

## Avaliação de riscos para a saúde pública relacionado ao sarampo: implicações para a Região das Américas - Segunda avaliação, V2

18 de fevereiro de 2026

Avaliação de riscos elaborada com os dados disponíveis em 27 de janeiro de 2026

Risco geral
Regional
Muito alto

Confiança nas informações disponíveis
Regional
Alto

### Declaração geral de risco

Esta avaliação rápida de riscos (RRA, por sua sigla em inglês) substitui a publicada em 24 de março de 2025 e tem como objetivo avaliar o risco atual para a saúde pública na Região das Américas, associado ao aumento de surtos e casos de sarampo durante 2025 em alguns países da Região.

Esta avaliação de risco foi realizada considerando os seguintes critérios: (i) o risco potencial para a saúde humana, que inclui o comportamento clínico-epidemiológico da doença, o risco de exposição, os indicadores de magnitude e gravidade, com base na tendência crescente de confirmação de casos durante 2024 e 2025; (ii) o risco de disseminação, em particular a possível propagação para países com baixa cobertura vacinal; e (iii) o risco para a saúde pública em relação às capacidades de detecção precoce, prevenção e controle nos países, especialmente aqueles com baixa cobertura vacinal contra o sarampo.

Após a declaração da eliminação do sarampo na Região das Américas em 2016, entre 2017 e 2019 observou-se um aumento incomum e constante de casos confirmados da doença (1). Em 2019, registrou-se a maior taxa de incidência regional, com 21,5 casos por um milhão de habitantes (1), devido principalmente aos grandes surtos de sarampo na Venezuela e no Brasil, que levaram ao restabelecimento da transmissão endêmica desse vírus e à perda do status de eliminação (2). Entre 2018 e 2023, a Região das Américas registrou um total de 49.187 casos confirmados de sarampo em 18 países, como resultado da importação do vírus de outras regiões do mundo. Antes de 2025, o último caso endêmico de sarampo na Região das Américas havia sido relatado pelo Brasil em junho de 2022 (2, 3). Em 2024, conseguiu-se a reverificação da eliminação do sarampo endêmico na Região das Américas, após o registro, naquele ano, de 466 casos confirmados da doença, todos importados ou relacionados à importação (3). No entanto, em 2025, houve um aumento incomum de casos de sarampo com casos confirmados em 13 países, o que incluiu o restabelecimento da circulação endêmica da doença na Região, após mais de 12 meses de circulação contínua do vírus no Canadá, conforme determinado na quinta reunião anual da Comissão Regional de Monitoramento e Revalidação da Eliminação do Sarampo, da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), realizada entre 4 e 7 de novembro de 2025. Dada essa situação, a OPAS anunciou em 10 de novembro de 2025 que a Região das Américas perdeu sua certificação como zona livre de transmissão endêmica do sarampo (4).

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 mortes, das quais 22 (76%) ocorreram na população indígena (5). 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, 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) (5). Este total representa um aumento de 32 vezes em comparação com os 466 casos de sarampo notificados em 2024 (5).

Em 2026, entre a SE 1 e a SE 3, na Região das Américas, foram confirmados 1.031 casos de sarampo, sem óbitos notificados, na 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= 1 caso) (5).

**O risco para a saúde pública na Região das Américas, em relação ao sarampo, é considerado muito alto devido aos seguintes fatores:**

- A persistência de surtos ativos em países da Região, incluindo casos não relacionados a cadeias de transmissão conhecidas, o recente surgimento de casos em novas áreas geográficas e o impacto sobre a população indígena e a população hesitante em se vacinar (5).
- A falta de manutenção de um nível ideal de cobertura vacinal ( $\geq 95\%$ ) na maioria dos países e territórios da Região. De acordo com a cobertura vacinal para sarampo, rubéola e caxumba (SCR 1 e SCR 2), relatada por 45 países e territórios das Américas em 2024, apenas 33% deles alcançaram uma cobertura superior a 95% para SCR1 e apenas 20% alcançaram mais de 95% de cobertura para SCR2. A cobertura regional foi de 89% para SCR1 e de 79% para SCR2 (5).
- O aumento da população suscetível<sup>1</sup> e a presença de bolsões dessa população, devido à persistência de baixas coberturas vacinais relacionadas a fatores como a pandemia da COVID - 19, o aumento da relutância em relação às vacinas em algumas comunidades e setores da população, limitações ou dificuldades operacionais para aplicar vacinas como medida de controle e a limitação do acesso aos serviços de saúde por parte de populações especialmente vulneráveis (indígenas, migrantes, deslocados, etc.) (2).

**O risco geral deste evento na Região das Américas, especialmente em países com baixa cobertura vacinal, é classificado como “Muito Alto” com um nível de confiança “Alto” com base nas informações disponíveis.**

A avaliação rápida do risco será revisada caso haja mais informações epidemiológicas, clínicas ou virológicas disponíveis.

Critérios	Avaliação		Risco	Justificativa	
	Probabilidade	Consequências			
Risco potencial para a saúde humana	Regional	Quase certo	Moderado	Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O sarampo é a doença mais contagiosa do mundo e pode causar doenças graves, complicações e até mesmo a morte. A doença é mais grave em bebês e adultos, que apresentam maior risco de complicações, incluindo a morte (3, 6, 7).</li> <li>• O maior risco é a infecção grave e a superinfecção, que pode ocorrer especialmente em pacientes imunocomprometidos que se recuperaram do sarampo meses após a infecção (3, 6, 7). Quando o sarampo era comum, quase metade das mortes por outras doenças infecciosas estavam relacionadas à infecção pelo sarampo e à imunossupressão que ele pode causar (8).</li> <li>• Em populações com altos níveis de desnutrição, falta de assistência médica adequada e pouca percepção do risco, o sarampo pode chegar a ter uma letalidade de 10% (3).</li> <li>• Apesar de existir uma vacina segura e econômica, em 2025 foram identificadas 29 mortes relacionadas ao sarampo na Região, das quais 22 (76%) ocorreram na população indígena (5).</li> <li>• A relutância em vacinar em algumas comunidades complica os esforços, dificultando a eficácia da resposta específica aos surtos (3). Durante 2025, observou-se a ocorrência de surtos e casos em comunidades com baixa cobertura vacinal e relutância em vacinar (5).</li> <li>• Não há tratamento antiviral específico para o sarampo (3).</li> <li>• A população indígena e crianças menores de 5 anos têm se mostrado mais vulneráveis a doença na Região das Américas (9).</li> <li>• A limitação do acesso aos serviços de saúde por parte de populações especialmente vulneráveis (indígenas, migrantes, deslocados) pode atrasar o diagnóstico, aumentar a mortalidade e limitar a resposta ao surto.</li> </ul>

<sup>1</sup> Qualquer pessoa não imune (não vacinada que não tenha tido a doença anteriormente ou vacinada, mas que não tenha desenvolvido imunidade)

