



Resumo da situação

Entre 1º de janeiro e 10 de abril de 2020, sete países registraram 1.104 casos confirmados na Região das Américas: Argentina (54 casos, incluindo 1 morte), Brasil (909 casos, incluindo 4 mortes), Canadá (1 caso), Chile (2 casos), Estados Unidos da América (12 casos) e Uruguai (2 casos).

A seguir um resumo da situação epidemiológica do sarampo nos países que registraram casos confirmados desde a publicação da última Atualização Epidemiológica da OPAS/OMS para sarampo¹.

Na **Argentina**, um total de 106² casos confirmados de sarampo tiveram início do exantema em 2019 e 54 casos confirmados tiveram início do exantema em 2020 (**Figura 1**).

Entre a semana epidemiológica (SE) 35 de 2019 e SE 14 de 2020, foram registrados 153 casos confirmados de sarampo, incluindo uma morte. Dos 153 casos confirmados, não foi possível estabelecer a origem de 144 casos, que são parte do mesmo surto. Os demais 9 casos foram importados, 3 dos Estados Unidos e 6 do Brasil.

Em relação à distribuição dos casos por local de residência, um caso é residente da Província de Córdoba (com histórico de viagem ao Brasil), 124 casos (81%) são residentes da Província de Buenos Aires (incluindo 3 casos importados) e 28 casos (18%) são residentes da cidade de Buenos Aires (incluindo 5 casos importados).

Entre os 153 casos confirmados, 119 (78%) não foram vacinados, 17 (11%) foram vacinados com uma dose e 11 (7%) foram vacinados com duas doses³. Para 6 casos (4%), não havia informações disponíveis sobre a situação vacinal.

As taxas de incidência mais elevadas foram todas observadas em crianças menores de 5 anos: em menores de 1 ano (4,6 casos por 100.000 habitantes); em crianças de 1 ano (2,15 casos por 100.000 habitantes); e de 2 a 4 anos (0,76 casos por 100.000 habitantes).

O genótipo D8, linhagem MVs/Gir Somnath.IND/42.16/ foi identificado nesse surto.

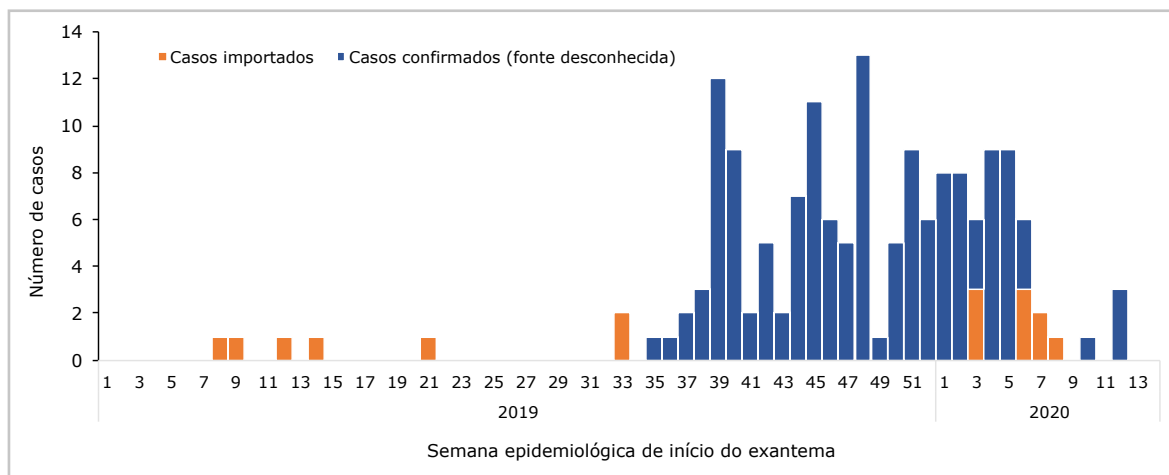
¹ PAHO/WHO Epidemiological Update: Measles. 28 February 2020, Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2020 [Atualização Epidemiológica OPAS/OMS: Sarampo. 28 de fevereiro de 2020, Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2020], Disponível em: <https://bit.ly/2yoarsg>

² Um caso com exantema em 31 de dezembro de 2019 foi reclassificado como correspondente à SE 1 de 2020, e dois casos foram diagnosticados na Espanha e, por isso, estes casos não foram contados com os casos registrados em 2019.

