

Do caso importado à manutenção da eliminação do sarampo: relato de investigação epidemiológica

From an Imported Case to Sustaining Measles Elimination: An Epidemiological Investigation Report

Priscilleyne Ouverney Reis , Juliane Alves Maria Siqueira Malta , Mateus de Paula von Glehn , Marília Higino de Carvalho , Teresa Cristina Vieira Segatto , Vinicius Dias de Lacerda  e Gilmara Lima Nascimento 

RESUMO

Objetivo: descrever a investigação epidemiológica de um caso importado de sarampo, detalhando as ações de vigilância epidemiológica, o rastreamento de contatos e as medidas de prevenção e controle adotadas.

Métodos: estudo descritivo de investigação epidemiológica, incluindo o caso índice e os contatos identificados durante o período de transmissibilidade. Foram coletadas amostras biológicas para confirmação laboratorial.

Resultados: a confirmação laboratorial ocorreu em 18 de março, com identificação do genótipo D8, idêntico a cepas circulantes na região do Pacífico Ocidental. Foram rastreados 281 contatos em diferentes cenários, com vacinação de 98 indivíduos.

Considerações finais: a ausência de casos secundários evidencia a efetividade da resposta, a sensibilidade da vigilância epidemiológica, a integração entre os diferentes níveis de atuação e a manutenção de elevadas coberturas vacinais.

Descritores: Sarampo; Investigação Epidemiológica; Epidemiologia de Campo; Busca de Comunicantes.

ABSTRACT

Objective: to describe the epidemiological investigation of an imported measles case, detailing surveillance actions, contact tracing, and prevention and control measures

Methods: a descriptive study of an epidemiological investigation was conducted, including the index case and contacts identified during the transmissibility period. Biological samples were collected for laboratory confirmation.

Results: laboratory confirmation occurred on March 18, with identification of genotype D8, identical to strains circulating in the Western Pacific region. A total of 281 contacts were traced across multiple settings, and 98 individuals received vaccination.

Final considerations: the absence of secondary cases highlights the effectiveness of the response, the sensitivity of epidemiological surveillance, the integration among different response levels, and the maintenance of high vaccination coverage.

Keywords: Measles; Epidemiological Investigation; Field Epidemiology; Contact Tracing.

INTRODUÇÃO

O sarampo é uma doença viral aguda, altamente transmissível, com número básico de reprodução (R_0) estimado entre 12 e 18, o que o torna uma das enfermidades mais contagiosas conhecidas. A infecção pode evoluir com complicações graves, como pneumonia e encefalite, e resultar em óbito, sobretudo em crianças menores de cinco anos e em indivíduos imunocomprometidos^{1,3}. Uma revisão recente destaca que, mesmo após conquistas rumo à eliminação do sarampo, surtos continuam a ocorrer em razão da heterogeneidade da cobertura vacinal e da vulnerabilidade de populações específicas, reforçando a necessidade de vigilância sensível e de resposta rápida para prevenir a disseminação do vírus³.

Em 2016, em decorrência das amplas coberturas vacinais e do fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, o Brasil recebeu da Organização Mundial da Saúde (OMS) o certificado de eliminação da circulação endêmica do vírus². Entretanto, a ocorrência de surtos em diferentes regiões do mundo e a redução das coberturas vacinais no país favoreceram o retorno da doença a partir de 2018. Após a intensificação das medidas de controle e o fortalecimento das ações de vigilância, em 2024 o Brasil voltou a obter o reconhecimento internacional da eliminação do sarampo, conforme certificação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde².

A manutenção da eliminação do sarampo no Brasil depende de uma vigilância contínua e sensível, com detecção oportuna de casos suspeitos e resposta rápida das equipes de saúde. Nesse contexto, o sistema de vigilância adota uma definição de caso sensível e estabelece prazos oportunos para as ações: notificação imediata em até 24 horas, investigação epidemiológica em até 48 horas e realização do bloqueio vacinal em até 72 horas⁴.

O último caso autóctone de sarampo no Distrito Federal (DF) ocorreu em 1999. Entre 2000 e 2010 não houve registros de casos confirmados da doença no território. No período de 2011 a 2024, foram confirmados 22 casos de sarampo, todos importados e confirmados pelo critério laboratorial: um caso em 2011, um caso em 2013, um caso em 2018, 11 casos em 2019 e oito casos em 2020^{5,6}.