Critérios		Avaliação		Risco	Justificativa
		Probabilidade	Consequências		
Risco de disseminação	Regional	Altamente provável	Maior	Muito alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>O sarampo é uma doença viral altamente contagiosa, transmitida pelo ar e por meio de gotículas respiratórias. Pode infectar facilmente indivíduos não imunes. Quando ocorrem surtos em áreas com alta densidade populacional e cobertura vacinal inadequada, é muito provável que a doença se espalhe rapidamente (3). Foram notificadas taxas de ataque secundário entre contatos domiciliares suscetíveis variando de 75% a 90%. Dada a elevada eficiência de transmissão do sarampo, foram registrados surtos em populações nas quais apenas 3% a 7% das pessoas eram suscetíveis (1).</li> <li>Embora a maioria dos casos registrados na Região seja importada ou relacionada à importação, em 20% dos casos a fonte de infecção é desconhecida (5).</li> <li>Persistência de surtos ativos e surgimento de novas áreas afetadas na Região (5).</li> <li>Dificuldade em manter níveis adequados de cobertura vacinal na população em geral e, em particular, entre pessoas hesitantes quanto à vacinação, migrantes e outras populações em situação de risco na Região.</li> <li>Aumento da população suscetível e formação de bolsões de suscetíveis como resultado da baixa cobertura vacinal nos últimos anos (Figuras 1-2).</li> <li>Embora tenha havido melhora nos indicadores de vigilância do sarampo-rubéola, ainda há países que não atingem a taxa mínima de notificação de dois casos suspeitos por 100.000 habitantes, de forma homogênea em nível nacional, além de apresentarem desempenho insuficiente em outros indicadores. Isso pode atrasar as ações de detecção, notificação, confirmação e resposta oportuna (10-12).</li> <li>A pandemia de COVID-19 provocou retrocessos nos esforços de vigilância e imunização. A interrupção dos serviços de imunização e a redução da cobertura vacinal em todo o mundo deixaram milhões de crianças vulneráveis a doenças evitáveis por vacinação, como o sarampo. Os níveis globais de cobertura da segunda dose da vacina contra o sarampo são ainda mais baixos. As lacunas na cobertura vacinal criaram condições para a disseminação global do sarampo (10-12). Estima-se que aproximadamente 1,5 milhão de crianças não tenham recebido nenhuma dose da vacina contra o sarampo na Região das Américas durante 2022.</li> </ul>
Risco de capacidade insuficiente de prevenção e controle com os recursos disponíveis	Regional	Altamente provável	Maior	Muito alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>A hesitação vacinal constitui um problema relevante de forma geral e, em particular, em algumas comunidades afetadas em países da Região. A disseminação de informações falsas pode incentivar a recusa da vacinação, o que pode atrasar a implementação das atividades de vacinação em resposta a surtos.</li> <li>A ocorrência simultânea de surtos de arboviroses com febre e exantema em alguns países da Região pode dificultar a detecção oportuna de casos, especialmente em áreas onde os profissionais de saúde não estão capacitados para realizar diagnóstico diferencial adequado.</li> <li>A frequente rotatividade dos profissionais de saúde gera lacunas de conhecimento e de competências necessárias para responder de forma rápida e eficaz a surtos de sarampo e rubéola.</li> <li>A capacidade dos serviços de saúde encontra-se sobrecarregada em razão do impacto de múltiplas emergências de saúde pública simultâneas.</li> </ul>

## Informações contextuais

### Avaliação da ameaça

#### Sarampo

O sarampo é uma doença viral aguda altamente contagiosa, causada pelo vírus do sarampo, pertencente ao gênero Morbillivirus, da família Paramyxoviridae (1, 2). O ser humano é o único hospedeiro natural do vírus. Análises de sequenciamento dos genes virais demonstraram a existência de 24 genótipos do vírus do sarampo em todo o mundo (1). A detecção de um genótipo viral específico é útil para monitorar a transmissão e

identificar a provável origem de um surto. A vacinação confere proteção contra todos os genótipos (1). O vírus do sarampo se dissemina facilmente quando uma pessoa infectada respira, tosse ou espirra, podendo infectar indivíduos suscetíveis de qualquer idade. Pode causar doença grave, complicações ou morte e continua sendo uma das principais causas de mortalidade em crianças pequenas em todo o mundo (1-3).

O vírus do sarampo é transmitido por via aérea ou por gotículas respiratórias provenientes do nariz, boca ou garganta de uma pessoa infectada, que entram em contato com as mucosas das vias respiratórias superiores ou com a conjuntiva, seja por contato pessoal próximo ou por contato com secreções respiratórias. O vírus pode permanecer ativo e contagioso no ar ou em superfícies por até duas horas. Por esse motivo, é altamente infeccioso, e uma pessoa com sarampo pode infectar até 18 indivíduos em uma população suscetível. A transmissão pode ocorrer desde quatro dias antes do aparecimento do exantema (ou seja, um a dois dias antes do início da febre) até quatro dias após o seu surgimento. Foram relatadas taxas de ataque secundário entre contatos domiciliares suscetíveis variando de 75% a 90%. Dada a elevada eficiência de transmissão do sarampo, foram registrados surtos em populações nas quais apenas 3% a 7% das pessoas eram suscetíveis (1-3).

O vírus infecta inicialmente as vias respiratórias, antes de se disseminar para outros órgãos. O período de incubação varia de 7 a 21 dias desde a exposição até o início do exantema, com média de 14 dias (1-3).

O sarampo pode evoluir para doença grave. Os primeiros sintomas incluem febre (que pode atingir 40 °C), mal-estar geral, conjuntivite, tosse e rinorreia (coriza), seguidos por erupção cutânea caracterizada por lesões elevadas e planas (exantema maculopapular). A erupção geralmente surge cerca de 14 dias após a exposição ao vírus e se dissemina da cabeça para o tronco e as extremidades inferiores. Não há tratamento antiviral específico disponível, e a maioria das pessoas se recupera em duas a três semanas. Em populações com altos níveis de desnutrição e acesso limitado a cuidados de saúde adequados, o sarampo pode apresentar letalidade de até 10% (1-3).

A doença é mais grave em bebês<sup>2</sup> e adultos<sup>3</sup> do que em crianças<sup>4</sup>. As complicações podem decorrer da própria replicação viral ou de infecção bacteriana secundária e incluem otite média, pneumonia, laringotraqueobronquite (crupe), diarreia, encefalite e cegueira. A encefalite pós-infecciosa pode ocorrer em aproximadamente 1 a cada 1.000 casos notificados de sarampo. Podem ocorrer cerca de 2 a 3 óbitos para cada 1.000 casos notificados da doença. Em crianças com desnutrição e em pessoas imunocomprometidas, como aquelas que vivem com HIV, com câncer ou em uso de terapias imunossupressoras, bem como em mulheres grávidas, o sarampo pode causar complicações graves (1-3).

Nesses países, onde a desnutrição, especialmente a deficiência de vitamina A, e a exposição a outras doenças infecciosas são comuns, a taxa de letalidade do sarampo é geralmente de 3-6%, mas pode chegar a 30%, especialmente entre populações deslocadas ou isoladas. Nos países desenvolvidos, o óbito por sarampo é pouco frequente, e a taxa de letalidade geralmente varia entre 0,01% e 0,1%. A infecção pelo vírus do sarampo durante a gestação está associada a maior risco de complicações, como aborto espontâneo, parto prematuro, baixo peso ao nascer e morte materna (6, 13).

Como muitas doenças cursam com febre, exantema e diversos sintomas inespecíficos, é importante considerar o diagnóstico diferencial do sarampo. Exames laboratoriais são necessários para o diagnóstico definitivo, pois outras infecções podem ser confundidas com o sarampo, como aquelas causadas pelo vírus da rubéola, parvovírus B19, vírus do herpes humano 6 e 7, vírus da dengue, vírus Zika, vírus chikungunya e Streptococcus pyogenes (1, 14, 15). A confirmação laboratorial do sarampo baseia-se na detecção de anticorpos IgM contra o vírus do sarampo por meio de ensaio imunoenzimático (ELISA) ou na detecção do RNA viral por reação em cadeia da polimerase com transcriptase reversa (RT-PCR), realizada em amostras respiratórias (swabs faríngeos, nasais ou nasofaríngeos) ou em amostras de urina (14, 15).

<sup>2</sup> Crianças entre 1 e 23 meses de idade.

