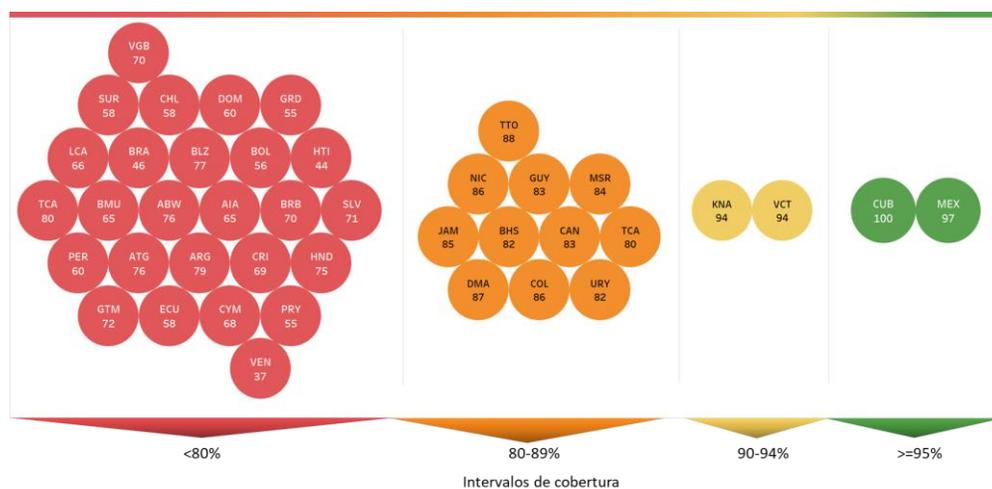
Além da baixa cobertura vacinal (Figuras 1 a 4), observam-se lacunas no desempenho dos indicadores internacionais de vigilância integrada de sarampo e rubéola (Figura 5), aliadas à ampla circulação de vírus em outras regiões do mundo e à reabertura de fronteiras (fechadas devido a pandemia do COVID-19) por motivos produtivos. Portanto, o surgimento de novos surtos de magnitude variável na Região das Américas (2) não pode ser descartado.

Figura 1. Distribuição dos países de acordo com a faixa de cobertura para a primeira dose da vacina MMR (MMR1), Região das Américas, 2021².



Fonte: Relatório dos países sobre o Formulário Conjunto de Notificação Eletrônica de Imunização da OMS/UNICEF (eJRF), 2022. SRC- sarampo-rubéola-caxumba

Figura 2. Distribuição dos países por faixa de cobertura para a segunda dose da vacina MMR (MMR2), Região das Américas, 2021¹.

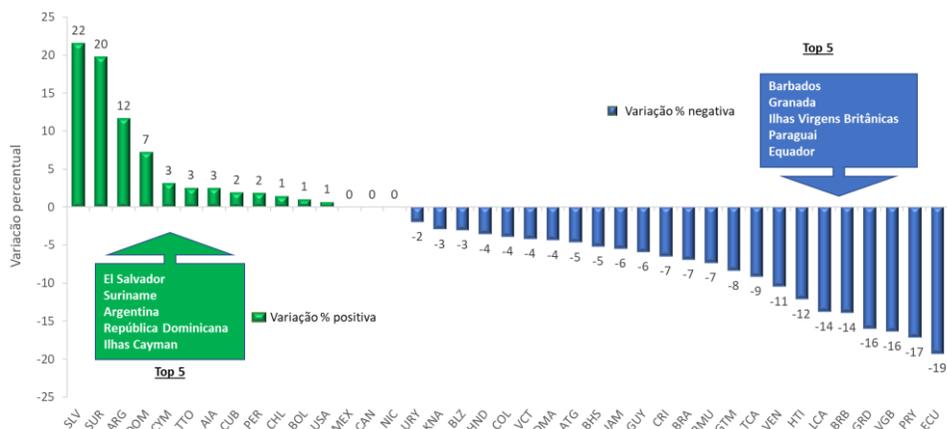


Fonte: Relatório dos países sobre o Formulário Conjunto de Notificação Eletrônica de Imunização da OMS/UNICEF (eJRF), 2022. SRC- sarampo-rubéola-caxumba

