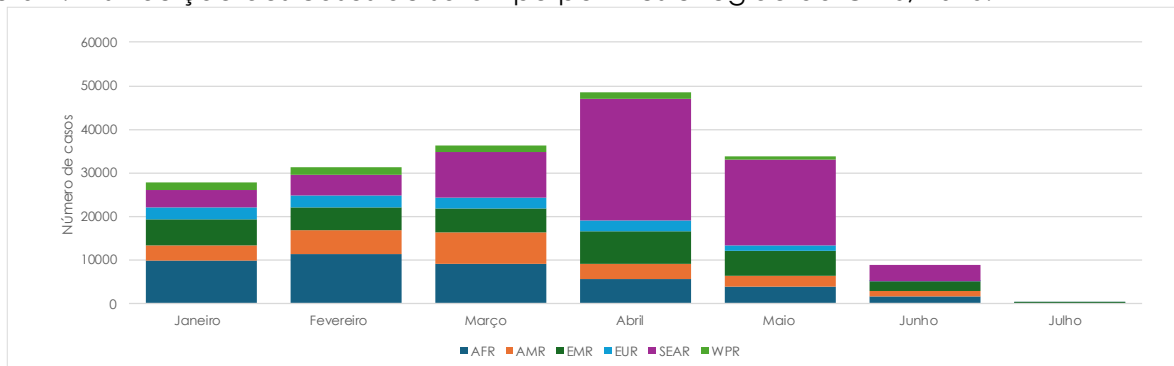


Considerando o aumento dos casos de sarampo registrados em 2026 na Região das Américas e em outras regiões do mundo, bem como a realização de eventos de grande porte com ampla participação internacional, a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) insta os Estados-Membros a reforçarem, com prioridade, as atividades de vigilância epidemiológica e vacinação, e garantir uma resposta rápida e eficaz diante de casos suspeitos de sarampo. Além disso, recomenda intensificar as buscas ativas comunitárias, institucionais e laboratoriais para a identificação precoce de casos, bem como desenvolver atividades complementares de vacinação destinadas a preencher as lacunas de imunidade existentes.

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 julho de 2026 foram notificados 186.168 casos de sarampo em 165 Estados-Membros das seis regiões da OMS, dos quais 83.201 (44,69%) foram confirmados por exames laboratoriais (1). Dos casos confirmados¹, 32% foram registrados na Região da OMS do Sudeste Asiático, seguida pela Região das Américas, com 27%; pelo Mediterrâneo Oriental, com 14% dos casos; pela Região da Europa, com 13%; pela Região da África, com 9%; e pela Região do Pacífico Ocidental, com 4% (**Figura 1**) (1).

Figura 1. Distribuição dos 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 da Organização Mundial da Saúde. Dados de imunização – Dados provisórios sobre sarampo e rubéola. Genebra: OMS; 2026 [acessado em 5 de agosto de 2026]. Disponível em: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (1).

Até julho de 2026, as regiões da OMS das Américas e do Sudeste Asiático já haviam superado os totais de casos confirmados² registrados em todo o ano de 2025, com 23.165 casos confirmados (contra 14.640 casos confirmados em 2025) e 70.499 casos confirmados (contra

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, 7 de agosto de 2026. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026.

19.943 casos confirmados em 2025), respectivamente. Embora a região da OMS da África ainda não tenha superado o total registrado em 2025, já notificou 41.598 casos confirmados (contra 66.334 casos confirmados em 2025). Se a tendência observada se mantiver, o número de casos na Região da África poderá ultrapassar o total registrado durante todo o ano de 2025 antes do final de 2026 (1).

Resumo da situação na Região das Américas

Em 2026, entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 28, foram confirmados 47.459 casos de sarampo na Região das Américas, incluindo 44 óbitos. Os casos foram notificados por 16 países e um território. A Guatemala (n= 30.371 casos, incluindo 26 óbitos), o México (n= 12.255 casos, incluindo 17 óbitos), os Estados Unidos da América (n= 2.260 casos) e o Peru (n= 1.277) representam a maioria (95%) dos casos confirmados (**Tabela 1**) (2–20).

Tabela 1. Número de casos de sarampo por países e territórios da Região das Américas em 2025 e 2026 (até a SE 28 de 2026).

