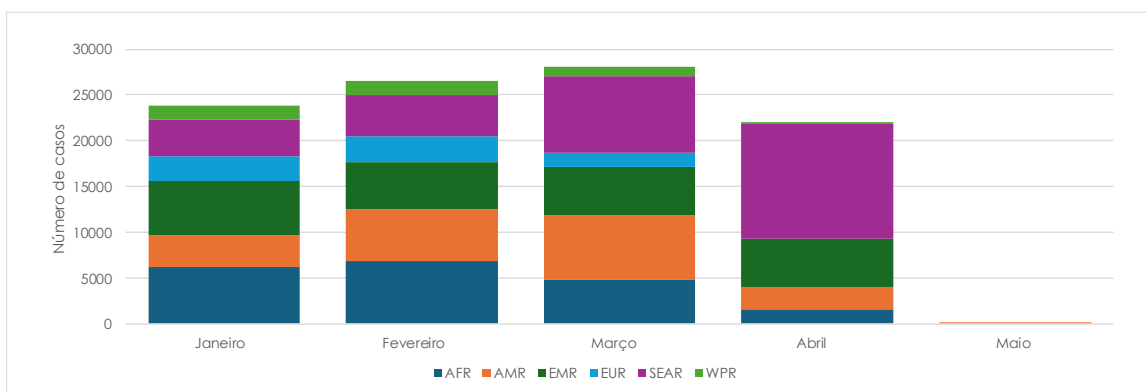


Considerando o aumento dos casos de sarampo na Região das Américas durante 2025 e 2026, a ocorrência de outros eventos de saúde pública em países dentro e fora da Região e no contexto da realização de eventos de grande porte com ampla participação internacional, a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) insta os Estados-Membros a reforçarem, com prioridade, as atividades de vigilância e vacinação, e a garantirem uma resposta rápida e eficaz diante de casos suspeitos de sarampo. Da mesma forma, recomenda-se a implementação de buscas ativas comunitárias, institucionais e laboratoriais para a identificação precoce de casos, bem como o desenvolvimento de atividades complementares de vacinação destinadas a preencher lacunas de imunidade.

Resumo em nível global

De acordo com os dados mensais da vigilância do sarampo e da rubéola, publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1º de janeiro a 13 de maio de 2026 foram notificados 184.489 casos de sarampo em 155 Estados-Membros das seis regiões da OMS, dos quais 100.239 (54,3%) foram confirmados¹. Dos casos, 29% foram registrados na Região da OMS do Sudeste Asiático, seguida pela Região da OMS do Mediterrâneo Oriental, com 21% dos casos, e pelas Regiões da OMS da África e das Américas, com 19% dos casos cada (Figura 1) (1).

Figura 1. Distribuição de casos de sarampo por mês e região da OMS, 2026.



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 provisórios sobre sarampo e rubéola. Genebra: OMS; 2026 [acessado em 22 de maio de 2026]. Disponível em: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (1).

¹ Inclui casos confirmados por exames laboratoriais, critérios clínicos ou epidemiológicos.

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde . Alerta Epidemiológico: Sarampo na Região das Américas, 29 de maio de 2026. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026.

Resumo da situação na Região das Américas

Em 2026, entre a SE 1 e a SE 20, na Região das Américas, foram confirmados 20.521 casos de sarampo, incluindo 25 óbitos. Os casos foram notificados pela Argentina (n= 1 caso), Belize (n= 9 casos), Bolívia (Estado Plurinacional da) (n= 70 casos), Bonaire (n= 1 caso), Brasil (n= 3 casos), Canadá (n= 1.018 casos), Chile (n= 1 caso), Colômbia (n= 1 caso), Costa Rica (n= 5 casos), El Salvador (n= 18 casos), Estados Unidos da América (n= 1.952 casos), Guatemala (n= 6.209 casos, incluindo 12 mortes), Honduras (n= 1 caso), México (n= 10.920 casos, incluindo 13 óbitos), Panamá (n= 3 casos), Peru (n= 301 casos) e Uruguai (n= 2 casos) (**Tabela 1**) (2–22). Esse total representa um aumento de quatro vezes em comparação com os 5.123 casos de sarampo notificados em 2025 para o mesmo período (23, 24). Em comparação com o histórico de sarampo na Região, o número de casos confirmados de sarampo nos anos de 2025 e 2026 é o mais alto desde 2019, sendo este o ano com o maior número de casos confirmados nos últimos 22 anos (n= 23.269) (**Figura 2**) (23-25).

Em 2025, na Região das Américas, foram confirmados 15.152 casos de sarampo, incluindo 29 óbitos, dos quais 73% (n= 22) ocorreram na população indígena (2). Os casos foram notificados pela Argentina (n= 36 casos), Belize (n= 44 casos), Bolívia (n= 598 casos), Brasil (n= 38 casos), Canadá (n= 5.461 casos², incluindo duas mortes), Chile (n= 1 caso), Costa Rica (n= 1 caso), El Salvador (n= 1 caso), Estados Unidos da América (n= 2.288 casos, incluindo três óbitos), Guatemala (n= 9 casos), México (n= 6.608 casos, incluindo 24 óbitos), Paraguai (n= 49 casos), Peru (n= 5 casos) e Uruguai (n= 13 casos) (**Tabela 1**) (**Figura 3**) (2-22).

Tabela 1. Número de casos de sarampo por países e territórios da Região das Américas em 2025 e 2026 (até a 20ª semana de 2026).

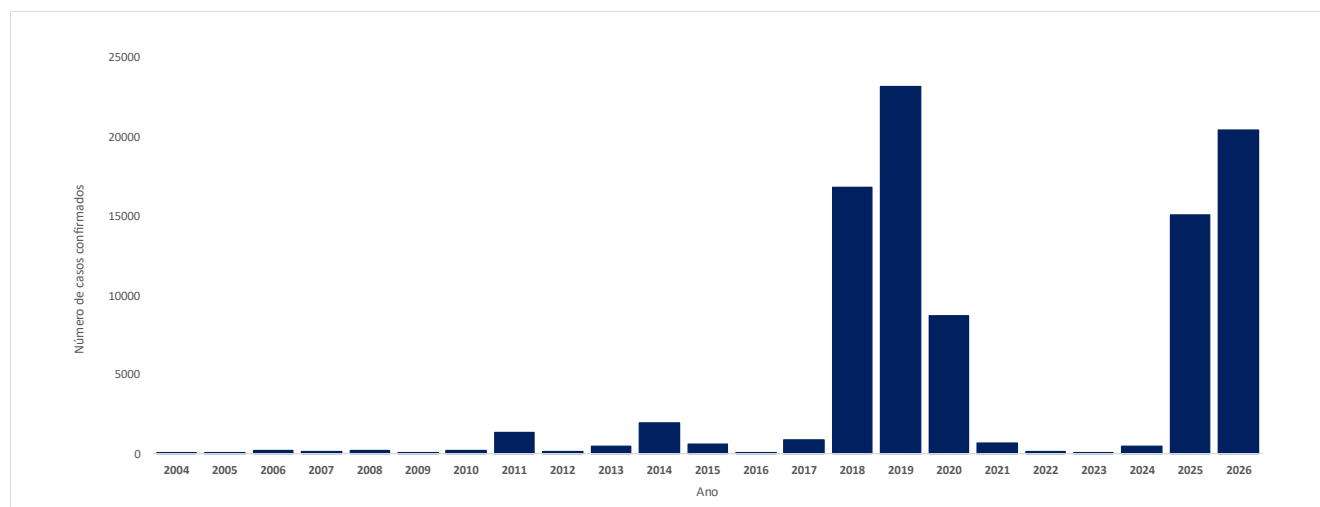
País / Território	Número de casos em 2025	Número de casos em 2026 até a SE 20	Última data de início do exantema (SE)
Argentina	36	1	SE 6 de 2026
Belize	44	9	SE 17 de 2026
Bolívia (Estado Plurinacional da)	598	70	SE 20 de 2026
Bonaire	0	1	SE 5 de 2026
Brasil	38	3	SE 13 de 2026
Canadá	5.461	1.018	SE 18 de 2026
Chile	1	1	SE 4 de 2026
Colômbia	0	7	SE 15 de 2026
Costa Rica	1	5	SE 14 de 2026

