



NOTA TÉCNICA Nº 11/2025/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA

Processo nº 25351.908177/2023-00

Orientações e atualização das atividades de vigilância epidemiológica da Dengue, Chikungunya, Zika e Oropouche, e outras Arboviroses para portos, aeroportos e fronteiras.

1. RELATÓRIO

Em 05/01/2025, o Ministério da Saúde emitiu a Nota Informativa Nº 3/2025-CGARB/DEDT/SVSA/MS, alertando acerca do aumento de casos de Dengue e Chikungunya no Brasil no período 2024/2025 e emitindo recomendações a gestores para possível agravamento do quadro nos primeiros meses de 2025, enfatizando o comprometimento dos novos gestores municipais na adoção de medidas de monitoramento e controle. Esse cenário levou à publicação da Portaria GM/MS Nº 6.531, de 08 de janeiro de 2025, que atualizou as atribuições do Centro de Operações de Emergências de Saúde Pública (COE) para Dengue e outras Arboviroses, no âmbito do Ministério da Saúde, como mecanismo para a gestão coordenada da resposta à situação epidemiológica, no âmbito nacional. A mudança desse cenário, com retorno da incidência de Dengue e Chikungunya aos canais endêmicos, levou à desativação do COE em 25/06/2025.

Em 2025 foi publicada a versão atualizada do Plano de Contingência Nacional para Dengue, Chikungunya e Zika (BRASIL, 2025), com definições de ações para os diferentes estágios operacionais e respectivos cenários de risco.

Em 22/12/2024, o Ministério da Saúde emitiu a Nota Técnica Nº 117/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS, atualizando as orientações para a vigilância do Oropouche, considerando que, a partir de 2023, houve aumento significativo na detecção de casos no Brasil, e, em 2024, houve uma expansão da circulação viral para estados extra-amazônicos.

2. ANÁLISE

As arboviroses -termo cunhado na década de 1930, quando diversos vírus foram isolados em artrópodes ('ar'thropod 'bo'rne vírus, vírus carreados por artrópodes), são viroses emergentes por natureza. Nenhuma delas é originariamente uma doença de humanos e somente se tornam importantes quando alguma modificação ecológica significativa altera seu habitat natural e leva a modificações de reservatórios, vetores e mesmo virulência. Elas são, em princípio, zoonoses, isto é, doenças de animais que apenas eventualmente acometem humanos. Em algumas, a adaptação aos humanos, do vírus ou do vetor artrópode, é suficiente para tornar o reservatório animal desnecessário para a manutenção do ciclo do vírus na natureza. (SILVA et ANGERAMI, 2008).

São doenças causadas por arbovírus, a Dengue, a Zika, o Oropouche e a Chikungunya. Em áreas endêmicas para a Dengue, como é o caso do Brasil, as arboviroses têm se tornado uma preocupação constante para a saúde pública. O clima do país é, em sua maior parte, tropical, que favorece a existência do vetor e, portanto, a ocorrência dessas doenças. Além do clima favorável e da modificação dos ecossistemas pela ação humana, outros fatores também estão relacionados à emergência de arboviroses no Brasil, tais como o crescimento populacional com ocupação urbana desordenada, o processo de globalização com rápidas mudanças climáticas e desmatamentos, o deslocamento populacional e a precariedade das condições sanitárias que favorecem a proliferação e a transmissão viral. (DONATELI et CAMPOS. 2023).

As arboviroses de interesse humano descritas no Brasil, excetuadas a Febre Amarela e a Dengue, são possivelmente todas autóctones, existindo há muito tempo. São quatro os principais arbovírus que determinam epidemias e surtos no Brasil: febre amarela, dengue, oropouche e mayaro. Os demais são usualmente encontrados em forma esporádica, em casos isolados, como os vírus da encefalite eqüina venezuelana, encefalite eqüina do leste e encefalite de Saint Louis. Um outro vírus, Rocio, causou pelo menos uma epidemia no litoral paulista, em 1975, e permanece na Mata Atlântica, em pássaros.(SILVA et ANGERAMI, 2008).

Haja vista a importância da Febre Amarela, nacional e internacionalmente, e devido ao seu elevado grau de mortalidade, assim como a disponibilidade de meios para ocorrer uma reurbanização dessa doença, pelo ressurgimento de um dos seus principais vetores (*Aedes aegypti*), faz-se necessário Nota Técnica para essa doença em separado.

Tanto o vírus da Dengue, quanto o da Chikungunya e da Zika podem ser transmitidos ao homem por via vetorial, vertical e transfusional. A principal forma é a vetorial, que ocorre pela picada de fêmeas de *Aedes aegypti* infectadas, no ciclo humano-vetor-humano. Na natureza, esses vírus são mantidos entre mosquitos, principalmente por intermédio da transmissão transovariana. O processo de transmissão compreende um período de incubação intrínseco (PII) – que ocorre no ser humano – e outro extrínseco (PIE), que acontece no vetor. Esses períodos se diferenciam, de acordo com o vírus envolvido na transmissão e, no caso do período de PIE, também em função da temperatura ambiente (BRASIL, 2022).