² ARG: Argentina; ATG: Antígua e Barbuda; ABW: Aruba; AIA: Anguilla; BHS: Bahamas; BOL: Bolívia; BLZ: Belize; BRA: Brasil; BRB: Barbados; BMU: Bermudas; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colômbia; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; CYM: Ilhas Cayman; DMA: Dominica; DOM: República Dominicana; ECU: Equador; GTM: Guatemala; GRD: Granada; GUY: Guiana; HTI: Haíti; HND: Honduras; JAM: Jamaica; KNA: São Cristóvão e Nevis; LCA: Santa Lúcia; MEX: México; MSR: Montserrat; NIC: Nicarágua; PRY: Paraguai; PER: Peru; SLV: El Salvador; SUR: Suriname; TCA: Ilhas Turcas e Caicos; TTO: Trinidad e Tobago; URY: Uruguai; VEN: Venezuela; VGB: Ilhas Virgens Britânicas; VCT: São Vicente e Granadinas.

A cobertura com a primeira dose da vacina contra sarampo, rubéola e caxumba (MMR1) diminuiu entre 2020 e 2021, em 16 países e territórios da Região das Américas. A maior queda foi observada em 5 países/ territórios: Barbados, Granada, Ilhas Virgens Britânicas, Paraguai e Equador, respectivamente (**Figura 3**). Em 2021, a cobertura de MMR1 maior ou igual a 95% não foi alcançada em 28 países e territórios da Região das Américas, incluindo 11 países (Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Equador, Haiti, Paraguai, Peru, Santa Lúcia, Suriname e Venezuela) tiveram cobertura de MMR1 abaixo de 80% (2).

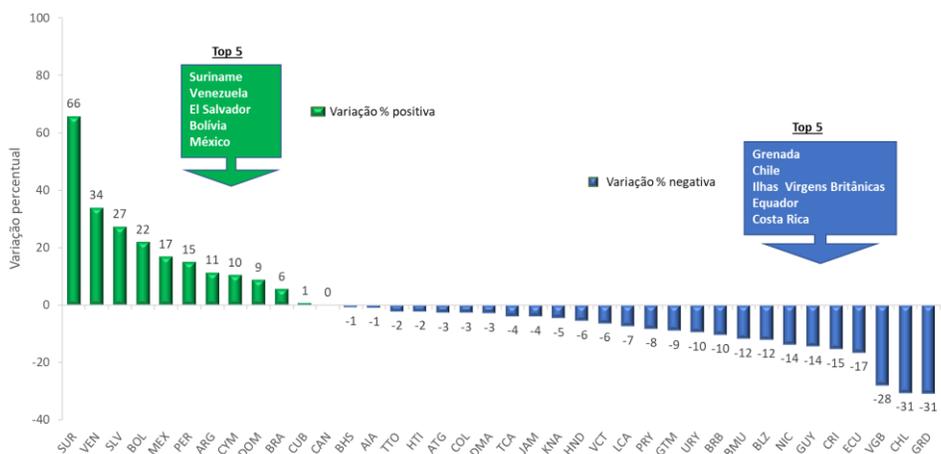
Figura 3. Variação percentual na cobertura vacinal com MMR1 administrada na Região das Américas por país/território, 2020-2021.



Fonte: OPAS/OMS, Boletim Semanal - Síndrome do Sarampo-Rubéola-Rubéola Congênita. Disponível em: <https://bit.ly/3GGLeRr>

