

*Pelo Brasil*

## **Surto de sarampo no município de Boa Vista, Roraima: ações iniciais de enfrentamento, 2018**

### ***Measles Outbreak In The Municipality of Boa Vista, Roraima: Initial Coping Actions, 2018***

**Roberta Nogueira Calandrini de Azevedo<sup>I</sup>; Thalita Caroline da Silva Siqueira<sup>II</sup>; Cinthia Matilde Brasil<sup>III</sup>; Erika Madelaine<sup>IV</sup>; Francinete Rodrigues<sup>V</sup>; Márcia Figueiredo<sup>VI</sup>**

<sup>I</sup>Diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica do município de Boa Vista; <sup>II</sup>Coordenadora de Vigilância das Doenças Transmissíveis do município de Boa Vista; <sup>III</sup>Diretora do Núcleo Estratégico de Políticas em Saúde do município de Boa Vista; <sup>IV</sup>Área Técnica da Coordenação de Vigilância das Doenças Transmissíveis do município de Boa Vista; <sup>V</sup>Superintendente de Vigilância em Saúde do município de Boa Vista; <sup>VI</sup>Coordenadora Municipal de Imunização, Boa Vista, Roraima, Brasil

---

#### **RESUMO**

Em setembro de 2016, foi concedido ao Brasil, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o certificado de eliminação do sarampo, após um ano e dois meses do registro do último caso confirmado, decorrente dos surtos que ocorreram entre 2013 e 2015 nos estados de Pernambuco e Ceará. O país e a região das Américas foram declarados livres da doença. No estado de Roraima, antes da certificação da eliminação da doença no país, ocorreu um caso isolado de sarampo na capital Boa Vista, associado ao surto do Ceará. No decorrer de 2016 e 2017, três casos de sarampo foram notificados em Boa Vista e descartados laboratorialmente. Em setembro de 2017, preocupados com o surto de sarampo ocorrido na Venezuela (fronteira com o estado de Roraima), a Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista emitiu alerta sobre a doença para profissionais de saúde. Em fevereiro de 2018 foi confirmado um caso em criança venezuelana de um ano de idade, sem histórico de vacinação prévia, com um quadro acentuado de desnutrição. Filha de imigrantes, a criança se encontrava em situação de rua, pernoitando em uma praça do centro de Boa Vista com seus familiares. Ações de investigação epidemiológica e bloqueio vacinal foram iniciadas pela equipe de Vigilância Epidemiológica municipal. O genótipo identificado foi o D8. A migração de venezuelanos para a capital Boa Vista é intensa, desde 2017, devido à situação econômica daquele país e à proximidade associada com facilidade de acesso ao município. Outros casos em pessoas residentes nos abrigos foram notificados, desencadeando ações de vacinação em abrigos e praças. Instalou-se sala de situação, com apoio do Conselho Municipal de Saúde, foi definida Equipe de Resposta Rápida e várias ações foram adotadas relacionadas à população migrante: busca ativa de casos nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, investigação de campo, acompanhamento e isolamento de casos e contatos, bloqueio vacinal, coleta de amostras e estratégias de comunicação. O primeiro caso em brasileiro ocorreu na SE9. Análise das CV no município evidencia índices entre 54% e 85% nos últimos cinco anos. O surto iniciado na SE7 apresentou, até a SE26, 242 casos notificados: 147 confirmados, 42 descartados e 53 aguardando resultado. Os venezuelanos representam 42% de todos os casos notificados, residentes em abrigos/rua/praças e residências compartilhadas com outras famílias venezuelanas, 52% em crianças menores de 5 anos. A maior proporção (58%) de casos notificados corresponde à população brasileira. Outras estratégias para

conter o surto foram desencadeadas: campanha e visitas casa a casa, escolas, creches e hotéis. As atividades estão sendo reavaliadas pela equipe da sala de situação para melhorar os resultados alcançados. Outras medidas de intervenção serão realizadas com o objetivo de conter o surto de sarampo em Boa Vista.

### Situação anterior ao surto e o alerta epidemiológico

O sarampo é uma doença exantemática aguda, infectocontagiosa, altamente transmissível, que pode evoluir com complicações e óbitos, principalmente em crianças. A transmissão ocorre no contato de uma pessoa suscetível com secreções respiratórias de uma pessoa infectada entre seis dias antes até quatro dias após o início do exantema. Em setembro de 2016, foi concedido ao Brasil, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o certificado de eliminação da doença, após um ano e dois meses do registro do último caso confirmado de sarampo, decorrente dos surtos que ocorreram entre 2013 e 2015 nos estados de Pernambuco e Ceará. Dessa forma, o país e a região das Américas foram declarados livres da doença.

