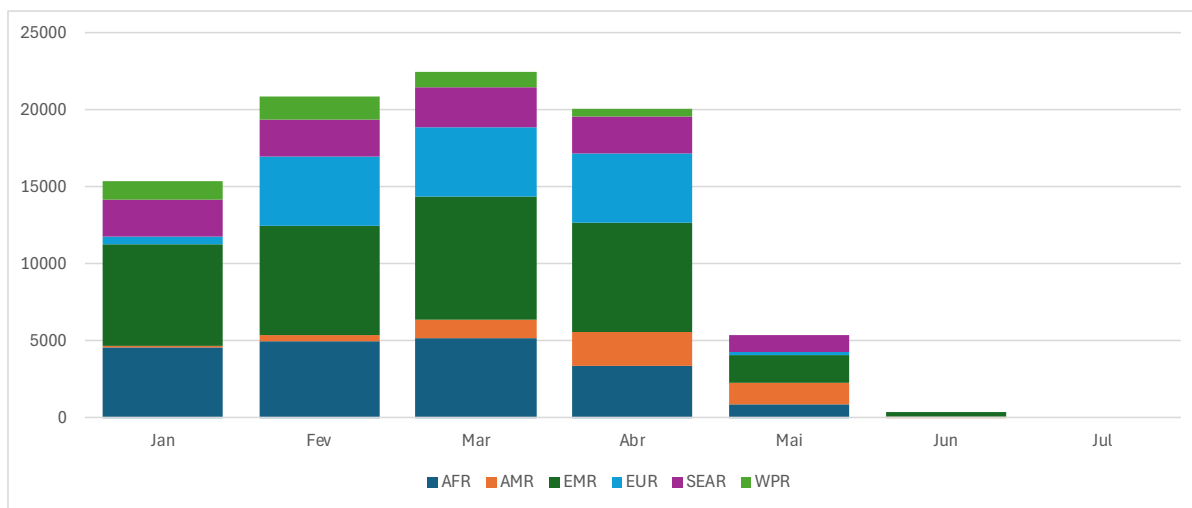


Resumo em nível global

De acordo com os dados mensais de vigilância do sarampo e da rubéola publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2025, até 6 de junho de 2025 foram notificados 188.355 casos suspeitos de sarampo em 168 Estados Membros das seis regiões da OMS, dos quais 88.853 (47,1%) foram confirmados¹. A Região do Mediterrâneo Oriental da OMS (EMR) concentrou 35% dos casos, seguida pela Região da África (AFR) com 21% e pela Região Europeia (EUR) com 16% dos casos (**Figura 1**) (1).

Figura 1. Distribuição dos casos de sarampo por mês e região da OMS, 2025 (até a SE 24).



Regiões da OMS: **AFR:** Região Africana da OMS; **AMR:** Região das Américas da OMS; **EMR:** Região do Mediterrâneo Oriental da OMS; **EUR:** Região Europeia da OMS; **SEAR:** Região do Sudeste Asiático da OMS; **WPR:** Região do Pacífico Ocidental da OMS

Fonte: Adaptado de dados publicados pela Organização Mundial da Saúde. Immunization data – Provisional measles and rubella data. Genebra: OMS; 2025 [acessado em 27 de junho de 2025]. Disponível em: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>.

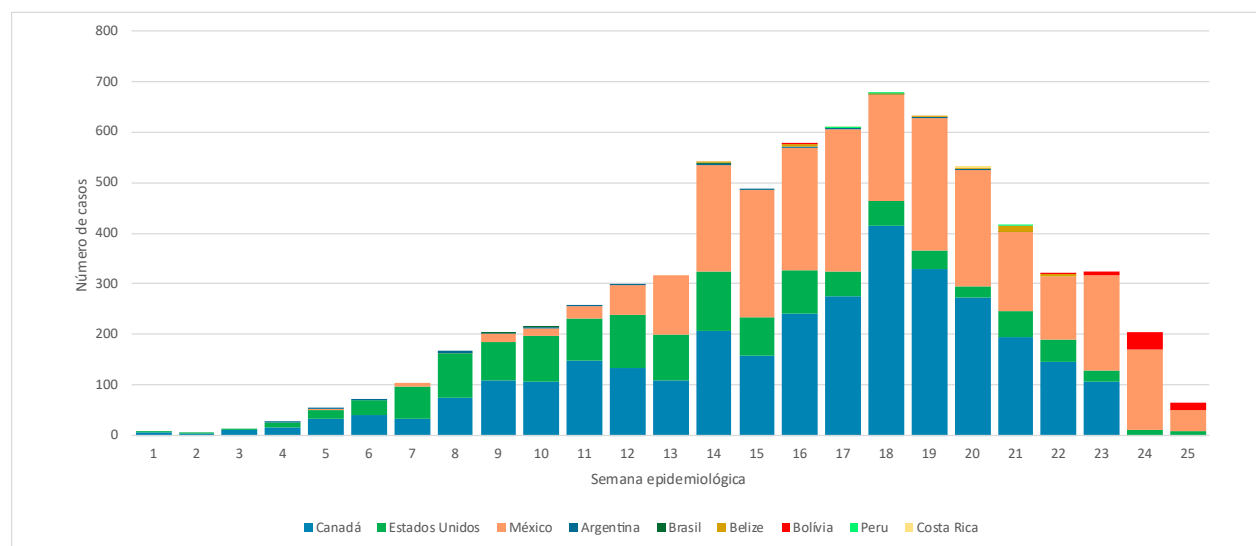
¹ Inclui casos confirmados por laboratório, por critérios clínicos ou epidemiológicos.

