



NOTA TÉCNICA Nº 31/2025/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA

Processo nº 25351.908177/2023-00

Orientações e atualização das atividades de vigilância epidemiológica de Dengue, Chikungunya, Zika e Oropouche, e outras Arboviroses de interesse para Portos, Aeroportos e Fronteiras.

1. RELATÓRIO

Em 10/07/2025, a OMS (Organização Mundial de Saúde) publicou documento alertando que 65% da população global (cerca de 3,9 bilhões de pessoas) em todo o mundo possuem risco de infecção por arbovírus, situação agravada particularmente pelas mudanças climáticas, urbanização e crescente mobilidade humana. (WHO, 2025).

Em 3/11/2025 o Ministério da Saúde lançou a campanha nacional de combate às arboviroses, compondo as estratégias de controle das doenças virais uma vez que 30% dos municípios brasileiros estão em alerta, mesmo com a redução de 75% nos casos de dengue em 2025, em comparação com 2024. (BRASIL, 2025).

2. ANÁLISE

As arboviroses são um grupo de doenças virais que são transmitidas principalmente por artrópodes, como mosquitos e carrapatos. A palavra "arbovirose" deriva de "arbovírus", que significa "vírus transmitido por artrópodes". Essas enfermidades podem causar uma variedade de sintomas, desde febre leve até complicações mais sérias, sendo algumas delas potencialmente fatais. Os principais vetores das arboviroses são os mosquitos, em particular, os gêneros *Aedes*, *Culex*, *Anopheles* e pelo inseto do gênero *Orthobunyavirus*. Eles se tornam portadores dos vírus ao picar uma pessoa infectada e, subsequentemente, passam o vírus para outras pessoas durante suas picadas. (BRASIL, 2025).

Dengue, chikungunya e Zika, as chamadas arboviroses urbanas, compartilham de sintomas comuns e do mesmo vetor, o *Aedes aegypti*, altamente urbanizado e adaptado em nosso país e são possivelmente todas autóctones, existindo há muito tempo. O Brasil e outras nações das Américas do Sul e Central possuem determinantes sociais e ambientais que fazem com que a eliminação do vetor seja algo inatingível nas próximas décadas. Neste sentido, é importante refletir sobre possibilidades de intervenção em controle vetorial que possam minimizar o impacto das epidemias sobre as populações. (BRASIL, 2025).

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, podendo variar 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, 2025).

A Chikungunya (vírus chikungunya- CHIKV) é um arbovírus artritogênico, com RNA de fita simples, amplamente distribuído no Brasil. É transmitido pela picada de mosquitos do gênero *Aedes*: *A. aegypti* e *A. albopictus*. O 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 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 tem uma ampla gama de manifestações clínicas, mas é caracterizada principalmente pela ocorrência de febre associada à artrite ou artralgia. Outras manifestações incluem dor de cabeça, dores musculares, erupções cutâneas e prurido. Entre 75%-95% dos indivíduos acometidos por chikungunya podem apresentar manifestações clínicas. (BRASIL, 2025)

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, 2025).

O Oropouche, transmitido pelo mosquito *Culicoides paraensis*, popularmente conhecido como "maruim", foi isolado pela primeira vez no Brasil em 1960, a partir de amostra de sangue de uma bicho-preguiça, desde então, casos isolados e surtos foram relatados no Brasil, principalmente nos estados da região Amazônica. 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. 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

Desde o início de janeiro até setembro de 2025, mais de quatro milhões de casos de dengue e mais de mais de 3.000 mortes foram relatados à OMS relacionadas à dengue e foram relatados em 101 países/territórios da Região da Europa, das Regiões das Américas (OPAS), do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental, da Região do Mediterrâneo Oriental e da África. Na UE/EEE, até 1 de outubro de 2025, foram notificados 26 casos autóctones em França e quatro em Itália. (CDC EUROPEU, 2025).