No estado de Roraima, antes da certificação da eliminação da doença no país, ocorreu um caso isolado de sarampo na capital Boa Vista, associado ao surto do Ceará. No decorrer de 2016 e 2017 três casos de sarampo foram notificados e descartados laboratorialmente, em Boa Vista.

Desde julho de 2017, o país vizinho, Venezuela, enfrenta um surto de sarampo, principalmente no estado Bolívar (municípios de Caroní e Guayana, figura 1), que faz fronteira com Roraima. Preocupados com a possibilidade iminente de reintrodução do vírus do sarampo no Brasil, por meio de Boa Vista, a Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE/SMSA/PMBV) emitiu um alerta aos profissionais de saúde, em setembro de 2017, abordando os sinais e sintomas da doença, medidas de controle e fluxo de informações na ocorrência de possíveis casos. Porém, nenhuma medida de intensificação de vacinação foi implementada, apenas comunicação sobre a disponibilidade de vacina nas UBS de acordo com o calendário nacional de vacinação.



**Figura 1.** Localização do município venezuelano com casos de sarampo registrados, a rota e o tempo de deslocamento até Boa Vista- Roraima

No mês de novembro, houve a notificação de um caso suspeito de sarampo pelo Hospital Geral de Roraima, tratava-se de uma imigrante venezuelana, proveniente da cidade de El Tigre, na Venezuela, e sem comprovação vacinal. A notificação foi imediata, medidas de bloqueio no local de residência do caso suspeito foram adotadas, com vacinação de todos os venezuelanos que moravam no mesmo local que ela. Aproximadamente 80 doses de vacina foram administradas entre crianças e adultos. Posteriormente o caso foi descartado laboratorialmente pelo LACEN-RR.

#### **A notificação do primeiro caso, ações imediatas de controle e construção do plano de enfrentamento ao sarampo municipal**

No dia 11 de fevereiro de 2018, foi notificado no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) um caso suspeito de Sarampo. Tratava-se de uma criança venezuelana, parda, de um ano de idade, sem histórico de vacinação prévia, com um quadro acentuado de desnutrição. Filha de imigrantes, a criança se encontrava em situação de rua, pernoitando em uma praça do centro de Boa Vista com seus familiares. Após notificação imediata, nos dias 12 e 13 de fevereiro as ações de investigação epidemiológica e bloqueio vacinal foram iniciadas pela equipe de Vigilância Epidemiológica municipal.

Naquela situação, não havia como saber exatamente quais pessoas haviam tido contato direto com o caso suspeito e, portanto, todos os imigrantes que pernoitavam nas duas praças vizinhas – Capitão Clóvis e praça do Garimpeiro – foram considerados contatos indiretos. Foram vacinados nesses dois dias 209 imigrantes: 6 (menor de 1 ano), 10

(1 a 4 anos); 9 (5 a 9 anos); 4 (10 a 14 anos); 82 (20 a 29 anos) e 90 (30 anos a mais). Também foi realizado no período de 15 a 28 de fevereiro o levantamento da situação vacinal e a vacinação seletiva com tríplex viral – TV (sarampo, rubéola e caxumba) dos profissionais de saúde do HCSA, dos pacientes internados e acompanhantes, com 305 pessoas vacinadas.

No dia 13 de fevereiro o Laboratório de Referência Estadual, LACEN-RR, informou o resultado de sorologia do caso, sendo positivo para IgM. Frente à situação instalada, ocorreu em 14 de fevereiro a primeira reunião técnica para a instalação da Sala de situação Municipal do sarampo. Posteriormente, um plano de enfrentamento ao surto foi construído e apresentado no dia 16 de fevereiro ao Conselho Municipal de Saúde, Coordenadoria de Vigilância em Saúde Estadual, representantes do Ministério da Saúde (MS), OPAS, entre outros envolvidos.

#### **Intensificação das ações de controle em abrigos e praças**

Novos casos começaram a ser notificados na Semana epidemiológica 07/2018, principalmente em crianças venezuelanas que residiam nos dois abrigos até então existentes: o abrigo de imigrantes indígenas localizado no bairro Pintolândia (1 caso notificado) e o abrigo de venezuelanos não indígenas localizado no bairro Tancredo Neves (2 casos notificados).

Frente à notificação de casos em crianças abrigadas, foram organizadas novas ações de bloqueio vacinal entre os dias 15 e 17 de fevereiro. Além dos dois abrigos, foi realizada uma grande ação de vacinação na

Praça Simon Bolívar. Nesse local, havia uma grande concentração de imigrantes, devido à sua localização próxima à rodoviária internacional, os pontos de táxi intermunicipal que são os principais meios de transporte entre Boa Vista e Pacaraima, município de fronteira que fica a 220 km da capital, e a Delegacia da Polícia Federal. O fácil acesso entre os dois municípios permitiu a aglomeração de imigrantes em pontos específicos da cidade e a Praça Símon Bolívar era um desses pontos. Foram vacinadas nestas ações 780 imigrantes, sendo a grande maioria a população maior de 20 anos (78%).

