

## NOTA TÉCNICA Nº 13/2026/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 20 de fevereiro de 2026, a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS recomendou o reforço da vigilância e da preparação dos sistemas de saúde, considerando que os quatro sorotipos do vírus da dengue circularam simultaneamente em 2025, o que continua a destacar o potencial para surtos e casos graves em 2026. (OPAS, 2026a).

Em 10 de fevereiro de 2026, a OPAS também alertou sobre um aumento sustentado de casos de chikungunya em vários países e territórios da Região das Américas, bem como a retomada da transmissão autóctone em áreas que não registravam a circulação do vírus há vários anos. (OPAS, 2026b).

O Ministério da Saúde publicou NOTA TÉCNICA Nº 4/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS, em 15/01/2026, a respeito da ampliação da estratégia de vacinação contra a dengue em todos os municípios do país para crianças e adolescentes de 10 a 14 anos, após a incorporação da vacina dengue (atenuada), ao Sistema Único de Saúde (SUS) em dezembro de 2023 (SEI 4208145).

### 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, 2024a).

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, 2025a).

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,2024a).

A Chikungunya (vírus chikungunya- CHIKV) um arbovírus artrítogênico, 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, 2025b)

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, 2024a).

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, 2024b).

## 2.1. Cenário epidemiológico das arboviroses

Desde o início de 2026, e até 23 de março de 2026, foram registrados globalmente mais de 500.000 casos de dengue e mais de 100 mortes relacionadas à dengue. No total, 78 países/territórios relataram casos de dengue entre janeiro e março de 2026. Em 2026, foram relatados casos em vários países no Sudeste Asiático, no Pacífico Ocidental e na África. No entanto, nos países da Comunidade Europeia não foram relatados casos. (ECDC, 2026).

Na Região das Américas, durante o ano de 2025, e até a semana epidemiológica (SE) 53, foram notificados 4.459.521 casos suspeitos e 1.682.588 casos confirmados de dengue. Foi identificada a circulação dos quatro sorotipos do vírus da dengue no Brasil, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá e Porto Rico (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4). Desse total, 8.966 (0,2%) foram caracterizados como dengue grave e foram registrados 2.207 óbitos (taxa de letalidade de 0,05%). O total de casos notificados em 2025 mostra uma tendência semelhante à observada em anos não epidêmicos mostrando um declínio de 66% em comparação com o registrado em 2024, ano em que se registrou um aumento histórico de casos de dengue notificados na Região das Américas (n= 13.063.434 casos). Até a SE 4 de 2026, foram notificados 122.090 casos, incluindo 22.409 casos confirmados por laboratório, 242 casos de dengue grave e

seis óbitos. (OPAS, 2026c)

De acordo com a última atualização nas Américas, de 08 de abril de 2026, até a semana epidemiológica (SE) 11 de 2026, foram notificados 559.035 casos suspeitos de dengue, resultando em uma incidência acumulada de 55 casos por 100.000 habitantes. Isso representa uma redução de 63% em comparação com o mesmo período de 2025 e de 63% em comparação com a média dos últimos 5 anos. (PAHO,2026b).

Em nível global, entre 1º de janeiro de 2025 e 10 de dezembro de 2025, foram notificados 502.264 casos de chikungunya, incluindo 208.335 casos confirmados e 186 óbitos relatados por 41 países e territórios. Foram notificados casos na Região da África com 2.211 casos, incluindo 111 casos confirmados, na Região do Mediterrâneo Oriental com 1.596 casos, incluindo 67 casos confirmados, a Região da Europa com 56.986 casos confirmados, incluindo 43 óbitos, a Região das Américas com 291.451 casos, incluindo 110.039 casos confirmados e 141 óbitos, a Região do Sudeste Asiático com 115.985 casos, incluindo 34.035 confirmados e 2 óbitos, e a Região do Pacífico Ocidental com 34.035 casos confirmados e dois óbitos. (OPAS,2026d).

Entre o final de 2025 e o início de 2026, observou-se um aumento sustentado de casos de Chikungunya em vários países e territórios da Região das Américas, bem como a retomada da transmissão autóctone em áreas que não registravam a circulação do vírus há vários anos. No Brasil, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram notificados 129.123 casos prováveis, incluindo 121 óbitos, dos quais 107.975 foram confirmados. Embora o número de casos prováveis e confirmados registrados nas primeiras quatro semanas de 2026 seja significativamente menor do que o notificado no mesmo período em 2025 (15.929 casos), é importante destacar que a atividade do vírus se manteve durante as últimas quatro semanas de 2025 (SE 49) e as primeiras semanas de 2026 (SE 4). (OPAS,2026d).