Resumo da situação na Região das Américas

Em 2025, entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 24, foram confirmados 7.132 casos de sarampo na Região das Américas, incluindo 13 óbitos, na Argentina (n= 34), Belize (n= 34), Estado Plurinacional da Bolívia (n= 60), Brasil (n= 5), Canadá (n= 3.170, incluindo um óbito)², Costa Rica (n= 1 caso), Estados Unidos da América (n= 1.227, incluindo três óbitos), México (n= 2.597 casos, incluindo nove óbitos), e Peru (n= 4 casos) (**Figura 2**) (2-10). Esse total representa um aumento de 29 vezes em comparação com os 244 casos notificados no mesmo período de 2024.

A distribuição dos casos confirmados de sarampo por semana epidemiológica mostra um aumento de casos a partir da SE 3 de 2025, com pico na SE 18, relacionado a surtos em comunidades relutantes à vacinação em vários países da região. De acordo com as informações disponíveis para os casos confirmados, a faixa etária com maior proporção de casos corresponde ao grupo de 10 a 19 anos (22%), ao grupo de 20 a 29 anos (20%) e ao grupo de 1 a 4 anos (17%). No entanto, a taxa de incidência é maior em crianças menores de 1 ano de idade (2,9 casos por 100.000 habitantes), seguidas pelo grupo de 1 a 4 anos (2,3 casos por 100.000 habitantes) e de 5 a 9 anos (1,4 casos por 100.000 habitantes). Em relação ao histórico de vacinação, 56% dos casos não estavam vacinados e em 35% essa informação era desconhecida ou ausente (**Figura 3**) (11).

Figura 2. Casos confirmados* de sarampo por semana epidemiológica de início de exantema ou de notificação e país na Região das Américas, 2025 (até a SE 25).