<sup>3</sup> Pessoas entre 19 e 44 anos.

<sup>4</sup> Pessoas de 2 a 12 anos.

O sarampo pode ser prevenido por meio da imunização. A administração de uma dose da vacina entre 12 e 15 meses de idade confere imunidade a aproximadamente 93% das crianças; a aplicação de uma segunda dose eleva esse percentual para cerca de 99%. Em países com baixa cobertura vacinal, as epidemias geralmente ocorrem a cada dois ou três anos e costumam durar dois a três meses, embora a duração varie conforme o tamanho da população, a densidade demográfica e o nível de imunidade populacional. Em países com cobertura vacinal relativamente alta, normalmente há períodos de cinco a sete anos com poucos casos. No entanto, se o número de pessoas suscetíveis aumentar a ponto de sustentar a transmissão generalizada, podem ocorrer epidemias explosivas (1-3).

## Avaliação da exposição

O sarampo é uma das seis doenças imunopreveníveis que foram eliminadas na Região das Américas (3). A maioria dos Estados Membros da OPAS/OMS introduziu a vacina tríplice viral contra sarampo, caxumba e rubéola (SCR) entre 1980 e o início dos anos 2000. Em 2002, a transmissão endêmica do sarampo nas Américas foi eliminada pela primeira vez.

Após a declaração da eliminação<sup>5</sup> do sarampo na Região das Américas em 2016, registrou-se um aumento incomum e constante de casos confirmados da doença no período de 2017 a 2019 (1). Em 2019, registrou-se a maior taxa de incidência regional desde a eliminação, ou seja, 21,5 casos por milhão de habitantes (1). O aumento dos casos notificados em 2019 deveu-se aos grandes surtos de sarampo que ocorreram na Venezuela e no Brasil, países nos quais a transmissão endêmica da doença foi reintroduzida (1, 2). Entre 2018 e 2023, a Região das Américas registrou um total de 49.187 casos confirmados de sarampo em 18 países (2). Nesse período, o último caso de transmissão endêmica de sarampo na Região foi registrado pelo Brasil em julho de 2022 (2, 3). Em novembro de 2024, a eliminação do sarampo na Região foi novamente verificada. Em 2025, observou-se um aumento incomum da ocorrência de sarampo em 13 países da Região, com uma elevação expressiva no número de casos confirmados em comparação com anos anteriores. Esse cenário de transmissão sustentada levou à retomada da circulação endêmica do vírus, e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) anunciou, em 10 de novembro de 2025, a perda do status de Região das Américas Livre de Transmissão Endêmica do Sarampo (4).

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 mortes, das quais 22 (76%) ocorreram na população indígena (5). 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, 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) (5). Este total representa um aumento de 32 vezes em comparação com os 466 casos de sarampo notificados em 2024 (5). Em comparação com o registro histórico de sarampo na Região, o número de casos confirmados de sarampo em 2025 foi o mais alto desde 2019, sendo este o ano com o maior número de casos dos últimos 22 anos (n= 23.269) (5).

Em 2026, entre a SE 1 e a SE 3, na Região das Américas, foram confirmados 1.031 casos de sarampo, sem mortes notificadas. 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= 1 caso) (5). Este total representa um aumento de 45 vezes em comparação com os 23 casos de sarampo notificados no mesmo período de 2025 (5).

<sup>5</sup> A eliminação do sarampo é definida como a interrupção da transmissão do sarampo em uma área geográfica definida que durou pelo menos 12 meses e é verificada após ter sido mantida por pelo menos 36 meses (2).

**Tabela 1. Resumo dos casos de sarampo notificados em 2025 e 2026**

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, na Argentina, Belize, Estado Plurinacional da Bolívia, Brasil, Canadá, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos da América, Guatemala, México, Paraguai, Peru e Uruguai. Esse total representa um aumento de 32 vezes em comparação com os 466 casos de sarampo notificados em 2024 (5).	
País / Territórios	Contexto
Argentina	Entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram confirmados 36 casos de sarampo. Os casos confirmados foram registrados na Cidade Autônoma de Buenos Aires (CABA) (n= 21), na província de Buenos Aires (n = 13), e nas províncias de Entre Ríos (n= 1) e San Luis (n= 1). Do total de casos, 6 foram importados, 15 relacionados à importação, 14 apresentaram fonte de infecção desconhecida e 1 caso teve a fonte de infecção classificada como em investigação (5). Os casos distribuíram-se na faixa etária de 5 meses a 40 anos: 50% (n= 18) ocorreram em crianças menores de 4 anos, 19% (n= 7) em pessoas entre 5 e 19 anos e 31% (n= 11) em adultos com 20 anos ou mais. A taxa de incidência por faixa etária indica que o grupo mais afetado foi o de menores de 4 anos (5,6 casos por 100.000 habitantes) (5). Quanto ao histórico vacinal, 39% (n= 14) dos casos não estavam vacinados ou apresentavam situação vacinal desconhecida; 17% (n = 6) haviam recebido uma dose da vacina tríplice viral (SCR); e 22% (n= 8) haviam recebido duas doses da SCR. Do total de casos, 6% (n= 2) necessitaram de hospitalização (5). De acordo com a genotipagem realizada em 26 amostras provenientes de casos confirmados, foram identificados os seguintes genótipos: B3 DSID 9240; D8 DSID 5963 (linhagem Patán); D8 DSID 9171 (linhagem MVs/Ontário.CAN/47.24); e B3 DSID 6418 (linhagem MVs/Quetta.PAK/44.20) (5). Entre a SE 1 e a SE 3 de 2026, não foram confirmados casos de sarampo (5). Durante 2024, a cobertura vacinal com a vacina tríplice viral (SCR), em nível nacional, atingiu 82,1% para a primeira dose e 46,4% para a segunda dose (5).
Belize	Entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foi confirmado um total de 44 casos de sarampo. Destes, 13 foram confirmados por critério laboratorial e 31 por vínculo epidemiológico. Os casos foram identificados nos distritos de Cayo (n= 43) e Corozal (n= 1). Do total de casos confirmados, sete foram importados e 37 estavam relacionados à importação. Quatro dos casos importados relataram histórico de viagem ao México entre janeiro e abril de 2025, enquanto três relataram viagem ao Canadá entre maio e setembro de 2025 (5). Os casos distribuíram-se na faixa etária de 0 a 45 anos: 18% (n= 8) ocorreram em menores de 5 anos, 64% (n= 28) em pessoas entre 5 e 19 anos e 18% (n= 8) em pessoas com 20 anos ou mais. Quanto ao histórico vacinal contra o sarampo, 100% (n= 44) dos casos não estavam vacinados ou apresentavam situação vacinal desconhecida no momento do diagnóstico. Apenas um caso necessitou de hospitalização (5). Entre a SE 1 e a SE 3 de 2026, não foram confirmados casos de sarampo (5). Durante 2024, a cobertura nacional com a vacina tríplice viral (SCR) atingiu 83,5% para a primeira dose e 82,9% para a segunda dose (5).
Bolívia	Entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram confirmados 597 casos de sarampo em nove departamentos. Os casos foram registrados nos departamentos de Santa Cruz (n= 467), La Paz (n= 41), Cochabamba (n= 36), Beni (n = 14), Potosí (n= 10), Tarija (n= 12), Oruro (n= 9), Chuquisaca (n= 7) e Pando (n= 1) (5). Os casos distribuíram-se na faixa etária de 0 meses a 57 anos: 12% (n= 72) ocorreram em crianças menores de 1 ano; 21% (n= 128) em crianças