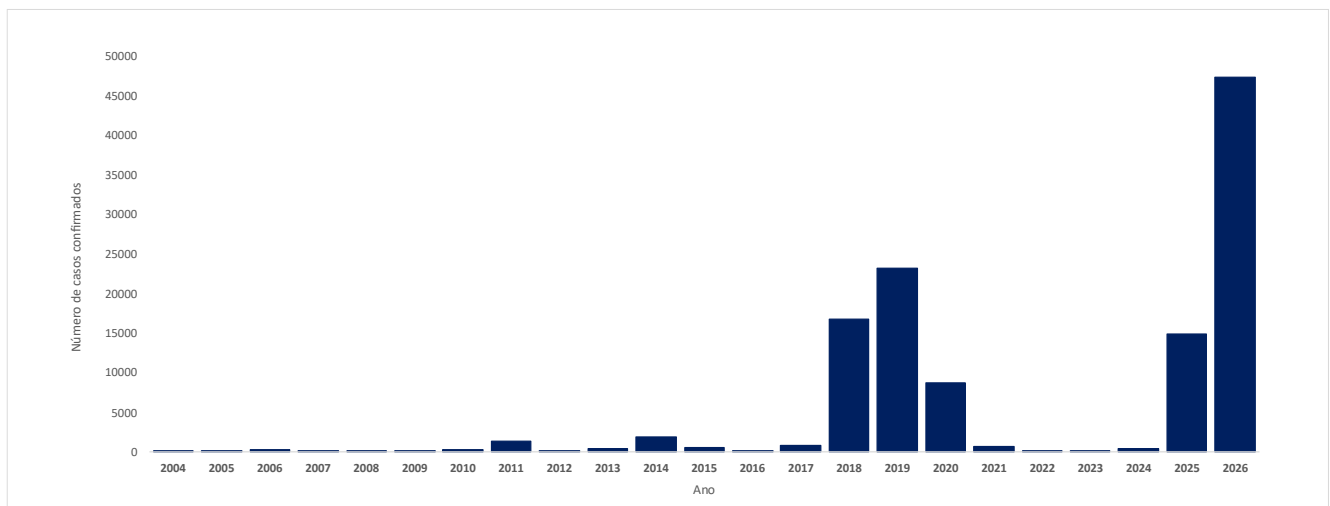
País	Número de casos confirmados em 2025	Número de casos confirmados em 2026 até a SE 28	Data mais recente do início do exantema (SE)
Argentina	36	1	SE 6 de 2026
Belize	44	11	SE 20 de 2026
Bolívia (Estado Plurinacional da)	449	65	SE 28 de 2026
Bonaire	0	1	SE 4 de 2026
Brasil	38	15	SE 26 de 2026
Canadá	5.462	1.107	SE 28 de 2026
Chile	1	1	SE 4 de 2026
Colômbia	0	14	SE 28 de 2026
Costa Rica	1	5	SE 15 de 2026
El Salvador	1	53	SE 27 de 2026
Estados Unidos da América	2.288	2.260	SE 28 de 2026
Guatemala	9	30.371	SE 28 de 2026
Honduras	0	12	SE 26 de 2026
México	6.614	12.255	SE 28 de 2026
Panamá	0	9	SE 23 de 2026
Paraguai	50	0	SE 39 de 2025
Peru	5	1.277	SE 29 de 2026
Uruguai	13	2	SE 3 de 2026
Total	15.011	47.459	

Fonte: Adaptado a partir de dados fornecidos pelos respectivos países e territórios (2-20).

O total de casos confirmados representa mais do que o dobro dos notificados no alerta epidemiológico sobre sarampo na Região das Américas, de 29 de maio de 2026, da OPAS/OMS com informações até a SE 20 de 2026 (21). O aumento, observado em um período de apenas oito semanas, evidencia uma aceleração significativa da transmissão do vírus do sarampo na Região das Américas, atribuída principalmente a um aumento considerável de casos na Guatemala e ao aumento de casos no Peru.

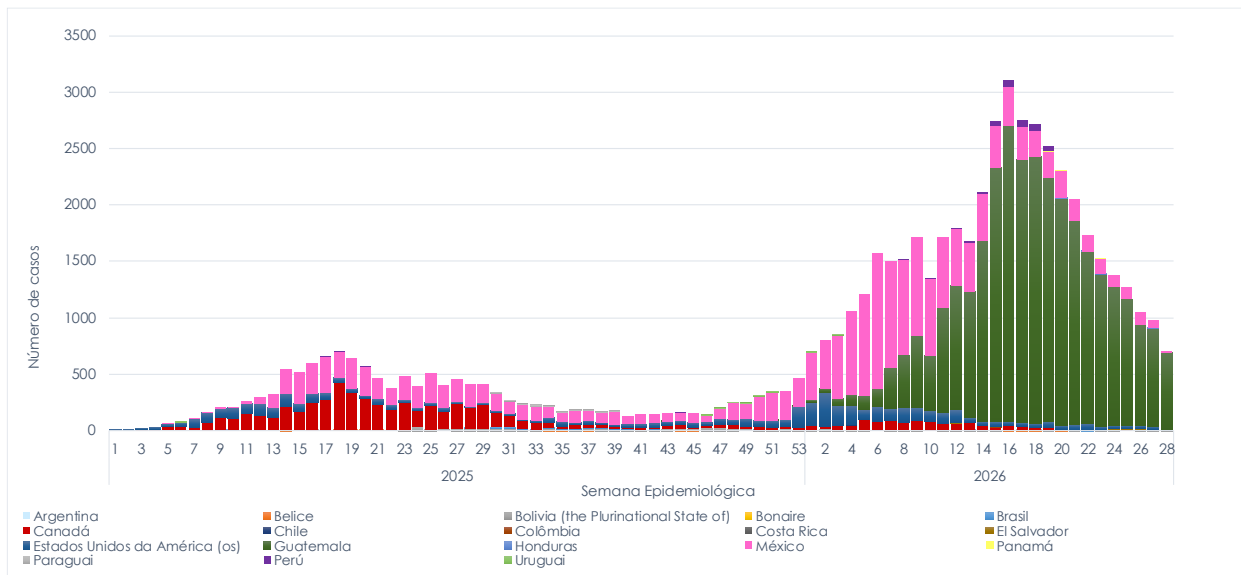
O número de casos notificados em 2026 até a SE 28 representa um aumento de mais de oito vezes, em comparação com os 5.123 casos de sarampo notificados no mesmo período de 2025 (22, 23). Além disso, em comparação com os registros históricos de sarampo na Região, o número de casos confirmados de sarampo em 2026 é o mais alto registrado desde 2004, o que torna 2026 o ano com o maior número de casos confirmados de sarampo nos últimos 22 anos (**Figura 2**) (22-24).