² No Canadá, os casos de sarampo incluem casos confirmados e prováveis. **Definição de caso provável:** Doença clínica (na ausência de exames laboratoriais adequados, bem como de um vínculo epidemiológico com um caso confirmado por exames laboratoriais) e uma das seguintes condições: -Em uma pessoa que tenha um vínculo epidemiológico com uma área geográfica ou comunidade na qual se sabe haver atividade do sarampo. -Em uma pessoa com vínculo epidemiológico com um caso clinicamente confirmado (não confirmado por exames laboratoriais) (10). A definição de caso provável está alinhada com a definição de clinicamente compatível da OPAS.

País / Território	Número de casos em 2025	Número de casos em 2026 até a SE 20	Última data de início do exantema (SE)
El Salvador	1	18	SE 19 de 2026
Estados Unidos da América	2.288	1.952	SE 20 de 2026
Guatemala	9	6.209	SE 19 de 2026
Honduras	0	1	SE 20 de 2026
México	6.608	10.920	SE 19 de 2026
Panamá	0	3	SE 19 de 2026
Paraguai	49	0	SE 39 de 2025
Peru	5	301	SE 20 de 2026
Uruguai	13	2	SE 3 de 2026
Total	15.152	20.521	

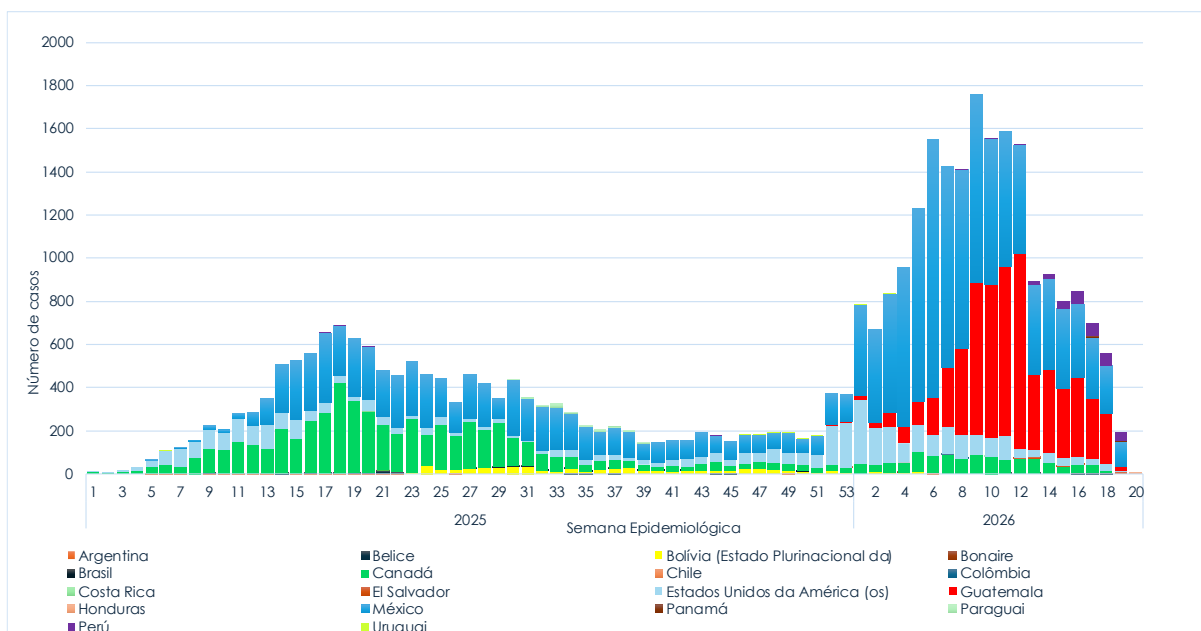
Fonte: Adaptado de dados fornecidos pelos respectivos países (2-22).

Figura 2. Casos confirmados de sarampo por ano na Região das Américas, 2004-2026.



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Número de casos de doenças preveníveis por vacinação (DPV) nas Américas e Boletim Semanal sobre Sarampo/Rubéola (23-25).

Figura 3. Casos confirmados* de sarampo por semana epidemiológica de início do exantema e por país ou território na Região das Américas, 2025-2026 (até a SE 20 de 2026).



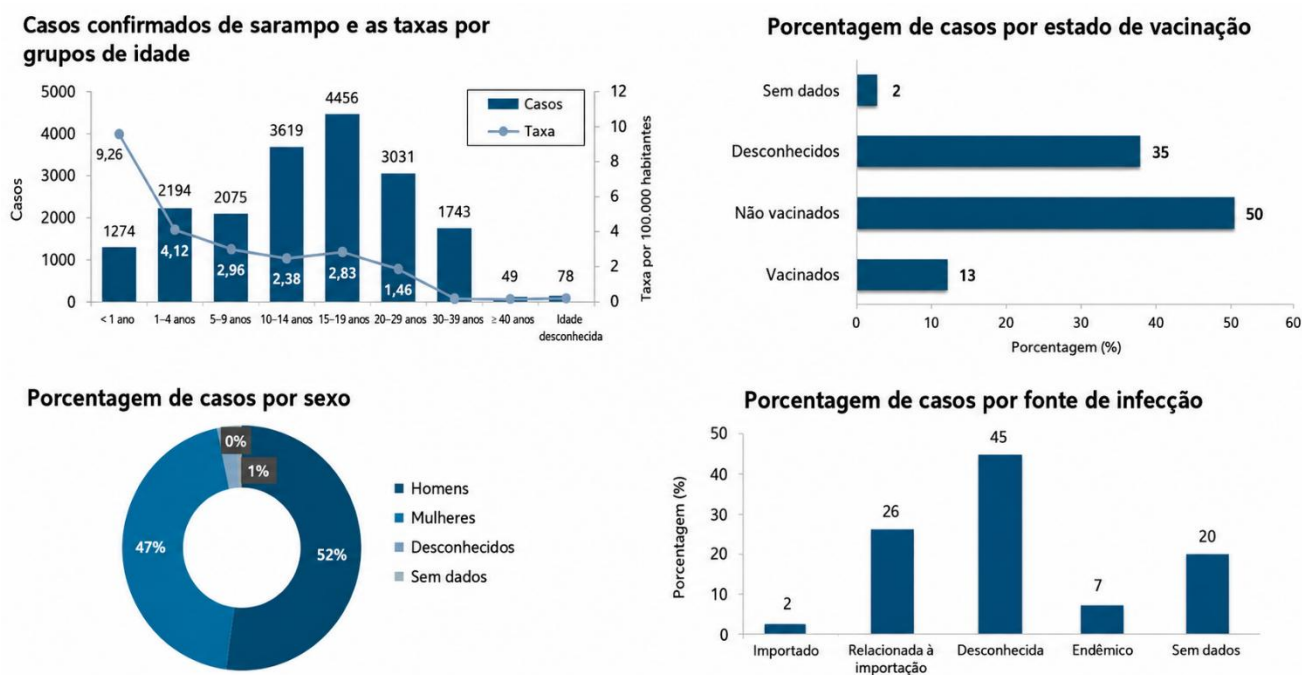
*Nota: Inclui casos confirmados e prováveis para o Canadá.

