

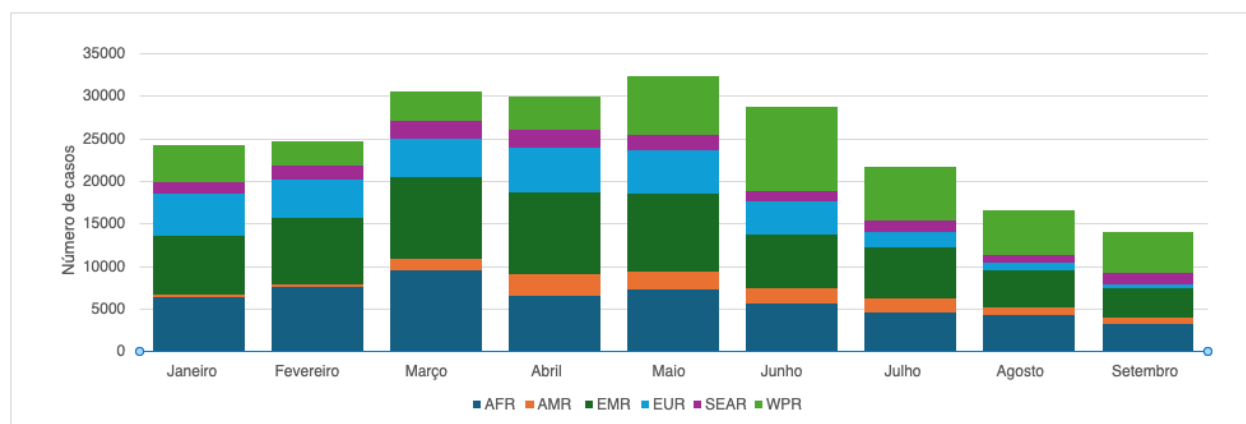
3 de fevereiro de 2026

O aumento acentuado dos casos de sarampo na Região das Américas durante 2025 e no início de 2026 constitui um sinal de alerta que requer uma ação imediata e coordenada por parte dos Estados Membros. A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) insta os Estados Membros a reforçarem, com caráter prioritário, as atividades de vigilância e vacinação de rotina e a garantirem uma resposta rápida e oportuna aos casos suspeitos. Além disso, recomenda a implementação de pesquisas ativas nas comunidades, instituições e laboratórios para a identificação precoce de casos, bem como o desenvolvimento de atividades complementares de vacinação destinadas a eliminar as lacunas de imunidade.

### Resumo global

De acordo com os dados mensais de vigilância do sarampo e da rubéola, publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 1º de janeiro de 2025 e 1º de janeiro de 2026, foram notificados 552.699 casos suspeitos de sarampo em 179 Estados-Membros das seis regiões da OMS, dos quais 247.623 (44,8%) foram confirmados<sup>1</sup>. Vinte e oito por cento (28%) dos casos foram registrados na Região da OMS do Mediterrâneo Oriental (EMR), seguida pela Região da OMS da África, com 25% dos casos, e pela Região da OMS da Europa, com 22% dos casos (**Figura 1**) (1).

**Figura 1.** Distribuição de casos de sarampo por mês e região da OMS, 2025.



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

**Fonte:** Adaptado de dados publicados pela Organização Mundial da Saúde. Dados de imunização - Dados preliminares sobre sarampo e rubéola. Genebra: OMS; 2026 [acessado em 21 de janeiro de 2026]. Disponível em: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (1).

<sup>1</sup> Inclui casos confirmados por laboratório, critérios clínicos ou epidemiológicos.

**Citação sugerida:** Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico: Sarampo na Região das Américas, 3 de fevereiro de 2026. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026.

## Resumo da situação na Região das Américas

Em 2025, entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 53, na Região das Américas, foram confirmados 14.891 casos de sarampo, incluindo 29 óbitos, dos quais 22 (73%) ocorreram na população indígena (2). Os casos foram notificados pela Argentina (n = 36 casos), Belize (n = 44 casos), Estado Plurinacional da Bolívia (n = 597 casos), Brasil (n = 38 casos), Canadá (n = 5.436 casos<sup>2</sup>, incluindo duas mortes), Costa Rica (n = 1 caso), El Salvador (n = 1 caso), Estados Unidos da América (n = 2.242 casos, incluindo três óbitos), Guatemala (n = 1 caso), México (n = 6.428 casos, incluindo 24 óbitos), Paraguai (n = 49 casos), Peru (n = 5 casos) e Uruguai (n = 13 casos) (**Tabela 1**) (**Figura 2**) (3-21). Esse total representa um aumento de 32 vezes em comparação com os 466 casos de sarampo notificados em 2024 (2). Em comparação com o registro histórico de sarampo na Região, o número de casos confirmados no ano de 2025 foi o mais alto desde 2019, sendo este o ano com o maior número de casos dos últimos 22 anos (n = 23.269) (**Figura 3**) (22-23).

Em 2026, entre a SE 1 e a SE 3, na Região das Américas, foram confirmados 1.031 casos de sarampo, sem óbitos notificados. Os casos foram notificados pela Bolívia (n = 10 casos), Canadá (n = 67 casos), Chile (n = 1 caso), Estados Unidos da América (n = 171 casos), Guatemala (n = 41 casos), México (n = 740 casos) e Uruguai (n = 2 casos) (**Tabela 1**) (3-21). Esse total representa um aumento de 45 vezes em comparação com os 23 casos de sarampo notificados no mesmo período de 2025 (2, 25).

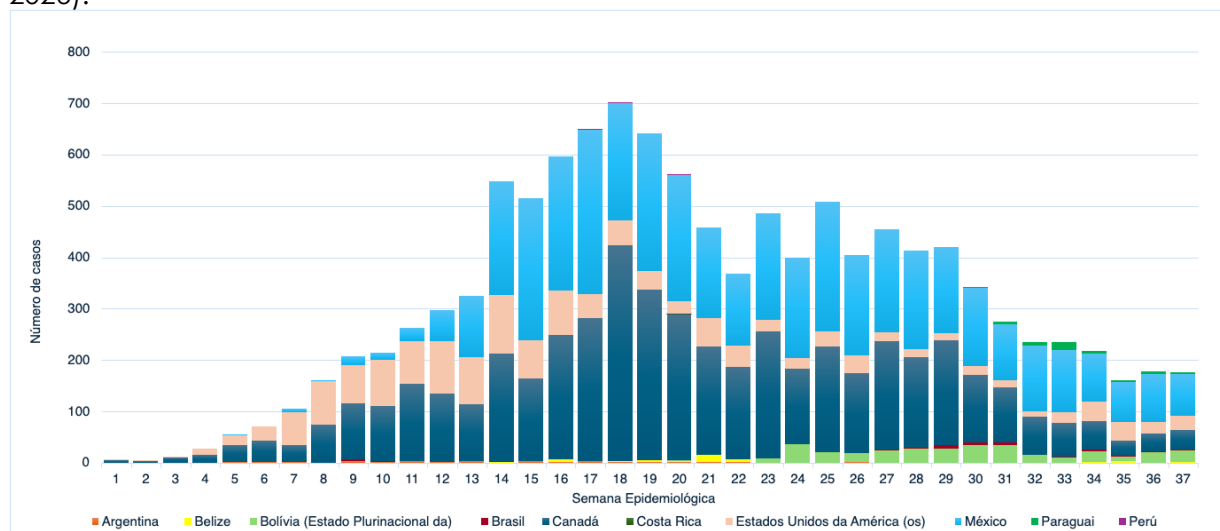
**Tabela 1. Distribuição de casos por semana epidemiológica 2025 e 2026, por país**

País	Nº de casos SE 53 de 2025	Nº de casos SE 2 de 2026	Última data de início do exantema (SE)
Argentina	36		SE 49 de 2025
Belize	44		SE 45 de 2025
Bolívia (Estado Plurinacional da)	597	10	SE 2 de 2026
Brasil	38		SE 50 de 2025
Canadá	5.436	67	SE 2 de 2026
Chile		1	SE 53 de 2025
Costa Rica	1		SE 20 de 2025
El Salvador	1		SE 52 de 2025
Estados Unidos da América (os)	2.242	171	SE 2 de 2026
Guatemala	1	41	SE 2 de 2026
México	6.428	740	SE 2 de 2026
Paraguai	49		SE 39 de 2025
Peru	5		SE 44 de 2025
Uruguai	13	1	SE 2 de 2026
<b>Total</b>	<b>14.891</b>	<b>1.031</b>	

**Fonte:** Adaptado a partir de dados fornecidos pelos respectivos países (3-21).

<sup>2</sup> No Canadá, os casos de sarampo incluem casos confirmados e prováveis.