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 (VPD) nas Américas e Boletim Semanal de Sarampo/Rubéola (22-24).

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 28 de 2026).



***Nota:** Inclui casos confirmados e prováveis para o Canadá e inclui os casos confirmados por exame laboratorial, clínica e nexa epidemiológico para a Guatemala.

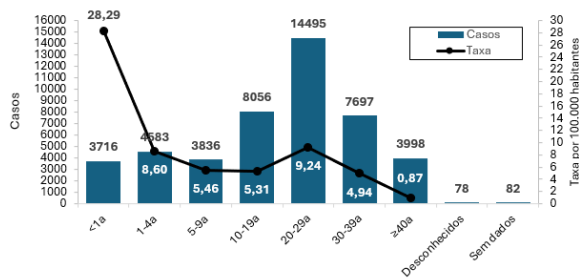
Fonte: Adaptado a partir de dados fornecidos pelos respectivos países e territórios (2-20).

De acordo com as informações disponíveis no Banco de Dados sobre Imunização e nos relatórios de vigilância dos países enviados à OPAS, entre os casos confirmados em 2026 com dados disponíveis ($n = 46.541$), o grupo de 20 a 29 anos concentra a maior proporção de casos (31%), seguido pelo grupo de 10 a 19 anos (17%) e pelo de 30 a 39 anos (16%) (25). No entanto, a taxa de incidência apresenta uma relação inversa com a idade, sendo mais elevada em crianças menores de um ano (28,2 casos por 100.000 habitantes), seguida pela faixa etária de 20 a 29 anos (9,24 casos por 100.000 habitantes) e pela faixa de 1 a 4 anos (8,6 casos por 100.000 habitantes). As taxas permanecem acima de 1 caso por 100.000 habitantes até a faixa etária de 30 a 39 anos (**Figura 4**) (25). Em relação ao histórico de vacinação, 73% dos casos não estavam vacinados e, em 17% deles, a informação era desconhecida ou não estava disponível. De acordo com a classificação por fonte de infecção, 4% dos casos foram endêmicos, 12% associados à importação, 27% de fonte de infecção desconhecida e 2% foram classificados como casos importados (**Figura 4**) (25).

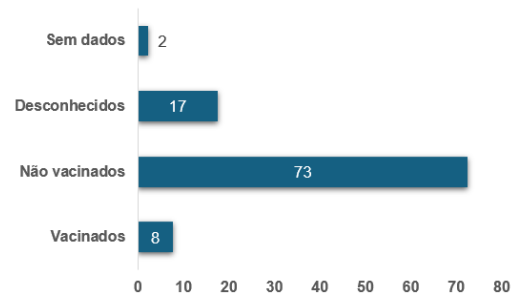
Dos casos confirmados em 2026, foram notificados ao MeaNS (Banco de Dados de Vigilância de Nucleotídeos do sarampo) 598 sequências genéticas da região N-450 do vírus do sarampo, 97,2% ($n = 583$) corresponderam ao genótipo D8 e 2,8% ($n = 15$) ao genótipo B3 (26).

Figura 4. Distribuição percentual dos casos confirmados de sarampo por faixa etária, sexo, situação vacinal e fonte de infecção na Região das Américas até a SE 28 de 2026.

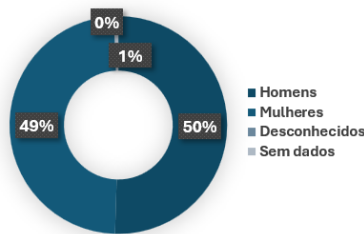
Casos confirmados de sarampo e as taxas por grupos de idade



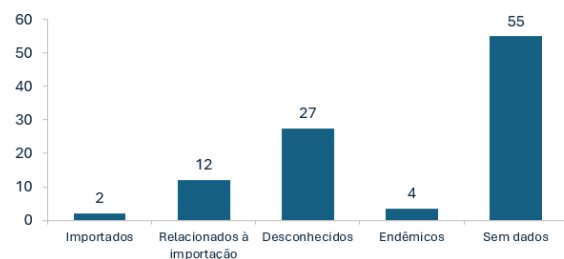
Porcentagem de casos por estado de vacinação



Porcentagem de casos por sexo



Porcentagem de casos por fonte de infecção



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 31 de julho de 2026]. Não publicado (25).

