



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento do Programa Nacional de Imunizações
Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis
Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização
Coordenação-Geral de Farmacovigilância

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 368/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS

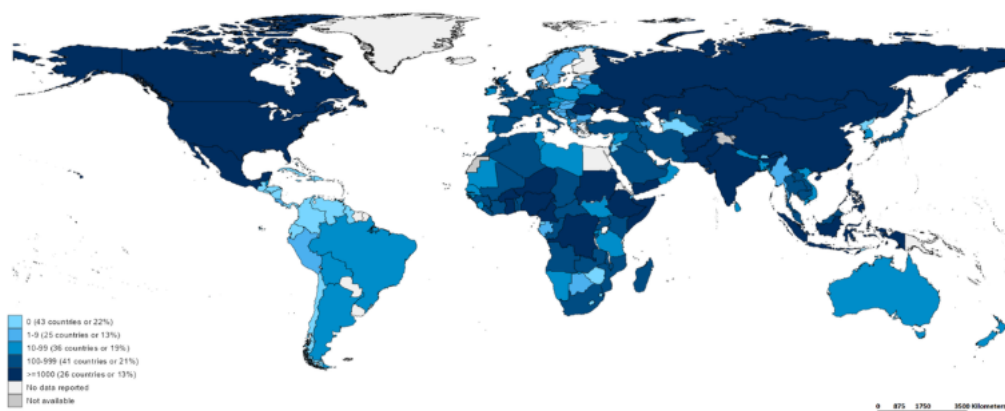
1. **ASSUNTO**

1.1. Alertar estados e municípios quanto à necessidade de reforçar a vigilância em saúde e ações baseadas em equidade para ocorrência de casos que apresentem sinais e sintomas sugestivos de sarampo em viajantes internacionais e domésticos, brasileiros ou não, com histórico de deslocamento para países com casos confirmados de sarampo, além de residentes no Brasil que tiveram contato com casos suspeitos ou confirmados em suas comunidades.

2. **SARAMPO NO MUNDO**

2.1. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou dados acumulados da vigilância do sarampo, de 01 de janeiro a 9 de setembro de 2025, foram notificados 360.321 casos suspeitos de sarampo em 173 Estados Membros das seis Regiões da OMS, dos quais 164.582 (45,6%) foram confirmados. Destes, 34% dos casos foram registrados na Região do Mediterrâneo Oriental (EMR), seguida pela Região da África (AFR), com 23% dos casos, e pela Região da Europa (EUR), com 18% dos casos (Figura 1).

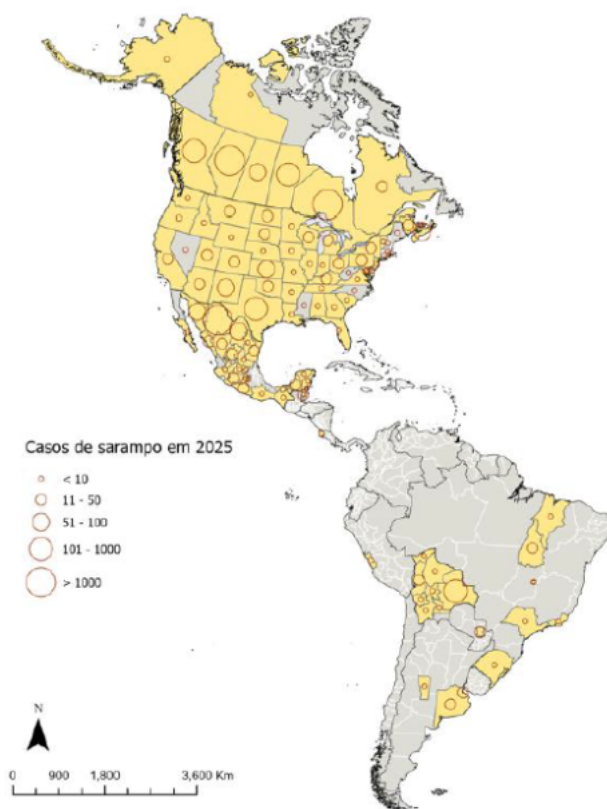
Figura 1. Distribuição espacial de casos de sarampo nos Estados-Membros das Regiões da Organização Mundial de Saúde, 2025