Fonte: Adaptado de dados fornecidos pelos respectivos países (2-22).

De acordo com as informações disponíveis no Banco de dados sobre imunização e relatórios de vigilância dos países enviados à OPAS, entre os casos confirmados em 2026 com dados disponíveis (n= 18.490), o grupo de 20 a 29 anos concentra a maior proporção de casos (24%), seguido pelo grupo de 10 a 19 anos (20%) e pelo de 30 a 39 anos (16%). No entanto, a taxa de incidência apresenta uma relação inversa com a idade, sendo mais elevada em menores de um ano (9,7 casos por 100.000 habitantes), seguida pela faixa etária de 1 a 4 anos (4,1 casos por 100.000 habitantes) e pela de 5 a 9 anos (3,0 casos por 100.000 habitantes). As taxas permanecem acima de um caso por 100.000 habitantes até a faixa etária de 30 a 39 anos (**Figura 4**) (26). Em relação ao histórico de vacinação, 45% dos casos não estavam vacinados e, em 45%, a informação era desconhecida ou não estava disponível. De acordo com a classificação por fonte de infecção, 6% dos casos foram endêmicos, 23% associados à importação, 36% de fonte de infecção desconhecida e 2% foram classificados como casos importados (**Figura 4**) (26).

Dos casos confirmados durante 2026, foram reportadas ao MeaNS (*Measles Nucleotide Surveillance database*) 560 sequências genéticas da região N-450 do vírus do sarampo, 97,2% (n= 554) corresponderam ao genótipo D8 e 2,8% (n= 16) ao genótipo B3. Entre as detecções do genótipo D8, em 90,4% (n= 501), foi identificada a sequência distinta (DSId) 9171 (27).

Figura 4. 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 20 de 2026.



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. Banco de dados sobre imunização e relatórios de vigilância dos países enviados à OPAS. Imunização Integral. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 27 de maio de 2026]. Não publicado (26).

Situação epidemiológica do sarampo por país na Região das Américas

A seguir, apresenta-se um resumo da situação epidemiológica do sarampo nos países e em um território da Região, em ordem alfabética, que notificaram casos confirmados nas Américas em 2026.

Na **Argentina**, em 2026, na SE 6, foi notificado um caso importado de sarampo; o caso correspondia a um adulto de 29 anos, residente na Cidade de Buenos Aires, com histórico de viagem às Filipinas e contato com um caso de sarampo em um voo internacional. Apresentou início de sintomas e exantema em 9 de fevereiro, procurou os serviços de saúde em 10 de fevereiro e foram coletadas amostras para diagnóstico (2). O Laboratório Nacional de Referência detectou o vírus do sarampo na amostra de urina por meio da técnica de rt-PCR; de acordo com os estudos moleculares, foi identificado o genótipo D8 (2). O caso apresentava histórico de vacinação com a vacina tríplice viral documentada na infância. Não foram detectados casos secundários relacionados a essa importação. Durante 2025, a cobertura vacinal com a vacina tríplice viral em nível nacional atingiu 82,1% para a primeira dose e 46,4% para a segunda dose (2).

Em **Belize**, no período de 2026 até a semana epidemiológica 20, foram confirmados um total de nove casos de sarampo. Os casos confirmados foram identificados nos distritos de Toledo (n= 8 casos) e Cayo (n= 1 caso) e foram confirmados por meio de testes laboratoriais RT-PCR; as amostras foram processadas no laboratório de referência da Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA). Do total de casos confirmados, seis foram importados, dois relacionados à importação e um com fonte de exposição sob investigação. Os casos importados relataram histórico de viagem ou permanência na Guatemala antes do início dos sintomas (3). Os casos distribuíram-se em uma faixa etária de 8 meses a 54 anos. Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo, a totalidade dos casos não estava vacinada ou apresentava histórico de vacinação desconhecido no momento do diagnóstico (3).

Na **Bolívia**, entre a SE 1 e a SE 20 de 2026, foram confirmados 70 casos de sarampo. Os casos confirmados foram notificados nos departamentos de Beni (n= 8 casos), Cochabamba (n= 7 casos), Chuquisaca (n= 2 casos), La Paz (n= 1 caso), Santa Cruz (n= 49 casos) e Tarija (n= 3 casos). Os casos se distribuem em uma faixa etária de 0 meses a 65 anos; 29% (n= 20 casos) correspondem a crianças menores de 1 ano, 20% (n= 14 casos) a pessoas entre 1 e 4 anos, 19% (n= 14 casos) a pessoas entre 5 e 9 anos, 10% (n= 7 casos) a pessoas de 10 a 14 anos; 6% (n= 4 casos) entre 15 e 19 anos e 14% (n= 11 casos) a adultos com 20 anos ou mais. A taxa de incidência por faixa etária mostra que o grupo mais afetado é o de menores de 1 ano (58 casos por 100.000 habitantes), seguido pelo grupo de 1 a 4 anos (19 casos por 100.000 habitantes). Em relação ao estado vacinal, 82% do total de casos confirmados não apresentavam histórico documentado de vacinação contra o sarampo. De acordo com a genotipagem realizada nas amostras provenientes de 20 casos confirmados, foram identificados os genótipos B3 e D8. Durante todo o surto (2025-2026), 33 casos necessitaram de hospitalização. Durante 2025, a cobertura vacinal com vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (SCR) em nível nacional atingiu 84% para a primeira dose e 75% para a segunda dose (4).

Em **Bonaire**, durante a semana epidemiológica 5, foi notificado um caso importado de sarampo. O caso foi registrado em Kralendijk e tratava-se de um marinheiro de um navio de carga que chegou a Bonaire em 1º de fevereiro de 2026 e passou por Aruba entre 28 e 29 de janeiro de 2026, após partir de um país do Sudeste Asiático. O caso apresentou exantema em 30 de janeiro de 2026 e foi confirmado por RT-PCR em 2 de fevereiro de 2026 pelo Laboratório Fundashon Mariadal, em Kralendijk, Bonaire. Não foram relatados casos secundários (5). Durante 2024, o último ano para o qual há dados disponíveis, a cobertura vacinal contra o sarampo em Bonaire atingiu 86,5% entre crianças de 2 anos para a primeira dose e 42,5% entre crianças de 10 anos para a segunda dose (5, 6).

No **Brasil**, entre a SE 1 e a SE 20 de 2026, foram confirmados três casos de sarampo: dois casos importados no estado de São Paulo e um caso de origem desconhecida no estado do Rio de Janeiro. Os casos correspondem a uma menina de 6 meses, residente em São Paulo, com histórico de viagem à Bolívia; uma jovem de 22 anos, residente no Rio de Janeiro, sem histórico de viagens internacionais; e um homem de 42 anos, residente na Guatemala, que viajou para São Paulo, onde foi diagnosticado com sarampo (7, 8). Durante 2025, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 92,8% para a primeira dose e 77,2% para a segunda dose (7, 8).