Situação epidemiológica do sarampo por país na Região das Américas

A seguir, apresenta-se a atualização da situação epidemiológica do sarampo nos países da Região, em ordem alfabética, que notificaram casos confirmados nas Américas entre a semana SE 20 e a SE 28 de 2026. Argentina, Bonaire, Chile, Costa Rica, Peru e Uruguai não notificaram novos casos confirmados durante esse período. Os resumos da situação epidemiológica desses países estão disponíveis no alerta epidemiológico sobre sarampo na Região das Américas de 29 de maio de 2026 (2-20).

Em **Belize**, entre a SE 20 e a SE 28 de 2026, foram confirmados dois casos adicionais, elevando para 11 o número total de casos de sarampo em 2026. Os casos confirmados foram identificados nos distritos de Toledo ($n = 9$ casos), Cayo ($n = 1$ caso) e Belize ($n = 1$ caso) e foram confirmados por meio de testes laboratoriais de Reação em Cadeia da Polimerase com Transcriptase Inversa (RT-PCR); as amostras foram processadas no laboratório de referência da Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA) (3). Do total de casos confirmados, sete foram importados, três estavam relacionados a casos importados e um apresentava fonte de exposição sob investigação. Os casos importados relataram histórico de viagem ou permanência na Guatemala antes do aparecimento dos sintomas. Os casos distribuíram-se em uma faixa etária de 8 meses a 54 anos. Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo, todos os casos não haviam sido vacinados ou apresentavam histórico de vacinação desconhecido no momento do diagnóstico (3).

Na **Bolívia**, entre a SE 20 e a SE 28 de 2026, foram confirmados 10 casos, totalizando 65 casos de sarampo em 2026. Os casos confirmados foram notificados nos departamentos de Beni ($n =$

8 casos), Cochabamba (n = 7 casos), La Paz (n = 1 caso), Santa Cruz (n = 47 casos) e Tarija (n = 2 casos) (4). Os casos se distribuem em uma faixa etária de 0 meses a 65 anos; 32% (n = 21 casos) correspondem a crianças menores de 1 ano, 18% (n = 12 casos) a pessoas entre 1 e 4 anos, 14% (n = 9 casos) a pessoas entre 5 e 9 anos, 14% (n = 9 casos) a pessoas de 10 a 14 anos; 5% (n = 3 casos) entre 15 e 19 anos e 17% (n = 11 casos) a adultos com 20 anos ou mais (4). A taxa de incidência por faixa etária mostra que a faixa etária mais afetada é a de menores de 1 ano (25 casos por 100.000 habitantes), seguida pela faixa de 1 a 4 anos (5 casos por 100.000 habitantes). Em relação ao histórico de vacinação contra o sarampo, 88% do total de casos confirmados não apresentavam histórico documentado de vacinação contra o sarampo ou esse histórico era desconhecido. De acordo com a genotipagem realizada nas amostras provenientes de 42 casos confirmados, foram identificados os genótipos B3 e D8 (4).

No **Brasil**, entre a SE 20 e a SE 28 de 2026, foram confirmados 12 casos de sarampo, elevando o número total de casos no país para 15. A fonte de infecção nesses casos é desconhecida e os pacientes não apresentam histórico de viagem. Os casos confirmados entre a SE 20 e a SE 28 foram notificados nos municípios de São Paulo (n = 10 casos) e São Bernardo do Campo (n = 2 casos), no estado de São Paulo. Os casos se distribuíram entre as seguintes faixas etárias: menores de 1 ano (n = 5 casos), de 1 a 2 anos (n = 2 casos), de 20 a 24 anos (n = 2 casos) e maiores de 25 anos (n = 3 casos) (6). Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo, dois apresentavam histórico desconhecido, quatro tinham histórico de vacinação contra o sarampo e seis não estavam vacinados. De acordo com a genotipagem realizada nas amostras de 10 dos 12 casos confirmados entre a SE 20 e a SE 28, foi identificado o genótipo D8 (6).

No **Canadá**, entre a SE 1 e a SE 28 de 2026, foram notificados 1.107 casos de sarampo (1.025 confirmados e 82 prováveis) em oito províncias: Alberta (n = 311 casos), Colúmbia Britânica (n = 43 casos), Manitoba (n = 677 casos), New Brunswick (n = 1), Nova Escócia (n = 10 casos), Ontário (n = 29 casos), Quebec (n = 31) e Saskatchewan (n = 5 casos). Em 2026, o número semanal de casos atingiu seu pico com 90 casos na SE 5 e vem diminuindo gradualmente desde então (7, 8). Dos 1.107 casos notificados em 2026, 96% (n = 1.063 casos) foram expostos no Canadá, 3% (n = 34 casos) foram casos importados e menos de 1% (n = 10 casos) tinham uma fonte de exposição desconhecida ou em investigação. Do total, 41% dos casos foram registrados em pessoas de 5 a 17 anos, seguidos por 40% em pessoas com 18 anos ou mais e 15% em crianças de 1 a 4 anos. Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo, 86% não estavam vacinados, 4% haviam recebido uma dose de uma vacina que contém o vírus do sarampo, 5% haviam recebido duas ou mais doses de uma vacina que contém o vírus do sarampo e 5% tinham um estado de vacinação desconhecido. Sete por cento dos casos foram hospitalizados (n = 75); foram notificados quatro casos de sarampo congênito confirmados por exames laboratoriais e não foi relatada nenhuma morte. Entre os casos confirmados com dados de genotipagem disponíveis, identificou-se o genótipo D8 em 564 casos e o genótipo B3 em 12 casos. (7, 8).