O Distrito Federal abriga Brasília, a capital federal, que concentra um dos maiores corpos diplomáticos do mundo, com representação de 131 países e 28 organismos internacionais⁷. O território conta ainda com o Aeroporto Internacional de Brasília, que em 2023 registrou mais de 107 mil pousos e decolagens, incluindo 3.528 voos internacionais e cerca de 560 mil passageiros embarcando e desembarcando, sendo considerado o terceiro maior aeroporto do país em movimentação internacional de passageiros. Esses números consolidam o terminal entre os maiores do país. O aeroporto implementou ainda o programa de stopover, que permite a passageiros em conexão permanecer alguns dias na cidade sem custo adicional na tarifa aérea^{7,8}.

Esses fatores contribuem para uma intensa mobilidade populacional, ampliam a vulnerabilidade do território à importação de agentes infecciosos e reforçam a necessidade de uma vigilância epidemiológica ágil e sensível, capaz de prevenir a reintrodução de doenças imunopreveníveis, como o sarampo.

Em relação à cobertura vacinal, o Distrito Federal apresentou, em 2024, cobertura de 97,2% para a primeira dose (D1) e 88,3% para a segunda dose (D2) da vacina tríplice viral, valores superiores à média nacional (95,8% para D1 e 80,3% para D2). Apesar da alta cobertura média, a homogeneidade entre as regiões administrativas ainda representava um desafio em 2024, quando apenas 42,9% delas alcançaram a meta estabelecida de 95% de cobertura vacinal. Esse cenário evidencia a importância do monitoramento contínuo da cobertura vacinal e da homogeneidade territorial, fatores essenciais para a manutenção do status de eliminação do sarampo e para a prevenção de surtos em áreas com elevada mobilidade populacional, como ocorre no DF^{9,10}.

Em março de 2025, um caso suspeito de sarampo foi notificado ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde do Distrito Federal após viagem internacional. A resposta imediata destacou a importância de uma vigilância sensível para conter os riscos de reintrodução do vírus no território. O objetivo deste artigo é descrever a investigação de um caso importado de sarampo no Distrito Federal, ocorrido em 2025, detalhando as

ações de vigilância epidemiológica, o rastreamento de contatos e as medidas de prevenção e controle, incluindo estratégias de vacinação.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo descritivo, caracterizado como relato de investigação epidemiológica, realizado no Distrito Federal, referente a um caso importado de sarampo notificado em março de 2025.

O Distrito Federal é uma unidade federativa do Brasil localizada na região Centro-Oeste, com extensão territorial de 5.760,78 km², subdividida em 35 regiões administrativas. Sua população é composta por 2.817.381 habitantes, apresentando elevada densidade demográfica e indicadores sociais e de saúde favoráveis, como taxa de alfabetização superior a 97%, esperança de vida ao nascer de 79,7 anos e baixa mortalidade infantil, com 10,3 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos⁷.

O Distrito Federal contava com o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde do Distrito Federal (CIEVS-DF), serviço que funcionava ininterruptamente, 24 horas por dia e sete dias por semana, responsável por coordenar a detecção precoce e a resposta a emergências em saúde pública¹¹.

Além disso, dispunha da Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, instituída para integrar hospitais públicos, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais privados, ampliando a sensibilidade da vigilância e fortalecendo a resposta oportuna frente a eventos de interesse em saúde pública, inclusive aqueles de notificação compulsória imediata¹².

A população do estudo compreendeu a paciente índice e todos os contatos identificados durante o período de transmissibilidade, nos diferentes cenários de exposição investigados.

A investigação seguiu as normas e etapas estabelecidas no Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, tendo sido iniciada a partir da notificação e conduzida de acordo com as seguintes definições⁴:

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 da idade e da situação vacinal.”

Caso confirmado por critério laboratorial: “Todo caso suspeito comprovado como caso de sarampo a partir de pelo menos um dos seguintes critérios: detecção de anticorpos IgM específicos para sarampo, soroconversão ou aumento na titulação de anticorpos IgG, ou detecção do vírus do sarampo por biologia molecular (RT-PCR em tempo real).”

Contato próximo: Toda pessoa que compartilhou o mesmo ambiente fechado com o caso suspeito ou confirmado durante o período de transmissibilidade, incluindo contatos domiciliares, profissionais, comunitários, hospitalares, aeroportuários e passageiros de voos.”

A investigação foi conduzida pela equipe do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde do Distrito Federal, sob supervisão da área técnica da secretaria responsável pela doença. As ações envolveram entrevistas com a paciente para coleta de informações clínicas e epidemiológicas, incluindo dados essenciais para o rastreamento e monitoramento de contatos e para a implementação de medidas de controle, tais como data de início dos sintomas, histórico vacinal, antecedentes de viagens e identificação de contatos.

