



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses

NOTA TÉCNICA Nº 6/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS

Orientações para a vigilância da Febre do Oropouche

1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

1.1. A Febre do Oropouche (FO) é uma doença causada por um arbovírus (vírus transmitido por artrópodes) do gênero *Orthobunyavirus*, da família Peribunyaviridae. O *Orthobunyavirus oropoucheense* (OROV) foi isolado pela primeira vez no Brasil em 1960, a partir de amostra de sangue de uma bicho-preguiça (*Bradypus tridactylus*) capturada durante a construção da rodovia Belém-Brasília. Desde então, casos isolados e surtos foram relatados no Brasil, principalmente nos estados da região Amazônica. Também já foram relatados casos e surtos em outros países das Américas Central e do Sul (Panamá, Argentina, Bolívia, Equador, Peru e Venezuela).

1.2. Há dois ciclos de transmissão descritos: silvestre e urbano. No ciclo silvestre, bichos-preguiça e primatas não-humanos (e possivelmente aves silvestres e roedores) atuam como hospedeiros. Há registros de isolamento do OROV em algumas espécies de mosquitos, como *Coquillettidia venezuelensis* e *Aedes serratus*. No entanto, o suposto vetor primário é o *Culicoides paraensis* (Diptera: Ceratopogonidae), conhecido como maruim ou mosquito-pólvora. No ciclo urbano, o homem é o hospedeiro principal, e o vetor primário também é o *C. paraensis*. Eventualmente, o mosquito *Culex quinquefasciatus* pode transmitir o vírus em ambientes urbanos.

1.3. Até o momento não há evidência de transmissão direta de pessoa a pessoa. Após a infecção, o vírus permanece no sangue dos indivíduos infectados por 2-5 dias após o início dos primeiros sintomas. O período de incubação intrínseca do vírus (em humanos) pode variar entre 3 e 8 dias após a infecção pela picada do vetor. Entre as características do OROV, destaca-se seu elevado potencial de transmissão e disseminação, com capacidade de causar surtos e epidemias em áreas urbanas. Não há vacina e tratamento específico disponíveis.

2. ASPECTOS CLÍNICOS

2.1. O quadro clínico agudo evolui com febre de início súbito, cefaleia (dor de cabeça), mialgia (dor muscular) e artralgia (dor articular). Outros sintomas como tontura, dor retro-ocular, calafrios, fotofobia, náuseas e vômitos também são relatados. Casos com acometimento do sistema nervoso central (p. ex., meningite asséptica, meningoencefalite), especialmente em pacientes imunocomprometidos, e com manifestações hemorrágicas (petéquias, epistaxe, gengivorragia) podem ocorrer. Parte dos pacientes (estudos relatam até 60%) pode apresentar recidiva, com manifestação dos mesmos sintomas ou apenas febre, cefaleia e mialgia após 1 a 2 semanas a partir das manifestações

iniciais. Os sintomas duram de 2 a 7 dias, com evolução benigna e sem sequelas, mesmo nos casos mais graves. Não há relatos de óbitos associados à infecção pelo OROV até então.