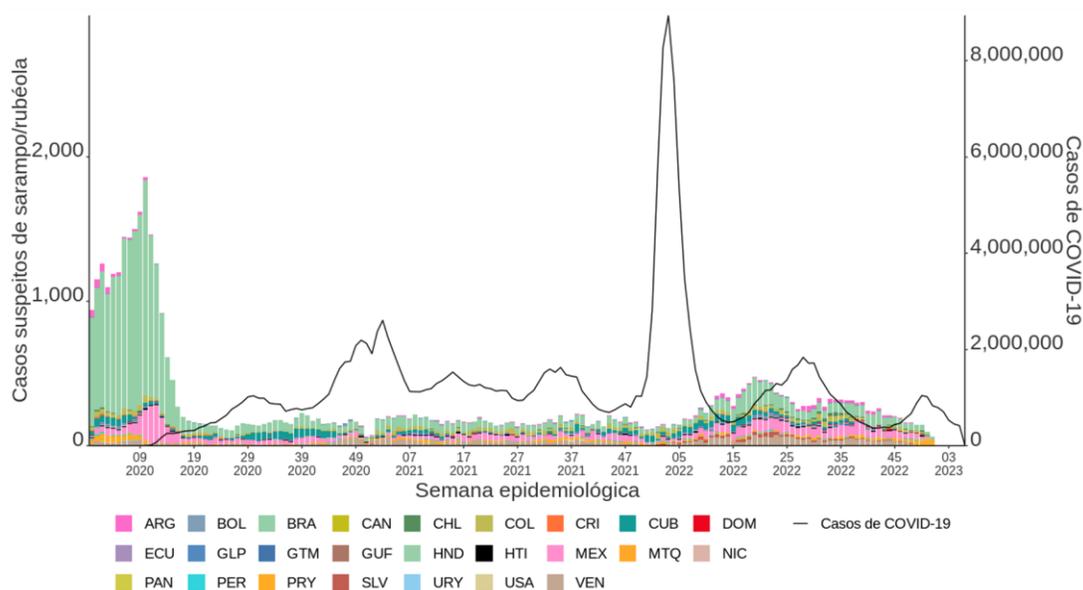
A cobertura com a segunda dose da vacina contra sarampo, rubéola e caxumba (MMR2) diminuiu entre 2020 e 2021, em 19 países e territórios da Região das Américas. A maior diminuição foi observada em 5 países/territórios: Granada, Chile, Ilhas Virgens Britânicas, Equador e Costa Rica, respectivamente (**Figura 4**). Em 2021, a cobertura de MMR2 maior ou igual a 95% não foi alcançada em 29 países e territórios da Região das Américas, incluindo 20 países (Antígua e Barbuda, Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haiti, Honduras, Paraguai, Peru, Santa Lúcia, Suriname e Venezuela) tiveram cobertura de MMR2 inferior a 80% (3).

Figura 4. Variação percentual na cobertura vacinal com MMR2 administrada na Região das Américas por país/território, 2020-2021.



Fonte: OPAS/OMS, Boletim Semanal - Síndrome do Sarampo-Rubéola-Rubéola Congênita. Disponível em: <https://bit.ly/3GGLeRr>

Figura 5. Impacto da pandemia de COVID-19 na notificação de casos suspeitos de sarampo e rubéola na Região das Américas por SE e país/território, SE 1 2020 a SE 52 de 2022³.



Fonte: OPAS/OMS, Boletim Semanal - Sarampo-Rubéola-Síndrome da Rubéola Congênita, disponível em: <https://bit.ly/3GGLeRx> e painel da OPAS/OMS para COVID-19, disponível em: <https://bit.ly/40mo57G>

Em 2022, entre a Semana Epidemiológica (SE) 1 e a SE 52, seis países da Região das Américas reportaram casos confirmados de sarampo: *Argentina* com 2 casos confirmados, *Brasil* com 43 casos confirmados, em 4 unidades federativas; *Canadá* com 3 casos confirmados, *Equador* com 1 caso confirmado, *Estados Unidos da América* com 121 casos confirmados em 6 jurisdições e *Paraguai* com 1 caso confirmado.

Em 2023, entre a SE 1 e a SE 4, foram notificados 177 casos suspeitos na Região das Américas. Os *Estados Unidos da América*⁴ são o único país da Região que registrou casos confirmados em 2023.

A seguir, uma atualização sobre a situação epidemiológica do sarampo em seis países que reportaram casos confirmados em 2022 e até agora em 2023.

Na **Argentina**, entre a SE 1 e a SE 52 de 2022, foram notificados 920 casos suspeitos de sarampo, dos quais 2 foram confirmados laboratorialmente⁵, um importado e um caso com local provável de infecção desconhecido.

