

10 de fevereiro de 2026

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. Embora a dinâmica observada possa corresponder a padrões epidemiológicos esperados em contextos com presença do vetor, o reaparecimento de casos em determinados territórios reforça a necessidade de manter uma vigilância sensível e uma resposta oportuna. Nesse contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) insta os Estados-Membros a intensificar a vigilância epidemiológica e laboratorial, garantir a detecção precoce e o manejo clínico adequado dos casos e consolidar as ações integradas de controle de vetores, a fim de limitar a transmissão e reduzir a morbidade e mortalidade associadas.

Chikungunya em nível global

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. Por Região da Organização Mundial da Saúde (OMS), 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 (1).

A análise genômica identificou três genótipos principais do vírus chikungunya (CHIKV) em circulação global: o genótipo da África Ocidental, o genótipo da África Oriental, Central e Sul-Africana (ECSA, por suas siglas em inglês) e o genótipo asiático. Dentro do genótipo ECSA, surgiu a sublinhagem do Oceano Índico (IOL, por suas siglas em inglês), geneticamente divergente e caracterizada pela mutação E1-A226V, que tem sido associada a uma maior transmissibilidade do CHIKV pelo vetor *Aedes albopictus* (2).

Chikungunya na Região das Américas

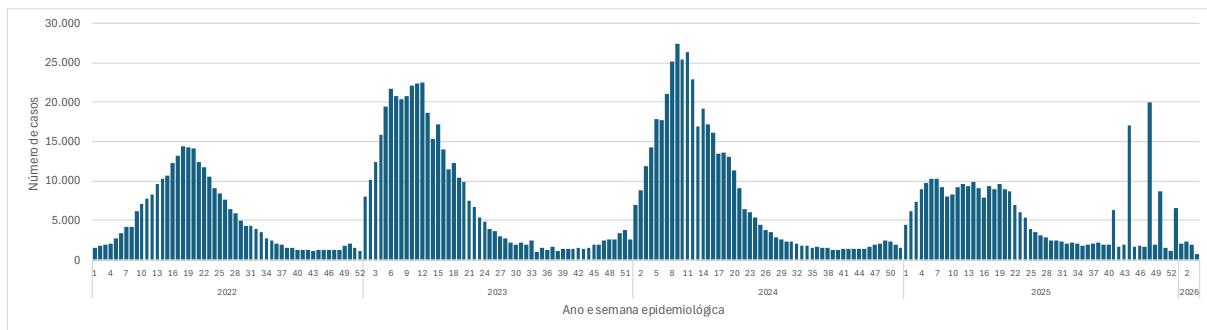
Em 2025, entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 53, 18 países e um território da Região das Américas notificaram, por meio da Plataforma de Informação em Saúde para as Américas (PLISA) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 313.132 casos, dos quais 113.926 foram confirmados, incluindo 170 óbitos por chikungunya (**Figura 1**) (3).

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico: Chikungunya, 10 de fevereiro de 2026. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026.

Desde o final de 2025 (SE 49) e início de 2026 (SE 4), observou-se um aumento sustentado de casos de chikungunya em 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. Nesse período, foi documentada uma circulação significativa nas regiões centro-oeste e sudeste do Brasil, sul da Bolívia e o reaparecimento de casos na zona do Escudo Guianês (**Figura 2**) (3-18).

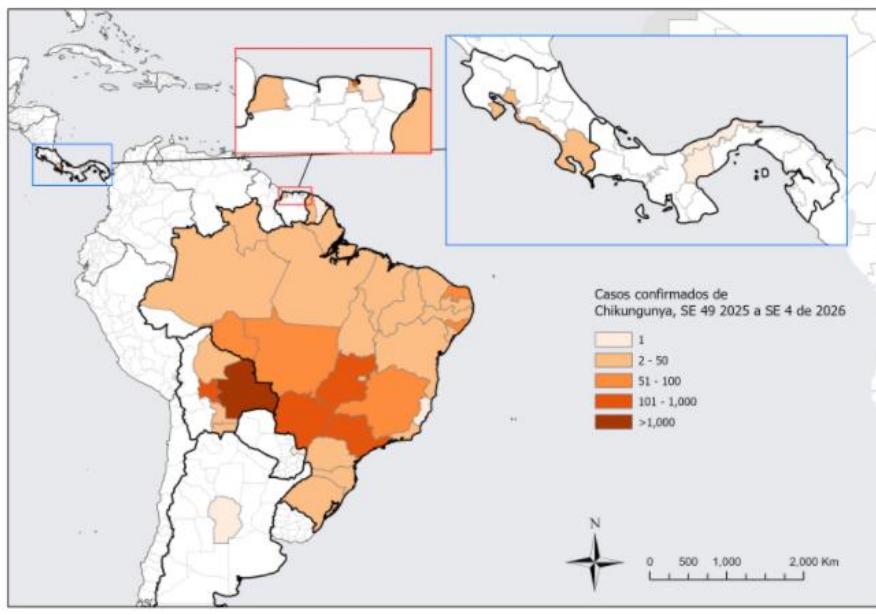
Em 2026, até a SE 4, foram notificados através do PLISA 7.150 casos de chikungunya, dos quais 2.351 foram confirmados, incluindo uma morte (3).

Figura 1. Distribuição de casos de chikungunya por ano e semana epidemiológica na Região das Américas, 2022-2026.



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA Plataforma de Informação em Saúde para as Américas, Portal de Indicadores de Chikungunya. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [Acessado em 5 de fevereiro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/chikunguna-datos-analisis/chikunguna-analisis-por-pais> (3).

Figura 2. Distribuição geográfica dos casos confirmados de chikungunya na Região das Américas, SE 49 de 2025 a SE 4 de 2026.



