



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena
Coordenação-Geral de Gestão das Ações de Atenção à Saúde Indígena
Coordenação de Vigilância em Saúde Indígena

NOTA TÉCNICA Nº 23/2026-COVISI/CGGAS/DAPSI/SESAI/MS

1. ASSUNTO

1.1. Orientação aos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas em relação ao fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, imunização e resposta ao risco de introdução do sarampo nos territórios indígenas.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. O sarampo permanece como uma das doenças infecciosas mais transmissíveis conhecidas, representando importante ameaça à saúde pública em razão de seu elevado potencial de disseminação. O número básico de reprodução (R_0) do vírus, estimado entre 12 e 18, está entre os mais elevados das doenças transmissíveis, indicando que um único indivíduo infectado pode transmitir a doença para até 18 pessoas suscetíveis, na ausência de imunidade coletiva.

2.2. Em virtude dessa elevada transmissibilidade, pequenas reduções nas coberturas vacinais podem ser suficientes para permitir a rápida circulação do vírus, especialmente no público especial, áreas de difícil acesso, regiões de fronteira e localidades caracterizadas por intensa mobilidade populacional. Dessa forma, a manutenção de coberturas vacinais homogêneas iguais ou superiores a 95% constitui a principal estratégia para interromper a cadeia de transmissão e impedir a reintrodução da doença.

2.3. O Brasil recuperou, em novembro de 2024, a certificação de país livre do sarampo concedida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), resultado do fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, imunização e resposta rápida aos surtos. Entretanto, esse importante avanço permanece sob constante ameaça em decorrência da circulação internacional do vírus, da ocorrência de casos importados, da redução das coberturas vacinais em alguns territórios e da existência de bolsões populacionais suscetíveis.

2.4. Até a Semana Epidemiológica 38 de 2026, foram confirmados 42 casos de sarampo no Brasil, sendo 36 em São Paulo, 1 no Rio de Janeiro e 5 no Amazonas. Esses eventos demonstram que o risco de reintrodução permanece elevado e exige vigilância permanente em todas as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.5. O cenário epidemiológico nas Américas também inspira grande preocupação. Em 2025 foram registrados aproximadamente 15 mil casos

confirmados de sarampo e 29 óbitos na região, incluindo México, Guatemala, Estados Unidos, Canadá, Peru e Bolívia, aumentando significativamente o risco de importação para o território brasileiro. Destaca-se que cerca de 73% das mortes ocorreram em populações indígenas, evidenciando a maior vulnerabilidade desses povos diante da doença.

2.6. Considerando que diversos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) estão localizados em áreas de fronteira internacional, onde há intenso fluxo de pessoas entre comunidades indígenas de diferentes países, além de atividades comerciais, culturais e migratórias, o risco de introdução e disseminação do vírus nesses territórios é significativamente maior.

2.7. A vulnerabilidade das populações indígenas é potencializada também pela organização social, fatores operacionais e logísticos decorrentes do acesso aos serviços, elevada mobilidade entre aldeias e territórios transfronteiriços, existência de comunidades isoladas e de recente contato, heterogeneidade das coberturas vacinais entre aldeias e polos-base de um mesmo Dsei e quanto a limitações de acesso oportuno aos serviços especializados e laboratoriais.

3. POVOS INDÍGENAS ATENDIDOS PELO SASISUS: ANÁLISE SITUACIONAL

3.1. O modo de vida dos povos indígenas demandam atenção diferenciada na prevenção e controle do sarampo, sobretudo, quanto ao impacto da doença, com fatores que potencializam a transmissibilidade e as formas graves da doença, em decorrência da vulnerabilidade alimentar, coinfeções e diagnóstico tardio.

3.2. A localização de diversos Dsei em faixa de fronteira internacional com circulação frequente entre comunidades indígenas e não indígenas de diferentes países interferem diretamente na manutenção de altas coberturas vacinais, corroborado pela necessidade de deslocamentos prolongados das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) em aldeias remotas de difícil acesso e em áreas de insegurança civil, conflitos, invasões e com impactos decorrentes das mudanças climáticas.

