



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde

Região das Américas

Atualização Epidemiológica Dengue e chikungunya na Região das Américas

20 de outubro de 2026

Considerando o aumento dos casos de dengue observado em alguns países das sub-regiões Andina, da América Central e do Caribe da Região das Américas, bem como o aumento dos casos de chikungunya registrado entre o final de 2025 e 2026, acompanhado pelo reaparecimento da transmissão de chikungunya em países e territórios da Região, onde não se registrava circulação viral há vários anos, a intensificação prevista do fenômeno El Niño nos próximos meses e a proximidade da época de maior circulação de dengue e de chikungunya na América do Sul, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) insta os Estados-Membros a manter e reforçar a vigilância epidemiológica, virológica e entomológica, bem como a fortalecer a capacidade diagnóstica, a fim de garantir a detecção precoce e o manejo clínico oportuno dos casos, além de consolidar as ações de manejo integrado de vetores, com o objetivo de limitar a transmissão e reduzir a morbidade e a mortalidade associadas à dengue, à chikungunya e às outras arboviroses.

Resumo da situação de dengue nas Américas

Na Região das Américas, durante o ano de 2026 e até a semana epidemiológica (SE) 37, foram notificados 1.692.937 casos suspeitos de dengue¹ e 523.102 casos confirmados de dengue à Plataforma de Informação em Saúde para as Américas (PLISA) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (1). Desse total, 3.413 (0,2%) foram classificados como dengue grave e foram registrados 571 óbitos (taxa de letalidade de 0,034%) (1).

Durante o ano de 2026, foi identificada a circulação dos quatro sorotipos do vírus da dengue na Região das Américas. Brasil, Colômbia, México, Panamá e Venezuela relataram a circulação simultânea dos quatro sorotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4). Além disso, Costa Rica, Equador, Guatemala, Paraguai e Peru relataram a circulação simultânea de DENV-1, DENV-2 e DENV-3, enquanto Cuba relatou a circulação simultânea dos sorotipos DENV-2, DENV-3 e DENV-4 da dengue (1).

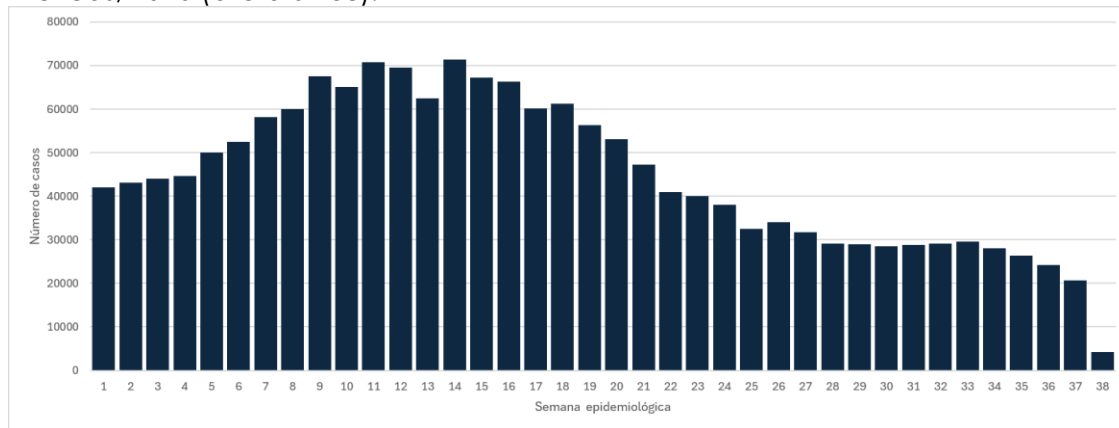
Quanto à análise da tendência, ao comparar os casos notificados por meio do PLISA em 2026 com o número de casos registrados em 2025 durante o mesmo período, observa-se uma queda de 58% e, em comparação com a média dos últimos 5 anos, uma queda de 64%, e à anterior, considerando que em 2024 foi registrado o maior número de casos de dengue dos

¹ O número de casos suspeitos de dengue corresponde ao total de casos de dengue, de acordo com as definições descritas na PLISA (Plataforma de Informações em Saúde para as Américas), Portal de Doenças Arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 13 de outubro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Atualização Epidemiológica: Dengue e chikungunya na Região das Américas. 20 de outubro de 2026. Washington, D.C.: OPAS/OMS: 2026.

últimos 10 anos ($n = 13.123.659$ casos) (**Figura 1**) (1, 2). No entanto, apesar dessa tendência geral de redução, observam-se situações epidemiológicas específicas em alguns países das sub-regiões Andina², Istmo Centro-Americano e México³ e do Caribe⁴, nos quais se observa um aumento no número de casos nas últimas semanas epidemiológicas, o que requer atenção especial (1), tendo em vista a previsão de intensificação do fenômeno El Niño nos próximos meses, o que poderia gerar, dependendo do contexto local, condições favoráveis à transmissão da dengue e à ocorrência simultânea de surtos de sarampo em vários países da Região, o que poderia gerar uma demanda adicional para os sistemas de saúde.

Figura 1. Distribuição dos casos notificados de dengue por semana epidemiológica na Região das Américas, 2026 (até a SE 38).



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações em Saúde para as Américas, Portal de doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 29 de setembro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

A seguir, apresenta-se um resumo da situação em países selecionados das sub-regiões Andina², Istmo Centro-Americano e México³ e do Caribe⁴, nos quais foi observada uma tendência de aumento no número de casos de dengue durante o último trimestre de 2026, ordenados alfabeticamente.

Na **Colômbia**, entre a SE 1 e a SE 38 de 2026, foram notificados 83.905 casos suspeitos de dengue, incluindo 51 óbitos. Do total de casos notificados, 28.677 foram confirmados, o que corresponde a uma taxa de incidência de 157,12 por 100.000 habitantes (hab.) e uma letalidade de 0,177% (1, 3). Do total de casos notificados, 1% corresponde a casos de dengue grave ($n = 856$ casos). De acordo com as informações reportadas pelo Laboratório Nacional de Referência (LNR) de Virologia, durante o período de 2023 a 2026, mantém-se a circulação dos quatro sorotipos do vírus da dengue (DENV-1, -2, -3 e -4) em nível nacional; no entanto, observa-se um aumento acentuado na proporção do sorotipo 3 desde o quarto trimestre de 2025 até o momento, sendo este o mais dominante (1, 3).

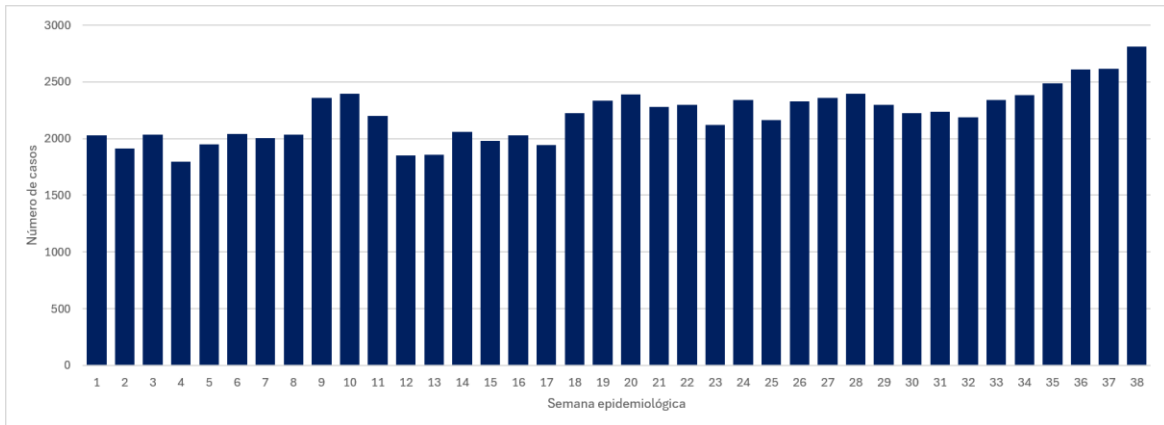
² Esta sub-região inclui a Bolívia, a Colômbia, o Equador e o Peru.

³ Esta sub-região inclui Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Panamá.

⁴ Inclui os países e territórios que pertencem ao Caribe Latino e ao Caribe não Latino (Anguilla, Antígua e Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermudas, Bonaire, Cuba, Curaçao, Granada, Guadalupe, Guiana Francesa, Guiana, Ilhas Cayman, Ilhas Turcas e Caicos, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Virgens dos Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Montserrat, Porto Rico, República Dominicana, Saint-Barthélemy, São Cristóvão e Nevis, Santa Lúcia, Saint Martin, São Vicente e Granadinas, Sint Maarten, Suriname e Trinidad e Tobago, de acordo com as divisões descritas na PLISA — Plataforma de Informações em Saúde para as Américas, Portal da dengue. Washington, DC: OPAS; 2025 [acessado em 13 de outubro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arboportal/dengue-datos-analisis>.

Na SE 38 de 2026, o número de casos em nível nacional, de acordo com o canal endêmico, atingiu o nível de surto, em comparação com seu comportamento histórico, observando-se uma tendência de aumento nas últimas semanas, com uma variação de 14% no último período analisado (SE 34 a SE 37 de 2026) em relação ao período anterior (SE 30 a SE 33 de 2026) (**Figura 2**). Em 2026, até a SE 38, observa-se uma redução de 19,8% na notificação de casos de dengue em nível nacional em comparação com o mesmo período de 2025 (3).

Figura 2. Distribuição dos casos notificados de dengue por semana epidemiológica na Colômbia, 2026 (até a SE 38).

