



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 113/2025/ASPAR/MS

Brasília, 28 de janeiro de 2025.

A Sua Excelência o Senhor

Deputado Federal Luciano Bivar

Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados

Referência: Requerimento de Informação nº 4676/2024

Assunto: Informações acerca das medidas adotadas pelo Governo Federal no enfrentamento da Febre Oropouche no estado do Espírito Santo e seu impacto na saúde pública nacional.

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, em atenção ao Ofício nº 506/2024, proveniente da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados, referente ao **Requerimento de Informação nº 4676/2024**, de autoria do **Deputado Evair Vieira de Melo - PP/ES**, por meio do qual são requisitadas informações acerca das medidas adotadas pelo Governo Federal no enfrentamento da Febre Oropouche no estado do Espírito Santo e seu impacto na saúde pública nacional, sirvo-me do presente para encaminhar as informações prestadas pelas áreas técnicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, por meio da Nota Técnica nº 1/2025-CGAEP/CGESCO/DESCO/SAPS/MS (**0045565623**), ratificada pelo Secretário substituto (**0045594572**), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, por meio do Despacho COEX/SVSA (**0045614942**) e pela Fundação Osvaldo Cruz - FIOCRUZ, por meio do OFÍCIO nº 25/2025/PRESIDÊNCIA/FIOCRUZ (**0045495448**)
2. Desse modo, no âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.
3. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

NÍSIA TRINDADE LIMA

Ministra de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Nísia Verônica Trindade Lima, Ministra de Estado da Saúde**, em 29/01/2025, às 19:33, 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 **0045766096** e o código CRC **F9905820**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária
Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade
Coordenação de Gestão e Apoio Estratégico da Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 1/2025-CGAEP/CGESCO/DESCO/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. *Resposta ao **Requerimento de Informação nº 4676/2024 (0045320097)** – Requer da Excelentíssima Ministra da Saúde, Senhora Nísia Trindade, informações acerca das medidas adotadas pelo Governo Federal no enfrentamento da Febre Oropouche no estado do Espírito Santo e seu impacto na saúde pública nacional.*

2. **ANÁLISE**

2.1. Em atenção ao **Ofício nº 506 (0045320073)**, que faz referência ao **Requerimento de Informação nº 4676/2024**, de autoria do **Deputado Federal Evair Vieira de Melo (PP/ES)**, por meio do qual requisita a Senhora Ministra de Estado da Saúde, Nísia Trindade Lima, informações acerca das medidas adotadas pelo Governo Federal no enfrentamento da Febre Oropouche no estado do Espírito Santo e seu impacto na saúde pública nacional, quais sejam:

- I - Diante do alerta emitido pelo CDC dos EUA e do impacto para o Espírito Santo, quais ações concretas estão sendo realizadas pelo Ministério da Saúde para ampliar a vigilância epidemiológica e o controle do vetor *Culicoides paraensis* em áreas de risco?
- II - Quais medidas específicas estão sendo implementadas para proteger grupos vulneráveis, como gestantes, em regiões afetadas pela Febre Oropouche?
- III - Há planos para a realização de campanhas de conscientização nacional sobre a Febre Oropouche, considerando os surtos registrados em diferentes estados?
- IV - O que o Ministério da Saúde tem feito para investigar e mitigar possíveis impactos congênitos associados ao vírus Oropouche, como a microcefalia confirmada no Espírito Santo?
- V - Quais protocolos clínicos estão sendo desenvolvidos para aprimorar a assistência aos casos suspeitos e confirmados, especialmente em locais com alta incidência?
- VI - Existe algum planejamento, em parceria com instituições como a Fiocruz, para o desenvolvimento de vacina contra o vírus Oropouche? Caso sim, qual o cronograma estimado para avanços nesse sentido?
- VII - O orçamento destinado à pesquisa sobre a Febre Oropouche é suficiente para responder à emergência de saúde pública? Se não, quais medidas estão sendo tomadas para garantir o financiamento adequado?
- VIII - Quais são as estratégias atuais de controle do vetor da Febre Oropouche? Existe alguma tecnologia ou método inovador em estudo ou aplicação?
- IX - Há uma política nacional para a padronização das ações de combate ao *Culicoides paraensis* e a outros vetores em regiões de alta umidade?
- X - O alerta do CDC norte-americano abriu um precedente para cooperação internacional no combate à Febre Oropouche? Existem conversas com organizações internacionais para compartilhar dados ou obter apoio técnico e financeiro?
- XI - O Ministério da Saúde está dialogando com agências internacionais para aprender com experiências de outros países que enfrentaram surtos de doenças transmitidas por vetores?
- XII - O orçamento do Ministério da Saúde para 2024 contempla reforço nos programas de vigilância e assistência relacionados à Febre Oropouche? Quais serão as prioridades na alocação de recursos para combater esta doença?