Foram coletados espécimes clínicos para confirmação laboratorial no mesmo dia em que foi recebida a notificação de suspeita do agravo. Paralelamente, foi realizado o rastreamento de contatos nos locais frequentados pela paciente durante o período de transmissibilidade. As análises laboratoriais foram realizadas pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal e pela Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro (Fiocruz/RJ).

A confirmação laboratorial incluiu a realização de sorologia para detecção de anticorpos IgM e IgG específicos para sarampo por ensaio imunoenzimático, bem como a detecção do RNA viral por RT-PCR em tempo real.

As amostras positivas foram encaminhadas ao Laboratório de Referência Nacional da Fiocruz/RJ para genotipagem e análise filogenética, conforme protocolos padronizados pela Organização Mundial da Saúde. O histórico vacinal e dados adicionais dos contatos expostos foram verificados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações e no Prontuário Eletrônico do Cidadão, funcionalidade do sistema e-SUS Atenção Básica.

As informações obtidas foram consolidadas na ficha de investigação padronizada e registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A análise dos dados seguiu abordagem descritiva e subsidiou a elaboração de relatórios técnicos destinados à tomada de decisão pelas instâncias gestoras.

O rastreamento de contatos próximos ao caso suspeito ou confirmado de sarampo foi realizado considerando o período de transmissibilidade compreendido entre seis dias antes e quatro dias após o início do exantema, independentemente da situação vacinal.

No ambiente hospitalar, o rastreamento foi realizado para todas as pessoas que estiveram em atendimento nas salas de espera até uma hora antes e uma hora após a presença da paciente.

Os contatos foram acessados por meio de ligações telefônicas e mensagens enviadas por aplicativo, com solicitação de envio de fotografia do cartão de vacinação e orientação quanto à vigilância de sintomas compatíveis com sarampo.

O registro dos contatos foi realizado de forma sistemática com apoio da ferramenta Go.Data, recomendada pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde para investigações de surtos, permitindo a classificação de risco, o acompanhamento individualizado e a atualização em tempo real da situação vacinal¹³. Os contatos suscetíveis — indivíduos não vacina-

dos ou com esquema vacinal incompleto — foram submetidos à vacinação de bloqueio seletiva ou à intensificação vacinal, quando o bloqueio não pôde ser realizado no período recomendado. Considerou-se vacinação de bloqueio seletiva a administração da vacina tríplice viral em até 72 horas após a exposição, direcionada exclusivamente aos contatos suscetíveis, isto é, indivíduos sem comprovação de esquema vacinal completo ou com situação vacinal desconhecida, conforme avaliação individual de risco. A intensificação vacinal foi realizada seguindo os mesmos critérios após o período de 72 horas.

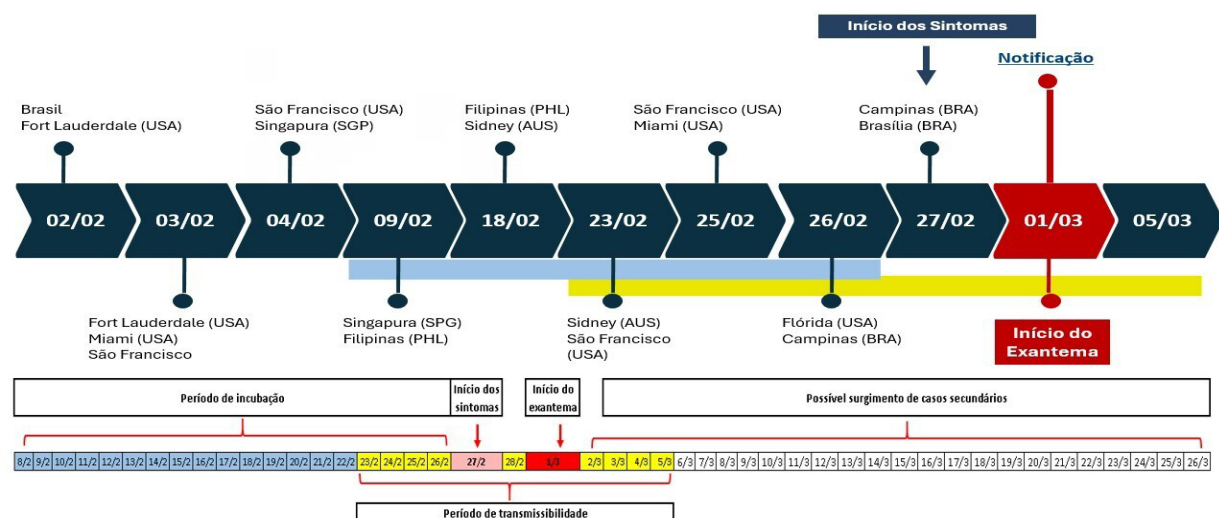
Todos os contatos foram orientados a permanecer em vigilância por 21 dias a partir da última exposição, com orientação para comunicar imediatamente ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde em caso de surgimento de febre e/ou exantema.

