

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
"PROF. ALEXANDRE VRANJAC"

DIVISÃO DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA

PLANO NACIONAL DE ERRADICAÇÃO DO SARAMPO

- 1. INTRODUÇÃO**
- 2. SARAMPO NO BRASIL**
- 3. SARAMPO NO ESTADO DE SÃO PAULO**
- 4. PLANO DE AÇÃO – ESTRATÉGIAS**
- 5. INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DO PLANO**
- 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde estima que ocorrem por ano, cerca de 36,5 milhões de casos e 1,5 milhão de óbitos por sarampo no mundo, principalmente entre as crianças menores de 5 anos de idade.

No Chile, Cuba e Caribe de língua inglesa há mais de quatro anos não ocorre relato de casos de sarampo. Em 1996 foram relatados 2.109 casos confirmados de sarampo no Hemisfério Ocidental. Destes, 44% foram confirmados por laboratório ou por vínculo epidemiológico. Dentre os casos confirmados por laboratório 816(88%) ocorreram nos Estados Unidos e Canadá. Apesar dos grandes avanços obtidos, os surtos continuam ocorrendo mesmo em países que apresentam alta cobertura vacinal. Estas experiências sugerem que estratégias adicionais devam ser implementadas, buscando a erradicação do sarampo.

Observa-se que, no Brasil, a semelhança do que ocorre no mundo, o sarampo é uma doença de grande impacto sobre a saúde pública e com certeza merece atenção especial, não somente pelo seu elevado custo econômico, humano e social, mas também pela possibilidade de ser eliminado no Continente Americano .

Dentre os obstáculos à erradicação do sarampo nas Américas destacam-se:

- crescente aumento de adolescentes e crianças suscetíveis ao sarampo, devido à baixas coberturas vacinais;
- a circulação do vírus em várias partes do mundo;
- a importação de casos de sarampo e conseqüente propagação viral.

A despeito disto, estratégias têm sido implementadas no sentido do controle, eliminação e erradicação apropriados, incluindo campanhas de vacinação suplementares, expansão dos serviços de vacinação de rotina e vigilância, recursos humanos, materiais e financeiros a fim de que se possa atingir a meta prevista .

Em setembro de 1994, durante a solenidade de entrega do Certificado de Erradicação da Poliomielite na Região das Américas, a decisão da XXIV Conferência Sanitária Panamericana foi de definir como meta a eliminação do sarampo do Hemisfério Ocidental até o ano 2000.

2. SARAMPO NO BRASIL

Em 1968, o sarampo tornou-se doença de notificação compulsória nacional.

A vacina contra o sarampo foi introduzida no país no final da década de 1960 (67/68) porém sua utilização era de forma descontínua.

Em 1973, foi criado o Programa Nacional de Imunização (PNI) cujo objetivo era implementar as ações de imunização em todo o país.

No início da década de 1980 foram realizadas campanhas de vacinação em locais onde eram encontradas baixas coberturas vacinais. No final desta década (87/88) alguns estados brasileiros, inclusive São Paulo, realizaram campanhas de vacinação em massa contra o sarampo, visando o controle da doença.

O comportamento do sarampo, até o início da década de 1990, apresentava-se como uma doença endêmica com picos epidêmicos a cada 2 ou 3 anos. A maior epidemia registrada foi em 1986.

Dentro deste contexto o Brasil assumiu, como política prioritária, sua eliminação e para isso implantou em 1992 o Plano Nacional de Eliminação do Sarampo. Utilizando-se estratégias baseadas em ações técnicas, dentre elas vacinando crianças e adolescentes de 9 meses a 14 anos, através de campanha de vacinação em massa, atingindo uma cobertura vacinal de 96,7%.

A partir de 1996, após um período de 4 anos de controle, o sarampo recrudescceu no país, inicialmente com a ocorrência de surtos concomitantes, no mês de setembro, nos estados de Santa Catarina e São Paulo.

A partir do mês de maio de 1997 verificou-se que a doença propagava-se rapidamente na região metropolitana de São Paulo e para outros estados, sobretudo para as cidades do interior da região nordeste em função da intensa circulação e fluxo migratório.