Na **Colômbia**, entre a SE 20 e a SE 28 de 2026, foram confirmados sete casos de sarampo no país, totalizando 14 casos confirmados. Do total de casos, oito correspondem a casos importados e seis estão relacionados à importação. Os casos confirmados foram notificados em Bogotá D.C. (n = 7 casos), nos departamentos de Antioquia (n = 2 casos), Cundinamarca (n = 1 caso), Risaralda (n = 1 caso) e Santander (n = 1 caso) e no distrito de Cartagena (n = 2 casos) (10). A faixa etária dos casos varia entre 18 e 53 anos (12). Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo dos casos, 11 apresentavam histórico desconhecido e três possuíam histórico de vacinação contra o sarampo. Em relação à genotipagem, de acordo com a análise realizada

nas amostras de seis dos casos, o genótipo identificado corresponde ao D8 (10). Durante 2025, a cobertura vacinal com a vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (SCR) em nível nacional atingiu 91% para a primeira dose e 86% para a segunda dose (10).

Em **El Salvador**, entre a SE 20 e a SE 28 de 2026, foram confirmados 35 casos de sarampo no país, totalizando 53 casos no ano. Todos os casos foram importados, 52 deles tinham histórico de viagem à Guatemala e um, ao México. Os departamentos que registram mais casos são San Salvador (n = 31 casos) e San Miguel (n = 10 casos) (12). A maioria dos casos está na faixa etária entre 20 e 40 anos. Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo, 17% haviam recebido duas ou mais doses de uma vacina que contém sarampo e 83% tinham um estado de vacinação desconhecido ou não estavam vacinados. 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 (12).

Nos **Estados Unidos**, entre a SE 20 e a 28 de 2026, foram registrados 308 casos confirmados de sarampo, totalizando 2.260 casos em 2026. Desses, 2.245 casos de sarampo foram registrados por 44 jurisdições: Alasca (n = 1 caso), Alabama (n = 1 caso), Arizona (n = 99 casos), Califórnia (n = 48 casos), Colorado (n = 24 casos), Connecticut (n = 2 casos), Distrito de Columbia (n = 1 caso), Flórida (n = 141 casos), Geórgia (n = 5 casos), Iowa (n = 1 caso), Idaho (n = 3 casos), Illinois (n = 4 casos), Kansas (n = 1 caso), Kentucky (n = 4 casos), Louisiana (n = 1 caso), Maine (n = 5 casos), Maryland (n = 9 casos), Massachusetts (n = 2 casos), Michigan (n = 13 casos), Minnesota (n = 17 casos), Missouri (n = 2 casos), Montana (n = 5 casos), Nebraska (n = 1 caso), Nova Jersey (n = 1 caso), Novo México (n = 17 casos), Cidade de Nova York (n = 5 casos), estado de Nova York (n = 8 casos), Carolina do Norte (n = 22 casos), Dakota do Norte (n = 38 casos), Ohio (n = 11 casos), Oklahoma (n = 1 caso), Oregon (n = 32 casos), Pensilvânia (n = 110 casos), Rhode Island (n = 1 caso), Carolina do Sul (n = 670 casos), Dakota do Sul (n = 11 casos), Tennessee (n = 2 casos), Texas (n = 182 casos), Utah (n = 518 casos), Vermont (n = 1 caso), Virgínia (n = 176 casos), Washington (n = 45 casos), Wisconsin (n = 2 casos) e Wyoming (n = 2 casos). Foram notificados um total de 15 casos de sarampo entre visitantes internacionais nos Estados Unidos (13).

Do número total de casos, 93% (n = 2.108 casos) estavam associados a surtos (definidos como três ou mais casos relacionados), e foram identificados 34 surtos em 2026. Do total, 20% (n = 451 casos) dos casos corresponderam a crianças menores de 5 anos, 50% (n = 1.130 casos) a pessoas entre 5 e 19 anos, 30% (n = 672 casos) a pessoas com mais de 20 anos e menos de 1% (n = 7 casos) a pessoas de idade desconhecida. A taxa de incidência por faixa etária mostra que o grupo mais afetado foi o das crianças de 1 a menos de 5 anos (2,46 por cada 100.000 habitantes), seguido pelas crianças com menos de 1 ano (2,24 casos por cada 100.000 habitantes) (13).

Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo dos casos, 93% não estavam vacinados ou tinham histórico de vacinação desconhecido, 3% haviam recebido uma única dose da vacina contra a SCR e 4% haviam recebido duas doses. Entre os casos confirmados vacinados, 9% eram crianças com menos de 5 anos, 34% eram pessoas entre 5 e 19 anos e 57% eram adultos com mais de 20 anos. 6% (n = 146 casos) dos casos necessitaram de hospitalização, e 31% (n = 45 casos) das hospitalizações corresponderam a crianças menores de 5 anos (13).