O evento foi considerado encerrado após 90 dias sem o aparecimento de novos casos associados.

Quanto aos aspectos éticos, as atividades ocorreram em contexto de emergência em saúde pública, com foco na resposta ao evento, observando-se os princípios de privacidade e confidencialidade, conforme a Resolução nº 674/2022. Para a descrição deste relato, houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), registrada sob o número CAAE: 91671825.8.0000.5553.

Figura 1

Linha do tempo da viagem internacional, início dos sintomas, notificação do caso suspeito e períodos de incubação e transmissibilidade do sarampo. Distrito Federal, 2025.



RESULTADOS

Descrição do caso

Em 1º de março de 2025, sábado de carnaval, um médico de um hospital privado do Distrito Federal notificou ao CIEVS-DF um caso suspeito de sarampo. A paciente, mulher de 35 anos, havia realizado múltiplas viagens internacionais nos 30 dias anteriores, incluindo deslocamentos para Filipinas, Austrália e Estados Unidos (Figura 1). Possuía histórico vacinal com cinco doses da vacina contra o sarampo, aplicadas na infância, sendo as três primeiras com vacina monovalente e as duas últimas com a vacina tríplice viral. A primeira dose foi administrada aos 9 meses de idade, a segunda aos 1 ano e 2 meses, a terceira aos 1 ano e 10 meses, a quarta aos 2 anos e 2 meses e a quinta aos 4 anos e 4 meses. A paciente retornou ao Brasil em 26 de fevereiro, chegando a Brasília no

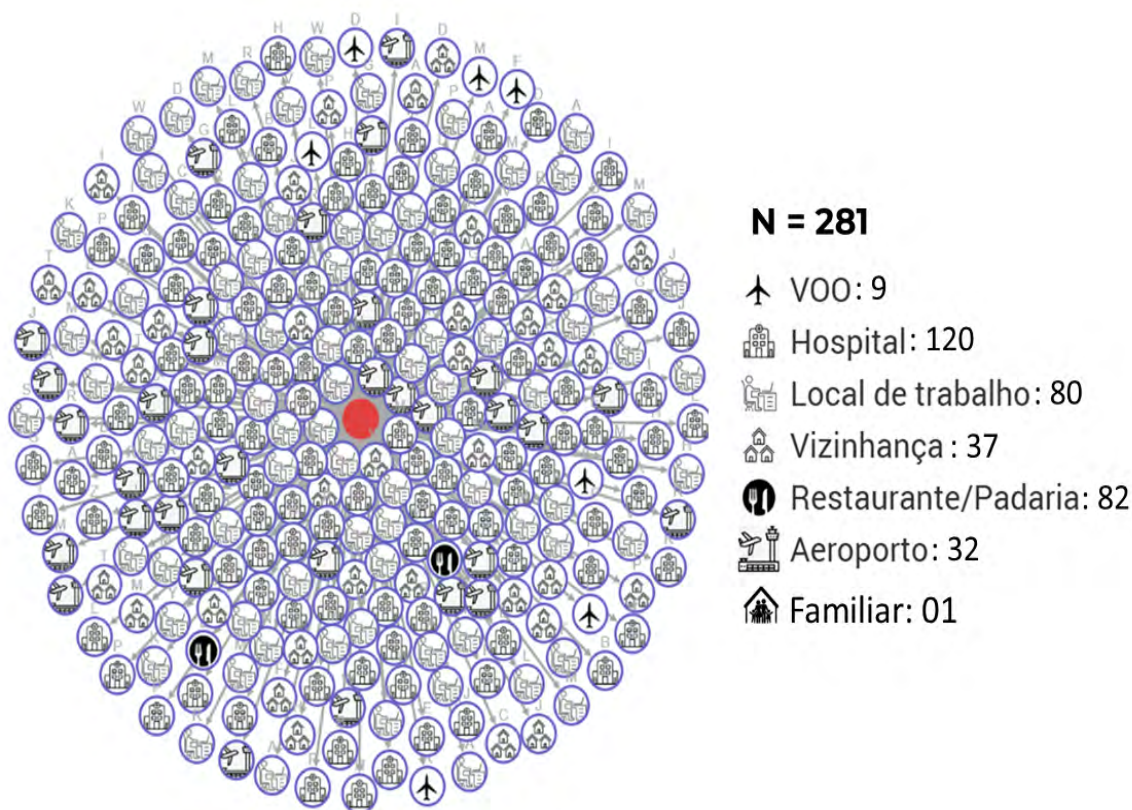
dia 27 pelo trajeto Campinas–Brasília (VCP–BSB).