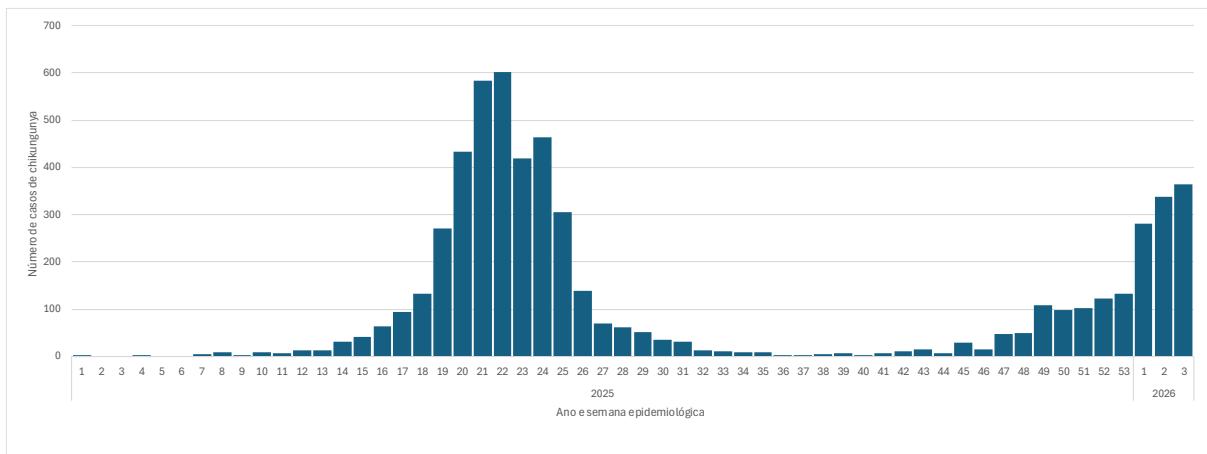
Fonte: Adaptado dos dados fornecidos pelos respectivos países e reproduzidos pela OPAS/OMS (4-18).

A seguir, um resumo sucinto da situação epidemiológica da chikungunya em países selecionados da Região das Américas que notificaram casos entre o final de 2025 e o início de 2026, organizado em ordem alfabética:

Na **Bolívia**, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram notificados um total de 4.696 casos confirmados de chikungunya, incluindo quatro óbitos. Em 2026 (até a SE 3), foram confirmados 984 casos de chikungunya, sem registro de óbitos (4).

Durante 2025, observou-se um aumento a partir da SE 12, atingindo o maior número de casos na SE 22. Esse aumento esteve principalmente associado ao surto registrado no departamento de Santa Cruz. Um segundo aumento, embora menos pronunciado que o anterior, foi registrado a partir da SE 41 de 2025, tendência que se manteve até as primeiras semanas de 2026. (**Figura 3**) (4). Na Bolívia, foi documentada a circulação do genótipo ECSA do CHIKV durante 2025; no entanto, a mutação E1-A226V não foi identificada (4, 5).

Figura 3. Distribuição de casos confirmados de chikungunya por SE de início dos sintomas. Bolívia, 2025-2026 (até SE 3 de 2026).



Fonte: Adaptado dos dados fornecidos pelo Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Bolívia. Comunicação recebida em 3 de fevereiro de 2026 por e-mail. La Paz; 2025. Não publicado (4).

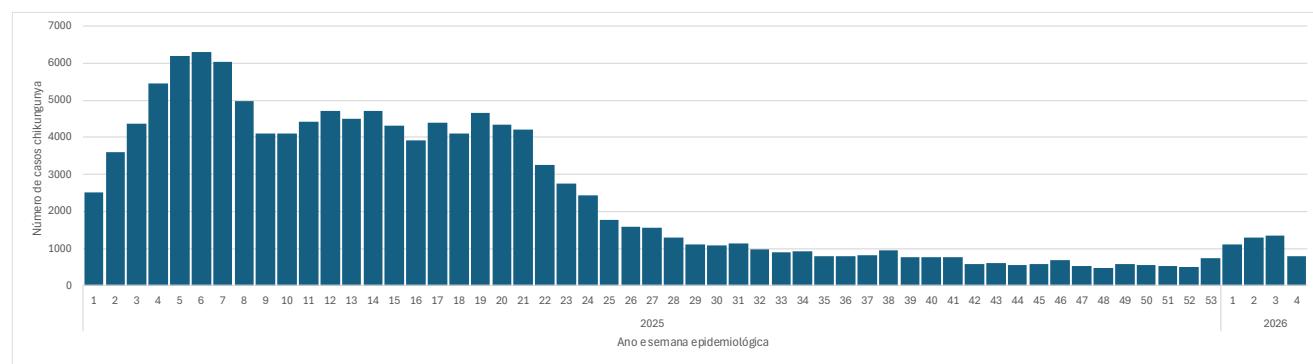
No **Brasil**, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram notificados 129.123 casos prováveis de chikungunya, incluindo 121 óbitos, dos quais 107.975 foram confirmados. Em 2026 (até a SE 4), foram notificados 4.544 casos prováveis, dos quais 1.535 foram confirmados, sem registro de óbitos (**Figura 4**) (6).

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). Nesse período, 26 unidades federais notificaram casos, sendo que 71,5% do total de casos (prováveis e confirmados) concentraram-se em cinco estados: Minas Gerais (n= 1.515 casos prováveis, 81 confirmados por laboratório), Mato Grosso do Sul (n= 1.326 casos prováveis, 388 confirmados por laboratório), Goiás (n= 1.318 casos prováveis, 377 confirmados por laboratório), São Paulo (n= 784 casos prováveis, 143 confirmados por laboratório) e Mato Grosso (n= 364 casos prováveis, 84 confirmados por laboratório, incluindo um óbito) (6).

Todos os 7.413 casos prováveis e confirmados registrados neste período foram classificados como autóctones. Dos casos confirmados por laboratório, 959 correspondem a mulheres. A maior proporção de casos foi registrada na faixa etária de 30 a 39 anos (n=261 casos), seguido pelo grupo de 40 a 49 anos (n=237 casos) (6).

Além disso, foram notificados 405 casos que exigiram hospitalização e 14 casos em recém-nascidos¹. No Brasil, foi documentada a circulação do genótipo ECSA sem a presença da mutação E1-A226V (6).

Figura 4. Distribuição de casos prováveis e confirmados de chikungunya por SE de início dos sintomas. Brasil, 2025-2026 (até SE 4 de 2026).