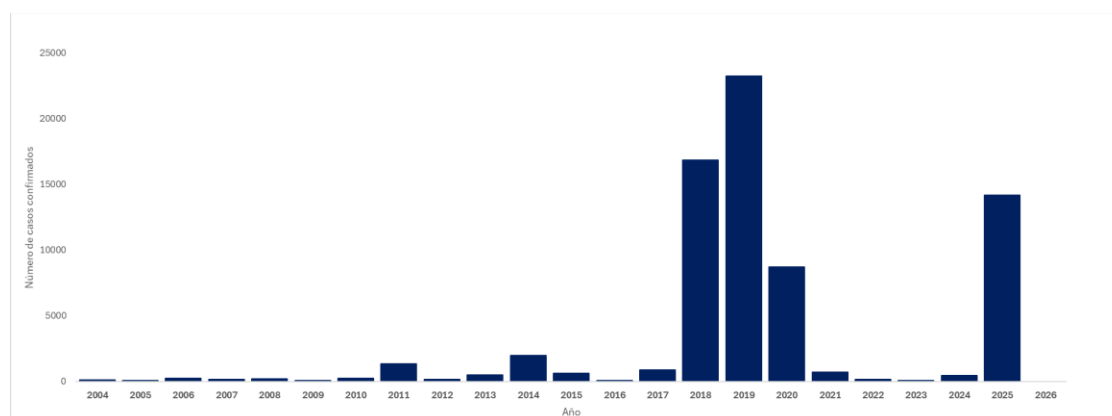
**Figura 2.** Casos confirmados\* de sarampo por semana epidemiológica do início do exantema ou da notificação e por país na Região das Américas, 2025-2026 (até a SE 3 de 2026).



**\*Observação:** Inclui casos confirmados e prováveis para o Canadá.

**Fonte:** Adaptado de dados fornecidos pelos respectivos países (3-21).

**Figura 3.** Casos confirmados\* de sarampo por ano na Região das Américas, 2025-2026 (até a SE 3 de 2026).



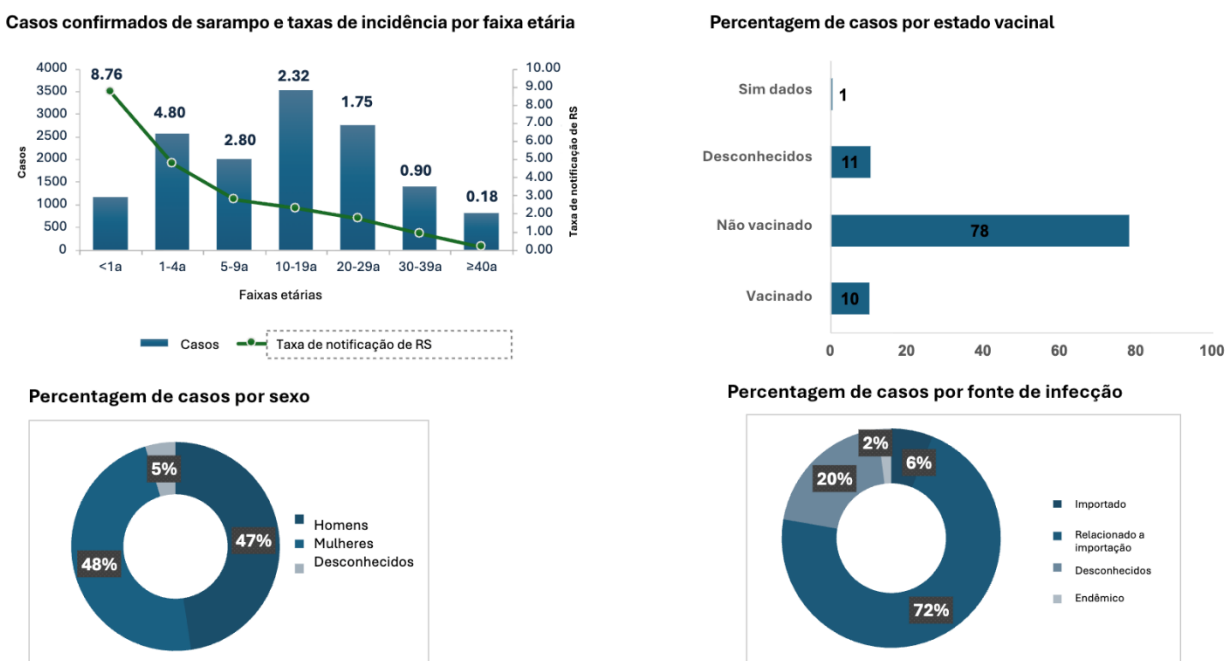
**Fonte:** Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Número de casos de doenças preveníveis por vacinação (VPD) nas Américas e Boletim Semanal de Sarampo/Rubéola (22-25).

A distribuição dos casos confirmados de sarampo na Região das Américas por SE evidencia um aumento gradual a partir da SE 3 de 2025, alcançando o maior número de casos na SE 18 no contexto de surtos ocorridos em comunidades com baixa aceitação vacinal em vários países da Região. Nas últimas quatro semanas epidemiológicas de 2025 e no início de 2026, observa-se um aumento significativo no número de casos notificados (**Figura 2**) (21-25).

De acordo com as informações disponíveis no Sistema Integrado de Informação de Vigilância (ISIS) para a poliomielite, o sarampo, a rubéola e a síndrome da rubéola congênita, entre os casos confirmados em 2025 (n= 14.640), o grupo de 10 a 19 anos

concentra a maior proporção de casos (24%), seguido pelo grupo de 20 a 29 anos (19%) e pelo grupo de 1 a 4 anos (18%). No entanto, a taxa de incidência apresenta uma relação inversa com a idade, sendo mais elevada em crianças menores de um ano (8,8 casos por 100.000 habitantes), seguida pelo grupo de 1 a 4 anos (4,8 casos por 100.000 habitantes) e pelo grupo de 5 a 9 anos (2,8 casos por 100.000 habitantes). As taxas permanecem acima de 1 caso por 100.000 habitantes até o grupo de 20 a 29 anos (2). Em relação ao histórico de vacinação, 78% dos casos não estavam vacinados e, em 11% a informação era desconhecida ou não estava disponível. De acordo com a classificação segundo a fonte de infecção, 6% dos casos foram importados, 71% estavam associados à importação, 20% apresentaram de fonte de infecção desconhecida e 2% foram classificados como casos endêmicos (**Figura 3**) (2).

**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 semana epidemiológica 53 de 2025.



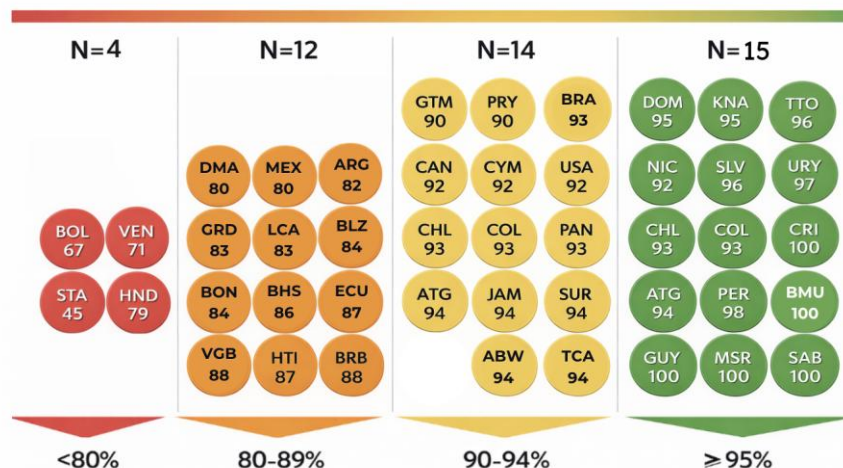
**Fonte:** Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema Integrado de Informação de Vigilância (ISIS) para poliomielite, sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita e relatórios dos países à OPAS Imunização Integral. Washington, D.C.: OPS; 2026 [acessado em 28 de janeiro de 2026]. Não publicado (2).

## Cobertura vacinal na Região das Américas

Para o ano de 2024, observa-se um ligeiro aumento na cobertura regional da primeira e da segunda dose da vacina contra sarampo, rubéola e caxumba (SCR), em relação a 2023: de 87% para 89% na SCR1 e de 76% para 79% na SCR2 (15). Além disso, 45 países e territórios das Américas relataram à OPAS as coberturas de vacinação da SCR1 e da SCR2 (15). Em relação à aplicação da primeira dose de SCR1, 33,3% (n= 15/45) dos países e territórios da Região informaram coberturas superiores a 95%, 31% (n= 14/45) coberturas entre 90-94%, 27% (n= 12/45) coberturas entre 80-89% e 8% (n= 4/45) coberturas inferiores a 80% (**Figura 4**) (26). Com relação à aplicação da segunda dose da vacina SCR2, apenas 20% dos países e

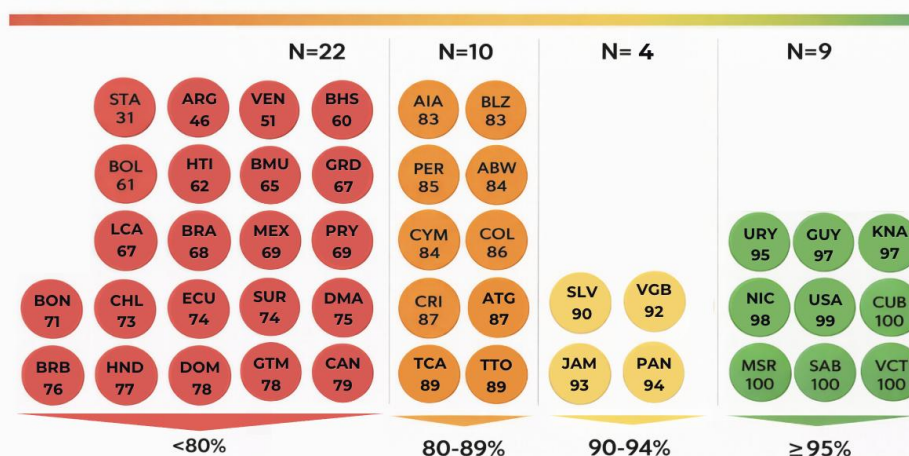
territórios (n= 9/45) relataram ter um nível de cobertura superior a 95%, enquanto 48,9% (n= 22/45) relataram um nível de cobertura inferior a 80% (**Figura 5**) (26).