A paciente buscou atendimento relatando início de febre, tosse, coriza, hiperemia conjuntival e fotofobia em 27 de fevereiro, seguido do surgimento de exantema em 1º de março. Durante o atendimento hospitalar, foi mantida em isolamento respiratório, e a suspeita clínica motivou a coleta de amostras biológicas e a notificação imediata ao CIEVS-DF. Ainda no mesmo dia, a equipe do Centro realizou investigação domiciliar, com coleta de urina e secreções de orofaringe e nasofaringe, além de iniciar a identificação e o rastreamento de contatos em múltiplos cenários, incluindo domicílio, hospital, local de trabalho, vizinhança e voos. Também foi resgatada uma alíquota de soro remanescente no hospital para realização de sorologia pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal (LACEN-DF) (Figura 1).

O caso suspeito foi notificado imediatamente ao

Figura 2

Distribuição dos contatos rastreados por cenário de exposição ao caso suspeito de sarampo, Distrito Federal, 2025.



CIEVS do Ministério da Saúde, ponto focal para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no Brasil. A partir dessa comunicação, o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde Nacional acionou o ponto focal da Organização Mundial da Saúde (OMS) e notificou os países envolvidos, conforme previsto nos fluxos internacionais de resposta a eventos de saúde pública.

Em 2 de março, o serviço privado reportou sorologia reagente para IgM e IgG específicos para sarampo, resultado posteriormente confirmado pelo LACEN-DF em 6 de março. Ainda na manhã de 2 de março, o CIEVS-DF solicitou informações de passageiros à companhia aérea, ao CIEVS nacional e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Na mesma tarde, a companhia aérea enviou, por e-mail, as listas de passageiros dos voos internacionais (EUA–VCP) e domésticos (VCP–BSB) nos quais a paciente esteve presente, viabilizando o rastreamento oportuno de contatos. Paralelamente, foram emitidas notificações aos estados brasileiros para os quais se deslocaram passageiros provenientes do voo doméstico, possibilitando a adoção de ações rápidas de vigilância e bloqueio vacinal nas unidades federadas potencialmente expostas. Em 18 de março, o LACEN-DF informou resultado detectável para vírus do sarampo por PCR.

A paciente evoluiu sem complicações. A análise filogenética do vírus identificou a sequência MVs/Brasília.BRA/9.25, pertencente ao genótipo D8, com 100% de identidade genômica em relação a amostras detectadas nas regiões do Pacífico Ocidental (Filipinas) e do Sudeste Asiático (Indonésia), segundo a classificação disponível no banco MeaNS2 da Organização Mundial da Saúde. Esse achado reforçou a conclusão de que a provável infecção ocorreu durante a viagem à Ásia.

Rastreamento de contatos

Por meio da investigação epidemiológica junto à paciente, foram identificados contatos em diferentes contextos de exposição, incluindo o domicílio, o ambiente de trabalho e um restaurante frequentado, além de passageiros de voos e indivíduos no entorno comunitário. A Figura 2 apresenta a rede de contatos gerada pelo Go.Data a partir dos registros realizados no sistema.

No total, foram rastreados 281 contatos, distribuídos da seguinte forma: 120 no ambiente hospitalar, 9 em voos, 80 no local de trabalho, 2 no restaurante, 37 na vizinhança, 32 no aeroporto e um familiar.

No hospital, foram identificados 120 contatos, dos quais 54 (45,0%) apresentavam situação vacinal adequada, 15 (12,5%) apresentavam situação vacinal inadequada e 51 (42,5%) possuíam situação vacinal desconhecida. Todos os profissionais de saúde diretamente envolvidos no atendimento à paciente possuíam esquema vacinal completo. Os contatos com situação vacinal desconhecida referiam-se majoritariamente a outros pacientes e acompanhantes presentes nas áreas comuns do hospital. No local de trabalho, foram identificados 80 contatos, dos quais 44 (55,0%) apresentavam situação vacinal inadequada e 36 (45,0%) apresentavam situação vacinal adequada. Na vizinhança, entre os 37 contatos registrados, 19 (51,4%) apresentavam situação vacinal adequada e 18 (48,6%) apresentavam situação vacinal inadequada (Tabela 1).