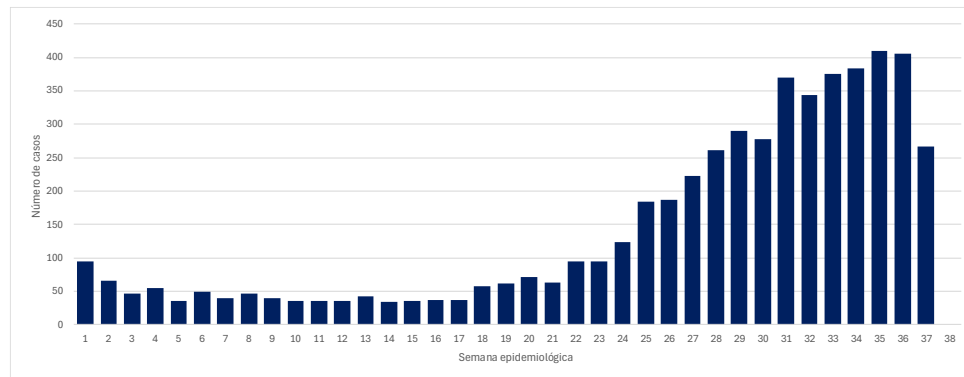


Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações em Saúde para as Américas, Portal de doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 29 de setembro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

No último período epidemiológico analisado (SE 34 a SE 37 de 2026), em comparação com o período epidemiológico anterior (SE 30 a SE 33 de 2026), observou-se uma tendência de aumento superior a 30% nos departamentos de Antioquia, Atlântico, Caldas, Chocó, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Vale do Cauca e Vichada, bem como nas cidades de Buenaventura, Cartagena das Índias e Santiago de Cali; em contrapartida, observou-se uma tendência de queda superior a 30% nos departamentos de Casanare, La Guajira, Nariño e Vaupés, enquanto as demais entidades territoriais apresentaram um comportamento estável.

Na **Costa Rica**, entre a SE 1 e a SE 37 de 2026, foram notificados 5.302 casos suspeitos de dengue. Do total de casos notificados, 2.393 foram confirmados, o que corresponde a uma taxa de incidência de 102,47 por 100.000 hab., e não foram notificadas mortes. Do total de casos notificados, 1,96% corresponderam a casos de dengue grave (n = 104 casos). Foi identificada a circulação de três sorotipos do vírus da dengue (DENV-1, -2 e -3), com predominância do sorotipo DENV-3. Com relação à tendência em 2026, observou-se um aumento no número de casos notificados a partir da SE 24, o qual se manteve até a SE 37 (**Figura 3**). Em comparação com esse mesmo período do ano de 2025, para o ano de 2026 observa-se um aumento de 38,6% no número de casos notificados (1, 4).

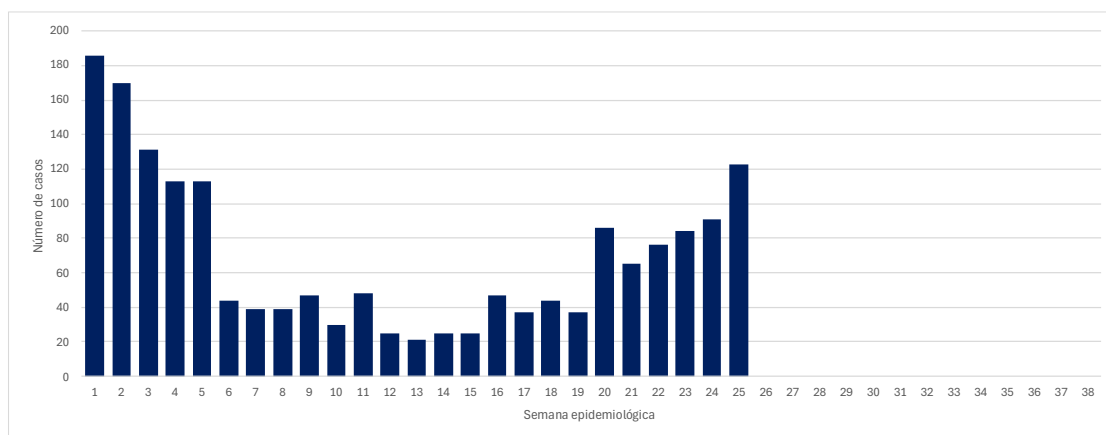
Figura 3. Distribuição dos casos notificados de dengue por semana epidemiológica na Costa Rica, 2026 (até a SE 37).



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações em Saúde para as Américas, Portal de doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 29 de setembro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

Em **Cuba**, entre a SE 1 e a SE 25 de 2026, foram notificados 1.746 casos suspeitos de dengue. Do total de casos notificados, 62 foram confirmados, sem óbitos, o que corresponde a uma taxa de incidência de 16 por 100.000 hab., e não foram notificados óbitos. Os casos foram registrados em dez das províncias do país. Do total de casos notificados, 0,92% corresponderam a casos de dengue grave (n = 16 casos). Foi identificada a circulação de três sorotipos do vírus da dengue (DENV-2, -3 e -4), com predominância do sorotipo DENV-2. Com relação à tendência em 2026, observou-se que, após registrar um elevado número de casos durante as primeiras semanas epidemiológicas do ano, houve uma redução no número de casos até a SE 15; a partir da semana epidemiológica 16, verificou-se um aumento no número de casos, que se manteve até a semana epidemiológica 25 (**Figura 4**) (1, 5)

Figura 4. Distribuição dos casos notificados de dengue por semana epidemiológica em Cuba, 2026 (até a SE 25).

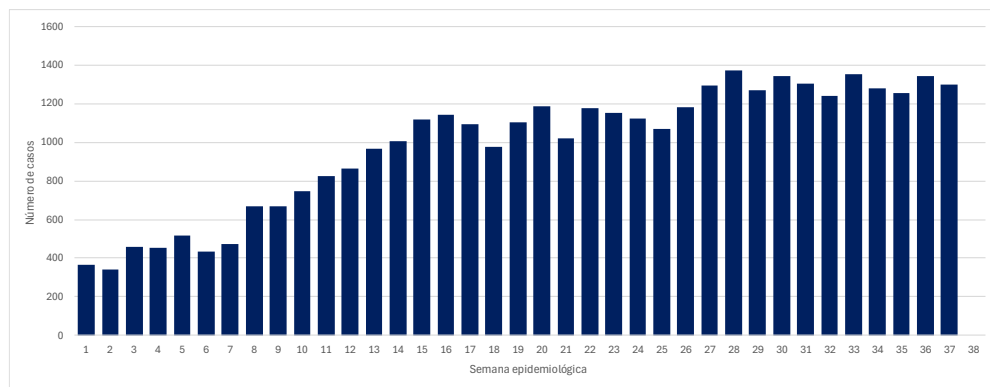


Fonte: Adaptado do Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Cuba. Informação por e-mail de 9 de outubro de 2026. Havana; 2026. Não publicado (5).

No **Equador**, entre a SE 1 e a SE 37 de 2026, foram notificados 35.566 casos de dengue, incluindo 37 óbitos. Isso corresponde a uma taxa de incidência de 192,8 por 100.000 habitantes e uma letalidade de 0,10%. Os casos foram registrados nas 24 províncias que compõem o país. Do total de casos notificados, 0,76% corresponderam a casos de dengue grave (n = 271 casos). Foi identificada a circulação de três sorotipos do vírus da dengue (DENV-1, -2 e -3), com

predominância do sorotipo DENV-3. Com relação à tendência em 2026, observou-se um aumento progressivo ao longo do ano, com um número significativo de casos notificados entre as SE 26 e SE 37 (**Figura 5**). Durante as SE 34 a SE 37, o número de casos de dengue manteve um comportamento constante, com mais de 1.200 casos notificados semanalmente (1, 6).

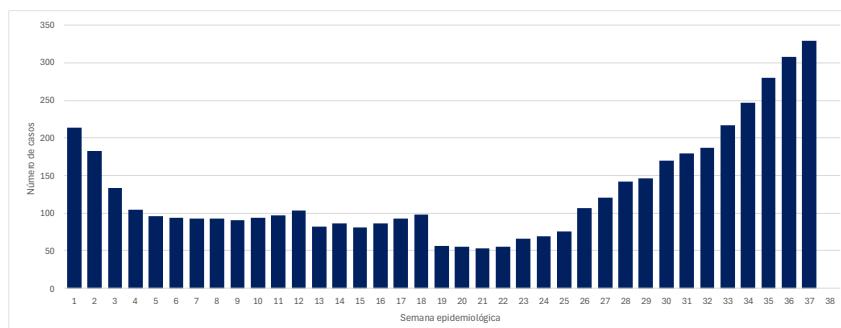
Figura 5. Distribuição dos casos notificados de dengue por semana epidemiológica no Equador, 2026 (até a SE 37).



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações em Saúde para as Américas, Portal de doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 29 de setembro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

Em **El Salvador**, entre a SE 1 e a SE 37 de 2026, foram notificados 4.786 casos de dengue, dos quais 48 foram confirmados, incluindo três óbitos. Isso corresponde a uma taxa de incidência de 74,9 casos por 100.000 habitantes e uma letalidade de 0,062%. Do total de casos notificados, 0,1% corresponderam a casos de dengue grave (n = 6 casos). Durante o ano de 2026, foi identificada a circulação de apenas um sorotipo do vírus da dengue (DENV-3), ao contrário dos anos anteriores, nos quais circulavam os quatro sorotipos (DENV-1, -2, -3 e -4) (1, 7). Com relação à tendência em 2026, observou-se que, após registrar um elevado número de casos durante as primeiras semanas epidemiológicas do ano, houve uma queda no número de casos até a semana epidemiológica 22; a partir da semana epidemiológica 25, observou-se um aumento que se manteve até a semana epidemiológica 37 (**Figura 6**) (1, 7)

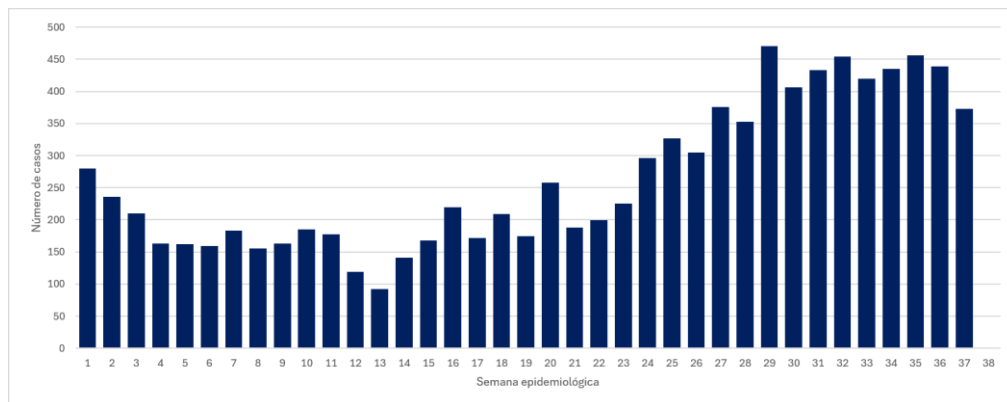
Figura 6. Distribuição dos casos notificados de dengue por semana epidemiológica em El Salvador, 2026 (até a SE 37).