**Figura 4.** Distribuição de países e territórios\* de acordo com a faixa de cobertura para a primeira dose da vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (SCR1) na Região das Américas, 2024.



**Fonte:** Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Cobertura de imunização ao longo da vida nas Américas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 21 de janeiro de 2026]. Disponível em: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#> (26).

**Figura 5.** Distribuição de países e territórios\* de acordo com a faixa de cobertura para a segunda dose da vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (SCR2) na Região das Américas, 2024.



**Fonte:** Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Cobertura de imunização ao longo da vida nas Américas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 21 de janeiro de 2026]. Disponível em: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#> (26).

**\*Nota:** ABW: Aruba; AIA: Anguilla; ARG: Argentina; ATG: Antígua e Barbuda; BHS: Bahamas; BLZ: Belize; BMU: Bermudas; BOL: Bolívia; BON: Bonaire; BRA: Brasil; BRB: Barbados; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colômbia; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; CYM: Ilhas Caimão; DMA: Dominica; DOM: República Dominicana; ECU: Equador; GRD: Granada; GTM: Guatemala; GUY: Guiana; HND: Honduras; HTI: Haiti; JAM: Jamaica; KNA: São Cristóvão e Nevis; LCA: Santa Lúcia; MEX: México; MSR: Montserrat; NIC: Nicarágua; PAN: Panamá; PER: Peru; PRY: Paraguai; SAB: Saba; SLV: El Salvador; STA: Santo Eustáquio; SUR: Suriname; TCA: Ilhas Turcas e



Caicos; TTO: Trinidad e Tobago; URY: Uruguai; EUA: Estados Unidos da América; VCT: São Vicente e Granadinas; VEN: Venezuela; VGB: Ilhas Virgens Britânicas.

## Situação epidemiológica do sarampo por país na Região das Américas

A seguir, apresenta-se um resumo da situação epidemiológica do sarampo nos países, em ordem alfabética, que notificaram casos confirmados nas Américas em 2025 e 2026 (**Figura 6**). Desde a última atualização epidemiológica sobre o sarampo na Região das Américas da OPAS/OMS, publicada em 19 de setembro de 2025, os países que notificaram casos confirmados foram Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, México, Paraguai, Peru e Uruguai (3-21, 27).

Na **Argentina**, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram confirmados 36 casos de sarampo. Os casos confirmados foram relatados na Cidade Autônoma de Buenos Aires (CABA) (n = 21 casos), nas províncias de Buenos Aires (n = 13 casos), Entre Ríos (n = 1 caso) e San Luis (n = 1 caso). Do total de casos, seis foram importados, 15 estiveram relacionados à importação, 14 não apresentaram fonte de infecção conhecida e um caso foi classificado com fonte de infecção em estudo (3). Os casos estão distribuídos em uma faixa etária que varia de 5 meses a 40 anos; 50% (n = 18) correspondem a crianças menores de 4 anos, 19% (n = 7) a pessoas na faixa etária de 5 a 19 anos e 31% (n = 11) a adultos com idade igual ou superior a 20 anos. A taxa de incidência por faixa etária mostra que o grupo mais afetado é o de menores de 4 anos (5,6 casos por 100.000 habitantes) (3).

Quanto ao histórico de vacinação, 39% (n = 14) dos casos não estavam vacinados ou apresentavam histórico vacinal desconhecido, 17% receberam uma dose de SCR (n = 6) e 22% receberam duas doses de SCR (n = 8). Do total de casos, 6% necessitaram de hospitalização (n = 2) (3). De acordo com a genotipagem realizada em amostras provenientes dos casos confirmados (n = 26 amostras), foram identificados os seguintes genótipos: B3 DSID 9240, D8 DSID 5963 linhagem Patán, D8 DSID 9171 linhagem MVs/Ontário.CAN/47.24 e o genótipo B3 DSID 6418 linhagem MVs/Quetta.PAK/44.20 (3). Entre a SE 1 e a SE 3 de 2026, não foram confirmados casos de sarampo (3). Durante 2024, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 82,1% para a primeira dose e 46,4% para a segunda dose (3).

Em **Belize**, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram confirmados um total de 44 casos de sarampo. Destes, 13 foram confirmados por testes laboratoriais e 31 por critério epidemiológico. Os casos confirmados foram identificados nos distritos de Cayo (n = 43) e Corozal (n = 1). Do total de casos confirmados, sete foram importados e 37 estiveram relacionados à importação. Quatro dos casos importados relataram histórico de viagem ao México entre janeiro e abril de 2025, enquanto três casos importados relataram histórico de viagem ao Canadá entre maio e setembro de 2025 (4). Os casos foram distribuídos em uma faixa etária de 0 a 45 anos, sendo 18% (n = 8) em crianças menores de 5 anos, 64% (n = 28) pessoas entre 5 e 19 anos e 18% (n = 8) pessoas com 20 anos ou mais. Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo, 100% (n = 44) dos casos não estavam vacinados ou tinham um histórico de vacinação desconhecido no momento do diagnóstico. Apenas um caso necessitou de hospitalização (4). Entre a SE 1 e a SE 3 de 2026, não foram confirmados casos de sarampo (4). Durante 2024, a cobertura nacional da vacinação com a vacina tríplice viral (SCR) atingiu 83,5% para a primeira dose e 82,9% para a segunda dose (4).

Na **Bolívia**, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram confirmados 597 casos de sarampo em 9 departamentos. Os casos confirmados foram relatados nos departamentos de Santa Cruz

(n = 467 casos), La Paz (n = 41 casos), Cochabamba (n = 36 casos), Beni (n = 14 casos), Tarija (n = 12 casos), Potosí (n = 10 casos), Oruro (n = 9 casos), Chuquisaca (n = 7 casos) e Pando (n = 1 caso) (5, 6). Os casos distribuem-se numa faixa etária que varia de 0 meses a 57 anos; 12% (n = 72) correspondem a crianças menores de 1 ano, 21% (n = 128) a pessoas entre 1 e 4 anos, 20% (n = 122) a pessoas entre 5 e 9 anos, 14% (n = 81) a pessoas de 10 a 14 anos; 12% (n = 70) a pessoas entre 15 e 19 anos e 21% (n = 124) a adultos com 20 anos ou mais. A taxa de incidência por faixa etária mostra que o grupo mais afetado é o de crianças menores de 1 ano (113 casos por 100.000 habitantes), seguido pelo grupo de 1 a 4 anos (24 casos por 100.000 habitantes) (5, 6).

Quanto ao histórico de vacinação, 82% (n = 492) dos casos não estavam vacinados ou apresentavam um histórico de vacinação desconhecido, 8% tinham recebido uma dose de SCR (n = 49), 7% (n = 43) tinham duas doses de SCR e 2% (n = 13) apresentavam três doses ou mais. Do total de casos, 5% (n = 31) necessitaram de hospitalização (5, 6). De acordo com a genotipagem realizada nas amostras provenientes de 2 casos confirmados, foram identificados os genótipos B3 e D8 (5, 6).

Entre a SE 1 e a SE 3 de 2026, foram confirmados dez casos de sarampo. Os casos foram notificados em dois departamentos. Os casos confirmados foram relatados nos departamentos de Santa Cruz (n = 9 casos) e Tarija (n = 1 caso). Os casos correspondem a pessoas com idades entre 0 meses e 41 anos. Em relação ao estado de vacinação, o total de casos confirmados não tinha histórico documentado de vacinação. Durante esse período, nenhum caso exigiu hospitalização (5, 6). Durante 2025, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 82% para a primeira dose e 74% para a segunda dose (7).

No **Brasil**, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram confirmados 38 casos de sarampo no Distrito Federal e em seis estados do país. Do total de casos, dez correspondem a casos importados, 25 a casos estiveram relacionados à importação e 3 a casos com fonte de infecção desconhecida. Os casos confirmados foram relatados no Distrito Federal (n = 1 caso) e nos estados do Maranhão (n = 1 caso), Mato Grosso (n = 6 casos), Rio de Janeiro (n = 2 casos), São Paulo (n = 2 casos), Rio Grande do Sul (n = 1 caso) e Tocantins (n = 25 casos) (8). Os casos estão distribuídos nos seguintes grupos etários: 30,6% (n = 11) dos casos correspondem a crianças menores de 5 anos, 22,2% (n = 8) a pessoas entre 5 e 19 anos e 50,0% (n = 19) a adultos com mais de 20 anos. A taxa de incidência por faixa etária mostra que a faixa etária mais afetada é a de menores de 5 anos (0,015 casos por 100.000 habitantes), seguida pela faixa de 20 a 29 anos (0,002 por 100.000 habitantes) (8). Quanto ao histórico de vacinação dos casos, 94,7% (n = 36) não estavam vacinados ou tinham um histórico de vacinação desconhecido, 5,3% tinham histórico de vacinação contra o sarampo (n = 2) (8).