No total, 98 pessoas foram vacinadas, das quais 10 (10,2%) receberam vacinação de bloqueio seletiva, realizada até 72 horas após a exposição, e 88 (89,8%) foram vacinadas no contexto de intensificação vacinal, em razão das dificuldades operacionais associadas ao feriado prolongado.

Em relação à faixa etária dos contatos, a maior parte era composta por adultos com mais de 30 anos. Uma das crianças com idade entre 6 meses e 1 ano não foi vacinada por apresentar contraindicação (Tabela 2).

Adicionalmente, foi realizada busca ativa institucional e comunitária de casos suspeitos, por meio do envio de alertas às unidades de saúde públicas e privadas, da sensibilização das equipes assistenciais e do monitoramento de atendimentos por síndrome febril exantemática durante o período de vigilância ampliada. Não foram identificados casos secundários.

Comunicação de risco

No dia 13 de março, após a investigação e a implementação das medidas de controle a partir do caso suspeito, foi emitido um alerta epidemiológico direcionado às unidades de saúde e à população. O objetivo foi aumentar a sensibilidade do sistema de vigilância das doenças exantemáticas,

com orientações sobre a notificação e a condução clínica e epidemiológica dos casos suspeitos. Em 18 de março, após a liberação do resultado pelo Laboratório de Referência Nacional da Fiocruz/RJ, foi emitido um novo documento comunicando a confirmação do caso de sarampo. Além disso, foram divulgadas mensagens informativas por meio das redes sociais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, com orientações sobre a doença e medidas preventivas de vacinação.

DISCUSSÃO

No Distrito Federal foi confirmado um caso importado de sarampo, que evoluiu para cura, sem ocorrência de casos secundários. A análise do período de incubação, do histórico de deslocamentos internacionais e da genotipagem identificada permitiu concluir que a provável infecção ocorreu nas Filipinas.

A vigilância molecular desempenhou papel fundamental em cenários de eliminação ou de risco de reintrodução, pois permitiu rastrear cadeias de transmissão e diferenciar casos autóctones de importados. Quando integrada às ações de vigilância epidemiológica, constituiu ferramenta estratégica para a manutenção do status de eliminação e para a prevenção de disseminações sustentadas^{3,14}.

O caso relatado foi particularmente relevante pelo histórico vacinal da paciente, com cinco doses registradas. Esse achado suscitou refle-

xão sobre a ocorrência de formas clínicas atípicas em indivíduos previamente imunizados, compatíveis com a síndrome do sarampo modificado. Essa condição pode decorrer de falha vacinal primária, caracterizada pela ausência de soroconversão, ou de falha secundária, associada à queda progressiva da imunidade humoral. Nesses casos, o quadro clínico tende a ser mais brando, com febre discreta ou ausente, sintomas inespecíficos e menor carga viral. Embora o risco de transmissão seja reduzido em comparação a casos clássicos, tais apresentações representam desafio para a vigilância, pois podem atrasar a suspeição clínica e, consequentemente, a adoção de medidas de bloqueio³. No caso descrito, a paciente não apresentava comorbidades conhecidas, condições de imunossupressão ou uso de medicamentos imunomoduladores, o que reforçou a hipótese de falha vacinal secundária associada ao tempo decorrido desde a última dose.

Experiências internacionais reforçaram a interpretação de que casos importados, mesmo isolados, podem desencadear surtos em contextos de heterogeneidade vacinal, caso a resposta não seja oportuna. Na Irlanda, um único caso importado em 2016 resultou em um surto com 40 casos confirmados, evidenciando como a introdução do vírus em populações com bolsões de baixa cobertura vacinal pode gerar rápida disseminação¹⁵. De forma semelhante, na Alemanha, episódios de exposição durante voos internacionais demonstraram as dificuldades de acesso a dados de passageiros e a importância

Tabela 1
Informações sobre bloqueio e intensificação vacinal segundo local do contato. Distrito Federal, 2025.