O vetor *Aedes aegypti* pode se infectar ao picar uma pessoa contaminada no período virêmico, dando início ao PIE. Esse período corresponde ao tempo decorrido desde a ingestão de sangue virêmico, pelo mosquito suscetível, até o surgimento do vírus na saliva do inseto. Em relação aos vírus DENV e ZIKV, o PIE varia de 8 a 14 dias; para o CHIKV, o PIE é de 3 a 7 dias. Após o PIE, o mosquito permanece infectante até o final da sua vida (seis a oito semanas), sendo capaz de transmitir o vírus para o homem. (BRASIL, 2022).

No caso do Oropouche, a transmissão é feita principalmente pelo inseto conhecido como *Culicoides paraensis* ("maruim"). Depois de picar uma pessoa ou animal infectado, o vírus permanece no inseto por alguns dias. Quando o inseto pica uma pessoa saudável, pode transmitir o vírus. (BRASIL, 2024)

A Dengue é a arbovirose urbana de maior relevância nas Américas, e tem como agente etiológico o vírus dengue (DENV), que possui quatro sorotipos. Os vírus dengue (DENV) e Zika (ZIKV) são vírus de RNA do gênero *Flavivirus* que inclui também o vírus da febre amarela. Com relação ao DENV, até o momento, são conhecidos quatro sorotipos – DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4 , cada qual apresentando distintos genótipos e linhagens. o período de incubação intrínseco pode variar de 4 a 10 dias. Após esse período, inicia-se o período de viremia no homem, que geralmente se inicia um dia antes do aparecimento da febre e se estende até o quinto dia da doença. É uma doença febril aguda, sistêmica e dinâmica, que pode apresentar um amplo espectro clínico, variando de casos assintomáticos a graves. No curso da doença, em geral debilitante e autolimitada, a maioria dos pacientes apresenta evolução clínica benigna e se recupera. Entretanto, uma parte pode evoluir para formas graves, inclusive óbitos.(BRASIL, 2022).

A Chikungunya é causada pelo vírus chikungunya (CHIKV), um arbovírus artritogênico, que apresenta genoma de RNA de fita simples, amplamente distribuído no Brasil. O CHIKV é transmitido pela picada de mosquitos do gênero *Aedes*: *A. aegypti* e *A. albopictus*. O vírus chikungunya (CHIKV) pertence ao gênero *Alphavirus* e possui quatro genótipos: Oeste Africano, Leste-Centro-Sul Africano (ECSA), Asiático e Oceano Índico (IOL). No Brasil, até o momento, foram detectadas as linhagens asiática e ECSA. O período de incubação intrínseco do vírus chikungunya pode variar de 1 a 12 dias. O período de viremia no homem pode perdurar por até 10 dias e, geralmente, inicia-se 2 dias antes do aparecimento dos sintomas. A doença do vírus chikungunya tem uma ampla gama de manifestações clínicas, mas é caracterizada principalmente pela ocorrência de febre associada à artrite ou artralgia. Outras manifestações clínicas frequentes incluem dor de cabeça, dores musculares, erupções cutâneas e prurido. As infecções por chikungunya possuem altas taxas de ataque. Estudos mostram que os valores podem variar de 75%-95%, indicando que um número importante de indivíduos acometidos por chikungunya apresenta manifestações clínicas.(BRASIL, 2022)

O vírus Zika (ZIKV) é um arbovírus cujo genoma é formado por RNA de fita simples de sentido positivo, cujos modos de transmissão, além do vetorial, incluem transfusão de sangue e transplante de órgãos, e,

ainda, a transmissão sexual .Quanto ao ZIKV, até o momento, são conhecidas e descritas duas linhagens do vírus: uma africana e outra asiática. O período de incubação intrínseco do vírus Zika é de 2 a 7 dias, em média. Estima-se que o período de viremia no homem se estende até o quinto dia do início dos sintomas. Caracteriza-se, mais frequentemente, por manifestações clínicas brandas e autolimitadas. Por isso, muitas vezes, o sintoma que ocasiona a busca pelo serviço de saúde é o exantema pruriginoso. Por outro lado, o vírus mostrou-se potencialmente teratogênico, estando associado a casos graves de malformações congênitas. (BRASIL, 2022).

O *Orthobunyavirus oropoucheense* (OROV) causador do Oropouche foi isolado pela primeira vez no Brasil em 1960, a partir de amostra de sangue de uma bicho-preguiça (*Bradypus tridactylus*) capturada durante a construção da rodovia Belém-Brasília. Desde então, casos isolados e surtos foram relatados no Brasil, principalmente nos estados da região Amazônica. Também já foram relatados casos e surtos em outros países das Américas Central e do Sul. Os sintomas são parecidos com os da Dengue: dor de cabeça intensa, dor muscular, náusea e diarreia. Nesse sentido, é importante que profissionais da área de vigilância em saúde sejam capazes de diferenciar essas doenças por meio de aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, e orientar as ações de prevenção e controle. (BRASIL, 2024).