	<p>de 1 a 4 anos; 20% (n= 122) em crianças de 5 a 9 anos; 14% (n= 81) em pessoas de 10 a 14 anos; 12% (n= 70) em adolescentes de 15 a 19 anos; e 21% (n= 124) em adultos com 20 anos ou mais. A taxa de incidência por faixa etária indica que o grupo mais afetado foi o de 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).</p> <p>Quanto ao histórico vacinal, 82% (n= 492) dos casos não estavam vacinados ou apresentavam situação vacinal desconhecida; 8% (n= 49) haviam recebido uma dose da vacina tríplice viral (SCR); 7% (n= 43) haviam recebido duas doses; e 2% (n= 13) haviam recebido três doses ou mais. Do total de casos, 5% (n= 31) necessitaram de hospitalização (5). De acordo com a genotipagem realizada em amostras provenientes de dois casos confirmados, foram identificados os genótipos B3 e D8 (5).</p> <p>Entre a SE 1 e a SE 3 de 2026, foram confirmados 10 casos de sarampo, notificados em dois departamentos: Santa Cruz (n= 9) e Tarija (n= 1). Os casos ocorreram em pessoas com idades entre 0 meses e 41 anos. Em relação ao estado vacinal, todos os casos confirmados não apresentavam histórico documentado de vacinação. Durante esse período, nenhum caso necessitou de hospitalização (5).</p> <p>Durante 2025, a cobertura vacinal com a vacina tríplice viral (SCR), em nível nacional, atingiu 82% para a primeira dose e 74% para a segunda dose (5).</p>
<p><b>Brasil</b></p>	<p>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, 10 foram classificados como importados, 25 como relacionados à importação e 3 como de fonte de infecção desconhecida. Os casos foram registrados no Distrito Federal (n= 1) e nos estados do Maranhão (n= 1), Mato Grosso (n= 6), Rio de Janeiro (n= 2), São Paulo (n= 2), Rio Grande do Sul (n= 1) e Tocantins (n= 25) (5). Os casos distribuíram-se nos seguintes grupos etários: 29% (n= 11) ocorreram em crianças menores de 5 anos, 21% (n= 8) em pessoas entre 5 e 19 anos e 50% (n= 19) em adultos com 20 anos ou mais. A taxa de incidência por faixa etária indica que o grupo mais afetado foi o de menores de 5 anos (0,015 casos por 100.000 habitantes), seguido pelo grupo de 20 a 29 anos (0,002 casos por 100.000 habitantes) (5). Quanto ao histórico vacinal, 95% (n= 36) dos casos não estavam vacinados ou apresentavam situação vacinal desconhecida, enquanto 5% (n= 2) tinham histórico de vacinação contra o sarampo (5).</p> <p>Entre as SE 9 e SE 49 de 2025, foram caracterizados 26 casos confirmados de sarampo por meio de análises genômicas realizadas no Brasil. As análises filogenéticas, conduzidas com base em cepas de referência, revelaram que duas sequências detectadas no estado do Rio de Janeiro, nas SE 9 e SE 10, pertencem ao genótipo B3, com 99,8% de identidade genômica em relação à cepa MVs/Quetta.PAK/44.20 e à sequência distinta DSId (9299). No Distrito Federal, foi identificada uma sequência pertencente ao genótipo D8 DSId (9267), na SE 9, com 99,8% de identidade genômica em relação à cepa MVs/Pasaman Barat.IDN/13.22. Nas SE 14 e SE 15, foram detectadas duas sequências do genótipo B3 DSId (8841), correspondentes à cepa 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 genometricamente 20 casos de sarampo nos estados de Tocantins, Maranhão e Mato Grosso, todos pertencentes ao genótipo D8 DSId (9171), linhagem MVs/Ontario.CAN/47.24. Na SE 49, foi detectado o genótipo B3 DSId (6418), linhagem MVs/Quetta.PAK/44.20, no estado de São Paulo (5). Entre a SE 1 e a SE 3 de 2026, não houve casos confirmados de sarampo no Brasil (5).</p> <p>Durante 2024, a cobertura vacinal com a vacina tríplice viral (SCR), em nível nacional, atingiu 96% para a primeira dose e 80,6% para a segunda dose (5).</p>
<p><b>Canadá</b></p>	<p>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 duas mortes, distribuídos em dez províncias e</p>

	<p>territórios: Alberta (n= 2.008), Colúmbia Britânica (n = 424), Manitoba (n= 355), New Brunswick (n= 16), Territórios do Noroeste (n= 1), Nova Escócia (n= 62), Ontário (n= 2.396), Ilha do Príncipe Eduardo (n= 3), Quebec (n= 45) e Saskatchewan (n= 126). O número de casos semanais atingiu seu pico na SE 18 de 2025, diminuiu até a SE 35 e, desde então, tem se mantido estável em níveis mais baixos. Foram notificadas duas mortes em casos congênitos de sarampo em recém-nascidos prematuros (5). Dos 5.436 casos notificados em 2025, 98% (n= 5.313) foram expostos no Canadá, 2% (n= 98) corresponderam a casos importados e menos de 1% (n= 25) tiveram fonte de exposição desconhecida ou em investigação. Quarenta e cinco por cento dos casos ocorreram em pessoas entre 5 e 17 anos, seguidos por 29% em pessoas com 18 anos ou mais e 20% em crianças entre 1 e 4 anos. Quanto ao histórico vacinal, 89% não estavam vacinados, 3% haviam recebido uma dose de vacina contendo componente contra o sarampo, 4% haviam recebido duas ou mais doses e 4% apresentavam situação vacinal desconhecida. Por faixa etária, a proporção de casos que haviam recebido uma ou mais doses de vacina contendo componente contra o sarampo foi de 2% entre crianças de 1 a 4 anos, 3% entre pessoas de 5 a 17 anos e 18% entre adultos com 18 anos ou mais. Sete por cento 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 (5).</p> <p>Em 2026, na SE 1, foram notificados 17 casos de sarampo (13 confirmados e 4 prováveis), reportados por quatro províncias: Alberta (n = 7), Colúmbia Britânica (n = 2), Manitoba (n = 6) e Saskatchewan (n = 2). Do total de casos notificados em 2026, 94% (n = 16) estavam associados ao surto multijurisdicional iniciado em outubro de 2024. Vinte e quatro por cento (n = 4) corresponderam a crianças menores de 5 anos, 59% (n = 10) a pessoas entre 5 e 17 anos e 18% (n = 3) a pessoas com 18 anos ou mais. Na SE 1 de 2026, todos os casos notificados não estavam vacinados e não foram registradas hospitalizações (5).</p> <p>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 apresentava situação vacinal desconhecida (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 11 surtos, dos quais nove foram encerrados até 21 de janeiro de 2026. Esses surtos consistiram em dois ou mais casos relacionados epidemiológica ou virologicamente e estavam diretamente associados a casos importados (5).</p>
<p><b>Chile</b></p>	<p>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. A paciente não apresentava histórico vacinal verificável; no entanto, relatou ter recebido duas doses da vacina tríplice viral (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 Salud Pública do Chile (ISP). Não foram registrados casos secundários nem óbitos relacionados a esse caso no país (5). Durante 2024, a cobertura vacinal com a vacina tríplice viral (SCR), em nível nacional, atingiu 95,7% para a primeira dose e 79,2% para a segunda dose. Dados preliminares de 2025 indicam cobertura de 86,8% para a primeira dose e 64,4% para a segunda dose (5).</p>
<p><b>Costa Rica</b></p>	<p>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 (5). A paciente não apresentava histórico vacinal. O caso apresentou exantema em 12 de maio e foi confirmado por RT-PCR em 15 de maio pelo Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). Não foram registrados casos secundários nem óbitos relacionados ao caso (5). Durante 2024, a</p>