Em 1998, a região sul foi a mais afetada com 826 casos (55,5%), sendo 792 (56,4%) no Paraná; seguindo-se pela região nordeste com 272 casos (18,3%), com maior concentração em Pernambuco com 146 casos (52,2%); a região sudeste registrou 174 (13,2%); a centro oeste com 126 (9,0%) e a região norte apresentou 5 (0,3%) casos confirmados por laboratório (dados até a semana epidemiológica 42/98).

3. SARAMPO NO ESTADO DE SÃO PAULO

No Estado de São Paulo, até 1987, o sarampo constituía um dos principais problemas de saúde pública, causando epidemias em intervalos de 2 a 4 anos.

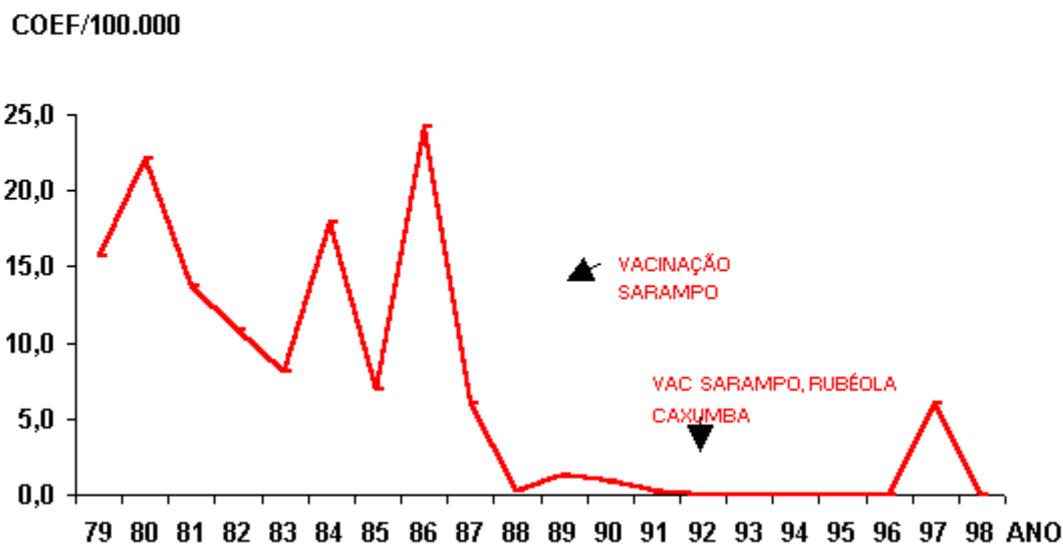
Os casos suspeitos notificados, até aquela época, eram somente os hospitalares. Havia uma série de dificuldades em atingir altos níveis de imunidade, seja por falta de manutenção de uma cobertura vacinal adequada ou pela ocorrência de falhas vacinais por problemas relativos à cadeia de frio.

Com base nestes dados foi desencadeada uma campanha de vacinação em massa, indiscriminada, em 1987, que teve como grupo alvo a idade de maior risco, ou seja, 9 meses a 14 anos, alcançando-se 90% de cobertura vacinal. Adotou-se, também, a aplicação de 2 doses de vacina contra o sarampo (aos 9 meses e 15 meses de idade), assim como, a reformulação das atividades de vigilância.

Em 1989 e 1991 a Grande São Paulo experimentou um aumento da incidência de sarampo, que acometeu principalmente adultos, trabalhadores da construção civil, muitos deles, residentes em canteiros de obras. Uma nova campanha foi conduzida em 1992 para vacinar crianças na faixa etária de 1 a 10 anos com a tríplice viral, atingindo-se 96% de cobertura vacinal. Houve início, naquele ano, do Programa de Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita.

De 1979 a 1987, a incidência de casos hospitalares diminuiu, isto é, de 15,75/100.000 habitantes para 5,97 e de 1987 a 1993 o número total de casos decresceu em 100% permanecendo assim até 1995 (gráfico I).