No **Canadá**, entre a 1ª e a 18ª semana epidemiológica de 2026, foram notificados 1.018 casos de sarampo (941 confirmados e 77 prováveis), em sete províncias: Alberta (n= 302 casos), Colúmbia Britânica (n= 30 casos), Manitoba (n= 630 casos), Nova Escócia (n= 10

casos), Ontário (n= 24 casos), Quebec (n= 17 casos) e Saskatchewan (n= 5 casos). Em 2026, o número de casos semanais atingiu um pico de 90 casos na semana epidemiológica 5 de 2026, apresentando uma diminuição gradual desde então. Dos 1.018 casos notificados em 2026, 97% (n= 987 casos) foram expostos no Canadá, 2% (n= 23 casos) corresponderam a casos importados e menos de 1% (n= 8 casos) tiveram uma fonte de exposição desconhecida ou em investigação. Dos casos, 41% correspondem a pessoas entre 5 e 17 anos, seguidos por 37% em pessoas com 18 anos ou mais e 14% em crianças entre 1 e 4 anos. Quanto ao histórico de vacinação, 87% não estavam vacinados, 5% haviam recebido uma dose de uma vacina que contém sarampo, 5% haviam recebido duas ou mais doses de uma vacina que contém sarampo e 4% tinham um estado de vacinação desconhecido. Dos casos, 6% foram hospitalizados (n= 65 casos), e foram notificados quatro casos confirmados de sarampo congênito. Entre os casos confirmados com informações de genotipagem disponíveis, identificou-se o genótipo D8 em 457 casos e o genótipo B3 em 10 casos (9, 10).

Desde 2024, um total de 5.873 casos confirmados e 484 casos prováveis foram associados a um surto multijurisdicional no Canadá, que continua ativo. A maioria dos casos associados ao surto não estava vacinada ou tinha histórico de vacinação desconhecido (93%) e residia em comunidades interligadas com baixa cobertura vacinal (9, 10).

No **Chile**, na SE 5 de 2026, foi notificado um caso confirmado importado de sarampo identificado na Região de Atacama. Trata-se de um bebê de 11 meses, do sexo masculino, que entrou no país em 21 de janeiro de 2026 vindo do México (11). O caso não apresentava registros de vacinação programática por idade nem de vacinação para viajantes. O caso apresentou exantema em 28 de janeiro de 2026 e foi confirmado por sorologia e RT-PCR em 5 de fevereiro de 2026 pelo Instituto de Saúde Pública do Chile. Não foram registrados casos secundários relacionados a este caso. Durante 2025, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 94,8% para a primeira dose e 78,2% para a segunda dose (11).

Na **Colômbia**, entre a SE 1 e a SE 19 de 2026, foram confirmados sete casos de sarampo no país. Do total de casos, cinco correspondem a casos importados e dois com fonte de infecção sob investigação. Os casos confirmados foram notificados em Bogotá D.C. (n= 4 casos), nos departamentos de Antioquia (n= 1 caso) e Santander (n= 1 caso) e no distrito de Cartagena (n= 1 caso) (12). Quatro dos casos tinham histórico de viagem ao México e um aos Estados Unidos. Os casos estão distribuídos entre 18 e 35 anos (12). Quanto ao histórico de vacinação dos casos, quatro apresentavam histórico de vacinação desconhecido e três apresentavam histórico de vacinação contra o sarampo. Em relação à genotipagem, de acordo com a análise realizada nas amostras de quatro dos casos, o genótipo identificado corresponde ao D8 (12). Durante 2025, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 91% para a primeira dose e 86% para a segunda dose (12).

Na **Costa Rica**, entre a SE 1 e a SE 20 de 2026, foram confirmados cinco casos de sarampo no país. Do total de casos, três correspondem a casos importados e dois relacionados à importação. Os casos confirmados foram notificados nas províncias de San José (n= 3 casos), Limón (n= 1 caso) e Guanacaste (n= 1 caso) (13). Um dos casos tinha histórico de viagem à Guatemala, dois tinham histórico de viagem ao México e dois tinham histórico de participação em um evento de grande porte com a presença de pessoas provenientes de países com surtos ativos de sarampo. Os casos estão distribuídos entre 4 e 41 anos. Quanto ao histórico de vacinação dos casos, dois apresentavam histórico de vacinação desconhecido, um não apresentava histórico de vacinação e dois registravam histórico de vacinação com duas doses contra o sarampo (13). Em relação à genotipagem, de acordo

com a análise realizada nas amostras dos cinco casos, o genótipo identificado corresponde ao D8 (13). Durante 2025, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 97,67% para a primeira dose e 91,69% para a segunda dose (13).

Em **El Salvador**, entre a SE 1 e a SE 20 de 2026, foram confirmados 18 casos de sarampo no país. Todos os casos foram importados. Treze dos casos tinham histórico de viagem à Guatemala e um tinha histórico de viagem ao México. A maioria dos casos está na faixa etária entre 20 e 40 anos. Quanto ao histórico de vacinação, 44% não estavam vacinados, 17% haviam recebido duas ou mais doses de uma vacina que contém sarampo e 39% tinham um estado de vacinação desconhecido. Durante 2025, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu mais de 95% para a primeira dose e mais de 95% para a segunda dose (14).

Nos **Estados Unidos**, entre a 1ª e a 20ª semana epidemiológica de 2026, foram notificados 1.952 casos confirmados de sarampo. Desses, 1.943 casos de sarampo foram notificados por 40 jurisdições: Alasca (n= 1 caso), Arizona (n= 83 casos), Califórnia (n= 47 casos), Colorado (n= 22 casos), Distrito de Columbia (n= 1 caso), Flórida (n= 138 casos), Geórgia (n= 5 casos), Idaho (n= 2 casos), Illinois (n= 4 casos), Kansas (n= 1 caso), Kentucky (n= 4 casos), Louisiana (n= 1 caso), Maine (n= 5 casos), Maryland (n= 3 casos), Massachusetts (n= 2 casos), Michigan (n= 13 casos), Minnesota (n= 17 casos), Missouri (n= 1 caso), Montana (n= 5 casos), Nebraska (n= 1 caso), Nova Jersey (n= 1 caso), Novo México (n= 16 casos), Cidade de Nova York (n= 5 casos), Estado de Nova York (n= 5 casos), Carolina do Norte (n= 22 casos), Dakota do Norte (n= 38 casos), Ohio (n= 11 casos), Oklahoma (n= 1 caso), Oregon (n= 23 casos), Pensilvânia (n= 32 casos), Rhode Island (n= 1 caso), Carolina do Sul (n= 669 casos), Dakota do Sul (n= 8 casos), Texas (n= 182 casos), Utah (n= 482 casos), Vermont (n= 1 caso), Virgínia (n= 43 casos), Washington (n= 44 casos), Wisconsin (n= 2 casos) e Wyoming (n= 1 caso). Foram notificados um total de nove casos de sarampo entre visitantes internacionais nos Estados Unidos (15).

Do total de casos, 93% (n= 1.815) estavam associados a surtos (definidos como três ou mais casos), tendo sido identificados 29 surtos durante o ano de 2026 (14, 15). 21% (n= 413) dos casos corresponderam a crianças menores de 5 anos, 51% (n= 990) a pessoas entre 5 e 19 anos, 28% (n= 543) a pessoas com mais de 20 anos e menos de 1% (n= 6) 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 (2,27 por 100.000 habitantes), seguido pelo grupo de menores de um ano (1,99 casos por 100.000 habitantes) (15).

Quanto ao histórico de vacinação dos casos, 92% não estavam vacinados ou tinham histórico de vacinação desconhecido, 4% haviam recebido uma única dose da vacina tríplice viral (SCR) e 4% haviam recebido duas doses. Entre os casos confirmados vacinados, 9% correspondiam a crianças menores de 5 anos, 36% a pessoas entre 5 e 19 anos e 55% a adultos com mais de 20 anos. 6% (n= 124) dos casos exigiram hospitalização; 34% (n= 42 casos) das hospitalizações corresponderam a crianças menores de 5 anos (15).