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações sobre Saúde para as Américas, Portal sobre doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 29 de setembro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

Em **Honduras**, entre a semana epidemiológica (SE) 1 e a SE 37 de 2026, foram notificados 9.782 casos de dengue, dos quais 1.083 foram confirmados, incluindo quatro óbitos. Isso corresponde a uma taxa de incidência de 96 por 100.000 habitantes e uma letalidade de 0,04%. Do total de casos notificados, 1,64% corresponderam a casos de dengue grave (n = 160 casos). Foi identificada a circulação de dois sorotipos do vírus da dengue (DENV-1 e -3), com predominância do sorotipo DENV-3 em 99%. Quanto à tendência em 2026, observou-se um aumento progressivo ao longo do ano, com um número significativo de casos notificados entre as semanas epidêmicas 24 e 37 (**Figura 7**) (1, 8). Entre a SE 30 e a SE 37,, o número de casos notificados manteve-se acima de 400 por semana, e as regiões sanitárias com maior número de casos continuam sendo o Distrito Central e Cortés (San Pedro Sula) (1, 8).

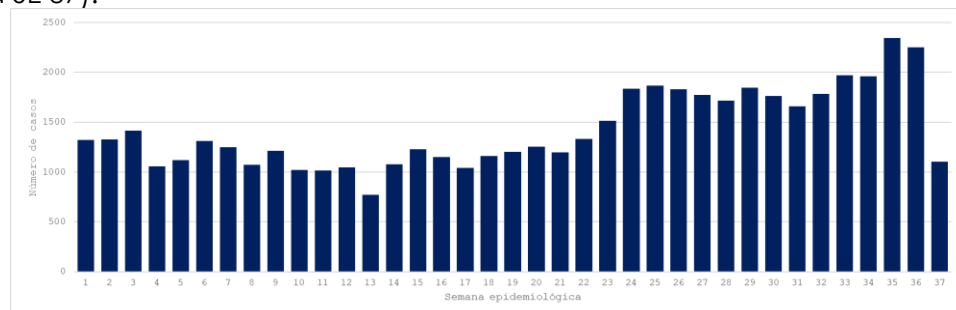
Figura 7. Distribuição dos casos notificados de dengue por semana epidemiológica em Honduras, 2026 (até a SE 37).



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações em Saúde para as Américas, Portal de doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 29 de setembro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

No **México**, entre a SE 1 e a SE 37 de 2026, foram notificados 52.866 casos prováveis de dengue. Do total de casos notificados, 5.859 foram confirmados por exames laboratoriais, incluindo 26 óbitos. A taxa de incidência de casos confirmados foi de 4,36 por 100.000 habitantes (1). Do total de casos confirmados, 3,41% corresponderam a casos de dengue grave (n = 200) (1). Foi identificada a circulação dos quatro sorotipos do vírus da dengue, com predominância do sorotipo DENV-3 (1, 9). Com relação à tendência em 2026, até a SE 23 observou-se uma tendência estável no registro de casos; no entanto, a partir da SE 24, observou-se um aumento nos casos (**Figura 8**) (1, 9).

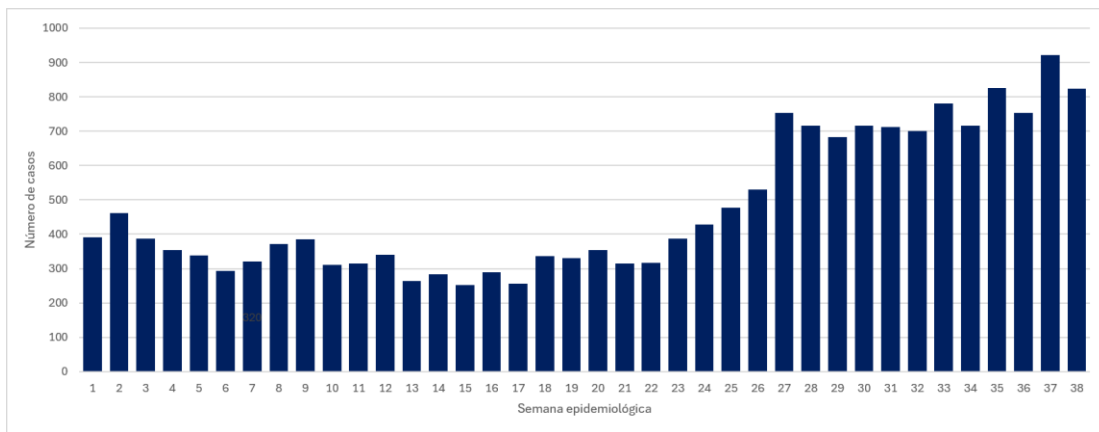
Figura 8. Distribuição dos casos notificados de dengue por semana epidemiológica no México, 2026 (até a SE 37).



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações sobre Saúde para as Américas, Portal sobre doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 29 de setembro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

No **Panamá**, entre a SE 1 e a SE 38 de 2026, foram notificados 11.772 casos suspeitos de dengue. Do total de casos notificados, 9.679 foram confirmados, incluindo 20 óbitos, o que corresponde a uma taxa de incidência de 209,3 por 100.000 hab. e uma letalidade de 0,2%. Do total de casos notificados, 0,58% corresponderam a casos de dengue grave (n = 56 casos) (1, 10). Foi identificada a circulação dos quatro sorotipos do vírus da dengue (DENV-1, -2, -3 e -4), com predominância dos DENV-2 e -3 (1, 10). Quanto à tendência em 2026, observou-se um ligeiro aumento durante o primeiro semestre do ano, com um incremento no número de casos notificados entre a SE 24 e a SE 38 (**Figura 9**) (1, 10).

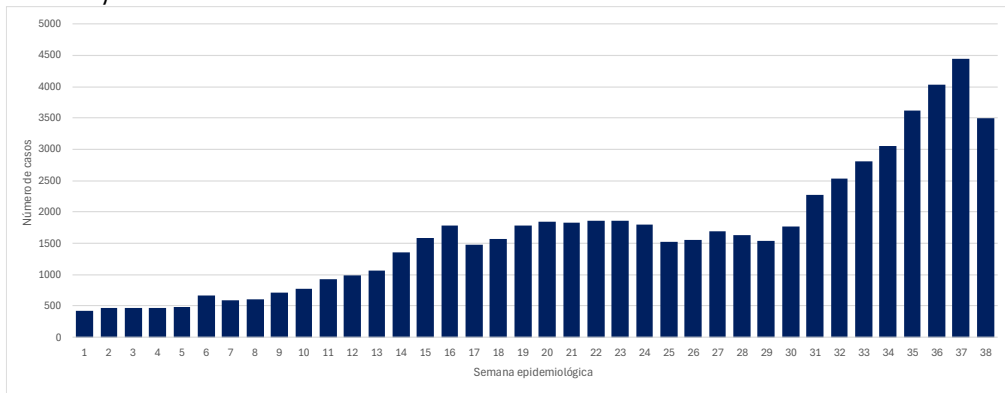
Figura 9. Distribuição dos casos notificados de dengue por semana epidemiológica no Panamá, 2026 (até a SE 38).



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações em Saúde para as Américas, Portal de doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 29 de setembro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

No **Peru**, entre a SE 1 e a SE 38 de 2026, foram notificados 63.407 casos de dengue. Do total de casos notificados, 49.650 foram confirmados, incluindo 71 óbitos, o que corresponde a uma taxa de incidência de 183,02 por 100.000 habitantes e uma letalidade de 0,11%. Do total de casos notificados, 0,41% corresponderam a casos de dengue grave (n = 259 casos). Foi identificada a circulação de três sorotipos do vírus da dengue (DENV-1, -2 e -3), com predominância do DENV-3 (1, 11). Até a SE 38 de 2026, o número de casos notificados superou em 100% o total registrado até a SE 38 de 2025. Da mesma forma, os casos de dengue grave aumentaram 55%, passando de 167 em 2025 para 259 em 2026, enquanto o número de óbitos aumentou 39% em relação ao total registrado até a SE 38 de 2025. Quanto à tendência observada ao longo de 2026, a partir da SE 10 de 2026, observa-se uma tendência de aumento no número de casos notificados (**Figura 10**) (11, 12). O aumento dos casos de dengue está associado principalmente ao aumento da temperatura ambiente e das precipitações devido ao Fenômeno El Niño, condições favoráveis ao vetor (12).

Figura 10. Distribuição dos casos notificados de dengue por semana epidemiológica no Peru, 2026 (até a SE 38).



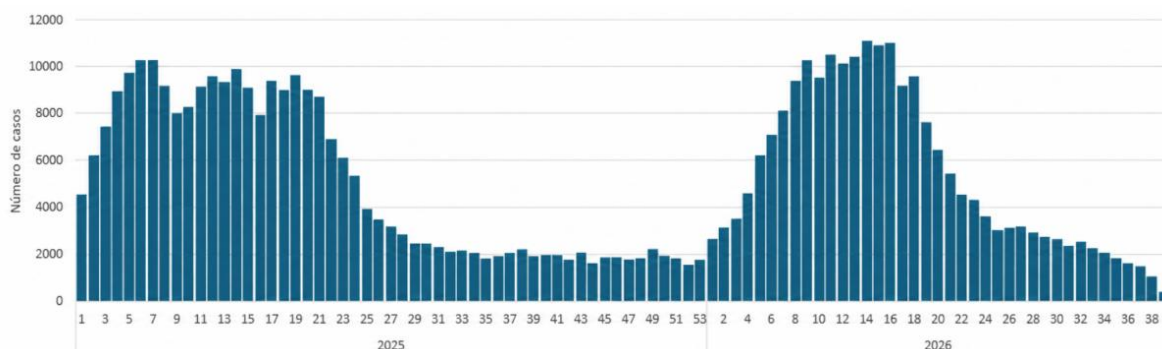
Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde do Peru. Centro Nacional de Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. Sala de situação de doenças metaxênicas. Lima: MINSA; 2026 [acessado em 6 de outubro de 2026]. Disponível em: https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_metaxenicas_web/ (12).