Fonte: Adaptado dos dados fornecidos pelo PFN para o RSI do Brasil. Comunicação recebida em 5 de fevereiro de 2026 por e-mail. Brasília; 2026. Não publicado (6).

Em **Cuba**, desde o início do surto em julho de 2025 e até a semana 53, foram notificados 51.217 casos suspeitos de chikungunya, incluindo 46 óbitos e 1.959 casos confirmados por laboratório. Os casos foram identificados em 13 das 15 províncias: Artemisa, Camagüey, Ciego de Ávila, Cienfuegos, Granma, Guantánamo, Holguín, Havana, Matanzas, Pinar del Río, Sancti Spíritus, Santiago de Cuba e Villa Clara (1, 3). Até o momento da publicação deste alerta, não foram recebidas informações sobre casos notificados em 2026.

Na **Guiana**, em 2025, foram notificados um total de seis casos suspeitos de chikungunya, todos confirmados por testes laboratoriais. Os casos foram registrados entre as semanas epidemiológicas 42 e 48, na região 4, e foram classificados como autóctones, uma vez que não havia histórico de viagem antes do início dos sintomas (7). Esses casos foram registrados após nove anos sem notificação de casos autóctones. Até o momento, em 2026, não foram notificados novos casos.

Na **Guiana Francesa**, entre a SE 4 e a SE 5 de 2026, foram confirmados por laboratório cinco casos de chikungunya, dos quais quatro foram classificados como autóctones e um como importado. Os casos autóctones foram registrados em Saint-Laurent-du-Maroni (n= 3) e Kourou (n= 1), enquanto o caso importado corresponde a um residente de Cayenne com histórico de viagem ao Suriname. O sequenciamento dos primeiros casos autóctones mostrou alta similaridade genética entre si e estreita relação com sequências recentes de Cuba e Brasil (8, 9).

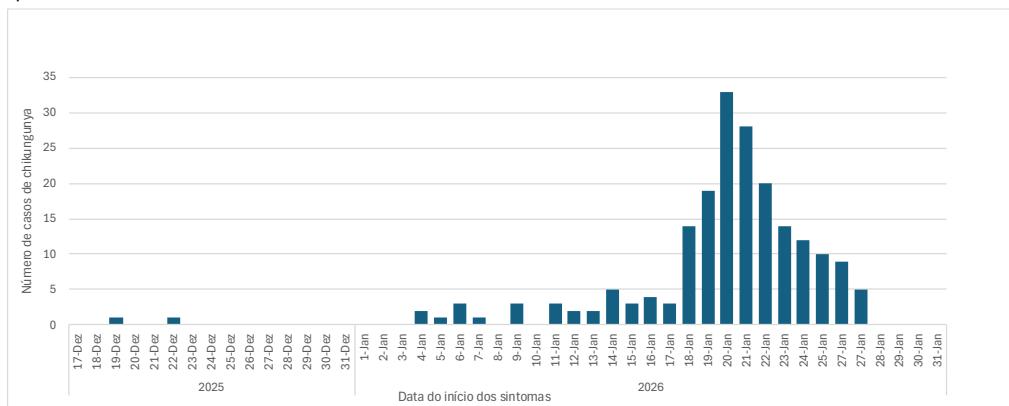
¹ Durante os primeiros 7 dias de vida.

No **Panamá**, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram notificados 336 casos de chikungunya, dos quais 41 foram confirmados, sem registo de óbitos associados durante este período. Os casos confirmados estão em processo de genotipagem (10). Até ao momento, em 2026, não foram notificados casos (10).

No **Paraguai**, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram notificados 51 casos confirmados de chikungunya. Entre a SE 1 e a SE 4 de 2026, foi notificado um caso confirmado adicional. Não foram registados óbitos durante este período (11). Esta situação representa uma diminuição acentuada em comparação com o surto ocorrido entre 2022 e 2023, quando foram notificados 2.248 e 83.522 casos confirmados respetivamente, incluindo 297 óbitos associadas à chikungunya em 2023 (11). Entre abril e julho de 2025, foi documentada no Paraguai a circulação do genótipo ECSA do vírus chikungunya, sem deteção da mutação E1-A226V (11).

No **Suriname**, não havia casos autóctones notificados desde 2016; no entanto, na semana epidemiológica 51 de 2025, foi registrado o primeiro caso autóctone de chikungunya. Desde a semana epidemiológica 51 de 2025 até a semana epidemiológica 4 de 2026, foram notificados um total de 712 casos suspeitos de chikungunya, dos quais 327 foram confirmados por laboratório, incluindo um óbito (**Figura 5**). De acordo com as informações disponíveis (n=150 casos), os casos confirmados foram notificados em quatro dos dez distritos do Suriname: Paramaribo (n= 127 casos, incluindo um óbito), Commewijne (n= 1 caso), Nickerie (n= 15 casos) e Wanica (n= 7 casos). As informações sobre a idade estavam disponíveis para 585 casos, com idades entre 11 meses e 85 anos. As crianças de 0 a 14 anos representaram a maior proporção de casos (28%; n = 163), seguidas de perto pelos adultos de 30 a 49 anos (28%; n = 162). O sexo foi informado em 585 casos, dos quais 52% (n = 305) eram mulheres; vale ressaltar que as mulheres representavam 71% dos casos na faixa etária de 30 a 49 anos. Havia informações disponíveis sobre hospitalização em 55 casos, dos quais 12 (7,7%) necessitaram de hospitalização (12). Foi notificada uma morte que está a ser investigada, correspondente a um homem de 72 anos com comorbidades, que faleceu em 26 de janeiro de 2026. As amostras dos casos de 2026 estão atualmente a ser submetidas a análises de genotipagem; os resultados estão pendentes (12).

Figura 5. Distribuição dos casos confirmados de chikungunya por data de início dos sintomas. Suriname, SE 51 de 2025 a SE 4 de 2026.



Fonte: Adaptado dos dados fornecidos pelo Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional do Suriname. Comunicação recebida em 4 de fevereiro de 2026 por e-mail. Paramaribo; 2026. Não publicado (12).