GRÁFICO I
SARAMPO HOSPITALIZADO : INCIDÊNCIA (por 100.000 hab) NO
ESTADO DE SÃO PAULO 1979 A 1998*



Os dados administrativos revelam que, na região da Grande São Paulo, a cobertura vacinal em menores de 1 ano, se encontrava em torno de 100% de 1993 a 1996. No entanto se for utilizado o número de doses aplicadas de BCG intradérmico como estimativa de população dos menores de 1 ano, observa-se que, exceto no ano de campanha, a cobertura nesta faixa sempre esteve entre 86 e 89%, sendo que em 1996 foi de 83%.

Estes números indicam um acúmulo de suscetíveis que pode estar ao redor de 20% nesta faixa etária por ano.

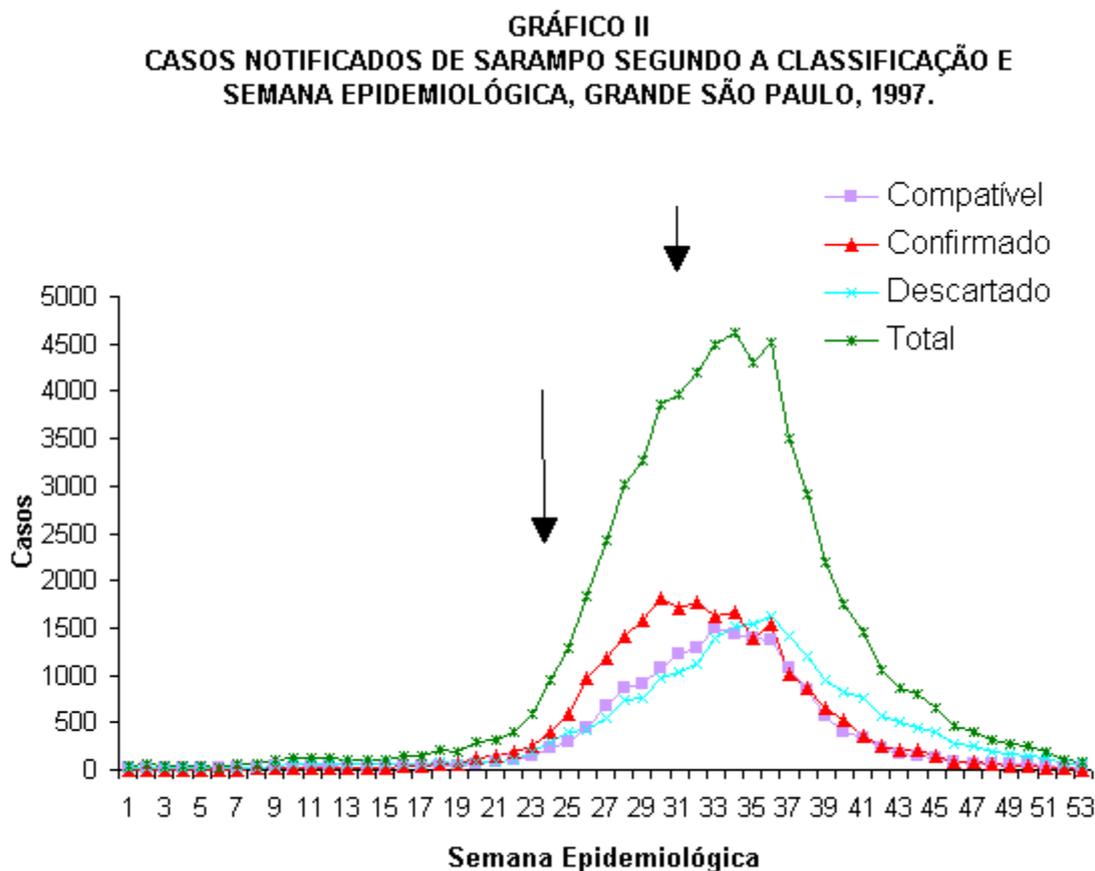
Portanto, a baixa cobertura vacinal de rotina, a alta densidade demográfica e o grande fluxo migratório, principalmente em algumas regiões da Grande São Paulo, permitiram a maior

circulação viral.