Fonte: Organização Mundial de Saúde. [Portal de dados de imunização da OMS - Todos os dados.](#)

2.2. Na Região das Américas, em 2025, foram registrados 11.691 casos confirmados de sarampo e 25 óbitos em dez países da região. O maior número de casos ocorreu no Canadá (5.006), seguido pelo México (4.703) e Estados Unidos da América (1.514). Na América do Sul, o surto de sarampo na Bolívia está ativo e com registro de 320 casos, bem como o surto no Paraguai com 50 casos e Peru com 4 casos. O surto na Argentina confirmou 35 casos (Figura 2).

Figura 2. Distribuição geográfica dos casos confirmados de sarampo em nível estadual (em amarelo) na Região das Américas, semanas epidemiológicas 1 a 37 de 2025



Fonte: Boletim epidemiológico da Organização Pan-Americana da Saúde, 2025

2.3. De acordo com as informações disponíveis sobre os casos confirmados nas Américas ($n = 11.248$), a faixa etária com a maior proporção de casos corresponde à de 10 a 19 anos (22%), seguida pela faixa de 20 a 29 anos (19%) e pela faixa de 1 a 4 anos (17%). No entanto, a taxa de incidência é maior em menores de um ano (6,6 casos por 100.000 habitantes), seguida pelo grupo de 1 a 4 anos (3,6 casos por 100.000 habitantes) e de 5 a 9 anos (2,1 casos por 100.000 habitantes) (figura 3).

Figura 3. Distribuição dos casos confirmados de sarampo segundo faixa etária e coeficiente de incidência, Região das Américas, semanas epidemiológicas 1 a 36 de 2025



Fonte: Boletim epidemiológico da Organização Pan-Americana da Saúde, 2025.

2.4. O perfil dos casos da Região das Américas indica que, mesmo em áreas com ampla cobertura vacinal em menores de 2 anos, a circulação do vírus persiste, reforçando a necessidade de estratégias de vacinação para população suscetível ao vírus e atenção constante aos viajantes provenientes de países com surtos.

3. SARAMPO NO BRASIL

3.1. Em 2025, até a semana epidemiológica 38, foram confirmados 34 casos de sarampo no Brasil, sendo nove casos importados que retornaram do exterior infectados, 22 que tiveram contato com casos importados (relacionados à importação) e três casos cujo sequenciamento genômico do vírus é compatível com a circulação em outros países. Até 07 de outubro de 2025, o Brasil está com surto de sarampo em três Unidades Federadas (Tocantins, Maranhão e Mato Grosso).

3.2. Em julho de 2025, iniciou-se um surto de sarampo no estado do Tocantins, no município de Campos Lindos (TO), região nordeste do estado, fronteira com o Maranhão, associado ao retorno de quatro brasileiros de uma comunidade com baixa adesão à vacinação, sendo dois adultos e duas crianças, que estiveram na Bolívia por 1 mês e voltaram infectados. Devido à suscetibilidade ao sarampo dos contatos familiares, houve rápida transmissão entre os contatos dessa comunidade, resultando em 22 casos confirmados, sendo que dois (2) deles necessitaram de internação hospitalar. Também ocorreram mais três casos na população geral, contatos dos casos da comunidade, sendo um deles profissional de saúde sem nenhuma comprovação vacinal contra o sarampo. O último caso teve exantema em 12 de setembro de 2025, dessa maneira, o surto deverá ser encerrado após 12 semanas sem confirmação de novos casos relacionados a essa cadeia.

3.3. No Maranhão, o único caso confirmado ocorreu em uma mulher de 46 anos, não vacinada, residente no município de Carolina (MA), em área rural, mas que teve contato com membros da comunidade em Campos Lindos (TO). Esta região faz fronteira com o município de Campos Lindos, evidenciando a conexão sociocultural e vínculo epidemiológico entre as comunidades dos dois estados. O caso é, portanto, definido como relacionado à importação e faz parte da mesma cadeia de transmissão. Os contatos estão sob monitoramento, e até o momento não houve registro de casos secundários.