2.1. Cenário epidemiológico das arboviroses

Os casos de Dengue aumentaram em todas as seis regiões da Organização Mundial de Saúde (OMS), com cerca de quatro bilhões de pessoas em risco a nível mundial, tornando-a endêmica em 130 países. O número de casos aumentou cerca de duas vezes a cada ano desde 2021, com mais de 12,3 milhões de casos no final de agosto daquele ano e cerca de 6 mil mortes. Fatores como a urbanização não planejada e más práticas de água, o saneamento e higiene, as alterações climáticas e as viagens internacionais estão favorecendo a rápida propagação geográfica da Dengue. O que reforça a necessidade urgente de uma estratégia robusta para mitigar os riscos e proteger as populações, tendo em conta que os centros urbanos correm maior risco.

Em 2024, mais de 465 mil casos de Chikungunya foram notificados em todo o mundo, com uma alta circulação no Brasil, com 118 países notificando a transmissão do vírus. A Índia notificou mais de 69 mil casos em junho de 2024, com relatos de atividade contínua de surtos.

O vírus Zika também é transmitido pelos mosquitos Aedes, além da via vertical, de mãe para filho durante a gravidez e há relatos de transmissão por meio de relações sexuais. Embora a doença do vírus Zika tenha diminuído globalmente desde 2017, ainda ocorreu em níveis baixos em vários países das Américas e outras regiões.

Sobre o vírus Oropouche, em 2024, pelo menos 36.343 casos foram relatados na região das Américas, principalmente no Brasil, Bolívia, Colômbia, El Salvador, Guatemala, México e Belize. É considerada uma doença reemergente nas Américas, transmitida pela picada de mosquitos infectados (*maruins*). Os vetores normalmente picam as pessoas durante o dia e habitam áreas úmidas com matéria orgânica e áreas florestadas nativas e reflorestadas. (ONU,2024).

Na Região das Américas, a Dengue é a arbovirose mais comum e de maior circulação, com aumento paulatino do número de casos desde sua reintrodução em 1980. Após uma queda nos casos em 2017 e 2018, o vírus circulou amplamente em 2019, atingindo 3,1 milhões de casos notificados, o maior número na história desta doença na Região. Ainda assim, a taxa de letalidade aparente da dengue se manteve estável em 0,049% - abaixo da meta regional de 0,05%.

Essa situação epidemiológica tornou-se mais complicada com o surgimento de novos arbovírus, como o Chikungunya em 2013 e o Zika em 2015. Desde a chegada do Chikungunya na Região, mais de 2,7 milhões de casos foram notificados à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), sendo 177.469 deles em 2019. Quanto à infecção pelo vírus Zika, foram notificados 853.463 casos desde a sua introdução no Hemisfério e o vírus seguiu circulando em 2019, com 33.896 casos notificados.(PAHO,2020).

Em 2024, foi relatado um aumento na transmissão e expansão da doença pelo vírus Oropouche nas Américas. Em setembro, mais de 11,6 mil casos foram notificados em seis países, sendo a maioria deles

no Brasil. Casos adicionais forma identificados na Bolívia, na Colômbia, em Cuba, na República Dominicana e na Guiana.

No Brasil, entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 e 23 de 2025, foram notificados 1.478.752 casos prováveis de Dengue, correspondendo a um coeficiente de incidência de 728,2 casos/100 mil habitantes. Quando comparado com o mesmo período de 2024, observa-se uma redução de 75,7% no número de casos prováveis. As Regiões Geográficas que apresentam os maiores coeficientes de incidência são Sudeste, Centro-Oeste e Sul. Entre as Unidades Federativas (UF), destacam-se São Paulo, Goiás, Acre, Paraná, e Mato Grosso. Os maiores números de casos graves concentram-se nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A maior parte dos óbitos está na região Sudeste. Foram confirmados 1.165 óbitos no período, e 752 estão em investigação. Foi identificada a circulação dos quatro sorotipos do vírus dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4), com predominância do DENV-2. Aumento da proporção de DENV-3 foi observado desde o último trimestre de 2024. DENV-4 (vírus selvagem) foi detectado em amostras de São Paulo e Minas Gerais. O coeficiente de incidência de Dengue no Brasil encontra-se dentro do canal endêmico do diagrama de controle, considerando a série histórica. A estimativa *nowcasting* (curto prazo) se encontra fora do canal endêmico, mas com tendência de redução de casos. (BRASIL, 2025).

No mesmo período, foram notificados 102.259 casos prováveis de Chikungunya, correspondendo a um coeficiente de incidência de 50,4 casos/100 mil habitantes. Quando comparado ao mesmo período de 2024, observa-se uma redução de 56,6% no número de casos prováveis. As Regiões Geográficas que apresentam os maiores coeficientes de incidência são a Centro-Oeste e a Sudeste. Entre as UFs, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia apresentam as maiores incidências. Foram confirmados 81 óbitos no período, sendo 52 no Mato Grosso, sete em Mato Grosso do Sul, seis em São Paulo, quatro no Rio Grande do Sul, três em Santa Catarina, dois em Minas Gerais, Paraná e Rio de Janeiro, e um na Bahia, Rondônia e Paraíba. Encontram-se em investigação 68 óbitos até o momento, sendo 30 na região Centro-Oeste e 24 na Região Sudeste. O coeficiente de incidência de Chikungunya no Brasil encontra-se abaixo do limite inferior do canal endêmico do diagrama de controle, considerando a série histórica. A estimativa *nowcasting* se encontra fora do canal endêmico, e com tendência de redução do casos.(BRASIL, 2025).

