

ALERTA DE RISCO DE REINTRODUÇÃO DO SARAMPO NO BRASIL APÓS A COPA DO MUNDO FIFA 2026



O sarampo é uma doença viral aguda, altamente contagiosa, causada por um vírus de RNA pertencente ao gênero *Morbillivirus*, da família *Paramyxoviridae*. A doença apresenta elevado potencial de transmissão e pode evoluir para formas graves, especialmente em crianças menores de cinco anos, pessoas desnutridas e indivíduos imunocomprometidos.

A transmissão ocorre principalmente por via respiratória, por meio de gotículas e aerossóis eliminados quando uma pessoa infectada tosse, espirra, fala ou respira. Em ambientes fechados ou com grande concentração de pessoas, a disseminação do vírus pode ocorrer de forma rápida e eficiente.

Considerando o atual cenário epidemiológico do sarampo no Brasil e, principalmente, na Região das Américas, associado ao intenso fluxo internacional de viajantes durante a Copa do Mundo FIFA 2026, realizada entre **11 de junho e 19 de julho de 2026**, nos **Estados Unidos da América (EUA), México e Canadá**, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE/SC) alerta para o aumento do risco de importação de casos e reforça a necessidade de intensificação das ações de vigilância, prevenção e controle da doença.

Embora o Brasil tenha registrado casos importados de sarampo nos últimos anos, o país mantém o certificado de eliminação da circulação endêmica do vírus. Esse status é preservado graças à elevada sensibilidade da vigilância epidemiológica, à rápida resposta aos casos suspeitos e às altas coberturas vacinais alcançadas em grande parte do território nacional.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

Desde 2025, a Região das Américas apresenta aumento expressivo da circulação do vírus do sarampo, situação que permanece em 2026 e atinge diretamente países que sediam a Copa do Mundo FIFA.

Entre as semanas epidemiológicas 1 e 23 de 2026, foram registrados **22.324 casos confirmados** e **38 óbitos** na Região das Américas. O México concentra o maior número de casos (**11.532**), seguido pelos Estados Unidos (**2.073**) e Canadá (**1.071**). Destaca-se ainda a Guatemala, que, embora não seja país-sede do evento, enfrenta um surto de grande magnitude, com 6.895 casos no mesmo período.

A realização de um evento internacional de grande porte em países que apresentam surtos ativos da doença aumenta significativamente o risco de exposição de indivíduos suscetíveis e favorece a importação do vírus para o Brasil, especialmente em localidades que apresentam bolsões de baixa cobertura vacinal.

ORIENTAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ÀS VIGILÂNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

- Reforçar a vigilância de casos suspeitos de doenças febris exantemática, mantendo atenção especial para pessoas sintomáticas, especialmente aquelas com histórico de viagem internacional ou contato com viajantes;
- Realizar a notificação imediata (em até 24 horas) de todo caso suspeito;
- Realizar investigação epidemiológica oportuna e desencadear imediatamente as medidas de controle;
- Executar o bloqueio vacinal seletivo conforme as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI);
- Realizar coleta oportuna de amostras clínicas (soro, urina e swab de secreção respiratória), visando à confirmação laboratorial;
- Fortalecer a sensibilização das equipes de saúde para a identificação precoce, notificação imediata e resposta oportuna diante de casos suspeitos.

VACINAÇÃO CONTRA O SARAMPO

A vacinação constitui a principal estratégia para prevenção e controle do sarampo. As vacinas tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) são ofertadas gratuitamente pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