3.3. Nas Américas, aproximadamente 73% dos óbitos por sarampo registrados em 2025 ocorreram em populações indígenas, evidenciando a importância da vacinação oportuna e da vigilância ativa nesses territórios. Nesse contexto, destacam-se 14 Dsei com territórios indígenas transfronteiriços constituindo um importante desafio para a vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis, especialmente do sarampo, em um cenário de redução das coberturas vacinais e de reemergência da doença em diferentes países da Região das Américas.

3.4. A região de tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru requer atenção prioritária no contexto da vigilância do sarampo, considerando a ocorrência de casos confirmados em Tabatinga/AM relacionados à importação e a intensa mobilidade populacional entre os três países.

3.5. Nesse contexto, os Dsei que possuem territórios de abrangência próximos às áreas fronteiriças devem potencializar ações de vigilância epidemiológica, com a identificação oportuna de casos suspeitos, a busca ativa de pessoas não vacinadas ou com esquema vacinal incompleto e a avaliação das coberturas vacinais, especialmente em comunidades com maior mobilidade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

3.6. Reitera-se as recomendações para implementação da dose zero (D0) da vacinação contra o sarampo, em crianças indígenas de 6 meses a 11 meses e 29 dias nos Dsei Alto Rio Solimões, Alto Rio Juruá, Vale do Javari, Alto Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes, Cuiabá, Mato Grosso do Sul, Vilhena, Porto Velho e Alto Rio Negro, conforme NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 325/2026-COVISI/CGGAS/DAPSI/SESAI/MS e nas situações recomendadas pela Nota Técnica nº 21/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS, em ações de bloqueio vacinal e varredura casa a casa no polígono circunvizinho ao caso suspeito ou confirmado de sarampo no Brasil.

3.7. Ressalta-se que a dose zero constitui medida adicional de proteção e não substitui as doses de rotina previstas no Calendário Nacional de Vacinação, que deverão ser administradas posteriormente nas idades recomendadas.

4. ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DAS VACINAS COM COMPONENTE SARAMPO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS (2025 E 2026)

4.1. O Quadro 1 apresenta as coberturas vacinais alcançadas pelos DSEI para as vacinas contendo o componente sarampo nos anos de 2025 e 2026. O indicador considera todas as faixas etárias recomendadas para avaliação do esquema vacinal completo, contemplando a primeira dose (D1), a segunda dose (D2) ou a dose única (DU).

Quadro 1. Coberturas vacinais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) para vacinas contendo o componente sarampo, com as doses que fecham o esquema (D1, D2 ou Dose Única), na população indígena até 59 anos. Brasil, 2025-2026

REGIÕES	UF	DSEI	2025	2026*
Nordeste	AL	Alagoas/Sergipe	98,1	99,5
Norte	PA	Altamira	98,0	97,1
Norte	AC	Alto Rio Juruá	89,7	80,7
Norte	AM	Alto Rio Negro	95,9	99,6
Norte	AC	Alto Rio Purus	96,7	97,3
Norte	AM	Alto Rio Solimões	94,9	97,8
Norte	AP	Amapá e Norte Pará	69,6	55,7
Centro - Oeste	GO	Araguaia	95,4	96,3
Nordeste	BA	Bahia	84,1	97,4
Nordeste	CE	Ceará	99,2	94,5
Centro - Oeste	MT	Cuiabá	99,2	99,5
Norte	PA	Guamá Tocantins	89,5	88,8
Centro - Oeste	MT	Kaiapó-MT	99,4	98,5
Norte	PA	Kaiapó-PA	98,3	87,4
Norte	RR	Leste RR	88,5	86,2
Sudeste	MG/ES	M. Ger e Esp.Santo	53,0	99,3
Norte	AM	M. Rio Solimões	96,7	97,8
Norte	AM	Manaus	98,1	98,9
Nordeste	MA	Maranhão	97,2	98,1
Centro - Oeste	MS	Mato G. do Sul	86,1	67,9
Norte	AM	Médio Rio Purús	96,2	97,6
Sul - Sudeste	SC, SP, RS	Interior Sul	95,7	93,7
Norte	AM	Parintins	97,5	99,8