	<p>cobertura vacinal com a vacina tríplice viral (SCR), em nível nacional, atingiu 102% para a primeira dose e 82,9% para a segunda dose (5).</p>
El Salvador	<p>Em El Salvador, na SE 53 de 2025, foi notificado um caso importado de sarampo no departamento de Santa Ana. Trata-se de 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 10 e 14 de dezembro. O caso apresentou exantema em 24 de dezembro de 2025 e foi confirmado por RT-PCR e detecção de IgM positiva 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 (5). Durante 2024, a cobertura vacinal com a vacina tríplice viral (SCR), em nível nacional, atingiu 96,2% para a primeira dose e 90,1% para a segunda dose (5).</p>
Estados Unidos	<p>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 foram notificados por 45 jurisdições: Alabama (n= 1), Alasca (n= 4), Arizona (n= 213), Arkansas (n= 8), Califórnia (n= 26), Colorado (n= 35), Connecticut (n= 1), Flórida (n= 8), Geórgia (n= 10), Havaí (n= 2), Idaho (n= 14), Illinois (n= 14), Indiana (n= 10), Iowa (n= 9), Kansas (n= 91), Kentucky (n= 13), Louisiana (n= 3), Maryland (n= 3), Michigan (n= 29), Minnesota (n= 26), Missouri (n= 6), Montana (n= 36), Nebraska (n= 5), Nevada (n= 2), Nova Jersey (n= 11), Novo México (n= 100, incluindo um óbito), Nova Iorque (cidade) (n= 15), Estado de Nova Iorque (n= 26), Carolina do Norte (n= 2), Dakota do Norte (n= 36), Ohio (n= 40), Oklahoma (n= 17), Oregon (n= 1), Pensilvânia (n= 16), Rhode Island (n= 1), Carolina do Sul (n= 299), Dakota do Sul (n= 16), Tennessee (n= 8), Texas (n= 803, incluindo dois óbitos), Utah (n= 187), Vermont (n= 2), Virgínia (n= 6), Washington (n= 11), Wisconsin (n= 36) e Wyoming (n= 15). Além disso, foram notificados 25 casos de sarampo entre visitantes internacionais nos Estados Unidos (5).</p> <p>Do total de casos, 89% (n= 1.994) estiveram associados a surtos (definidos como três ou mais casos), tendo sido identificados 49 surtos em 2025 (5). Quanto à distribuição etária, 26% (n= 575) ocorreram em crianças menores de 5 anos, 44% (n= 983) em pessoas entre 5 e 19 anos, 30% (n= 669) em pessoas com 20 anos ou mais e 1% (n= 15) em pessoas com idade desconhecida. A taxa de incidência por faixa etária indica que o grupo mais afetado foi o de crianças menores de 1 ano (3,59 casos por 100.000 habitantes), seguido pelo grupo de 1 a menos de 5 anos (2,92 casos por 100.000 habitantes) (5).</p> <p>Quanto ao histórico vacinal, 93% dos casos não estavam vacinados ou apresentavam situação vacinal desconhecida, 3% haviam recebido uma dose da vacina tríplice viral (SCR) e 4% haviam recebido duas doses. Entre os casos confirmados vacinados, 22% corresponderam 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 (n= 245) dos casos necessitaram de hospitalização, principalmente em crianças menores de 5 anos, concentrando-se 18% (n= 106) das hospitalizações nessa faixa etária (5).</p> <p>Em 2026, entre a SE 1 e a SE 2, foram notificados 171 casos confirmados de sarampo, reportados por nove jurisdições: Arizona (n= 1), Flórida (n= 2), Geórgia (n= 1), Carolina do Norte (n= 2), Ohio (n= 3), Oregon (n= 2), Carolina do Sul (n= 145), Utah (n= 14) e Virgínia (n= 1). Não foram notificados casos entre visitantes internacionais (5). Do total de casos em 2026, 96% (n= 165) estavam associados a surtos identificados em 2025. Quanto à distribuição etária, 25% (n= 42) ocorreram em crianças menores de 5 anos, 60% (n= 103) em pessoas entre 5 e 19 anos, 10% (n= 17) em pessoas com 20 anos ou mais e 5% (n= 9) em pessoas com idade desconhecida. A taxa de incidência por faixa etária indica que o grupo mais afetado foi o de crianças de 1 a menos de 5 anos (0,26 casos por 100.000 habitantes), seguido pelo grupo de 5 a menos de 20 anos (0,16 casos por 100.000 habitantes) (5).</p>



	<p>Quanto ao histórico vacinal em 2026, 95% dos casos não estavam vacinados ou apresentavam situação vacinal desconhecida, 2% haviam recebido uma dose da vacina tríplice viral (SCR) e 2% haviam recebido duas doses. Entre os casos confirmados vacinados, 25% corresponderam a crianças menores de 5 anos, 38% a pessoas entre 5 e 19 anos e 38% a adultos com 20 anos ou mais. Um por cento (n= 2) dos casos necessitou de hospitalização, envolvendo crianças menores de 5 anos e pessoas entre 5 e 19 anos (5).</p> <p>Durante 2025 e 2026, das 751 amostras positivas por rRT-PCR submetidas à genotipagem, 86% (n= 648) corresponderam ao genótipo D8 e 14% (n= 103) ao genótipo B3. Entre as detecções do genótipo D8, 88% (n= 567) foram identificadas como sequência distintiva (DSId) 9171 (5). A cobertura vacinal com a vacina tríplice viral (SCR) em crianças diminuiu nos últimos anos, passando de 95,2% no ano letivo de 2019–2020 para 92,5% no ano letivo de 2024–2025 (5).</p>
<b>Guatemala</b>	<p>Na Guatemala, na SE 43 de 2025, foi identificado um caso confirmado de sarampo em uma criança de 2 anos, residente no departamento de Guatemala, cuja fonte de exposição não pôde ser identificada. 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 realizado no município de Santiago Atitlán, Sololá, entre 10 e 14 de dezembro de 2025. Os casos foram registrados nos departamentos de Sololá (n= 20), Guatemala (n = 9), Izabal (n= 3), Escuintla (n= 3), Totonicapán (n= 1), Quetzaltenango (n= 1), Jalapa (n= 1), Baja Verapaz (n= 1) e Petén (n= 2) (5).</p> <p>Do total de casos confirmados em 2026, 54% (n= 22) correspondem a homens. Os casos têm idades entre 5 meses e 46 anos, distribuídos da seguinte forma: 10% (n= 4) em crianças de 0 a 4 anos; 10% (n= 4) entre 5 e 9 anos; 5% (n= 2) entre 10 e 14 anos; 20% (n= 8) entre 15 e 19 anos; 5% (n= 2) entre 20 e 24 anos; 15% (n= 6) entre 25 e 29 anos; 27% (n= 11) entre 30 e 39 anos; e 10% (n= 4) entre 40 e 49 anos. A taxa de incidência por faixa etária indica que o grupo mais afetado foi o de 15 a 19 anos (0,46 casos por 100.000 habitantes), seguido pelo grupo de 30 a 39 anos (0,41 casos por 100.000 habitantes) (5). Quanto ao histórico vacinal, 44% (n= 18) não estavam vacinados, 12% (n= 5) apresentavam situação vacinal desconhecida e 18% (n= 8) relataram doses da vacina tríplice viral (SCR) com comprovação verbal. Dezessete por cento dos casos necessitaram de hospitalização (n= 7), e não foram registrados óbitos relacionados (5). Das 41 amostras positivas por rRT-PCR de casos confirmados de sarampo, 12 encontram-se em processo de genotipagem (5).</p> <p>Em 2024, o país atingiu cobertura vacinal com a vacina tríplice viral (SCR) de 91% para a primeira dose e 79% para a segunda dose, em nível nacional (5).</p>
<b>México</b>	<p>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, incluindo 24 óbitos. A maioria dos casos foi registrada nos seguintes estados: Chihuahua (n = 4.495, incluindo 21 óbitos), Jalisco (n = 1.034, incluindo um óbito), Chiapas (n = 432), Michoacán (n = 261) e Guerrero (n = 257). Do total de casos, 275 foram classificados como importados, 4.054 como relacionados à importação e 2.839 tiveram a fonte de infecção classificada como em investigação (5).</p> <p>Quanto à distribuição etária, os casos confirmados entre a SE 1 de 2025 e a SE 2 de 2026 concentraram-se principalmente na faixa de 1 a 4 anos (n= 1.097), seguida pela faixa de 5 a 9 anos (n= 836) e pela faixa de 25 a 29 anos (n= 794). Em relação à taxa de incidência, o grupo etário de menores de 1 ano apresentou a 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 por 100.000 habitantes, respectivamente. Dos casos confirmados, 50,9% (n= 3.650) ocorreram em mulheres (5).</p>