Resumo da situação da chikungunya nas Américas

Entre o final de 2025 e 2026, observou-se um aumento nos casos de chikungunya em vários países e territórios da Região das Américas, além do reaparecimento da transmissão autóctone em países e territórios que não registravam circulação viral há vários anos (13, 14). Nesse período, foi documentada uma elevada transmissão do vírus da chikungunya em todas as províncias de Cuba, nas regiões centro-oeste e sudeste do Brasil, no sul da Bolívia, bem como o reaparecimento de casos na região do Escudo da Guiana e em países da América Central (1, 15).

Entre a SE 1 e a SE 38 de 2026, foram notificados um total de 213.919 casos suspeitos de chikungunya, incluindo 78.481 casos confirmados (**Figura 11**) e 88 óbitos, com uma letalidade de 0,041%, em 20 dos países da Região das Américas (1). Embora esse número seja menor do que o observado no mesmo período de 2025, a transmissão apresenta um maior potencial de expansão para novas áreas com presença do mosquito *Aedes aegypti*, a ocorrência de surtos fora das épocas históricas, maior duração dos períodos de transmissão e o aumento de formas clínicas mais graves (16).

Figura 11. Distribuição dos casos notificados de chikungunya por ano e semana epidemiológica na Região das Américas, 2025–2026 (até a SE 39).

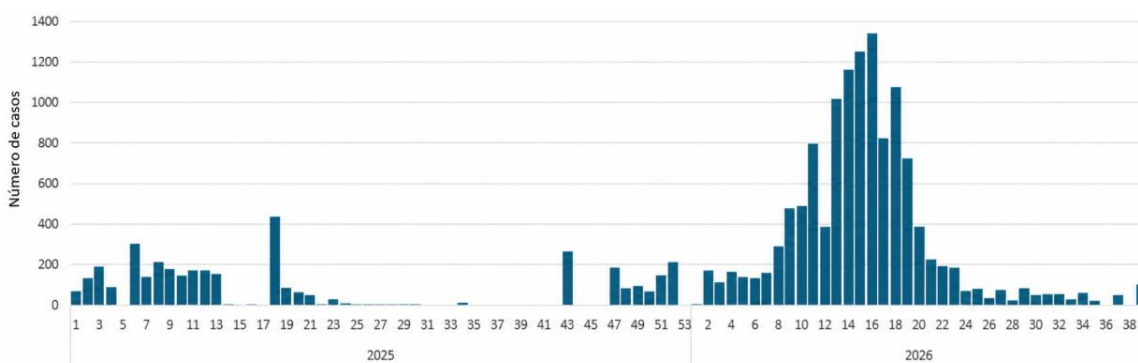


Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações em Saúde para as Américas, Portal de doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 13 de outubro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

A seguir, apresenta-se um resumo da situação epidemiológica da chikungunya em países selecionados da Região, nos quais se registrou o maior número de casos entre o final de 2025 e 2026, ordenados em ordem alfabética.

Na **Argentina**, em 2025, até a SE 53, foram notificados 3.712 casos suspeitos de chikungunya, incluindo 38 casos confirmados por exame laboratorial. Em 2026, até a SE 38, foram notificados 12.383 casos suspeitos, dos quais 3.803 foram confirmados por exame laboratorial, incluindo duas mortes. As províncias com maior número de casos foram Salta (n = 4.543 casos suspeitos, incluindo 1.730 casos confirmados), Tucumán (n = 3.487 casos suspeitos, incluindo 673 casos confirmados), Jujuy (n = 1.192 casos suspeitos, incluindo 206 casos confirmados), Córdoba (n = 1.315 casos suspeitos, incluindo 37 confirmados), Santiago del Estero (n = 532 casos suspeitos, incluindo 229 casos confirmados) e Catamarca (n = 263 casos suspeitos, incluindo 21 confirmados). O maior número de casos foi registrado na SE 16, seguido por uma redução na transmissão (**Figura 12**) (17, 18).

Figura 12. Distribuição de casos de chikungunya por ano e semana epidemiológica na Argentina, 2025 – 2026 (até a SE 39).



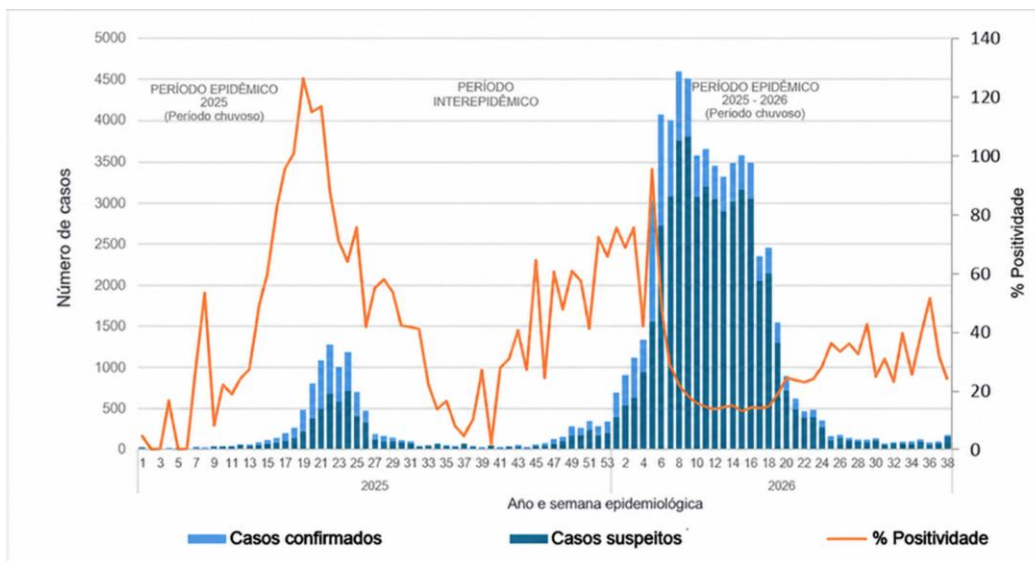
Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações em Saúde para as Américas, Portal de doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 13 de outubro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

Na **Bolívia**, em 2025, observou-se uma transmissão contínua do vírus da chikungunya desde o início do ano, com a notificação de 6.860 casos suspeitos, incluindo 4.697 casos confirmados por exames laboratoriais e quatro óbitos. Em 2026, até a SE 38, foram reportados 48.079 casos, incluindo 11.749 confirmados e 45 óbitos. Quanto à tendência, o ano de 2026 começou com um aumento significativo de casos nas primeiras semanas, com o maior número de casos registrado na SE 9, com 3.823 casos (**Figura 13**).

A notificação dos casos confirmados de chikungunya, durante 2026, apresenta um comportamento epidêmico; iniciando com 296 casos na semana epidemiológica (SE) 1, e, posteriormente, apresentou um aumento vertiginoso, passando de 395 casos na SE 4 para 1.483 casos na SE 5. A partir desse momento, observou-se um declínio sustentado da curva epidêmica até atingir 415 casos confirmados na SE 12, entrando no período de declínio a partir da SE 17 (**Figura 13**) (19).

Quanto à taxa de positividade, observam-se valores elevados no início do ano: 75,5% na SE 1, 69,1% na SE 2 e 75,4% na SE 3. O valor máximo é registrado na SE 5, com 95,1%, o que indica que uma proporção muito elevada das amostras processadas apresentou resultado positivo para chikungunya. Na SE 38, a taxa de positividade caiu para 1,3, sendo a mais baixa desse período (**Figura 13**) (19).

Figura 13. Distribuição de casos suspeitos e confirmados de chikungunya por ano e semana epidemiológica na Bolívia, 2025–2026 (até a SE 38).

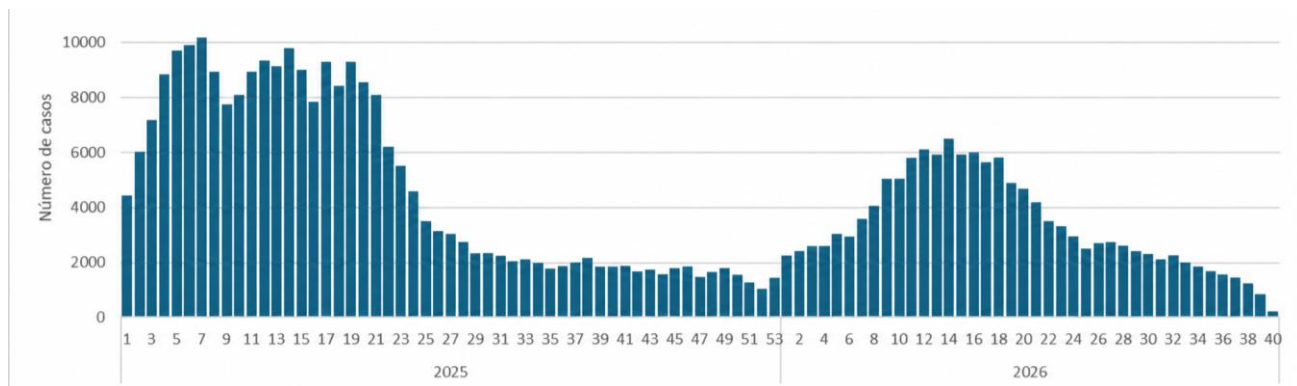


Fonte: Adaptado do Centro Nacional de Articulação (CNE) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Estado Plurinacional da Bolívia. Informação por e-mail de 15 de outubro de 2026. La Paz; 2026. Não publicado (19).

Em 2026, foram notificados casos de chikungunya nos nove departamentos do país, com maior número de casos em Santa Cruz ($n = 33.972$ casos suspeitos, incluindo 5.989 casos confirmados e 45 óbitos), seguida por Tarija ($n = 7.131$ casos suspeitos, incluindo 1.541 casos confirmados), Cochabamba ($n = 2.685$ casos suspeitos, incluindo 1.279 casos confirmados) e Chuquisaca ($n = 1.521$ casos suspeitos, incluindo 852 casos confirmados). Na Bolívia, foi documentada a circulação do genótipo da África Oriental, Central e Sul-Africana (ECSA, por suas siglas em inglês) do vírus da chikungunya CHIKV; no entanto, a mutação E1-A226V não foi identificada (19).

