Atualização Epidemiológica de Sarampo na Região das Américas

2 de maio de 2025

Resumo em nível global

De acordo com os dados mensais de vigilância do sarampo e da rubéola, publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2025, até 10 de abril de 2025, 82.068 casos suspeitos de sarampo foram notificados em 156 Estados Membros nas seis regiões da OMS, dos quais 39.281 (47,9%) foram confirmados[1]. Em 2024, 706.913 casos suspeitos de sarampo foram notificados em 184 Estados Membros da OMS, dos quais 359.466 (50,9%) foram confirmados *(1)*.

Resumo da situação na Região das Américas

Em 2025, entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 16, na Região das Américas, foram confirmados 2.325 casos de sarampo, incluindo quatro óbitos, na Argentina (n= 22), Belize (n= 7)[2], Estado Plurinacional da Bolívia (n= 1), Brasil (n= 5), Canadá (n= 1.069)[3], México (n= 421 casos, incluindo um óbito) e Estados Unidos da América (n= 800, incluindo três óbitos) (**Figura 1**) *(2-8)*. Esse total representa um aumento de 11 vezes em comparação com os 205 casos de sarampo registrados no mesmo período em 2024.

A distribuição dos casos confirmados de sarampo na Região das Américas por semana epidemiológica mostra um aumento de casos a partir da SE 3 de 2025, com o número máximo de casos registrados na SE 14 relacionado a surtos em comunidades relutantes à vacinação distribuídas em vários países da região. De acordo com as informações disponíveis sobre os casos confirmados, a faixa etária com a maior proporção de casos corresponde à faixa etária de 10 a 19 anos (24%), à faixa etária de 1 a 4 anos (22%) e à faixa etária de 20 a 29 anos (19%). Com relação ao histórico de vacinação, 30% dos casos não foram vacinados e em 65% dos casos essa informação era desconhecida ou inexistente (**Figura 2**) *(9)*.

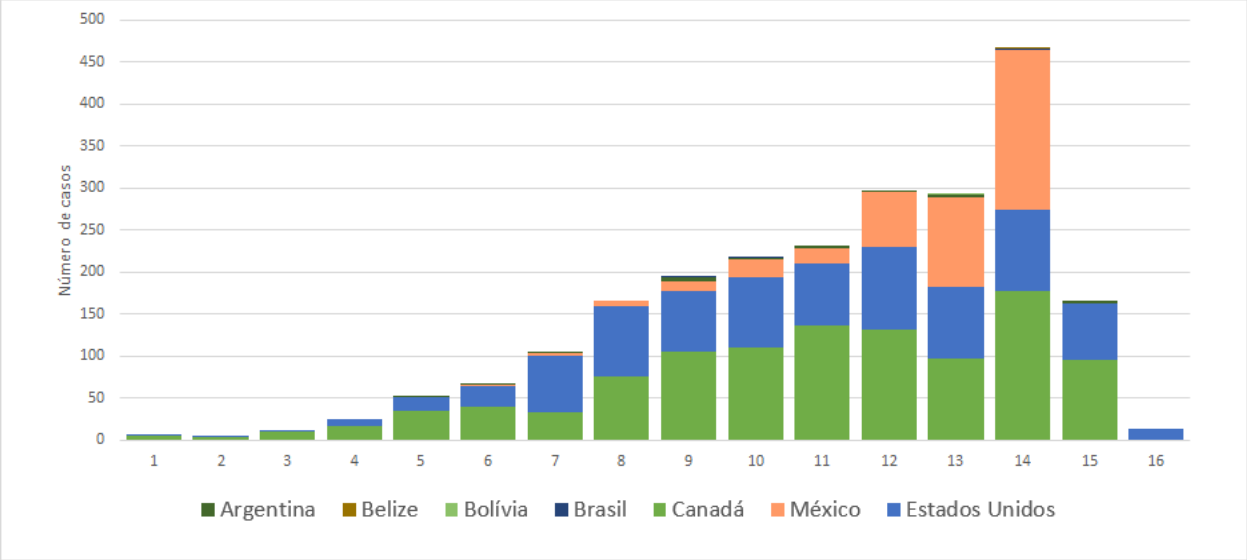
Em 2024, entre SE 1 e SE 52, na Região das Américas, foram notificados 17.887 casos suspeitos de sarampo, dos quais 465 casos foram confirmados na Argentina (n= 14), Bermudas (n= 2), Bolívia (n= 3), Brasil (n= 5), Canadá (n= 146), Estados Unidos (n= 284), México (n= 7), Peru (n= 2) e Turks e Caicos (n= 2). De acordo com as informações disponíveis sobre os casos confirmados em 2024, as faixas etárias com a maior proporção de casos correspondem à faixa etária de 10 a 19 anos (27%), à faixa etária de 1 a 4 anos (25%) e à faixa etária de 20 a 29 anos (23%). Com relação ao histórico de vacinação, 63% dos casos não foram vacinados e em 18% era desconhecido ou ausente *(9)*.