Entre as SE 9 e SE 49 de 2025, foram caracterizados 26 casos confirmados de sarampo por meio de análises genômicas no Brasil. As análises filogenéticas realizadas com as cepas de referência revelaram que duas sequências detectadas no estado do Rio de Janeiro, na SE 9 e na SE 10, pertencem ao genótipo B3, com 99,8% de identidade genômica em relação à cepa denominada MVs/Quetta.PAK/44.20 e à sequência distinta DSIId (9299). No Distrito Federal, foi identificada uma sequência pertencente ao genótipo D8 DSIId (9267), na SE 9, com 99,8% de identidade genômica em relação à cepa denominada MVs/Pasaman Barat.IDN/13.22. Nas SE 14 e SE 15, foram detectadas duas sequências do genótipo B3 DSIId (8841), correspondentes à cepa denominada MVs/New South Wales.AUS/10.24, nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, respectivamente. Entre as SE 29 e SE 42, foram caracterizados genômicamente 20 casos de sarampo nos estados de Tocantins, Maranhão e Mato Grosso, todos pertencentes ao genótipo D8 DSIId (9171) linhagem

MVs/Ontario.CAN/47.24). Na SE 49, foi detectado o genótipo B3 DSIId (6418), linhagem MVs/Quetta.PAK/44.20, no estado de São Paulo (8). Entre a SE 1 e a SE 3 de 2026, não houve casos confirmados de sarampo no Brasil (8).

Durante 2024, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 96% para a primeira dose e 80,6% para a segunda dose (8).

No **Canadá**, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram notificados 5.436 casos de sarampo (5.056 confirmados e 380 prováveis), incluindo dois óbitos, em dez províncias: Alberta (n = 2.008 casos), Colúmbia Britânica (n = 424 casos), Manitoba (n = 355 casos), New Brunswick (n = 16 casos), Territórios do Noroeste (n = 1 caso), Nova Escócia (n = 62 casos), Ontário (n = 2.396 casos), Ilha do Príncipe Eduardo (n = 3 casos), Quebec (n = 45 casos) e Saskatchewan (n = 126 casos). O número de casos semanais atingiu seu pico na SE 18 de 2025, reduziu-se até a SE 35 e, desde então, tem se mantido estável em níveis mais baixos. Foram notificados dois óbitos em casos congênitos de sarampo em recém-nascidos prematuros (9, 10). Dos 5.436 casos notificados em 2025, 98% (n = 5.313) tiveram exposição no Canadá, 2% (n = 98) corresponderam a casos importados e menos de 1% (n = 25) apresentaram fonte de exposição desconhecida ou em investigação. Quarenta e cinco por cento (45%) dos casos corresponderam a pessoas entre 5 e 17 anos, seguidos de 29% entre pessoas com 18 anos ou mais e 20% entre crianças de 1 a 4 anos. Quanto ao histórico de vacinação, 89% dos casos não estavam vacinados, 3% haviam recebido uma dose de uma vacina que contém sarampo, 4% haviam recebido duas ou mais doses de uma vacina que contém sarampo e 4% apresentavam estado vacinal desconhecido. O histórico de vacinação por faixa etária foi o seguinte: a porcentagem de casos que receberam uma ou mais doses de uma vacina que contém sarampo foi de 2% em crianças de 1 a 4 anos, 3% em casos de 5 a 17 anos e 18% em adultos com 18 anos ou mais. Sete por cento (7%) dos casos foram hospitalizados (n = 400). Entre os casos confirmados com informações de genotipagem disponíveis, o genótipo D8 foi identificado em 1.732 casos e o genótipo B3 em 51 casos (9, 10).

Em 2026, até a SE 2, foram notificados 67 casos de sarampo (63 confirmados e 4 prováveis). Esses casos foram relatados por cinco províncias: Alberta (n = 31 casos), Colúmbia Britânica (n = 9 casos), Manitoba (n = 24 casos), Quebec (n = 1 caso) e Saskatchewan (n = 2 casos). Dos 67 casos notificados, 61 (91%) estavam associados ao surto multijurisdicional que começou em outubro de 2024; durante 2025, 97% dos casos estavam associados a esse surto. Do total de casos, 28% (n = 19) corresponderam a crianças menores de 5 anos, 39% (n = 26) a pessoas entre 5 e 17 anos e 32% (n = 22) a pessoas com 18 anos ou mais. Noventa e cinco por cento (95%) de todos os casos notificados não estavam vacinados ou tinham estado vacinal desconhecido, tendo sido relatada uma hospitalização (1%) (9, 10).

Desde 2024, um total de 4.966 casos confirmados e 414 casos prováveis foram associados a um surto multijurisdicional no Canadá, que permanece ativo. A maioria dos casos associados ao surto não estava vacinada ou tinha histórico de vacinação desconhecido (94%) e residia em comunidades interconectadas com baixa cobertura vacinal. Além do surto multijurisdicional descrito acima, entre a SE 1 de 2025 e a SE 1 de 2026, foram notificados onze surtos, dos quais nove foram encerrados em 21 de janeiro de 2026. Esses surtos consistiram em dois ou mais casos relacionados epidemiológica ou virologicamente e estavam diretamente relacionados a casos importados (9, 10).

No **Chile**, na SE 1 de 2026, foi notificado um caso confirmado importado de sarampo identificado na Região Metropolitana. Trata-se de uma mulher de 43 anos, que ingressou no país em 31 de dezembro de 2025 procedente da Espanha e do Uruguai. O caso não



apresentava histórico vacinal verificável, mas referiu ter recebido duas doses da vacina SCR. O caso apresentou exantema em 30 de dezembro de 2025 e foi confirmado por RT-PCR em 9 de janeiro de 2026 pelo Instituto de Saúde Pública do Chile (ISP). Não foram registrados casos secundários ou óbitos no país relacionados a este caso (11). Durante 2024, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 95,7% para a primeira dose e 79,2% para a segunda dose, e dados preliminares de 2025 indicam uma cobertura vacinal com SCR de 86,8% para a primeira dose e 64,4% para a segunda dose (11).

Na **Costa Rica**, na SE 20 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 procedente do Canadá (12). O caso não apresentava histórico vacinal. O caso apresentou exantema em 12 de maio, sendo confirmado por RT-PCR em 15 de maio pelo Instituto Costarricense de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde (INCIENSA). Não foram registrados casos secundários nem óbitos (12). Durante 2024, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 102% para a primeira dose e 82,9% para a segunda dose (12).

Em **El Salvador**, na SE 53 de 2025, foi notificado um caso importado de sarampo no departamento de Santa Ana. O caso corresponde a um homem de 24 anos, que ingressou no país em 14 de dezembro de 2025, após participar de um evento de grande porte realizado em Santiago de Atitlán, Guatemala, entre os dias 10 e 14 de dezembro. O caso apresentou exantema em 24 de dezembro de 2025, tendo sido confirmado por RT-PCR e IgM positivo em 30 de dezembro de 2025 pelo Laboratório Nacional de Saúde Pública de El Salvador. Não foram registrados casos secundários nem óbitos associados no país (13). Durante 2024, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 96,2% para a primeira dose e 90,1% para a segunda dose (13).

Nos **Estados Unidos**, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram notificados 2.242 casos confirmados de sarampo, incluindo três óbitos. Desses, 2.217 casos de sarampo foram notificados por 45 jurisdições: Alabama (n= 1 caso), Alasca (n= 4 casos), Arizona (n= 213 casos), Arkansas (n= 8 casos), Califórnia (n= 26 casos), Colorado (n= 35 casos), Connecticut (n= 1 caso), Flórida (n= 8 casos), Geórgia (n= 10 casos), Havaí (n= 2 casos), Idaho (n= 14 casos), Illinois (n= 14 casos), Indiana (n= 10 casos), Iowa (n= 9 casos), Kansas (n= 91 casos), Kentucky (n= 13 casos), Louisiana (n= 3 casos), Maryland (n= 3 casos), Michigan (n= 29 casos), Minnesota (n= 26 casos), Missouri (n= 6 casos), Montana (n= 36 casos), Nebraska (n= 5 casos), Nevada (n= 2 casos), Nova Jersey (n= 11 casos), Novo México (n= 100 casos, incluindo uma morte), Nova Iorque (n= 15 casos), Estado de Nova Iorque (n= 26 casos), Carolina do Norte (n= 2 casos), Dakota do Norte (n= 36 casos), Ohio (n= 40 casos), Oklahoma (n= 17 casos), Oregon (n= 1 caso), Pensilvânia (n= 16 casos), Rhode Island (n= 1 caso), Carolina do Sul (n= 299 casos), Dakota do Sul (n= 16 casos), Tennessee (n= 8 casos), Texas (n= 803 casos, incluindo duas mortes), Utah (n= 187 casos), Vermont (n= 2 casos), Virgínia (n= 6 casos), Washington (n= 11 casos), Wisconsin (n= 36 casos) e Wyoming (n= 15 casos). Foram notificados um total de 25 casos de sarampo entre visitantes internacionais nos Estados Unidos (14, 15).