No ano de 1996, ocorreu um aumento no número de casos de sarampo, particularmente na Grande São Paulo que culminou na epidemia de 1997.

Desde o início da epidemia de 1997, esta foi a região mais afetada, com 87% do total de casos.

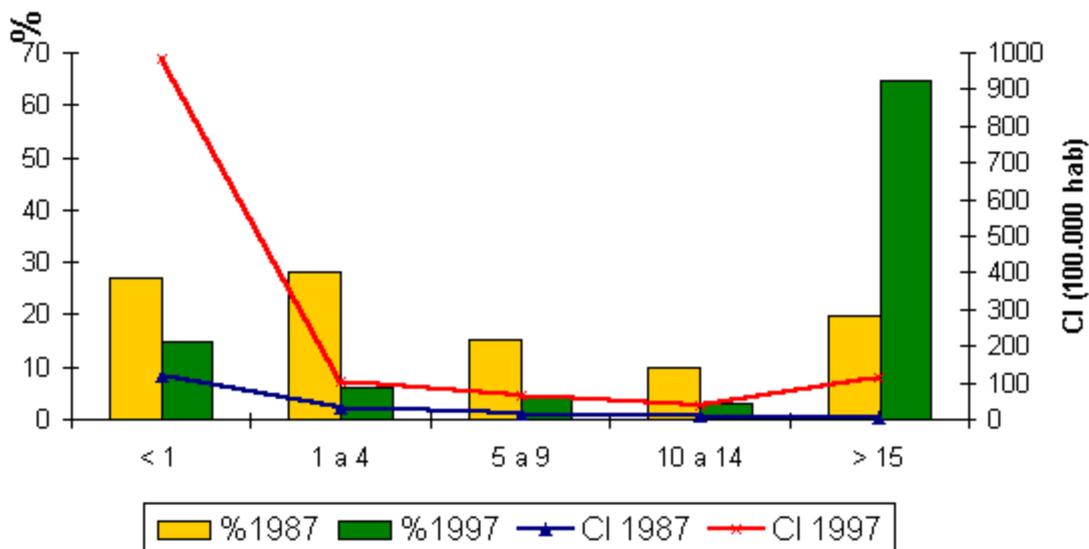
O gráfico II apresenta a distribuição dos casos por semana epidemiológica e segundo a classificação, assinalando a época da realização das campanhas de vacinação.



Em relação à distribuição dos casos desta epidemia, comparando-se com a de 1987, observa-se que nas duas, o grupo etário de maior risco foi o de menores de 1 ano; em 1987, alcançou um coeficiente de incidência de 118 por 100.000 habitantes e em 1997 de 984 por 100.000 habitantes, somente com os casos confirmados. No entanto, naquela epidemia as faixas etárias de 1 a 4, 5 a 9 e 10 a 14 anos se sucediam em ordem decrescente de risco, estando em último lugar os maiores de 15 anos, enquanto que na de 1997 o segundo grupo de maior risco foi o da população maior de 15 anos com um coeficiente de incidência de 115 por 100.000 habitantes, apenas com os casos confirmados.

Entretanto, ao analisar a distribuição percentual dos casos, em 1987, a faixa etária de menores de 1 ano e de 1 a 4 anos tiveram participação semelhante, com 27 e 28% dos casos, respectivamente. Em 1997 os menores de 1 ano representaram 15% dos casos e os de 1 a 4 anos apenas 6%. A grande diferença fica por conta dos maiores de 15 anos que responderam por 20% dos casos em 1987 e, que agora foram 65% deles (gráfico III).

GRÁFICO III
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE
SARAMPO POR FAIXA ETÁRIA, GRANDE SÃO PAULO, 1987 E 1997.



A análise epidemiológica formulada foi que o acúmulo de suscetíveis, na faixa etária de menores de 5 anos, devido à baixa cobertura vacinal de rotina, após a campanha de 1992 e à falha primária da vacina, teria permitido níveis suficientes para ampla circulação do vírus neste grupo assim como, nos suscetíveis de outras idades.

Esta epidemia confirmou a tendência do sarampo desde o final da década de 80 quando já se observava o deslocamento da faixa etária da doença para a população de adultos jovens não imunes.