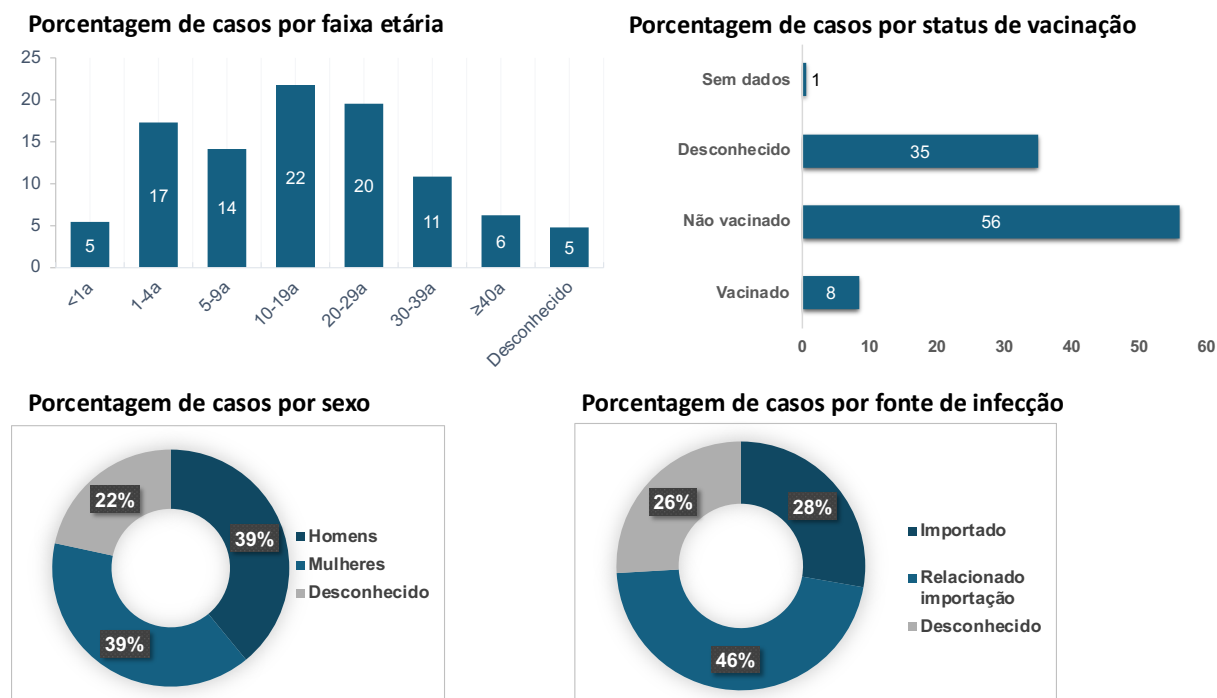


***Nota:** Inclui casos confirmados e prováveis para o Canadá.

Fonte: Adaptado de dados fornecidos pelos respectivos países (2-10).

² No Canadá, os casos de sarampo incluem casos confirmados e prováveis.

Figura 3. Distribuição percentual dos casos confirmados de sarampo por faixa etária, sexo, estado vacinal e fonte de infecção na Região das Américas até a SE 25 de 2025.



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema Integrado de Informação em Vigilância (ISIS) para poliomielite, sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita e relatórios dos países ao CIM/OPAS. Washington, D.C.: OPAS; 2025 [acessado em 25 de junho de 2025]. Inédito.

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

A seguir, apresenta-se a atualização da situação epidemiológica do sarampo nos países que notificaram casos confirmados nas Américas em 2025. Desde a última atualização epidemiológica da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), publicado em 2 de maio de 2025, os países que reportaram casos confirmados na Região das Américas foram: Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Costa Rica, Estados Unidos, México e Peru (**Figura 4**) (2-10, 12).

Na **Argentina**, entre a SE 1 e a SE 24 de 2025, foram confirmados 34 casos de sarampo na Cidade Autônoma de Buenos Aires (CABA) (n=13), na província de Buenos Aires (n=20) e em San Luis (n=1). Do total de casos confirmados, seis foram classificados como importados, 24 estão relacionados à importação e quatro permanecem em investigação para identificação do possível vínculo com cadeias de transmissão dos casos importados (2, 13). Quanto aos casos classificados como importados, dois são da Rússia (Genótipo B3 DSID 9240), um da Tailândia (Genótipo D8 DSID 5963 linhagem Patán), um do México (Genótipo D8 DSID 9171 linhagem de Ontário) e dois da Inglaterra (Genótipo B3 DSID 6418 Linhagem Quetta). Em relação aos casos relacionados à importação, a investigação epidemiológica e/ou genotipagem do Laboratório Nacional de Referência (LNR), permitiu identificar que 24 dos casos pertencem à mesma cadeia de transmissão dos casos importados da Rússia. Quatro dos casos continuam sob investigação para determinar sua possível relação com as cadeias vinculadas aos casos confirmados (2, 13).

Os casos de sarampo na Argentina estão distribuídos em uma faixa etária de 5 meses a 40 anos, 47% (n= 16) dos casos correspondem a crianças menores de 5 anos, 21% (n= 7) a pessoas entre 5 e 19 anos e 32% (n= 11) a adultos com mais de 20 anos. Em relação ao histórico de vacinação contra o sarampo, em 21% (n= 7) dos casos, a vacinação não foi adequada por serem menores de um ano de idade. Em 41% (n= 14) dos casos o histórico vacinal era desconhecido ou não tiveram nenhuma dose aplicada, 12% (n= 4) tiveram uma dose única da vacina tríplice viral e 26% (n= 9) tiveram duas doses do tríplice viral. Em 6% (n= 2) dos casos houve necessidade de internação por pneumonia (2, 13).