### **Ações complementares de busca ativa, retrospectiva e busca de contatos de casos suspeitos**

Em conjunto com os bloqueios e ações de intensificação vacinal com TV nos abrigos, ações de busca ativa de casos foram realizadas. Uma busca ativa “barraca a barraca” no dia 17/02 foi realizada no abrigo do Tancredo Neves e dois casos suspeitos foram encontrados e encaminhados ao Hospital da Criança Santo Antônio para coleta de amostras. Nessas situações, as crianças foram levadas nos carros da própria secretaria municipal de saúde, acompanhados de um profissional de

saúde, para facilitar o acesso, o isolamento e o encaminhamento adequado até o HCSA.

Paralelamente, buscas retrospectivas de prontuário estavam sendo realizadas em conjunto (técnicos das secretarias estadual e municipal) orientadas pela Equipe do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS/MS) que chegaram à capital no dia 16 de fevereiro para apoiar na investigação do surto a convite da Secretaria Estadual de Saúde. Foram realizadas buscas retrospectivas nas principais unidades hospitalares com maior fluxo de atendimento: HCSA, Hospital Geral de Roraima (HGR), Hospital Unimed e Policlínica Cosme e Silva (PCS).



**Figura 2.** Equipe municipal e Bloqueio vacinal, realizado na praça Capitão Clóvis, Boa Vista, RR (12 de fevereiro de 2018).





**Figura 3.** A. Bloqueio vacinal realizado na praça Simon Bolivar, Boa Vista, RR (17 de fevereiro de 2018). B. Imagens do abrigo do Tancredo Neves no dia do Bloqueio (15 e 17 de fevereiro).

Foram revisadas 46.427 fichas de atendimento/prontuários referentes a atendimentos realizados entre 01/01/2018 e 15/02/2018, período definido a partir da data do início do exantema do primeiro caso suspeito. Foram encontrados 40 pacientes que atendiam um critério mais sensível (febre e exantema) de caso suspeito. Após investigações via telefone, 03 casos (todos brasileiros) foram selecionados para investigação domiciliar por se enquadrarem no critério mais específico de caso suspeito (febre, exantema mais tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite). Todos foram notificados, tiveram suas amostras coletadas e foram descartados. A busca retrospectiva de prontuários nas unidades básicas de saúde se tornou inviável devido ao sistema de arquivamento das fichas/prontuários (não eletrônico, por código de paciente e não por data).

No mesmo período se realizou uma busca retrospectiva de casos suspeitos para arboviroses (dengue, Zika e chikungunya) que foram não reagentes por Elisa – IgM e que não haviam sido testadas para sarampo. Essa busca foi realizada pelo LACEN-RR e das 26 amostras testadas, todas foram descartadas para sarampo.

Além destas ações, como parte das investigações epidemiológicas, ligações telefônicas foram realizadas para os contatos de unidade de saúde dos casos notificados na Policlínica Cosme e Silva e Hospital da Criança, utilizando como corte o número de usuários atendidos três horas antes e durante o horário de atendimento do caso suspeito.

#### **Ações de capacitação e confirmação da situação de surto**

Na segunda semana após o início do surto (20 e 21/02) foram realizadas duas capaci-

tações: a primeira em Vigilância, suspeição clínica e diagnóstico laboratorial do sarampo, ministrada pelo MS, que teve como público-alvo médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde da rede básica e hospitalar municipal. A segunda capacitação focou na coleta de amostras para diagnóstico do sarampo. Esta ocorreu paralelamente à primeira e foi ministrada pelo LACEN-RR, tendo como público-alvo os profissionais da vigilância e laboratório que iriam realizar as coletas dos casos suspeitos.

No dia 21/02 o resultado positivo do diagnóstico molecular (PCR) e no dia 28/02 o resultado do sequenciamento genômico identificando o genótipo D8, do primeiro caso notificado, foram comunicados à Vigilância Municipal. Após a liberação destes resultados e exaustivas investigações epidemiológicas foi constatado que, de fato, o primeiro caso identificado no dia 11 de fevereiro era importado do país vizinho, Venezuela. Outra conclusão foi que o primeiro caso identificado não era o caso índice, pois outros dois casos provenientes de busca ativa no abrigo do Tancredo foram confirmados e, através das linhas do tempo dos casos, foram identificados como anteriores ao primeiro caso notificado. Na investigação epidemiológica foi identificado que estes dois casos anteriores teriam sido infectados em janeiro de 2018 por uma jovem venezuelana que estava doente e permaneceu no abrigo por alguns dias, tendo contato com eles. Apesar desta jovem ser o provável caso índice, ela não foi encontrada e segundo relatos, teria retornado à Venezuela.