Do total de casos, 89% (n= 1.994) estiveram associados a surtos (definidos como três ou mais casos), tendo sido identificados 49 surtos durante 2025 (14, 15). 26% (n= 575) dos casos corresponderam a crianças menores de 5 anos, 44% (n= 983) a pessoas entre 5 e 19 anos, 30% (n= 669) a pessoas com mais de 20 anos e 1% (n= 15) a pessoas de idade desconhecida. A taxa de incidência por faixa etária mostra que o grupo mais afetado foi o de crianças menores de um ano (3,59 casos por 100.000 habitantes), seguido pelo grupo de 1 a menos de 5 anos (2,92 por 100.000 habitantes) (14, 15).

Quanto ao histórico de vacinação dos casos, 93% não estavam vacinados ou apresentavam histórico vacinal desconhecido, 3% haviam recebido uma única dose da vacina tríplice viral (SCR) e 4% haviam recebido duas doses. Entre os casos confirmados em pessoas vacinadas, 22% correspondiam a crianças menores de 5 anos, 19% a pessoas entre 5 e 19 anos e 59% a adultos com 20 anos ou mais. Onze por cento (11%) (n = 245) dos casos necessitaram de hospitalização, principalmente em crianças menores de 5 anos, concentrando-se 18% (n = 106) dos casos hospitalizados nessa faixa etária, do total de (n = 575) (14, 15).

Nos Estados Unidos, durante 2026, entre a SE 1 e a SE 2, foram notificados 171 casos confirmados de sarampo. Esses casos foram relatados por nove estados: Arizona (n= 1 caso), Flórida (n= 2 casos), Geórgia (n= 1 caso), Carolina do Norte (n= 2 casos), Ohio (n= 3 casos), Oregon (n= 2 casos), Carolina do Sul (n= 145 casos), Utah (n= 14 casos) e Virgínia (n= 1 caso). Não foram notificados casos de sarampo entre visitantes internacionais (14, 15). Do total de casos, 96% (n= 165) estavam associados a surtos identificados em 2025. Vinte e cinco por cento (n= 42) dos casos corresponderam a crianças menores de 5 anos, 60% (n= 103) a pessoas entre 5 e 19 anos, 10% (n= 17) a pessoas com mais de 20 anos e 5% (n= 9) a pessoas de idade desconhecida. A taxa de incidência por faixa etária mostra que o grupo mais afetado foi o de crianças de 1 a menos de 5 anos (0,26 por 100.000 habitantes), seguido pelo grupo de 5 a menos de 20 anos (0,16 por 100.000 habitantes) (14, 15).

Em relação ao histórico de vacinação dos casos durante 2026, 95% não estavam vacinados ou tinham um histórico de vacinação desconhecido, 2% tinham recebido uma única dose da vacina tríplice viral (SCR) e 2% tinham recebido duas doses. Entre os casos confirmados vacinados, 25% correspondiam a crianças menores de 5 anos, 38% a pessoas entre 5 e 19 anos e 38% a adultos com mais de 20 anos. 1% (n= 2) dos casos necessitou de hospitalização, correspondendo a crianças menores de 5 anos e pessoas entre 5 e 19 anos (14, 15).

Durante 2025 e 2026, das 751 amostras positivas para rRT-PCR de casos confirmados de sarampo que foram submetidas a genotipagem até o momento, 86% (n= 648) corresponderam ao genótipo D8 e 14% (n= 103) ao genótipo B3. Entre as detecções do genótipo D8, a maioria, 88% (n= 567), foi identificada como a sequência distintiva (DSId) 9171 (14, 15).

A cobertura vacinal com a vacina tríplice viral (SCR) em crianças diminuiu nos últimos anos, passando de 95,2% durante o ano letivo de 2019-2020 para 92,5% durante o ano letivo de 2024-2025 (14, 15).

Na **Guatemala**, na SE 43 de 2025, foi identificado um caso confirmado de sarampo, correspondente a uma criança menor de 2 anos, residente no departamento de Guatemala, no qual não foi possível identificar a fonte de exposição. Além disso, entre a SE 51 de 2025 e a SE 3 de 2026, foram confirmados (até 21 de janeiro) 41 casos de sarampo em nove departamentos do país, dos quais 31 estão relacionados à participação em um evento internacional de grande porte no município de Santiago Atitlán, Sololá, entre 10 e 14 de dezembro de 2025. Os casos confirmados foram relatados nos departamentos de Sololá (n= 20 casos), Guatemala (n= 9 casos), Izabal (n= 3 casos), Escuintla (n= 3 casos), Totonicapán (n= 1 caso), Quetzaltenango (n= 1 caso), Jalapa (n= 1 caso), Baja Verapaz (n= 1 caso) e Petén (n= 2 casos) (16).

Do total de casos confirmados durante 2026, 54% são homens (n= 22). Os casos têm entre 5 meses e 46 anos de idade, distribuídos nas seguintes faixas etárias: 10% (n= 4) dos casos

correspondem a crianças de 0 a 4 anos, 10% (n= 4) a crianças entre 5 e 9 anos, 5% (n= 2) a pessoas entre 10 e 14 anos, 20% (n= 8) a pessoas entre 15 e 19 anos, 5% (n= 2) a pessoas entre 20 e 24 anos, 15% (n= 6) a pessoas entre 25 e 29 anos, 27% (n= 11) a pessoas entre 30 e 39 anos, 10% (n= 4) a pessoas entre 40 e 49 anos. A taxa de incidência por faixa etária mostra que a mais afetada é a de 15 a 19 anos (0,46 casos por 100.000 habitantes), seguida pela faixa de 30 a 39 anos, com 0,41 casos por 100.000 habitantes (16). Quanto ao histórico vacinal, 44% (n= 18) não estavam vacinados, 12% (n= 5) apresentavam histórico vacinal desconhecido e 18% (n= 8) relataram doses de SCR com base em referência verbal. Dezesete por cento (17%) dos casos necessitaram de hospitalização (n= 7) e não foram registrados óbitos relacionados (16). Das 41 amostras positivas por rRT-PCR obtidas de casos confirmados de sarampo, 12 encontravam-se em processo de genotipagem (16).

Em 2024, o país atingiu uma cobertura vacinal de SCR de 91% a nível nacional para a primeira dose e de 79% para a segunda dose (16).

No **México**, entre a SE 1 de 2025 e a SE 2 de 2026, foram confirmados 7.168 casos de sarampo em 32 estados do país e 24 mortes. A maioria os casos confirmados foram relatados nos seguintes estados: Chihuahua (n= 4.495 casos, incluindo 21 mortes), Jalisco (n= 1.034 casos, incluindo uma morte), Chiapas (n= 432 casos), Michoacán (n= 261 casos) e Guerrero (n= 257 casos). Do total de casos, 275 foram importados, 4.054 estiveram relacionados à importação e 2.839 confirmados com fonte de infecção em estudo (17, 18).

Em relação à distribuição por faixa etária, os casos confirmados de sarampo relatados entre a SE 1 de 2025 e a SE 2 de 2026 apresentaram maior frequência na faixa de 1 a 4 anos (n= 1.097 casos), seguida pela faixa de 5 a 9 anos (n= 836 casos) e pela faixa de 25 a 29 anos (n= 794 casos). Quanto à taxa de incidência, o grupo etário menor de um ano apresentou a taxa mais elevada, com 42,52 casos por 100.000 habitantes, seguido pelos grupos de 1 a 4 anos e de 5 a 9 anos, com taxas de 12,80 e 7,90 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Dos casos confirmados, 50,9% correspondem a mulheres (n = 3.650) (17, 18).

Quanto ao histórico de vacinação dos casos confirmados, 91,2% (n= 6.534) não tinham histórico de vacinação, 6,2% (n= 444) tinham recebido uma dose de SCR e 2,65% (n= 190) tinham recebido duas ou mais doses de SCR documentadas na carteira nacional de vacinação. Do total de casos confirmados, 1.354 necessitaram de hospitalização, dos quais 962 são provenientes do estado de Chihuahua (17, 18). De acordo com a genotipagem realizada nas amostras provenientes dos casos confirmados (n= 220), foram identificados os genótipos D8 e B3 (20, 21).

Foram confirmadas 24 mortes por complicações do sarampo, todas em pessoas sem histórico de vacinação, com comorbidades em alguns casos. As mortes estão distribuídas entre os estados de Chihuahua (n= 21), Durango (n= 1), Jalisco (n= 1) e Sonora (n= 1) (17, 18).

No **Paraguai**, entre a SE 30 e a SE 53 de 2025, foram confirmados 49 casos de sarampo, registrados nos departamentos de San Pedro (n= 47 casos) e Central (n= 2 casos). Do total de casos, 48 estão relacionados à importação e um corresponde a um caso importado (19).