---

[1] Inclui casos confirmados em laboratório, critérios clínicos ou epidemiológicos.
[2] O número de casos de sarampo em Belize inclui casos confirmados por critérios clínicos e epidemiológicos.
[3] O número de casos de sarampo no Canadá inclui casos confirmados e prováveis.

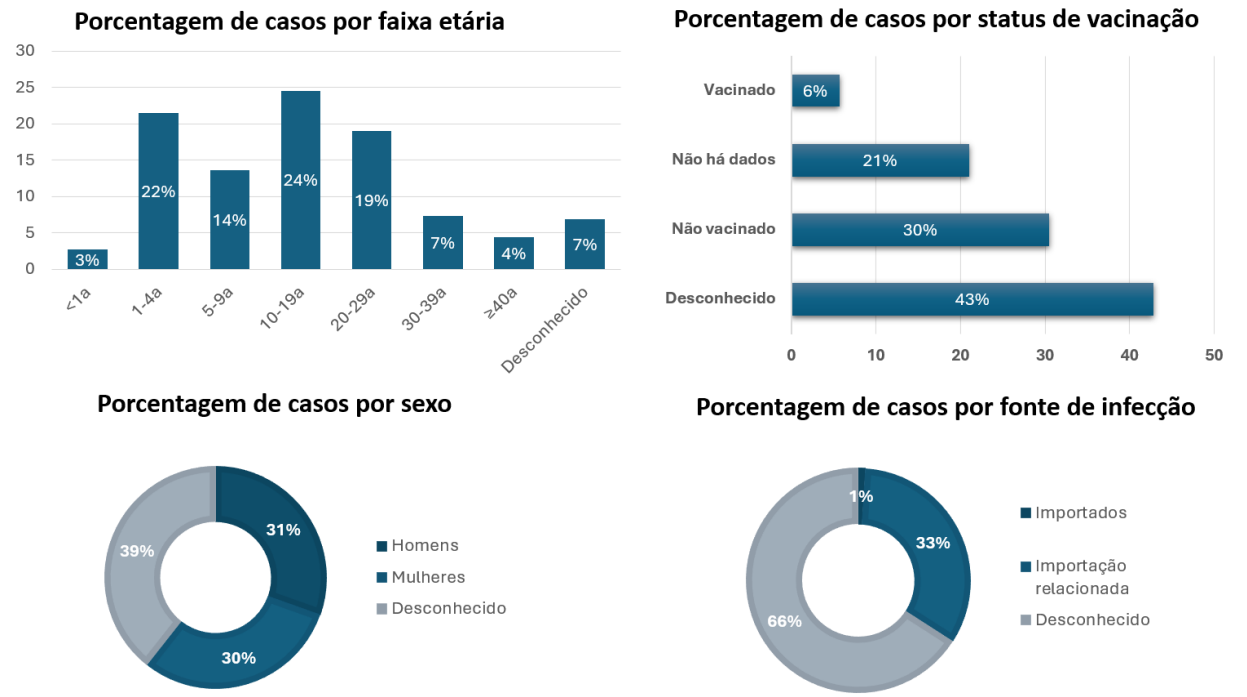
Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Atualização Epidemiológica: Sarampo na Região das Américas, 2º de maio de 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025.

Figura 1. Casos confirmados* de sarampo por semana epidemiológica de início de exantema ou de notificação e país na Região das Américas, 2025 (até SE 16).



*** Nota:** Inclui casos confirmados e prováveis para o Canadá.
Fonte: Adaptado de dados fornecidos pelos respectivos países *(2-8)*.

Figura 2. Distribuição percentual dos casos confirmados de sarampo por faixa etária, sexo, situação vacinal e fonte de infecção na Região das Américas, 2025.