Entre as semanas epidemiológicas 01 e 22 de 2025, foram notificados 3.601 casos prováveis de Zika no Brasil, com coeficiente de incidência de 1,8 casos/100 mil habitantes. Quando comparado ao mesmo período de 2024, observa-se uma redução de 7,2%. Em relação às gestantes, 67 foram confirmadas e 235 permanecem em investigação. No período, não foram notificados óbitos. As Regiões Centro-Oeste e Nordeste apresentam os maiores coeficientes de incidência. Em relação às UFs, os maiores coeficientes de incidência estão no Mato Grosso, Rio Grande do Norte, Mato Grosso do Sul e Tocantins. O coeficiente de incidência de Zika no Brasil encontra-se abaixo do limite inferior do canal endêmico do diagrama de controle, considerando a série histórica, assim como a estimativa de *nowcasting*.(BRASIL,2025).

Entre as SE 01 e 23/2025, foram confirmados 11.564 casos de Oropouche no Brasil, o que representa um aumento de 59,9% quando comparado com o mesmo período do ano anterior, em que foram registrados 7.228 casos. Em 2025, até o momento, foram identificados 4 óbitos associados à infecção pelo vírus Oropouche, no Espírito Santo (1) e no Rio de Janeiro (3). Ainda se encontram em investigação outros três óbitos, em São Paulo (1) e no Rio de Janeiro (2). Os casos identificados estão distribuídos de maneira equitativa entre os sexos, com 52,4% das detecções em indivíduos do sexo masculino. As faixas etárias entre 20 e 59 anos concentram 70,7% dos casos. Entre os menores de 1 ano, foram registrados 12 casos, sendo seis no Rio de Janeiro, quatro no Espírito Santo, um no Ceará e um na Paraíba. Em 2025, a UF com maior número de casos é o Espírito Santo (n= 6.289), cujo aumento vem ocorrendo desde o segundo semestre de 2024. Destacam-se ainda Rio de Janeiro (n=2.363), Paraíba (n=645) e Ceará (n=655). Transmissão ativa também foi registrada em Roraima, Rondônia, Amapá, Tocantins, Bahia, Minas Gerais, São Paulo, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Paraná. Os casos identificados no Pará, Maranhão, Piauí, Pernambuco, Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal e Rio Grande do Sul apresentaram Local Provável de Infecção (LPI) em estados com transmissão autóctone (Espírito Santo, Rio de Janeiro e Paraíba).(BRASIL, 2025).

O monitoramento semanal da situação epidemiológica das arboviroses é disponibilizado na Internet no endereço eletrônico:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/monitoramento-das-arboviroses>

2.2. Vigilância Epidemiológica das Arboviroses

A Lei 9782/99 prevê em seu art. 7º que as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de vetores relativas a portos, aeroportos e fronteiras, serão executadas pela Anvisa, sob orientação técnica e normativa do Ministério da Saúde.

Por sua vez, a Lei nº 6.259/75 que organiza as ações de Vigilância Epidemiológica, estabelece que:

Art 7º São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados:

I - de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional.

II - de doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada periodicamente.

Finalmente, a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, atualizada pela Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025, estabelece que é de notificação compulsória semanal casos suspeitos e confirmados de Dengue, Chikungunya e Zika, enviando para o órgão de vigilância epidemiológica local as fichas de notificação preenchidas disponíveis em:

<https://portalsinan.saude.gov.br/dengue>

<https://portalsinan.saude.gov.br/zika>

A Oropouche compõe a lista de doenças de notificação compulsória como arbovirose de importância em saúde pública de notificação imediata (dentro de 24 horas), em função do potencial epidêmico. Os casos devem ser notificados para o órgão de vigilância epidemiológica local por meio da Ficha de notificação/Conclusão utilizando o CID A93.0 específico para a Oropouche, disponível em:

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Ficha_conclusao_v5.pdf

Conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, seguem as definições de caso (BRASIL,2025):

Dengue – a) caso suspeito - Indivíduo que resida em área onde se registram casos de dengue ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão ou presença de Aedes aegypti. Deve apresentar febre, usualmente entre dois e sete dias, e duas ou mais das seguintes manifestações: Náusea/vômitos. Exantema. Mialgia/artralgia. Cefaleia/retro-orbital. Petéquias/prova do laço positiva. Leucopenia.

b) caso suspeito com sinais de alarme - é todo caso de dengue que, no período de defervescência da febre, apresenta um ou mais dos seguintes sinais de alarme: Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua ou sensibilidade. Vômitos persistentes. Acúmulo de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico). Hipotensão postural e/ou lipotimia. Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal. Letargia/irritabilidade. Sangramento de mucosa. Aumento progressivo do hematócrito.