Local	N	Adequada		Inadequada		Desconhecida		Vacinação*	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital**	120	54	45,0	15	12,5	51	42,5	8	53,3
Local de Trabalho	80	36	45,0	44	55,0	0	0,0	45	102,3
Vizinhança	37	19	51,4	18	48,6	0	0,0	18	100,0
Aeroporto	32	7	21,9	25	78,1	0	0,0	26	104,0
Voo	9	7	77,8	1	11,1	1	11,1	1	100,0
Restaurante/Padaria	2	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Familiar	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	-	-
Total	281	125	44,5	104	37,0	52	18,5	98	94,2

LEGENDA
* = Estratégias de bloqueio e intensificação ;
** = 2 contatos do hospital não vacinados por contra indicação

de uma resposta rápida para possibilitar a profilaxia pós-exposição dentro do prazo adequado, evitando a ocorrência de casos secundários¹⁶. A investigação ocorrida no Distrito Federal deve, portanto, ser compreendida à luz dessas experiências: ainda que mantenha boas coberturas vacinais e status de eliminação, o território permanece vulnerável à reintrodução do vírus.

Outro ponto de destaque foi a prontidão da resposta, que ocorreu em pleno feriado de carnaval. A investigação domiciliar com coleta de amostras foi realizada em menos de oito horas após a notificação, e o rastreamento de contatos de voos foi iniciado em menos de 24 horas, com acionamento simultâneo do CIEVS nacional, da Anvisa e das companhias aéreas. Essa agilidade permitiu a adoção imediata de medidas de bloqueio e demonstrou a resiliência da rede de vigilância frente a contextos adversos.

O uso da ferramenta Go.Data mostrou-se estratégico ao padronizar entrevistas, garantir a rastreabilidade das medidas aplicadas e otimizar a comunicação entre as equipes de vigilância. Situações semelhantes em outros países demonstraram que atrasos na obtenção de listas de passageiros podem comprometer a efetividade das ações de bloqueio¹⁵⁻¹⁷. De forma convergente, relatos recentes na Europa enfatizaram que até mesmo dados básicos, como números de telefone ou informações parciais de viagem, podem ser suficientes para desencadear medidas de bloqueio em tempo oportuno¹⁸. Nesse sentido, a experiência do Distrito Federal reforçou o valor da integração interinstitu-

cional e do acesso rápido a informações mínimas capazes de viabilizar respostas oportunas frente ao risco de transmissão secundária.

A integração de dados de contato com registros eletrônicos de vacinação e outras bases de saúde contribuiu para a agilidade na verificação do histórico vacinal e para a tomada de decisão quanto às intervenções necessárias. Experiências internacionais, como as descritas na Alemanha¹⁶ e na Irlanda¹⁵, demonstraram que a utilização de sistemas de informação e a articulação entre diferentes níveis de vigilância são determinantes para garantir rastreamento eficaz e bloqueios vacinais oportunos. O fornecimento de orientações de saúde aos indivíduos expostos também constituiu etapa essencial, não apenas para prevenir novos casos, mas também para reforçar a confiança da população nas ações de vigilância e imunização.

A integração de dados epidemiológicos e moleculares demonstrou-se estratégica não apenas para orientar as ações de bloqueio e prevenção, mas também para documentar de forma robusta a ausência de transmissão sustentada. A experiência relatada ilustrou a importância da resposta rápida, da articulação entre diferentes níveis da vigilância em saúde e da manutenção de coberturas vacinais elevadas e homogêneas para sustentar a eliminação do sarampo.

Essas medidas evidenciaram que a manutenção da eliminação do sarampo depende de sistemas de vigilância sensíveis, de fluxos de informação bem estruturados e da res-

Tabela 2
Informações sobre vacinação segundo faixa etária. Distrito Federal, 2025.

Faixa etária	N	Adequado		Inadequado		Desconhecido		Vacinação	
		n	%	n	%	n	%	n	%
6m < 1 ano	2	0	0,0	1	50	1	50	0	0,0
1-4 anos	20	12	60,0	3	15	5	25	3	100,0
5-9 anos	11	6	54,5	1	9	4	36	0	0,0
10-19 anos	9	5	55,6	0	0	4	44	0	0,0
20-29 anos	36	16	44,4	16	44	4	11	16	100,0
≥30 anos	174	76	43,7	81	47	17	10	78	96,3
Em branco	29	10	34,5	2	7	17	59	1	50,0
Total	281	125	44,5	104	37,0	52	18,5	98	94,2

posta rápida das equipes, de modo a interromper oportunamente qualquer cadeia de transmissão, bem como da manutenção de coberturas vacinais elevadas e homogêneas^{3,14,18}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência evidenciou que a efetividade da resposta depende não apenas da sensibilidade do sistema de vigilância, mas também da capacidade de mobilizar equipes de forma contínua e de oferecer vacinação em tempo oportuno, inclusive em períodos de menor disponibilidade operacional.