	<p>Quanto ao histórico vacinal, 91,2% (n= 6.534) não tinham histórico documentado de vacinação, 6,2% (n= 444) haviam recebido uma dose da vacina tríplice viral (SCR) e 2,65% (n= 190) haviam recebido duas ou mais doses documentadas na carteira nacional de vacinação. Do total de casos confirmados, 1.354 necessitaram de hospitalização, dos quais 962 ocorreram no estado de Chihuahua (5). De acordo com a genotipagem realizada em amostras provenientes de 220 casos confirmados, foram identificados os genótipos D8 e B3 (5).</p> <p>Foram confirmados 24 óbitos por complicações do sarampo, todos em pessoas sem histórico de vacinação, com presença de comorbidades em alguns casos. Os óbitos foram registrados nos estados de Chihuahua (n= 21), Durango (n= 1), Jalisco (n= 1) e Sonora (n= 1) (5).</p>
Paraguai	<p>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) e Central (n= 2). Do total de casos, 48 foram classificados como relacionados à importação e um como caso importado (5).</p> <p>Quanto às características demográficas, 61% dos casos (n= 30) corresponderam ao sexo feminino. A idade das pessoas afetadas variou de 3 meses a 54 anos. Do total de casos, 45% (n= 22) ocorreram em menores de 5 anos, 39% (n= 19) em pessoas entre 5 e 19 anos e 16% (n= 8) em pessoas com 20 anos ou mais. A taxa de incidência indica que o grupo etário mais afetado foi o de menores de 1 ano (7,2 casos por 100.000 habitantes), seguido pelos grupos de 1 a 4 anos (3,7 casos por 100.000 habitantes) e de 15 a 19 anos (1,3 casos por 100.000 habitantes) (5).</p> <p>Quanto ao histórico vacinal, 76% dos casos (n= 37) não estavam vacinados ou apresentavam situação vacinal desconhecida; 14% (n= 7) haviam recebido uma dose da vacina tríplice viral (SCR); e 10% (n= 5) haviam recebido duas doses. Catorze por cento dos casos (n= 7) necessitaram de hospitalização. Não foram registrados óbitos relacionados, e o último caso confirmado foi registrado na SE 39 (5). O Laboratório Regional de Referência identificou o genótipo D8 em cinco amostras enviadas pelo Laboratório Nacional de Referência (5). Em 2025, o Paraguai alcançou cobertura vacinal com a vacina tríplice viral (SCR) de 94% para a primeira dose e 87% para a segunda dose, em nível nacional (5).</p>
Peru	<p>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 foram classificados como importados e dois como relacionados à importação. Os casos distribuíram-se na faixa etária de 11 meses a 34 anos: um caso correspondeu a uma criança menor de 1 ano, dois a pessoas entre 5 e 19 anos e dois a adultos com 20 anos ou mais. Quanto ao histórico vacinal, três casos não estavam vacinados, um apresentava situação vacinal desconhecida e um havia recebido duas doses da vacina tríplice viral (SCR). Dois casos necessitaram de hospitalização, e não foram registrados óbitos relacionados (5).</p> <p>De acordo com a genotipagem realizada em amostras provenientes de dois casos confirmados, foi identificado o genótipo D8, sequência distintiva (DSId) 9171, correspondente à linhagem MVs/Ontario.CAN/47.24 (5). Em 2024, o Peru alcançou cobertura vacinal com a vacina tríplice viral (SCR) de 97,6% para a primeira dose e 83,2% para a segunda dose, em nível nacional (5).</p>
Uruguai	<p>No Uruguai, na SE 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 subsequente (5).</p>

	<p>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 registrados nos departamentos de Montevidéu (n= 1) e Rio Negro (n= 12). Do total de casos, quatro foram classificados como importados e nove como relacionados à importação (5). Os casos distribuíram-se na faixa etária de 11 a 51 anos: 23% (n= 3) corresponderam a adolescentes de 11 a 15 anos e 77% (n= 10) a pessoas entre 21 e 51 anos. Não foram registrados casos em crianças nem em idosos. A taxa de incidência por faixa etária indica que o grupo mais afetado foi o de 11 a 15 anos, com 1,26 casos por 100.000 habitantes. Quanto ao histórico vacinal, 69,3% (n= 9) dos casos não estavam vacinados e 30,7% (n= 4) haviam recebido uma dose da vacina tríplice viral (SCR). Do total de casos, um necessitou de hospitalização, evoluindo favoravelmente (5).</p> <p>Durante 2024, a cobertura vacinal com a vacina tríplice viral (SCR), em nível nacional, atingiu 97% para a primeira dose e 95% para a segunda dose (5).</p>
--	--

## Avaliação do contexto

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), em 2023 ocorreram 10,3 milhões de casos de sarampo no mundo, representando um aumento de 20% em relação ao ano anterior, em decorrência da cobertura vacinal insuficiente globalmente. Embora o sarampo possa ser prevenido com duas doses da vacina, mais de 22 milhões de crianças não receberam a primeira dose da vacina contra o sarampo em 2023 (16).

Segundo dados mensais de vigilância do sarampo e da rubéola publicados pela OMS, no período de 1º de janeiro de 2025 a 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. Vinte e oito por cento dos casos foram registrados na Região do Mediterrâneo Oriental da OMS, seguida pela Região Africana da OMS (25%) e pela Região Europeia da OMS (22%) (17). O aumento global de casos eleva o risco de introdução de casos importados associados a viajantes não vacinados provenientes de áreas com alta circulação do vírus.

Em 2025, entre a SE 1 e a SE 53, na Região das Américas, foram confirmados 14.891 casos de sarampo em 13 países, incluindo 29 óbitos, dos quais 22 (73%) ocorreram na população indígena. Em 2026, entre a SE 1 e a SE 3, na Região das Américas, foram confirmados 1.031 casos de sarampo, sem óbitos notificados, em sete países. Esse total representa um aumento de 45 vezes em comparação com os 23 casos notificados no mesmo período de 2025 (5).

