



# FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

## SARAMPO

### TABELAS COMPLEMENTARES

#### 1. Situação vacinal

São considerados adequadamente vacinados os indivíduos que comprovarem por meio de registro no cartão ou caderneta de vacinação:

- Entre 6 meses e 11 meses e 29 dias: uma dose da vacina tríplice viral<sup>1</sup> (**DOSE ZERO**). **Dose considerada não válida para a rotina de vacinação**
- Entre 12 meses e 29 anos: são necessárias duas doses comprovadas de vacina com componente sarampo<sup>2</sup> (não considerar a dose zero):
  - aos 12 meses: primeira dose com a tríplice viral;
  - aos 15 meses: segunda dose com a tetra viral ou, se não houver, utilizar a tríplice viral + monovalente de varicela;
  - crianças a partir de 15 meses a 4 anos 11 meses e 29 dias, vacinar conforme situação encontrada: não vacinada, administre a primeira dose de tríplice viral e apraze a segunda dose de tetra viral ou dose da tríplice viral + varicela (de acordo com a disponibilidade) com intervalo de 30 dias; com esquema vacinal incompleto, administre a segunda dose da tetra viral ou tríplice viral + varicela, se a dose anterior tiver sido feita há 30 dias ou mais;
- Entre 30 e 49 anos: **uma dose comprovada** de vacina com componente de sarampo<sup>2</sup>;
- Profissionais de saúde, independentemente da idade: duas doses de tríplice viral.

#### Cuidados

- Pessoas imunocomprometidas devem ser avaliadas clinicamente e vacinadas conforme orientação do Manual do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie);
- **A vacina tríplice viral é contraindicada para:** gestantes, crianças menores de 6 meses de idade, pessoas com sinais e sintomas de sarampo, pessoas com imunodepressão severa e história de anafilaxia comprovada em dose anterior.

<sup>1</sup> Recomendação temporária com o intuito de reforçar as ações contra o sarampo no Brasil.

<sup>2</sup> Vacinas Dupla viral, Tríplice viral ou Tetraviral.

#### 2. Isolamento respiratório do caso suspeito

A pessoa com suspeita de sarampo deve usar a máscara comum (cirúrgica) e, se possível, ser alocada em uma sala privativa, mantendo a porta fechada e o ambiente ventilado;

Nessa sala, devem ser tomadas medidas de precaução padrão e precaução para aerossóis - os profissionais de saúde devem utilizar a máscara N95, quando disponível. Profissionais sem histórico de vacinação contra o sarampo não devem entrar nesse ambiente até duas horas após a saída do caso suspeito e/ou confirmado de sarampo.

Caso o paciente não necessite de internação hospitalar, deve ser orientado a permanecer em isolamento domiciliar por até 4 dias após o início do período exantemático. Os imunossuprimidos podem continuar excretando o vírus pelo trato respiratório por tempo mais prolongado e podem ser contagiosos ao longo de todo o período da doença. Portanto, o isolamento domiciliar deve ser mantido até a completa resolução da doença para esses indivíduos. Em ambos os casos deve-se evitar qualquer contato com pessoas suscetíveis nesse período, especialmente crianças menores de seis meses de idade, gestantes e pessoas imunocomprometidas.

Para atendimentos domiciliares, aplicar as precauções padrão e para aerossóis para os profissionais de saúde que realizarem as visitas.

#### Recomendações para a recepção nas unidades básicas:

- Providenciar cartazes com orientações sobre os sinais e sintomas que acionam o fluxo de atendimento para casos suspeitos de sarampo.
- Estimular usuários que apresentam esses sintomas a se manifestarem ao chegar ao serviço de saúde.
- Higienizar as mãos.

### 3. Manifestação clínica clássica

Febre alta, acima de 38,5°C, exantema maculopapular morbiliforme, tosse seca (inicialmente), coriza, conjuntivite não purulenta e manchas de Koplik (pequenos pontos brancos amarelados na mucosa bucal, na altura do terceiro molar, antecedendo o exantema). De forma simplificada, as manifestações clínicas do sarampo são divididas em três períodos:

- **Período de infecção** – dura cerca de 7 dias, iniciando-se com período prodrômico, quando surge a febre, acompanhada de tosse, coriza, conjuntivite e fotofobia. Do 2º ao 4º dia desse período, surge o exantema, quando se acentuam os sintomas iniciais. O paciente apresenta prostração e lesões características de sarampo (exantema cutâneo maculopapular morbiliforme de coloração vermelha de direção cefalocaudal).
- **Período toxêmico** – a ocorrência de superinfecção viral ou bacteriana é facilitada pelo comprometimento da resistência do hospedeiro à doença. São frequentes as complicações, principalmente nas crianças até os 2 anos de idade, especialmente as desnutridas, e nos adultos jovens.
- **Remissão** – caracteriza-se pela diminuição dos sintomas, com declínio da febre. O exantema torna-se escurecido e, em alguns casos, surge descamação fina, lembrando farinha, daí o nome de furfurácea.