O primeiro caso confirmado (importado) foi relatado na SE 13 de 2022, e corresponde a uma mulher de 25 anos, com início de exantema em 17 de março de 2022, residente na cidade de Buenos Aires, e com histórico de viagem para as Maldivas, escalas no Catar, Dubai e Brasil (São Paulo). O genótipo viral identificado neste caso foi B3.

O segundo caso confirmado (local provável de infecção desconhecido) foi relatado na SE 28 e corresponde a uma menina de 2 anos residente na província de Buenos Aires, com histórico vacinal. O genótipo viral não pôde ser identificado neste caso.

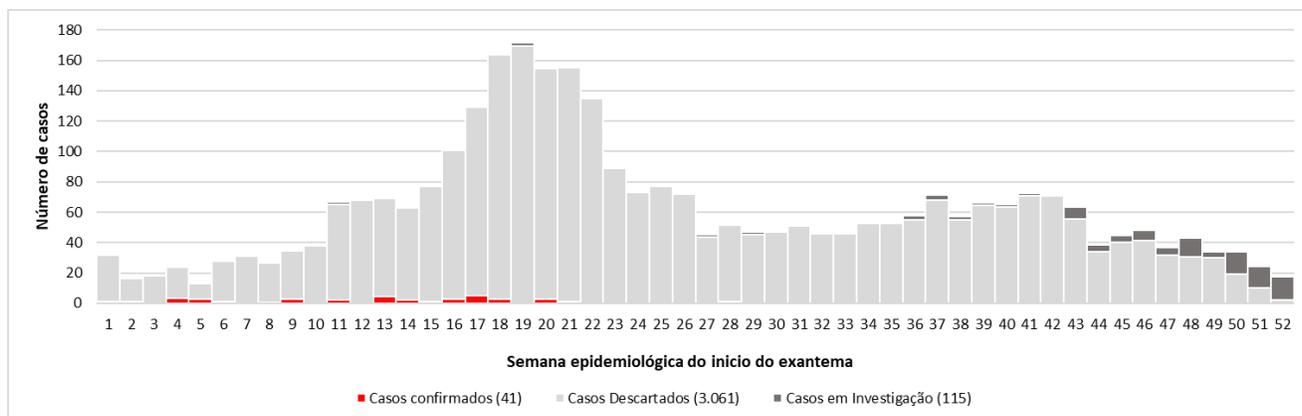
³ Canadá e Estados Unidos da América relatam apenas casos confirmados de sarampo e rubéola.

⁴ Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), disponível em: <https://bit.ly/3iwfnzm>

⁵ Dados sujeitos a alterações com base em revisão retrospectiva.

No **Brasil**, entre a SE 1 e a SE 52 de 2022, foram notificados 3.217 casos suspeitos, dos quais 41 (1,3%) foram confirmados, 3.061 (95,2%) foram descartados e 115 (3,6%) permanecem em investigação (Figura 6). No mesmo período, não foram registrados óbitos.

Figura 6. Casos notificados de sarampo por semana epidemiológica (SE) de início de exantema, Brasil, SE 1 a SE 52 de 2022.



Fonte: Dados fornecidos pelo Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional do Brasil e reproduzidos pela OPAS/OMS.

Em 2022, até a SE 52, as unidades federativas que notificaram casos confirmados de sarampo no Brasil foram: Amapá (30), São Paulo (8), Rio de Janeiro (2) e Pará (1).

Em 2022, até a SE 52, as maiores taxas de incidência cumulativa de casos confirmados de sarampo por faixa etária no Brasil foram relatadas na faixa etária de 6 a 11 meses (10,8 casos por 100 mil habitantes), seguida pela faixa etária de menos de 6 meses (5,4 casos por 100 mil habitantes) e pela faixa etária de 1 a 4 anos (1,5 casos por 100 mil habitantes).