Orientações para as autoridades nacionais

Diante do aumento do número de casos de chikungunya em alguns países, tanto dentro como fora da Região, e considerando o risco de expansão do vírus chikungunya para novas áreas com populações suscetíveis, a OPAS/OMS insta os Estados Membros a tomarem as medidas necessárias para prevenir e responder oportunamente a possíveis surtos.

Nesse sentido, recomenda-se fortalecer a vigilância epidemiológica e entomológica, garantir o diagnóstico oportuno e o manejo clínico adequado dos casos de chikungunya e outras arboviroses, e intensificar as ações de prevenção e controle de vetores. Da mesma forma, exorta-se a preparar os serviços de saúde para garantir o acesso dos pacientes a uma atenção integral e adequada.

A OPAS/OMS lembra aos Estados-Membros que continuam em vigor as orientações emitidas no Alerta Epidemiológico de 13 de fevereiro de 2023 sobre o aumento da incidência de chikungunya na Região das Américas, disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-chikungunya-na-regiao-das-americas> (13).

Adequação dos serviços de saúde

Diante do risco de aumento da incidência de chikungunya em algumas áreas da Região, a OPAS/OMS orienta os Estados-Membros a adequar seus serviços de saúde para garantir uma resposta oportuna em todos os níveis de atendimento diante de eventuais surtos (13). Isso inclui:

- A organização da triagem clínica, o fluxo de pacientes, o acompanhamento, a hospitalização de pacientes e o sistema de referência e contra-referência de pacientes em cada instituição e nível de atendimento.
- A adaptação dos serviços de saúde e da rede de atendimento para responder a situações de surtos ou epidemias.
- O fortalecimento das redes de atendimento de pacientes para o diagnóstico, manejo e acompanhamento de pacientes com suspeita de chikungunya (incluindo o acompanhamento integral de pacientes na fase crônica).

Vigilância integrada

A OPAS/OMS incentiva a manutenção e o fortalecimento da vigilância epidemiológica em nível nacional e o compartilhamento com a Organização dos relatórios de casos de chikungunya, Oropouche, dengue e Zika, para facilitar a caracterização e a análise regional.

Dado que os casos dessas doenças (chikungunya, dengue, Oropouche e Zika) podem ocorrer no mesmo território, mas são transmitidos por vetores com hábitos e características diferentes, é importante intensificar os esforços para analisar sua distribuição espacial. Isso permitirá uma resposta mais rápida e focada nas áreas mais afetadas. As informações sobre

os pontos críticos de transmissão da dengue, Zika, chikungunya e Oropouche devem ser utilizadas para orientar as ações de controle intensivo de vetores (13,14).

A vigilância entomológica, além de identificar as principais espécies de vetores envolvidas na transmissão, como *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, para chikungunya, dengue e Zika (13), bem como o principal vetor *Culicoides paraensis* para Oropouche (14), deve medir sua densidade nas áreas de risco e avaliar o impacto das medidas de controle implementadas. Por serem vetores com ecossistemas diferentes (*Aedes aegypti* versus *Culicoides*), a dinâmica de transmissão ocorre regularmente em áreas diferentes.

Confirmação laboratorial

O diagnóstico inicial da infecção pelo vírus chikungunya (CHIKV) é clínico, e uma suspeita adequada pode orientar o protocolo de confirmação. No entanto, os resultados laboratoriais devem ser sempre analisados em conjunto com as informações e o contexto epidemiológico, para fins de vigilância e não como base para a tomada de decisões clínicas (15).

A suspeita clínica de infecção pelo CHIKV pode ser confirmada em laboratório por meio de técnicas virológicas, principalmente a detecção molecular por PCR. A amostra ideal para a detecção é o soro coletado durante a fase aguda da infecção, preferencialmente nos primeiros 5 dias após o início dos sintomas. No entanto, como o CHIKV geralmente se apresenta com viremias mais prolongadas, uma amostra coletada até o 8º dia após o início dos sintomas pode ser útil para a confirmação molecular (15).

Existem diferentes algoritmos para a detecção molecular do CHIKV, dependendo do contexto epidemiológico e clínico. Assim, diante de uma suspeita clínica compatível com infecção por CHIKV, sugere-se iniciar com uma PCR específica, em que um resultado positivo confirma a infecção; se o resultado for negativo, pode-se continuar sequencialmente com a detecção de outros arbovírus, principalmente o vírus da dengue (DENV) e o vírus Zika (ZIKV), ou outros patógenos considerados no diagnóstico diferencial (**Figura 6**) (15).

Por outro lado, quando a suspeita clínica não é clara e a sintomatologia inespecífica pode ser compatível com outros arbovírus (ou mesmo outros patógenos), ou no âmbito da vigilância sindrómica, um protocolo de amplificação múltipla (*multiplex*) que permita a detecção simultânea de pelo menos 3 dos arbovírus endêmicos mais prováveis (DENV, CHIKV e ZIKV) pode ser mais eficiente (**Figura 7**) (15).

Em casos fatais, recomenda-se a coleta de amostras de tecido, principalmente fígado e baço, para detecção molecular. Essas amostras também são úteis para análises histopatológicas que permitem apoiar o diagnóstico e caracterizar melhor o caso (15).