Em 2026, das 771 amostras positivas para a reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa em tempo real (rRT-PCR) de casos confirmados de sarampo que foram submetidas à genotipagem até o momento, 97% (n = 747) correspondiam ao genótipo D8 e 3% (n = 24) ao

genótipo B3. Entre as detecções do genótipo D8, a maioria, 91% (n = 683), foi identificada como a sequência distintiva (DSId) 9171 (13).

Na **Guatemala**, entre a SE 20 e a 28 de 2026, foram notificados 11.455 casos confirmados de sarampo, incluindo três óbitos. Desde o início de 2026, foram registrados 30.371 casos confirmados e 26 óbitos. Os casos foram notificados nos 22 departamentos do país. A maioria dos casos confirmados foi registrada nos departamentos de Guatemala (n= 11.496 casos, incluindo quatro óbitos), Quiché (n = 2.302 casos, incluindo sete óbitos), Sololá (n= 1.464 casos, incluindo duas mortes), Totonicapán (n= 1.058 casos, incluindo duas mortes), Chimaltenango (n= 571 casos, incluindo duas mortes) e Huehuetenango (n= 1.797 casos) (14).

Em relação à faixa etária dos casos confirmados em 2026, a distribuição mais frequente se encontra na faixa de 20 a 29 anos, com 37,2% (n = 11.284 casos), seguido pela faixa etária de 0 a 4 anos, com 17,28% (n = 5.284 casos, com predominância de crianças menores de 1 ano, nas quais foram registrados 2.755 casos), e pela faixa etária de 10 a 19 anos, com 14,76% (n = 4.484 casos). A taxa de incidência por faixa etária mostra que a mais afetada é a de 0 a 4 anos, na qual as crianças menores de 1 ano registram 776,30 casos por 100.000 habitantes, seguida pela faixa etária de 20 a 29 anos, com 333 casos por 100.000 habitantes (14). Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo dos 30.371 casos confirmados, 67,1% não estavam vacinados, 25,9% (n = 7.865) tinham histórico de vacinação desconhecido e 3,79% (n = 1.150 casos) tinham uma dose de SCR documentada. 9,2% dos casos necessitaram de hospitalização (n = 2.793 casos) e foram confirmadas 25 mortes relacionadas (14). De acordo com a genotipagem realizada no Laboratório Nacional de Saúde em amostras de casos confirmados (n = 88), foi identificado exclusivamente o genótipo D8. Com relação às 26 mortes registradas por complicações do sarampo, 36% das mortes corresponderam a crianças menores de um ano (14).

Em **Honduras**, entre a SE 20 e a SE 28 de 2026, foram confirmados onze casos de sarampo, totalizando doze casos no ano. Do total de casos, seis correspondem a casos importados e seis com fonte de infecção sob investigação. Os casos confirmados foram notificados nos departamentos de Cortés (n= 7 casos), Ilhas da Baía (n= 3 casos), Yoro (n= 1 caso) e Ocotepeque (n= 1 caso). Cinco dos casos tinham histórico de viagem à Guatemala e um estrangeiro proveniente da Itália. Os casos estão distribuídos entre menores de 1 ano e 43 anos (15). Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo dos casos, onze apresentavam histórico desconhecido e um não possuía histórico de vacinação contra o sarampo. Durante 2025, a cobertura vacinal com SCR em nível nacional atingiu 86,7% para a primeira dose e 84,4% para a segunda dose. (15).

No **México**, entre a SE 20 e a SE 28 de 2026, foram confirmados 1.144 casos de sarampo, incluindo três óbitos. No total, em 2026, foram registrados 12.255 casos confirmados e 17 óbitos. Os casos foram notificados em 31 estados do país; a maioria dos casos confirmados foi registrada nos estados de Jalisco (n= 6.603 casos, incluindo três óbitos), Cidade do México (n= 1.011 casos, incluindo três óbitos), Chiapas (n= 846 casos), Sonora (n= 371 casos), Durango (n = 573 casos, incluindo um óbito), México (n= 349 casos) e Zacatecas (n= 313 casos, incluindo seis óbitos). Quanto à distribuição por faixa etária, os casos confirmados se concentram com maior frequência na faixa de 1 a 4 anos, com 12,1% (n= 1.480 casos), seguido pela faixa etária de 5 a 9 anos, com 11,9% (n= 1.454 casos), e pela faixa etária de 30 a 34 anos, com 11,8% (n = 1.444 casos). Quanto à taxa de incidência, a faixa etária de menores de um ano registrou a taxa mais elevada, com 52,15 casos por cada 100.000 habitantes, seguida pelas faixas etárias de 1 a 4 anos e de 5 a 9 anos, com taxas de 17,60 e 13,95, respectivamente. Quanto ao histórico

de vacinação contra o sarampo dos casos confirmados, 91,60% (n= 11.226) não apresentavam histórico de vacinação, 6,05% (n= 741) tinham recebido uma dose da SCR e 2,35% (n= 288 casos) apresentavam duas ou mais doses da SCR registradas na carteira nacional de vacinação. Do total de casos confirmados, 1.589 necessitaram de hospitalização, dos quais 584 são provenientes do estado de Jalisco. De acordo com a genotipagem realizada nas amostras provenientes dos casos confirmados (n= 83), foi identificado o genótipo D8 (16). Em 2026 e até a semana epidemiológica 28, foram confirmadas 17 mortes por complicações do sarampo, sendo 13 delas sem histórico de vacinação e quatro com aplicação de uma dose nos 10 dias anteriores ao início do exantema. As mortes estão distribuídas entre Zacatecas (n= 6), Jalisco (n= 3), Cidade do México (n = 3), Michoacán (n= 1), Guerrero (n= 1), Durango (n= 1), Sinaloa (n= 1) e Tlaxcala (n= 1) (16).