De acordo com os dados do CME - Sumário Executivo 14/04/2026, da SE (14) de 05/04/2026 - 11/04/2026, sobre a atualização de casos de Chikungunya, até esta SE, foram registrados 29.373 casos prováveis e 18 óbitos confirmados de Chikungunya no Brasil, com uma taxa de incidência de 13,8 casos por 100 mil/hab e 16 óbitos em investigação. No estado de Mato Grosso do Sul foram registrados 7.489 casos prováveis com incidência de 290,6 casos por 100 mil/hab, com 11 óbitos confirmados e 4 óbitos em investigação. No município de Dourados/MS, foram registrados um total de 3.572 casos prováveis e 1.634 casos confirmados. Foram confirmados 8 óbitos, além de 3 óbitos em investigação. Na população indígena do município, foram registrados 2.012 casos prováveis e 1.461 casos confirmados, com 6 óbitos confirmados e 1 óbito em investigação. Até o momento, os índices apontam uma redução de 55,0% em comparação com os dados de 2025. (SEI 4202029).

Estudos recentes apontam o avanço do vírus Oropouche – transmitido aos humanos pela picada dos mosquitos maruins (*Culicoides paraensis*), na América Latina e Caribe, com estimativas de que 9,4 milhões de infecções ocorreram entre 1960 e 2025 nesta região do planeta, sendo 5,5 milhões apenas no Brasil. Entre o final de 2023 e meados de 2024, a porcentagem da população com anticorpos contra o vírus (indicando infecção passada) aumentou de 11,4% para 25,7%. (UNICAMP,2026).

Do total de casos de Oropouche em 2025, de acordo com o painel de Monitoramento das Arboviroses, conforme em última atualização em 15/04/2026, foram 12.668 casos confirmados e 7 óbitos confirmados (BRASIL,2026b).

A OPAS confirmou a transmissão local do vírus Zika em 52 países e territórios das Américas desde 2015. Até 10 de março de 2026, foram relatados 7.654 casos suspeitos e 551 casos confirmados de Zika nas Américas. Em 2025, foram relatados mais de 25.800 casos suspeitos de Zika, 1.808 casos confirmados e uma morte relacionada à doença nas Américas; a maioria dos casos confirmados está no Brasil. O Brasil liderou as Américas com cerca de 1.801 casos confirmados, número inferior aos 2.067 casos em 2024 e aos 3.997 casos em 2023. (PAHO,2026a).

No Brasil, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram notificados 1.655.644 casos suspeitos de dengue, incluindo 1.793 óbitos. Do total de casos notificados, 1.453.633 foram confirmados, o que

corresponde a uma taxa de incidência de 775,7 por 100.000 hab. e uma letalidade de 0,12% (n= 1.786 mortes), com predomínio de DENV-2. Do total de casos suspeitos, 2,2% corresponderam a casos graves de dengue (n= 35.976). Em relação à tendência em 2025, observou-se o comportamento habitual, com aumento dos casos durante o primeiro semestre do ano e um pico na SE 14, semelhante ao registrado em anos não epidêmicos. Nas últimas semanas de 2025 e nas primeiras de 2026, observa-se uma ligeira tendência de aumento, consistente com o comportamento esperado para esta época do ano. (OPAS, 2026c).

De acordo com o Sumário Executivo do CME (Comitê de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública), até na Semana Epidemiológica (SE) 09 de 2026 (01/03/26 – 07/03/26), em 2026, foram registrados 125.871 casos prováveis de dengue e 28 óbitos confirmados, com uma taxa de incidência de 59,0 casos por 100 mil/hab e 125 óbitos em investigação. Com relação à chikungunya, no mesmo período, no Brasil, foram registrados 13.594 casos prováveis e 4 óbitos confirmados, com incidência de 6,3 casos por 100 mil/hab, 11 óbitos em investigação e um óbito confirmado. (SEI 4192276).

Dados atualizados pelo Ministério da Saúde, pelo painel de Monitoramento das Arboviroses no país, na última atualização do ano de 2026 (14/04/2026), indicam (BRASIL,2026b):

- Dengue: casos prováveis (231.216), óbitos (78), óbitos em investigação (188), incidência (108,3), letalidade dos casos prováveis (0,03), e letalidade dos casos graves (2,28).
- Chikungunya: casos prováveis (29.373), óbitos (18), óbitos em investigação (16), incidência (13,8).
- Zika: casos prováveis (953), óbitos (0), óbitos em investigação (0), incidência (0,5).
- Oropouche: casos confirmados (6), óbitos (0), óbitos em investigação (0).