c) caso suspeito de dengue grave - é todo caso de dengue que apresenta uma ou mais das condições a seguir: Choque ou desconforto respiratório em função do extravasamento grave de plasma; choque evidenciado por taquicardia, pulso débil ou indetectável, taquicardia, extremidades frias e tempo de perfusão capilar >2 segundos, e pressão diferencial convergente <20 mmHg, indicando hipotensão em fase tardia. Sangramento grave segundo a avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumosa e sangramento do sistema nervoso central). Comprometimento grave de órgãos, a exemplo de dano hepático importante (AST/ALT >1.000 U/L), do sistema nervoso central (alteração da consciência), do coração (miocardite) ou de outros órgãos.

d) caso confirmado - confirmado por critério laboratorial É aquele que atende à definição de caso suspeito de dengue e que foi confirmado por um ou mais dos seguintes testes laboratoriais e seus respectivos resultados: 1. ELISA NS1 reagente. 2. Isolamento viral positivo. 3. RT-PCR detectável (até o quinto dia de início de sintomas da doença). 4. Detecção de anticorpos IgM ELISA (a partir do sexto dia de início de sintomas da doença). 5. Aumento ≥4 vezes nos títulos de anticorpos no PRNT ou teste IH, utilizando amostras pareadas (fase aguda e convalescente).

e) caso descartado - Todo caso suspeito de dengue que possui um ou mais dos seguintes critérios: Diagnóstico laboratorial não reagente/negativo, desde que as amostras tenham sido coletadas no período oportuno, além de armazenadas e transportadas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Diagnóstico laboratorial negativo para dengue e positivo para outra doença. Caso sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica são compatíveis com outras doenças. Todo caso suspeito, principalmente gestantes, casos graves e óbitos, deve ser descartado a partir do resultado de duas sorologias não reagentes ou PRNT, em função da possibilidade de reação cruzada entre DENV e ZIKV.

Chikungunya - a) caso suspeito. Paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou artrite intensa de início agudo, não explicado por outras condições, residente em (ou que tenha visitado) áreas com transmissão até duas semanas antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com caso importado confirmado

b) caso confirmado por critério laboratorial É todo caso suspeito de chikungunya confirmado laboratorialmente por: isolamento viral positivo, detecção de RNA viral por RT-PCR, detecção de IgM em uma única amostra de soro durante a fase aguda (a partir do sexto dia) ou convalescente (15 dias após o início dos sintomas), demonstração de soroconversão entre as amostras na fase aguda (primeira amostra) e convalescente (segunda amostra) ou detecção de IgG em amostras coletadas de pacientes na fase crônica da doença, com clínica sugestiva. Os casos de chikungunya que evoluem para óbito também podem ser confirmados por estudo anatomo-patológico seguido de pesquisa de抗ígenos virais por imuno-histoquímica (IHQ), mediante coleta imediata de fragmentos/tecidos de vísceras (no máximo 48 horas após o óbito).

c) caso confirmado por critério clínico-epidemiológico. Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica ou em casos com resultados laboratoriais inconclusivos, deve-se considerar a confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente, após avaliação da distribuição espacial dos casos confirmados.

d) caso descartado Todo caso suspeito de chikungunya que possua um ou mais dos seguintes critérios: Diagnóstico laboratorial não reagente/negativo, desde que se comprove que as amostras tenham sido coletadas oportunamente e transportadas adequadamente, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Diagnóstico laboratorial não reagente/negativo para chikungunya e positivo para outra doença. Caso suspeito sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica sejam compatíveis com outras doenças.

Zika - a) caso suspeito de Zika. Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de um dos seguintes sinais e sintomas: Febre. Hiperemia conjuntival/conjuntivite não purulenta. Artralgia/polartralgia. Edema periarticular.

b) caso confirmado por critério laboratorial. É aquele que atende à definição de caso suspeito de Zika e que foi confirmado por um ou mais dos seguintes testes laboratoriais e seus respectivos resultados: 1. Isolamento viral. 2. Detecção de RNA viral por RT-PCR. 3. Sorologia IgM.

c) caso confirmado por critério clínico-epidemiológico. Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica ou em casos com resultados laboratoriais inconclusivos, deve-se considerar a confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente, após avaliação da distribuição espacial dos casos confirmados. Em situações que merecem mais atenção, como gestantes, idosos, casos graves e óbitos, deve ser feito um esforço para que a investigação prossiga, caso a primeira sorologia seja não reagente ou o resultado seja inconclusivo. Dessa forma, indica-se a realização da segunda sorologia e, nos resultados inconclusivos, a realização do PRNT, uma vez que o diagnóstico específico deve ser considerado a partir da avaliação dos laboratórios em conjunto com a vigilância epidemiológica.

d) caso descartado. É todo caso suspeito de Zika que possui um ou mais dos seguintes critérios: Diagnóstico laboratorial negativo para Zika e positivo para outra enfermidade. Caso suspeito com exame laboratorial negativo (RT-PCR) ou sem exame laboratorial, cuja investigação clínica e epidemiológica seja compatível com outras doenças. Todo caso suspeito, principalmente gestantes, idosos, casos graves e óbitos, deve ser descartado a partir do resultado de duas sorologias não reagentes ou PRNT.