#### **Ativação da sala de situação municipal de enfrentamento ao surto de sarampo e novas medidas adotadas**

As primeiras duas semanas de surto foram de intenso trabalho, muito aprendizado e

cooperação entre as equipes da SMSA/PMBV, tanto para gestores como para os técnicos. Neste período houve a primeira avaliação das ações até então realizadas: todas as ações estavam focadas na população de imigrantes, e muito pouco havia sido realizado para a população residente e profissionais de saúde.

Em decorrência da pouca disponibilidade de técnicos, foi ativada a Sala de Situação para Enfrentamento ao Surto, com a inclusão de todas as áreas técnicas da SMS (Vigilância, Atenção Básica, Laboratório, Núcleo de Políticas Estratégicas e Departamento de Logística da SMS). Todas as ações e atividades foram direcionadas para distribuição de responsabilidades. Como resultado das decisões tomadas na sala de situação, foram produzidos documentos orientadores (notas técnicas específicas para assistência, coleta de amostras, ações de bloqueio, fluxo de informação, para clínicas, hospitais e laboratórios privados) que organizavam a dinâmica do serviço de vigilância municipal, que deveria trabalhar de forma integrada, para conter o surto, sendo as principais linhas:

- **Comunicação:** na ocorrência de casos suspeitos, a unidade notificadora deveria enviar imediatamente a notificação para a SMS através de e-mail e/ou WhatsApp e/ou ligação telefônica. Os contatos para os meios de comunicação foram enviados por nota técnica.
- **Criação da equipe de resposta rápida ao sarampo – ERRS:** Nos moldes da Unidade de Resposta do CIEVS, a ERRS foi composta por cinco profissionais cedidos da assistência e equipe da Coordenação

de Doenças Transmissíveis. As principais atribuições da ERRS era a investigação epidemiológica de campo, a coleta de amostras domiciliar, inserção e monitoramento dos dados de notificação no sistema e em planilha paralela, análise para classificação de casos, entre outras atividades relacionadas ao surto.

- **Investigação epidemiológica de campo:** realizada diariamente, nos dois turnos, aos sábados, domingos e feriados, tão imediatamente se recebia a notificação do caso (preferencialmente em até 48 horas da notificação). O instrumento utilizado foi o roteiro de investigação adaptado do Anexo A do Plano de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública – Sarampo de 2016 do MS, além da ficha de notificação.
- **Acompanhamento dos casos e contatos:** O acompanhamento dos contatos foi recomendado por trinta dias a partir da data do início do exantema do caso suspeito e deveria ser realizado pelas equipes de estratégia em saúde da família – ESFs de cada área da abrangência da rede básica. Caso surgisse algum contato sintomático, a ESF deveria comunicar a vigilância para a investigação de campo e coleta de amostras.
- **Bloqueio vacinal:** O bloqueio vacinal seria realizado pela ESF da área de abrangência dos locais por onde o caso esteve durante o período de transmissibilidade (residência, escola, trabalho etc.). Alguns casos de



bloqueio deveriam ter apoio do CMI quando necessário (abrigos, áreas descobertas ou sem sala de vacinação).

**Neste surto foi considerado bloqueio as ações de vacinação realizadas em até 72 horas da data da notificação e intensificação vacinal após esta data.**

O instrumento utilizado para consolidar os dados de situação vacinal dos contatos e dados de bloqueio foi adaptado do Anexo A do Plano de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública – Sarampo de 2016 do MS.