2.2. Inicialmente cumpre-nos informar que a **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - disposta no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017** - define que "Atenção Básica (Atenção Primária à Saúde - APS) é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária".

2.3. A Atenção Básica, também conhecida como Atenção Primária, possui o objetivo precípua de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades, se orientando pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Deste modo, desde 2023, a atual gestão vem dispendendo esforços para aumentar o acesso e a qualidade da saúde, para tanto, foram aprimoradas e, ainda, criadas estratégias e Políticas Públicas para a organização e oportunização dos fluxos e demandas dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

2.4. Neste ínterim, no que compete aos itens **IV, V e VI**, informamos que de acordo com o **[Decreto nº 11.798, de 28 de Novembro de 2023](#)**, que estabelece a organização básica e respectivas competências do Ministério da Saúde, constitui competência da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), entre outras coisas, o estabelecimento de indicadores, elaboração e divulgação de informações e análise de situação da saúde que permitam estabelecer prioridades, monitorar o quadro sanitário do País e avaliar o impacto das ações de

prevenção e controle de doenças e agravos, além de subsidiar a formulação de políticas do Ministério. Neste sentido, está dentro das atribuições da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) a organização das ações e serviços voltados à esse nível de complexidade, zelando pelo trabalho e pelo bom desempenho destas por meio de cofinanciamento financeiro federal que permita a efetivação do cuidado em saúde por meio do monitoramento da situação dos cadastros dos profissionais de saúde, oferta de recursos financeiros para a aquisição de bens e materiais permanentes e, ainda, custeio mensal para a manutenção das atividades nos territórios, somando-se a isso o esforço contínuo na qualificação profissional e no aumento do quantitativo de pontos de atenção que possibilitem o aumento da cobertura de atenção primária e que podem inegavelmente oferecer o acompanhamento multiprofissional, estabelecimento de vínculo, busca ativa aos grupos prioritários e que apresentem potencial risco. Deste modo, considerando o acima exposto, informamos que a SAPS não apresenta competência técnica precípua para regular esse tema, no entanto, atua de forma conjunta às demais Secretarias do Ministério da Saúde vislumbrando o atendimento integral ao usuário e sua família.

2.5. Ressalta-se que o detalhamento das questões VII, VIII, IX, X, XI e XII foram respondidos pela **Nota Técnica 2 (0045390608)** oriunda da Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses (CGARB/SVSA/MS), não tendo a presente CGAEP/SAPS/MS demais informações a serem complementadas.

2.6. Deste modo, no que compete as ações relativas à Secretaria de Atenção à Saúde (SAPS/MS), a Coordenação de Gestão de Apoio Estratégico (CGAEP/DESCO/SAPS/MS), responderemos aos itens I, II e III.

2.6.1. **I - Diante do alerta emitido pelo CDC dos EUA e do impacto para o Espírito Santo, quais ações concretas estão sendo realizadas pelo Ministério da Saúde para ampliar a vigilância epidemiológica e o controle do vetor Culicoides paraensis em áreas de risco?**

2.6.1.1. R: É uma meta de gestão a maior integração entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde e Ambiente, tentando mitigar os entraves no pleno desenvolvimento das ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde. Sendo assim, desde o início da gestão, o Ministério da Saúde tem dispendido esforços para diminuir a epidemia de dengue e outras arboviroses, tendo em março de 2023 e abril de 2024 realizado visitas técnicas in loco com os objetivos de: apoiar tecnicamente o estado para enfrentamento do cenário epidemiológico de aumento de casos de dengue e chikungunya; diagnóstico presencial nos municípios com maiores número de casos e naquelas que recebem o contingente de pacientes; qualificação de profissionais de saúde em relação ao manejo clínico das arboviroses; realização de reunião técnica a respeito dos determinantes para óbito por arboviroses e discussão de óbitos em investigação; realização de visitas técnicas relacionadas ao controle de vetor.