Em 2022, quatro unidades federativas registraram surtos ativos⁶: Amapá, São Paulo, Rio de Janeiro e Pará. O genótipo D8 foi identificado nos casos confirmados. A situação epidemiológica nessas unidades federativas é apresentada a seguir:

No *Amapá*, entre a SE 1 e a SE 52 de 2022, foram notificados 118 casos suspeitos, dos quais 30 foram confirmados, 85 foram descartados e 3 ainda estão em investigação. As maiores taxas de incidência por faixa etária são observadas na faixa etária de 6 a 11 meses (178,0 casos por 100.000 habitantes); seguido pelo grupo de menores de 6 meses (113,3 casos por 100.000 habitantes); e a faixa etária de 1 a 4 anos (15,9 casos por 100.000 habitantes). Do total de casos confirmados, 20 (66,7%) não foram vacinados, 9 (30,0%) foram vacinados (a dose total por pessoa não está disponível) e 1 caso (3,3%) não obteve informações sobre o histórico vacinal. O último caso confirmado no estado do Amapá começou no dia 5 de junho de 2022, no município de Macapá. O estado do Amapá faz fronteira com a *Guiana Francesa* e o *Suriname*.

Em *São Paulo*, entre a SE 1 e a SE 52 de 2022, foram notificados 1.120 casos suspeitos, dos quais 8 foram confirmados, 1.066 foram descartados e 46 permanecem sob investigação. As maiores taxas de incidência por faixa etária são observadas na faixa etária de 6-11 meses (2,4 casos por 100.000 habitantes) e na faixa etária de 1-4 anos (0,9 casos por 100.000 habitantes). Do total de casos confirmados, 7 (87,5%) foram vacinados (a dose total por pessoa não está disponível) e em 1 caso não foi obtida informação sobre a história vacinal. O último caso confirmado no estado de São Paulo começou no dia 25 de maio de 2022, na cidade de São Paulo.

⁶ Unidades federativas que notificaram casos confirmados nos últimos 90 dias.

No *Rio de Janeiro*, entre a SE 1 e a SE 52 de 2022, foram notificados 249 casos suspeitos, dos quais 2 foram confirmados, 240 foram descartados e 7 ainda estão em investigação. As maiores taxas de incidência por faixa etária são observadas na faixa etária de 6-11 meses (2,48 casos por 100.000 habitantes) e na faixa etária de 1-4 anos (0,31 casos por 100.000 habitantes). Dos 2 casos confirmados, um não foi vacinado e um foi vacinado (a dose total por pessoa não está disponível). O último caso confirmado no estado do Rio de Janeiro começou em 26 de abril de 2022, no município do Rio de Janeiro.

No *Pará*, entre a SE 1 e a SE 52 de 2022, foram notificados 255 casos suspeitos, dos quais um (1) foi confirmado, 248 foram descartados e 6 ainda estão em investigação. A taxa de incidência foi de 2,5 casos por 100.000 habitantes, e o caso apresentava histórico de vacinação. O caso confirmado no estado do Pará teve início no dia 27 de janeiro de 2022, no município de Afuá. O estado do Pará faz fronteira com a *Guiana* e o *Suriname*.

No *Brasil*, entre a SE 1 e a SE 2 de 2023, foram notificados 21 casos suspeitos, dos quais 5 (23,8%) foram descartados e 16 (76,2%) permanecem em investigação. No mesmo período, não houve casos confirmados e óbitos.

No **Canadá**, entre SE 1 e SE 52 de 2022, foram notificados 3 casos confirmados de sarampo importado, reportados pelas províncias de Ontário (1 caso) e Quebec (2 casos). Em 2022, a genotipagem realizada em amostras de 2 casos identificou o genótipo B3.

As informações são atualizadas regularmente pela Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC, por sua sigla em inglês) e está disponível em: <https://bit.ly/40ljthR>.

No **Equador**, entre SE 1 e SE 52 de 2022, foram notificados 445 casos suspeitos de sarampo, dos quais 1 foi confirmado laboratorialmente; o local provável da infecção é desconhecido para o caso confirmado.

O caso confirmado começou em 13 de novembro de 2022 e corresponde a uma criança de 8 meses, residente no cantão de Ibarra, comunidade de San Antonio de Ibarra, na província de Imbabura e não tem histórico de viagem ao exterior. O resultado da identificação do genótipo viral está pendente.

Nos **Estados Unidos da América**, entre 1 de janeiro de 2022 e 19 de janeiro de 2023, foram notificados 121 casos confirmados de sarampo em 6 jurisdições, dos quais 118 foram importados. O genótipo B3 foi identificado em casos importados.