2.2. A doença apresenta semelhança clínica com casos febris inespecíficos de outras arboviroses, como dengue, chikungunya e febre amarela, embora os aspectos ecoepidemiológicos dessas arboviroses sejam distintos. Há relatos de casos de FO durante o curso de epidemias de dengue, quando o diagnóstico é dificultado pelo desconhecimento sobre a doença, pela semelhança entre os quadros clínicos de ambas as doenças, e pela elevada proporção de casos confirmados para dengue por critério clínico-epidemiológico. Não existe tratamento específico. Os pacientes devem permanecer em repouso, com tratamento sintomático e acompanhamento médico.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1. A partir de 2023, a detecção de casos de FO nos estados da região amazônica, considerados endêmicos, aumentou em decorrência da descentralização do diagnóstico biomolecular para parte dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) do país, promovida pela Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB) do Ministério da Saúde. A adoção de estratégia laboratorial sentinela de busca ativa de casos de febre do Mayaro (FM) e de FO a partir de amostras negativas para dengue, chikungunya e Zika (DCZ) tem sido adotada pelos Lacen, no sentido de identificar a circulação de outros patógenos que podem estar associados aos eventos notificados que não reúnem evidências de infecção pelos arbovírus transmitidos pelo *Aedes aegypti* (i.e., DCZ). Nesse sentido, convém destacar a abordagem sentinela que essa estratégia representa, uma vez que casos suspeitos principalmente de dengue têm sido diagnosticados como FO. Assim, a investigação aprofundada dos casos identificados e a estruturação da vigilância epidemiológica são essenciais para documentar a evolução clínica dos pacientes e as circunstâncias ecoepidemiológicas em que as infecções ocorreram, visto que os instrumentos de notificação de DCZ não trazem variáveis capazes de esclarecer essas questões.

3.2. Entre novembro de 2023 e janeiro de 2024, a Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses (CGARB) do Ministério da Saúde realizou visitas técnicas aos estados do Acre, Roraima e Amazonas a fim de compreender o contexto epidemiológico de ocorrência dos casos e orientar a estruturação da vigilância da FO nesses estados. Em 2023 e 2024, foram registradas no GAL 1.444 amostras detectáveis no RT-qPCR para o OROV no Brasil (1.066 no Amazonas, 175 no Acre, 164 em Roraima, 38 em Rondônia e 1 no Pará).

3.3. À medida que detecções do OROV vêm sendo relatadas em diversos estados da região amazônica, torna-se necessário a orientação para as vigilâncias, quanto aos aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais da FO, e orientações voltadas para prevenção e controle a partir da detecção laboratorial da circulação viral, objeto desta Nota Técnica.

4. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA REGIÃO AMAZÔNICA (ENDÊMICA)

4.1. A vigilância da FO é passiva, de base laboratorial, desencadeada a partir da detecção laboratorial do vírus, do genoma viral ou de anticorpos de classe IgM, e tem por objetivos:

- Descrever a distribuição e dispersão do vírus;
- Detectar a ocorrência de surtos e epidemias;
- Estimar o impacto e a magnitude da transmissão;
- Caracterizar os casos quanto aos aspectos clínicos e epidemiológicos;
- Caracterizar as áreas de transmissão, com atenção especial à avaliação do risco de transmissão em áreas periurbanas e urbanas.

4.2. Todos os casos com diagnóstico laboratorial de infecção pelo OROV devem ser investigados, visando descrever as características clínicas e epidemiológicas para subsidiar a classificação

final e a definição do LPI, e identificação das áreas e das populações sob risco para intensificação das ações de vigilância, acompanhadas de orientações de prevenção que visam reduzir a exposição dos indivíduos suscetíveis aos vetores e o risco de infecção.

Notificação

4.3. Todo caso com diagnóstico de infecção pelo OROV deve ser notificado. A FO compõe a lista de doenças de notificação compulsória, conforme Portaria de Consolidação GM/MS nº 217, de 01 de março de 2023 e Portaria de Consolidação nº 4, capítulo I, art. 1º ao 11, Anexo 1, do Anexo V (Origem: PRT MS/GM 204/2016); e capítulo III, art. 17 ao 21, Anexo 3, do Anexo V (Origem: PRT MS/GM 782/2017), classificada entre as doenças de notificação imediata, em função do potencial epidêmico e da alta capacidade de mutação, podendo se tornar uma ameaça à saúde pública.

4.4. A [Ficha de Notificação/Conclusão](#) do Sinan deve ser preenchida para todos os casos confirmados, utilizando o CID A93.8 (Outras Febres Virais especificadas transmitidas por artrópodes). Colocar no campo de observação: "OROPOUCHE"; Obs.: o CID A93.0, específico para a Febre do Oropouche, não está ativo para utilização no Sinan.