A incidência de dengue aumentou drasticamente em todo o mundo nas últimas décadas, com o número de casos notificados à OMS passando de 505.430 em 2000 para 14,6 milhões em 2024. A grande maioria dos casos é assintomática ou de leve intensidade, e, portanto, o número real de casos de dengue é subnotificado. Durante 2024, a transmissão contínua, combinada com um aumento inesperado nos casos de dengue, resultou em um recorde histórico de mais de 14,6 milhões de casos e mais de 12 mil mortes relacionadas à dengue. A Região das Américas contribuiu com uma parcela significativa da carga global, com mais de 13 milhões de casos notificados à OMS. Diversos fatores estão associados ao aumento do risco de disseminação da epidemia de dengue, incluindo a mudança na distribuição dos vetores responsáveis (principalmente *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*), especialmente em países anteriormente livres da dengue; as mudanças climáticas que levam ao aumento das temperaturas, chuvas intensas e umidade; sistemas de saúde frágeis e sobrecarregados; limitações na vigilância e notificação; e instabilidades políticas e financeiras em países que enfrentam crises humanitárias complexas e grandes fluxos populacionais. Estima-se que cerca de 390 milhões de infecções pelo vírus da dengue ocorrem por ano, das quais 96 milhões se manifestam clinicamente. (OMS, 2025).

A transmissão autóctone do vírus chikungunya (CHIKV), até dezembro de 2024, foi documentada em 119 países e territórios, nas seis regiões da Organização Mundial da Saúde (OMS). Populações expostas ao *Aedes aegypti* foram identificadas em 27 outros países e territórios, embora nenhum caso autóctone de CHIKV tenha sido documentado. Durante 2025, até meados de agosto, aproximadamente 270.000 casos de chikungunya foram relatados globalmente, com casos reportados nas regiões da África, Américas, Europa, Pacífico Ocidental e Sudeste Asiático. Na Europa, casos transmitidos localmente foram confirmados na França (n = 111 casos), Itália (n = 7 casos). (OPAS, 2025).

Na região das Américas, até 27 de outubro de 2025, na semana epidemiológica (SE) 40, foram notificados 3.974.271 casos suspeitos de dengue, resultando em uma incidência cumulativa de 391 casos por 100.000 habitantes. Isso representa uma diminuição de 68% em comparação com o mesmo período de 2024 e de 9% em comparação com a média dos últimos 5 anos. Dos 3.974.271 casos de dengue notificados na Região, um total de 1.994 evoluíram óbito, com uma taxa de letalidade (TL) de 0,050% (OPAS, 2025).

A situação da chikungunya na região das Américas, revelou surtos recentes no Brasil (São Paulo, 2020), Paraguai (Assunção e Central, 2022), Bolívia (Santa Cruz, 2025) e em partes do Caribe. Entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 33 de 2025, foram notificados um total de 212.029 casos suspeitos de chikungunya, com 124.942 casos (prováveis e confirmados), incluindo 110 óbitos, em 14 países da Região das Américas. Em 2024, foram notificados 431.417 casos suspeitos, incluindo 245 óbitos por chikungunya, sendo 98% dos casos notificados no Brasil (n= 425.773 casos). (OPAS,2025).

Quanto ao Oropouche, na região das Américas, entre a SE 1 e a SE 30 de 2025, foram notificados 12.786 casos confirmados em 11 países, sendo: Brasil (n= 11.888 casos, incluindo cinco mortes), Canadá (n= 1 caso importado), Chile (n= 2 casos importados), Colômbia (n= 26 casos), Cuba (n= 28 casos), Guiana (n= 1 caso importado), Panamá (n= 501 casos, incluindo uma morte), Peru (n= 330 casos), Estados Unidos da América (n= 1 caso importado), Uruguai (n= 3 casos importados) e Venezuela (República Bolivariana da)1 (n= 5 casos). (OPAS,2025).