³ Três pacientes vacinados eram imunocomprometidos.

O início do exantema para o caso confirmado mais recente foi 19 de março de 2020, no Município de Ezeiza, Província de Buenos Aires.

Figura 1. Casos confirmados de sarampo por semana epidemiológica (SE) de início do exantema. Argentina. SE 1 de 2019 a SE 14 de 2020

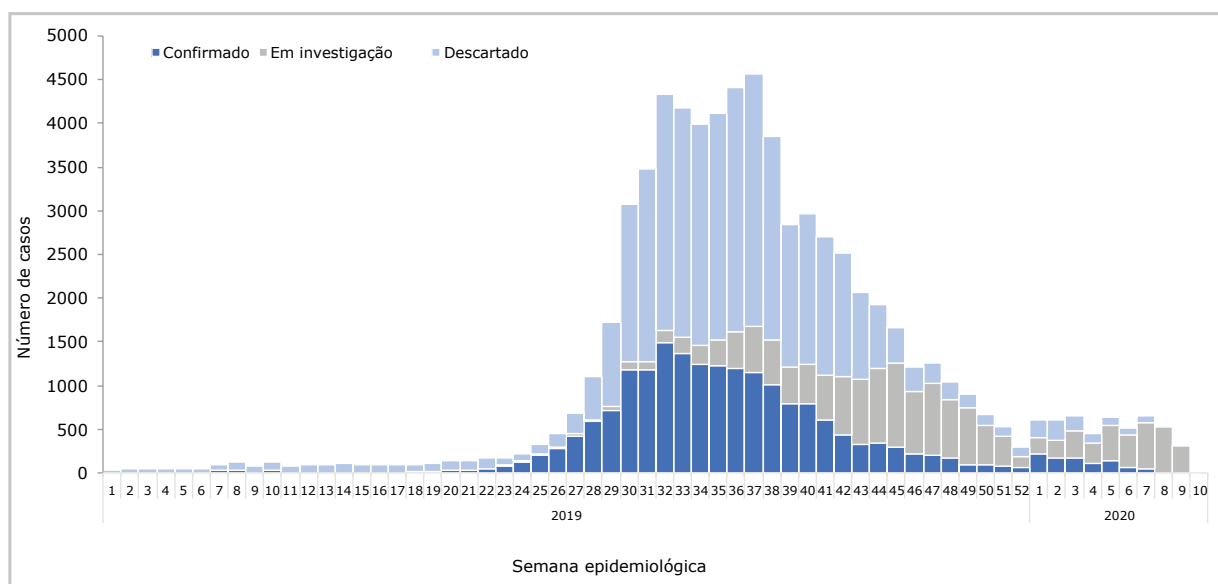


Fonte: Dados fornecidos pelo Ponto Focal Nacional do Regulamento Sanitário Internacional na Argentina e reproduzidos pela OPAS/OMS.

No **Brasil**, entre SE 1 e SE 10 de 2020, foram registrados 4.971 casos suspeitos, dos quais 909 foram confirmados (incluindo 4 mortes), 943 foram descartados e 3.119 continuam em investigação. O genótipo e a linhagem predominantes em 2020 continuam sendo D8, linhagem MVs/Gir Somnath.IND/42.16/.

A curva epidêmica mostra aumento sustentado a partir da SE 23 de 2019, com um pico de casos confirmados na SE 37 de 2019, seguido de diminuição gradual (**Figura 2**).

Figura 2. Casos de sarampo registrados por semana epidemiológica (SE) de início do exantema. Brasil. SE 1 de 2019 a SE 10 de 2020



Fonte: Dados fornecidos pelo Ponto Focal Nacional do Regulamento Sanitário Internacional no Brasil e reproduzidos pela OPAS/OMS.