- **Vacinação de imigrantes na Polícia Federal:** Foi decidido, além da vacinação em abrigos e praças, instalar uma equipe fixa de vacinação no prédio da Polícia Federal, estratégia que permitiria vacinar maior número de imigrantes uma vez que a maioria procurava esse local para regularizar sua situação de refugiado no país. Foram vacinados 2.138 imigrantes no período de 21/02/18 até 02/04/18 com essa estratégia.
- **Inserção e monitoramento dos dados epidemiológicos:** os dados de notificação e investigação seriam inseridos em uma planilha Excel paralela. Essa planilha, no decorrer do surto, alimentaria o banco de dados do Sinan. Optou por uma planilha paralela considerando que nem todos os dados coletados seriam inseridos no sistema de notificação, assim como organizou-se o arquivamento dos roteiros de investigação de campo impressos.
- **Isolamento dos casos:** o isolamento domiciliar era recomendado a todos os casos (brasileiros e venezuelanos) que tinham residência fixa e não tinham indicação de internamento. Já o isolamento hospitalar era indicado a todos os casos graves, independentemente da nacionalidade, e também os casos em venezuelanos que eram desabrigados ou abrigados. Essa decisão foi tomada visando a não disseminação dos casos em ambientes com aglomerados de imigrantes, bem como facilidade de coletar todas as amostras necessárias no ambiente hospitalar sem perder o contato com o paciente sem residência fixa. Porém, facilitou a propagação no ambiente hospitalar em crianças suscetíveis (principalmente brasileiros). Além disso, o HCSA, único hospital infantil de referência estadual, não apresentava leitos suficientes para a demanda instalada, pois atendia os casos notificados em residentes de Boa Vista e também casos graves encaminhados da fronteira (Pacaraima/Brasil e Santa Helena de Uairém/Venezuela).
- **Coleta de amostras:** a coleta de amostras dos casos notificados em unidades básicas de saúde (sem laboratório de análises clínicas ativo) foram centralizadas na ERRS. Esta decisão foi tomada visando evitar a disseminação da doença, uma vez que a coleta domiciliar era realizada durante o período de transmissibilidade (**Figura 4**). Todas as primeiras amostras de



casos internados eram realizadas no ambiente hospitalar e as segundas amostras de todos os casos, tanto hospitalares como de unidade básica, eram realizadas pela ERRS. Porém, em muitos casos, a coleta da segunda amostra foi impossibilitada pelos casos suspeitos serem imigrantes sem residência fixa e que não foram mais encontrados após a alta hospitalar. As coletas de segunda amostra em pacientes abrigados/desabrigados eram realizadas nos próprios abrigos e praças (Figura 4).

No processo de reorganização das ações para o controle do surto e melhoria da capacidade técnica da equipe local, recebemos o apoio técnico e financeiro da Organização Pan-americana de Saúde – OPAS, que disponibilizou técnicos para trabalharem conjuntamente com as nossas equipes no planejamento, monitoramento e execução das ações. Este apoio foi fundamental para os resultados alcançados.

### **Declaração de Emergência (Social e de Saúde) e aumento dos casos em brasileiros no município de Boa Vista**

Em 15/02, o governo federal decretou emergência social em Roraima. A Prefeitura de Boa Vista, em decorrência da situação migratória intensa e do risco de calamidade social, decretou no dia 22/02 Situação Emergencial Social, com o objetivo de preservar a segurança e os direitos das crianças e adolescentes. Em 14 de março, novo decreto da PMBV foi publicado no Diário Oficial do município, decretando Situação de Emergência da Saúde, com prazo de 180 dias.

Segundo informações divulgadas na mídia, cerca de 40 mil imigrantes entraram pela fronteira do Brasil com a Venezuela entre 2016 e 2018, e segundo levantamento realizado pela Prefeitura Municipal de Boa Vista, no mês de junho de 2018, cerca de 25.000 imigrantes venezuelanos vivem em Boa Vista, o que representa 7,5% da população local, que é de 332mil habitantes.



**Figura 4.** À esquerda, coleta de amostra de sangue realizada pela equipe ERRS em abrigo e, à direita, coleta domiciliar

O surto de sarampo é considerado uma emergência em saúde pública. No nosso município foi iniciado pela crise migratória, onde todos os dias (segundo estimativas da PF) entravam pela fronteira em torno de 800 venezuelanos, em condições precárias de saúde, provenientes de área com surto de sarampo, desnutridos e sem comprovação vacinal. Porém apenas 15% dos casos confirmados em Venezuelanos, o período provável de exposição/infecção, foi na Venezuela. Esses casos foram notificados nos meses de fevereiro, março e abril.