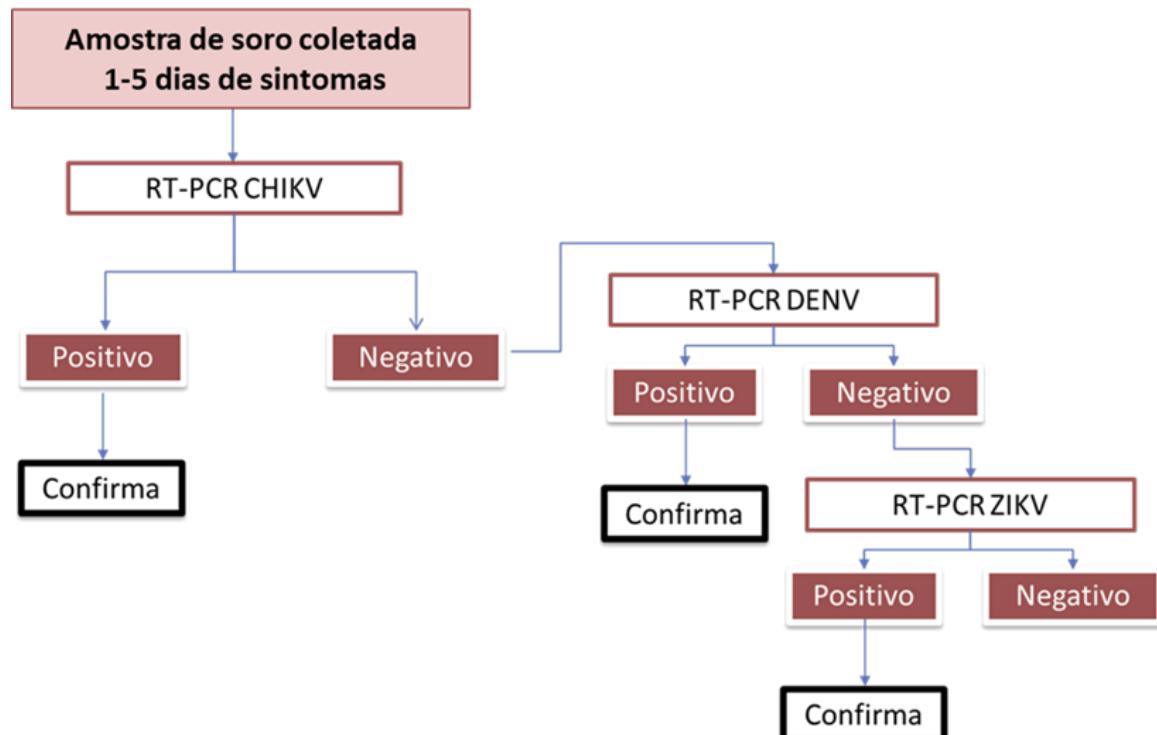
A confirmação sorológica da infecção por CHIKV só é possível quando são processadas amostras pareadas coletadas com pelo menos uma semana de intervalo (fase aguda e

fase convalescente). A soroconversão (IgM negativa na amostra inicial e positiva na segunda amostra, por ELISA ou neutralização) ou o aumento de pelo menos 4 vezes do título de anticorpos (com uma metodologia quantitativa) podem confirmar o diagnóstico. No entanto, é importante ter em conta que os ensaios sorológicos são suscetíveis a reações cruzadas, especialmente com outros alphavírus, incluindo o Mayaro. Além disso, um resultado positivo numa única amostra não é considerado confirmatório, uma vez que, além da possibilidade de reação cruzada, a IgM pode permanecer detectável durante vários meses e até anos após a infecção, pelo que uma detecção pode refletir uma infecção passada (15).

Em casos com manifestações neurológicas (por exemplo, meningoencefalite), a detecção molecular e sorológica pode ser realizada em amostras de líquido cefalorraquidiano (LCR). No entanto, essa amostra deve ser coletada apenas por indicação clínica e não com o objetivo específico de identificar o agente etiológico. Embora um resultado positivo em um teste molecular no LCR confirme a infecção, um resultado negativo não a descarta (15).

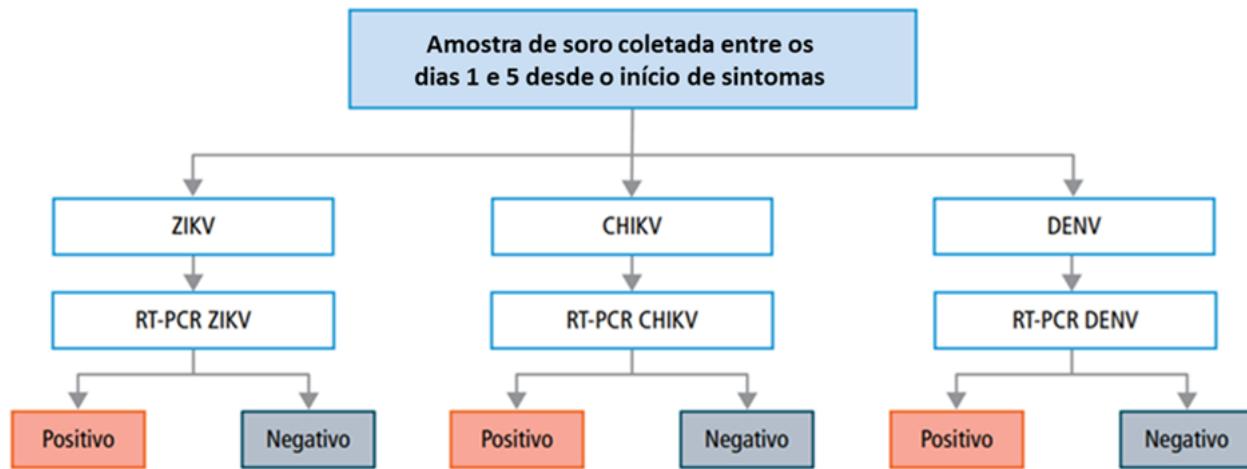
Por fim, dada a semelhança clínica inicial entre a chikungunya e o sarampo, e considerando o risco que este último representa para a Região, recomenda-se incluí-lo como diagnóstico diferencial (16).

Figura 6. Algoritmo sequencial para testes virológicos em casos suspeitos de chikungunya



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações para a detecção e o diagnóstico laboratorial de infecções por arbovírus na Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56321> (15).

Figura 7. Algoritmo multiplex para testes virológicos em casos suspeitos de chikungunya



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações para a detecção e o diagnóstico laboratorial de infecções por arbovírus na Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56321> (15).

Caracterização e vigilância genômica

Compreender os genótipos do CHIKV [asiático, da África Oriental/Central/Sul-Africana (ECSA) e da África Ocidental] é essencial para antecipar a dinâmica da transmissão, orientar as intervenções de saúde pública e monitorar a evolução viral (17). Esses genótipos e suas sublinhagens diferem em sua propagação geográfica, potencial epidêmico e adaptação a mosquitos vetores como *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*.