As 9 unidades federadas com surtos ativos⁴ em 2020 são: São Paulo com 280 casos (30,8%), Rio de Janeiro com 230 casos (25,3%), Pará com 192 casos (21,1%), Paraná com 113 casos (12,4%), Santa Catarina com 48 casos (5,3%), Rio Grande do Sul com 21 casos (2,3%), Pernambuco com 18 casos (2%), Alagoas com 4 casos (0,4%) e Minas Gerais com 3 casos (0,3%). O genótipo identificado nas unidades federadas com surtos ativos é D8, linhagem MVs/Gir Somnath.IND/42.16/.

A Tabela 1 mostra o número de casos confirmados em 2020, as taxas de incidência e a semana epidemiológica (SE) de início do exantema para o caso confirmado mais recente, por unidade federada.

Tabela 1. Unidades federadas que registraram casos confirmados no Brasil, SE 1 a SE 10 de 2020

Unidade Federada	Casos confirmados em 2020	Taxa de incidência* por 100.000 habitantes	SE de início do exantema para o caso confirmado mais recente
São Paulo	280	1,20	2
Rio de Janeiro	230	2,12	3
Pará	192	4,85	1
Paraná	113	2,88	2
Santa Catarina	48	2,57	3
Rio Grande do Sul	21	0,95	5
Pernambuco	18	0,53	5
Alagoas	4	0,21	3
Minas Gerais	3	0,10	3

* As taxas de incidência foram calculadas considerando-se a população dos municípios de residência dos casos confirmados.

Fonte: Dados fornecidos pelo Ponto Focal Nacional do Regulamento Sanitário Internacional no Brasil e reproduzidos pela OPAS/OMS.

As unidades federadas com as maiores proporções de casos de sarampo no Brasil são: São Paulo (30,8%), Rio de Janeiro (25,3%), Pará (21,1%) e Paraná (12,4%). Segue um resumo da situação epidemiológica dessas unidades federadas.

No *Estado de São Paulo*, entre SE 1 e SE 10 de 2020, houve 1.596 casos suspeitos de sarampo registrados, dos quais 280 foram confirmados (incluindo 1 morte), 568 foram descartados e 748 continuam em investigação. As maiores taxas de incidência por faixa etária estão em menores de 5 anos de idade (4,70 casos por 100.000 habitantes), seguidos por 20 a 49 anos (1,32 casos por 100.000 habitantes), 5 a 19 anos (0,96 casos por 100.000 habitantes) e 50 anos ou mais (0,12 casos por 100.000 habitantes).

No *Estado do Rio de Janeiro*, entre SE 1 e SE 10 de 2020, foram registrados 1.420 casos suspeitos de sarampo, dos quais 230 foram confirmados (incluindo 1 morte), 52 foram descartados e 1.138 continuam em investigação. As maiores taxas de incidência por faixa etária estão em menores de 5 anos (14,28 casos por 100.000 habitantes), seguidos por 5 a 19 anos (1,82 casos por 100.000 habitantes), 20 a 49 anos (1,64 casos por 100.000 habitantes) e 50 anos ou mais (0,26 casos por 100.000 habitantes).

No *Estado do Pará*, entre SE 1 e SE 10 de 2020, houve 860 casos suspeitos de sarampo, dos quais 192 foram confirmados (incluindo 2 mortes), 50 foram descartados e 618 continuam em investigação.

⁴ Unidades federadas com registros de casos confirmados nos últimos 90 dias.

As maiores taxas de incidência por faixa etária estão em menores de 5 anos (18,45 casos por 100.000 habitantes), seguidos por 5 a 19 anos (4,93 casos por 100.000 habitantes), 20 a 49 anos (3,64 casos por 100.000 habitantes) e 50 anos ou mais (0,73 casos por 100.000 habitantes).

No *Estado do Paraná*, entre SE 1 e SE 10 de 2020, houve 480 casos suspeitos de sarampo, dos quais 113 foram confirmados, 20 foram descartados e 350 continuam em investigação. As maiores taxas de incidência por faixa etária estão em 20 a 49 anos (3,97 casos por 100.000 habitantes), seguido por 5 a 19 anos (3,11 casos por 100.000 habitantes), abaixo de 5 anos (2,60 casos por 100.000 habitantes) e 50 anos ou mais (0,13 casos por 100.000 habitantes).