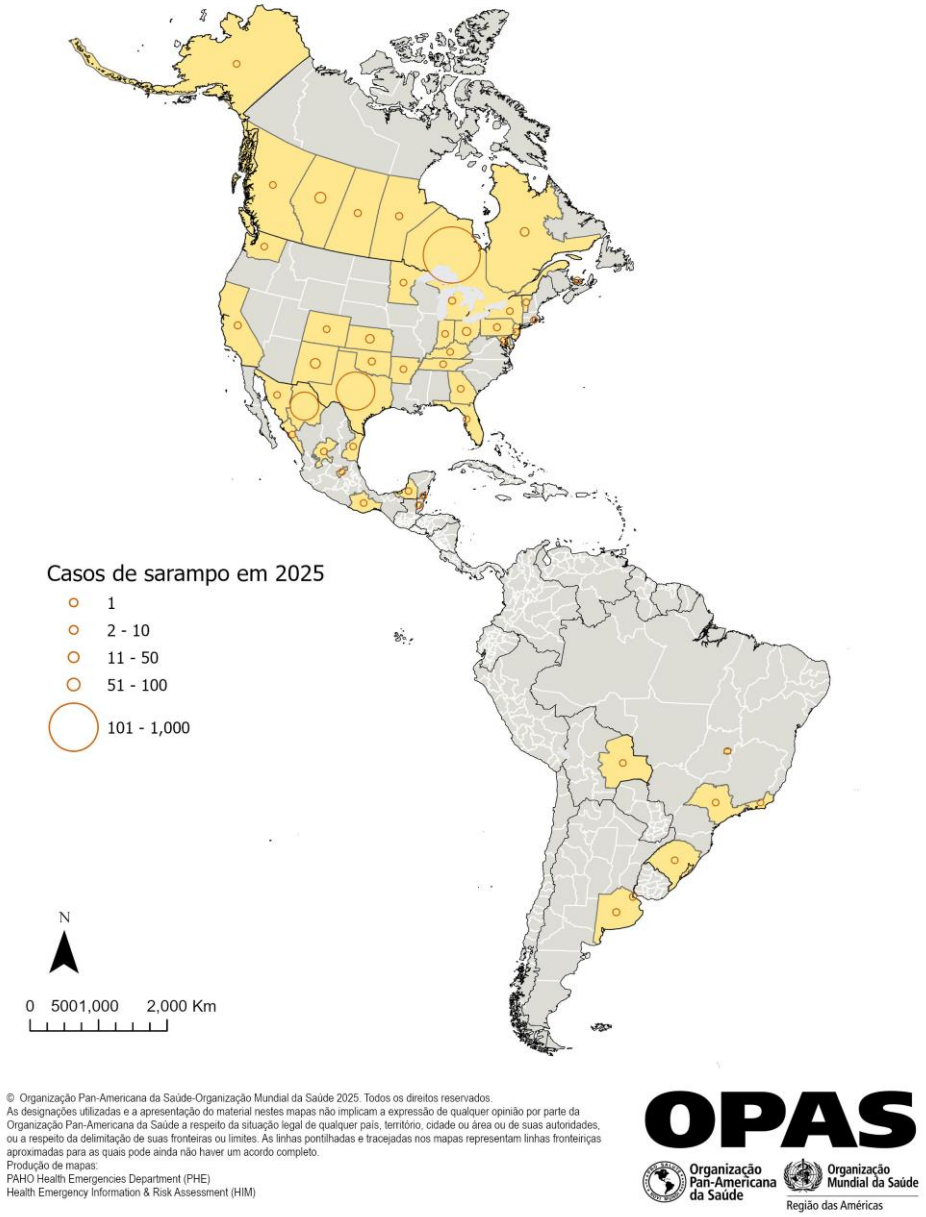


Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema Integrado de Informação de Vigilância (ISIS) para poliomielite, sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita e relatórios de país para o CIM/OPAS. Washington, D.C.: OPAS; 2025 [acesso em 28 de abril de 2025]. Não publicado.

Situação epidemiológica do sarampo em 2025, por país, na Região das Américas

A seguir, apresenta-se uma atualização sobre a situação epidemiológica do sarampo em países que relataram casos confirmados nas Américas em 2025. Desde o último alerta epidemiológico da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) publicado em 28 de fevereiro de 2025, os países que notificaram casos confirmados na Região das Américas foram Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, México e Estados Unidos **(Figura 3)** *(2-8)*.

Figura 3: Distribuição geográfica dos casos confirmados de sarampo a nível subnacional (em amarelo) na Região das Américas, 2025 (até a SE 16)



Fonte: Adaptado de dados fornecidos pelos respectivos países *(2-8)*.