No **Panamá**, entre a SE 20 e a SE 28 de 2026, foram confirmados seis casos de sarampo: um caso importado e cinco decorrentes de importação. O total de casos confirmados em 2026 é de nove casos. Os casos confirmados foram notificados nas províncias de Panamá (n = 8 casos) e de Chiriquí (n = 1 caso). Em três dos casos, foi identificado o genótipo B3 (17).

No **Peru**, entre a SE 20 e a SE 28 de 2026, foram confirmados 916 casos de sarampo em oito departamentos. Isso representa um aumento de mais de 2,5 vezes em um período de nove semanas. Em 2026, o número total de casos confirmados é de 1.277. Os casos concentram-se no departamento de Puno (n = 1.061 casos); outros casos foram detectados no departamento de Lima (n = 25 casos) (18). Quanto à distribuição dos casos por faixas etárias, 30% correspondem à faixa de 10 a 19 anos (n = 380 casos), seguida pela faixa de 20 a 29 anos, com 36% (n = 465 casos), e pela faixa de 5 a 9 anos, com 13% (n = 161 casos). Quanto à taxa de incidência, a faixa etária de 20 a 29 anos registrou a mais elevada, com 8,88 casos por 100.000 habitantes, seguida pelas faixas etárias de 0 a 4 anos e de 10 a 19 anos, com taxas de 8,24 e 6,92 por 100.000 habitantes, respectivamente (18). Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo dos casos confirmados, 54% (n = 690 casos) não apresentavam histórico de vacinação, 3% (n = 38 casos) receberam uma dose da vacina SCR e 26% (n = 332 casos) receberam duas ou mais doses da vacina SCR. Do total de casos confirmados, 143 necessitaram de hospitalização. De acordo com a genotipagem realizada em 11 amostras dos casos confirmados, foram identificados os genótipos D8 e B3 (18).

No **Uruguai**, entre a SE 1 e a SE 20 de 2026, foram confirmados dois casos importados de sarampo, ambos na capital do país, Montevidéu. Os casos tinham 48 e 51 anos de idade. Quanto ao histórico de vacinação contra o sarampo, um dos casos não estava vacinado e o outro possuía 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 87,9% para a segunda dose (19).

Orientações aos Estados-Membros

A ocorrência de surtos de grande magnitude e longa duração em vários países destaca a fragilidade da conquista da eliminação do sarampo na Região. Essa situação é marcada pelo maior risco de morbidade e mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade e, especialmente, em crianças menores de um ano, bem como por uma transmissão significativa no grupo de jovens adultos, grupo com elevada mobilidade, e pela vulnerabilidade especial da população indígena, fatores que determinam a dinâmica e o impacto epidemiológico da doença na população.

Diante disso, é urgente alcançar e manter a imunidade populacional, por meio da obtenção de coberturas $\geq 95\%$ com duas doses da vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (SCR) de maneira homogênea em nível nacional; fortalecer a vigilância epidemiológica para a detecção oportuna de casos; e consolidar a capacidade de resposta rápida e eficaz para evitar o surgimento de longas cadeias de transmissão. Essa estratégia combinada permitirá evitar a reintrodução e a transmissão endêmica do vírus nos países não endêmicos da Região das Américas, bem como recuperar o status de eliminação naqueles em que a transmissão endêmica foi restabelecida.

Levando em conta a dinâmica de transmissão regional, foram identificados três cenários epidemiológicos: áreas sem casos, áreas com transmissão limitada e cadeias de transmissão identificáveis, e áreas com transmissão comunitária. Em cada um desses cenários, recomenda-se a implementação progressiva de atividades de preparação e resposta a surtos de sarampo, que foram agrupadas em cinco pilares/componentes: coordenação, vigilância, manejo clínico e prevenção e controle de infecções, imunização e comunicação de riscos e participação comunitária. Todas essas informações foram organizadas na **matriz de preparação e resposta ao sarampo** da OPAS, disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/items/6e7fdf61-bd6f-4f22-99ac-71c5e2a6d3fd> (27).

Além disso, outra condição que pode facilitar a importação e a disseminação do vírus em nível nacional é a realização de eventos de grande público e as viagens internacionais.

Eventos de grande público e viajantes internacionais

Em relação a eventos de grande público 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. No contexto da realização de 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 aconselhe todo viajante com idade de seis meses³ ou mais que não possa apresentar comprovante de vacinação (com duas doses da vacina contra sarampo e 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.**

³ A dose da vacina contra sarampo, rubéola e parotidite (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.