No **México**, entre SE 7 e SE 14 de 2020, foram registrados 1.443 casos prováveis⁵ de sarampo, dos quais 124 foram confirmados, 991 foram descartados e 328 continuam em investigação. Em nível nacional, a idade dos casos confirmados de sarampo varia entre 3 meses e 68 anos (mediana: 20 anos), e 59% dos casos são do sexo masculino. Dos casos confirmados, 22 (17%) eram vacinados. O início do exantema dos casos confirmados no México foi entre 12 de fevereiro e 2 de abril de 2020.

Dos 124 casos confirmados, 105 estão na Cidade do México, 18 no Estado do México e 1 no Estado de Campeche; segue um resumo da situação epidemiológica em cada um deles:

Na *Cidade do México*, foram registrados 427 casos prováveis, dos quais 105 foram confirmados laboratorialmente e 83 continuam em investigação. Casos confirmados foram registrados em 14 prefeituras: Gustavo A. Madero (53 casos), Miguel Hidalgo (14 casos), Iztapalapa (9 casos), Cuajimalpa de Morelos (8 casos), Alvaro Obregon (7 casos), Xochimilco (4 casos), Cuauhtémoc (2 casos), Tlahuac (2 casos), Tlalpan (2 casos), Coyoacán (1 caso), Azcapotzalco (1 caso), Milpa Alta (1 caso), Venustiano, e Carranza (1 caso). Dos 105 casos confirmados na Cidade do México, todos são cidadãos mexicanos e 60% são do sexo masculino. As maiores proporções de casos confirmados foram registradas nas faixas etárias de 20 a 29 anos (28%), seguida por 2 a 9 anos (17%), 30 a 39 anos (14%), 1 ano de idade (11%), menores de 1 ano (11%), 10 a 19 anos (10%) e 40 ou mais (9%). Apenas 14% dos casos confirmados têm histórico comprovado de vacinação. O caso confirmado mais recente teve início do exantema no dia 2 de abril de 2020 e foi registrado na Prefeitura de Gustavo A. Madero.

No *Estado do México*, foram registrados 162 casos prováveis, dos quais 18 foram confirmados laboratorialmente e 65 continuam em investigação. Casos confirmados foram registrados em 8 municípios do Estado do México: Tlalnepantla (5 casos), Ecatepec de Morelos (4 casos), Nezahualcóyotl (2 casos), Tecámac (2 casos), Toluca (2 casos), Atizapán de Zaragoza (1 caso), Chimalhuacán (1 caso) e Naucalpan (1 caso). Os 18 casos confirmados são todos cidadãos mexicanos e 55,6% são do sexo masculino. As maiores proporções de casos confirmados foram registradas nas faixas etárias de 20 a 29 anos (22%), seguida por 1 ano de idade (17%), 2 a 9 anos (17%), 30 a 39 anos (17%), menores de 1 ano (11%), 10 a 19 anos (11%) e 40 anos ou mais (5%). Dos casos confirmados, 33% têm histórico comprovado de vacinação. O caso mais recente confirmado no Estado do México teve início do exantema em 27 de março e reside no município de Tlalnepantla de Baz.

No *Estado de Campeche*, foram registrados 8 casos prováveis, dos quais 1 foi confirmado laboratorialmente e 7 continuam em investigação. O caso confirmado é uma menina de 5 anos residente do Município de Champoton.