Oropouche - a) caso suspeito. Pessoa que apresenta febre de início agudo (ou histórico de febre) com duração de até 5 dias associada a dor de cabeça intensa e duas ou mais das seguintes manifestações: Mialgia ou artralgia, calafrios, fotofobia, tontura, dor retro-ocular. Náuseas, vômitos ou diarreia (diarreia é definida como três ou mais episódios em 24 horas e alteração na consistência das fezes). Qualquer manifestação do sistema nervoso (diplopia, parestesia, meningite, encefalite, meningoencefalite) *Até 60% dos casos de Oropouche podem apresentar recidiva dos sintomas de 1 a 10 dias após a melhora. Nesses casos, nos quais a Oropouche não foi inicialmente suspeita, serão

considerados casos suspeitos. Dada a semelhança do quadro clínico de Oropouche com a dengue, é necessário realizar o diagnóstico clínico diferencial, acompanhar e monitorar o caso e avaliar possíveis sinais de alerta que indiquem que se trata de um caso de dengue e não de Oropouche. A cefaleia, além de intensa, geralmente se localiza posteriormente (parieto-occipital) e costuma persistir mesmo após o desaparecimento da febre. A cefaleia intensa corresponde a uma pontuação de 7 na escala de dor de 1 a 10. Mialgia e artralgia costumam ser generalizadas. A artralgia não apresenta sinais inflamatórios como ocorre na chikungunya. Os pacientes geralmente relatam dor no pescoço e dor lombar.

a.1) Caso suspeito em gestantes. Qualquer mulher grávida com presença de febre de início agudo (ou histórico de febre com duração de até 5 dias) associada a dor de cabeça intensa.

b) caso provável. Qualquer caso suspeito que também apresente pelo menos um dos seguintes critérios: Mora ou viajou para uma área de transmissão confirmada de casos de Oropouche. Tem vínculo epidemiológico com um caso confirmado de Oropouche. Tem um teste ELISA IgM positivo para Oropouche.

c) Caso confirmado. Qualquer caso suspeito que também apresente qualquer um dos seguintes critérios: Tem resultado positivo para detecção de OROV, RNA viral (RT-PCR) ou para antígenos virais. Apresenta uma soroconversão de anticorpos ou um aumento no título de anticorpos de pelo menos 4 vezes em amostras pareadas coletadas com mais de 7 a 10 dias de intervalo (e uma amostra convalescente coletada mais de 14 dias após o início dos sintomas), determinação post-mortem de RNA viral por RT-PCR ou demonstração de anticorpos ou antígenos por imuno-histoquímica ou outros testes disponíveis em pacientes falecidos com suspeita de infecção por OROV. Em casos de pacientes com suspeita de encefalite por OROV, o resultado de um teste de IgM positivo no líquido cefalorraquidiano (LCR) é considerado positivo.

Atualmente, existe uma vacina licenciada pela Anvisa para a prevenção da Dengue em humanos. A vacinação contra a dengue reduz o risco de infecção sintomática, hospitalizações e da morbimortalidade pela doença e chega como importante aliado no combate ao vírus em países de alta prevalência de dengue. A vacina (QDenga®) é uma vacina tetravalente atenuada contra os quatro sorotipos da dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4), produzida a partir de tecnologia de DNA recombinante. Dessa maneira, ela induz uma resposta semelhante àquela produzida pela infecção natural, mas sem causar a doença. É indicada para a prevenção da Dengue em indivíduos imunocompetentes dos 4 aos 60 anos de idade.

A vacina contra Dengue está com oferta limitada tanto na rede pública quanto na privada devido à capacidade de produção do laboratório. No SUS, a vacina é priorizada para grupos específicos, como crianças de 10 a 14 anos em áreas com alta incidência da doença. A vacinação no SUS prioriza garantir a vacinação em regiões com maior número de casos e hospitalizações por dengue. A situação descrita reforça a necessidade de medidas de proteção e prevenção contra todas as Arboviroses.

2.3. Vigilância Epidemiológica das Arboviroses em Portos, Aeroportos e Fronteiras

A Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 932, de 10 de outubro de 2024, estabeleceu responsabilidades para administradores de portos, aeroportos e plataformas de petróleo, bem como para operadores de meios de transporte aquaviários e aéreos, considerando instrumentos e operações preconizadas pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Nesse intuito a referida RDC definiu, em síntese, que portos, aeroportos e plataformas de petróleo devem manter plano de contingência e atuar no gerenciamento de Eventos de Saúde Pública (ESP). Ao mesmo tempo, a norma estabelece a avaliação do cenário epidemiológico para indicação de medidas de saúde temporárias.