Em **Belize**, entre SE 1 e SE 26 de 2025, 34 casos de sarampo foram confirmados. Destes, dez foram confirmados por exames laboratoriais e 24 por vínculo epidemiológico. Os casos confirmados foram identificados nos distritos de Cayo (n= 33) e Corozal (n= 1). Do total de casos confirmados, quatro são importados e 30 são relacionados à importação. Os casos importados têm histórico de viagens ao México entre janeiro e abril de 2025. Os casos se distribuem na faixa etária de 0 a 45 anos, sendo 20,6% (n=7) menores de 5 anos, 58,8% (n=20) entre 5 e 19 anos e 20,6% (n=7) maiores de 20 anos. Em relação ao histórico de vacinação contra o sarampo, 100% (n= 34) não estavam vacinados ou tinham histórico vacinal desconhecido no momento do diagnóstico. Apenas um caso necessitou de hospitalização (3).

Na **Bolívia**, entre a SE 1 e a SE 24 de 2025, foram confirmados 60 casos de sarampo, um relacionado à importação e o restante com fonte de infecção em estudo. Dos casos notificados e confirmados, 95% (n= 57) estão no departamento de Santa Cruz, distribuídos em 10 municípios. Os 5% restantes (n= 3) pertencem a dois departamentos: La Paz (n= 2) e Potosí (n= 1). O primeiro caso notificado em 2025 corresponde a uma criança de 14 meses, com antecedente de viagem ao Brasil. O segundo caso, notificado em 2 de junho, corresponde a uma mulher de 22 anos, que participou de um evento de massa com participantes nacionais e internacionais, realizado no município de Santa Cruz de la Sierra (4, 14).

Os casos se distribuem em uma faixa etária de 9 meses a 44 anos; 30,0% (n= 18) dos casos correspondem a crianças de 5 a 9 anos, 28,3% (n= 17) a pessoas entre 10 e 19 anos, 25,0% (n= 15) a crianças entre 1 e 4 anos, 3,3% (n= 2) a maiores de 40 anos e 3,3% (n= 2) a menores de 1 ano. Do total, 37% (n= 22) são pessoas do sexo feminino e 63% (n= 38) do sexo masculino. Quanto ao antecedente vacinal contra o sarampo, 80% dos casos (n= 48) não estavam vacinados ou possuíam histórico vacinal desconhecido, incluindo 26 casos correspondentes a pessoas de comunidades com baixos níveis de cobertura que interagem entre si; 7% (n= 4) tinham uma dose da vacina contra o sarampo; 7% (n= 4) tinham duas doses da vacina contra o sarampo; e 7% (n= 4) tinham três doses da vacina contra o sarampo. Nenhum dos casos necessitou de hospitalização (4, 14).

No **Brasil**, entre a SE 1 e a SE 22 de 2025, foram confirmados cinco casos de sarampo no Distrito Federal (n= 1 caso), no Rio de Janeiro (n= 2 casos), em São Paulo (n= 1 caso) e no Rio Grande do Sul (n= 1 caso) (5). Os casos do Rio de Janeiro correspondem a duas crianças com menos de 8 meses, não vacinados. Foi identificado o genótipo B3, com 99,8% de identidade genômica com a cepa MVs/Quetta.PAK/44.20, correspondente à 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 foram classificados como importados. Ambos correspondem a mulheres adultas com antecedentes de viagem internacional. O

caso do Distrito Federal corresponde a uma mulher de 35 anos com cinco doses da vacina contra o sarampo e histórico de viagem aos Estados Unidos, Singapura, Filipinas e Austrália antes do início dos sintomas. Foi identificado o genótipo D8, com 100% de identidade genômica com cepas detectadas no Pacífico Ocidental (Filipinas) e Sudeste Asiático (Indonésia), e 99,8% de similaridade genômica com a cepa MVs/Pasaman Barat.IDN/13.22. O caso do Rio Grande do Sul corresponde a uma mulher de 50 anos com antecedente de viagem aos Estados Unidos, em quem foi identificado o genótipo B3, com 100% de identidade genômica com a linhagem MVs/New South Wales.AUS/10.24 e com outras 180 sequências detectadas nas Américas (Canadá, Estados Unidos e México), Europa (Áustria, Bielorrússia, França, Alemanha, Itália, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido), Sudeste Asiático (Tailândia) e Pacífico Ocidental (Austrália, Camboja, China, Japão, Malásia, Mongólia, Nova Zelândia, República da Coreia, Singapura e Vietnã) (5). O caso notificado em São Paulo corresponde a um homem de 31 anos, sem histórico de viagem internacional e vacinado com três doses contra o sarampo. A fonte de infecção deste caso permanece desconhecida (5).