2.6.1.2. Ademais, desde o ano de 2024 por meio da Portaria GM/MS nº 3.160, de 09 de fevereiro de 2024 foi possibilitado aos municípios repasse de recursos financeiros para atender à Situação de Emergência em Saúde Pública por epidemia de dengue e outras arboviroses nos âmbitos da Atenção Primária à Saúde, da Atenção Especializada à Saúde e da Vigilância em Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS. A estratégia deu possibilidade a concretização das ações previstas no Plano de Contingência instituídos pelos municípios. Já no ano de 2025, foi publicada Portaria GM/MS Nº 6.495, de 31 de dezembro de 2024 que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para regulamentar o incremento financeiro de que trata o art. 8º, inciso II, no caso de custeio para preparação e resposta a emergências em saúde pública no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS dando maior reforço à temática e, ainda, as emergências em saúde pública que impactam diretamente às ações da Atenção Primária.

2.7. **II- Quais medidas específicas estão sendo implementadas para proteger grupos vulneráveis, como gestantes, em regiões afetadas pela Febre Oropouche?**

2.7.1. Dando continuidade ao esforço da Secretaria de Atenção à Saúde (SAPS) na mitigação e controle das arboviroses, foi realizada reunião no dia 03 de janeiro de 2025 para apresentação e alinhamento do Cenário Epidemiológico da Febre Oropouche para os Estados do Espírito Santo e Minas Gerais. Na ocasião foram estabelecidos alguns encaminhamentos gerais, tais quais:

- a) **Produção de Material Educativo:** Criar cartilhas e folders didáticos para apoiar a educação em saúde nos territórios acometidos.
- b) **Fortalecimento da Notificação:** Estabelecer estratégias para garantir a notificação em tempo oportuno, especialmente pelos profissionais da APS.
- c) **Qualificações Regionais:** Realizar oficinas regionais para compartilhar boas práticas entre os estados e discutir avanços no controle de arboviroses.
- d) **Apoio aos Gestores Municipais:** Oferecer suporte técnico contínuo aos municípios mais afetados, com ações coordenadas entre APS e vigilância em saúde.
- e) **Troca de Experiências:** Incentivar a comunicação entre Minas Gerais e Espírito Santo para o compartilhamento de estratégias bem-sucedidas.
- f) **Produção de Nota Técnica sobre Oropouche na APS:** Ampliar o rol de Notas disponíveis no sítio eletrônico do Ministério da Saúde para além daquelas voltadas à vigilância epidemiológica e controle vetorial. Segue o link da página com os devidos materiais publicados. (Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/o/oropouche/notas-tecnicas>).

2.7.2. Além disso, no dia 09 de janeiro de 2025, juntamente com a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) que monitora o comportamento das arboviroses no Brasil por meio da Coordenação Geral de Vigilância das Arboviroses (CGARB), do Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT) foi realizado *Webnário* que contou com a participação de representantes da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), Secretaria de Vigilância, Saúde e Ambiente (SVSA/MS), Secretaria de Atenção Especializada (SAES/MS) e Secretarias Estaduais de Saúde (SES), e teve o objetivo de instalar o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para Dengue e outras Arboviroses (COE Dengue) e dar informações e orientações para possível emergência de Saúde Pública. Dentre estas informações, no que diz respeito a Febre Oropouche no estado do Espírito Santo, temos que cerca de 94% dos casos estão concentrados no Espírito Santo, com alta disseminação e mutações observadas do vírus. Sendo relatado ainda que: *"O cenário nas próximas semanas é preocupante, exigindo esforços conjuntos de todas as frentes de trabalho para minimizar os impactos e evitar epidemias como as ocorridas em 2024. A expectativa é que as mobilizações coletivas possam reduzir os danos e os índices de transmissão"*.