Nordeste	PE	Pernambuco	94,9	99,0
Norte	RO	Porto Velho	96,6	94,9
Nordeste	PB	Potiguara	99,3	86,0
Norte	PA	Rio Tapajós	94,0	91,4
Sul - Sudeste	RJ, SP, PR	Litoral Sul	98,8	97,7
Norte	TO	Tocantins	99,4	98,3
Norte	AM	Vale do Javari	100,0	99,2
Norte	RO	Vilhena	94,0	91,9
Centro - Oeste	MT	Xavante	97,2	95,9
Centro - Oeste	MT	Xingú	99,6	99,0
Norte	RR	Yanomami	96,1	86,2

Fonte: Instrumento de monitoramento das Coberturas Vacinais.
COVISI/CGGAS/DAPSI/Sesai/MS, 2025 e 1º semestre de 2026. *Dados sujeitos à revisão.

4.2. Em 2025, 23 dos 34 Dseis (67,6%) alcançam ou superam a meta de 95,0%, enquanto 11 (32,4%) permanecem abaixo da meta. Em 2026, considerando os dados parciais referentes ao primeiro semestre, 21 Dsei (61,8%) apresentam cobertura igual ou superior a 95,0%, enquanto 13 (38,2%) permanecem abaixo da meta. Observa-se, portanto, que dois Dseis que em 2025 não alcançaram a meta mínima, alcançaram em 2026 (Alto Rio Solimões e Pernambuco) , acompanhados de dois Dseis que saíram do status de meta mínima alcançada (Ceará e Interior Sul) em 2025, para não alcançado em 2026.

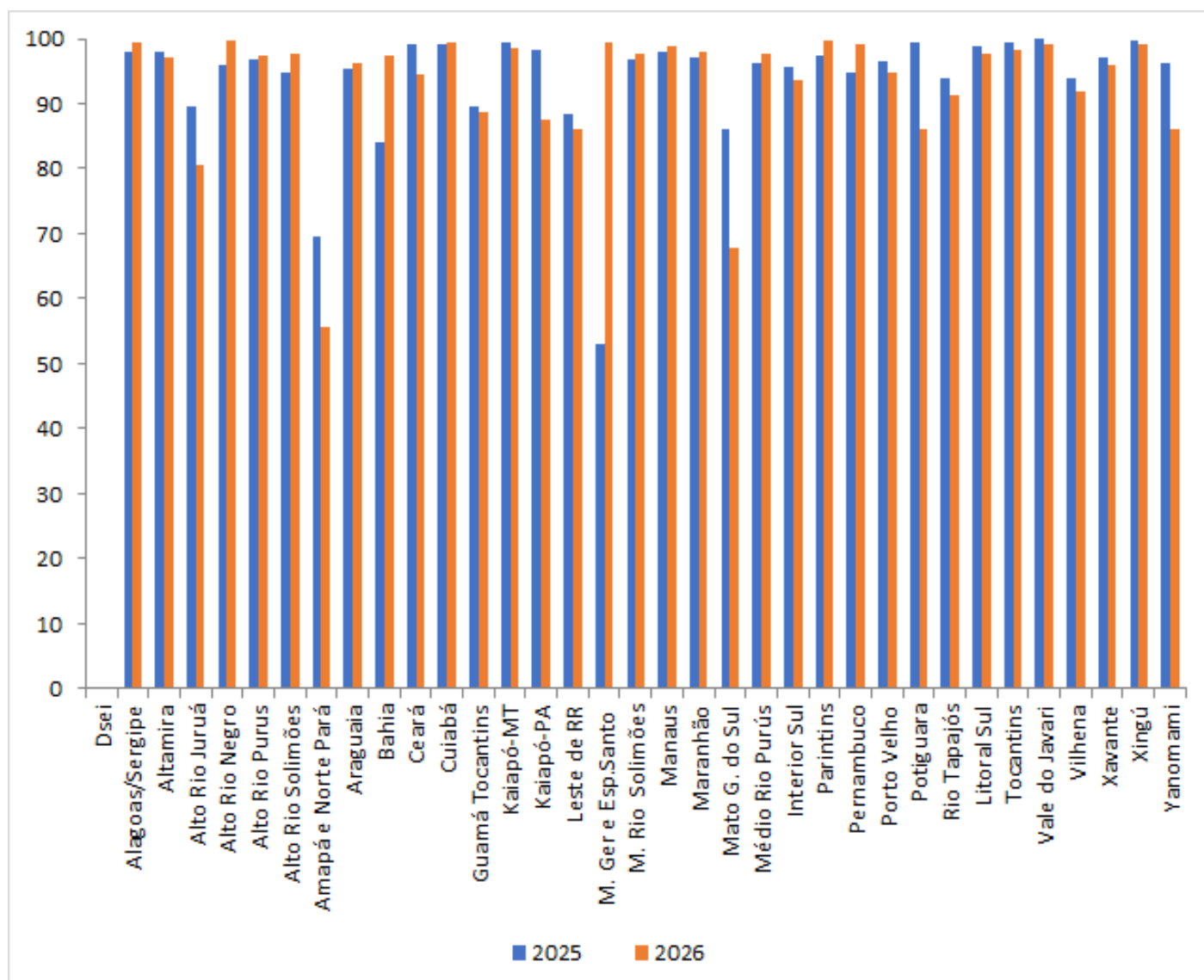
4.3. Mesmo considerando que os dados de 2026 ainda são parciais, observa-se um sinal de alerta em relação ao comportamento das coberturas vacinais, reforçando a necessidade de monitoramento oportuno dos territórios e de identificação precoce das áreas que requerem intensificação das ações de vacinação e recuperação das coberturas.