3.4. Em 22 de setembro de 2025, o Mato Grosso notificou, inicialmente, dois casos suspeitos de sarampo que estiveram na Bolívia por dois meses e chegaram no município de Primavera do Leste (MT), área rural, no dia 19 de setembro. O terceiro caso suspeito apresentou sinais e sintomas alguns dias depois, por isso foi notificado posteriormente. Os casos são da mesma família, sendo uma mulher de 27 anos e seus dois filhos (4 anos e 1 ano e 2 meses de idade), todos não vacinados contra a doença. Eles já chegaram no Brasil apresentando sinais e sintomas do sarampo. O pai foi o único membro da família que viajou e não manifestou sintomas da doença, ele apresentou o seu cartão de vacina, no qual constava o registro de uma dose da vacina tríplice viral.

3.5. Nos surtos registrados nos Estados do Tocantins e Mato Grosso, observa-se um padrão epidemiológico semelhante com casos da mesma comunidade com baixa adesão à vacinação, residentes

no Brasil, não vacinados contra o sarampo, com casos índices que realizaram viagem à Bolívia e retornaram com sinais e sintomas da doença, transmitindo o vírus para contatos não vacinados.

3.6. Pessoas dessa comunidade realizam viagens frequentes entre grupos estabelecidos em várias Unidades Federadas do Brasil e em outros países da América do Sul, como Argentina, Bolívia e Colômbia, participando de cerimônias religiosas e encontros socioculturais.

3.7. A investigação epidemiológica em Campos Lindos (TO) identificou que os membros dessa comunidade se deslocam para diversas localidades do país, como Ponta Grossa (PR), Montividiu (GO), Rio Verde (GO), Campos Lindos (TO), Primavera do Leste (MT), Jataí (GO), entre outras. Da mesma forma que viajam, essas famílias recebem viajantes dessas e de outras localidades nacionais e internacionais para festas. O Ministério da Saúde realizou reunião com as respectivas Unidades Federadas para alertar sobre isso, em 19 de setembro de 2025.

4. COBERTURA VACINAL

4.1. O Brasil, em 2024, apresentou uma cobertura vacinal de tríplice viral de D1 em 95,7% e de D2 em 80,3%. Em 2025, os dados preliminares apresentam coberturas de 91,2% e 74,6%, respectivamente. Os valores abaixo da meta preconizada de 95%, evidenciam vulnerabilidade para a ocorrência e manutenção da circulação do vírus do sarampo, especialmente diante da elevada transmissibilidade da doença e do acúmulo de suscetíveis na população.

4.2. Com isso, reforça-se a importância da intensificação vacinal contra o sarampo no País, considerando, também, os resultados apresentados pelas Unidades Federadas (Tabela 1).

Tabela 1 – Coberturas vacinais da vacina Tríplice Viral (SCR) segundo Unidade Federada e tipo de dose. Brasil, 2024 e 2025.

UF	2024		2025*	
	SCR D1%	SCR D2%	SCR D1%	SCR D2%
AC	87,83	54,68	91,43	70,34
AL	95,11	85,48	90,57	73,85
AM	96,16	78,19	92,01	79,15
AP	86,58	65,64	85,35	63,65
BA	96,31	80,99	89,08	65,13
CE	96,75	88,01	88,64	77,91
DF	99,80	86,85	94,82	83,35
ES	95,68	80,29	95,11	77,00
GO	88,91	69,18	86,12	56,86
MA	84,63	60,49	88,99	70,51
MG	101,70	89,56	93,32	80,91
MS	105,25	93,62	88,89	73,69
MT	95,58	84,34	89,98	69,50
PA	86,43	61,26	89,70	67,34
PB	89,70	67,40	89,08	74,53
PE	91,13	69,00	88,59	67,05
PI	98,27	87,52	96,70	80,19
PR	102,21	89,67	93,08	82,47
RJ	87,24	68,67	88,21	65,57
RN	94,49	72,12	83,31	72,81
RO	101,92	90,85	92,28	80,85

RR	99,44	72,03	93,65	68,54
RS	99,03	86,27	92,47	78,21
SC	98,63	80,08	92,46	74,01
SE	94,90	83,05	91,78	76,73
SP	99,17	87,52	94,52	81,88
TO	93,94	80,20	88,25	58,32

Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Extraídos em outubro de 2025.