2.7.3. Em 10 de janeiro foi realizada reunião adicional com a participação de representantes da Coordenação de Gestão de Apoio Estratégico (CGAEP/DESCO/SAPS/MS), Superintendência do Ministério da Saúde do Estado do Espírito Santo (SMS) e Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SES/ES), entre outros pontos, foram relatadas as medidas que o estado já está tomando frente ao avanço epidemiológico da Febre Oropouche no estado, tal como: adicional de ultrassonografia para as gestantes; revisão do Plano de Contingência; conferência dos planos de contingências municipais, estabelecimento das metas-limites de qualificação de no mínimo 75% de Agentes

Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combates às Endemias (ACE); qualificação dos profissionais médicos com estímulo a reserva de carga horária para esta finalidade; construção de matriz de metas e responsabilidades, que por sua vez, será compartilhada com a CGAEP/SAPS/MS para acompanhamento e apoio quando necessário; e maior usabilidade do Sistema de Notificação de Agravos existente no estado que possui informações em tempo real de maneira georreferenciada facilitando a análise de casos. Ressalta-se ainda que Espírito Santo publicou 03 (três) Notas Técnicas, com orientações sobre diagnóstico, manejo clínico e estratégias de comunicação (disponível em: <https://mosquito.saude.es.gov.br/Notas-tecnicas-Alertas-Epidemiologicos-docs>). Sendo assim, é necessário reforçar a divulgação das Notas Técnicas para as equipes da APS e qualificar os profissionais para identificação de casos suspeitos, com atenção especial às gestantes.

2.7.4. Foi acordado que a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) por meio da Coordenação de Gestão de Apoio Estratégico (CGAEP) realizará reuniões conjuntas com a Secretaria de Vigilância, Saúde e Ambiente (SVSA/MS) e Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SES/ES) para monitorar as ações planejadas e realizadas, oferecendo recomendações e apoio institucional em tempo oportuno e com qualidade, considerando principalmente que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel estratégico no enfrentamento à doença de Oropouche, tanto no diagnóstico precoce quanto na educação em saúde e controle vetorial. A articulação entre os estados e a integração dos serviços de saúde são fundamentais para minimizar os impactos da doença e proteger a população.

2.8. III- Há planos para a realização de campanhas de conscientização nacional sobre a Febre Oropouche, considerando os surtos registrados em diferentes estados?

2.8.1. Ressalta-se que algumas ações já estão sendo realizadas pela pasta, como exemplo, em setembro de 2024 foi lançado o Plano de Ação para a redução dos impactos da dengue e outras arboviroses no Brasil que está baseado nas evidências científicas e novas tecnologias mais atuais e pretendem minimizar os números de casos e óbitos por [dengue](#), [chikungunya](#), [Zika](#) e [oropouche](#) por meio de recomendações e estímulo ao desenvolvimento de Planos de Contingência por parte dos estados e municípios.

2.8.2. O documento, denominado "**Plano de Ação para redução da dengue e de outras arboviroses - Período Sazonal 2024/2025**", propõe a redução dos impactos das arboviroses com a divisão de seis eixos de atuação (disponível em: [guia-plano-de-acao-para-reducao-da-dengue-e-outras-arboviroses.pdf](#)) que, quais sejam:

- a) Prevenção;
- b) Vigilância;
- c) Controle Vetorial;
- d) Organização da Rede Assistencial e Manejo Clínico;
- e) Preparação e resposta às emergências; e
- f) Comunicação e participação comunitária.

2.8.3. Ademais, de forma constante o Ministério da Saúde tem dispendido esforços em informar a população sobre os principais acontecimentos e ações concernentes a saúde pública, dentre eles, a sensibilização quanto aos cuidados prevenção e redução das arboviroses. Entre outras ferramentas, se utiliza de suas redes sociais oficiais. Não obstante, é salutar que estratégias de comunicação sejam realizadas pelos estados e municípios para que sejam direcionadas às suas especificidades e necessidades locais.