No **Brasil**, entre a SE 1 e a SE 53 de 2025, foram notificados 253.753 casos suspeitos de chikungunya, dos quais 108.975 foram confirmados, incluindo 130 óbitos. Em 2026, até a SE 40, foram notificados 135.962 casos suspeitos, dos quais 56.759 foram confirmados, incluindo 58 óbitos (**Figura 14**) (1, 20). Os casos notificados em 2026 representam uma redução de 41,6% em relação aos registrados na mesma semana de 2025 ($n = 232.719$ casos). Embora o risco de transmissão da chikungunya no Brasil durante 2026 apresente uma redução em relação ao mesmo período de 2025, a persistência de um número considerável de casos nos 26 estados e no Distrito Federal evidencia que a transmissão continua ativa e que o risco permanece. No Brasil, foi documentada a circulação do genótipo ECSA sem a presença da mutação E1-A226V (14, 21).

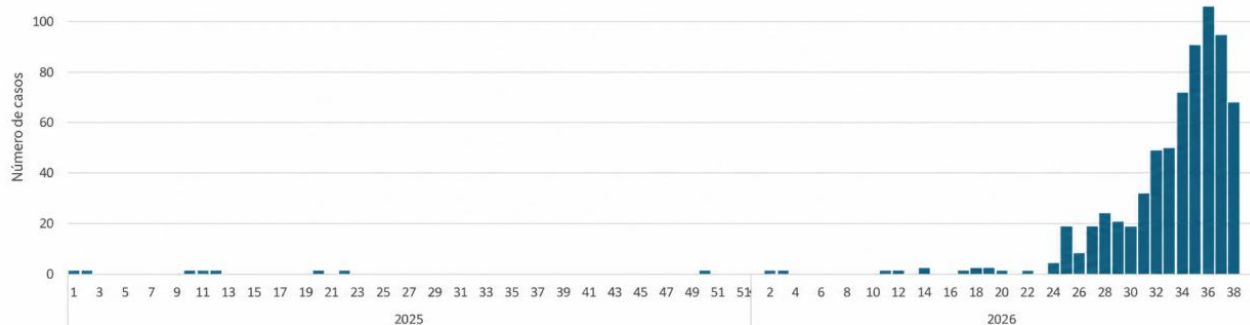
Figura 14. Distribuição de casos de chikungunya por ano e semana epidemiológica no Brasil, 2025–2026 (até a SE 40).



Fonte: Adaptado do Centro Nacional de Articulação (CNE) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Brasil. Informação por e-mail de 16 de outubro de 2026. Brasília; 2026. Não publicado (20).

Na **Costa Rica**, em 2025, até a SE 53, foram notificados oito casos suspeitos de chikungunya, sem nenhum caso confirmado por exame laboratorial. Em contrapartida, em 2026, até a SE 38, foram notificados 690 casos suspeitos, destes 539 casos foram confirmados por exame laboratorial (**Figura 15**) (1, 4). A distribuição por província é a seguinte: Guanacaste (n = 404 casos), Alajuela (n = 132 casos), San José (n = 94 casos), Puntarenas (n = 29 casos), Heredia (n = 21 casos), Cartago (n = 8 casos) e Limón (n = 2 casos) (4).

Figura 15. Distribuição dos casos de chikungunya por ano e semana epidemiológica na Costa Rica, 2025 – 2026 (até a SE 38).



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações em Saúde para as Américas, Portal de doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 13 de outubro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

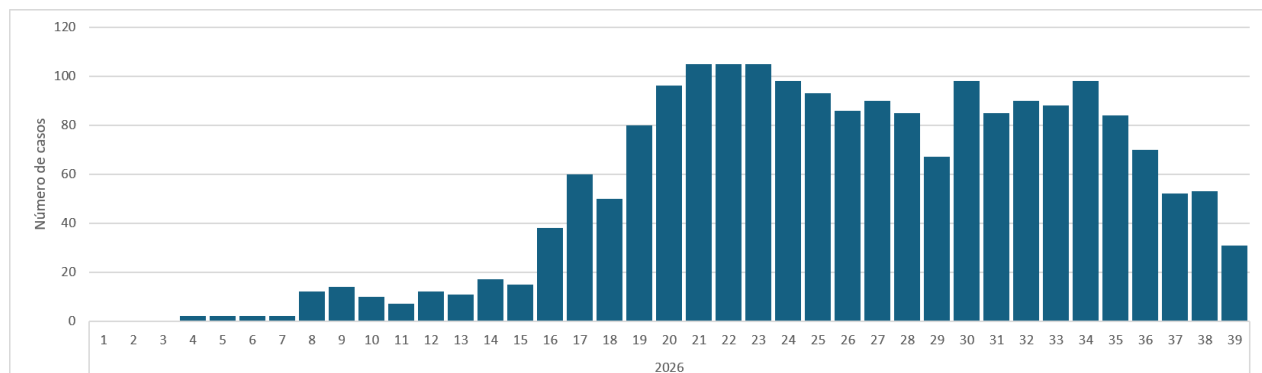
Em **Cuba**, em 2025, a febre por vírus chikungunya ressurgiu após nove anos sem a identificação de casos. A presença do vírus foi identificada a partir da semana epidemiológica (SE) 26 de 2025. Até a SE 53 de 2025, a transmissão foi confirmada em 15 províncias e 147 municípios, totalizando 51.217 casos suspeitos, dos quais 1.959 foram confirmados e 46 resultaram em óbitos (1, 14). Foram documentados casos graves que incluíram complicações neurológicas (encefalite, síndrome de Guillain-Barré, meningoencefalite), manifestações cardiovasculares (miocardite aguda, descompensação de doenças pré-existentes, tromboembolismo pulmonar) e transmissão perinatal ou neonatal (1, 15).

Durante o ano de 2026 e até a semana epidemiológica 26, foram notificados 2.716 casos, incluindo 254 casos confirmados e seis óbitos (1). Foi identificada a circulação do genótipo da

ECSA, sem detecção da mutação E1-A226V associada a maior infectividade no *Ae. albopictus* (15).

Na **Guiana Francesa**, em 2026, a transmissão do vírus chikungunya foi restabelecida após onze⁵ anos sem casos. Na semana epidemiológica 4 de 2026, foram confirmados os primeiros quatro casos autóctones, na parte ocidental da região, próxima à fronteira com o Suriname, em Saint-Laurent-du-Maroni (n = 3 casos) e Kourou (n = 1 caso) (22, 24). Na semana 39, foram notificados 2.013 casos confirmados e 4 óbitos com resultado positivo no teste de reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR) para o chikungunya: 2 sem relação com a doença, 1 com relação indireta e 1 com relação direta ao chikungunya (**Figura 16**) (1, 22). O sequenciamento dos primeiros casos autóctones revelou alta similaridade genética entre si e estreita relação com sequências recentes de Ecuador e do Brasil (14). A cepa causadora é a da ECSA, que não apresenta a mutação E1-A226V adaptativa ao vetor (1, 23).

Figura 16. Distribuição dos casos notificados de chikungunya por ano e semana epidemiológica na Guiana Francesa, 2026 (até a SE 37).



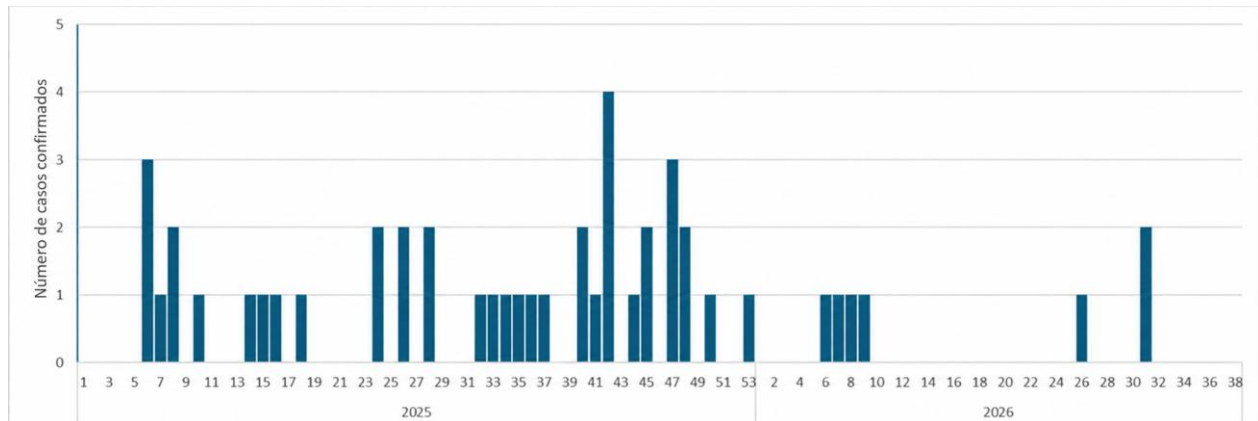
Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações em Saúde para as Américas, Portal de doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 13 de outubro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

Na **Guiana**, em 2025, após oito anos sem transmissão autóctone de chikungunya, foram notificados seis casos autóctones confirmados por laboratório. Os casos ocorreram entre as SE 42 e SE 52. Durante 2026 e até a SE 37, foram notificados dois casos confirmados na SE 8 (1, 25).

No **Panamá**, em 2025 até a SE 53, foram confirmados 40 casos de chikungunya. Em 2026 e até a SE 38 de 2026, foram notificados sete casos confirmados, dos quais um é importado (**Figura 17**) (1, 10).

⁵ O último surto ocorreu em 2014-2015 na Guiana Francesa (22).