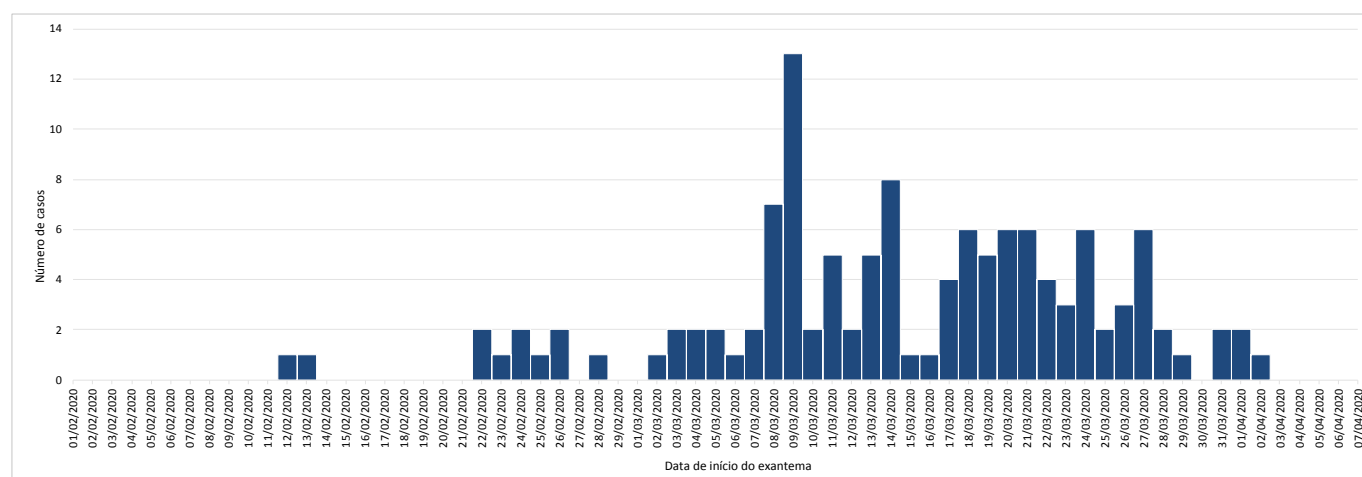
⁵ Definição de caso provável de sarampo/rubéola no México: qualquer pessoa de qualquer idade, com febre e exantema maculopapular, e um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse, coriza, conjuntivite ou linfadenomegalia (retroauricular, occipital ou cervical). Disponível em: <https://bit.ly/2VgsoBN>

O início do exantema foi em 21 de março de 2020. O caso tem um histórico comprovado de vacinação. O provável local de exposição foi a Cidade de Mérida, Estado de Yucatán.

A análise realizada pelo Laboratório Nacional de Referência (InDRE) identificou o genótipo D8, linhagem Mvs/GirSomnath.IND/42.16/ para 17 dos casos confirmados.

A **Figura 3** mostra a tendência crescente de casos de sarampo no México; um aumento exponencial dos casos confirmados poderá ser observado nas próximas semanas.

Figura 3. Casos de sarampo registrados por data de início do exantema. México, SE 1 a SE 14 de 2020



Fonte: Dados publicados pelo Departamento de Saúde do México e reproduzidos pela OPAS/OMS.

Nos **Estados Unidos**, entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2019, foram registrados 1.282⁶ casos confirmados de sarampo.

Em 2020, até 5 de abril, houve 12 casos confirmados de sarampo registrados em 7 estados.

Recomendações às autoridades nacionais

No contexto da atual pandemia de COVID-19, a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde OPAS/OMS publicou o documento *Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic, March 26 2020*, [Princípios orientadores para atividades de imunização durante a pandemia de COVID-19, 26 março de 2020], disponível em <https://bit.ly/2VALMSi>, em consulta com os membros do Grupo de Assessoramento Técnico (em inglês, *Technical Advisory Group*, ou TAG) da OPAS/OMS para Doenças Imunopreveníveis, e em linha com as recomendações do Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (em inglês, *Strategic Advisory Group of Experts on Immunization*, ou SAGE) da OMS.