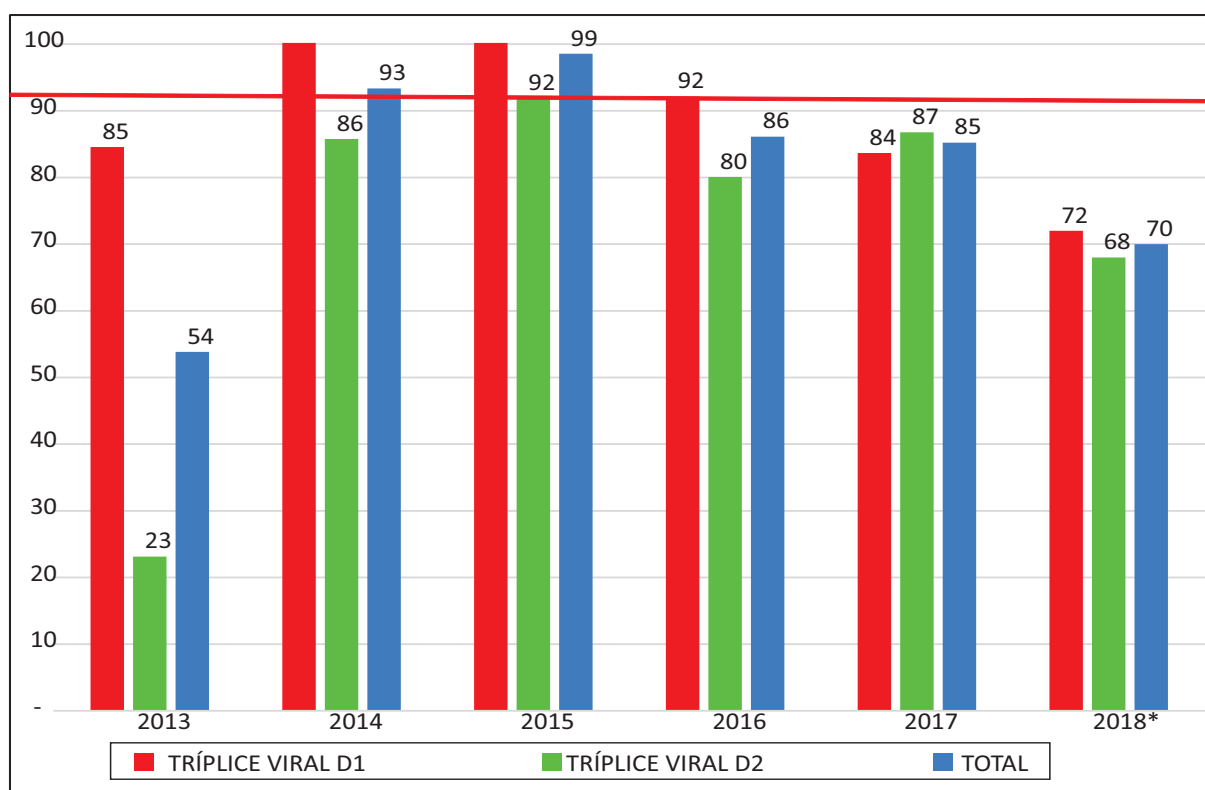
No município de Boa Vista, a cobertura vacinal da Tríplice Viral (D1 e D2) no primeiro ano de vida, nos últimos 5 anos, variou de 54%, em 2013, a 85%, em 2017 (gráfico 1).

O primeiro caso em brasileiro ocorreu na SE 09: trata-se de uma criança de 6 meses de idade em que não foi possível identificar a

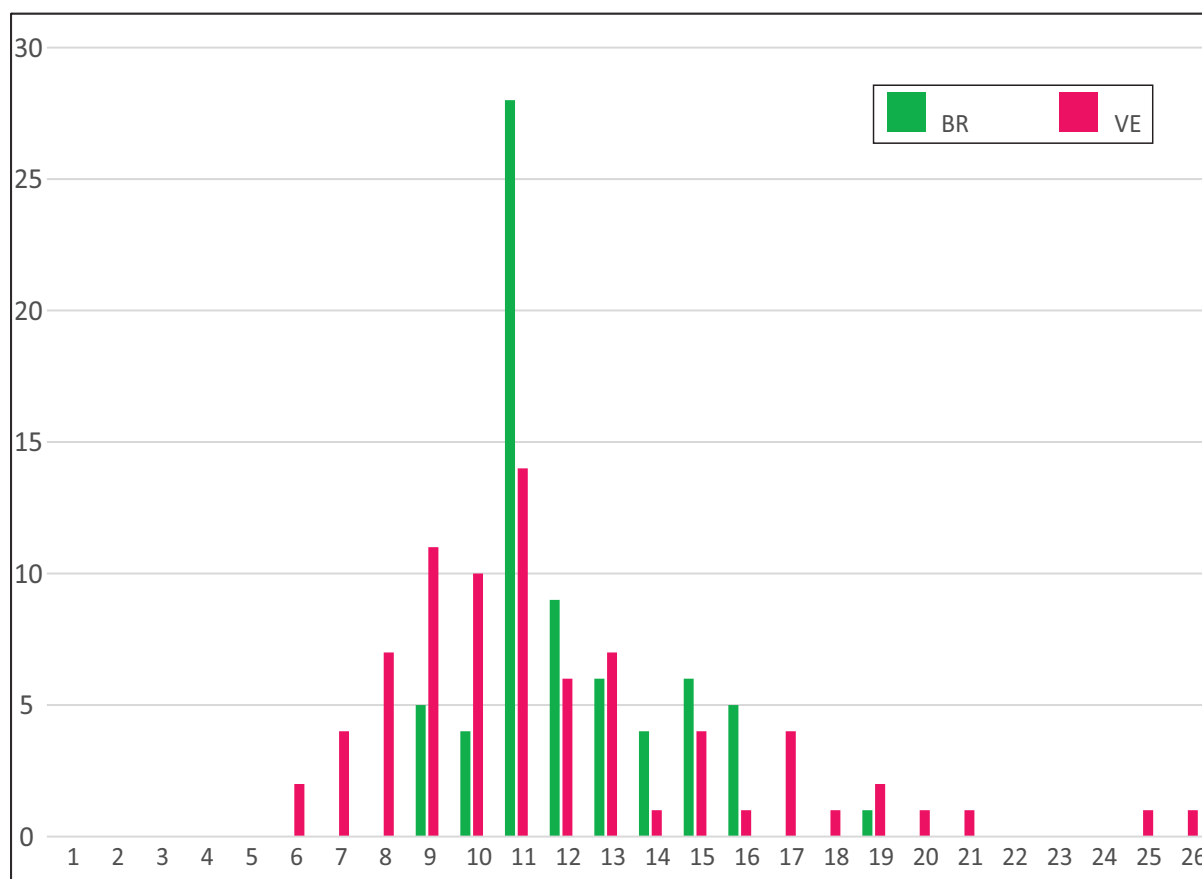
cadeia de transmissão. A partir daí, a ocorrência de casos em brasileiros aumentou e, na SE 11, o número de casos em brasileiros superou os casos em Venezuelanos (gráfico 2).