Na **Argentina**, entre SE 1 e SE 16 de 2025, foi confirmado um total de 22 casos de sarampo, 10 na Cidade Autônoma de Buenos Aires (CABA) e 12 na Província de Buenos Aires. Três casos são importados, 15 estão relacionados a casos importados e quatro estão sendo investigados para estabelecer o possível vínculo com as cadeias de transmissão de casos importados *(2, 10)*.

O primeiro caso em 2025 foi notificado em 31 de janeiro em uma menina de seis anos de idade com histórico de viagem internacional. O segundo caso, irmã de 20 meses de idade do caso índice, foi notificado em 3 de fevereiro de 2025. Nenhuma das duas crianças tinha histórico de vacinação contra o sarampo. Os testes confirmaram a presença do vírus em ambas por meio da detecção do genoma viral por rRT-PCR *(2, 10)*. Desde a identificação desses casos, outros 20 casos foram confirmados até 25 de abril em pessoas com idade entre 5 meses e 40 anos. Um caso da província de Buenos Aires tem um histórico de viagem à Tailândia, com a genotipagem que descarta a relação epidemiológica com os outros casos. Dois casos precisaram de hospitalização devido à pneumonia, os outros casos foram tratados em nível ambulatorial e todos evoluíram favoravelmente. Quatorze dos casos foram confirmados no Laboratório Nacional de Referência do INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán" com a identificação do genótipo B3, enquanto o caso com histórico de viagem à Tailândia foi confirmado com a identificação do genótipo D8 *(2, 10)*.

Em **Belize**, entre SE 1 e SE 16, foi confirmado um total de 7 casos de sarampo. Em 12 de abril de 2025, o Ministério da Saúde e Bem-Estar (MOHW, por sua sigla em inglês) reportou dois casos confirmados de sarampo - os primeiros no país desde 1991. Os casos correspondem a dois homens de 17 anos de idade, residentes nos distritos de Corozal e Cayo, sem histórico de vacinação, que viajaram para Chihuahua-México de 5 de janeiro a 31 de março de 2025 para participar de uma reunião. O início dos sintomas dos casos ocorreu em 2 e 3 de abril de 2025. Foram coletadas amostras de sangue e swabs nasofaríngeos de ambos os casos, sendo confirmados como positivos para sarampo em 12 de abril de 2025 e identificados 13 contatos próximos que participaram da reunião em Chihuahua *(3)*. Além disso, em 27 de abril de 2025, o MOHW reportou cinco casos confirmados por critérios clínicos e epidemiológicos entre os contatos próximos dos casos registrados em 12 de abril. Outros 22 contatos escolares foram identificados. Os casos mencionados, juntamente com novos casos de febre e erupção cutânea, foram testados e, até o momento, deram negativo para sarampo *(3)*.

Na **Bolívia**, durante a SE 16 de 2025, um caso de sarampo importado foi confirmado no departamento de Santa Cruz. O caso, um menino de 14 meses de idade sem histórico de vacinação, entrou na Bolívia em 25 de março vindo do Brasil. Ele apresentou o início dos sintomas em 24 de março de 2025 e o início de exantema no mesmo dia. O caso foi hospitalizado em uma clínica particular na cidade de Santa Cruz e, até o momento, apresentou uma evolução clínica favorável. Amostras de sangue e swab nasofaríngeo foram obtidas do caso em 20 de abril, com resultado positivo para anticorpos IgM contra sarampo por reação em cadeia da polimerase rT-PCR no Instituto Nacional de Laboratórios INLASA *(4)*.

No **Brasil**, entre SE 1 e SE 16 de 2025, cinco casos de sarampo foram confirmados no Distrito Federal (n= 1), Rio de Janeiro (n= 2), São Paulo (n= 1) e Rio Grande do Sul (n= 1). Os casos do Rio de Janeiro são de duas crianças não vacinadas com menos de 8 meses de idade. O início de exantema ocorreu em 28 de fevereiro e 2 de março de 2025. O genótipo B3 foi identificado com 99,8% de identidade genômica com a cepa MVs/Quetta.PAK/44.20,

linhagem *MVs/São João de Meriti.BRA/9.25* (caso 1) e MVs/São João de Meriti.BRA/10.25 (caso 2). Os casos do Distrito Federal e do Rio Grande do Sul são casos importados. Ambos os casos eram de mulheres adultas com histórico de viagem internacional. O caso notificado no Distrito Federal, com 35 anos de idade, sem histórico de vacinação, iniciou exantema em 1º de março de 2025, genótipo D8 MVs/Brasilia.BRA/9.25. O caso viajou para os Estados Unidos, Cingapura, Filipinas e Austrália antes do início dos sintomas. O caso notificado no Rio Grande do Sul, com 50 anos de idade, com histórico de viagem aos Estados Unidos, iniciou exantema em 6 de abril de 2025, testou positivo para sarampo por rT-PCR e a genotipagem está pendente. Além disso, um caso em um homem de 31 anos foi notificado em São Paulo, sem histórico de viagem internacional e vacinado (3 doses) contra sarampo; o caso iniciou exantema em 5 de abril de 2025 e a fonte de infecção está sendo investigada *(5)*.