4.4. Até o primeiro semestre de 2026, 21 Dseis apresentam cobertura $\geq 95,0\%$. São eles: Alagoas e Sergipe (99,5%), Altamira (97,1%), Alto Rio Negro (99,6%), Alto Rio Purus (97,3%), Alto Rio Solimões (97,8%), Araguaia (96,3%), Bahia (97,4%), Cuiabá (99,5%), Kayapó-MT (98,5%), Minas Gerais e Espírito Santo (99,3%), Médio Rio Solimões e Afluentes (97,8%), Manaus (98,9%), Maranhão (98,1%), Médio Rio Purus (97,6%), Parintins (99,8%), Pernambuco (99,0%), Litoral Sul (97,7%), Tocantins (98,3%), Vale do Javari (99,2%), Xavante (95,9%) e Xingu (99,0%).

4.5. O Amapá e Norte Pará apresentou cobertura de 55,7%, constituindo o menor percentual observado entre os Dseis. Na sequência, observam-se Mato Grosso do Sul (67,9%), Alto Rio Juruá (80,7%), Potiguara (86,0%), Leste de Roraima (86,2%), Yanomami (86,2%), Kayapó-PA (87,4%) e Guamá-Tocantins (88,8%). Esses resultados evidenciam priorização das ações de imunização nos respectivos Dseis, com adoção de estratégias de recuperação imediata das coberturas vacinais em pelo menos 95%, buscando a proteção individual e coletiva dessa população. Também permanecem abaixo da meta os Dseis Rio Tapajós (91,4%), Vilhena (91,9%), Interior Sul (93,7%) e Ceará (94,5%) (Quadro 1).

4.6. Os Dseis com coberturas com cobertura igual ou superior à meta devem manter o acompanhamento contínuo, especialmente nos territórios de fronteira, de elevada mobilidade populacional e de difícil acesso. A cobertura agregada do Dsei pode não refletir a distribuição territorial das coberturas, podendo ocultar diferenças entre Polos Base, aldeias e microáreas.

Gráfico 1. Cobertura Vacinal (vacinas com componente Sarampo), por Distrito Sanitário Especial Indígena, Brasil, 2025 e 2026*



Fonte: Planilhas padronizadas enviadas pelos DSEIs à SESAI (2025 e 1º semestre de 2026). *Dados parciais sujeitos à alteração.

4.7. A queda na cobertura vacinal em alguns Dseis podem revelar sobretudo, dentre outros aspectos, a capacidade operacional frente às emergências climáticas e outras emergências em saúde pública. Entre as maiores reduções observadas, destaca-se Mato Grosso do Sul, cuja cobertura passa de 86,1% em 2025 para 67,9% em 2026, representando redução de 18,2%. No Amapá e Norte Pará, observa-se redução de 69,6% para 55,7%, correspondendo a 13,9%. No Kayapó-PA, observa-se redução de 98,3% para 87,4%, correspondendo a 10,9%. No Yanomami, a cobertura passa de 96,1% para 86,2%, representando redução de 9,9%.