O surto iniciado na SE7 apresentava até a SE 26, 242 casos notificados: 147 confirmados, 42 descartados e 53 aguardando resultado.

Da SE 7 até a SE 26, os venezuelanos representam 42% de todos os casos notificados; 53% de casos confirmados; dentre os confirmados 65,3% residiam em abrigos/ruas/praças e 34% em residências compartilhadas com outras famílias venezuelanas. O início do surto foi concentrado na população imigrante, não indígena, abrigada e na faixa etária menor de 5 anos (52%; n=41), posteriormente e em virtude da baixa cobertura vacinal, espalhou-se para a população brasileira.



**Gráfico 1.** Cobertura de Vacinação com Tríplice Viral (D1 e D2) na população de 1 ano, residente em Boa Vista, Roraima, 2018



**Gráfico 2.** Casos de Sarampo segundo a nacionalidade e a SE da data do início do exantema, Boa Vista, RR – Brasil, junho de 2018

### Campanha de Vacinação Seletiva contra o Sarampo e considerações finais

Por se tratar de uma emergência em saúde pública, as três esferas de governo iniciaram o planejamento das ações de vacinação com o objetivo de melhorar a cobertura vacinal contra o sarampo em todo o estado de Roraima. Em reunião nacional, com a participação da SES-RR, foi apresentado ao Ministério da Saúde a proposta de vacinação seletiva para a população residente em Roraima na faixa etária de 6 meses a 49 anos de idade. O município de Boa Vista, assim como os demais municípios do estado, acordou com a faixa etária definida (6 meses a 49 anos) e ficou com uma meta de vacinar aproximadamente 253.881 pessoas.

No dia 10/03/2018 foi o início e dia “D” da Campanha de Vacinação Seletiva contra o sarampo no município de Boa Vista, que teve a duração até o dia 21/04/2018. A campanha foi planejada e executada com menos de 30 dias após a notificação do primeiro caso de sarampo. Para o dia “D” foram disponibilizados 50 postos fixos (UBS, shoppings, terminal de ônibus, escolas municipais) e 6 equipes móveis (pontos estratégicos com maior aglomerado de venezuelanos). Foi definido, que além do registro na Ficha do Vacinado para inserção no SI-PNI, das pessoas que fossem receber doses de vacina, também seria feito o Registro Anterior daquelas pessoas que procurassem o serviço durante a campanha para podermos saber o percentual de população já vacinada



contra o sarampo. Em todo o período da campanha foram administradas 47.125 doses de TV e compareceram nos locais de vacinação com comprovação de esquema completo de TV, 36.456 pessoas, correspondendo apenas a 32% da população-alvo protegida contra o sarampo.

Posteriormente foram elaboradas novas estratégias de vacinação para conter o surto, por meio da microprogramação:

#### **a) Vacinação nas Escolas e Creches**

A intervenção ocorreu em 135 escolas da rede municipal, estadual, federal e particulares em 16 bairros do município de Boa Vista. A população estimada para vacinação nas escolas era de 78.449 alunos, na faixa etária de 1 a 14 anos, no período de abril a junho. Foram avaliados 50.156 cartões de vacina; sendo que 35.550 deles apresentavam esquema vacinal com duas doses de TV registradas. Foram vacinados para completar ou iniciar esquema de vacinação de TV, 14.606 escolares.