**Período de incubação:** Pode variar entre 7 e 21 dias, desde a data da exposição até o aparecimento do exantema.

**Período de transmissibilidade:** Inicia-se 6 dias antes do exantema e dura até 4 dias após seu aparecimento. O vírus vacinal não é transmissível.

**Diagnósticos Diferenciais:** Os testes diagnósticos para detecção de outras doenças exantemáticas febris em amostras negativas de casos suspeitos de sarampo, bem como a sorologia para sarampo em amostras negativas de outras doenças exantemáticas febris, dependerão da situação epidemiológica do local, devendo ser consideradas as situações de: surtos, casos isolados, áreas de baixa cobertura vacinal, resultados sorológicos IgM reagente ou inconclusivo para sarampo e rubéola, entre outras.

Como a situação epidemiológica é dinâmica, a indicação e a interpretação dos exames laboratoriais para a realização do diagnóstico diferencial das doenças exantemáticas febris deverão ser discutidas em conjunto com os técnicos responsáveis das Secretarias Municipais e Estaduais (vigilância epidemiológica e laboratório) e com a SVS/MS (exantematicas@saude.gov.br; clinica.cglab@saude.gov.br).

É recomendada a investigação de outras doenças exantemáticas febris agudas, entre as quais destacam-se: rubéola, exantema súbito (herpes vírus 6), dengue, eritema infeccioso (parvovírus B19), febre de chikungunya, zika vírus, enterovirose e rickettsiose, considerando-se a situação epidemiológica local.

### 4. Risco de complicações

Febre por mais de 3 dias após o aparecimento do exantema é um sinal de alerta e pode indicar o aparecimento de complicações.

**Complicações mais comuns:** otite média, laringotraqueobronquite, diarreia e pneumonia. Pneumonia é a principal causa de mortalidade.

**Complicações raras:** encefalite (1 a 4 por 1000 casos) e a panencefalite esclerosante subaguda (1 a cada 10.000 a 100.000 casos), que pode ocorrer anos após a infecção inicial.

**Imunocomprometidos:** podem cursar com doença mais grave e prolongada.

**Gestantes:** apresentam risco aumentado de diarreia prolongada, lesões orais e redução da aceitação alimentar.

Podem ocorrer quadros secundários de desnutrição proteico-calórica grave. Ainda, podem ocorrer abortamento e partos prematuros.

## 5. Doses de Vitamina A para crianças

Faixa etária	Tratamento (Palmitato de retinol - Vitamina A)	Via de Administração	Posologia
Crianças menores de 6 meses de idade	50.000 UI	Via Oral	2 doses (1 dose na suspeita e outra no dia seguinte)
Crianças entre 6 meses e 11 meses e 29 dias de idade	100.000 UI	Via Oral	2 doses (1 dose na suspeita e outra no dia seguinte)
Crianças maiores de 12 meses de idade	200.000 UI	Via Oral	2 doses (1 dose na suspeita e outra no dia seguinte)

A primeira dose do medicamento deve ser administrada imediatamente no momento da suspeita na Unidade de Saúde. A segunda dose deverá ser administrada no dia seguinte, em domicílio. Onde houver possibilidade, recomenda-se que a administração domiciliar seja supervisionada. Para o uso da Vitamina A na formulação de cápsulas de 50.000 UI em crianças menores de 6 meses, de acordo com informações do fabricante, as cápsulas devem ser perfuradas com um objeto perfurocortante devidamente higienizado e o conteúdo, espremido na boca da criança. Após o rompimento da cápsula, a administração deve ser imediata. É importante garantir que o conteúdo interno da cápsula seja administrado integralmente. O profissional de saúde deverá orientar o responsável sobre o método de administração e os cuidados necessários para o devido armazenamento da cápsula até o seu uso.

## 6. Coleta de exames

Todos os casos suspeitos de sarampo devem ser submetidos a exame sorológico, sempre que possível, no primeiro atendimento ao paciente.

Deve ser coletada amostra de sangue para pesquisa de Sarampo IgM e IgG no primeiro contato com o paciente (S1). Exames coletados entre o 1º e o 30º dia do aparecimento do exantema são considerados amostras oportunas. Coletas após o período recomendado são consideradas tardias, mesmo assim, devem ser enviados ao laboratório. Também se recomenda a coleta de material para identificação viral (*swab* oro/nasofaríngeo e urina), até o 7º dia após o início do exantema, idealmente nos 3 primeiros dias.

### Resultado da primeira sorologia (S1):

**IgM reagente ou inconclusivo:** em todos os casos, deve-se prosseguir a investigação para possível caso confirmado ou falso-positivo. Deve ser realizada segunda coleta de sorologia (S2) após 15 a 25 dias da primeira amostra. Se segunda amostra (S2) apresentar IgM não reagente, encerra-se investigação, de acordo com orientação da vigilância local/estadual. Confirma-se o diagnóstico de sarampo com resultado de IgM reagente ou indeterminado em segunda amostra (S2).

**IgM não reagente:** nos casos com S1 coletado com menos de 5 dias após o início do exantema deve-se coletar segunda sorologia (S2) 15 a 25 dias após S1. Avaliar se houve soroconversão de IgM ou IgG ou aumento do título de IgG nas amostras pareadas.