No Brasil, conforme Sumário Executivo da SE 46 do Comitê de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (3952501) do Ministério da Saúde, até a Semana Epidemiológica de 46 de 2025, foram registrados 160.581 casos prováveis de dengue, com uma taxa de incidência de 79 casos por 100 mil/hab, 72 óbitos confirmados e 142 óbitos em investigação. Comparado a 2024, o país observou uma redução de quase 70% nos dois primeiros meses de 2025. Com relação à chikungunya, no mesmo período, no Brasil, foram registrados 18.559 casos prováveis, com incidência de 9,3 casos por 100 mil/hab, com 6 óbitos confirmados e 20 óbitos em investigação, o que representa uma redução de 53% em relação ao mesmo período de 2024. Quanto à infecção pelo Zika, 764 casos prováveis em gestantes foram registrados, com 64 casos confirmados e 700 em investigação. Os casos notificados em 2025 de infecção pelo vírus Oropouche aumentaram 74% em relação a 2024, com 2.791 notificações no Brasil.

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 (alta, podendo variar de 38°C a 40°C), 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.

Também, pode ser considerado caso suspeito de dengue, toda criança proveniente de (ou residente em) área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias, e sem sinais e sintomas indicativos de outra doença.

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: - ELISA NS1 reagente; - Isolamento viral positivo; - RT-qPCR detectável (até o quinto dia de início de sintomas da doença); - Detecção de anticorpos IgM ELISA (a partir do sexto dia de início de sintomas da doença); - 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 para dengue e positivo para outra doença; - Caso sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica são compatíveis com outras doenças, preferencialmente confirmadas com critério laboratorial; - Todo caso suspeito, principalmente gestantes, crianças (primeira infância), pacientes com comorbidades descompensadas, 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 em tempo real (RT-qPCR) detectável; - Sorologia IgM Reagente – em uma única amostra de soro durante a fase aguda (a partir do sexto dia) ou convalescente (15 dias após o início dos sintomas).

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 e espaço-temporal dos casos confirmados. Cabe ressaltar que a investigação de casos de arboviroses deve ser exaustiva e pautada na integração de informações de vigilância, assistência, de vigilância entomológica e controle vetorial, bem como informações ambientais.

d) caso descartado: Todo caso suspeito de chikungunya que possua um ou mais dos seguintes critérios: - Diagnóstico laboratorial não reagente/negativo para chikungunya e positivo para outra doença, preferencialmente realizado por métodos diretos; - Caso suspeito sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica sejam compatíveis com outras doenças, confirmadas laboratorialmente; - Todo caso suspeito, principalmente gestantes, crianças (primeira infância) idosos, casos graves, pacientes com comorbidades descompensadas, imunossuprimidos e óbitos, deve ser descartado a partir do resultado de duas sorologias não reagentes ou exame por PRNT.

Zika:

a) caso suspeito de Zika. Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de um dos seguintes sinais e sintomas: Febre (podendo apresentar-se baixa ≤38,5°C.); Hiperemia conjuntival/conjuntivite não purulenta; Artralgia/poliartralgia; 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: - Isolamento viral positivo; - Detecção de RNA viral por RT-PCR em tempo real (RT-qPCR) detectável; - Sorologia IgM reagente;

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 doença; - Caso suspeito com exame laboratorial negativo (isolamento viral ou RT-PCR) ou sem exame laboratorial, cuja investigação clínica e epidemiológica seja compatível com outras doenças. Todo caso suspeito, principalmente gestantes, crianças (primeira infância) idosos, casos graves, pacientes com comorbidades descompensadas, imunossuprimidos e óbitos, deve ser descartado a partir do resultado de duas sorologias não reagentes ou exame por PRNT.

A definição de caso de Oropouche (OPAS,2025):

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) 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抗ígenos 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抗ígenos 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.

O Brasil atualmente disponibiliza de vacina contra a dengue (QDenga®), 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. Tem por objetivo reduzir o risco de infecção sintomática, hospitalizações e da morbimortalidade pela doença. Voltada, inicialmente, para grupos de indivíduos imunocompetentes dos 4 aos 60 anos, posteriormente estendeu-se para outras faixas etárias entre crianças de 10 a 14 anos em áreas com alta incidência da doença. O Ministério da Saúde vem aprimorando os sistemas de informação sobre pessoas vacinadas que não completaram o esquema vacinal em situações de vacinação com múltiplas doses, apoiando ações como busca ativa, atualização cadastral e planejamento de campanhas de vacinação. (BRASIL, 2025).