Durante o ano de 2026, das 687 amostras positivas para rRT-PCR de casos confirmados de sarampo que foram submetidas à genotipagem até o momento, 97% (n= 667) corresponderam ao genótipo D8 e 3% (n= 20) ao genótipo B3. Entre as detecções do genótipo D8, a maioria, 92% (n= 614), foi identificada como a sequência distintiva (DSId) 9171 (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 (15).

Na **Guatemala**, entre a SE 1 e a SE 19 de 2026, foram notificados 6.209 casos confirmados de sarampo, incluindo 12 óbitos. Os casos foram notificados nos 22 departamentos do país. A maioria dos casos confirmados foi registrada nos departamentos de Guatemala (n= 2.936 casos, incluindo quatro óbitos), Quiché (n= 412 casos, incluindo quatro óbitos), Sololá (n= 355 casos, incluindo duas mortes), Totonicapán (n= 299 casos, incluindo duas mortes), Chimaltenango (n= 297 casos) e Huehuetenango (n= 288 casos) (16).

No que diz respeito à faixa etária dos casos confirmados em 2026, a distribuição mais frequente se concentra na faixa de 20 a 29 anos, com 35% (2.157 casos), seguido pelo grupo de 0 a 4 anos, com 24% (1.476 casos, com predominância de menores de 1 ano, nos quais foram registrados 838 casos), e pelo de 10 a 19 anos, com 11% (1.040 casos). A taxa de incidência por faixa etária mostra que a mais afetada é a de 0 a 4 anos, na qual crianças menores de 1 ano registram 224 casos por 100.000 habitantes, seguida pela faixa etária de 20 a 29 anos, com 35 casos por 100.000 habitantes (16). Quanto ao histórico de vacinação dos 6.209 casos confirmados, 68,4% (n= 4.246) não estavam vacinados, 24,4% (n= 1.515) tinham histórico de vacinação desconhecido (referência verbal ou desconhecido) e 4,37% (n= 271 casos) apresentavam doses de SCR documentadas. 7,52% dos casos necessitaram de hospitalização (n= 466 casos) e foram confirmadas 12 mortes relacionadas (16). De acordo com a genotipagem realizada no Laboratório Nacional de Saúde em amostras de casos confirmados (n= 39), foi identificado exclusivamente o genótipo D8. Com relação às 12 mortes registradas por complicações do sarampo, 75% das mortes correspondem a crianças menores de um ano. O país, em 2025, atingiu uma cobertura vacinal de SCR de 91% em nível nacional para a primeira dose e de 79% para a segunda dose (16).

Em **Honduras**, na semana epidemiológica 20 de 2026, foi confirmado um caso importado de sarampo, notificado no departamento de Ocotepeque. O caso corresponde a um homem de 40 anos que entrou no país vindo da Guatemala em 19 de maio de 2026 e apresentou exantema em 17 de maio de 2026. Em 21 de maio de 2026, o caso foi confirmado por RT-PCR e testes sorológicos para sarampo; o caso não apresenta histórico de vacinação e, até a data desta publicação, não foram registrados casos secundários associados. Durante 2025, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 86,7% para a primeira dose e 84,4% para a segunda dose (17).

No **México**, entre a SE 1 e a SE 19 de 2026, foram confirmados 10.920 casos de sarampo, incluindo 13 óbitos. Os casos foram notificados em 31 entidades federativas do país; a maioria dos casos confirmados foi notificada nos estados de Jalisco (n= 6.162 casos, incluindo três óbitos), Cidade do México (n= 943 casos, incluindo duas mortes), Chiapas (n= 809 casos), Sonora (n= 342 casos), Durango (n= 323 casos, incluindo uma morte), México (n= 323 casos) e Sinaloa (n= 283 casos, incluindo uma morte). Quanto à distribuição por faixa etária, os casos confirmados se distribuem com maior frequência na faixa de 30 a 34 anos (12,23%, n= 1.336 casos), seguido pela faixa etária de 5 a 9 anos, com 11,62% (n= 1.269 casos), e pela faixa de 25 a 29 anos, com 11,59% (n= 1.266 casos). Quanto à taxa de incidência, a faixa etária de menores de um ano registrou a taxa mais elevada, com 44,67 casos por 100.000 habitantes, seguida pela faixa de 1 a 4 anos e de 30 a 34 anos, com taxas de 14,81 e 12,48, respectivamente. Quanto ao histórico de vacinação dos casos confirmados, 91,47% (n= 9.989) não apresentavam histórico de vacinação, 6,13% (n= 669) tinham uma dose de SCR e 2,40% (n= 262 casos) apresentavam duas ou mais doses de SCR

documentadas na carteira nacional de vacinação. Do total de casos confirmados, 1.247 necessitaram de hospitalização, dos quais 547 são provenientes do estado de Jalisco. De acordo com a genotipagem realizada nas amostras provenientes dos casos confirmados (n= 42), foi identificado o genótipo D8 (18).

Em 2026 e até a semana epidemiológica 19, foram confirmadas 13 mortes por complicações do sarampo, todas em pessoas sem histórico de vacinação, com comorbidades em alguns casos. As mortes estão distribuídas entre Jalisco (n= 3), Zacatecas (n= 3), Cidade do México (n= 2), Michoacán (n= 1), Guerrero (n= 1), Durango (n= 1), Sinaloa (n= 1) e Tlaxcala (n= 1) (18).

No **Panamá**, entre a SE 1 e a SE 20 de 2026, foram confirmados três casos de sarampo: dois casos importados e um caso derivado de importação. Todos os casos confirmados foram notificados na província do Panamá (n= 3 casos). Os casos importados, de 18 e 21 anos, eram originários da Nicarágua e da Costa Rica. O terceiro caso, de 40 anos, teve exposição prolongada no ambiente de trabalho a um dos casos confirmados. Os dois casos importados não tinham histórico de vacinação contra o sarampo; por outro lado, o caso derivado de importação tem três doses documentadas pré-exposição e uma pós-exposição (oito dias após a exposição). Nos três casos, foi identificado o genótipo B3. Durante 2025, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 86,7% para a primeira dose e 58,4% para a segunda dose (19).

No **Peru**, entre a SE 1 e a SE 20 de 2026, foram confirmados 301 casos de sarampo em dois departamentos. Os casos concentram-se no departamento de Puno (n= 299 casos); outros casos foram detectados no departamento de Lima (n= 2 casos, um caso importado e um caso de origem desconhecida) (21). Quanto à distribuição dos casos por faixas etárias, 37% correspondem à faixa de 10 a 19 anos (n= 112 casos), seguida pela faixa de 20 a 29 anos com 30% (n= 91 casos) e pela faixa de 5 a 9 anos com 15% (n= 44 casos). Quanto à taxa de incidência, a faixa etária de 10 a 19 anos registrou a mais elevada, com 2,03 casos por 100.000 habitantes, seguida pela faixa de 20 a 29 anos e de 0 a 4 anos, com taxas de 1,73 e 1,38, respectivamente (21).

Quanto ao histórico de vacinação dos casos confirmados, 66% (n= 199 casos) não apresentavam histórico de vacinação, 4% (n= 12) tinham recebido uma dose de SCR e 25% (n= 76 casos) tinham recebido duas ou mais doses de SCR. Do total de casos confirmados, 37 necessitaram de hospitalização. De acordo com a genotipagem realizada em 11 amostras dos casos confirmados, foram identificados os genótipos D8 e B3. No Peru, em 2025, atingiu-se uma cobertura vacinal para o SCR de 90,5% em nível nacional para a primeira dose e de 82,1% para a segunda dose (21).