4. PLANO DE AÇÃO – ESTRATÉGIAS

Com base na descrição histórica do perfil epidemiológico do sarampo no Brasil e particularmente no Estado de São Paulo, necessário se faz a retomada da intensificação das ações contidas no Plano de Erradicação do Sarampo, visando alcançar a meta pretendida.

As Estratégias de Ação do Plano baseiam-se em:

- a. Articulação político-gerencial
- b. Vacinação
- c. Vigilância Epidemiológica
- d. Laboratório
- e. Recursos Humanos e assessoria técnica
- f. Comunicação e Educação em Saúde
- g. Pesquisa

Competências estas que cabem à Organização Mundial de Saúde; à Organização Pan-americana de Saúde, ao Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais da Saúde e Secretarias Municipais da Saúde.

a) Articulação político-gerencial cujas metas principais são:

- assumir o plano como prioridade política, em todos os níveis (Federal, Estadual e Municipal);
- garantir a informação sobre as estratégias do plano e a operacionalização das ações nos municípios;
- incorporação das Universidades ao plano;
- ampliar as parcerias (ONGS, ROTARY, LIONS, etc);
- manutenção do fornecimento regular de vacinas e de "kits" para sorologia;
- garantir dos organismos internacionais assessoria técnica e cumprimento da sua contrapartida orçamentária.

b) Vacinação:

b. I- Para prevenção de casos ou surtos:

- **Campanha de vacinação em massa indiscriminada "CATCH- UP"**

Corresponde as atividades de vacinação realizadas em períodos pré estabelecidos, visando aumentar as coberturas vacinais na população ou controlar determinada situação epidemiológica. A vacina é aplicada de forma indiscriminada, ou seja, independente da história prévia de doença ou situação vacinal anterior.

- **Vacinação de rotina "KEEP- UP"**

Compreende a vacinação contra o sarampo com a vacina monovalente ou tríplice viral aos nove e quinze meses respectivamente. Tem por objetivo vacinar todas as crianças menores de 5 anos, visando alcançar coberturas vacinais acima de 95%. Esta estratégia aliada a busca de faltosos constituem medidas essenciais para o alcance e manutenção de boas coberturas vacinais.

- **Campanhas de vacinação de seguimento "FOLLOW-UP"**

Compreende as atividades de vacinação, realizadas periodicamente e de forma indiscriminada, com o objetivo de vacinar crianças suscetíveis. A faixa etária alvo será estabelecida considerando a situação epidemiológica e cobertura vacinal.

A próxima campanha de seguimento está prevista, em nível nacional, para junho de 2000.

- **Vacinação extra muros**

Compreende a realização de intensificação vacinal casa a casa (incluindo instituições) de forma seletiva e deverá ser realizada, sistematicamente, em todos os municípios que não alcançarem coberturas iguais ou superiores a 95%. Tem por objetivo eliminar bolsões de suscetíveis dos grupos etários de crianças de até 14 anos de idade que escaparam da rotina ou não foram alvo de nenhuma campanha.

- **Vacinação de grupos de risco**

As estratégias utilizadas para a erradicação do sarampo priorizam as crianças, mas um pequeno percentual de adolescentes e adultos jovens escapam tanto da infecção natural como da vacinação, permanecendo suscetíveis ao sarampo.

Para prevenir a ocorrência de surtos de sarampo neste grupo, recomenda-se vacinar os principais grupos de risco, compostos por:

- profissionais da área da saúde e da educação;
- populações institucionalizadas de quartéis, prisões, centros de reclusão de menores, albergues, alojamentos, etc.;
- estudantes (1º, 2º e 3º graus);
- adolescentes e adultos jovens que viajam para países onde o sarampo é endêmico;
- trabalhadores da construção civil;
- trabalhadores do setor de turismo.

b. II- Frente a casos suspeitos

- **Bloqueio vacinal limitado**

Diante de uma pessoa com sinais e sintomas de sarampo (febre e exantema, tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite) deve ser realizado o bloqueio vacinal limitado aos contatos. A vacinação deve ser realizada, de forma seletiva, preferencialmente dentro de 72 horas após a exposição. A faixa etária para o recebimento da vacina de bloqueio é de 6 meses a 39 anos. Para outras faixas etárias a vacina será indicada com base na análise da situação epidemiológica.

b. III- Frente a um caso confirmado ou surto

- **Operação Limpeza- "mop up"**

Tem por objetivo interromper a cadeia de transmissão do vírus do sarampo, quando há ocorrência de **um caso confirmado ou um surto**, numa área geográfica determinada.