A Anvisa apresentou recentemente parecer favorável sobre a segurança e a eficácia da vacina contra a dengue (vírus vivo atenuado), para pessoas na faixa etária de 12 a 59 anos, para a vacina produzida pelo Instituto Butantan, com previsão de inclusão do imunizante no calendário nacional do SUS a partir de 2026. Além de ser o primeiro imunizante desenvolvido 100% no país, a nova vacina também será aplicada em dose única, uma diferença importante em relação a outras opções disponíveis no mundo. O imunizante apresentou eficácia global de 74,4% na população de 12 a 59 anos, significando que cerca de 74% dos casos da doença foram evitados entre pessoas vacinadas. (BRASIL, 2025).

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 é uma preocupação crescente de saúde pública global, impulsionado principalmente pela ação humana, mudanças climáticas e urbanização acelerada. Arboviroses como a dengue, chikungunya, Zika e oropouche já representam problemas significativos de saúde pública e têm potencial de causar epidemias extensas, dada a suscetibilidade universal e a presença do vetor em larga escala. No caso do vírus Oropouche, também está sendo monitorados quanto ao seu potencial de disseminação.

Neste contexto de disseminação, alguns fatores de risco podem ser elencados, como: (WHO,2025)

a) Urbanização e Crescimento Populacional - O rápido crescimento populacional em áreas urbanas, frequentemente acompanhado por infraestrutura sanitária insuficiente, cria condições ideais para a proliferação de mosquitos vetores, como o *Aedes aegypti*;

- b) Mudanças Climáticas - O aumento da temperatura e alterações nos padrões de chuva favorecem a reprodução acelerada dos mosquitos e expandem suas áreas de distribuição geográfica para regiões antes consideradas de baixo risco;
- c) Movimentação Global e Comércio - A facilidade e rapidez das viagens internacionais e do comércio permitem que vírus e seus vetores se dispersem rapidamente por todo o mundo, como evidenciado pela disseminação do vírus Zika;
- d) Origens Zoonóticas - Quase todos os vírus emergentes, incluindo muitos arbovírus, têm origem zoonótica, o que significa que a transmissão de animais para humanos é um modo primário de aquisição de novas doenças infecciosas, bem como a interação humana crescente com a vida selvagem aumenta esse risco;
- e) Lacunas na Vigilância e Controle - A vigilância inadequada de doenças e vetores, bem como a falta de coordenação entre os diferentes níveis de saúde pública, podem permitir que surtos localizados se transformem em epidemias maiores; e
- f) Escape da Imunidade Populacional - O ressurgimento de sorotipos diferentes de um mesmo vírus, como ocorreu com o DENV-3 da dengue no Brasil, pode levar a novas epidemias, pois a população não possui imunidade prévia a essa variante específica.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005), estabelece diretrizes detalhadas para a vigilância e controle de vetores em portos e aeroportos internacionais. O objetivo é prevenir a disseminação internacional de doenças transmitidas por vetores, como mosquitos (ex: *Aedes spp.*, *Anopheles spp.*) e outros artrópodes, tendo como principais diretrizes e ações, as capacidades essenciais dos estados-partes do RSI (incluindo o Brasil, por meio da Anvisa), a manutenção de zona livre de vetores em uma área perimetral de no mínimo 400 metros ao redor, e a presença de vigilância entomológica sistemática.

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e a vigilância de vetores estão intrinsecamente ligados, principalmente na prevenção da disseminação internacional de doenças. O RSI (2005) é um instrumento jurídico que exige que os países signatários tenham capacidades básicas de saúde pública para detectar, avaliar, notificar e responder a eventos de saúde pública, incluindo aqueles transmitidos por vetores, especialmente em pontos de entrada como portos, aeroportos e fronteiras.