*Dados 2025 referentes a julho de 2025.

Nota: Em verde, coberturas com alcance de meta (>95%).

5. ALERTA NACIONAL

5.1. O aumento de casos de sarampo no mundo, em 2025, evidencia que o sarampo permanece como uma ameaça global à saúde pública e para o Brasil. O trânsito de viajantes não vacinados, brasileiros e estrangeiros, retornando de países endêmicos e epidêmicos e trazendo consigo o vírus do sarampo, além do trânsito de viajantes de/para as comunidades com baixa adesão à vacina, representa uma ameaça a reintrodução do sarampo em qualquer localidade do país.

5.2. Considerando esse cenário epidemiológico do sarampo e circulação do vírus entre viajantes suscetíveis, esta nota técnica tem como objetivo alertar estados e municípios quanto a **ameaça da reintrodução do vírus do sarampo no Brasil** e à importância de aumentar e manter elevadas coberturas vacinais no país todo para garantir a imunidade coletiva, além de reforçar a importância de vigilância contínua, suspeição clínica, diagnóstico e resposta rápida a surtos em todo o país.

5.3. Ressalta-se que as **ações devem ser baseadas em equidade**, principalmente nessas comunidades com baixa adesão à vacina, quando houver ocorrência de casos que apresentem sinais e sintomas sugestivos de sarampo em viajantes internacionais e domésticos, brasileiros ou não, com histórico de deslocamento para países com casos confirmados de sarampo, além de residentes no Brasil que tiveram contato com casos suspeitos ou confirmados em suas comunidades.

6. RECOMENDAÇÕES

6.1. Diante desse contexto, observa-se a necessidade de implementação de ações estratégicas em todos os municípios do Brasil, resumidas em:

Ações preventivas

- Intensificação vacinal por meio da Campanha Nacional de Multivacinação
- Sensibilização da população para atualização da caderneta/cartão de vacinação
- Sensibilização dos profissionais de saúde para suspeição de sarampo
- Capacitação aos profissionais de saúde acerca das características clínicas do sarampo, definição de caso suspeito, notificação imediata, coleta de amostras clínicas, investigação e realização de buscas ativas.

Ações de rotina e de resposta rápida

- Investigação epidemiológica, laboratorial e imunização, conforme detalhado na detalhadas na Nota Técnica 345 CGVDI/DPNI/SVSA/MS, clique para acessar: [Nota Técnica Conjunta nº 345/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS — Ministério da Saúde](#).
- Recomenda-se atenção especial às populações específicas que demandam trabalho direcionado de sensibilização para a vacinação. É fundamental que os serviços de saúde estejam preparados para responder de forma rápida e eficiente diante das

demandas de saúde de viajantes nacionais/internacionais e suas comunidades de residência afetadas.

6.2. Diante desse alerta, o Ministério da Saúde recomenda:

Às Secretarias de Saúde:

- Mapear e identificar as comunidades com baixa adesão à vacinação em seus territórios;
- Identificar e contatar lideranças locais nessas comunidades para realizar medidas de mobilização e educação em saúde de forma conjunta, articulada e sensível interculturalmente;
- Usar métodos de comunicação efetiva, adaptada e sensível sobre o risco de reintrodução e disseminação do sarampo, incluindo os benefícios da vacinação para proteção das comunidades e população em geral;
- Planejar e executar ações de vacinação nessas comunidades conforme o método do microplanejamento, favorecendo a participação social dos membros da comunidade na organização e comunicação das atividades;
- Evitar ações, narrativas e atividades que possam promover o estigma, xenofobia e o preconceito contra essas comunidades por parte da população em geral. A concepção das atividades deve ser de promoção da equidade e do acesso;
- Considerar nas investigações as rotas e itinerários de viagem no Brasil para identificação de demais localidades e municípios que possam ser alvo de novas ações. Também considerar histórico de viagem para países com ocorrência de casos suspeitos e confirmados. Destaca-se que os deslocamentos de pessoas podem ocorrer por via aérea, terrestre, marítima ou fluvial;
- Aumentar a cobertura vacinal na população em geral para alcançar imunidade de rebanho e impedir a reintrodução e disseminação do sarampo;
- Sensibilizar os serviços de Atenção Primária à Saúde e as vigilâncias epidemiológica e laboratorial para o risco de reintrodução do sarampo, conforme definição de caso da Nota Técnica Conjunta nº 344/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS, clique para acessar: [Nota Técnica Conjunta nº 344/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS — Ministério da Saúde](#). O sarampo é uma doença de notificação compulsória e deve ser comunicado em até 24h aos três níveis da federação.

Aos profissionais de saúde:

- Identificar e notificar, imediatamente, a ocorrência de casos suspeitos, principalmente no contexto de co-circulação com outros vírus que podem causar doença febril exantemática, como a dengue, por exemplo;
- Ter o esquema vacinal completo com duas doses contra o sarampo;
- Adotar medidas de isolamento para transmissão por aerossóis diante do atendimento de casos suspeitos;
- Aproveitar todas as oportunidades de atendimento para questionar sobre a situação vacinal em crianças, adolescentes e adultos, assim como ofertar a vacinação se necessário;
- Ofertar cuidados de forma integral e humanizada, sem discriminação em razão da nacionalidade, da condição migratória, religião, dentre outros marcadores, evitando ações e narrativas estigmatizantes, xenofóbicas e preconceitos.

Aos profissionais da imprensa:

- Buscar informações confiáveis e atualizadas no site do Ministério da Saúde, em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sarampo>
- Evitar linguagem de comunicação que possa promover o estigma e o preconceito contra essas comunidades por parte da população em geral.

À população em geral:

- Vacinar-se, e/ou levar seus filhos para se vacinar
- Estimular a vacinação em sua comunidade ou instituição, conforme as recomendações do Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>

7. ATENÇÃO

7.1. Solicita-se que qualquer referência às **comunidades específicas com baixa adesão à vacinação** inclua apenas informações necessárias para a vigilância e o planejamento das ações de saúde, evitando qualquer divulgação indevida ou estigmatização dessas populações.

7.2. O objetivo é unicamente informativo e de promoção da equidade, voltado à troca de dados entre profissionais de saúde, garantindo resposta rápida frente aos casos suspeitos, assistência oportuna à população e suporte ao planejamento de ações de fortalecimento da vigilância e imunização, com vistas à proteção efetiva da saúde dentro das próprias comunidades.

Atenciosamente,

GREICE MADELEINE IKEDA DO CARMO
Coordenadora-Geral
Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

ANA CATARINA DE MELO ARAUJO
Coordenadora-Geral
Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização

JADHER PERCIO
Coordenador-Geral
Coordenação-Geral de Farmacovigilância

EDER GATTI FERNANDES
Diretor
Departamento do Programa Nacional de Imunizações

MARIÂNGELA BATISTA GALVÃO SIMÃO
Secretária
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente



Documento assinado eletronicamente por **Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações**, em 08/10/2025, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Greice Madeleine Ikeda do Carmo, Coordenador(a)-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis**, em 09/10/2025, às 11:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jadher Percio, Coordenador(a)-Geral de Farmacovigilância**, em 09/10/2025, às 11:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Catarina de Melo Araujo, Coordenador(a)-Geral de Incorporação Científica e Imunização**, em 09/10/2025, às 08:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariângela Batista Galvão Simão, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 09/10/2025, às 17:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0050925828** e o código CRC **381BB722**.