⁶ Estas informações são atualizadas periodicamente no site dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, disponível em: <https://bit.ly/2Nzal4C>

Entre as recomendações para países com surtos de sarampo, destacam-se:

Vacinação

- Envolver o Grupos Técnicos Nacionais de Assessoramento em Imunização (em inglês, *National Immunizations Technical Advisory Group*, ou NITAG) na tomada de decisões sobre a continuidade dos serviços de vacinação.
- Nos serviços de saúde em que sejam realizadas atividades de vacinação, é essencial que os trabalhadores da saúde estejam alertas a sinais e sintomas de doenças respiratórias, ofereçam aos pacientes com sintomas gripais uma máscara cirúrgica e os encaminhem para avaliação médica, de acordo com os protocolos locais para triagem inicial de pacientes com suspeita de COVID.
- Embora não existam atualmente contraindicações médicas conhecidas para vacinação de uma pessoa que tenha tido contato com um caso de COVID-19, recomenda-se que a vacinação seja adiada até que a quarentena esteja concluída (14 dias após a última exposição).
- Na ocasião de um surto de doença imunoprevenível, a decisão pela realização de campanhas de vacinação em massa em resposta ao surto requer uma análise de risco-benefício caso a caso, e deve considerar a capacidade do sistema de saúde de realizar uma campanha de massa efetivamente segura e de alta qualidade no contexto da pandemia de COVID-19. Essa análise deve comparar os riscos de uma resposta postergada aos riscos de uma resposta imediata, tanto em termos de morbidade e mortalidade da doença imunoprevenível quanto de um potencial aumento da transmissão do vírus da COVID-19.
- Se ocorrer um surto de doença imunoprevenível, a relação risco-benefício de uma campanha de vacinação em resposta ao surto deve ser avaliada, tendo em vista a capacidade do sistema de saúde de conduzir uma campanha de massa efetivamente segura e de alta qualidade no contexto da pandemia de COVID-19. Essa análise deve comparar os riscos de uma resposta postergada aos riscos de uma resposta imediata, tanto em termos de morbidade e mortalidade da doença imunoprevenível quanto de um potencial aumento na transmissão do vírus da COVID-19. Caso se opte por realizar uma campanha de vacinação em resposta ao surto, são necessárias medidas rigorosas de prevenção e controle de infecções, tanto gerais quanto específicas para COVID-19, para garantir o gerenciamento correto dos resíduos de injeções, proteger os trabalhadores da saúde e proteger o público. Se a campanha de vacinação em resposta ao surto for postergada, deve-se avaliar periodicamente a morbidade e mortalidade local pela doença imunoprevenível e calcular o risco de se esperar mais tempo.
- Os serviços de imunização devem ser reiniciados quando o risco de transmissão do SARS-CoV-2 tiver sido reduzido e a capacidade do sistema de saúde estiver suficientemente recuperada para a retomada dessas atividades. É provável que algum nível de transmissão do SARS-CoV-2 ainda esteja em curso quando os serviços forem retomados. Medidas de prevenção e controle de infecções e práticas de distanciamento social mais rigorosas provavelmente continuarão sendo necessárias no início da retomada dos serviços de vacinação. O NITAG deve aconselhar o país sobre como retomar os serviços e quais populações devem ser priorizadas.
- Vacinar populações em risco, residentes em áreas onde o vírus do sarampo esteja circulando e que não tenham comprovação de vacinação ou imunidade para sarampo e rubéola, como trabalhadores da saúde, pessoas que trabalham em serviços essenciais, instituições

com população cativa e transportes (hospitais, aeroportos, presídios, albergues, postos fronteiriços, transporte urbano de massa e outros), bem como viajantes internacionais.

- Vacinar populações em risco (sem comprovação de vacinação ou imunidade para sarampo e rubéola), como trabalhadores da saúde, pessoas que trabalham em turismo e transportes (hotéis, aeroportos, fronteiras, transportes urbanos de massa, entre outros) e viajantes internacionais.
- Manter estoque adequado da vacina contra sarampo-rubéola (MR) e/ou da vacina MMR e seringas/insumos para ações de prevenção e controle de casos importados.