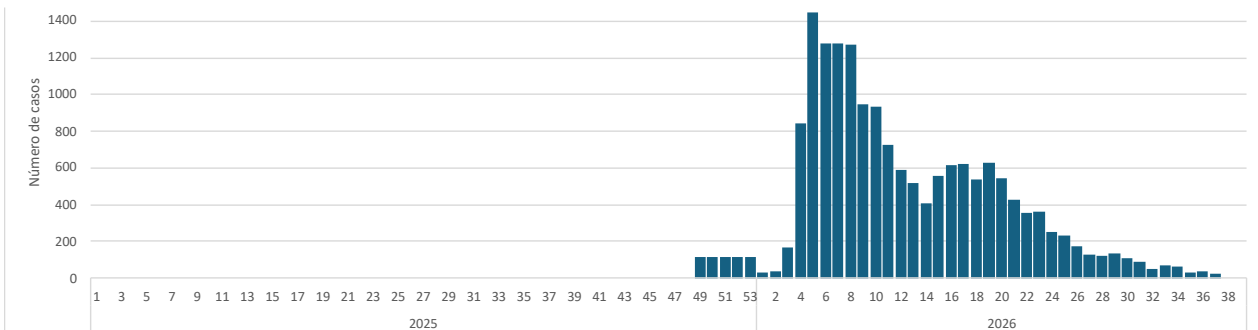
Figura 17. Distribuição dos casos confirmados de chikungunya por ano e semana epidemiológica no Panamá, 2025 – 2026 (até a SE 38).



Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde do Panamá, Direção Geral de Saúde Pública. Departamento Nacional de Epidemiologia. Boletim epidemiológico semanal: semana 38, de 20 a 26 de setembro de 2026. Panamá: MINSA; 2026. Disponível em: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/2026-10/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20SEMANAL%20%2038_0.pdf (24).

No **Suriname**, na SE 49 de 2025, observou-se um aumento nos casos de febre não diferenciada, o que coincidiu com o que seria de se esperar sazonalmente para a influenza ou a dengue. Na SE 51 de 2025, após nove anos sem relatos de transmissão do vírus da chikungunya, foram notificados os primeiros casos suspeitos de chikungunya. Na SE 2 de 2026, quatro casos foram confirmados por exames laboratoriais. Durante 2026 e até a SE 38, foram notificados 16.623 casos suspeitos, dos quais 4.883 foram confirmados por exames laboratoriais (**Figura 18**) (1, 25).

Figura 18. Distribuição dos casos de chikungunya por ano e semana epidemiológica no Suriname, 2025 – 2026 (até a SE 38).



Fonte: Adaptado da Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações em Saúde para as Américas, Portal de doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 13 de outubro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis> (1).

Orientações para as autoridades nacionais

Diante do aumento dos casos de dengue e chikungunya observado em alguns países da Região, da intensificação prevista do fenômeno El Niño nos próximos meses e da proximidade da época de maior circulação da dengue e do chikungunya na América do Sul, a Organização Pan-Americana da Saúde lembra aos Estados-Membros que continuam em vigor as mesmas orientações publicadas na Atualização Epidemiológica de 10 de junho de 2020 sobre dengue e outras arboviroses, disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-dengue-otras-arbovirosis-10-junho-2020> (28), cujo resumo segue abaixo:

Vigilância Integrada

A OPAS/OMS incentiva a continuidade da vigilância epidemiológica e o envio de relatórios sobre casos suspeitos e confirmados de dengue, chikungunya e zika.

Como o agrupamento de casos é comum nessas doenças (dengue, chikungunya e zika), devem ser envidados esforços para analisar a distribuição espacial dos casos, a fim de permitir uma resposta rápida em nível local nas áreas mais afetadas. As informações sobre os pontos críticos das três doenças devem ser direcionadas para o controle intensivo de vetores.

A vigilância entomológica sentinela ajudará a avaliar as mudanças no risco de doenças transmitidas por vetores e o impacto das medidas de controle de vetores.

Manejo de casos

Chikungunya. A doença causada pelo CHIKV pode apresentar 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 necessidades específicas de atenção. A fase aguda dura até 2 semanas, a fase pós-aguda vai da terceira semana até o terceiro mês e a fase crônica começa a partir do quarto mês e pode se prolongar por anos (29). Na maioria dos pacientes na 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 a suspeita diagnóstica e o manejo clínico de casos de chikungunya, bem como de outras arboviroses prevalentes na Região, em particular a dengue e a zika.
- Fortalecer as competências nos diferentes níveis de atenção para a prevenção e o tratamento das sequelas da fase crônica da chikungunya.
- Adaptar, nos níveis nacional e subnacional, o guia “Diretrizes para o diagnóstico clínico e o tratamento da dengue, da chikungunya e da zika” (29).
- Oferecer oficinas de capacitação para profissionais de saúde dos setores público e privado sobre a organização dos serviços de saúde, incluindo a resposta a surtos.

Da mesma forma, deve-se orientar gestantes, 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 ao primeiro sinal de suspeita de infecção por chikungunya, devido ao maior risco de apresentarem manifestações graves ou complicações decorrentes dessa doença. Além disso, todo recém-nascido cuja mãe tenha suspeita ou confirmação de chikungunya nos 15 dias anteriores ao parto deve ser hospitalizado devido ao risco de transmissão vertical.

É importante ressaltar que a doença causada pelo chikungunya pode ser letal durante a fase aguda, principalmente nesse 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 (30-32). A infecção pelo CHIKV pode desequilibrar a doença de base em pessoas com comorbidades, aumentando assim o risco de gravidade e morte nesse grupo populacional (30).

Dengue. As medidas para garantir o manejo clínico adequado de casos suspeitos de dengue devem ser uma prioridade.

Deve-se fortalecer as capacidades no nível da atenção primária à saúde e, a partir desse nível, evitar a progressão para formas graves e mortes por dengue. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde realizem um diagnóstico clínico precoce e o reconhecimento de sinais de alarme na dengue (como dor abdominal intensa e persistente ou dor à palpação do abdômen, vômitos persistentes, acúmulo clínico de líquido, sangramento das mucosas, letargia, inquietação, aumento do fígado > 2 cm abaixo da borda costal e aumento progressivo do hematócrito) para, assim, iniciar um manejo adequado de acordo com as recomendações publicadas nas diretrizes clínicas da OPAS. Nos casos em que houver suspeita de dengue, os profissionais de saúde devem fornecer orientações claras aos pacientes e/ou familiares para monitorar os sinais de alarme e procurar atendimento médico imediato caso eles se manifestem. Essas medidas também ajudarão a reduzir o número de pacientes que precisam ser encaminhados a hospitais, evitando assim a saturação dessas instalações e das unidades de terapia intensiva.

Ao mesmo tempo, todos os hospitais de segundo e terceiro níveis devem estar preparados para lidar com casos de dengue com sinais de alarme e casos graves da doença.

Mais informações sobre o manejo clínico dos casos de dengue estão disponíveis nas Diretrizes para o diagnóstico clínico e o tratamento da dengue, da chikungunya e do zika (29), no Instrumento para o diagnóstico e atenção a pacientes com suspeita de arbovirose (33), ambos publicados pela OPAS, e nas Diretrizes para o manejo da dengue grave em unidades de terapia intensiva (34).

A OPAS reitera as recomendações para equipes técnicas responsáveis pelo controle da malária, que também se aplicam aos profissionais envolvidos na atenção a arboviroses, disponíveis em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52079> (35).

Adequação dos serviços de atenção à saúde

Diante do aumento da incidência de dengue e chikungunya na Região, insta-se os Estados-Membros a adequarem seus serviços de saúde para oferecer uma resposta oportuna e apropriada à população, em todos os níveis de atenção.

- Organizar a triagem, o fluxo de pacientes e as áreas de atendimento clínico e de internação em cada instituição, nos diferentes níveis de atenção.
- Reorganizar os serviços de saúde em situações de surto/epidemia nos diferentes níveis de atenção ao paciente.
- Fortalecimento das redes de atenção aos pacientes no diagnóstico clínico, manejo, acompanhamento, bem como no encaminhamento e reenvio de pacientes com suspeita de dengue, chikungunya ou zika.

Confirmação laboratorial

É importante levar em conta que o diagnóstico inicial da infecção pelo CHIKV ou DENV é clínico, e uma suspeita adequada pode orientar o protocolo de confirmação. Os resultados laboratoriais devem ser analisados juntamente com as informações clínicas e de acordo com o contexto epidemiológico, para fins de vigilância e não para a tomada de decisões clínicas.

Chikungunya. 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, de preferência nos primeiros 5 dias após o início dos sintomas. No entanto, como o CHIKV costuma apresentar viremias mais prolongadas, uma amostra coletada até o 8º dia a partir do início dos sintomas pode ser útil para a confirmação molecular (36).

Existem diferentes algoritmos para a detecção molecular do CHIKV, dependendo do contexto epidemiológico e clínico. Assim, diante de uma suspeita clínica compatível com infecção pelo CHIKV, sugere-se iniciar com uma PCR específica, na qual um resultado positivo confirma a infecção; se o resultado for negativo, pode-se prosseguir 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 19**) (36).

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 contexto da vigilância sindrômica, um protocolo de amplificação múltipla (*multiplex*) que permita a detecção simultânea de pelo menos três dos arbovírus endêmicos mais prováveis (DENV, CHIKV e ZIKV) pode ser mais eficiente (**Figura 19**) (36).

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 permitam corroborar o diagnóstico e caracterizar melhor o caso (36).

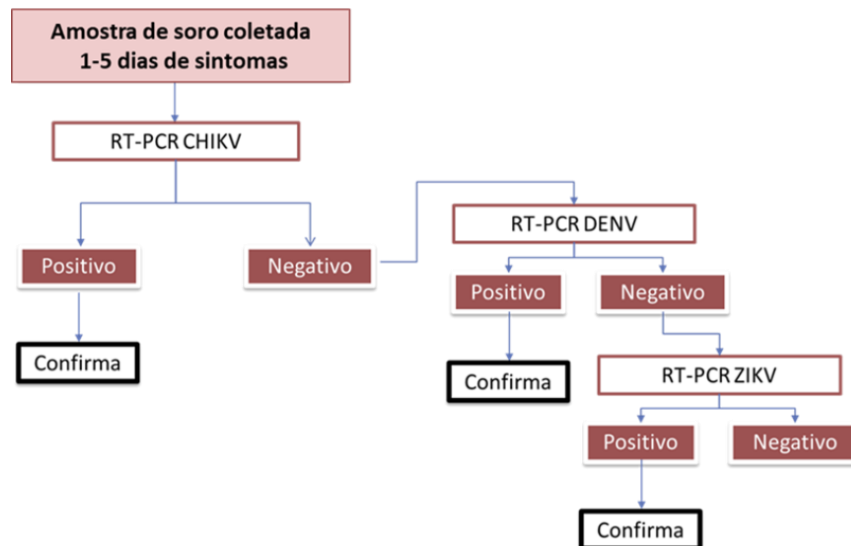
A confirmação sorológica da infecção por CHIKV só é possível quando são processadas amostras emparelhadas coletadas com intervalo de pelo menos uma semana (fase aguda e fase de convalescença). A soroconversão (IgM negativa na amostra inicial e positiva na segunda amostra, por ELISA ou neutralização) ou o aumento de pelo menos 4 vezes no título de anticorpos (por meio de metodologia quantitativa) podem confirmar o diagnóstico. No entanto, é importante levar em conta que os testes sorológicos são suscetíveis a reações cruzadas, especialmente com outros alfavírus, incluindo o Mayaro. Além disso, um resultado positivo em uma única amostra não é considerado confirmatório, pois, além da possibilidade de reação cruzada, a IgM pode permanecer detectável por vários meses e até anos após a infecção; portanto, uma detecção pode refletir uma infecção passada (36).