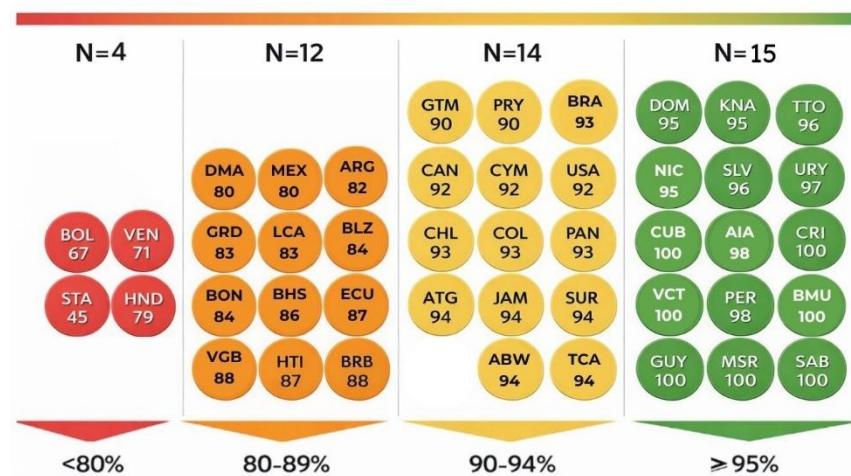
A persistência de surtos ativos em países da Região, incluindo casos não vinculados a cadeias de transmissão conhecidas, o recente surgimento de casos em novas áreas geográficas e o impacto na população indígena e em grupos com hesitação vacinal configuram um cenário que pode favorecer o aparecimento de casos adicionais e dificultar a implementação de medidas de controle.

Diante do aumento de surtos em países com circulação concomitante de arbovírus, como dengue, chikungunya e Zika, podem surgir desafios adicionais para os profissionais de saúde na identificação oportuna de casos suspeitos de sarampo.

## Cobertura vacinal na Região das Américas

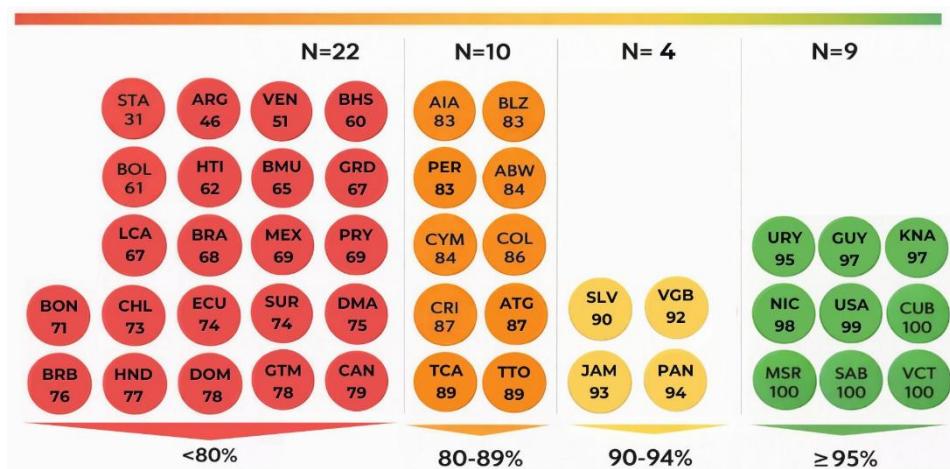
Em 2024, observou-se um ligeiro aumento na cobertura regional da primeira e da segunda doses da vacina tríplice viral contra sarampo, caxumba e rubéola (SCR1 e SCR2), em comparação com 2023: de 87% para 89% na SCR1 e de 76% para 79% na SCR2. Além disso, 45 países e territórios das Américas reportaram à OPAS as coberturas de vacinação com SCR1 e SCR2. Em relação à aplicação da primeira dose (SCR1), 33% (n= 15/45) dos países e territórios da Região relataram coberturas superiores a 95%; 31% (n= 14/45) coberturas entre 90% e 94%; 27% (n= 12/45) coberturas entre 80% e 89%; e 9% (n= 4/45) coberturas inferiores a 80% (**Figura 1**) (18). Quanto à aplicação da segunda dose (SCR2), apenas 20% dos países e territórios (n= 9/45) relataram cobertura superior a 95%, enquanto 49% (n= 22/45) relataram cobertura inferior a 80% (**Figura 2**) (18).

**Figura 1. Distribuição de países e territórios\* de acordo com a faixa de cobertura para a primeira dose da vacina contra sarampo, rubéola e caxumba (SRC1) 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 [acesso em 21 de janeiro de 2026]. Disponível em: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#> (18).

**Figura 2. Distribuição de países e territórios\* de acordo com a faixa de cobertura para a segunda dose da vacina contra sarampo, rubéola e caxumba (SRC2) 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 [consultado em 21 de janeiro de 2026]. Disponível em: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#> (18).

**\*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; USA: Estados Unidos da América; VCT: São Vicente e Granadinas; VEN: Venezuela; VGB: Ilhas Virgens Britânicas.

**Tabela 2. Pontos fortes e vulnerabilidades dos países e territórios da Região das Américas em relação ao sarampo, janeiro de 2026.**

Pontos fortes	Vulnerabilidades
<p><b>Coordenação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Em 2022, a Organização Pan-Americana da Saúde publicou o novo Marco regional para o monitoramento e a reverificação da eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita nas Américas, no qual foram atualizados os princípios básicos, os critérios essenciais e os componentes do plano de ação original de 2011 para verificar a eliminação do sarampo em cada país.</li> </ul>	<p><b>Coordenação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A frequente troca e rotação de autoridades e profissionais de saúde nos Ministérios da Saúde de vários países dificultam a coordenação das atividades de monitoramento, capacitação e cooperação para sustentar a eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC).</li> </ul>
<p><b>Vigilância</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A OPAS/OMS publicou diretrizes para uso em nível nacional e distrital, incluindo definições de casos, instruções para a coleta de amostras e envio a laboratórios, bem como para a gestão dos esforços de controle.</li> <li>Existe o Sistema Regional de Vigilância Epidemiológica Integrada do Sarampo e da Rubéola (ISIS), ao qual 21 países e a região do Caribe não latino notificam, individualmente, cada caso suspeito e confirmado de sarampo, rubéola e SRC.</li> <li>A OPAS emitiu alertas e atualizações epidemiológicas regionais, juntamente com recomendações para os Estados-Membros (19).</li> <li>Vários países da região têm capacidades de vigilância que lhes permitem responder de forma imediata e eficaz à identificação de casos importados, conseguindo interromper rapidamente a circulação, demonstrando suas forças nas medidas de controle implementadas (vacinação dos grupos etários afetados, buscas ativas na comunidade e em instituições, isolamento dos casos e acompanhamento de seus contatos).</li> </ul>	<p><b>Vigilância</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A alta rotatividade do pessoal de saúde e o impacto negativo da pandemia da COVID-19 geraram lacunas no conhecimento de conceitos básicos de vigilância e resposta rápida a surtos, incluindo práticas essenciais.</li> <li>A homogeneidade no desempenho dos indicadores de vigilância em nível nacional e subnacional, incluindo a notificação de casos suspeitos, uma vez que há municípios que não relatam casos suspeitos nem cumprem o critério de notificação negativa (municípios silenciosos) nos países das Américas.</li> </ul>
<p><b>Laboratório</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nas Américas, desde 1995, foi estabelecida uma rede regional de laboratórios de sarampo e rubéola. Ela compreende 21 laboratórios nacionais, dois laboratórios regionais de referência, um laboratório mundial especializado e 110 laboratórios subnacionais.</li> <li>Como parte do apoio laboratorial e da experiência técnica que a OPAS fornece na fase pós-eliminação (uma vez declarada a eliminação), foram formuladas e divulgadas continuamente orientações técnicas sobre estratégias de realização de testes, correlação e interpretação de resultados, treinamentos e transferência de tecnologia, a fim de melhorar a</li> </ul>	<p><b>Laboratório</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não obtenção de amostras de sangue, respiratórias ou de urina para a realização de testes sorológicos e virológicos que facilitem a confirmação dos casos.</li> <li>Diminuição do valor preditivo positivo dos testes de IgM relacionada à baixa prevalência da doença; são necessárias amostras e es adicionais e testes laboratoriais adicionais para a classificação adequada dos casos.</li> </ul>