No **Canadá**, entre a semana epidemiológica SE 1 e a SE 23 de 2025, foram notificados 3.170 casos de sarampo (2.885 confirmados e 285 prováveis), incluindo um óbito, em nove províncias e territórios: Alberta (n= 843), Columbia Britânica (n= 12), Manitoba (n= 106), Territórios do Noroeste (n= 1), Nova Escócia (n= 1), Ontário (n= 2.118, incluindo um óbito), Ilha do Príncipe Eduardo (n= 2), Québec (n= 36) e Saskatchewan (n= 51). Os casos de sarampo notificados até o momento em 2025 superam amplamente os 177 casos confirmados e prováveis detectados em 2024 e representam o maior número anual de casos desde a eliminação da doença em 1998 (6, 16). Foi notificado um óbito, correspondente a uma criança com sarampo congênito, nascido prematuramente e com outras complicações médicas graves não relacionadas ao vírus (15).

Do total de casos notificados em 2025, 93% (n= 2.935) foram expostos no Canadá, 1% (n= 45) foram casos importados e 6% (n= 190) têm fonte de exposição desconhecida ou em investigação. Dos casos, 46% tinham entre 5 e 17 anos, seguidos por 28% com mais de 18 anos e 19% crianças entre 1 e 4 anos. Quanto ao histórico vacinal, 85% não estavam vacinados, 2% havia recebido uma dose da vacina contra o sarampo e 5% havia recebido duas ou mais doses. Por faixa etária, o percentual de casos que recebeu uma ou mais doses da vacina contra o sarampo foi de 2% entre crianças de 1 a 4 anos, 3% entre os casos de 5 a 17 anos e 21% entre adultos com 18 anos ou mais. Oito por cento dos casos foram hospitalizados (n= 243). Entre os casos confirmados com informação genotípica disponível, foi identificado o genótipo D8 em 687 casos e o genótipo B3 em 29 casos (6, 16).

A maioria dos casos notificados em 2025 está relacionada a um surto multijurisdicional que afeta pessoas não vacinadas em comunidades com baixos níveis de cobertura que interagem entre si. O surto teve início no final de 2024. Entre 27 de outubro de 2024 e 7 de junho de 2025, foram notificados 2.248 casos em dez províncias e territórios associados a esse surto (Alberta, Columbia Britânica, Manitoba, Nova Brunswick, Territórios do Noroeste, Nova Escócia, Ontário, Ilha do Príncipe Eduardo, Québec e Saskatchewan). O surto teve origem em um caso importado que participou de um evento em Nova Brunswick em outubro de 2024, ao qual compareceram pessoas de múltiplas províncias. A maioria dos casos relacionados a esse surto não estava vacinada (84%) ou tinha estado vacinal desconhecido (12%) (6, 16).

Na **Costa Rica**, entre a SE 1 e a SE 24 de 2025, foi confirmado um caso importado de sarampo na província de Guanacaste. Trata-se de uma mulher de 18 anos que ingressou no país em 3 de maio de 2025, proveniente do Canadá. O caso não apresentava antecedente de vacinação. A paciente iniciou sintomas em 11 de maio com febre e mal-estar geral, apresentando exantema em 12 de maio. Foi hospitalizada em 13 de maio como medida de precaução, sem desenvolver complicações associadas à doença. O caso foi confirmado por RT-PCR em 15 de maio pelo Instituto Costarricense de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde (INCIENSA, por sua sigla em espanhol). Não foram registrados casos secundários, nem óbitos (7).

Nos **Estados Unidos**, entre a SE 1 e a SE 25 de 2025, foram notificados 1.227 casos de sarampo, incluindo três óbitos, em 37 jurisdições: Alasca, Arkansas, Arizona, Califórnia, Colorado, Flórida, Geórgia, Havaí, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, Nova Jersey, Novo México (incluindo um óbito), Cidade de Nova York, Estado de Nova York, Dakota do Norte, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pensilvânia, Rhode Island, Dakota do Sul, Tennessee, Texas (incluindo dois óbitos), Utah, Vermont, Virgínia e Washington (8, 17).