4.8. Também registra-se reduções no Dsei Alto Rio Juruá, cuja cobertura passa de 89,7% para 80,7%, no Dsei Potiguará, a cobertura passa de 99,3% para 86,0%, representando redução de 13,3%. No Dsei Interior Sul a redução foi de 95,7% para 93,7%, no Rio Tapajós, de 94,0% para 91,4%, e no Leste de Roraima, de 88,5% para 86,2% (Gráfico 1).

4.9. Essas reduções requerem acompanhamento e investigação, considerando que os dados de 2026 são parciais e podem sofrer alterações com a continuidade das ações de vacinação e a atualização dos registros. Na interpretação

dos resultados, devem ser considerados fatores relacionados ao denominador populacional, atualização cadastral, mobilidade da população, oportunidade de registro das doses, hesitação vacinal e redução na busca ativa das ações extramuros e completude dos registros.

4.10. Por outro lado, observa-se evolução expressiva em alguns Dseis. Em Minas Gerais e Espírito Santo, a cobertura passa de 53,0% em 2025 para 99,3% em 2026, representando aumento de 46,3%. Na Bahia, observa-se aumento de 84,1% para 97,4%, correspondendo a 13,3%.

5. RECOMENDAÇÕES AOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS

5.1. Reitera-se as recomendações da NOTA TÉCNICA Nº 9/2025-COVISI/CGGAS/DAPSI/SESAI/MS (25000.142479/2025-48), fluxograma do roteiro para confirmação ou descarte de caso suspeito de sarampo, notificação, checklist de ações diante de casos suspeitos e bloqueio vacinal;

5.2. Qualificar profissionais estratégicos da Diasi/Dsei e EMSI, para resposta rápida e demais profissionais na identificação e notificação imediata de todo caso suspeito de doença febril exantemática;

5.3. Assegurar coleta e envio adequado e oportuno de amostras laboratoriais por meio do mapeamento da rede de forma integrada aos municípios e Estado;

5.4. Fortalecer a integração entre vigilância epidemiológica e assistência nos Dseis, com o protagonismo do Agente Indígena de Saúde (AIS) como importante identificador de doenças exantemáticas no território;

5.5. Revisar e atualizar a situação vacinal da população indígena e monitorar regularmente as coberturas vacinais por aldeia, polo-base e Dsei, com coberturas iguais ou superiores a 95%

5.6. Fortalecer ações de comunicação em saúde junto às comunidades indígenas, lideranças, Agentes Indígenas de Saúde (AIS), Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan) e demais parceiros locais, visando combater a desinformação, ampliar a confiança nas vacinas, estimular a vacinação oportuna, divulgar sinais e sintomas do sarampo, orientar sobre a importância da notificação imediata.

5.7. Realizar o registro das doses aplicadas de forma oportuna e intensificar a digitação das informações enviadas pelas EMSI e que se encontram represadas nos Dsei, no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI).

6. VIGILÂNCIA EM ÁREAS DE ENTORNO DE POVOS ISOLADOS E EM ISOLAMENTO VOLUNTÁRIO

6.1. Considerando a possibilidade de exposição indireta decorrente de deslocamentos, circulação de pessoas, atividades econômicas, atendimento de saúde e demais interfaces territoriais, os DSEI deverão fortalecer a vigilância epidemiológica nas áreas de entorno de povos isolados ou em isolamento voluntário assistidos no âmbito do SasiSUS.

6.2. As deverão contemplar os seguintes aspectos:

a) Não realizar aproximação, contato, vacinação direta de povos isolados ou em isolamento voluntário fora dos protocolos específicos

de proteção desses povos.

b) Fortalecer a vigilância de rumores, síndromes febris e exantemáticas nas áreas de entorno e nos pontos de circulação relacionados ao território.

c) Mapear corredores de mobilidade e pontos de contato potencial com população externa.

d) Estabelecer fluxo imediato de comunicação entre equipes de vigilância, DIASI, coordenação distrital e áreas responsáveis pela proteção de povos isolados.

e) Preparar resposta vacinal nas populações contactáveis e elegíveis do entorno, quando houver risco epidemiológico.

f) Manter análise permanente de mudanças de mobilidade, deslocamentos e introdução de pessoas provenientes de áreas com circulação viral.