Esta operação consiste na realização de vacinação casa a casa de forma **seletiva** (incluindo os estabelecimentos coletivos como por exemplo, as escolas, creches, orfanatos, canteiros de obras e etc.) e implica na busca exaustiva de todos os suscetíveis.

Área de abrangência da operação limpeza:

- Locais habitualmente frequentados pelo caso confirmado.
- Todo quarteirão, área residencial ou bairro se necessário.
- Toda escola, creche, cursinhos, faculdade, alojamento, local de trabalho e outros estabelecimentos coletivos frequentados pelo caso.
- Todo município se indicado.

Grupo etário a ser vacinado: de 6 meses a 39 anos de idade.

Para outras faixas etárias, acima de 40 anos, será indicada com base na análise epidemiológica.

Obs: Quando a vacina é aplicada em crianças menores de 9 (nove) meses de vida, não será considerada como dose válida. Estas crianças devem ser agendadas para vacinação de rotina de acordo com as normas do calendário oficial.

Estas estratégias de vacinação têm reduzido, substancialmente, a transmissão do sarampo nas Américas. Em todas elas os municípios deverão atingir coberturas vacinais \geq a 95% para a população na faixa etária que for indicada.

Vale lembrar que, na vacinação de rotina contra o sarampo, deverão ser incluídos os estabelecimentos de assistência aos menores (creches, orfanatos, etc.). Candidatos à vaga nas escolas de primeiro e segundo grau (rede pública ou privada) devem apresentar a caderneta de vacinação como pré-requisito para realização da matrícula assim como, candidatos aprovados em vestibular para cursos na área de saúde. Esta medida tem como objetivo a atualização destas cadernetas.

Na vacinação de bloqueio, que se procede a cada caso suspeito e principalmente a cada caso confirmado, deve-se intensificar, na área de abrangência do caso, a busca da provável fonte de infecção. Os contatos suscetíveis desta área a ser pesquisada como também, os profissionais de saúde nos hospitais de referência da rede devem ser vacinados, conforme avaliação da vigilância epidemiológica.

Nos dias de multivacinação, deve-se vacinar a população-alvo contra o sarampo, seletivamente, para complemento da vacina de rotina.

c) Vigilância Epidemiológica

- Notificação – fazer notificação semanal positiva / negativa oportuna em 100% dos municípios.
- Investigação epidemiológica – os casos notificados devem ser investigados em 48 horas, no mínimo em 80% dos casos.
- Sorologia – colher uma amostra de sangue para diagnóstico (100% dos casos) que deve ser enviada para o laboratório de referência no prazo máximo de 48 horas a partir da coleta.
- Medidas de controle - realização de vacinação de bloqueio para os contatos suscetíveis e busca ativa de novos casos, na área de abrangência em 100% dos casos investigados.
- realização de vacinação casa a casa em toda a área de circulação do caso confirmado e a busca exaustiva de suscetíveis.
- Análise e retroalimentação da informação através da elaboração de informes e boletins epidemiológicos ; manter regularidade na análise e divulgação da informação.

d) Laboratório

- Diagnóstico sorológico - todos os laboratórios do Instituto Adolfo Lutz designados devem receber os "kits" para realização dos exames laboratoriais.
- Resultado dos exames - os resultados laboratoriais devem ser fornecidos em até 7 dias a

partir da data de entrada da amostra no laboratório de referência, contribuindo para isto o estabelecimento de um fluxo eficaz entre unidades de saúde e laboratórios.