Do total de casos, 89% (n= 1.088) estão associados a surtos (definidos como três ou mais casos), com 23 surtos identificados neste ano. Um surto nos estados do Texas, Novo México e Oklahoma representa 69% dos casos notificados. Segundo grupos etários, 29% (n= 355) dos casos correspondem a crianças menores de 5 anos, 37% (n= 455) a pessoas entre 5 e 19 anos, 33% (n= 404) a adultos com mais de 20 anos e 1% (n= 13) a pessoas com idade desconhecida. Quanto à vacinação, 95% dos casos não estavam vacinados ou tinham antecedentes vacinais desconhecidos, 2% tinham uma dose da vacina contra o sarampo e 3% tinham duas doses. Entre os casos vacinados confirmados, 17% são menores de 5 anos, 13% têm entre 5 e 19 anos, 68% são adultos com mais de 20 anos e 2% têm idade desconhecida (8, 17).

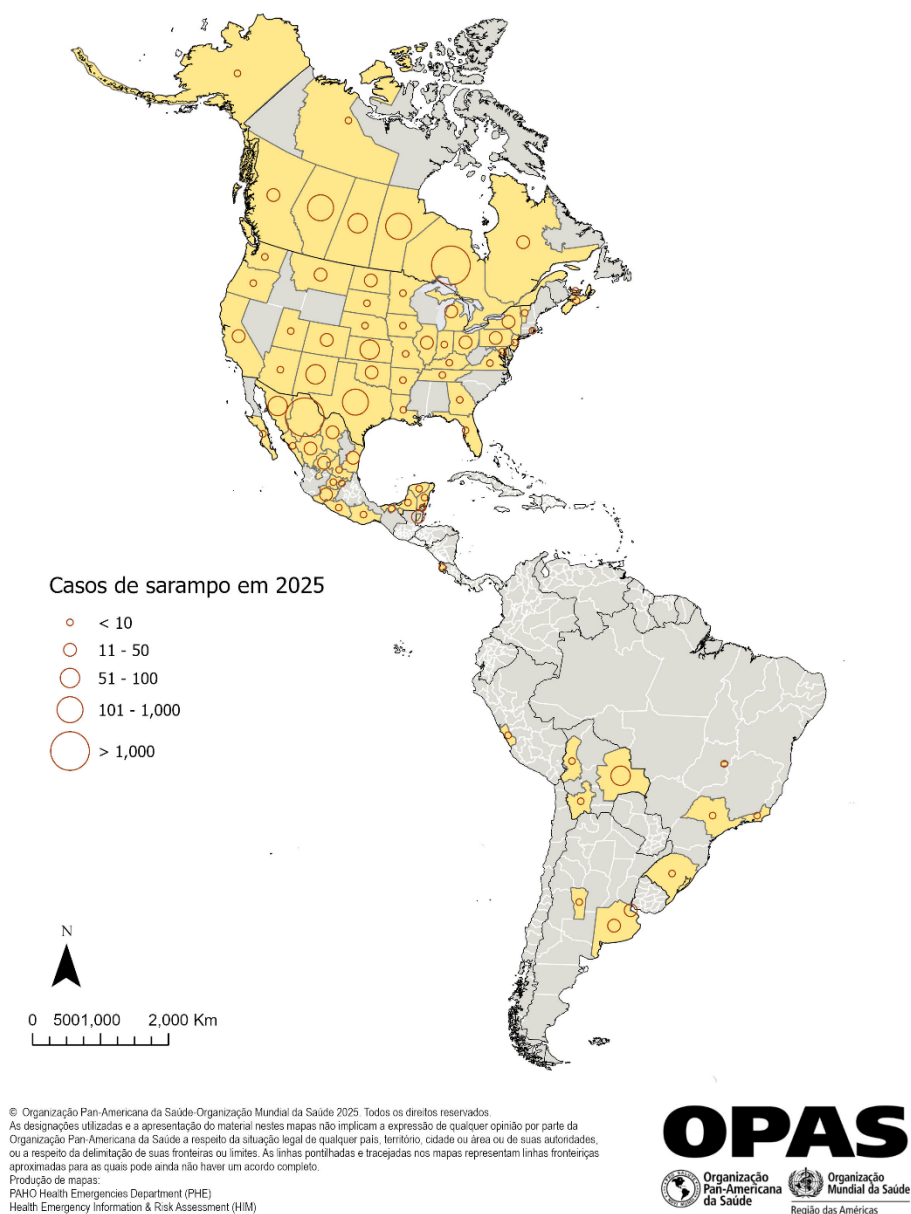
Dos casos, 12% (n= 148) necessitaram de hospitalização, principalmente crianças menores de 5 anos, representando 20% (n= 72). A cobertura vacinal com a vacina tríplice viral em crianças tem diminuído nos últimos anos, passando de 95,2% em 2019-2020 para 92,7% em 2023-2024 (8, 17).