No **Uruguai**, entre a SE 1 e a SE 20 de 2026, foram confirmados dois casos importados de sarampo, ambos na capital do país, Montevidéo. Os casos tinham idades de 48 e 51 anos. Quanto ao histórico de vacinação, um dos casos não estava vacinado e o outro tinha recebido duas doses da vacina SCR. Os casos não necessitaram de hospitalização. Durante 2025, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 97,92% para a primeira dose e 87,99% para a segunda dose (22).

Orientações aos Estados-Membros

A alta incidência de casos em crianças pequenas, a proporção significativa de casos em adultos jovens —população de grande mobilidade—, a elevada porcentagem de pessoas não vacinadas e a persistência de surtos em comunidades reticentes à vacinação refletem a necessidade urgente de atingir e manter coberturas $\geq 95\%$ com duas doses da vacina SCR de maneira homogênea em nível nacional; fortalecer a vigilância epidemiológica sensível e oportuna; e consolidar a capacidade de resposta rápida e eficaz para evitar a reintrodução e a transmissão endêmica do vírus nos países da Região, recuperar o status de eliminação naqueles onde a transmissão endêmica foi restabelecida e prevenir a morbidade, a mortalidade e os efeitos sociais e econômicos negativos associados a esta doença imunoprevenível.

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

a. Países com áreas de transmissão comunitária:

a.1. Vacinação

- Implementar atividades de vacinação em massa indiscriminada (uma dose adicional da vacina SCR ou SR) para os grupos de maior risco, de acordo com a análise de suscetíveis e dados de vigilância, incluindo bebês de 6 a 11 meses (dose zero).
- Completar os esquemas de vacinação de duas doses, considerando um intervalo de 4 semanas entre as doses. A área de intervenção dependerá da magnitude do surto, bem como das rotas de deslocamento dos casos e da mobilidade da população. O objetivo é antecipar-se rapidamente à circulação do vírus, interromper a transmissão nas áreas e populações afetadas e evitar sua disseminação para outras zonas.
- Implementar as atividades de microplanejamento para campanhas massivas de resposta a surtos, de acordo com as recomendações da OPAS/OMS.
- Ampliar o horário de atendimento da vacinação para o período noturno e fins de semana, de acordo com a dinâmica da população-alvo da vacinação.
- Monitorar diariamente a cobertura administrativa das atividades de vacinação em massa e implementar monitoramentos rápidos de vacinação (MRV) para identificar áreas/grupos que ainda não foram vacinados.
- Redirecionar prontamente as equipes de vacinação para as zonas com maior número de casos, menor cobertura ou onde os monitoramentos tenham identificado lacunas.
- Manter as estratégias de bloqueio de vacinação nas áreas sem transmissão comunitária. Para garantir que as ações de bloqueio sejam eficazes, a vacinação deve ser iniciada nas primeiras 72 horas após a notificação do caso e executada de forma exaustiva no terreno, assegurando que nenhuma pessoa não vacinada ou com histórico de vacinação incompleta fique sem receber a(s) dose(s)

correspondente(s). O monitoramento e a supervisão da implementação dessas atividades são fundamentais.

- Utilizar a vacina contra o sarampo disponível para as atividades de vacinação nos grupos etários priorizados para cada estratégia a ser implementada. Isso inclui avaliar o uso da vacina SCR com componente de vírus vacinal da parotite Leningrado-Zagreb, sem restrição de idade.
- Para áreas sem transmissão comunitária, consulte o item b.

a.2 Vigilância

- Em áreas com transmissão comunitária, utilizar as classificações de caso confirmado por critérios clínicos (presença de febre, exantema, tosse, coriza e conjuntivite) e nexos epidemiológico. A implementação das ações de resposta deve começar a partir da identificação dos casos suspeitos, sem esperar pela classificação final dos casos.
- Avaliar a aplicação de um fluxograma para priorizar o processamento das amostras obtidas para a confirmação diagnóstica do sarampo, de acordo com as recomendações da OPAS/OMS (30). Nessa situação, é importante manter a coleta e o processamento de um número de amostras priorizadas de acordo com as características dos casos, bem como a identificação de um ou dois dias por semana em que seriam coletadas amostras de todos os casos suspeitos.
- Gerar mapas de incidência em nível municipal, por faixa etária e situação vacinal.
- Fortalecer a sensibilidade do sistema de vigilância em nível nacional, nas áreas sem transmissão comunitária ou sem notificação de casos, para reduzir a subnotificação de casos e iniciar as ações de resposta correspondentes. As buscas ativas de casos, de acordo com as recomendações da OPAS, são ferramentas muito úteis para esse fim.
- Para as áreas sem transmissão comunitária, consulte o item b.

a.3 Resposta rápida

- Ativar e capacitar as equipes de resposta rápida, incorporando todas as áreas relevantes. Definir uma liderança clara a partir do nível mais alto para facilitar a coordenação e a implementação das atividades de resposta.
- Implementar a sala de situação para a 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.
- Ativar as 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 as medidas de resposta rápida aos surtos de sarampo.
- Para o manejo clínico, 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 sido recebidas. 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 4–6 semanas depois (31).

- Além disso, recomenda-se o tratamento sintomático e o suporte precoce em casos graves. É essencial a avaliação contínua do paciente e o tratamento oportuno de diarreia, desidratação, pneumonia grave, síndrome da dificuldade respiratória, sepse e choque (32).
- Estabelecer um manejo hospitalar adequado para os casos, a fim de evitar a transmissão intra-hospitalar. Isso implica a implementação de medidas de prevenção e controle de infecções desde a triagem de casos com doença febril-exantemática, procurando realizar a detecção e identificação de pacientes de maneira rápida em áreas com boa ventilação.
- Assim que houver suspeita de um caso, este deve ser colocado em uma área isolada (porta fechada e janela voltada para o exterior) e o paciente deve usar uma máscara cirúrgica.
- A equipe de saúde deve ter o esquema de vacinação completo, deve usar equipamentos de proteção individual para entrar nessa área (respiradores N95/FPP2 ou FPP3, proteção ocular, avental e luvas), reforçar a higiene das mãos e as precauções padrão e adicionais contra aerossóis.
- Assim que o paciente receber alta ou for transferido para outra área de isolamento, deve-se realizar a limpeza, a desinfecção e o manuseio de resíduos de acordo com os protocolos estabelecidos na instituição.
- Recomenda-se manter um fluxo adequado de encaminhamento de pacientes para salas de isolamento (em qualquer nível de atendimento), evitando o contato com outros pacientes em áreas comuns, como salas de espera e de internação (33-36).

b. Países com áreas com cadeias de transmissão limitadas que podem ser caracterizadas:

b.1 Vacinação

- O objetivo é antecipar-se à transmissão do vírus, para o que se deve cobrir rapidamente as lacunas de vacinação nos locais prováveis de infecção, na área de residência e nas zonas para onde o surto poderia se espalhar.
- 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 por 5 quarteirões com o quarteirão de residência do caso no centro) e seguindo a rota de deslocamento dos casos, durante seu período de transmissibilidade. Deve-se completar o esquema de duas doses da vacina em todas as pessoas sem comprovação de esquema completo de vacinação no momento da visita, considerando um intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses. Realizar de forma conjunta a busca ativa comunitária de casos.
- Implementar varredura documentada se a intervenção ocorrer após as primeiras 72 horas ou se o bloqueio 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 121 quarteirões (11 quarteirões de cada lado, tendo o quarteirão de residência do caso no centro). Isso deve ser adaptado de acordo com o tipo de zona: urbana, marginal urbana ou rural. Realizar a busca ativa comunitária de casos durante essa atividade.