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](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,2024a):

#### **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: hematótese, 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  $\geq 4$  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  $\leq 38,5^{\circ}\text{C}$ ).; 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.** toda gestante 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.

O Brasil atualmente disponibiliza dois imunizantes contra a dengue; o primeiro, a vacina tetravalente atenuada (QDenga®) 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, 2024c).

E o outro imunizante, conforme esclarece a Nota Técnica Nº 11/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS (SEI 4192246), de 03/02/2026, após a Anvisa referendar a sua segurança e a eficácia contra a dengue (vírus vivo atenuado), é o produzido pelo Instituto Butantan, que iniciou a primeira etapa de vacinação com tecnologia 100% nacional, para pessoas na faixa etária de 12 a 59 anos. O esquema está indicado independentemente de infecção prévia por dengue (soropositivos e soronegativos), e sem histórico de vacinação com outro imunizante, correspondendo à administração de uma dose por via subcutânea. Considerando a disponibilidade inicial de doses, o Ministério da Saúde optou por iniciar a administração da vacina do Instituto Butantan em trabalhadores da Atenção Primária a Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), com expectativa de que cerca de 74% dos casos da doença sejam evitados entre pessoas vacinadas.

### 2.3. **Vigilância Epidemiológica das Arbovíroses 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 Arbovíroses: implicações para Portos e Aeroportos**

De acordo com dados da OMS (Organização Mundial da Saúde) de 2024, as doenças transmitidas por vetores são responsáveis por mais de 700.000 mortes humanas anualmente, sendo que infecções transmitidas por mosquitos, como dengue, chikungunya e zika, constituem uma proporção crescente e significativa desse fardo. O que antes era considerado um problema localizado em ambientes com poucos recursos em regiões tropicais e subtropicais está se tornando um desafio global generalizado. Isso se deve, em grande parte, a uma combinação de fatores, incluindo mudanças climáticas, viagens transcontinentais e urbanização, com a disseminação geográfica e a intensidade dos surtos de arbovírus atingindo níveis sem precedentes neste século. (ROBINSON *et al*, 2026).

As arboviroses representam atualmente um cenário de risco global em expansão, uma vez que quase metade da população mundial está em risco de contrair dengue, um número que demonstra o amplo alcance dessa doença. Particularmente preocupante é o aumento de casos autóctones —

infecções adquiridas localmente — relatados em regiões anteriormente consideradas não endêmicas, indicando uma preocupante proliferação de arbovírus. Os fatores que impulsionam esse risco crescente são complexos e interligados com as tendências globais modernas. Projeções de modelos sugerem que o aumento das temperaturas poderá expor mais 1,3 bilhão de pessoas ao risco de doenças como dengue e Zika até 2050, destacando as mudanças climáticas como um fator determinante, tanto direto quanto indireto, da dinâmica das arboviroses. (ROBINSON *et al*, 2026).

Para 2026, há que se considerar outros desafios, como o aumento de susceptíveis pela diminuição da imunidade cruzada a outros sorotipos, apresentada em 2025 e adquirida em decorrência da epidemia do ano anterior; a circulação do DENV3 no município desde fevereiro de 2025; e outros fatores que exercem influência na circulação do vírus e no aumento no número dos mosquitos, como alterações de temperatura e fenômenos pluviométricos. Estas situações podem levar a um aumento significativo de casos e sobrecarga nos serviços de saúde após o período de imunidade. (SÃO PAULO, 2026).

A dengue também pode obter vantagens de transmissão por meio de derivação antigênica e substituição de genótipos, sugerindo-se que o sucesso evolutivo e a prevalência contínua do vírus se devam, em parte, às interações entre seus sorotipos. Tais interações, por meio do mecanismo de potencialização dependente de anticorpos, podem exacerbar a gravidade da doença o que pode influenciar indiretamente a dinâmica de transmissão. Foi demonstrado que duas mutações da proteína do envelope do vírus podem aumentar sinergicamente a infectividade viral tanto em mosquitos vetores quanto em hospedeiros mamíferos. Esse efeito sinérgico não apenas impulsiona a substituição de linhagens, mas também promove a ampla circulação e a expansão epidêmica do DENV-2 atualmente no mundo. Essas descobertas não apenas oferecem uma explicação científica para as epidemias sustentadas em larga escala de dengue sob a perspectiva da evolução genética, mas também fornecem uma base importante para o alerta precoce de futuras pandemias de dengue. (HE SHIGI, 2026).