REFERÊNCIAS

1. Strebel PM, Orenstein WA. Measles. *N Engl J Med* 2019;381(4):349-357. doi:10.1056/NEJMc-p1905181.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Opas verifica que o Brasil é mais uma vez livre do sarampo [Internet]. Brasília: OPAS; 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/12-11-2024-opas-verifica-que-brasil-e-mais-uma-vez-um-pais-livre-do-sarampo>
3. Do LAH, Mulholland K. Measles 2025. *N Engl J Med*. 2025;393(24):2447-58. doi:10.1056/NEJMra2504516.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tetano-acidental/publicacoes/guia-de-vigilancia-em-saude-6a-edicao.pdf/view>
5. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Situação epidemiológica do sarampo no Distrito Federal – Semana Epidemiológica 52. Brasília: SES-DF; 2020. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/628334/Situa%C3%A7%C3%A3o-Epidemiol%C3%B3gica-do-Sarampo-no-DF-SE-52.pdf/17d86f4a-6ef0-efe5-282d-b9fa1cbacd5f?t=1649092887918>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Casos confirmados de sarampo – Brasil, grandes regiões e unidades federadas, 1990–2025 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sarampo/situacao-epidemiologica/casos-confirmados-de-sarampo-brasil-grandes-regioes-e-unidades-federadas-190-2025>
7. Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal. Atlas do Distrito Federal [Internet]. Brasília: IPEDF; 2023 [citado em 30 jan 2025]. Disponível em: <https://atlas.ipe.df.gov.br/>
8. Inframerica. Aeroporto de Brasília. Demonstrativo financeiro 2023 [Internet]. Brasília: Inframerica; 2024 [citado em 31 jan 2025]. Disponível em: https://www.bsb.aero/pdf/demonstrativo_financeiro_2023.pdf
9. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Boletim epidemiológico de sarampo 2024 [Internet]. Brasília: SES-DF; 2024. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Boletim+final+2024+%C3%9ALTIMA+VERS%C3%83O.pdf/99a0bfb3-fe35-2f3d-5632-c83bc3b94ff-d?t=175257634077>

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Reis PO, Malta JAMS, von Glehn MP, Carvalho MH, Segatto TCV, Lacerda VD e Nascimento GL participaram da conceituação, metodologia, análise formal, investigação, redação – elaboração do manuscrito original.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Coberturas vacinais – Calendário Nacional de Vacinação, por residência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html
11. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 163, de 24 de abril de 2024. Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Distrito Federal – CIEVS/DF. Diário Oficial do Distrito Federal. 2024 abr 24.
12. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 118, de 2 de abril de 2025. Institui a Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Distrito Federal – REVEH/DF. Diário Oficial do Distrito Federal. 2025 abr 2.
13. Organização Pan-Americana da Saúde. COVID-19: o impacto da pandemia nas Américas [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52583/OPASWBACOV1920099_por.pdf
14. Bankamp B, Kim G, Hart D, Beck A, Ben Mamou M, Penedos A, et al. Global update on measles molecular epidemiology. *Vaccines* (Basel). 2024;12(7):810. doi:10.3390/vaccines12070810.
15. Barrett P, Cotter S, Ryan F, Connell J, Cronin A, Ward M, et al. A national measles outbreak in Ireland linked to a single imported case, April to September 2016. *Euro Surveill*. 2018;23(31):1700655. doi:10.2807/1560-7917.ES.2018.23.31.1700655.
16. Thole S, Kalhoefer D, An der Heiden M, Nordmann D, Daniels-Haardt I, Jurke A. Contact tracing following measles exposure on three international flights, Germany, 2017. *Euro Surveill*. 2019;24(19):1800500. doi:10.2807/1560-7917.ES.2019.24.19.1800500.
17. López-Perea N, Fernández-García A, Echevarría JE, de Ory F, Pérez-Olmeda M, Masa-Calles J. Measles in vaccinated people: epidemiology and challenges in surveillance and diagnosis in the post-elimination phase, Spain, 2014-2020. *Viruses*. 2021;13(10):1982. doi:10.3390/v13101982.
18. Organização Pan-Americana da Saúde. Atualização epidemiológica: sarampo na Região das Américas, 19 de setembro de 2025. Washington (DC): OPAS/OMS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/atualizacao-epidemiologica-sarampo-na-regiao-das-americas-19-setembro-2025>