No **Canadá**, entre a SE 1 e 15 de 2025, foram notificados 1.069 casos de sarampo (916 casos confirmados e 153 prováveis) em sete províncias: Alberta (n= 83), Colúmbia Britânica (n= 6), Manitoba (n= 10), Ontário (n= 924), Ilha do Príncipe Eduardo (n= 2), Quebec (n= 36) e Saskatchewan (n= 8). Isso inclui casos associados a um pequeno número de surtos e casos importados. Os casos de sarampo notificados até o momento em 2025 excedem e muito os 177 casos confirmados e prováveis detectados em 2024 e é a maior contagem anual de casos desde que a eliminação foi alcançada em 1998 *(6, 11)*.

Dos 1.069 casos, 983 foram expostos no Canadá, 16 são importados e 70 têm uma fonte de exposição desconhecida ou pendente. Quarenta e seis por cento dos casos tinham entre 5 e 17 anos de idade, seguidos por 29% dos casos com mais de 18 anos. Em termos de histórico de vacinação, 79% não foram vacinados, 15% não tinham histórico de vacinação conhecido, 2% haviam recebido uma dose da vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (SCR) e 3% haviam recebido duas doses da SCR. O histórico de vacinação por faixa etária é o seguinte: a porcentagem de casos que receberam uma ou mais doses da vacina SCR é inferior a 1% em crianças de 1 a 4 anos, 2% em casos de 5 a 17 anos e 18% em adultos com 18 anos ou mais. Dos casos, 7% foram hospitalizados (n = 80). Entre os casos confirmados com informações de genotipagem disponíveis, os genótipos D8 foram identificados em 200 dos casos e o genótipo B3 em 26 dos casos *(6, 11)*.

A maioria dos casos (83%) notificados em 2025 estão relacionados a um surto multijurisdicional que afeta pessoas não vacinadas em comunidades com baixos níveis de vacinação que, às vezes, interagem entre si. O surto começou no final de 2024. Entre 27 de outubro e 12 de abril de 2025, 971 casos foram associados a esse surto notificado em seis províncias (Alberta, Manitoba, New Brunswick, Ontário, Príncipe Eduardo e Quebec). O surto foi iniciado por um caso importado que participou de um evento de massa em New Brunswick em outubro de 2024, que incluiu vários participantes das províncias. A grande maioria dos casos associados a esse surto não foi vacinada (84%) ou seu status de vacinação é desconhecido (12%) *(6, 11)*.

Entre SE 1 e SE 15 de 2025 foram notificados 6 surtos, além do surto multijurisdicional descrito anteriormente, e permaneciam ativos até 12 de abril de 2025. Esses surtos consistem em dois ou mais casos relacionados epidemiológica ou virologicamente e estão diretamente relacionados a casos importados *(6, 11)*.

Nos **Estados Unidos**, entre 1º de setembro e 16 de setembro de 2025, foram notificados 800 casos de sarampo e três óbitos em 25 jurisdições: Alasca, Arkansas, Califórnia, Colorado, Flórida, Geórgia, Havaí, Indiana, Kansas, Kentucky, Maryland, Michigan, Minnesota, Nova

Organização Pan-Americana da Saúde - www.paho.org - © OPAS/OMS, 2025

Jersey, Novo México (incluindo um óbito confirmado), Estado de Nova York, Cidade de Nova York, Ohio, Oklahoma, Pensilvânia, Rhode Island, Tennessee, Texas (incluindo dois óbitos confirmados), Vermont e Washington. Do número total de casos, 93% (n= 751) estão associados a surtos (definidos como três ou mais casos), com dez surtos identificados este ano. Casos associados a surtos foram notificados em 12 estados (Geórgia, Indiana, Kansas, Kentucky, Michigan, Nova Jersey, Novo México, Ohio, Oklahoma, Pensilvânia, Tennessee e Texas). Os surtos nos estados do Texas, Novo México e Oklahoma são responsáveis por 82% dos casos notificados *(7, 12)*.