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 (36).

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 no diagnóstico diferencial (37).

Figura 19. Algoritmo sequencial para exames 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> (36).

Dengue. A confirmação laboratorial da infecção por dengue baseia-se em exames virológicos (RT-PCR, detecção do antígeno NS1 por ELISA e, em alguns casos, isolamento viral em cultura para caracterização adicional) e sorológicos (detecção de IgM). No entanto, para a confirmação dos casos, deve-se priorizar os testes virológicos que comprovem a presença do vírus completo, de seu material genético ou de suas proteínas. Os testes virológicos para dengue são realizados em amostras de soro coletadas durante os primeiros 5 dias após o início dos sintomas (fase aguda) (**Figura 20**).

Por outro lado, os testes sorológicos baseados na detecção de IgM devem ser analisados com cautela, levando em conta o tempo que os anticorpos permanecem no sangue após uma infecção, bem como a possibilidade de reação cruzada com outros flavivírus (incluindo zika, febre amarela e outros) e detecção inespecífica. Assim, um único resultado positivo para IgM em um paciente indica apenas um contato com o vírus, sendo esses casos definidos como um caso provável de dengue. Uma segunda amostra coletada com pelo menos uma semana de intervalo, processada em paralelo com a primeira e submetida a um teste sorológico quantitativo (PRNT, por exemplo) que permita demonstrar soroconversão ou aumento no título de anticorpos, pode ser útil para esclarecer o diagnóstico (**Figura 21**).

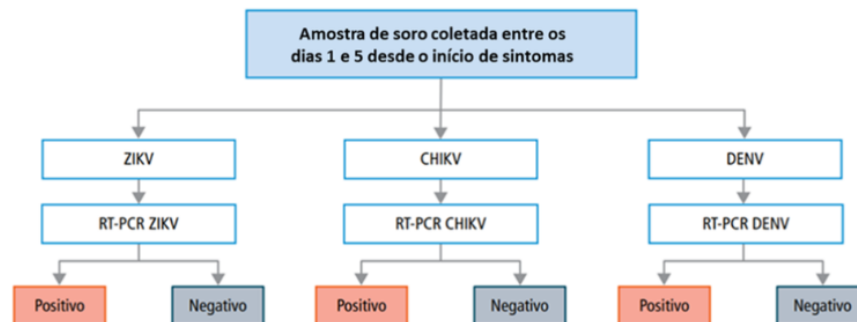
É importante contar com um algoritmo laboratorial claro que permita a detecção precoce. Embora as metodologias moleculares múltiplas (PCR *multiplex*) sejam úteis quando não há uma suspeita clínica clara, diante de um caso de dengue que atenda às definições estabelecidas e cujo quadro clínico seja compatível, sugere-se priorizar os protocolos para detecção específica (*singleplex*) do vírus (37).

Em casos fatais, as amostras de tecido (fígado, baço, rim) devem ser consideradas tanto para a detecção do material genético (RT-PCR) quanto para o estudo histopatológico e imuno-histoquímico. A realização de biópsias em um paciente com suspeita de dengue é totalmente contraindicada.

Por outro lado, não se recomenda o uso de testes imunocromatográficos ou rápidos (NS1 e/ou anticorpos), pois, devido à sua baixa sensibilidade, podem levar a resultados falso-negativos; seu uso deve se limitar a estudos comunitários sob protocolos estabelecidos, mas em nenhum caso para descartar a infecção ou para orientar condutas médicas.

Como os serviços laboratoriais são um componente essencial da vigilância epidemiológica e virológica da dengue, deve-se manter a detecção e a caracterização oportunas em amostras adequadas. Na medida do possível e de acordo com as capacidades de cada laboratório, recomenda-se a coleta de amostras de 100% dos casos graves e fatais de dengue, enquanto apenas uma proporção (10-30% ou um número máximo de amostras, de acordo com a capacidade instalada) dos casos sem sinais de alarme será necessária para a vigilância.

Figura 20. Algoritmo para exames virológicos em casos suspeitos de dengue, chikungunya e Zika.



Fonte: OPAS/OMS. Recomendações para a detecção e o diagnóstico laboratorial de infecções por arbovírus na Região das Américas. 29 de agosto de 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/9b154948-6dc9-4cf0-8808-3fbe72ca95bd>

Figura 21. Algoritmo para exames sorológicos em casos suspeitos de dengue e zika.



Fonte: OPAS/OMS. Recomendações para a detecção e o diagnóstico laboratorial de infecções por arbovírus na Região das Américas. 29 de agosto de 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/9b154948-6dc9-4cf0-8808-3fbe72ca95bd>

Medidas de prevenção e controle do Aedes

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. Isso será alcançado por meio da implementação de estratégias integradas de controle de vetores em situações de emergência, 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 combinadas e de forma sinérgica.
- Colaboração do setor de saúde com setores públicos e privados ligados à gestão ambiental, cujo trabalho tenha impacto na redução do vetor.
- Participação ativa de indivíduos, famílias e outros parceiros-chave (educação, finanças, turismo, água e saneamento, entre outros) nas atividades de prevenção e controle.
- Fortalecimento do marco legal que permita uma abordagem integrada e intersetorial.

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 voltadas para a redução da densidade do vetor e contem com a aceitação e a participação ativa da população local. As medidas de prevenção e controle a serem implementadas pelas autoridades nacionais e locais devem incluir:

- Fortalecer as ações de gestão ambiental, principalmente a eliminação de criadouros do vetor em residências, arredores e áreas comuns (parques, escolas, 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 ou seja necessária a realização de coletas adicionais.
- Aplicar medidas para o controle (38) de focos por meio da utilização de métodos físicos, biológicos e/ou químicos, que envolvam ativamente os indivíduos, a família e a comunidade.
- Definir as áreas de alto risco de transmissão (estratificação de risco) (39) e priorizar aquelas onde haja concentrações de pessoas (escolas, terminais, hospitais, centros de saúde etc.). Nessas instalações, a presença do mosquito deverá ser eliminada em um raio de pelo menos 400 metros. É importante dar atenção especial às unidades de saúde, para que estejam livres da presença do vetor e de seus criadouros e não se tornem pontos de disseminação do vírus.
- Nas áreas onde for detectada transmissão ativa, sugere-se a implementação de medidas voltadas para a eliminação de mosquitos adultos infectados (principalmente por meio do uso de inseticidas), a fim de interromper e cortar a transmissão. Essa ação é de caráter excepcional e só é eficaz quando executada por pessoal devidamente capacitado e treinado de acordo com as orientações técnicas internacionalmente aceitas; e quando realizada em conjunto com as demais 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 com o vírus da dengue (transmissão ativa) por meio da fumigação intradomiciliar, utilizando equipamentos individuais, ou da fumigação espacial, utilizando equipamentos pesados montados em

veículos, somada à destruição e/ou controle de criadouros do vetor dentro das residências e em seus arredores (40).

- Uma modalidade eficaz de controle de adultos que pode ser utilizada, considerando as capacidades operacionais disponíveis, é a pulverização residual em ambientes internos, que deve ser aplicada seletivamente nos locais de repouso do *Aedes aegypti*, tomando-se cuidado para não contaminar alimentos, recipientes de armazenamento de água potável ou aqueles utilizados para cozinhar. Essa intervenção em áreas tratadas é eficaz por um período de até quatro meses e pode ser utilizada 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* (41) da OPAS e o documento Controle do *Aedes aegypti* no cenário de transmissão simultânea da COVID-19 (42).
- Escolher adequadamente o inseticida a ser utilizado (seguindo as recomendações da OPAS), sua formulação e ter conhecimento sobre a suscetibilidade das populações de *Aedes* a esse inseticida (43).
- Garantir o funcionamento adequado dos equipamentos de pulverização e sua manutenção. Assegurar reservas de insumos estratégicos, tais como inseticidas (larvicidas e adulticidas), equipamentos de proteção individual, peças de reposição para os equipamentos de pulverização e combustível, entre outros.
- Intensificar as ações de supervisão (controle de qualidade e cobertura) do trabalho de campo dos operadores, tanto nas ações de fumigação intra-domiciliar com equipamentos individuais quanto nas tarefas de fumigação espacial com equipamentos pesados montados em veículos, garantindo o cumprimento das medidas de proteção individual.

Medidas de prevenção individual

Os pacientes infectados pelos vírus da dengue, chikungunya e/ou zika são o reservatório da infecção para outras pessoas, tanto em suas casas quanto na comunidade. É necessário informar aos doentes, suas famílias e à comunidade afetada sobre o risco de transmissão e as formas de prevenir o contágio, reduzindo a população de vetores e o contato entre o vetor e as pessoas.

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

- O paciente deve descansar sob mosquiteiros, impregnados ou não com inseticida.
- As pessoas doentes, assim como outros membros da família, devem usar mangas compridas para cobrir os membros.
- Repelentes que contenham DEET, IR3535 ou Icaridina podem ser aplicados na pele exposta ou nas roupas, e seu uso deve estar em estrita conformidade com as instruções do rótulo do produto. Devem ser instaladas telas de arame/redes contra mosquitos em portas e janelas.