Entre 19 e 27 de janeiro de 2023, 2 casos confirmados de sarampo foram reportados em 2 jurisdições.

Essas informações são atualizadas periodicamente no site dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), disponível em: <https://bit.ly/3iwfnzm>

No **Paraguai**, entre a SE 1 e a SE 52 de 2022, foram notificados 660 casos suspeitos de sarampo/rubéola (vigilância integrada), dos quais um foi confirmado laboratorialmente para sarampo em janeiro de 2023. A localização provável da infecção do caso é desconhecida.

O caso confirmado teve início de exantema em 15 de setembro de 2022 e corresponde a um menino de 1 ano residente no departamento de Itapúa (perto da fronteira com a Argentina), com histórico de vacinação e sem histórico de viagem. O genótipo viral deste caso não pôde ser identificado.

Orientações para as autoridades nacionais

A OPAS/OMS recomenda manter-se alerta para o provável aparecimento de novos surtos de magnitude variável na Região das Américas, levando em conta os seguintes fatores de risco: 1) lacunas no desempenho dos indicadores internacionais de vigilância integrada do sarampo/rubéola⁷, 2) baixa cobertura da primeira e segunda doses da vacina contra o sarampo, rubéola e caxumba (MMR1 e MMR2) em muitos países e territórios da Região durante 2020; 3) surtos ativos de sarampo no Brasil, 4) circulação ativa do vírus em outras regiões do mundo e 5) fluxo migratório de populações vulneráveis dentro da Região das Américas e de outras Regiões.

É fundamental que todos os países da Região façam a classificação final dos 1.014 casos suspeitos que ficaram pendentes de classificação em 2022⁸.

A OPAS/OMS incentiva os Estados Membros a seguirem as recomendações das reuniões do Grupo Técnico Assessor (GTA) sobre Doenças Imunopreveníveis, disponíveis em: <https://bit.ly/3jG4Zsw> e o marco regional para monitoramento e reavaliação da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita na Região das Américas, Disponível em: <https://bit.ly/3jJheES>

As diretrizes e recomendações para países com surtos de sarampo incluem:

Vacinação

- Implementar atividades de intensificação da vacinação para fechar as lacunas de imunidade em municípios de alto risco, o mais rápido possível.
- Vacinar populações em risco, residentes em áreas onde o vírus do sarampo está circulando, que não tenham comprovação de vacinação ou imunidade contra sarampo e rubéola.
- Nas unidades de saúde onde são realizadas as atividades de vacinação, é fundamental que os profissionais de saúde fiquem atentos aos sinais e sintomas de doenças respiratórias e ofereçam aos pacientes com sintomas gripais uma máscara cirúrgica e os encaminhem para avaliação médica de acordo com os protocolos locais para a abordagem inicial de pacientes com suspeita de COVID-19.
- Manter as medidas de prevenção e controle de infecções e as práticas de distanciamento social nos serviços de vacinação.
- Embora atualmente não existam contraindicações médicas conhecidas para a vacinação de uma pessoa que tenha tido contato com um caso de COVID-19, recomenda-se adiar a vacinação até que a quarentena tenha sido concluída (14 dias após a última exposição).
- Manter um estoque de vacinas contra sarampo-rubéola (SR) e/ou sarampo-rubéola-caxumba (MMR) e seringas/suprimentos para ações de prevenção e controle em casos importados.

⁷ Indicadores internacionais para vigilância integrada de sarampo/rubéola são descritos no boletim semanal - Síndrome do Sarampo-Rubéola-Rubéola Congênita. Disponível em: <https://bit.ly/3rcSun2>

⁸ OPAS/OMS, Boletim Semanal - Síndrome do Sarampo-Rubéola-Rubéola Congênita, disponível em: <https://bit.ly/3GGLerx>