Dos casos, 31% (n= 249) correspondem a crianças com menos de 5 anos de idade, 38% (n= 304) a pessoas com idade entre 5 e 19 anos, 29% (n= 231) a adultos com mais de 20 anos e 2% (n= 16) a pessoas de idade desconhecida. Em termos de vacinação, 96% dos casos não foram vacinados ou tinham um histórico de vacinação desconhecido, 1% apresentava uma dose única de SCR e 2% apresentavam duas doses de SCR. Entre os casos vacinados confirmados, 14% são menores de 5 anos de idade, 25% são pessoas entre 5 e 19 anos, 57% são adultos com 20 anos ou mais e 4% com idade desconhecida. A hospitalização foi necessária em 11% (n= 85 de 800) dos casos, principalmente em crianças com menos de 5 anos de idade, com 19% (n= 47 de 249). A cobertura da vacinação SCR em crianças diminuiu nos últimos anos, de 95,2% em 2019-2020 para 92,7% em 2023-2024 *(7, 12)*.

No **México**, entre SE 1 e SE 15 de 2025, foram confirmados 421 casos de sarampo, incluindo um óbito; dois importados, 35 relacionados à importação e 384 com fonte de infecção em estudo. Foram registrados casos em Campeche (n= 4), Chihuahua (n= 403, incluindo uma morte), Oaxaca (n= 4), Querétaro (n= 1), Sinaloa (n= 1), Tamaulipas (n= 2) e Zacatecas (n= 1). O primeiro caso reportado em 2025, uma menina de cinco anos de idade, sem histórico de vacinação, natural dos Estados Unidos e residente em Oaxaca, com histórico de viagem internacional entre outubro de 2024 e janeiro de 2025, chegou ao México em 29 de janeiro e iniciou exantema em 10 de fevereiro. O caso foi confirmado pelo Instituto de Diagnóstico e Referência Epidemiológica (InDRE), com resultados positivos de rRT-PCR e IgM para sarampo. O genótipo e a linhagem identificados foram B3, Linhagem: MVs/An_Giang.VNM/27.24. Três casos adicionais relacionados a esse caso foram confirmados em Oaxaca *(8, 13)*.

No estado de Chihuahua, o primeiro caso confirmado foi notificado em 20 de fevereiro em um indivíduo do sexo masculino de 9 anos de idade, sem histórico de vacinação, que apresentou o início da erupção cutânea em 11 de fevereiro e cursou o período de transmissibilidade em sua comunidade. O caso foi confirmado pelo InDRE com resultados positivos de rRT-PCR e IgM para sarampo. O genótipo e a linhagem identificados foram D8, Linhagem: MVs/Ontario.CAN/47.24. Posteriormente, como parte das ações de rastreamento de contatos e busca ativa, foram identificados 416 casos adicionais *(8, 13)*.

Dos casos confirmados, 52% são do sexo feminino e 48% do sexo masculino. Trinta e quatro por cento dos casos tinham entre 25 e 44 anos de idade, seguidos por 14% dos casos com idades entre 5 e 9 anos. Em termos de histórico de vacinação em casos confirmados, 92% não foram vacinados, 4% receberam uma dose de SCR e 4% receberam duas doses de SCR. Uma morte devido a complicações do sarampo foi confirmada em uma pessoa com comorbidades e sem histórico de vacinação contra o sarampo *(8, 13)*.

Orientações aos Estados-Membros

No contexto do aumento de casos de sarampo na Região das Américas em 2025, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) recomenda que os Estados Membros intensifiquem os esforços para manter a eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita.

Considerando os fatores de risco mencionados acima e o atual contexto regional, seguem recomendações relacionadas à vacinação, vigilância e resposta rápida *(14, 15):*

Vacinação

a. Países com surtos ativos:

- Em países com transmissão comunitária, com longas cadeias de transmissão, ampla dispersão geográfica e dificuldade em identificar a fonte de infecção, implementar atividades indiscriminadas de vacinação em massa (uma dose adicional de SCR ou SR) para os grupos afetados.