Em relação às características demográficas, 61% dos casos (n= 30) correspondem ao sexo feminino. A faixa etária das pessoas afetadas varia de 3 meses a 54 anos. Do total, 45% (n= 22) dos casos correspondem a menores de 5 anos, 39% (n= 19) a idades entre 5 e 19 anos e

16% (n= 8) ao grupo de 20 anos ou mais. A taxa de incidência mostra que o grupo etário mais afetado é o de menores de 1 ano (7,2 casos por 100.000 habitantes), seguido pelo grupo de 1 a 4 anos (3,7 por 100.000 habitantes) e de 15 a 19 anos (1,3 casos por 100.000 habitantes) (19).

Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo, 76% dos casos (n= 37) não estavam vacinados ou tinham um histórico de vacinação desconhecido, enquanto 14% tinham uma dose única de SCR (n= 7) e 10% tinham duas doses de SCR (n= 5). Catorze por cento dos casos necessitaram de hospitalização (n= 7). Não foram registrados óbitos relacionados e o último caso confirmado foi registrado na semana epidemiológica 39 (19). O Laboratório Regional de Referência relatou o genótipo D8 em cinco amostras enviadas pelo Laboratório Nacional de Referência (19). No Paraguai, em 2025, foi alcançada uma cobertura nacional de vacinação com SCR de 94% para a primeira dose e de 87% para a segunda dose (19).

No **Peru**, entre a SE 19 e a SE 53 de 2025, foram confirmados cinco casos de sarampo, todos registrados no departamento de Lima. Do total de casos, três correspondem a casos importados e dois relacionados à importação. Os casos estão distribuídos em uma faixa etária de 11 meses a 34 anos; um caso corresponde a uma criança menor de um ano, dois casos correspondem a pessoas entre 5 e 19 anos e dois a adultos com 20 anos ou mais. Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo, três dos casos não estavam vacinados, um tinha um histórico de vacinação desconhecido e um tinha duas doses de SCR. Dos casos, dois necessitaram de hospitalização; não foram registrados óbitos relacionados (20).

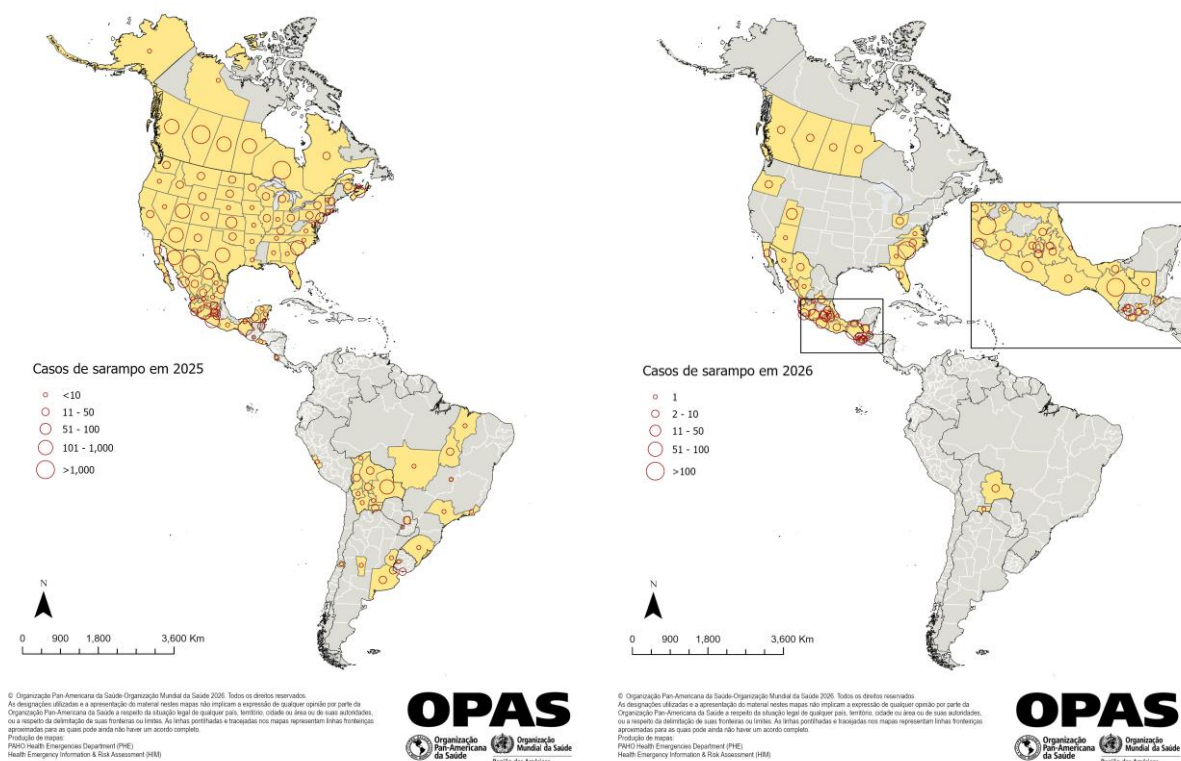
De acordo com a genotipagem realizada nas amostras provenientes de dois casos confirmados, foram identificados o genótipo D8 DSID 9171 e o genótipo MVs/Ontario.CAN/47.24 (DSId 9171). No Peru, em 2024, foi alcançada uma cobertura vacinal para SCR de 97,6% em nível nacional para a primeira dose e 83,2% para a segunda dose (20).

No **Uruguai**, na semana epidemiológica 6 de 2025, foi registrado um caso confirmado de sarampo em um estrangeiro, com histórico de viagem à Argentina e sem histórico de vacinação contra o sarampo. Esse evento correspondeu a um caso isolado, sem evidência de transmissão secundária documentada no período posterior (21).

Além disso, entre a SE 46 de 2025 e a SE 3 de 2026, foram confirmados 13 casos de sarampo em dois departamentos do país. Os casos foram relatados nos departamentos de Montevideu (n= 1 caso) e Rio Negro (n= 12 casos). Do total de casos, quatro foram importados e nove estiveram relacionados à importação (21). Os casos estão distribuídos em uma faixa etária de 11 a 51 anos; 23,1% (n = 3) correspondem a adolescentes de 11 a 15 anos, 76,9% (n= 10) correspondem a pessoas entre 21 e 51 anos. Não foram relatados casos em crianças nem idosos. A taxa de incidência por faixa etária mostra que o grupo mais afetado é o de 11 a 15 anos, correspondendo a 1,26 casos por 100.000 habitantes. Quanto ao histórico de vacinação, 69,3% (n= 9) dos casos não estavam vacinados e 30,7% receberam uma dose de SCR (n= 4). Do total, um caso requereu hospitalização com boa evolução (21).

Durante 2024, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 97% para a primeira dose e 95% para a segunda dose (21).

**Figura 6.** Distribuição geográfica dos casos confirmados de sarampo em nível subnacional (em amarelo) na Região das Américas, 2025-2026 (até a SE 2 de 2026)



**Fonte:** Adaptado de dados fornecidos pelos respectivos países (3-21).

## Orientações aos Estados-Membros

A alta incidência de casos em crianças pequenas, a elevada proporção de pessoas não vacinadas e a persistência de surtos em comunidades relutantes à vacinação, associados a importações, refletem a necessidade urgente de restabelecer e manter coberturas vacinais  $\geq 95\%$  com duas doses da vacina SCR, fortalecer a vigilância epidemiológica sensível e oportuna, e consolidar a capacidade de resposta rápida para evitar a reintrodução e a transmissão endêmica do vírus na Região.

Levando em consideração os fatores de risco mencionados acima e o contexto regional atual, apresentam-se, a seguir, recomendações relacionadas à vacinação, à vigilância e à resposta rápida, a eventos de massa e a viagens internacionais (28, 29):

### Vacinação

#### a. Países com surtos ativos:

- Em municípios com transmissão comunitária, caracterizada por longas cadeias de transmissão, ampla dispersão geográfica e dificuldade na identificação da fonte da infecção, implementar atividades de vacinação em massa indiscriminada, com a administração de uma dose adicional da vacina SCR ou SR aos grupos afetados.
- Em municípios com surtos com pequenas cadeias de transmissão, número limitado de casos em áreas geográficas claramente identificadas e fontes de transmissão



conhecidas, recomenda-se implementar as seguintes medidas, a fim de antecipar a transmissão do vírus:

- i. Implementar o bloqueio de vacinação a partir da identificação de um caso suspeito (sem esperar pela confirmação laboratorial), nas primeiras 72 horas, em 25 quarteirões ao redor do local de residência do caso (área de 5 × 5 quarteirões, com o quarteirão de residência do caso no centro) e ao longo da rota de deslocamento dos casos, durante o período de transmissibilidade. Realizar, de forma concomitante, a busca ativa de casos na comunidade.
- ii. Implementar a varredura documentada quando a intervenção for posterior às primeiras 72 horas ou quando o bloqueio de vacinação tiver sido ineficaz. A varredura deve ser implementada em uma área mais ampla do que a do bloqueio de vacinação. Considerar, quando viável, uma área de cinco quarteirões ao redor da residência do caso (área de 121 quarteirões, 11 quarteirões em cada direção, com o quarteirão de residência do caso no centro). Isso deve ser adaptado de acordo com o tipo de área, se urbana, urbana marginal ou rural. Realizar a busca ativa de casos na comunidade durante esta atividade.
- iii. Realizar o monitoramento rápido da vacinação (MRV) nas áreas intervencionadas, a fim de determinar as zonas que requerem intervenções adicionais de vacinação. Coletar os motivos da não vacinação durante o MRV. Manter a busca ativa de casos na comunidade durante esta atividade.
- iv. Os grupos etários a serem incluídos nas atividades de vacinação dependerão da análise epidemiológica da distribuição dos casos por idade, bem como da análise do acúmulo de suscetíveis por coorte de nascimento. Isso pode incluir a administração da dose zero em crianças de 6 meses a menores de 1 ano de idade.