Em locais onde se tenha evidência da circulação do vírus do sarampo, poderá ser necessário associar exame de PCR e genotipagem ao resultado sorológico, para fins de investigação de surto. A identificação viral tem a finalidade de conhecer o genótipo do vírus, diferenciar um caso autóctone de um caso importado e diferenciar o vírus selvagem do vacinal.

Em situações de surto instalado, é possível, ainda, confirmar casos com base nos critérios:

**Clínico** - Sinais e sintomas compatíveis com a definição de caso suspeito, mas para o qual não houve coleta para exame sorológico, ou não foi investigado, ou evoluiu para óbito sem realização de exame laboratorial, mas que tenha surto de sarampo estabelecido no local da exposição.

**Vínculo epidemiológico** - Caso suspeito, contato de um ou mais casos de sarampo confirmados por exame laboratorial, que apresentou os primeiros sintomas da doença entre 7 e 18 dias da exposição ao contato.

Para mais informações referentes à confirmação de casos de sarampo em situações de surto, consultar a Nota informativa nº 119/2018 CGDT/DEVIT/SVS/MS.

Deve ser realizado no prazo máximo de até 72 horas após o contato com o caso suspeito ou confirmado, a fim de interromper a cadeia de transmissão e, conseqüentemente, minimizar o risco da ocorrência de casos secundários, imunizando os não vacinados, a partir dos 6 meses de idade, no menor tempo possível. O bloqueio vacinal é seletivo, e a vacina contendo o componente sarampo deve ser administrada conforme a situação vacinal dos contatos do caso, como descrito a seguir:

- contatos com idade a partir dos 6 meses até 11 meses e 29 dias devem receber uma dose da vacina tríplice viral. Essa dose não será válida para a rotina de vacinação, devendo-se agendar a dose 1 de tríplice viral para os 12 meses de idade e a dose de tetra viral para os 15 meses de idade;
- contatos a partir dos 12 meses até 49 anos de idade devem ser vacinados conforme as indicações do Calendário Nacional de Vacinação vigente, descritas no item 1 - Situação vacinal;
- contatos acima de 50 anos de idade que não comprovarem o recebimento de nenhuma dose de vacina contendo componente sarampo devem receber uma dose de vacina tríplice viral.

Extensa busca ativa de novos casos suspeitos e suscetíveis deve ser realizada para um controle mais eficiente da doença. As gestantes suscetíveis e as crianças menores de 6 meses de idade devem ser afastadas do convívio com casos suspeitos ou confirmados e seus contatos, durante o período de transmissibilidade e incubação da doença. A vacinação das gestantes deve ser adiada para o puerpério.

## REFERÊNCIAS

1. GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Volume único. 3ªed. 2019
2. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. T116399, Measles; [updated 2018 Nov 30]. Available from <https://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116399>. Registration and login required.
3. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde Volume 50 | Set. 2019. Vigilância Epidemiológica do sarampo no Brasil, Semanas Epidemiológicas 24 a 35 de 2019. <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/agosto/28/BE-2019-24-Sarampo-28ago19-prelo.pdf>
4. INFORME TÉCNICO ALERTA SARAMPO: Orientações a Profissionais de Saúde. CVE-SP. 2019. [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/sindrome-da-rubeola-congenita-src/doc/2019/sarampo19\\_alerta\\_profissionais\\_saude.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/sindrome-da-rubeola-congenita-src/doc/2019/sarampo19_alerta_profissionais_saude.pdf)
5. Folha Informativa - Sarampo. OPAS Brasil. Atualizado em agosto/2019. [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5633:folha-informativa-sarampo&Itemid=1060](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5633:folha-informativa-sarampo&Itemid=1060)
6. Guia Prático de Atualização - Sarampo. Sociedade Brasileira de Pediatria N°5, Julho 2018. [http://www.sopape.com.br/data/conteudo/arquivos/21170cGPA\\_\\_Atualizacao\\_sobre\\_Sarampo.pdf](http://www.sopape.com.br/data/conteudo/arquivos/21170cGPA__Atualizacao_sobre_Sarampo.pdf)
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Measles (Rubeola). CDC 2019 May 13
8. Pan American Health Organization. Guidance for testing of measles and rubella in the laboratory network of the Region of the Americas. Washington, D.C.: PAHO; 2019.
9. Nota Técnica SBIM: Sarampo. 2018 <https://sbim.org.br/images/files/nota-tecnica-conjunta-sarampo-sbimsbisbp20180716.pdf>
10. PROTOCOLO DE ISOLAMENTO E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Universidade Federal do Ceará. 2016. <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1110083/PRO-SCIH-02-PROTOCOLO-DE-ISOLAMENTO-E-PREVEN%C3%87%C3%83O-DE-INFEC%C3%87%C3%83O-RELACIONADA-%C3%80-ASSIST%C3%8ANCIA-%C3%80-SA%C3%9AEx.pdf/cf847164-5951-4bb9-bb18-d2a4809f95d6>
11. Nota informativa nº 119/2018 CGDT/DEVIT/SVS/MS. <https://sbim.org.br/images/files/ni-cgdt-devit-svs-ms-sarampo.pdf>