- Em países com surtos com pequenas cadeias de transmissão, número limitado de casos em áreas geográficas claramente identificadas e fontes de transmissão conhecidas:

    i. Implementar a vacinação de bloqueio nas primeiras 72 horas em um raio de cinco quarteirões (121 quarteirões) e seguindo a rota de deslocamento dos casos confirmados, durante seu período de transmissibilidade.

    ii. Implementar uma varredura documentada se a intervenção ocorrer após as primeiras 72 horas ou se o bloqueio for inefetivo. A varredura deve ser implementada em uma área mais ampla do que o bloqueio de vacinação.

    iii. Realizar o monitoramento rápido da vacinação nas áreas de intervenção para determinar as áreas que demandem intervenções adicionais de vacinação.

b. Todos os países:

- **Manter um estoque de vacina** contra sarampo e rubéola (SR) e/ou SCR e seringas/suprimentos para prevenção e controle diante de casos importados.

- **Implementar atividades de intensificação da vacinação** com base nos resultados da análise de risco do sarampo e da rubéola, com o objetivo de fechar as lacunas de cobertura, priorizando os municípios de maior risco.

- **Fortalecer o microplanejamento dos serviços de vacinação de rotina** para atingir uma cobertura vacinal de pelo menos 95% com duas doses de vacina. A OPAS desenvolveu diretrizes que podem ser de grande utilidade para esse trabalho.

- **Oferecer vacinação aos viajantes** por meio de brigadas médicas ou postos de vacinação fixos, garantindo o acesso em pontos estratégicos.

- **Aumentar os esforços para alcançar a cobertura vacinal em populações relutantes**, incluindo atividades de sensibilização voltadas para as autoridades locais, líderes comunitários e religiosos, bem como outros atores sociais e setores governamentais estratégicos, como o setor educacional. Além disso, realizar

Organização Pan-Americana da Saúde - www.paho.org - © OPAS/OMS, 2025

atividades complementares de vacinação nas comunidades de acolhimento ou nas áreas próximas às populações relutantes para cobrir as lacunas de imunidade e fortalecer a proteção da comunidade.

Vigilância

a. Países com surtos ativos:

- Ativar equipes de resposta rápida treinadas, incorporando todos os setores relevantes.
- Implementar uma sala de situação para análise de dados e tomada de decisões. Isso deve incluir uma análise detalhada dos casos, incluindo sua rota de deslocamento e análise das atividades de vacinação implementadas.
- Ativar medidas administrativas para facilitar o encaminhamento de recursos para a implementação de medidas de resposta rápida.
- Em áreas com transmissão comunitária, é recomendável usar uma definição de caso mais específica e documentar a mudança da definição de caso.
- Além disso, se a confirmação laboratorial dos casos suspeitos não for possível, usar as classificações de casos confirmados por critérios clínicos (presença de febre, exantema, tosse, coriza e conjuntivite) e vínculo epidemiológico, para não atrasar a implementação das ações de resposta.

b. Todos os países:

- **Fortalecer a vigilância epidemiológica** em áreas de alto risco, áreas de fronteira e com silênciao epidemiológico, implementando a busca ativa de casos tanto nos serviços de saúde quanto na comunidade.
- **Adotar e adaptar as orientações recentes da OPAS** sobre busca ativa de casos ao implementar essa estratégia de vigilância, seguindo as recomendações da Comissão Regional para sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita emitidas em sua reunião de 2024, disponíveis em espanhol em: https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola *(16)*.
- **Obter amostras de soro, swab nasofaríngeo e urina** *(17)* em todos os casos suspeitos de sarampo ou rubéola para confirmação laboratorial por testes sorológicos e moleculares de RT-PCR em tempo real e para sequenciamento genômico a fim de documentar o genótipo associado à infecção.
- **Classificar os casos suspeitos** de IgM positivo com base em critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, com a participação de agentes de vigilância, laboratoriais e de imunização, bem como da comissão nacional de sustentabilidade da eliminação do sarampo e da rubéola.

Resposta rápida

Organização Pan-Americana da Saúde - www.paho.org - © OPAS/OMS, 2025

- **Revisar e, se necessário, ajustar os planos operacionais de preparação e resposta rápida**, fortalecendo a capacidade dos sistemas de saúde principalmente nas áreas de risco mencionadas no item ***Vacinação.***

- **Iniciar uma resposta oportuna aos casos importados de sarampo ou rubéola**, incluindo a ativação de equipes treinadas de resposta rápida e a implementação de protocolos nacionais de resposta rápida *(18, 19)*.

- **Estabelecer um manejo intrahospitalar adequado dos casos** para evitar a transmissão nosocomial, principalmente durante um surto. Isso envolve a manutenção de um fluxo de encaminhamento adequado de pacientes em salas de isolamento (em qualquer nível de atendimento), evitando o contato com outros pacientes em salas comuns, como salas de espera e enfermarias.