**b. Todos os países:**

- **Vacinar todos os contatos próximos** de casos confirmados e suspeitos, até 39 anos (ou de acordo com a análise epidemiológica local), com uma dose adicional da vacina contra sarampo-rubéola (SR) ou SCR, conforme o caso, nas primeiras 72 horas. Isso deve incluir a rota de deslocamento dos casos confirmados durante o período de transmissibilidade da doença.
- **Manter uma reserva de vacinas** SR e/ou SCR e seringas/insumos para ações de prevenção e controle de casos importados.
- **Implementar atividades de intensificação da vacinação** com base nos resultados da análise de risco de sarampo e rubéola, com o objetivo de eliminar as lacunas na cobertura, priorizando os municípios com maior risco.
- **Fortalecer o microplanejamento dos serviços de vacinação de rotina** para atingir coberturas de vacinação de pelo menos 95% com duas doses da vacina SCR. A OPAS desenvolveu diretrizes que podem ser muito úteis para esse trabalho.
- **Oferecer vacinação aos viajantes** por meio de brigadas médicas ou postos de vacinação fixos, garantindo seu acesso em pontos estratégicos. Implementar a dose zero em crianças de 6 a 11 meses de idade que se dirijam a zonas com

transmissão ativa da doença. O ideal é que a vacinação seja realizada pelo menos 14 dias antes da viagem.

- **Aumentar os esforços para alcançar a cobertura vacinal em populações reticentes**, incluindo atividades de sensibilização dirigidas a autoridades locais, líderes comunitários e religiosos, bem como a outros atores sociais e setores governamentais importantes, como o setor educacional. Além disso, realizar atividades complementares de vacinação nas comunidades de acolhimento ou áreas circundantes às populações reticentes para fechar as lacunas de vacinação e fortalecer a imunidade populacional.

## Vigilância

### a. Países com surtos ativos:

- Ativar e capacitar equipes de resposta rápida, incorporando todos os setores relevantes.
- Implementar a sala de situação para análise de dados e tomada de decisões. Isso deve incluir a análise detalhada dos casos, incluindo sua rota de deslocamento e a análise das atividades de vacinação implementadas.
- Em áreas com transmissão comunitária, recomenda-se usar uma definição de caso mais específica (febre e exantema maculopapular, acompanhado de tosse, coriza ou conjuntivite) e documentar a mudança de definição.
- Além disso, para otimizar o uso dos recursos laboratoriais, usar as classificações de caso confirmado por critérios clínicos (presença de febre, exantema, tosse, coriza e conjuntivite) e nexos epidemiológico, para não atrasar a implementação das ações de resposta.

### b. Todos os países:

- **Fortalecer a vigilância epidemiológica** em zonas consideradas de alto risco, áreas fronteiriças e com silêncio epidemiológico, por meio da implementação de buscas ativas tanto nos serviços de saúde quanto na comunidade.
- **Adotar e adaptar as orientações recentes da OPAS** sobre a busca ativa de casos ao aplicar essa estratégia de vigilância, seguindo as recomendações da Comissão Regional para o Sarampo, a Rubéola e a Síndrome da Rubéola Congênita emitidas em sua reunião de 2024, disponível em espanhol em: <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola> (30).
- **Obter amostras de soro, swab nasofaríngeo e urina** (31) em todos os casos suspeitos de sarampo ou rubéola, para confirmação laboratorial por meio de testes sorológicos e moleculares de RT-PCR em tempo real, bem como para sequenciamento genômico, a fim de documentar o genótipo e a linhagem associados à infecção.
- **Classificar os casos suspeitos** com resultado IgM positivo considerando os critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, com a participação dos delegados de vigilância, laboratório e imunizações, além 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 na seção **Vacinação**.
- **Iniciar uma resposta oportuna a casos importados de sarampo ou rubéola**, o que inclui a ativação de equipes de resposta rápida treinadas e a implementação de protocolos nacionais de resposta rápida (32, 33).
- Administrar vitamina A imediatamente após o diagnóstico de sarampo e repetir no dia seguinte, em crianças de 6 a 59 meses de idade, independentemente das doses anteriores de vitamina A que tenham recebido. A dose recomendada é de 50.000 UI para lactentes menores de 6 meses, 100.000 UI para lactentes de 6 a 11 meses e 200.000 UI para crianças de 12 meses ou mais. Se o caso apresentar sinais oftalmológicos clínicos de deficiência de vitamina A, como manchas de Bitot, deve-se administrar uma terceira dose 4 a 6 semanas depois (34).
- **Estabelecer um manejo hospitalar adequado para os casos**, a fim de evitar a transmissão nosocomial, particularmente durante surtos. Isso implica manter um fluxo adequado de referência 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 de internação.
- **Capacitar os profissionais de saúde**, com ênfase nas equipes de resposta rápida, na resposta a surtos. A OPAS oferece cursos on-line de autoaprendizagem para esse fim, disponíveis (em espanhol) em: 1) Resposta rápida a surtos de sarampo e rubéola nas Américas <https://campus.paho.org/es/curso/brotes-sarampion-rubeola> (33); e 2) Surto de sarampo na era pós-eliminação: estudo de caso. <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion> (34).
- **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

Em relação a eventos de massa e viajantes internacionais na Região das Américas, considerar as seguintes recomendações:

- **Fortalecimento da vigilância epidemiológica e vacinação.**  
A OPAS recomenda que os países revisem seu desempenho na vigilância do sarampo e da rubéola, bem como os níveis de cobertura vacinal, a fim de identificar as áreas de maior risco e implementar ações preventivas. Concretamente, e no contexto da Copa do Mundo da FIFA 2026, os países devem aumentar a sensibilidade de seu sistema de vigilância por meio da implementação de pesquisas ativas, para documentar a ausência de casos de sarampo e rubéola, e oferecer informações e serviços de vacinação aos viajantes.

- **Em relação aos viajantes**

Antes da viagem

<sup>3</sup>A OPAS/OMS recomenda aos Estados-Membros que aconselhem todos os viajantes com seis meses de idade ou mais que não possam apresentar prova de vacinação ou imunidade a **receber uma dose da vacina contra o sarampo e a rubéola, pelo menos duas semanas antes de viajar para áreas onde tenha sido documentada a transmissão do sarampo ou** da rubéola.

Recomenda-se que as autoridades de saúde informem o viajante antes da partida sobre os sinais e sintomas do sarampo e da rubéola, que incluem:

- Febre
- Exantema
- Tosse, coriza (secreção nasal) ou conjuntivite (olhos vermelhos)
- Dor nas articulações
- Linfadenopatia (gânglios inflamados)

Durante a viagem

Recomende aos viajantes que, se durante a viagem apresentarem sintomas que os levem a suspeitar que contraíram sarampo ou rubéola, façam o seguinte:

- Procurem atendimento imediato de um profissional de saúde.
- Evitar contato próximo com outras pessoas por sete dias a partir do início da erupção cutânea para reduzir o risco de contágio (o período de transmissibilidade do sarampo é de quatro dias antes a quatro dias após o início da erupção cutânea e o período de transmissibilidade da rubéola é de sete dias antes a sete dias após o início da erupção cutânea; como é difícil diferenciar entre as duas doenças, recomenda-se usar o período mais amplo). Usar máscara durante esse mesmo período reduzirá ainda mais o risco de transmissão.
- Permaneça no local onde está hospedado (por exemplo, hotel ou residência, etc.), exceto para ir ao médico ou conforme recomendado pelo profissional de saúde. Ao sair, use sempre máscara durante o período de transmissibilidade. Use máscara no local de hospedagem, com quarto fechado, se conviver com pessoas não vacinadas.

As autoridades de saúde devem levar em consideração que **um certificado de vacinação contra o sarampo não é um requisito para entrar** nos países no âmbito do RSI (2005).

Ao retornar

- Se os viajantes suspeitarem que foram infectados com sarampo ou rubéola ao retornar, devem entrar em contato com seu serviço de saúde e informar o médico sobre sua viagem.

---

<sup>3</sup> A dose da vacina contra sarampo, rubéola e caxumba (SRC) ou sarampo e rubéola (SR) administrada em crianças de 6 a 11 meses de idade não substitui a primeira dose do esquema recomendado aos 12 meses de idade.

- **Em relação a médicos e outros profissionais de saúde**

A OPAS/OMS recomenda:

- Promover e verificar a vacinação com um esquema completo (duas doses) contra o sarampo e a rubéola do pessoal do setor de saúde, incluindo o pessoal médico, de laboratório, administrativo, de limpeza, de segurança, entre outros.
- Sensibilizar os profissionais de saúde do setor privado sobre a necessidade de notificação imediata de todos os casos suspeitos de sarampo ou rubéola, para garantir uma resposta oportuna das autoridades nacionais de saúde pública, de acordo com as normas do sistema nacional de vigilância e resposta rápida a surtos.
- Lembrar aos profissionais de saúde sobre a necessidade de investigar o histórico de viagens dos pacientes e seu histórico de vacinação.