<p>capacidade dos laboratórios nacionais de fornecer resultados que permitam uma classificação precisa dos casos e otimizar a resposta do sistema de vigilância dos países para detectar vírus importados e fornecer orientações laboratoriais para o estudo das cadeias de transmissão.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistência técnica e acompanhamento com laboratórios em países que apresentaram casos/surtos.</li> </ul>	
<p><b>Imunização</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A OPAS/OMS promove o aumento da cobertura do programa de vacinação de rotina e campanhas massivas de vacinação preventiva (campanhas de acompanhamento) para alcançar populações que o programa regular não conseguiu alcançar e proporcionar uma oportunidade adicional para completar os esquemas de vacinação.</li> <li>O Fundo Rotativo (FR) para o acesso a vacinas fornece cooperação técnica aos programas nacionais de imunização para melhorar o planejamento da demanda por vacinas, fortalecer a gestão da cadeia de suprimentos e as capacidades de previsão, e garantir seu financiamento e sustentabilidade (20, 21).</li> <li>Publicação de diretrizes para a gestão de estoques.</li> <li>Os países da Região implementaram a metodologia de “Microplanejamento de atividades de vacinação de alta qualidade” em programas de rotina ou campanhas de intensificação da vacinação. Essa metodologia permite concentrar-se no planejamento detalhado em nível local para otimizar o acesso e a resposta oportuna a surtos de doenças preveníveis por vacinação.</li> </ul>	<p><b>Imunização</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Em alguns países da região, alcançar algumas populações vulneráveis, como grupos indígenas, camponeses, entre outros, em áreas geográficas remotas e de difícil acesso, pode gerar desafios na implementação de atividades de vacinação.</li> <li>Algumas pessoas e grupos populacionais permanecem reticentes à vacinação devido a crenças e desinformação sobre as vacinas.</li> <li>O acúmulo de pessoas suscetíveis devido à baixa cobertura vacinal, aliado à ausência de campanhas de vacinação de acompanhamento ou à implementação de campanhas de acompanhamento que não conseguem atingir os critérios de alta qualidade, tais como cobertura vacinal igual ou superior a 95% em nível nacional e em pelo menos 80% dos municípios do país, em um período de 16 semanas.</li> </ul>
<p><b>Comunicação de riscos e participação comunitária</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimento da coordenação dos parceiros.</li> <li>Nos países onde ocorreram surtos, melhorou-se a comunicação dos riscos e a participação da comunidade para reforçar seu compromisso com a imunização e as medidas recomendadas.</li> <li>Os países da Região contam com Comitês de Imunização Segura, que desempenham um papel fundamental na comunicação de riscos e na elaboração de mensagens e informações técnicas para os diferentes e s públicos-alvo. Eles também auxiliam na análise e resposta a Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI), garantindo uma abordagem baseada em evidências.</li> </ul>	<p><b>Comunicação de riscos e participação comunitária</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Compreensão limitada da percepção do risco e dos comportamentos de busca de saúde das populações afetadas e baixo nível de conhecimento sobre o sarampo.</li> <li>Baixo nível de informação sobre o risco para viajantes que se deslocam para zonas onde existem surtos ativos.</li> </ul>

## Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Eliminación del sarampión: guía práctica. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2007. Disponible em: <https://www.paho.org/es/documentos/eliminacion-sarampion-guia-practica>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. CD61/INF/6 - Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita 2018-2023: Informe final. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024. Disponible em: <https://iris.paho.org/items/9b564cc8-f0a7-4234-ace6-df001d112fc4>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Sarampión. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025 [acesso em 4 de fevereiro de 2026]. Disponible em: <https://www.paho.org/pt/topicos/sarampo>.
4. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. OPAS faz chamado para ação regional após Américas perderem o status de eliminação do sarampo. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponible em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-11-2025-opas-faz-chamado-para-acao-regional-apos-americas-perderem-status-eliminacao-do>
5. 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; 2025. Disponible em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-sarampo-na-regiao-das-americas-3-fevereiro-2026>
6. Organização Mundial da Saúde. Measles. Genebra: OMS; 2025 [acesso em 4 de fevereiro de 2026]. Disponible em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles>.
7. Heymann DL: Editor. Control of Communicable Diseases Manual. 21<sup>a</sup> ed. Washington, D.C.: Associação Americana de Saúde Pública; 2022.
8. Mina et al. Long-term measles-induced immunomodulation increases overall childhood infectious disease mortality. Science. 8 de maio de 2015;348(6235):694-9. Disponible em inglês em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25954009>
9. Pastor D, Bravo P, Durón R, Tirso C, Ortiz C, Rey G. Factores de riesgo y medidas de control en brotes de sarampión en países de la Región de las Américas, 2017-2023. Revista Panamericana de Salud Pública 2024; 48:10 p. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.105>.
10. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Boletín 2022 Semanas Epidemiológicas 1-52 Sarampión, Rubéola y Rubéola Congénita - Vol. 28, SE 1-52 de 2022. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024. Disponible em espanhol em: <https://www.paho.org/es/documentos/boletin-2022-semanas-epidemiologicas-1-52-sarampion-rubeola-rubeola-congenita>.
11. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Boletín 2023 Semanas Epidemiológicas 1-52 Sarampión, Rubéola y Rubéola Congénita - Vol. 29, SE 1-52 de 2023. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024. Disponible em espanhol em: <https://www.paho.org/es/documentos/boletin-2023-semanas-epidemiologicas-1-52-sarampion-rubeola-rubeola-congenita>.
12. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Boletín Semanal de Sarampión-Rubeola (53) - 3 de enero del 2026. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026. Disponible em espanhol em: <https://www.paho.org/es/documentos/boletin-semanal-sarampion-rubeola-53-3-enero-2026>
13. Organização Mundial da Saúde. Guide for clinical case management and infection prevention and control during a measles outbreak. Genebra: OMS; 2025. Disponible em inglês em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331599/9789240002869-eng.pdf>



14. Organização Mundial da Saúde. Vacunas contra el sarampión: documento de posición de la OMS, abril de 2017. Genebra: OMS; 2017. Disponible em espanhol em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255149/WER9217-spa.pdf>.
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Washington, D.C.: OPAS; 2016. Disponible em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31448>.
16. Organização Mundial da Saúde. Aumentan los casos de sarampión en el mundo: 10,3 millones de personas se infectaron en 2023. Genebra: OMS; 2017. Disponible em espanhol em: <https://www.who.int/es/news/item/14-11-2024-measles-cases-surge-worldwide--infecting-10.3-million-people-in-2023>.
17. Organização Mundial da Saúde. Immunization data - Congenital Rubella Syndrome (CRS) provisional data. Genebra: OMS; 2025 [acesso em 4 de fevereiro de 2026]. Disponible em inglês em: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>
18. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Immunization coverage throughout the life course in the Americas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025 [acesso em 4 de fevereiro de 2026]. Disponible em: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#>
19. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Alertas y actualizaciones epidemiológicas. Disponible em: <https://www.paho.org/pt/alertas-e-actualizacoes-epidemiologicas>.
20. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. GTA Enfermedades prevenibles por vacunación. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponible em: <https://www.paho.org/pt/tag/relatorios-finais-do-gta-em-doencas-que-podem-ser-prevenidas-com-vacina>.
21. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Caja de Herramientas de Inmunización: Fondo rotatorio acceso a vacunas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponible em espanhol em: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion/caja-herramientas-inmunizacion/caja-herramientas-inmunizacion-fondo-rotatorio>.