- **Treinar o pessoal de saúde**, com ênfase nas equipes de resposta rápida, para responder a surtos. A OPAS tem cursos on-line de autoaprendizagem para essa finalidade (disponíveis em espanhol em: 1) Resposta rápida a surtos de sarampo e rubéola nas Américas. https://campus.paho.org/es/curso/brotes-sarampion-rubeola *(18);* 2) Sarampo na era pós-eliminação: Estudo de caso. https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion *(19)*.

Eventos de massa e viajantes internacionais

As recomendações mais recentes sobre eventos de massa e viajantes internacionais na Região das Américas estão disponíveis no alerta epidemiologica de sarampo de la OPAS/OMS publicado em 28 de fevereiro de 2025, disponível em: https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-sarampo-na-regiao-das-americas-28-fevereiro-2025 *(20)*.

Canais para a disseminação da orientação

A OPAS/OMS recomenda que as autoridades nacionais considerem a divulgação das orientações contidas neste documento por meio de:

- Campanhas de sensibilização pública para promover e melhorar a saúde dos viajantes antes e depois da viagem, para que eles adquiram comportamentos responsáveis em relação à vacinação contra o sarampo e conheçam os sinais e sintomas do sarampo. Para essa atividade, também é recomendável considerar serviços de atenção médica ou clínicas de saúde para viajantes, aeroportos, portos, estações de trem e ônibus, companhias aéreas que operam no país, entre outros.

- As agências de viagem, as entidades relacionadas ao turismo e o corpo diplomático também devem estar cientes e divulgar as recomendações necessárias que um viajante deve considerar antes de viajar.

Comunicação aos médicos e outros profissionais de saúde sobre o conteúdo das diretrizes nacionais de vigilância existentes, bem como a divulgação oportuna de quaisquer novos protocolos que o país desenvolva em relação aos viajantes.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Immunization data- Provisional measles and rubella data. Genebra: OMS; 2025 [acessado em 24 de abril de 2025]. Disponível em:https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=.

2. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Argentina. Comunicação recebida em 28 de abril de 2025 por e-mail. Buenos Aires; 2025. Não publicado.

3. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Belize. Comunicação recebida em 2 de maio de 2025 por e-mail. Belmopan; 2025. Não publicado.

4. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Estado Plurinacional de Bolívia. Comunicação recebida em 28 de abril de 2025 por e-mail. La Paz; 2025. Não publicado.

5. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Brasil. Comunicação recebida em 28 de abril de 2025 por e-mail. Brasília; 2025. Não publicado.

6. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Canadá. Comunicação recebida em 28 de abril de 2025 por e-mail. Ottawa; 2025. Não publicado.

7. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) dos Estados Unidos. Comunicação recebida em 28 de abril de 2025 por e-mail. Washington, D.C.; 2025. Não publicado.

8. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do México. Comunicação recebida em 23 de abril de 2025 por e-mail. Cidade do México; 2025. Não publicado.

9. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024 [acessado em 28 de abril de 2025]. Não publicado.

10. Ministério da Saúde da República Argentina. Boletín epidemiológico Nacional No.751 SE 15, 21 de abril de 2025. Buenos Aires, 2025. Disponível em:https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_752_se_15.pdf.

11. Agência de Saúde Pública do Canadá. Measles and Rubella Weekly Monitoring Reports – 2025. Ottawa: PHAC; 2025. Disponível em: https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/.

12. Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Casos y brotes de sarampión. Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 18 de abril del 2025]. Disponível em: https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html.

13. Secretaria de Saúde do México. Situación Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Ciudad de México: Secretaria de Salud de México; 2025. Disponível em:

https://www.gob.mx/salud/documentos/situacion-epidemiologica-de-enfermedades-prevenibles-por-vacunacion.

14. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Grupo Asesor Estratégico (GAE) en Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV). Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024. Disponível em: https://www.paho.org/es/grupo-asesor-estrategico-gae-enfermedades-prevenibles-por-vacunacion-epv.

15. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Marco regional para el monitoreo y la reverificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas. Edición revisada. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/56856.

16. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Orientaciones para la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024 https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola.

17. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/34932.

18. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024. Disponível em: https://campus.paho.org/es/curso/brotes-sarampion-rubeola.

19. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Brote de sarampión en la era de posteliminación: Estudio de caso. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2022. Disponível em: https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion.

20. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 28 de febrero del 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponível em: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-28-febrero-2025.