No **México**, entre a SE 1 e a SE 24 de 2025, foram confirmados 2.597 casos de sarampo, incluindo nove óbitos. Os casos foram notificados em Campeche (n= 6), Chihuahua (n= 2.417, incluindo oito óbitos), Coahuila (n= 13), Durango (n= 15), Guanajuato (n= 2), Guerrero (n= 5), Michoacán (n= 13), Oaxaca (n= 4), Querétaro (n= 1), Quintana Roo (n= 1), San Luis Potosí (n= 1), Sinaloa (n= 2), Sonora (n= 78, incluindo um óbito), Tabasco (n= 1), Tamaulipas (n= 12), Yucatán (n= 1) e Zacatecas (n= 20) (9).

Dos casos confirmados, 52,5% são mulheres (n= 1.364) e 47,5% homens (n= 1.233). O grupo etário mais afetado foi o de 25 a 29 anos com 14,9% (n= 368), seguido pelo grupo de 30 a 34 anos com 12,3% (n= 320). Quanto ao antecedente vacinal, 92,4% (n= 2.396) não estavam vacinados, 3,8% (n= 101) tinham uma dose de SCR e 3,8% (n= 100) apresentavam duas ou mais doses de SCR documentadas na caderneta nacional de vacinação. Entre os casos confirmados com informação de genotipificação disponível, foram identificados os genótipos B3 e D8 (9).

No **Peru**, entre a SE 19 e a SE 24 de 2025, foram confirmados quatro casos de sarampo na província de Lima. Dois casos importados e dois relacionados à importação. Os dois primeiros casos correspondem a duas crianças de 8 e 11 anos, residentes no distrito de Ate, sem antecedente vacinal contra o sarampo e com histórico de viagem e permanência nos Estados Unidos, onde tiveram contato direto com um caso confirmado de sarampo. Os dois casos relacionados à importação correspondem a dois adultos de 23 e 34 anos, profissionais de saúde que prestaram atendimento direto ao caso índice, o primeiro com antecedente de duas doses da vacina contra o sarampo e o segundo sem evidência de vacinação prévia (10).

Figura 4. Distribuição geográfica dos casos confirmados em nível subnacional de sarampo (em amarelo) na região das Américas, 2025 (até a SE 25)



Fonte: Adaptado dos dados fornecidos pelos respectivos países (2-10).

Orientações aos Estados Membros

No contexto atual de persistência da ocorrência 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 (18, 19):

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 estratégias de vacinação seletiva começando com por vacinação de bloqueio dentro de 48 a 72 horas da notificação de um caso suspeito ou confirmado, em uma área de 25 quadras ao redor da casa de cada caso (área de 5 por 5 quadras). Além disso, a vacinação de bloqueio deve ser implementada seguindo a rota de deslocamento do caso, considerando os locais frequentemente visitados, a escola ou o local de trabalho durante o período de transmissibilidade.
 - II. Implementar a varredura documentada se a intervenção ocorrer depois de 72 horas após a notificação do caso (seja ele suspeito ou confirmado) ou se o bloqueio tiver sido inefetivo. A varredura deve ser implementada em uma área mais ampla do que o bloqueio de vacinação, idealmente em um raio de 5 quadras da quadra de residência do caso (121 quadras em áreas urbanas) e nos locais onde se considera que há ou poderia haver um risco maior de novos casos.
 - III. Em caso de transmissão comunitária com longas cadeias de transmissão ou uma maioria de casos confirmados sem fonte de infecção conhecida e/ou disseminação para outras áreas geográficas, deve-se transicionar de estratégias de vacinação seletiva para estratégias de vacinação em massa, incluindo o uso de uma dose adicional de vacina, independentemente do histórico de vacinação, nas faixas etárias e populações mais afetadas.
 - IV. Realizar o monitoramento rápido da vacinação nas áreas de intervenção para identificar as áreas que demandem intervenções adicionais de vacinação.

b. Todos os países:

- **Vacinar todos os contatos próximos** de casos confirmados e casos suspeitos, até os 39 anos de idade (ou de acordo com a análise epidemiológica local), com uma dose adicional da vacina SR ou SCR, conforme apropriado, nas primeiras 72 horas. Isso deve incluir as áreas de movimento dos casos confirmados durante o período de transmissibilidade da doença.
- **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, assegurando o acesso em pontos estratégicos. Implementar dose zero em crianças de 6 a 11 meses de idade que vão para áreas com transmissão ativa da doença.
- **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 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 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.
- 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 consideradas de alto risco, áreas de fronteira e com silêncio epidemiológico, mediante a implementação de 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-activacasos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola> (20).
- **Obter amostras de soro, swab nasofaríngeo e urina** (21) 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** com resultado IgM positivo com base em critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, com a participação de pessoal de vigilância, laboratório e de imunização, bem como da comissão nacional de sustentabilidade da eliminação do sarampo e da rubéola.