Vigilância epidemiológica

- Revitalizar a vigilância epidemiológica em zonas de alto risco com silêncio epidemiológico ou por meio da implementação de medidas complementares de vigilância no território (por exemplo, busca ativa)
- Fortalecer a vigilância epidemiológica nas áreas fronteiriças para detectar e responder rapidamente a casos altamente suspeitos de sarampo.
- Realizar a coleta de amostra de soro e swab nasofaríngeo para testes sorológicos de diagnóstico laboratorial e teste RT-PCR em tempo real para confirmação de RNA viral e documentar o genótipo associado à infecção.
- Em situação de surto e em caso de não conseguir confirmar laboratorialmente os casos suspeitos, utilizar as classificações de caso confirmado por critérios clínicos (presença de febre, exantema maculopapular com pelo menos um dos seguintes sintomas e sinais: tosse, coriza e conjuntivite) e vínculo epidemiológico, de modo a não atrasar a implementação de ações de resposta.
- Continuar a vigilância de rotina para outras doenças imunopreveníveis. Ter suprimentos para a coleta e transporte adequados de amostras. Se o laboratório não tiver capacidade de diagnóstico laboratorial para o evento específico, as amostras devem ser enviadas ao laboratório de referência para análise, a fim de confirmar ou excluir o evento, no momento apropriado e de acordo com o que é definido no programa de vigilância. Os países devem garantir o armazenamento, a preservação e o transporte adequados das amostras.

Resposta rápida

- Fornecer resposta rápida a casos importados de sarampo para evitar a restauração da transmissão endêmica, por meio da ativação de equipes de resposta rápida treinadas e da implementação de protocolos nacionais de resposta rápida. Uma vez ativada a equipe de resposta rápida, se deve assegurar a coordenação permanente entre os níveis nacional, subnacional e local com canais de comunicação permanentes e fluidos entre todos os níveis.
- Em uma situação de surto, o manejo adequado do caso intra-hospitalar deve ser estabelecido para evitar a transmissão nosocomial, com um fluxo adequado de encaminhamento dos pacientes para leitos de isolamento (em qualquer nível de atendimento) evitando o contato com outros pacientes em salas de espera e / ou leitos de internação para pacientes hospitalizados por outras causas.

Além disso, a OPAS/OMS recomenda que os Estados Membros aconselhem todos os viajantes com 6 meses ou mais de idade⁹ que não possam apresentar provas de vacinação ou imunidade a **receberem vacinação contra o sarampo e a rubéola**, de preferência a vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba - MMR), **pelo menos duas semanas antes de viajarem para áreas onde a transmissão do sarampo tenha sido documentada**. As recomendações da OPAS/OMS sobre conselhos de viagem estão disponíveis na Atualização Epidemiológica publicado pela OPAS/OMS em 27 de outubro de 2017¹⁰.

⁹ A dose de vacina MMR ou RS administrada a crianças de 6-11 meses de idade não substitui a primeira dose do esquema recomendado aos 12 meses de idade.

¹⁰ Ver Atualização Epidemiológica do Sarampo de 27 de outubro de 2017, Washington, D.C. OPAS/OMS. 2017. Disponível em <https://bit.ly/3JTdLy1>

Fontes de informação

1. El Marco Regional para el Monitoreo y la Re-verificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita en las Américas. 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3XTb97n>
2. Boletín semanal de vigilancia epidemiológica de sarampión, rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. OPS/OMS Unidad de Inmunizaciones. Disponível em: <https://bit.ly/2AhCTwx>
3. Informes de las reuniones del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Disponível em: <https://bit.ly/3JtvEmY>
4. Organización Mundial de la Salud. Formulario anual conjunto de informes OMS / UNICEF. Disponível em: <https://bit.ly/2x7CSGA>
5. Inmunización en las Américas: Resumen 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3nN22nZ>
6. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Argentina**, recibido pela OPAS/OMS por mensagem eletrônica.
7. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Brasil**, recibido pela OPAS/OMS por mensagem eletrônica.
8. Informe de monitoreo semanal de sarampión y rubéola. Agencia de Salud Pública de **Canadá**. Disponível em: <https://bit.ly/3Yif79r>
9. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido pela OPAS/OMS por mensagem eletrônica.
10. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los **Estados Unidos de América** (US-CDC). Sarampión, casos y brotes. Disponível em: <https://bit.ly/3JAYDdh>
11. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Paraguay**, recibido pela OPAS/OMS por mensagem eletrônica.
12. OPS/OMS – Imunização. Disponível em: <https://bit.ly/3x4qlxz>