4.5. Todos os exames laboratoriais realizados para o OROV devem ser registrados no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), independentemente do resultado, a fim de prover um denominador que possibilite calcular as estatísticas essenciais, avaliar o esforço de vigilância e a estimar sensibilidade do sistema de vigilância.

Investigação

4.6. A descrição das características clínicas e epidemiológicas A identificação do local provável de infecção (LPI) deve ser feita a partir da investigação dos casos com diagnóstico laboratorial de infecção pelo OROV, visto que pode decorrer de atividades em áreas de mata, rurais ou silvestres. A caracterização ambiental do LPI é fundamental para a avaliação do risco de transmissão em áreas urbanas. Nas localidades definidas como LPI, recomenda-se que o diagnóstico laboratorial de FO seja realizado em todas as amostras com diagnóstico molecular de ZDC não detectáveis, ajustando a amplitude (localidade, bairro, município e estado) da estratégia à capacidade operacional do Lacen e ao estoque de insumos disponíveis. Outras estratégias de identificação de casos podem ser estabelecidas (e.g., por meio de inquéritos soroepidemiológicos), desde que planejadas entre todos os atores (vigilância epidemiológica e laboratório de saúde pública) e esferas de gestão (SMS, SES e MS).

4.7. Diante do diagnóstico laboratorial de infecção pelo OROV, deve-se:

- Informar todas as esferas de gestão do SUS sobre a ocorrência de casos pela via mais rápida (e-mail, telefone), e notificar os casos por meio da [Ficha de Notificação/Conclusão](#);
- Realizar a investigação epidemiológica dos casos para identificação do LPI e descrição das características clínicas e epidemiológicas:
 - Evolução clínica (sintomas, recidiva, evolução do caso);
 - Exames laboratoriais complementares;
 - Histórico de deslocamentos e de exposição;
 - Caracterização ambiental do LPI (urbano, periurbano, rural, silvestre).
- Verificar a presença de animais como primatas não-humanos (PNH), aves silvestres e Xenarthras (bichos-preguiça, tamanduás e tatus) mortos ou doentes, realizar a notificação via [Ficha de Notificação/Investigação de Epizootias](#) (Sinan) e via [Plataforma SISS-Geo](#) (<https://sissgeo.lncc.br/apresentacao.xhtml>) e encaminhar amostras para a rede laboratorial de referência.

4.8. Adicionalmente, em situações de surtos ou epidemias, recomenda-se:

- Realizar investigação entomológica no LPI para identificação taxonômica e diagnóstico virológico de artrópodes, com base no conhecimento prévio sobre os aspectos bioecológicos das espécies

potencialmente envolvidas na transmissão, a fim de identificar o vetor primário e definir as medidas de prevenção e controle pertinentes.

- Implantar estratégias de comunicação para orientar os indivíduos que se deslocam para áreas com transmissão quanto à importância das medidas de prevenção, que consistem em evitar o contato com áreas de ocorrência e/ou minimizar a exposição às picadas dos vetores, seja por meio de recursos de proteção individual (uso de roupas compridas, de sapatos fechados e de repelentes nas partes do corpo expostas) ou coletiva (limpeza de terrenos e de locais de criação de animais; recolhimento de folhas e frutos que caem no solo; uso de telas de malha fina em portas e janelas);
- Avaliar o risco de transmissão urbana por meio da identificação do vetor primário, etapa essencial para definir as medidas de manejo integrado aplicáveis. Nas localidades com registro de transmissão ativa, o Guia de Vigilância do *Culex quinquefasciatus* pode orientar o manejo integrado dessa espécie, no sentido de reduzir o risco para os indivíduos residentes.