7. POVOS INDÍGENAS DE RECENTE CONTATO

7.1. Considerando o elevado risco de introdução e disseminação do sarampo na região das Américas e a maior vulnerabilidade dos povos indígenas de recente contato às doenças imunopreveníveis, os DSEI que possuem territórios com a presença desses povos deverão adotar medidas de intensificação máxima das ações de vigilância e da vacinação, com objetivo operacional de avaliar nominalmente 100% da população e alcançar vacinação de 100% dos indivíduos elegíveis às vacinas indicadas, ressalvadas contraindicações e situações clínicas que demandem avaliação específica.

7.2. As ações deverão observar as seguintes orientações:

a) Atualizar nominalmente a situação vacinal de toda população.

b) Realizar busca ativa para indivíduos sem comprovação vacinal ou e trânsito.

c) Priorizar vacinação em tempo oportuno diante de deslocamentos e exposição.

d) Integrar as ações de vacinação, vigilância, assistência e proteção territorial.

e) Registrar as doses individualmente e monitorar pendências.

f) Comunicar imediatamente qualquer caso suspeito de doença exantemática.

8. MUDANÇAS CLIMÁTICAS, EVENTOS EXTREMOS E RESILIÊNCIA OPERACIONAL

8.1. Os Dseis que enfrentam impactos recorrentes de seca, estiagem, enchentes, inundações, queimadas, ondas de calor ou ondas de frio, surtos de arboviroses, como dengue e chikungunya, ou outras alterações sazonais que comprometam os deslocamentos, a comunicação, a cadeia de frio, o abastecimento, a disponibilidade de insumos ou a presença das EMSI deverão incorporar a

estratégia de vacinação aos seus planos de preparação e resposta.

8.2. A ocorrência de surtos de dengue e chikungunya deve ser considerada no planejamento da vacinação, uma vez que o aumento da demanda assistencial e das ações de vigilância e controle de arboviroses pode sobrecarregar as equipes, modificar temporariamente a organização do trabalho e reduzir a disponibilidade para atividades de vacinação de rotina, busca ativa, ações extramuros e atualização dos registros vacinais. Nesses cenários, os Dsei deverão estabelecer medidas para preservar a continuidade da vacinação, evitar o acúmulo de pessoas com esquemas incompletos e recuperar oportunamente as ações eventualmente interrompidas ou reduzidas durante a resposta aos surtos.

8.3. Quando eventos climáticos extremos ocorrerem simultaneamente a surtos de arboviroses, deverá ser realizada avaliação integrada dos riscos epidemiológicos e operacionais, considerando a disponibilidade das EMSI, as condições de deslocamento, o acesso às aldeias, a conservação dos imunobiológicos, o abastecimento de insumos e a necessidade de reorganização temporária das rotas e estratégias de vacinação

8.4. Cada Dsei nessa condição deverá manter ou atualizar um Plano de Resiliência para Imunização e um Plano Logístico específico para ações de intensificação, contemplando, no mínimo:

- a) Mapa de rotas terrestres, fluviais e aéreas e alternativas de acesso.
- b) Calendário de sazonalidade e períodos críticos para deslocamento.
- c) Plano de contingência da cadeia de frio e fontes alternativas de energia.
- d) Reserva técnica de insumos, materiais de vacinação, dispositivos de registro e equipamentos de proteção.
- e) Definição de equipes e rotas alternativas para manutenção da vacinação.
- f) Comunicação de emergência entre DSEI, Polos Base, UBSI e nível central.
- g) Programação de doses e insumos com margem de segurança para perdas logísticas previsíveis.
- h) Solicitação de cotas extras de imunobiológicos e insumos quando a demanda extraordinária estiver tecnicamente justificada.
- i) Critérios de priorização das aldeias quando houver interrupção temporária de acesso.
- j) Plano para recuperação das doses perdidas ou adiadas após o evento extremo.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

9.1. A manutenção da eliminação do sarampo no Brasil depende da articulação interfederativa e atuação coordenada entre vigilância epidemiológica, imunização e resposta rápida frente aos casos suspeitos.