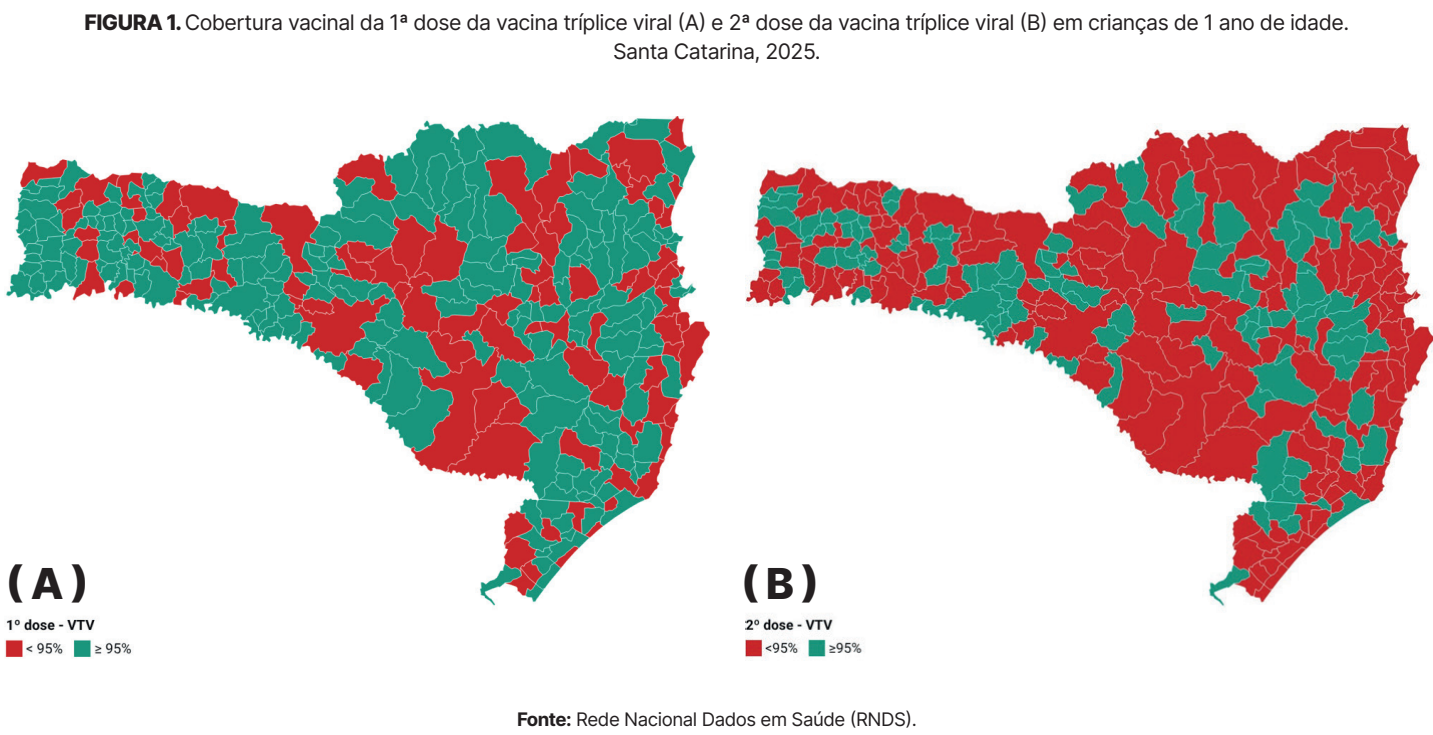
O esquema vacinal recomendado é:

IDADE	Nº DE DOSES
Indivíduos de 12 meses à 29 anos	2 doses
Indivíduos de 29 anos à 59 anos	1 dose
Profissionais de saúde (independente da idade)	2 doses

Em Santa Catarina, a cobertura vacinal da primeira dose (D1) da vacina que protege contra o sarampo, para crianças de um ano de idade, alcançou **96,05% em 2025**, atingindo a meta nacional de 95%. Entretanto, a homogeneidade foi de **68,47%**, com apenas **202 municípios** atingindo essa meta.

Para a segunda dose (D2), a cobertura estadual foi de **85,48%**, com homogeneidade de apenas **39,66%**, correspondente a **117 municípios** com cobertura igual ou superior a 95%.

Apesar da elevada cobertura estadual da primeira dose, a heterogeneidade entre os municípios evidencia a existência de bolsões de indivíduos suscetíveis, favorecendo a introdução e a disseminação do vírus caso ocorram casos importados. Assim, Santa Catarina permanece sob risco de reintrodução da doença, especialmente em áreas com coberturas vacinais insuficientes. Os dados das coberturas vacinais por município podem ser visualizados na **Figura 1**.



RECOMENDAÇÕES ÀS EQUIPES DE IMUNIZAÇÃO

- Identificar áreas e comunidades com baixas coberturas vacinais;
- Desenvolver estratégias de busca ativa de pessoas com esquemas vacinais incompletos;
- Mobilizar lideranças comunitárias para fortalecimento das ações de educação em saúde;
- Planejar e executar estratégias de vacinação utilizando o microplanejamento;
- Intensificar as ações de verificação e atualização da situação vacinal da população;
- Orientar os viajantes internacionais para que verifiquem e atualizem seu esquema vacinal antes do deslocamento para áreas com circulação do vírus.

Florianópolis, 25 de junho de 2026.

Gerência de Doenças Infecciosas Agudas e Imunização
GEDIM/DIVE/SUV/SES/SC

Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DIVE/SUV/SES/SC