Classificação final

4.9. Considera-se caso confirmado de febre do Oropouche, todo caso com diagnóstico laboratorial de infecção pelo OROV, preferencialmente por provas diretas (biologia molecular ou isolamento viral), e cujos aspectos clínicos e epidemiológicos (i.e., exposição em região endêmica ou com registro de surto/epidemia ou exposição a situação de risco em áreas periurbanas, de mata, rurais ou silvestres) sejam compatíveis com a ocorrência da doença. As detecções por meio de sorologia (ELISA IgM) devem ser avaliadas cuidadosamente, sobretudo em áreas com detecções isoladas e com altas incidência e prevalência de outras arboviroses.

5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA REGIÃO EXTRA-AMAZÔNICA (NÃO ENDÊMICA)

5.1. A descentralização do diagnóstico laboratorial da FO para os Lacen de todos os estados do país está planejada para ocorrer durante o primeiro semestre de 2024. A vigilância dessas arboviroses em regiões não endêmicas deverá estar centrada na detecção de casos importados, em indivíduos com clínica compatível, que residam em estados endêmicos da região amazônica ou em tenham viajado para áreas endêmicas. Todas as amostras com resultados indicativos de infecção pelo OROV deverão ser enviadas ao Laboratório de Referência.

6. CONCLUSÃO

6.1. A atuação integrada entre o setor público e a academia é essencial para ampliar o conhecimento sobre a doença e subsidiar políticas e estratégias de vigilância adequadas ao contexto de transmissão do vírus. A estruturação e consolidação da vigilância da Febre do Oropouche exigirá ampla adesão às orientações apresentadas e colaboração contínua entre os diversos atores e níveis de gestão envolvidos, a fim de reduzir o risco e o impacto da doença sobre a população.

LIVIA CARLA VINHAL FRUTUOSO
Coordenadora- Geral de Vigilância de Arboviroses

ALDA MARIA DA CRUZ
Diretora do Departamento de Doenças Transmissíveis

REFERÊNCIAS

1. Anderson CR, Spence L, Downs WG, Aitken TH. Oropouche virus: a new human disease agent from Trinidad, West Indies. *Am J Trop Med Hyg.* 1961 Jul;10:574–8.
2. Pinheiro F de P, Rosa AP de AT da, Vasconcelos PF da C. Oropouche fever. 2004.
3. Nunes MRT, Vasconcelos HB, Medeiros DB de A, Rodrigues SG, Azevedo R do S da S, Chiang JO, et al. A febre do Oropouche: uma revisão dos aspectos epidemiológicos e moleculares na Amazônia Brasileira. *Cad saúde colet,(Rio J).* 2007;303–18.
4. Vasconcelos HB, Nunes MRT, Casseb LMN, Carvalho VL, Pinto da Silva E V, Silva M, et al. Molecular epidemiology of Oropouche virus, Brazil. *Emerg Infect Dis.* 2011 May;17(5):800–6.
5. International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV). *Virus Taxonomy.* 2023. Disponível em: <https://ictv.global/report/chapter/peribunyaviridae/peribunyaviridae/orthobunyavirus>.
6. Pinheiro FP, Rosa APT da, Rosa JFT da, Ishak R, Freitas RB, Gomes ML, et al. Oropouche virus. I. A review of clinical, epidemiological, and ecological findings. *Am J Trop Med Hyg.* 1981;30:149–60.
7. Travassos da Rosa, J. F., de Souza, W. M., Pinheiro, F. P., Figueiredo, M. L., Cardoso, J. F., Acrani, G. O., & Nunes, M. R. T. (2017). Oropouche Virus: Clinical, Epidemiological, and Molecular Aspects of a Neglected Orthobunyavirus. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 96(5), 1019–1030. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0672>
8. Sakkas, H., Bozidis, P., Franks, A., & Papadopoulou, C. (2018). Oropouche Fever: A Review. *Viruses*, 10(4), 175. <https://doi.org/10.3390/v10040175>



Documento assinado eletronicamente por **Alda Maria da Cruz, Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 22/02/2024, às 03:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lívia Carla Vinhal Frutuoso, Coordenador(a)-Geral de Vigilância de Arboviroses**, em 22/02/2024, às 03:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0038893950** e o código CRC **B3E4A204**.