Ficaram pendentes de avaliação 28.293 escolares. Essa pendência foi atribuída à falta de apresentação do cartão vacinal no momento em que a equipe de vacinação foi à escola; falta de autorização dos pais para administração da vacina no momento da atividade e, principalmente, dificuldade de mobilização dos pais pela equipe gestora escolar. Essa pendência está sendo resgatada pelos técnicos das escolas e profissionais da ESF do bairro das escolas.

#### **b) Vacinação nos Hotéis**

A vacinação na rede hoteleira do município de Boa Vista foi direcionada para os 12 hotéis da capital, no período de 23 a 25 de abril. Foram avaliados 147 cartões de vacinas dos

trabalhadores, destes, 57 (37%) encontravam-se com o esquema vacinal completo e 93 (63%) encontravam-se não vacinados, sem cartão de vacinação ou com vacinação incompleta e que receberam vacina.

#### **c) Vacinação casa a casa**

Foi programada a realização em duas etapas. A primeira etapa aconteceu no período de 22 a 30/05 de 2018 e a segunda etapa programada para realização no período de 3 a 20/07/2018.

Nessa etapa, foram selecionados os bairros com maior número de casos confirmados de sarampo; bairros sem equipamento de saúde e bairros mais populosos. O município de Boa Vista tem 53 bairros, que são divididos, para atenção à saúde, em 8 macro áreas. Para esta etapa, foram selecionados 9 bairros (Caranã, cidade Satélite, Tancredo Neves, Buritis, Asa Branca, Senador Hélio Campos, Equatorial e Monte das Oliveiras).

O resultado das ações do casa a casa, nesta primeira etapa, não foi muito satisfatório em relação a população encontrada no domicílio, pois apesar de terem sido visitados 24.268 imóveis, o que representa 89,15% do total de imóveis existentes nos 9 bairros selecionados, a população residente vacinada e encontrada vacinada correspondeu a apenas 29,70% da população residente no bairro (Quadro 1).

Quando avaliamos o resultado somente na população-alvo da estratégia casa a casa, população residente de 6 meses a 14 anos, observamos o mesmo resultado, cerca de 30%.

Esta atividade foi realizada no horário de 14 às 18 horas, com retorno no sábado à tarde.

Todas as atividades estão sendo reavaliadas pela equipe da sala de situação para melhorar os

resultados alcançados. Fatores externos, como o evento da copa do mundo, feriados municipais e início das provas escolares prejudicaram

muito o resultado das ações. Outras medidas de intervenção serão realizadas com o objetivo de conter o surto de sarampo em Boa Vista.

**Quadro 1.** Resumo dos resultados alcançados na 1ª etapa de vacinação casa a casa, no município de Boa Vista, maio de 2018.

Consolidado de Informações	Bairros Com Intervenção Casa A Casa							Total
	Asa Branca	Caraná	Cidade Satélite	Tancredo Neves	Buritis	Shc	Equatorial	
População Residente	6394	12080	7228	8524	11319	12177	6805	64527
População Encontrada Vacinada durante a Varredura	1108	516	3330	798	1472	2669	1838	11731
População Vacinada durante a Varredura	512	425	1052	791	921	1640	842	6183
Total da População com Vacinação contra o Sarampo	1620	941	4382	1589	2393	4309	2680	17914
<b>Percentual da População Vacinada contra o Sarampo</b>	<b>25,34</b>	<b>7,79</b>	<b>60,63</b>	<b>18,64</b>	<b>21,14</b>	<b>35,39</b>	<b>39,38</b>	<b>29,70</b>
População de 6 meses a 14 anos residente	1982	3745	2241	2642	3509	3775	2109	20003
População de 6 meses a 14 anos encontrada vacinada durante a Varredura	588	313	2108	351	723	1842	1142	7067
População de 6 meses a 14 anos vacinada durante a varredura	121	98	267	158	193	305	185	1327
Percentual da população de 6 meses a 14 anos com vacinação contra o sarampo	35,7	10,97	105*	19,26	26,1	56,8	62,9	30,24

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria Municipal de Saúde. Alerta – SVS/SMSA: Alerta para risco de ocorrência de casos de sarampo e caxumba e proteção contra essas doenças. Boa Vista, 2017.
  2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação do sarampo no Brasil – 2018. Informe nº 30. Brasília, 2018.
  3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Relatório final da investigação do surto de sarampo. Boa Vista, 2018.
  4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano de Contingência para Resposta às Emergências de Saúde. Brasília, 2016. 64 p.
  5. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de enfrentamento ao surto de sarampo. Sala de situação municipal de enfrentamento ao sarampo. Boa Vista, 2018.
- 
-