A vigilância genômica desempenha um papel fundamental na identificação de cepas circulantes, detectando mutações importantes como a A226V. Essa substituição de aminoácidos na glicoproteína do envelope E1 (alanina por valina na posição 226) é reconhecida por melhorar a replicação viral no *Aedes albopictus*, uma espécie de mosquito amplamente distribuída em regiões temperadas e subtropicais (18). A mutação A226V foi crucial em surtos explosivos anteriores impulsionados pela linhagem do Oceano Índico (IOL, por suas siglas em inglês), uma sublinhagem do genótipo ECSA, especialmente na ilha da Reunião (2005-2006), Índia (2006-2007) e Tailândia (2019). Essa mutação foi caracterizada novamente nos surtos da Reunião, Mayotte, Maurício e França continental (2025) em um sublinhagem ECSA diferente do IOL (19, 20).

A linhagem IOL continua circulando pelo sul e sudeste da Ásia e Oriente Médio, frequentemente associada à mutação A226V, e substituiu o genótipo asiático em alguns ambientes devido ao seu maior potencial epidêmico. O genótipo ECSA, considerado ancestral tanto do IOL quanto dos genótipos asiáticos, continua endêmico em muitas partes da África Subsaariana e também foi identificado na América, particularmente desde 2014.

É importante destacar que as cepas ECSA causaram transmissão autóctone na Argentina, Brasil, Paraguai, Bolívia e partes do Caribe (17, 21). Essas introduções foram independentes do genótipo asiático que inicialmente impulsionou os surtos de 2014-2015 nas Américas. Embora algumas cepas de ECSA na região tenham adquirido mutações de importância epidemiológica, a mutação A226V não foi documentada em nenhuma cepa detectada nas Américas. A co-circulação de ECSA e genótipos asiáticos nas Américas tem suscitado preocupação com o aumento da capacidade de adaptação viral e a possível recombinação ou mudanças do genótipo no futuro.

O genótipo asiático, inicialmente responsável pelas epidemias em grande escala nas Américas entre 2014 e 2020, continua circulando em níveis mais baixos, mas geralmente é menos adaptado ao *Ae. albopictus* e não possui a mutação A226V.

Manejo do caso

A doença causada pelo CHIKV pode causar uma ampla gama de manifestações clínicas, embora seja caracterizada principalmente pelo aparecimento de febre associada a artrite ou artralgia. A dor articular costuma ser intensa e incapacitante. Outras manifestações frequentes incluem dor de cabeça, dor muscular, erupção cutânea e prurido.

A duração dos sintomas varia de alguns dias a vários meses, determinando assim as diferentes fases da doença: aguda, pós-aguda e crônica, cada uma com requisitos específicos de atendimento. A fase aguda dura até duas semanas, a fase pós-aguda vai da terceira semana ao terceiro mês e a fase crônica começa a partir do quarto mês e pode se prolongar por anos (22). Na maioria dos pacientes em fase crônica, observa-se uma deterioração significativa da qualidade de vida durante os primeiros anos após a infecção por chikungunya.

Consequentemente, recomenda-se fortalecer as capacidades clínicas dos profissionais de saúde em todos os níveis e para todas as fases da doença.

- Implementar programas de educação continuada para profissionais de saúde sobre o diagnóstico suspeito e o manejo clínico de casos de chikungunya, bem como de outras arboviroses prevalentes na Região, em particular dengue e Zika.
- Fortalecer as competências nos diferentes níveis de atendimento para a prevenção e o tratamento das sequelas da fase crônica da chikungunya.
- Adaptar aos níveis nacional e subnacional o guia “Diretrizes para o diagnóstico clínico e tratamento da dengue, chikungunya e Zika” (22).
- Oferecer workshops de capacitação para profissionais de saúde públicos e privados sobre a organização dos serviços de saúde, incluindo a resposta a surtos.

Da mesma forma, deve-se orientar mulheres grávidas, crianças menores de 1 ano, idosos e pessoas com comorbidades (hipertensão, insuficiência renal crônica, diabetes, obesidade, cardiopatias, entre outras) a procurarem imediatamente a unidade de saúde mais próxima à primeira suspeita de infecção por chikungunya, devido ao maior risco de apresentar manifestações graves ou complicações por essa doença. Além disso, todos os recém-nascidos de mães com suspeita ou confirmação de chikungunya nos 15 dias anteriores ao parto devem ser hospitalizados devido ao risco de transmissão vertical.

É importante ressaltar que a doença por chikungunya pode ser letal durante a fase aguda, principalmente neste grupo de pacientes (gestantes, crianças menores de 1 ano, idosos e pessoas com comorbidades). As manifestações graves incluem choque, meningoencefalite e síndrome de Guillain-Barré (23, 24, 25). A infecção pelo CHIKV pode descompensar a doença de base em pessoas com comorbidades, aumentando assim o risco de gravidade e morte nesse grupo populacional (23).

Participação da comunidade

Todos os esforços devem ser feitos para obter o apoio da comunidade na prevenção da dengue, chikungunya, Oropouche e Zika.

Materiais simples de Informação, Educação e Comunicação (IEC) podem ser divulgados por diversos meios, incluindo as redes sociais.

Os membros das famílias devem ser incentivados a eliminar as fontes de reprodução de mosquitos, tanto dentro como fora de casa.

Locais de reprodução de mosquitos altamente produtivos, como recipientes de armazenamento de água (tambores, tanques elevados, potes de barro, etc.), devem ser alvo de medidas de prevenção contra a reprodução do vetor. Outros locais de reprodução, como calhas de telhado e outros recipientes de retenção de água, também devem ser limpos periodicamente.

As equipes locais geralmente sabem como tornar essas informações mais eficazes e, em muitos casos, as campanhas e mensagens nacionais não são tão eficazes quanto as iniciativas locais.

Vigilância entomológica, prevenção e controle de vetores

A OPAS/OMS insta os Estados-Membros a fazerem uso eficaz dos recursos disponíveis para prevenir e/ou controlar a infestação de vetores em áreas afetadas e nos serviços de saúde (26). 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, da morbidade e das recomendações da OPAS/OMS.
- Utilização de múltiplas intervenções, frequentemente em combinação e de forma sinérgica com coberturas adequadas.
- Colaboração do setor de saúde com setores públicos e privados ligados à gestão do meio ambiente cujo trabalho tenha impacto na redução do vetor.
- Integração de indivíduos, famílias e outros parceiros-chave (educação, finanças, turismo, água e saneamento e outros) às atividades de prevenção e controle.
- Fortalecimento do quadro jurídico que permita uma abordagem integrada e intersetorial.