- **Identificação e rastreamento de contatos de casos confirmados de sarampo ou rubéola**

- Realizar as atividades de identificação e rastreamento dos contatos identificados e presentes no território nacional, de acordo com as diretrizes e orientações do país.
- Levar em consideração as implicações internacionais que podem surgir no rastreamento de contatos e considerar os seguintes cenários e aspectos operacionais no desenvolvimento dessas atividades:
  - a. Quando um caso é identificado pelas autoridades nacionais de outro Estado Membro e é solicitada às autoridades nacionais a localização do(s) contato(s) cujo local de residência mais provável seja o seu país. Insta-se as autoridades nacionais a utilizarem todos os mecanismos de coordenação disponíveis, a fim de localizar essas pessoas. As informações disponíveis para essa ação podem ser limitadas, e os esforços devem ser racionais e baseados nos recursos existentes. Os serviços de saúde devem ser alertados quanto à possibilidade da existência desses contatos, com o objetivo de que permaneçam atentos e possam detectar oportunamente qualquer caso suspeito. Quando um caso é identificado a nível local e dependendo do momento em que ocorre a detecção na história natural da doença, este pode requerer:
    - *Caso atual:* as autoridades nacionais devem obter informações sobre a possível fonte de infecção e a localização dos contatos no exterior e informar consequentemente as autoridades nacionais correspondentes do país onde se presume que o caso tenha sido infectado ou onde o contato se encontra.
    - *Caso identificado retrospectivamente:* de acordo com o histórico de viagem do caso, as autoridades nacionais devem informar as autoridades nacionais do país correspondente, pois essa situação pode constituir o primeiro sinal de circulação do vírus, ou de um surto, no outro país/países em questão.
  - i. Realizar pesquisas institucionais e comunitárias ativas com o objetivo de detectar rapidamente os casos entre os contatos que não foram identificados na investigação do surto, seguindo a rota de deslocamento do(s) caso(s).



### Observações operacionais

Para a busca internacional de contatos de casos confirmados de sarampo ou rubéola, podem ocorrer dois cenários de exposição a um caso confirmado:

- **Quando não há envolvimento de meios de transporte internacionais (por exemplo, aviões, cruzeiros, trens)**, as autoridades nacionais devem entrar em contato com seus homólogos de outros países por meio do Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) correspondente ou por meio de outros mecanismos bilaterais e multilaterais programáticos existentes, com cópia para o Ponto de Contato Regional da OMS para o RSI. Se necessário, as autoridades nacionais podem solicitar o apoio do Ponto Focal Regional da OMS para o RSI nas Américas, a fim de facilitar as comunicações relacionadas à busca internacional de contatos.
- **Quando meios de transporte internacionais (por exemplo, aviões, navios de cruzeiro, trens) estiverem envolvidos**, as autoridades nacionais de saúde portuária ou quem as substituir devem ativar os mecanismos existentes para obter as informações pertinentes das empresas (por exemplo, companhias aéreas) a fim de localizar os viajantes, ou estabelecer tais mecanismos caso não existam. Para a comunicação posterior entre as autoridades nacionais, consulte o ponto anterior.

As recomendações da OPAS/OMS em relação a conselhos para viajantes estão disponíveis na Atualização Epidemiológica sobre sarampo publicada pela OPAS/OMS em 28 de fevereiro de 2025 (35).

## Canais para a divulgação das orientações

A OPAS/OMS recomenda que as autoridades nacionais considerem a divulgação das orientações desta atualização epidemiológica por meio de:

- Campanhas de sensibilização do público para promover e melhorar a saúde dos viajantes antes e depois de sua 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, recomenda-se também levar em consideração os serviços de assistência médica ou clínicas para viajantes, aeroportos, portos, estações de trem e ônibus, companhias aéreas que operam no país, entre outros.
- As agências de viagens, as entidades relacionadas ao turismo e os corpos diplomáticos também devem conhecer e divulgar as recomendações necessárias que um viajante deve levar em consideração antes da viagem.
- Comunicação aos médicos e outros profissionais de saúde sobre o conteúdo das diretrizes nacionais de vigilância existentes, bem como divulgação oportuna de qualquer novo protocolo 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 21 de janeiro de 2026]. Disponível em: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>
2. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Integrated Surveillance Information System (ISIS) for poliomyelitis, measles, rubella and congenital rubella syndrome. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 28 de janeiro de 2026]. Não publicado.
3. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Argentina. Comunicação recebida em 24 de janeiro de 2026 por e-mail. Buenos Aires; 2026. Não publicado.
4. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Belize. Comunicação recebida em 23 de janeiro de 2026 por e-mail. Belmopán; 2026. Não publicado.
5. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Estado Plurinacional da Bolívia. Comunicação recebida em 21 de janeiro de 2026 por e-mail. La Paz; 2026. Não publicado.
6. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Sistema Único de Informação em Saúde. La Paz: Minsalud; 2026. Não publicado.
7. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Direção Geral de Epidemiologia. Programa Ampliado de Imunização. La Paz: Minsalud; 2026. Não publicado.
8. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Brasil. Comunicação recebida em 23 de janeiro de 2026 por e-mail. Brasília; 2026. Não publicado.
9. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Canadá. Comunicação recebida em 22 de janeiro de 2026 por e-mail. Ottawa; 2026. Não publicado.
10. Canada Government. Public Health Agency of Canada. Measles and rubella weekly monitoring reports – 2026. Ottawa: PHAC; 2025 [acessado em 1º de fevereiro de 2026]. Disponível em: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>.
11. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Chile. Comunicação recebida em 22 de janeiro de 2026 por e-mail. Santiago; 2026. Não publicado.
12. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Costa Rica. Comunicação recebida em 10 de setembro de 2025 por e-mail. San José; 2025. Não publicado.
13. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de El Salvador. Informação por e-mail de 1º de janeiro de 2026. San Salvador; 2026. Não publicado.
14. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) dos Estados Unidos. Comunicação recebida em 23 de janeiro de 2026 por e-mail. Washington, D.C.; 2026. Não publicado.

15. United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Measles cases and outbreaks. Atlanta: CDC; 2026 [acessado em 19 de janeiro de 2026]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>.
16. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Guatemala. Comunicação recebida em 26 de janeiro de 2026 por e-mail. Ciudad do Guatemala; 2026. Não publicado.
17. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do México. Comunicação recebida em 22 de janeiro de 2026 por e-mail. Ciudad do México; 2026. Não publicado.
18. Gobierno de México. Secretaria de Salud de México. SSA/DGE/DVEET/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática con corte al 19 de enero de 2026 (SE 2 del 2026). Ciudad do México: SSM; 2026. Não publicado.
19. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Paraguai. Comunicação recebida em 22 de janeiro de 2026 por e-mail. Assunção; 2026. Não publicado.
20. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Peru. Comunicação recebida em 22 de janeiro de 2026 por e-mail. Lima; 2026. Não publicado.
21. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Uruguai. Comunicação recebida em 22 de janeiro de 2026 por correio eletrônico. Montevideu; 2026. Não publicado.
22. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Vaccine-preventable diseases (VPD) cases in the Americas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 26 de janeiro de 2026]. Disponível em: [https://ais.paho.org/hip/viz/im\\_vaccinepreventablediseases.asp](https://ais.paho.org/hip/viz/im_vaccinepreventablediseases.asp).
23. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola - Boletín anual 2023. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 26 de enero del 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/boletin-semanal-sarampion-rubeola>.
24. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola - Boletín anual 2022. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 26 de enero del 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/boletin-semanal-sarampion-rubeola>.
25. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola. Boletín biSemanal de Sarampión-Rubeola (51-52) - 28 de diciembre del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 26 de enero del 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/boletin-semanal-sarampion-rubeola>.
26. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Cobertura de inmunización a lo largo del curso de la vida en las Américas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025 [acessado em 21 de janeiro de 2026]. Disponível em: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#>.

27. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Atualização Epidemiológica: Sarampo na Região das Américas, 19 de setembro de 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-region-americas-19-septiembre-2025>.
28. Organização Pan-Americana da Saúde. Grupo Asesor Estratégico (GAE) en Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV). Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/es/grupo-asesor-estrategico-gae-enfermedades-prevenibles-por-vacunacion-epv>.
29. Organização Pan-Americana da Saúde. Marco regional para el monitoreo y la reevaluación 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/items/45b35f69-94fc-43d6-b54c-56be3bcd4b90>
30. Organização Pan-Americana da Saúde. Orientaciones para la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola. Washington, D.C.: OPAS; 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola>.
31. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Guidelines for measles and rubella testing in the laboratory network of the Region of the Americas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34932>.
32. 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>.
33. Organização Pan-Americana da Saúde. Measles outbreak in the post-elimination era: case study. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion>.
34. Organização Mundial da Saúde. Measles vaccines: WHO position paper – April 2017. Weekly Epidemiological Record. 2017;92(17). Genebra: OMS; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers/measles>.
35. 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/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-28-febrero-2025>.