Desde 15/12/98, os resultados laboratoriais dos casos confirmados (IgM Reagente) de sarampo e rubéola vem sendo notificados pelo Instituto Adolfo Lutz (Grande São Paulo) à D.D.T. Respiratórias e (Interior) à Central de Vigilância do C.V.E, por fax (011) 282-9359 ou (011) 282-9395) ou telefone (0800-555466). A DIR de residência do caso é notificada de imediato.

- Isolamento viral – deve-se ter amostra colhida para a identificação do vírus.

e) Recursos humanos e assessoria técnica

Os técnicos que desenvolvem as ações do Plano de Erradicação do Sarampo devem ser capacitados e atualizados para o desempenho das suas funções.

Os serviços de saúde devem manter um programa de educação continuada para os técnicos de diferentes níveis de atuação, através de supervisão e avaliação integrada.

Garantir a elaboração e revisão de material de conteúdo técnico e científico.

Garantir a consultoria no que diz respeito as bases técnicas do Plano.

f) Comunicação e educação em saúde

Visa a divulgação das ações educativas da vigilância epidemiológica do sarampo pelos serviços de saúde, através dos meios de comunicação (rádio, televisão, imprensa, etc.), objetivando a sensibilização e mobilização da sociedade civil tendo em vista a manutenção e implementação das ações.

Elaboração de material a ser distribuído para os municípios (cartaz, folder, cartilhas, etc.) e por fim, a elaboração e divulgação periódica do informe epidemiológico do sarampo.

g) Pesquisa

- Avaliar a qualidade da vigilância epidemiológica e acompanhar as características dos surtos de sarampo .
- Avaliar a presença de anticorpos maternos em filhos de mães vacinadas através de inquérito soro-epidemiológico.

Cabe ressaltar que no relatório do 1º Seminário Nacional Sobre Doenças Exantemáticas – Sarampo / Rubéola, realizado em outubro de 1998, em Brasília-DF e na última Reunião do Cone Sul, Foz do Iguaçu (novembro de 1998), sobre enfermidades preveníveis por vacinação, destaca-se a necessidade da uniformização das informações, a fim de permitir sua comparabilidade no decorrer das análises epidemiológicas. Assim, deve-se respeitar a definição de caso suspeito: febre e exantema, tosse e/ou conjuntivite e/ou coriza. Todo caso suspeito de sarampo deve ter uma amostra de soro para investigação laboratorial e esta amostra deve ser colhida quando do primeiro contato do caso suspeito com o serviço de saúde e encaminhada ao laboratório do Instituto Adolfo Lutz.

No caso de surto / epidemia, uma vez confirmada por laboratório a circulação do vírus, não será necessário colher amostras de todos os casos suspeitos, estes deverão ser confirmados por

vínculo epidemiológico.

Os dados consolidados deverão ser apresentados de forma homogênea, respeitando, para fins de notificação, a definição de caso referida anteriormente.

5. INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DO PLANO

A fim de permitir a avaliação dos sistemas de vigilância, serão utilizados os seguintes indicadores de vigilância epidemiológica, imunização e laboratório para o sarampo, os quais deverão ser enviados semanalmente à Organização Pan-americana de Saúde (OPS):

- Percentual de unidades que notificam semanalmente;
- Percentual de unidades que notificam pelo menos um caso suspeito a cada ano;
- Percentual de casos investigados nas primeiras 48 horas após a notificação;
- Percentual de casos com amostra adequada (1º ao 28º dia do exantema) de laboratório ou vínculo epidemiológico;
- Percentual de amostras com resultado nos primeiros 7 dias após o recebimento da amostra no laboratório;
- Percentual de surtos com fonte de infecção conhecida;
- Percentual de municípios com cobertura vacinal (menores de um ano) igual ou maior que 95%;
- Percentual de casos notificados classificados (confirmados e descartados) com base no diagnóstico laboratorial e vínculo epidemiológico).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se imprescindível que os países envolvidos no Plano de Erradicação do Sarampo do Continente Americano assumam uma postura política de compromisso e prioridade com as ações básicas do plano, em todos os níveis (Federal, Estadual e Municipal). Frente a meta a ser alcançada para o ano 2000, há necessidade de um direcionamento das ações e de que os recursos humanos, financeiros e materiais sejam disponibilizados como forma de agilizar o processo de controle da situação epidemiológica ora vivenciada.