Medidas de prevenção e controle do Aedes

Dada a alta infestação por *Aedes aegypti* e a presença do *Aedes albopictus* na Região, recomenda-se que as medidas de prevenção e controle sejam orientadas para reduzir a densidade do vetor e contem com a aceitação e colaboração da população local. As medidas de prevenção e controle a serem implementadas pelas autoridades nacionais devem incluir o seguinte:

- Fortalecer as ações de ordenamento ambiental, principalmente a eliminação de criadouros do vetor em residências e áreas comuns (parques, escolas, unidades de saúde, cemitérios, etc.).
- Reorganizar os serviços de coleta de resíduos sólidos para apoiar as ações de eliminação de criadouros nas áreas de maior transmissão e, se necessário, planejar ações intensivas em áreas específicas onde a coleta regular de lixo tenha sido interrompida.
- Aplicar medidas para o controle de criadouros através da utilização de métodos físicos, biológicos e/ou químicos, que envolvam ativamente os indivíduos, a família e a comunidade (27).
- Definir as áreas de alto risco de transmissão (estratificação de risco) (16) e priorizar aquelas onde há concentração de pessoas (escolas, terminais, hospitais, centros de saúde, etc.). Nessas instalações, deve-se eliminar a presença do mosquito em um raio de pelo menos 400 metros ao redor. É importante dar atenção especial às unidades de saúde, que devem estar livres da presença do vetor e de seus criadouros para que não se tornem pontos de irradiação do vírus.
- Nas áreas onde é detectada transmissão ativa, sugere-se a implementação de medidas orientadas para a eliminação de mosquitos adultos infectados (principalmente através do uso de inseticidas), a fim de deter e interromper a transmissão. Essa ação é urgente e só é eficaz quando executada por pessoal devidamente capacitado e treinado de acordo com as orientações técnicas internacionalmente aceitas e quando realizada concomitantemente com as outras ações propostas. A principal ação para interromper a transmissão no momento em que ela ocorre de forma intensiva é a eliminação de mosquitos adultos infectados (transmissão ativa) por meio da fumigação intradomiciliar, utilizando equipamentos individuais, somada à destruição e/ou controle dos criadouros do vetor dentro das residências.
- Uma modalidade eficaz de controle de adultos que pode ser utilizada, considerando as capacidades operacionais disponíveis, é a pulverização residual em interiores, que deve ser aplicada seletivamente nos locais de descanso do *Aedes aegypti*, tomando cuidado para não contaminar recipientes de armazenamento de água potável ou utilizada para cozinhar. Essa intervenção em áreas tratadas é eficaz por um período de até quatro meses e pode ser usada em abrigos, residências, serviços de saúde, escolas e outros locais. Para mais informações, consulte o Manual para aplicação de pulverização residual intradomiciliar em áreas urbanas para o controle do *Aedes aegypti* (28) e o documento Controle do *Aedes aegypti* no cenário de transmissão simultânea da COVID-19 (29).

- Escolher adequadamente o inseticida a ser utilizado (seguindo as recomendações da OPAS/OMS), sua formulação e ter conhecimento sobre a suscetibilidade das populações de mosquitos a esse inseticida (30).
- Garantir o funcionamento e a calibração adequados dos equipamentos de fumigação e sua manutenção, bem como assegurar reservas de inseticidas.
- Intensificar as ações de supervisão (controle de qualidade) do trabalho de campo dos operadores, tanto durante o tratamento focal quanto no tratamento adulticida (fumigação), garantindo o cumprimento das medidas de proteção pessoal.

Medidas de proteção pessoal

Os pacientes infectados pelo vírus chikungunya, dengue, Oropouche ou Zika são o reservatório da infecção para outras pessoas, tanto em suas casas quanto na comunidade. É necessário comunicar aos doentes, suas famílias e à comunidade afetada sobre o risco de transmissão e as maneiras de prevenir o contágio, diminuindo a população de vetores e o contato entre o vetor e as pessoas. É importante reforçar essas medidas no caso de mulheres grávidas, dado o risco de transmissão vertical do chikungunya, Oropouche e Zika (31, 32).

Para reduzir ao mínimo o contato entre o vetor e o paciente, recomenda-se:

- Proteger as residências com telas finas nas portas e janelas² .
- Uso de roupas que cubram as pernas e os braços, especialmente em casas onde há alguém doente com Oropouche, Zika ou outra arbovirose.
- Uso de repelentes que contenham DEET, IR3535 ou icaridina, que podem ser aplicados na pele exposta ou na roupa, e seu uso deve estar em estrita conformidade com as instruções do rótulo do produto.
- Uso de mosquiteiros impregnados ou não com inseticidas para quem dorme durante o dia (por exemplo, mulheres grávidas, bebês, pessoas doentes ou acamadas, idosos).
- Em situações de surto, deve-se evitar atividades ao ar livre durante o período de maior atividade dos vetores (ao amanhecer e ao entardecer).
- No caso de pessoas com maior risco de picada de culicoides, como trabalhadores florestais, agrícolas, etc., recomenda-se o uso de roupas que cubram as partes expostas do corpo, bem como o uso dos repelentes mencionados anteriormente.