9.2. Nos territórios indígenas, onde coexistem desafios logísticos, intensa mobilidade populacional, áreas de fronteira internacional e maior vulnerabilidade epidemiológica, torna-se imprescindível manter elevadas coberturas vacinais homogêneas, fortalecer a vigilância das doenças exantemáticas e garantir

capacidade de resposta imediata diante de qualquer suspeita de circulação viral.

9.3. A Coordenação de Vigilância em Saúde Indígena (Covisi) por meio da Secretaria de Saúde Indígena/MS reafirma seu compromisso com a proteção da saúde dos povos indígenas e orienta que todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas mantenham estado permanente de alerta para o sarampo, intensificando as ações de vacinação, vigilância epidemiológica, busca ativa e investigação de casos, contribuindo para a manutenção da eliminação da doença no Brasil.

10. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota Técnica nº 71/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS - Orientações para o uso da dose zero (D0) da vacina tríplice viral em crianças de 6 meses a 11 meses e 29 dias nos municípios de São Paulo/SP e Guarulhos/SP. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-no-71-2026-cgici-dpni-svsa-ms.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota Técnica Conjunta nº 116/2026-DPNI/SVSA/MS - Revoga a Nota Técnica Conjunta Nº 80/2026-DPNI/SVSA/MS e atualiza o risco de reintrodução do sarampo no território nacional e recomendações de vacinação para viajantes brasileiros com destino aos países sede da Copa do Mundo da FIFA 2026™ (Estados Unidos, México e Canadá). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-conjunta-no-116-2026-dpni-svsa-ms.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota Técnica Conjunta nº 344/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS - Atualiza algumas orientações técnicas sobre a vigilância do sarampo, da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) e substituem os respectivos itens do Guia de Vigilância em Saúde 6ª edição Revisada, Brasília 2024, a saber: definição de caso suspeito de sarampo e de rubéola; alteração das nomenclaturas de busca ativa de casos suspeitos de sarampo e rubéola; coleta de amostras nos casos suspeitos de SRC; linha do tempo da rubéola; indicadores de qualidade da vigilância das doenças exantemáticas e da vigilância da SRC; boletim de notificação semanal. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-344-2025-cgvdi-dpni-svsa-ms.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota Técnica Conjunta nº 345/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS - Atualiza as orientações técnicas sobre a vigilância do sarampo e da rubéola e substituem os seguintes itens do Guia de Vigilância em Saúde – 6ª edição Revisada, Brasília 2024: conduta frente a caso suspeito/confirmado de sarampo e vacinação. Ainda, orientam quanto as ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de sarampo e acrescentam novos itens, como a linha do tempo do sarampo e busca ativa. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-345-2025-cgvdi-dpni-svsa-ms.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota Técnica Conjunta nº 02/2025-SCTIE/SAPS/SVSA/MS - Autoriza em caráter excepcional e temporário, o uso do palmitato de retinol (vitamina A), nas apresentações cápsulas de 100.000 UI e 200.000 UI, fornecidas pelo Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), para administração em crianças menores de cinco anos com suspeita de infecção por sarampo no Brasil, visando à redução da

ocorrência de complicações e da morbimortalidade associadas à doença. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-2-2025-sctie-saps-svsa-ms.pdf/view>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Nota Técnica Conjunta Nº 234/2026-CGVDI/DPNI/SVSA/MS - Alerta para intensificação das ações e sensibilização dos serviços de saúde quanto à identificação de casos suspeitos de sarampo diante do cenário epidemiológico nacional e internacional. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-conjunta-no-324-2026-cgvdi-dpni-svsa-ms.pdf/view>.



Documento assinado eletronicamente por **Tatiane Fernandes Portal de Lima, Coordenador(a) de Vigilância em Saúde Indígena**, em 25/09/2026, às 16:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antônio Fernando da Silva, Coordenador(a)-Geral de Gestão das Ações de Atenção à Saúde Indígena**, em 25/09/2026, às 17:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Idjarrury Sompere, Diretor(a) do Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena**, em 25/09/2026, às 18:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0058309248** e o código CRC **D954E17E**.

Referência: Processo nº 25000.146227/2026-79

SEI nº 0058309248

Coordenação de Vigilância em Saúde Indígena - COVISI
Esplanada dos Ministérios - Bloco O - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70052-900
Site - saude.gov.br