Com o objetivo de garantir uma preparação adequada para conter o avanço das Arboviroses, o Ministério da Saúde disponibiliza o Plano Nacional de Contingência para DEN,CHIK E ZIK, buscando reforçar as estratégias de prevenção, preparação e resposta às epidemias de arboviroses. Estabelece diretrizes para a atuação frente às doenças transmitidas pelos mosquitos transmissores, visando reduzir a incidência e a mortalidade associadas a essas enfermidades. Engloba um conjunto de medidas estratégicas elaboradas para orientar a resposta a emergências em saúde pública, definindo responsabilidades e ações a serem adotadas pelas esferas federal, estadual e municipal. (BRASIL,2025).

No momento, o Brasil opera o plano mais recente, atualizado em 2024 e é válido para o ciclo 2025-2026. Os estágios ou fases que variam de acordo com a gravidade da situação epidemiológica, podendo ser de: (BRASIL, 2025)

- Preparação: Momento de vigilância regular, prevenção e organização de recursos.
- Alerta: Acionado quando há aumento sustentado de casos ou outros indicadores de risco (como a introdução de um novo sorotípo).
- Emergência: Decretado em situações de surto ou epidemia, quando há um número elevado de casos e óbitos, exigindo uma resposta coordenada e ampliada dos serviços de saúde.

Considerando que o plano seja nacional, a situação e o estágio de resposta variam entre os diferentes estados e municípios do Brasil, dependendo do cenário epidemiológico local, o país está em um estado geral de alerta e preparação reforçada.

Segundo a OMS, 3,9 bilhões de pessoas em todo o mundo possuem risco de infecção por arbovírus, agravado particularmente pelas mudanças climáticas, urbanização e crescente mobilidade humana. Com

a circulação de múltiplos arbovírus acometendo simultaneamente em determinadas regiões, tornam a diferenciação entre eles desafiadora, principalmente onde os testes diagnósticos não estão prontamente disponíveis. Com todos esses desafios e ameaças, a avaliação de risco para arboviroses no Brasil em 2025 indica que a situação é **de alerta contínuo**, com um cenário complexo que exige vigilância constante.

A OMS orientou aos seus países signatários, a tomada de medidas que abrangem todas as áreas possíveis de exposição aos vetores - incluindo áreas de portos, aeroportos e fronteiras, e que venham a ser determinantes no controle das Arboviroses, por meio das medidas da "Iniciativa Global contra Arbovírus", definindo seus principais objetivos, a saber:

- Monitorar e antecipar riscos instalados nessa áreas;
- Reduzir o risco de epidemias locais por meio de intensivas práticas de controle vetorial;
- Fortalecer o controle de vetores com equipes treinadas;
- Prevenir e preparar-se para pandemias decorrentes de fatores ambientais;
- Promover a inovação e novas abordagens tecnológicas de controle vetorial; e
- Construir uma coalizão de parceiros, envolvendo todas as esferas institucionais público e privadas. (WHO,2024).

2.3.2. **Medidas de Saúde em Portos e Aeroportos**

Frente ao cenário epidemiológico atual, destaca-se que **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**

O alerta da OMS, indicando que 65% da população mundial está em risco, reflete um panorama onde mudanças climáticas e urbanização acelerada superam as capacidades tradicionais do controle vetorial. Embora o Brasil tenha registrado uma redução expressiva de 75% nos casos de dengue em relação a

2024, o fato de 30% dos municípios ainda operarem em estado de alerta e o surgimento de novas ameaças, como a febre Oropouche, demonstram que a vigilância das arboviroses não pode ser negligenciada.

A complexidade clínica dessas patologias — que variam do caráter autolimitado do Zika à cronicidade articular da Chikungunya e a potencial letalidade da Dengue — exige que os sistemas de saúde priorizem o diagnóstico diferencial preciso e o manejo clínico ágil. Em última análise, como a eliminação total dos vetores do gênero *Aedes* é projetada como inatingível nas próximas décadas, o foco deve transitar para estratégias de intervenção sustentáveis. Isso inclui o fortalecimento das campanhas nacionais de prevenção, o investimento em tecnologias de controle biológico e uma cooperação internacional robusta para conter a expansão dessas enfermidades em um mundo cada vez mais conectado e ambientalmente instável.