Mediante o risco contínuo de transmissão da dengue, faz-se necessária a adequação dos serviços de saúde diante do atual aumento da incidência de infecção nas Américas, e os Estados-Membros são instados a adequar seus serviços de saúde para dar uma resposta oportuna e correta à população em todos os níveis de atendimento, tais como:

- Organizar o rastreamento, o fluxo de pacientes e as áreas de atendimento clínico e hospitalar em cada instituição, nos diferentes níveis de atendimento.
- Reorganizar os serviços de saúde em situações de surtos/epidemias nos diferentes níveis de atendimento ao paciente.
- Fortalecer as redes de atenção aos pacientes no diagnóstico clínico, manejo, acompanhamento, bem como na referência e contra-referência de pacientes com suspeita de dengue, chikungunya ou Zika. (OPAS, 2026c).

Como também, a OPAS insta os Estados-Membros a fazer uso eficaz dos recursos disponíveis para prevenir e/ou controlar a infestação de vetores em áreas afetadas e nos serviços de saúde. Isso será alcançado através da implementação de estratégias integradas de controle de vetores em emergências, que incluem os seguintes processos:

- Seleção de métodos de controle com base no conhecimento da biologia do vetor, da transmissão da doença e da morbidade.
- Utilização de múltiplas intervenções, frequentemente em combinação e de forma sinérgica.
- Colaboração do setor de saúde com setores públicos e privados ligados à gestão do meio ambiente cujo trabalho tenha impacto na redução do vetor.
- Participação ativa de indivíduos, famílias e outros setores-chave (educação, finanças, turismo, água e saneamento, entre outros) nas atividades de prevenção e controle. (OPAS, 2026c).

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,2025c).

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, 2025c)

- 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 sorotipo).
- 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. E a avaliação de risco para arboviroses no Brasil em 2026 mantém-se na situação **de alerta contínuo**, considerando um cenário complexo que exige vigilância constante.

### 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

As mudanças ambientais estão remodelando a saúde pública global e levando a um aumento da incidência de dengue e outras arboviroses, e para responder a esse novo quadro é preciso uma resposta de saúde única. Em 2024, a região das Américas teve mais de 13 milhões notificações da doença e 8,4 mil mortes marcando a maior epidemia já registrada, e essa resposta exige ação coordenada entre os setores, incluindo o setor animal, governos locais, água e saneamento e agências ambientais, e não depender apenas do setor da saúde.

Como consenso mundial, a dengue não é mais apenas uma doença tropical, mas um forte indicador global da relação entre mudança climática e as arboviroses provando que a saúde humana não pode ser separada da saúde do meio ambiente e dos sistemas em que se vive.

A situação do Oropouche reforça um ponto central: doenças antes consideradas regionais podem rapidamente ganhar escala nacional e até internacional. Os pesquisadores alertam que o desafio agora é fortalecer a vigilância, especialmente em áreas remotas, e investir na prevenção. Também destacam a importância de melhorar as condições de vida das populações amazônicas, que são as primeiras a detectar novos surtos.

Os estudos que revelaram a nova dimensão do Oropouche também já impactaram políticas públicas. Hoje, o vírus passou a ser incluído nos protocolos de testagem, inclusive em locais onde dengue, zika e chikungunya já circulam. O Brasil possui um sistema robusto de vigilância de arboviroses, com milhões de testes realizados por ano, considerado referência internacional. Mesmo assim, deve-se aprimorar e incentivar a detecção precoce, especialmente em regiões de difícil acesso.

Reforça-se que até o momento, não há 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(a). 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_v2\\_6edrev.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6edrev.pdf) Acessado em: 16/12/2025.

BRASIL(b). Ministério da Saúde atualiza orientações para vigilância do Oropouche. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/ministerio-da-saude-atualiza-orientacoes-para-vigilancia-do-oropouche> . Em 27/12/2024. Acessado em: 16/04/2026.

BRASIL (c). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico-operacional : estratégia de vacinação contra a dengue – 2024. Brasília : Ministério da Saúde, 2024. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/informe\\_tecnico\\_estrategia\\_vacinacao\\_dengue\\_2024.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/informe_tecnico_estrategia_vacinacao_dengue_2024.pdf) . Acessado em: 16/04/2026.

BRASIL(a). Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas: Vigilância Entomológica e Controle Vetorial. Brasília, 2025. Disponível em : [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_arboviroses\\_urbanas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_arboviroses_urbanas.pdf) Acessado em: 16/12/2025.