- Realizar o monitoramento rápido de vacinação (MRC) nas áreas intervencionadas, a fim de determinar as zonas que requerem intervenções adicionais de vacinação. Recolher os motivos de não vacinação durante o MRC. Continuar realizando a busca ativa comunitária de casos durante esta atividade.
- As faixas etárias a serem incluídas nas atividades de vacinação dependerão da análise epidemiológica da distribuição de casos por idade, bem como da análise do acúmulo de pessoas suscetíveis por coorte de nascimento. Incluir a administração da dose zero em crianças de 6 a 11 meses de idade.

B.2 Vigilância

- Investigar cada caso suspeito nas primeiras 24 a 48 horas após sua notificação, incluindo a coleta de amostras de soro, respiratórias e de urina.
- Identificar e listar todos os contatos durante o período de transmissibilidade; avaliar o histórico de vacinação e completar o esquema vacinal naqueles que não tenham o esquema completo com duas doses da vacina SR ou SCR, e realizar acompanhamento por 21 dias.
- Elaborar as linhas do tempo de todos os casos suspeitos, de acordo com as recomendações da OPAS/OMS, a fim de determinar os locais e/ou a fonte provável de infecção (considerando o período de incubação da doença), os locais visitados durante o período de transmissibilidade onde provavelmente ocorrerão casos secundários e determinar o período de acompanhamento de contatos e buscas ativas.
- Avaliar o uso de aplicativos como o Go.Data para a elaboração e acompanhamento das cadeias de transmissão.
- Notificar imediatamente o Ponto Focal Nacional do RSI sobre os casos importados ou relacionados a viagens; coordenar com as jurisdições de origem e destino por meio dos mecanismos regionais do RSI da OMS (ver item d, eventos de grande porte e viajantes internacionais).

b.3 Resposta rápida

- Ativar e capacitar as equipes de resposta rápida, incorporando todas as áreas relevantes. Definir uma liderança clara a partir do nível mais alto para facilitar a coordenação e a implementação das atividades de resposta.
- Manter uma sala de situação em todos os níveis com as informações essenciais para a tomada de decisões, incluindo a atualização da lista e do número de casos em tempo real, a vacinação e os resultados laboratoriais.
- Ativar as 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 as medidas de resposta rápida aos surtos de sarampo.

- 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 sido recebidas. 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 4–6 semanas depois (31).
- Implementar as medidas de prevenção e controle de infecções, conforme as recomendações do item a.3.

c. **Países sem casos confirmados:**

c.1 **Vacinação**

- **Manter um estoque de vacina** SR e/ou SCR, e seringas/materiais para ações de resposta rápida de vacinação em caso 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 de vacinação, 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 de forma homogênea (em pelo menos 80% dos municípios em nível nacional). A OPAS desenvolveu diretrizes para orientar esse trabalho (37).
- **Oferecer vacinação aos viajantes** que não tenham esquemas completos de vacinação contra sarampo-rubéola, 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. De preferência, a vacinação de viajantes deve ser realizada pelo menos 14 dias antes da viagem; no entanto, pode ser realizada a qualquer momento antes, durante ou após a viagem.
- **Redobrar os esforços para alcançar altas taxas de 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-chave, como o setor educacional. Além disso, realizar atividades complementares de vacinação nas comunidades de acolhimento ou áreas circundantes às populações reticentes para colmatar as lacunas de vacinação e fortalecer a imunidade populacional.

c.2 **Vigilância**

- **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 estratégia de vigilância de busca ativa de casos, disponível em espanhol em: <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola> (38).
- **Coletar amostras de soro, esfregaço nasofaríngeo e urina** (39) 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, e para a 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.

c.3 Resposta rápida

- **Revisar e, se necessário, ajustar os planos operacionais de preparação e resposta rápida**, fortalecendo a capacidade dos sistemas de saúde principalmente nas áreas de risco mencionadas no item **c.1. Vacinação**.
- **Iniciar uma resposta oportuna e eficaz a casos importados de sarampo ou rubéola**, o que inclui a ativação de equipes de resposta rápida capacitadas e a implementação dos protocolos nacionais de resposta rápida (40, 41).
- **Capacitar os profissionais de saúde**, com ênfase nas equipes de resposta rápida, para a resposta a surtos. A OPAS disponibiliza cursos on-line de autoaprendizagem para esse fim (em espanhol) em: 1) Resposta rápida a surtos de sarampo e rubéola nas Américas <https://campus.paho.org/es/curso/brotos-sarampion-rubeola> (40); e 2) Surto de sarampo na era pós-eliminação: Estudo de caso. <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion> (41).

d. Eventos de grande porte e viajantes internacionais

Em relação a eventos de grande porte e viajantes internacionais na Região das Américas, considere as seguintes recomendações:

- **Fortalecimento da vigilância epidemiológica e da 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™ e de outros eventos de grande porte, os países devem aumentar a sensibilidade de seu sistema de vigilância por meio da implementação de buscas 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

A OPAS/OMS recomenda aos Estados-Membros que se aconselhe todo viajante com seis meses de idade³ ou mais que não possa apresentar comprovante de vacinação (com duas doses da vacina contra sarampo-rubéola) ou imunidade a **receber uma dose da vacina contra sarampo e rubéola, de preferência duas semanas antes de viajar para áreas onde foi documentada a transmissão de sarampo ou 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, caso apresentem sintomas durante a viagem que levem a suspeitar que contraíram sarampo ou rubéola, procedam da seguinte forma:

- Procurem atendimento médico imediatamente.
- Evitar o 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 considerar o período mais amplo) usar máscara por sete dias a partir da data de início da erupção cutânea reduzirá o risco de transmissão.
- Permaneça no local onde está hospedado (por exemplo, hotel ou domicílio, 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 o quarto fechado, se conviver com pessoas não vacinadas.

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

Ao retornar

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

³ A dose da vacina contra Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) 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.

- **Para médicos e outros profissionais de saúde**

A OPAS/OMS recomenda:

- Promover e verificar a vacinação com o 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, incluindo o 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 da necessidade de investigar o histórico de viagens dos pacientes e seus antecedentes 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 orientações e diretrizes do país.
- Levar em conta as implicações internacionais que possam 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 solicitado às autoridades nacionais que localizem o(s) contato(s) cujo local de residência mais provável seja seu país. As autoridades nacionais são instadas a utilizar todos os mecanismos de coordenação disponíveis para 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 sobre a possibilidade da existência desses contatos, para que fiquem atentos e possam detectar oportunamente qualquer caso suspeito.
 - b. Quando um caso é identificado localmente e dependendo do momento em que a detecção ocorre no curso natural da doença, isso pode exigir:
 - *Caso atual*: as autoridades nacionais devem obter informações sobre a possível fonte de infecção e a localização dos contatos no exterior e, conseqüentemente, informar as autoridades nacionais competentes do país onde se presume que o caso tenha sido infectado ou onde se encontram os contatos.
 - *Caso identificado retrospectivamente*: de acordo com o histórico de viagens do caso, as autoridades nacionais devem informar as autoridades nacionais do país em questão, uma vez que essa situação pode constituir o primeiro sinal de circulação do vírus, ou de um surto, no(s) outro(s) país(es) em questão.
 - i. Realizar buscas ativas institucionais e comunitárias com o objetivo de detectar rapidamente 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, pode ocorrer um dos dois cenários a seguir de exposição a um caso confirmado:

- **Quando não há envolvimento de meios de transporte internacionais (por exemplo, aviões, navios de cruzeiro, 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 programáticos bilaterais e multilaterais existentes, com cópia para o Ponto de Contato Regional da OMS para o RSI. Se considerarem necessário, as autoridades nacionais poderão solicitar o apoio do Ponto de Contato 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 deverão acionar 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 estejam ausentes. Para a comunicação posterior entre as autoridades nacionais, consulte o ponto anterior.