Resposta rápida

- **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 (22, 23).
- **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 atenção), 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> (22); 2) Surto de sarampo na era pós-eliminação: Estudo de caso. <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion> (23).
- Ativar medidas administrativas que facilitem o direcionamento de recursos e o trabalho articulado com os diferentes setores relacionados (educação, turismo, transporte, trabalho, entre outros) para implementar medidas de resposta rápida aos surtos de sarampo.

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 epidemiológico da OPAS/OMS sobre sarampo publicado em 28 de fevereiro de 2025, Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-28-febrero-2025> (24).

Canais para a difusão das orientações

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, a fim de que 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 27 de junho 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 19 de junho de 2025 por e-mail. Buenos Aires; 2025. Inédito.
3. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Belize. Comunicação recebida em 30 de junho de 2025 por e-mail. Belmopán; 2025. Inédito.
4. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Estado Plurinacional da Bolívia. Comunicação recebida em 25 de junho de 2025 por e-mail. La Paz; 2025. Inédito.
5. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Brasil. Comunicação recebida em 18 de junho de 2025 por e-mail. Brasília; 2025. Inédito.
6. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Canadá. Comunicação recebida em 19 de junho de 2025 por e-mail. Ottawa; 2025. Inédito.
7. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Costa Rica. Comunicação recebida em 15 de maio de 2025 por e-mail. San José; 2025. Inédito.
8. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) dos Estados Unidos. Comunicação recebida em 25 de junho de 2025 por e-mail. Washington, D.C.; 2025. Inédito.
9. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do México. Comunicação recebida em 23 de abril de 2025 por e-mail. Ciudad de México; 2025. Inédito.
10. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Peru. Comunicação recebida em 18 de junho de 2025 por e-mail. Lima; 2025. Inédito.
11. 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 25 de junho de 2025]. Inédito.
12. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Atualização Epidemiológica de Sarampo na Região das Américas - 2 de maio de 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/atualizacao-epidemiologica-sarampo-na-regiao-das-americas-2-maio-2025>.
13. Ministério da Saúde da República Argentina. Boletín epidemiológico Nacional No.759 SE 22, 9 de junio de 2025. Buenos Aires: MinSal; 2025. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_759_se_22_9625.pdf.

14. Ministério da Saúde e Esportes da Bolívia. Salud confirma 20 casos de sarampión en santa cruz y refuerza acciones para evitar la propagación de la enfermedad. La Paz: MINSALUD; 2025. Disponível em: <https://www.minsalud.gob.bo/8686-salud-confirma-20-casos-de-sarampion-en-santa-cruz-y-refuerza-acciones-para-evitar-la-propagacion-de-la-enfermedad>.
15. Agência de Saúde Pública de Ontário. Statement from the Chief Medical Officer of Health. June 5, 2025. Toronto: OPHA; 2025. Disponível em: <https://news.ontario.ca/en/statement/1006004/statement-from-the-chief-medical-officer-of-health>.
16. Agência Pública de Saúde do Canadá. Measles and Rubella Weekly Monitoring Reports – 2025. Ottawa: PHAC; 2025. Disponível em: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>.
17. Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Casos y brotes de sarampión. Atlanta: CDC; 2025 [acessado em 25 de junho de 2025]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>.
18. Organização Pan-Americana da Saúde. Grupo Asesor Estratégico (GAE) en Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV). Washington, D.C.: OPAS; 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/es/grupo-asesor-estrategico-gae-enfermedades-prevenibles-por-vacunacion-epv>.
19. Organização Pan-Americana 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; 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56856>.
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Orientaciones para la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola. Washington, D.C.: OPAS; 2024 <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola>.
21. 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>.
22. 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>.
23. Organização Pan-Americana da Saúde. Brote de sarampión en la era de posteliminación: Estudio de caso. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion>.
24. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico - Sarampo na Região das Américas - 28 de fevereiro de 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-sarampo-na-regiao-das-americas-28-fevereiro-2025>.