Os municípios devem rever e monitorar seus programas de vacinação, usando para tanto os indicadores específicos, tendo assegurada a qualidade e o abastecimento das vacinas .

Portanto, o momento da retomada do Plano tem que ser agora, caso contrário, corre-se o risco de nem mesmo conseguir o controle da doença, em detrimento da saúde pública no Brasil, permitindo que se continue a vivenciar epidemias que venham contribuir para a elevação da mortalidade infantil.

Tendo em vista a meta de erradicação do sarampo, o Centro Nacional de Epidemiologia implementou, em 1999, o GRUPO TAREFA a fim de fortalecer as ações básicas do Plano.

PLANO NACIONAL DE ERRADICAÇÃO DO SARAMPO

RESUMO:

1. Definição padronizada de caso.
2. Colher amostra de sangue no 1º contato do caso com o serviço de saúde.
3. Em caso de surto, racionalizar o laboratório.
4. Necessidade do isolamento viral.
5. Articulação da vigilância com os laboratórios de referência (I.A.L).
6. Coberturas vacinais por município devem ser revisadas e monitoradas.
7. Utilização do SINASC para cálculo de cobertura.
8. Busca ativa da fonte de infecção.
9. Bloqueio vacinal ⇒ eliminação de bolsões.
10. Avaliação das características da população exposta ao risco (*).
11. Exigência da caderneta de vacinação no ato da matrícula para atualização.
12. Capacitação de recursos humanos.
13. Realização de campanhas de seguimento (FOLLOW-UP).
14. Regulamentação das clínicas particulares de vacinação.
15. Divulgação do plano com ampla participação da população (agentes comunitários de saúde e de saúde da família).
16. Implementação do Grupo Tarefa.

*Grupos específicos de risco:

- Profissionais do setor da saúde.
- Profissionais do setor da educação.
- Populações institucionalizadas.
- Estudantes (1º, 2º e 3º graus).

- Trabalhadores da construção civil.
- Migrantes de áreas rurais ou similares.
- Trabalhadores de turismo.

ANEXO II

PLANO NACIONAL DE ERRADICAÇÃO DO SARAMPO

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE SARAMPO

TODA PESSOA COM FEBRE E EXANTEMA, ACOMPANHADO DE TOSSE E OU CORIZA E OU CONJUNTIVITE, INDEPENDENTEMENTE DA IDADE OU SITUAÇÃO VACINAL

SUSPEITAR DE SARAMPO

NOTIFICAR

INVESTIGAR
EM 48 HORAS

COLHER SANGUE
UMA AMOSTRA
DO 1º AO 28º DIA
DO INÍCIO DO
EXANTEMA

VACINAR
CONTATOS
SUSCETÍVEIS
VACINAÇÃO DE
BLOQUEIO SELETIVA

ANEXO III

PLANO NACIONAL DE ERRADICAÇÃO DO SARAMPO

INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DO PLANO

- **Percentual de unidades que notificam semanalmente. (Meta: 80%).**
- **Percentual de unidades que notificam pelo menos um caso suspeito a cada ano. (Meta: 80%).**
- **Percentual de casos investigados nas primeiras 48 horas após a notificação. (Meta: 80%).**
- **Percentual de casos com amostra adequada (1º ao 28º dia do exantema) de laboratório ou vínculo epidemiológico.(Meta: 80%).**
- **Percentual de amostras com resultado nos primeiros 7 dias após o recebimento da amostra no laboratório. (Meta: 80%).**
- **Percentual de surtos com fonte de infecção conhecida.(Meta: 80%).**
- **Percentual de municípios com cobertura vacinal, em menores de um ano, igual ou maior que 95%. (Meta: 100%).**
- **Percentual de casos notificados que foram classificados (confirmados e descartados) com base no diagnóstico laboratorial e vínculo epidemiológico. (Meta: 80%).**

Este documento foi elaborado pelo Grupo Técnico da Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória - C.V.E - S.E.S.S.P com base no Plano de Erradicação do Sarampo / Ministério da Saúde - 1999.

São Paulo, setembro de 1999.