As recomendações da OPAS/OMS relativas a orientações para viajantes estão disponíveis na Atualização Epidemiológica sobre sarampo publicada pela OPAS/OMS em 28 de fevereiro de 2025 (42).

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 pública para promover e melhorar a saúde dos viajantes antes e depois da viagem, a fim de que adotem comportamentos responsáveis em relação à vacinação contra o sarampo e conheçam os sinais e sintomas da doença. 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, as 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 conta antes da viagem.
- Comunicação aos médicos e outros profissionais de saúde do conteúdo das diretrizes nacionais de vigilância existentes, bem como a divulgação oportuna de qualquer novo protocolo que o país desenvolva em relação aos viajantes.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Dados de imunização – Dados provisórios sobre sarampo e rubéola. Genebra: OMS; 2026 [acessado em 22 de maio de 2026]. Disponível em: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>.
2. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Argentina. Comunicação recebida em 22 de maio de 2026 por e-mail. Buenos Aires; 2026. Não publicado.
3. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Belize. Comunicação recebida em 22 de maio de 2026 por e-mail. Belmopán; 2026. Não publicado.
4. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Estado Plurinacional da Bolívia. Comunicação recebida em 27 de maio de 2026 por e-mail. La Paz; 2026. Não publicado.
5. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) dos Países Baixos. Comunicação recebida em 22 de maio de 2026 por e-mail. Bilthoven; 2026. Não publicado.
6. Ministry of Health, Welfare and Sport. Vaccination coverage National Immunisation Programme in the Netherlands Reporting year 2024. Bilthoven; 2026. Disponível em: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2024-0044.pdf>.
7. Ministério da Saúde do Brasil. Nota Técnica Conjunta nº 116/2026-DPNI/SVSA/MS. Brasília: MS; 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-conjunta-no-116-2026-dpni-svsa-ms.pdf>
8. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Brasil. Comunicação recebida em 29 de maio 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 maio de 2026 por e-mail. Ottawa; 2026. Não publicado.
10. Government of Canada. Canada Public Health Agency. National case definition: Measles. Ottawa: PHAC; 2026 [acessado em 27 de maio de 2026]. Disponível em: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/#:~:text=While%20all%20confirmed,all%20provinces/territories>.
11. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Chile. Comunicação recebida em 22 de maio de 2026 por e-mail. Santiago; 2026. Não publicado.
12. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Colômbia. Comunicação recebida em 22 de maio de 2026 por e-mail. Bogotá; 2026. Não publicado.
13. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Costa Rica. Comunicação recebida em 22 de maio de 2026 por e-mail. San José; 2026. Não publicado.

14. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de El Salvador. Informação por e-mail de 27 de maio de 2026. San Salvador; 2026. Não publicado.
15. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) dos Estados Unidos da América. Comunicação recebida em 22 de maio de 2026 por e-mail. Washington, D.C.; 2026. Não publicado.
16. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Guatemala. Comunicação recebida em 22 de maio de 2026 por e-mail. Cidade da Guatemala; 2026. Não publicado.
17. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Honduras. Comunicação recebida em 27 de maio de 2026 por e-mail. Cidade da Guatemala; 2026. Não publicado.
18. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do México. Comunicação recebida em 22 de maio de 2026 por e-mail. Cidade do México; 2026. Não publicado.
19. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Panamá. Comunicação recebida em 27 de maio de 2026 por e-mail. Cidade do Panamá; 2026. Não publicado.
20. 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.
21. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Peru. Comunicação recebida em 22 de maio de 2026 por e-mail. Lima; 2026. Não publicado.
22. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Uruguai. Comunicação recebida em 22 de maio de 2026 por e-mail. Montevideu; 2026. Não publicado.
23. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Boletim Semanal de Sarampo/Rubéola. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026. Disponível em: <https://www.paho.org/es/boletin-semanal-sarampion-rubeola>.
24. Organização Pan-Americana da Saúde. Boletim Semanal de Sarampo/Rubéola. Boletim Semanal de Sarampo-Rubéola (19-20) – 17 de maio de 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/sms3119-20.pdf>.
25. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Número de casos de doenças preveníveis por vacinação (VPD) nas Américas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 27 de maio de 2026]. Disponível em: https://ais.paho.org/hip/viz/im_vaccinepreventablediseases.asp.
26. Organização Pan-Americana da Saúde. Banco de dados sobre imunização e relatórios de vigilância dos países enviados à OPAS – Imunização Integral. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 27 de maio de 2026]. Não publicado.
27. Organização Mundial da Saúde. MeaNS2: Measles Virus Nucleotide Surveillance. Genebra: OMS; 2026 [acessado em 24 de maio de 2026]. Não publicado.

28. Organização Pan-Americana da Saúde. Grupo Asesor Estratégico (GAE) en Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV). Washington, D.C.: OPAS; 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/es/grupo-asesor-estrategico-gae-enfermedades-prevenibles-por-vacunacion-epv>.
29. Organização Pan-Americana da Saúde. Marco regional para el monitoreo y la verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas. Edição revisada. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56856>.
30. Organização Pan-Americana da Saúde. Boletín de Inmunización Volumen XLVIII - Número 1 - Abril del 2026. Washington, D.C.: OPAS; 2026. Disponível em: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/f54e1da2-af4d-439c-b4a3-6b5bd23c4e57/content>.
31. Organização Mundial da Saúde. Measles vaccines: WHO position paper – April 2017. Weekly Epidemiological Record, vol. 92, 17. Genebra: OMS; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers/measles>.
32. Organização Mundial da Saúde. Guide for clinical case management and infection prevention and control during a measles outbreak. Genebra: OMS; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240002869>.
33. Organização Mundial da Saúde. Sarampo. Genebra: OMS; 2025 [acessado em 27 de maio de 2026]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>.
34. Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Measles (Rubeola): For healthcare professionals. Atlanta: CDC; 2026 [acessado em 27 de maio de 2026]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/measles/>
35. United Kingdom Health Security Agency. Measles: Guidance, data and analysis. Londres: UKHSA; 2026. Londres: UKHSA; 2026. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/collections/measles-guidance-data-and-analysis>.
36. NHS England. Measles guidance for healthcare services. Londres: UKHSA; 2026. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/long-read/measles-guidance-for-healthcare-services/>.
37. Organização Pan-Americana da Saúde. Orientações para o microplanejamento de atividades de vacinação. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/dc72ec4b-b9f3-44fd-af23-6e1491c04413>
38. Organização Pan-Americana da Saúde. Orientações para a busca ativa de casos de paralisia flácida aguda, sarampo e rubéola. Washington, D.C.: OPAS; 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola>.
39. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Orientações sobre os testes de sarampo e rubéola realizados na rede de laboratórios da Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34932>.
40. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Resposta rápida a surtos de sarampo e rubéola nas Américas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024. Disponível em: <https://campus.paho.org/es/curso/brotos-sarampion-rubeola>.

41. Organização Pan-Americana da Saúde. Surto de sarampo na era pós-eliminação: Estudo de caso. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion>
42. 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>.