² Recomenda-se que os orifícios da malha tenham dimensões inferiores a 1,0 mm, uma vez que o tamanho médio da fêmea do *Culicoides paraensis*, considerado o principal vetor envolvido na transmissão do OROV, é de 1 a 1,5 mm.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. WHO Rapid Risk Assessment – Chikungunya virus disease, Global v.1. Genebra: OMS; 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/who-rapid-risk-assessment---chikungunya-virus--global-v.1>
2. Organização Mundial da Saúde. Chikungunya epidemiology update - June 2025. Genebra: OMS; 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/chikungunya-epidemiology-update-june-2025>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA Plataforma de Informação em Saúde para as Américas, Portal de Indicadores de Chikungunya. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [Acessado em 5 de fevereiro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/chikunguna-datos-analisis/chikunguna-analisis-por-pais>.
4. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Bolívia. Informação por e-mail de 3 de fevereiro de 2026. La Paz; 2026. Não publicado.
5. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Programa Nacional de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas – Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental – Dirección General de Epidemiología. La Paz; 2026. Não publicado.
6. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Brasil. Informação por e-mail de 5 de fevereiro de 2026. Brasília; 2026. Não publicado.
7. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Guiana. Informação por e-mail de 4 de fevereiro de 2026. Georgetown; 2026. Não publicado.
8. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da França. Informação por e-mail de 5 de fevereiro de 2026. Paris; 2026. Não publicado.
9. Sante Publique France. Bulletin bi-mensuel de surveillance épidémiologique. Région Guyane. Semaines 04 et 05 (du 19 janvier au 1er février 2026). Saint-Maurice ;2026. Disponível em: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/bulletin-regional/2026/surveillance-sanitaire-en-guyane.-bulletin-du-5-fevrier-2026>.
10. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Panamá. Informação por e-mail de 30 de janeiro de 2026. Cidade do Panamá; 2026. Não publicado.
11. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Paraguai. Informação por e-mail de 1 de fevereiro de 2026. Assunção; 2026. Não publicado. Área técnica: Programa de Doenças Transmitidas por Vetores/Direção de Doenças Transmissíveis. Laboratório Central de Saúde Pública.
12. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Suriname. Informação por e-mail de 3 de fevereiro de 2026. Paramaribo; 2026. Não publicado.

13. Organização Pan-Americana da Saúde. Alerta Epidemiológico: Aumento do chikungunya na Região das Américas. 13 de fevereiro de 2023. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-chikungunya-na-regiao-das-americas>.
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Atualização epidemiológica sobre o vírus Oropouche na Região das Américas, 13 de agosto de 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/actualizacao-epidemiologica-oropouche-na-regiao-das-americas-13-agosto-2025>.
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendaciones para la detección y el diagnóstico por laboratorio de infecciones por arbovirus en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56321>.
16. Organização Pan-Americana da Saúde Definiciones de caso, clasificación clínica y fases de la enfermedad Dengue, Chikunguña y Zika. Washington, D.C.: OPAS; 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/definicoes-caso-classificacao-clinica-e-fases-da-doenca-dengue-chikungunya-e-zika>.
17. Barreto M, Cardoso C, dos Santos F, dos Santos J, Alto B, Honório N, et al. Spatial-temporal distribution of chikungunya virus in Brazil: a review on the circulating viral genotypes and Aedes (Stegomyia) albopictus as a potential vector. *Frontiers in Public Health*. Volume 12 – 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.22.2500344>.
18. Tsetsarkin K, Vanlandingham D, McGee C, Higgs S. A single mutation in chikungunya virus affects vector specificity and epidemic potential. *PLoS Pathog*. Dezembro de 2007; 3(12):e201. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18069894/>
19. Frumence E, Piorkowski G, Traversier N, Amaral R, Vincent M, Mercier A, et al. Genomic insights into the re-emergence of chikungunya virus on Réunion Island, France, 2024 to 2025. *Euro Surveill*. 2025; 30(22): pii=2500344. Disponível em: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.22.2500344>.
20. Ramuth M, Tegally H, Ubheeram A, Ramphal Y, Iyaloo D, Singh L, et al. Reemergence of chikungunya in Mauritius driven by a novel lineage with pandemic potential. [Preprint. Research Square. 2025. doi:10.21203/rs.3.rs-8288410/v1. Disponível em: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-8288410/v1>.
21. Giovanetti M, Vazquez C, Lima M, Castro E, Rojas A, de la Fuente A, et al. Rapid epidemic expansion of chikungunya virus-EC8A lineage in Paraguay. *medRxiv* [Pré-impressão]. 17 de abril de 2023:2023.04.16.23288635. doi: 10.1101/2023.04.16.23288635. Atualização em: *Emerg Infect Dis*. Setembro de 2023; 29(9):1859-1863. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10153315/>.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikunguña y el zika Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55125>.
23. Benítez I, Torales M, Peralta K, Dominguez C, Grau L, Sequera G, et al. Caracterización clínica y epidemiológica de la epidemia de Chikungunya en el Paraguay. *ANALES* [Internet]. 22 de agosto de 2023 [Acessado em 25 de agosto de 2025];56(2):18-26. Disponível em: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/3669>.

24. Torales M, Beeson A, Grau L, et al. *mNotes from the Field: Chikungunya Outbreak — Paraguai, 2022–2023*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2023; 72:636–638. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7223a5>.
25. Aguilar G, Estigarribia-Sanabria G, Ríos-González C, Torales J, Morel Z, Aguero M, et al. Características de la infección aguda por el virus chikungunya en niños: un estudio epidemiológico en el Departamento de Caaguazú, Paraguay. Revista De Salud Pública Del Paraguay, 14(1), 10–14. Disponível em: <https://doi.org/10.18004/rspp.2024.abr.02>.
26. Organização Pan-Americana da Saúde. Métodos de vigilancia entomológica y control de los principales vectores en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55241>.
27. Organização Pan-Americana da Saúde. Documento técnico para a implementação de intervenções baseado em cenários operacionais genéricos para o controle do *Aedes aegypti*. Washington, D.C.: OPAS; 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51654>.
28. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para aplicação de borrifação residual em áreas urbanas para o controle do *Aedes aegypti*. Washington, D.C.: OPAS; 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51638>.
29. Organização Pan-Americana da Saúde. Controle do *Aedes aegypti* em cenário de transmissão simultânea de COVID-19. Washington, D.C.: OPAS; 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/control-aedes-aegypti-escenario-transmision-simultanea-covid-19>.
30. Organização Pan-Americana da Saúde. Procedimientos para evaluar la susceptibilidad a los insecticidas de los principales mosquitos vectores de las Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2023. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57424>.
31. Organização Pan-Americana da Saúde. Criaderos de *Culicoides paraensis* y opciones para combatirlos mediante el ordenamiento del medio. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1987. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17928>.
32. Organização Mundial da Saúde. Controle de vetores. Methods for use by individuals and communities. Genebra: OMS; 1997. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544945>.