BRASIL(b). Ministério da Saúde. Chikungunya - Manejo clínico. 2a edição revisada. Brasília, 2025.

Disponível

e m : [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya\\_manejo\\_clinico\\_2ed\\_rev.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico_2ed_rev.pdf)

Acessado em: 16/12/2025

BRASIL(c). 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_contingencia\\_nacional\\_dengue\\_zika.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_contingencia_nacional_dengue_zika.pdf)

Acessado em: 16/12/2025.

BRASIL(a). Ministério da Saúde inicia vacinação de 1,2 milhão de profissionais de saúde contra a dengue em todos os estados. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/fevereiro/ministerio-da-saude-inicia-vacinacao-de-1-2-milhao-de-profissionais-de-saude-contra-a-dengue-em-todos-os-estados>. Em 10/02/2026. Acessado em 08/04/2026.

BRASIL(b).Ministério da Saúde. Monitoramento das arboviroses. Última atualização 14/04/2026. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-egypti/monitoramento-das-arboviroses>. Acessado em 14/04/2026.

ECDC. Dengue worldwide overview. Situation update, March 2026.. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/en/dengue-monthly> Acessado em 09/04/2026.

HE SHIGI, *et al.* In: Current status of dengue fever epidemics and vaccine development. *Virologica*. 21 de jan 2026 ; 41(1):1–9. Disponível em <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13007307/>. Acessado em 09/04/2026.

OPAS(a). Atualização da situação da dengue nas Américas e recomenda o reforço da vigilância e da preparação dos sistemas de saúde. Disponível em <https://www.paho.org/en/news/20-2-2026-paho-updates-dengue-situation-americas-recommends-strengthened-surveillance-and>. Acessado em 08/04/2026.

OPAS.(b) Alerta epidemiológico Chikungunya 10 de fevereiro de 2026. Disponível em <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-fevereiro-10-phe-alerta-chkvfinalpt.pdf>. Acessado em 08/04/2026.

OPAS(c). Atualização epidemiológica sobre a dengue na Região das Américas. 18 de fevereiro de 2026. Disponível em <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-feb-phe-actualizacao-dengue-ptfinal1.pdf>. Acessado em 09/04/2026.

OPAS(d). Alerta epidemiológico Chikungunya. 10 de fevereiro de 2026. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-chikungunya-10-fevereiro-2026> . Acessado em 09/04/2026.

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](https://brasil.un.org/sites/default/files/2025-08/2025-ago-13-actualizacao-epi-oropouche-pt_1.pdf) Acessado em: 16/04/2026.

PAHO(a). ZIKA. Cases of Zika Virus Diseases. Disponível em <https://www.paho.org/en/arbo-portal/zika-data-and-analysis/zika-analysis-country>. Acessado em 09/04/2026.

PAHO(b). Situação epidemiológica da dengue na região das Américas - Semana Epidemiológica 11, 2026. 08 de abril de 2026. Disponível em <https://www.paho.org/en/documents/dengue-epidemiological-situation-region-americas-epidemiological-week-11-2026>. Acessado em 09/04/2026.

ROBINSON, AW *et al.* In: The Second Silent Pandemic: Why Arboviruses Demand an Orchestrated Global Health Response. *PATHOGENS*. 2026,15(398). Disponível <https://doi.org/10.3390/pathogens15040398>. Acessado em 09/04/2026.

SÃO PAULO. PLANO DE ENFRENTAMENTO E CONTINGÊNCIA DAS ARBOVIROSES 2026. Disponível em <https://www.sjc.sp.gov.br/media/n1kjcvr0/plano-de-enfrentamento-arboviroses-2026.pdf>. Acessado em 09/04/2026.

UNICAMP. Novo estudo indica avanço do vírus Oropouche em todas as regiões do Brasil. Universidade de Campinas, 24 março 2026. Disponível em [https://jornal.unicamp.br/wp-content/uploads/sites/32/2026/03/41591\\_2026\\_Article\\_4221.pdf](https://jornal.unicamp.br/wp-content/uploads/sites/32/2026/03/41591_2026_Article_4221.pdf) Acessado em 09/04/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Gregis, Coordenador(a) de Vigilância Epidemiológica em PAF**, em 27/04/2026, às 14:27, 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](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 27/04/2026, às 14:34, 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Bezerra de Oliveira, Assessor(a)**, em 27/04/2026, às 15:12, 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](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 28/04/2026, às 18:38, 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](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 **4189670** e o código CRC **784463EE**.