Comunicação e participação da comunidade

Recomenda-se estabelecer e implementar um plano de ação rápido de comunicação com foco em:

- Medidas para prevenir a formação de criadouros do vetor e a eliminação desses criadouros para evitar a transmissão, e

- Informações sobre sintomas e sinais de alarme da dengue quando a situação epidemiológica do país assim o exigir, como, por exemplo, aumento de casos ou mortes por dengue.

Recomenda-se considerar como públicos-alvo principais: indivíduos, comunidades, comitês de bairro, prefeituras, setores público e privado; mensagens sobre medidas para prevenir a formação de criadouros do vetor e a eliminação desses criadouros para evitar a transmissão de arbovírus.

Público-alvo:

- Indivíduos, comunidades, comitês de bairro, prefeituras, setores público e privado: mensagens sobre medidas para prevenir a formação de criadouros do vetor e a eliminação desses criadouros para evitar a transmissão da dengue e de outros arbovírus. Além disso, informações sobre os sinais de alarme da dengue para que se procure atenção médica imediata.
- Profissionais de saúde (incluindo enfermeiros, médicos e equipes de atenção primária e de hospitais) e técnicos do programa de controle de vetores: informações sobre sintomas e sinais de alarme da dengue que estejam presentes ou em aumento no país.

Devem ser envidados todos os esforços para obter o apoio da comunidade na prevenção da dengue.

Materiais simples de Informação, Educação e Comunicação (IEC) podem ser divulgados por meio de diversos canais de comunicação (incluindo redes sociais ou circuitos fechados de televisão em unidades de saúde).

A população e os membros das famílias devem ser incentivados a eliminar as fontes de reprodução de mosquitos, tanto dentro de casa quanto nas áreas ao redor da residência. Essa é uma tarefa de todos: da família, da comunidade, dos setores público e privado.

Os criadouros de mosquitos altamente produtivos, como recipientes de armazenamento de água (barris, tanques elevados, panelas 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 que retêm água, também devem ser limpos periodicamente.

Deve-se incentivar tanto os profissionais de saúde quanto as comunidades afetadas a conhecerem os sintomas da dengue, bem como seus sinais de alarme e como agir diante do surgimento dessas manifestações.

Recomenda-se trabalhar com as equipes locais, pois elas sabem como tornar essas informações mais eficazes e, em muitos casos, as campanhas e mensagens nacionais não são tão eficazes quanto as iniciativas locais (38).

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. PLISA – Plataforma de Informações em Saúde para as Américas, Portal de doenças arbovirais. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026 [acessado em 29 de setembro e 13 de outubro de 2026]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Alerta Epidemiológico - Risco de surtos de dengue devido ao aumento da circulação do DENV-3 na Região das Américas - 7 de fevereiro de 2025. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-risco-surtos-dengue-devido-ao-aumento-da-circulacao-do-denv-3-na>.
3. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Colômbia. Informação por e-mail de 6 de outubro de 2026. Bogotá; 2026. Não publicado.
4. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Costa Rica. Informação por e-mail de 5 de outubro de 2026. San José da Costa Rica; 2026. Não publicado.
5. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de Cuba. Informação por e-mail de 9 de outubro de 2026. Havana; 2026. Não publicado.
6. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional do Equador. Informação por e-mail de 7 de outubro de 2026. Quito; 2026. Não publicado.
7. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional de El Salvador. Informação por e-mail de 5 de outubro de 2026. San Salvador; 2026. Não publicado.
8. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional de Honduras. Informação por e-mail de 6 de outubro de 2026. Tegucigalpa; 2026. Não publicado.
9. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do México. Informações por e-mail de 7 de outubro de 2026. Cidade do México; 2026. Não publicado.
10. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Panamá. Informações por e-mail de 6 e 15 de outubro de 2026. Cidade do Panamá; 2026. Não publicado.
11. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Peru. Informações por e-mail de 6 de outubro de 2026. Lima; 2026. Não publicado.
12. Ministério da Saúde do Peru. Centro Nacional de Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. Sala situacional de enfermidades metaxênicas. Lima: MINSA; 2026 [acessado em 6 de outubro de 2026]. Disponível em: https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_metaxenicas_web/.
13. Organização Pan-Americana da Saúde. Alerta epidemiológico: Chikungunya e Oropouche na Região das Américas - 28 de agosto de 2025. Washington, D.C.: OPAS; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-chikungunya-e-oropouche-na-regiao-das-americas-28-agosto-2025>.
14. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Alerta epidemiológico: chikungunya, 10 de fevereiro de 2026. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2026. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-chikungunya-10-fevereiro-2026>.

15. Tsetsarkin K, Vanlandingham D, McGee C, Higgs S. A single mutation in chikungunya virus affects vector specificity and epidemic potential. *PLoS Pathog.* 2007 Dec;3(12):e201. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.0030201>.
16. Perez M, Resik S, Bello B, Companioni A, Gonzalez D, Benitez A, et al. Chikungunya outbreak, Cuba, July 2025. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2026;32(7). DOI: 10.3201/eid3207.260344. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/32/7/26-0344_article.https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/32/7/26-0344_article.
17. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Argentina. Informação por e-mail de 14 de outubro de 2026. Buenos Aires; 2026. Não publicado.
18. Ministério da Saúde da Nação Argentina. Diretoria de Epidemiologia. Boletín Epidemiológico Nacional n.º 823: semana epidemiológica 33, año 2026. Buenos Aires: MSAL; 2026. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben-823-se-33-04092026.pdf>.
19. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Estado Plurinacional da Bolívia. Informação por e-mail de 15 de outubro de 2026. La Paz; 2026. Não publicado.
20. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Brasil. Informações por e-mail de 16 de outubro de 2026. Brasília; 2026. Não publicado.
21. Souza TMA, et al. *First Report of the East-Central South African Genotype of Chikungunya Virus in Rio de Janeiro, Brazil*. *PLoS Currents Outbreaks*. 2017 Feb 14;9. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.4200119978d62ccaa454599cd2735727>.
22. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do França. Informações por e-mail de 19 de outubro de 2026. Paris; 2026. Não publicado.
23. Carvalho L, Devos S, Petit-Sinturel M, Succo T. Bulletin bi-mensuel de vigilância épidémiologique. Région Guyane. Semanas 04 e 05 (de 19 de janeiro a 1º de fevereiro de 2026). [Boletim bimestral de vigilância epidemiológica. Região da Guiana Francesa. Semanas 4 e 5 (de 19 de janeiro a 1º de fevereiro de 2026)]. São Maurício: Saúde Pública da França; 2026. Francês. Disponível em: https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/bullreg_guyane_20260205.pdf.
24. Sinturel MP, Rousset D, Enfissi A, Ramavoson T, Kezza C, Jourdain F, Djossou F, et al. Overview of chikungunya viral transmission, French Guiana, 2026. *Euro Surveill.* 2026;36(20):2600296. Disponível em: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.20.2600296>.
25. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Guiana. Informação por e-mail de 14 de outubro de 2026. Georgetown; 2026. Não publicado.
26. Ministério da Saúde do Panamá. Dirección Geral de Saúde Pública. Departamento Nacional de Epidemiologia. Boletín epidemiológico semanal: semana 38, del 20 al 26 de septiembre de 2026. Panamá: MINSA; 2026. Disponível em: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/2026-10/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20SEMANAL%20%2038_0.pdf.
27. Ponto Focal Nacional (PFN) para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) do Suriname. Informação por e-mail de 15 de outubro de 2026. Buenos Aires; 2026. Não publicado.

28. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Actualización Epidemiológica: Dengue y otras Arbovirosis - 10 de junio de 2020. Washington, D.C. OPAS/OMS. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-dengue-otras-arbovirosis-10-junio-2020>.
29. 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>.
30. 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 De La Facultad De Ciencias Medicas; 2023;56(2):18-26. Disponível em: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/3669>.
31. Torales M, Beeson A, Grau L, et al. *Notes from the Field: Chikungunya Outbreak — Paraguay, 2022–2023*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2023;72:636–638. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7223a5>
32. 25 Aguilar G, Estigarriba-Sanabria G, Ríos-González C, Torales J, Morel Z, Agüero 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>.
33. Organização Pan-Americana da Saúde. Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Washington, D.C.: OPAS; 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31448>.
34. Organização Pan-Americana da Saúde. Directrices para el manejo del dengue grave en unidades de cuidados intensivos. Washington, D.C.: OPAS; 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275330487>.
35. Organização Pan-Americana da Saúde. Medidas para asegurar la continuidad de la respuesta a la malaria en las Américas durante la pandemia de COVID-19, 24 de abril de 2020. Washington, D.C.: OPAS, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52079>.
36. 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>.
37. Organização Pan-Americana da Saúde. Definições de caso, classificação clínica e fases da doença: dengue, chikungunya e 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>.
38. Organização Pan-Americana da Saúde. À medida que os casos de dengue aumentam globalmente, o controle de vetores e o envolvimento da comunidade são fundamentais para evitar a disseminação da doença. Washington, D.C.: OPAS; 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/3-8-2023-medida-que-os-casos-dengue-aumentam-globalmente-controle-vetores-e-envolvimento>.
39. Organização Pan-Americana da Saúde. Métodos de vigilancia entomológica y control de los principales vectores en las Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55241>.

40. Organização Pan-Americana da Saúde. Documento técnico para a implementação de intervenções com base em cenários operacionais genéricos para o controle do *Aedes aegypti*. Washington, D.C.: OPAS; 2019. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51654>.
41. 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/items/8c20983c-57f8-4742-b6c5-175076e61623>.
42. Organização Pan-Americana da Saúde. Controle do *Aedes aegypti* no contexto da transmissão simultânea de COVID-19. Washington, D.C.: OPAS; 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/control-aedes-aegypti-escenario-transmission-simultanea-covid-19>.
43. 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>.

Recursos adicionais

- Organização Pan-Americana da Saúde. Metodologia para avaliar as estratégias nacionais de prevenção e controle das arboviroses nas Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/4eda428f-d502-48a7-ac37-f97c35d878a1>.
- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Sistema de alerta y respuesta temprana ante brotes de dengue: guía operativa basada en el tablero de mandos en línea. Segunda edição. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53961>
- Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic. Genebra: OMS/UNICEF; 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1