Recomenda-se que as autoridades de saúde informem o viajante, antes de sua 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 residência, etc.), exceto para ir ao médico ou conforme recomendado pelo profissional de saúde. Ao sair, use sempre máscara durante o período de transmissibilidade. Use máscara no local de hospedagem, com 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 entrada** nos países no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005).

Ao retornar

- Se os viajantes suspeitarem, ao retornarem, que foram infectados pelo sarampo ou pela rubéola, devem entrar em contato com o serviço de saúde e informar o médico sobre a viagem.
- **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 entre os profissionais do setor de saúde, incluindo médicos, pessoal 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 acompanhamento dos contatos dos 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 na execução 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, ele 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 os contatos se encontram.
 - *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 indício 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 suas contrapartes de outros países por meio do Ponto Focal Nacional (PFN) para o 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 houver envolvimento de meios de transporte internacionais (por exemplo, aviões, navios de cruzeiro, trens)**, 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 eles não existam. 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 (28).

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 atendimento médico 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 consideração antes da viagem.
- Comunicação aos médicos e outros profissionais de saúde do conteúdo dos guias 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 5 de agosto 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 29 de julho 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 4 de agosto de 2026 por e-mail. La Paz; 2026. Não publicado.
5. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) dos Países Baixos (Reino dos). Comunicação recebida em 2 de agosto de 2026 por e-mail. Bilthoven; 2026. Não publicado.
6. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Brasil. Comunicação recebida em 28 de julho de 2026 por e-mail. Brasília; 2026. Não publicado.
7. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Canadá. Comunicação recebida em 29 de julho de 2026 por e-mail. Ottawa; 2026. Não publicado.
8. Government of Canada. Canada Public Health Agency. National case definition: Measles. Ottawa: PHAC; 2026 [acessado em 28 de julho de 2026]. Disponível em: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/#:~:text=While%20all%20confirmed,all%20provinces/territories>.
9. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Chile. Comunicação recebida em 28 de julho de 2026 por e-mail. Santiago; 2026. Não publicado.
10. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Colômbia. Comunicação recebida em 28 de julho de 2026 por e-mail. Bogotá; 2026. Não publicado.
11. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Costa Rica. Comunicação recebida em 30 de maio de 2026 por e-mail. San José; 2026. Não publicado.
12. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de El Salvador. Informação por e-mail de 1º de agosto de 2026. San Salvador; 2026. Não publicado.
13. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) dos Estados Unidos da América. Comunicação recebida em 29 de julho de 2026 por e-mail. Washington, D.C.; 2026. Não publicado.
14. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Guatemala. Comunicação recebida em 1º de agosto de 2026 por e-mail. Cidade da Guatemala; 2026. Não publicado.
15. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Honduras. Comunicação recebida em 30 de julho de 2026 por e-mail. Cidade da Guatemala; 2026. Não publicado.

16. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do México. Comunicação recebida em 31 de julho de 2026 por e-mail. Cidade do México; 2026. Não publicado.
17. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Panamá. Comunicação recebida em 29 de julho de 2026 por e-mail. Cidade do Panamá; 2026. Não publicado.
18. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Paraguai. Comunicação recebida em 29 de julho de 2026 por e-mail. Assunção; 2026. Não publicado.
19. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Peru. Comunicação recebida em 29 de julho de 2026 por e-mail. Lima; 2026. Não publicado.
20. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Uruguai. Comunicação recebida em 22 de maio de 2026 por e-mail. Montevideú; 2026. Não publicado.
21. 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. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-sarampo-na-regiao-das-americas-29-maio-2026>.
22. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Boletín biSemanal de Sarampión/Rubéola. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026. Disponível em: <https://www.paho.org/es/boletin-semanal-sarampion-rubeola>.
23. Organização Pan-Americana da Saúde. Boletim Semanal sobre Sarampo/Rubéola. Boletín biSemanal de Sarampión-Rubeola (17-18) - 9 de mayo del 2026. Washington, D.C.: OPAS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/boletin-bisemanal-sarampion-rubeola-17-18-9-mayo-2026>.
24. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Number of Vaccine Preventable Disease (VPD) cases in the Americas. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 5 de agosto de 2026]. Disponível em: https://ais.paho.org/phil/viz/im_vaccinepreventablediseases.asp.
25. 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 3 de agosto de 2026]. Não publicado.
26. Organização Mundial da Saúde. MeaNS2: Vigilância de Nucleotídeos do Vírus do Sarampo. Genebra: OMS; 2026 [acessado em 24 de maio de 2026]. Não publicado.
27. Organização Pan-Americana da Saúde. Matriz de preparación y respuesta al sarampión. Actividades clave por pilar y escenario epidemiológico. Julio del 2026. Washington, D.C.: OPAS; 2026 [acessado em 5 de agosto de 2026]. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/6e7fdf61-bd6f-4f22-99ac-71c5e2a6d3fd>.
28. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico: Sarampo na Região das Américas, 28 de fevereiro de 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-sarampo-na-regiao-das-americas-28-fevereiro-2025>.