2.3.1. Avaliação de risco para saúde pública relacionada a Arboviroses: implicações para Portos e Aeroportos

O risco de surgimento e ressurgimento de arbovírus com potencial pandêmico aumentou como uma ameaça global à saúde pública e continuará a aumentar nos próximos anos. Com base neste risco, a OMS lançou “A Iniciativa Global contra Arbovírus”, (WHO, 2024), compreendendo um esforço transversal e propondo os pilares da iniciativa com objetivos e atividades prioritárias para combater arbovírus emergentes e reemergentes com potencial epidêmico e pandêmico, com foco no monitoramento de

riscos, prevenção de pandemias, preparação, detecção e resposta, e na construção de uma coalizão de parceiros. Esta iniciativa integrada criará uma coalizão de parceiros-chave para fortalecer a coordenação, a comunicação, a capacitação, a pesquisa, a preparação e a resposta necessárias para mitigar o risco crescente de epidemias devido às arboviroses. Para isso, foram definidos 6 pilares que são monitorar riscos e antecipar, reduzir riscos epidêmicos locais, fortalecer o controle de vetores, prevenir e se preparar para pandemias, aumentar a inovação e novas abordagens e construir uma coalizão de parceiros.

O guia de vigilância de vetores em Portos, Aeroportos e Fronteiras da OMS destaca que autoridades, operadores dos pontos de entrada, operadores de transporte e prestadores de serviços competentes devem realizar vigilância e aplicar medidas de saúde pública com o objetivo de manter a densidade dos vetores abaixo do nível limite estabelecido pelas políticas e práticas nacionais. Também defende uma cooperação multisectorial, na qual a cooperação técnica para a vigilância e controle de vetores deverá ser reforçada entre os Estados-Membros e outras organizações internacionais relevantes ou outras organizações públicas, ou entre setores públicos e setores privados. Isso inclui estabelecer e atualizar regulamentos técnicos relevantes, comunicação de informações, treinamento de pessoal e suporte técnico. Orienta, ainda, que os pontos de entrada devam identificar instituições/laboratórios parceiros que irão ajudar na identificação de vetores, reservatórios de infecções e agentes patogênicos (WHO, 2016).

O Regulamento Sanitário Internacional (2005), do qual o Brasil é signatário, defende a obtenção de uma zona livre de vetores nos portos marítimos, aeroportos e cruzamentos terrestres e dentro de um perímetro de 400 metros em torno desses pontos de entrada. A intenção é manter o status de livre de vetores, por meio de vigilância ativa regular e controle de vetores, para que o risco de transmissão de patógenos importados com vetores/reservatórios possa ser anulado ou minimizado. Isso também evita que os vetores locais se dispersem para terras distantes por meio de navios, aeronaves, e transportes ferroviários/rodoviários e, dessa forma, previne que doenças locais veiculadas por vetores se estabeleçam em outros países.

O Plano de Contingência Nacional para Dengue, Chikungunya e Zika possui cenários de risco definidos a partir da situação epidemiológica das arboviroses, para os quais são previstas ações de acordo com os níveis de ativação estabelecidos, levando-se em consideração a taxa de incidência por 100 mil habitantes dos casos prováveis de Dengue, Chikungunya e Zika, a gravidade dos casos e a ocorrência de óbitos. Este plano de contingência será ativado a partir da identificação de diferentes indicadores, sendo o diagrama de controle e a curva epidêmica importantes ferramentas. A partir dos cenários identificados nas UFs, pode ser ativado um Centro de Operações de Emergências (COE), que será responsável pela coordenação das ações de resposta entre as três esferas de gestão do SUS, mesmo na ausência de declaração de emergência de saúde pública de importância nacional ou internacional. O COE utiliza a lógica do Sistema de Comando de Operações (SCO) para seu funcionamento, sendo o responsável por liderar e coordenar a resposta à emergência. Foram elencados critérios para a definição de níveis de ativação do plano de contingência de acordo com os cenários de risco para Dengue, para Chikungunya e para Zika, com o intuito de promover a organização das ações. (BRASIL, 2025).

Quanto ao vírus Oropouche, as medidas de prevenção e controle são fundamentais para reduzir o risco de exposição, especialmente em áreas onde há a presença do vetor (maruins). Recomendações importantes para proteção individual: manejo ambiental e precauções adicionais, especialmente para grupos vulneráveis, como gestantes, visando reduzir a exposição ao vírus e a presença do vetor no ambiente; proteção de áreas expostas do corpo com calças e camisas de mangas compridas, meias e sapatos fechados; evitar, se possível, a exposição aos maruins (o vetor tem atividade durante o dia, mas os momentos de maior atividade são ao amanhecer e no final tarde); uso de telas de malha fina nas janelas ou mosquiteiros- não há, até o momento, comprovação da eficácia do uso de repelentes contra o maruim, mesmo que recomendado; manutenção do peridomicílio limpo e do solo livre do acúmulo de material orgânico, principalmente folhas e frutos de plantações como bananeiras, cacaueiros, cafezais.

2.3.2. Medidas de Saúde em Portos e Aeroportos

Frente ao cenário epidemiológico atual, **não são indicadas medidas de saúde temporárias para portos e aeroportos.**

Considerando a necessidade de **manter a capacidade de vigilância epidemiológica nos portos e aeroportos**, orienta-se aos administradores:

- Manter atualizado Plano de Contingência, revisando protocolos e procedimentos para casos suspeitos para Arboviroses, em articulação com o órgão de Vigilância Epidemiológica local;
- Divulgar as definições de caso, indicadas no item 2.2, aos serviços de saúde atuantes nos portos e aeroportos, assim como os vinculados às empresas atuantes nesses;
- Avaliar Índices de Infestação Vetorial definidos nos Planos Integrados de controle de vetores dos Portos e Aeroportos e aplicar medidas de controle preconizadas frente a eventual infestação;
- Para os casos suspeitos e confirmados das Arboviroses acima definidos não se aplica isolamento de casos nem quarentena de contatos.