Vigilância epidemiológica

- Os sistemas de vigilância devem continuar realizando detecção precoce e atendimento a casos de doenças imunopreveníveis ou, pelo menos, para doenças com obrigatoriedade de vigilância global e objetivos de erradicação, como sarampo e rubéola, entre outras.
- Durante um surto, quando não for possível confirmar laboratorialmente os casos suspeitos, a confirmação dos casos pode se basear em critérios clínicos (febre, exantema, tosse, coriza e conjuntivite) e link epidemiológico, para que não haja atraso nas ações de resposta.
- A vigilância de rotina de outras doenças imunopreveníveis deve continuar pelo máximo de tempo possível; quando a testagem laboratorial não for possível, as amostras devem ser corretamente armazenadas, para serem confirmadas quando a capacidade de testagem laboratorial permitir. Os países devem assegurar uma capacidade suficiente de armazenamento de amostras nos níveis provincial e central, e isso deve ser monitorado periodicamente.
- Reforçar a vigilância epidemiológica em zonas fronteiriças para detectar e responder rapidamente a casos altamente suspeitos de sarampo.

Resposta rápida

- Providenciar resposta rápida a casos importados de sarampo, a fim de evitar o restabelecimento da transmissão endêmica, por meio do acionamento de equipes de resposta rápida treinadas para esse fim e da implementação de protocolos nacionais de resposta rápida, quando houver casos importados. Quando uma equipe de resposta rápida for acionada, deve-se garantir uma coordenação contínua entre os níveis nacional e local, com canais de comunicação permanentes e eficientes entre todos os níveis (nacional, subnacional e local).
- Durante os surtos, estabelecer atendimento adequado a casos hospitalares para evitar transmissão nosocomial, com encaminhamento dos pacientes para salas de isolamento (para qualquer nível de atenção), evitando-se qualquer contato com outros pacientes em áreas de espera e/ou outros ambientes do hospital.
- Além disso, a OPAS/OMS recomenda que os estados-membros aconselhem todos os viajantes com idade igual ou superior a 6 meses⁷, que não apresentem comprovante de vacinação ou imunidade, **a tomar a vacina contra sarampo e rubéola**, de preferência a vacina tríplice viral (MMR), **pelo menos duas semanas antes de viajar para áreas onde te-**

⁷ A dose da vacina MMR ou MR administrada a crianças entre 6 e 11 meses de idade não substitui a primeira dose do calendário recomendado, aos 12 meses de idade.

nha sido documentada transmissão de sarampo. As recomendações da OPAS/OMS para viajantes estão disponíveis na Atualização Epidemiológica da OPAS/OMS para sarampo, publicada em 27 de outubro de 2017⁸.

Fontes de informação

1. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) na **Argentina**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
2. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Brasil**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
3. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **México**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
4. **United States** Centers for Disease Control and Prevention. Measles cases and outbreaks. Disponível em: <https://bit.ly/2iMFK71>
5. PAHO/WHO. Measles, Rubella, and Congenital Rubella Syndrome Surveillance in the Americas, Weekly Bulletin. Vol. 26, n.º 14, Week ending 4 April 2020. [OPAS/OMS. Vigilância de sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas, Boletim Semanal. Vo. 26, n.º 14, Semana finda em 4 de abril de 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2VbSTbC>
6. PAHO/WHO. The Immunization Program in the Context of the COVID-19 Pandemic. 26 March 2020. [OPAS/OMS. Programa de Imunização no contexto da pandemia de COVID-19. 26 de março de 2020] Disponível em: <https://bit.ly/2VALMsi> (em inglês), <https://bit.ly/2XKtkAe> (em espanhol) e <https://bit.ly/2xCi1iM> (em português)
7. WHO. Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic. Interim guidance. 26 March 2020. [OMS. Princípios orientadores para atividades de imunização durante a pandemia de COVID-19. Orientação provisória. 26 de março de 2020.] Disponível em: <https://bit.ly/34sfun8>
8. WHO. COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak. Interim guidance. 25 March 2020. [OMS. Orientações operacionais para manutenção de serviços de saúde essenciais durante um surto. Orientação provisória. 25 de março de 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2xaOa0P>

Link relacionado

- OPAS/OMS – doenças imunopreveníveis. Disponível em: <https://bit.ly/2Ksx97m>

© Organização Pan-Americana da Saúde 2021.

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

⁸ Informações disponíveis no documento Epidemiological Update on Measles of 27 October 2017, Washington, D.C. PAHO/WHO. [Atualização Epidemiológica para Sarampo de 27 de outubro de 2017, Washington, D.C. OPAS/OMS.] 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2l3gCSi>