Destaca-se que, não há, até o momento, medidas de saúde temporárias, requerendo, porém, das administradoras aeroportuárias, a manutenção dos requisitos de preparação, notificação de casos e controle de vetores, objetivando a manutenção de ambientes de portos e aeroportos isentos de vetores transmissíveis.

A Anvisa em consonância ao RSI, mantém o monitoramento do cenário epidemiológico e de possíveis impactos para o trânsito de pessoas e mercadorias em portos e aeroportos, sendo sempre enfatizada a importância da manutenção dos ambientes isentos de vetores.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2 – 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6edrev.pdf Acessado em: 16/12/2025.

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: 16/12/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas: Vigilância Entomológica e Controle Vetorial. Brasília, 2025. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_arboviroses_urbanas.pdf Acessado em: 16/12/2025.

BRASIL. Com 30% dos municípios em alerta, Ministério da Saúde lança campanha nacional de combate às arboviroses. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/novembro/com-30-dos-municipios-em-alerta-ministerio-da-saude-lanca-campanha-nacional-de-combate-as-arboviroses>. Acessado em: 16/12/2025.

BRASIL. A primeira vacina contra a dengue com produção 100% nacional. Publicado em 26/11/2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/novembro/entenda-como-vai-funcionar-a-primeira-vacina-contra-a-dengue-com-producao-100-nacional>. Acessado em: 16/12/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Chikungunya - Manejo clínico. 2a edição revisada. Brasília, 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico_2ed_rev.pdf Acessado em: 16/12/2025

CDC Europeu. Visão geral da dengue no mundo. Atualização da situação, setembro de 2025. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/en/dengue-monthly>. Acessado em: 16/12/2025.

OMS. Dengue. Dados estatísticos. 21 de agosto de 2025. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>. Acessado em: 16/12/2025.

OPAS. Alerta epidemiológico Chikungunya e Oropouche na Região das Américas 28 de agosto de 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-08/2025-ago-28-phe-alerta->

[chkvorovptfinal.pdf](#). Acessado em: 16/12/2025

OPAS. Atualização epidemiológica Oropouche na Região das Américas 13 de agosto de 2025. Disponível em: https://brasil.un.org/sites/default/files/2025-08/2025-ago-13-actualizacao-epi-oropouche-pt_1.pdf Acessado em: 16/12/2025.

PAHO. Report on the epidemiological situation of dengue in the Americas As of epidemiological week 40, 2025. Update: Oct 27 2025 10:27AM (GTM-5). Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-10/2025-cde-dengue-sitrep-americas-epi-week-40-oct.pdf> Acessado em: 16/12/2025.

PAHO. Estratégia para a prevenção e controle das arboviroses: relatório final. 58º conselho diretor 72ª sessão do comitê regional da OMS para as amérias. 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: 16/12/2025.

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: 16/12/2025.

WHO. 2025. Guidelines for clinical management of arboviral diseases: dengue, chikungunya, Zika and yellow fever. 10 jul 2025. Disponível em : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/634a55a5-327e-459b-a633-0650fe8ad6c9/content> . Acessado em: 16/12/2025.

WHO. 2025. WHO launches global strategic plan to fight rising dengue and other Aedes-borne arboviral diseases. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/03-10-2024-who-launches-global-strategic-plan-to-fight-rising-dengue-and-other-aedes-borne-arboviral-diseases> Acessado em: 16/12/2025



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Gregis, Coordenador(a) de Vigilância Epidemiológica em PAF**, em 19/12/2025, às 14:31, 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 **Fernanda Bezerra de Oliveira, Assessor(a)**, em 19/12/2025, às 15:00, 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 **Michelle Werneck de Oliveira, Gerente-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados Substituto(a)**, em 19/12/2025, às 17:08, 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 **3918199** e o código CRC **BAF43DE7**.