2.3.3. Orientação a viajantes

No momento atual não é indicado divulgação de materiais informativos relativos às Arboviroses.

Informações atualizadas sobre Arboviroses podem ser obtidas na Internet nos portais do Ministério da Saúde, nos endereços eletrônicos:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/2023/combate-ao-mosquito>

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/campanhas/dengue>.

3. CONCLUSÃO

As doenças causadas por vírus transmitidos por artrópodes (arbovírus), representam ameaças atuais à saúde pública em áreas tropicais e subtropicais, onde vivem aproximadamente 3,9 bilhões de pessoas. A frequência e a magnitude dos surtos desses arbovírus, particularmente aqueles transmitidos pelo mosquito Aedes, estão aumentando globalmente, impulsionados pela convergência de fatores ecológicos, econômicos e sociais.

Dengue, Chikungunya e Zika são arboviroses presentes principalmente em áreas tropicais e subtropicais do mundo, e têm sido motivo de apreensão para a população e para o poder público em função dos impactos causados à saúde pública e à sociedade, em razão de epidemias recorrentes e do aumento de casos graves e óbitos.

Quanto ao Oropouche, enfatiza a importância da notificação imediata de casos suspeitos e confirmados, com o objetivo de realizar investigações oportunas e evitar a disseminação da doença. Além das medidas gerais de prevenção, é imprescindível o manejo ambiental para reduzir a proliferação do mosquito vetor, o *Culicoides paraensis* (*maruins*).

Considerando a desativação do COE Arboviroses, pois a incidência de Dengue, Chikungunya e Zika retornaram aos canais endêmicos, é preconizada a manutenção dos ambientes de portos e aeroportos isentos de vetores, conforme definido no RSI e normativas da Anvisa.

A Anvisa mantém monitoramento do cenário epidemiológico e de possíveis impactos para o trânsito de pessoas e mercadorias. Frente a alterações desse cenário, serão atualizadas as medidas recomendadas para portos e aeroportos.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, 5ª edição. 2022. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acessado em 23/06/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Plano de contingência nacional para dengue, chikungunya e Zika. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_contingencia_nacional_dengue_zika.pdf Acessado em 23/06/2025.

BRASIL. Vigilância e controle do vetor. 2019. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/vigilancia-entomologica> Acessado em 26/06/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe Semanal nº 17 - COE Dengue e outras Arboviroses - SE 1 a 23/2025. 17 de junho. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/informe-semanal/2025/informe-semanal-no-17.pdf/view>. Atualizado em 17/06/2025. Acessado em 23/06/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas: Vigilância Entomológica e Controle Vetorial Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_arboviroses_urbanas.pdf Acessado em 23/06/2025.

ONU. Perspectiva Global. Dengue ameaça 4 bilhões de pessoas no mundo. 1º. Outubro 2024. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2024/10/1838466>. Acessado em 25/06/2025.

PAHO. *Informe de situación No 7. Situación epidemiológica del dengue en las Américas* - Semana epidemiológica 23 jun 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-situacion-no-7-situacion-epidemiologica-dengue-americas-semana-epidemiologica-06>. Acessado em 23/06/2025.

PAHO. Estratégia para a prevenção e controle das arboviroses: relatório final. 58º conselho diretor 72ª sessão do comitê regional da OMS para as américas. Sessão virtual, 28 e 29 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/CD58-INF-11-p-arboviroses.pdf> Acessado em 25/06/2025.

SILVA, LJ., and ANGERAMI, RN. Arboviroses no Brasil contemporâneo. In: Viroses emergentes no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 37-56. Temas em Saúde collection. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/dsg7h/pdf/silva-9788575413814-05.pdf> Acessado em 23/06/2025.

WHO. *Global Arbovirus Initiative*. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/global-arbovirus-initiative>. Acessado em 23/06/2025.

WHO. *Global arbovirus initiative: preparing for the next pandemic by tackling mosquito-borne viruses with epidemic and pandemic potential*. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088948> em 25/06/2025.

WHO. *Vector-borne diseases*. 26 set 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases>. Acessado em 25/06/2025.

WHO. *Vector Surveillance and Control at Ports, Airports, and Ground Crossings*. 01 jan 2016. Disponível em https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204660/9789241549592_eng.pdf. Acessado em 23/06/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Gabriela de Lima Vieira, Gerente-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados**, em 07/07/2025, às 17:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Gregis, Coordenador(a) de Vigilância Epidemiológica em PAF**, em 08/07/2025, às 12:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Jose Eduardo Brandao Campos, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária**, em 08/07/2025, às 12:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.anvisa.gov.br/autenticidade>, informando o código verificador **3662883** e o código CRC **58298B0E**.