2.8.4. Cumpre-nos informar ainda que está em vigência o Projeto Mais Saúde com Agente que é uma parceria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) com Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) para oferecimento de Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Curso Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias, para os Agentes de Combate às Endemias (ACE). Considerando a relevância que estes profissionais têm na atuação estratégica na identificação, prevenção e controle de doenças, especialmente em áreas onde o acesso aos serviços de saúde é limitado, a redução e controle dos vetores é uma das matérias basilares ofertadas no curso permitindo o aprimoramento do cuidado em saúde.

3. CONCLUSÃO

3.1. Por fim, a equipe técnica da CGAEP/CGESCO/DESCO/SAPS/MS coloca-se à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Restitua-se à **Coordenação de Gestão Técnica e Administrativa (COGAD/Saps/MS)** para ciência e posterior encaminhamento à Assessoria Parlamentar (ASPAR) de forma a permitir o envio da resposta ao parlamentar em referência.

EVELLIN BEZERRA DA SILVA

Diretora do Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária



Documento assinado eletronicamente por **Evellin Bezerra da Silva, Diretor(a) do Departamento Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária**, em 17/01/2025, às 16:27, 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 **0045565623** e o código CRC **CE7138C2**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Gabinete

DESPACHO

SAPS/GAB/SAPS/MS

Brasília, 17 de janeiro de 2025.

Assunto: Requerimento de Informação nº 4676/2024.

1. Trata-se do Despacho ASPAR/MS (0045322798), que encaminha o **Requerimento de Informação nº 4676/2024**, de autoria do Deputado Federal Evair Vieira de Melo (PP/ES), por meio do qual requisita a Senhora Ministra de Estado da Saúde, Nísia Trindade Lima, informações *acerca das medidas adotadas pelo Governo Federal no enfrentamento da Febre Oropouche no estado do Espírito Santo e seu impacto na saúde pública nacional*.
2. **RESTITUA-SE à Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR/GM/MS**, para conhecimento e providências necessárias acerca das Informações prestadas, **com minha anuência**, a Nota Técnica nº 1/2025 (0045565623), da Coordenação de Gestão e Apoio Estratégico da Atenção Primária, do Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária, desta Secretaria.

JÉRZEY TIMÓTEO RIBEIRO SANTOS
Secretário de Atenção Primária à Saúde substituto



Documento assinado eletronicamente por **Jerzey Timoteo Ribeiro Santos, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde substituto(a)**, em 17/01/2025, às 17:59, 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 **0045594572** e o código CRC **507B2235**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Coordenação de Demandas de Órgãos Externos de Vigilância em Saúde

DESPACHO

SVSA/COEX/SVSA/MS

Brasília, 20 de janeiro de 2025.

À Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos (ASPAR/MS),

Assunto: Requerimento de Informação n.º 4676/2024.

NUP/SEI N.º 25000.000346/2025-03

1. Trata-se do Despacho ASPAR/MS, de 02/01/2025 (0045322798), pelo qual a Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos encaminha o **Ofício nº 506** (0045320073), que faz referência ao **Requerimento de Informação nº 4676/2024**, de autoria do **Deputado Federal Evair Vieira de Melo (PP/ES)**, por meio do qual requisita a Senhora Ministra de Estado da Saúde, Nísia Trindade Lima, informações *acerca das medidas adotadas pelo Governo Federal no enfrentamento da Febre Oropouche no estado do Espírito Santo e seu impacto na saúde pública nacional*, nos seguintes termos:

- 1- Diante do alerta emitido pelo CDC dos EUA e do impacto para o Espírito Santo, quais ações concretas estão sendo realizadas pelo Ministério da Saúde para ampliar a vigilância epidemiológica e o controle do vetor *Culicoides paraensis* em áreas de risco?
- 2- Quais medidas específicas estão sendo implementadas para proteger grupos vulneráveis, como gestantes, em regiões afetadas pela Febre Oropouche?
- 3- Há planos para a realização de campanhas de conscientização nacional sobre a Febre Oropouche, considerando os surtos registrados em diferentes estados?
- 4- O que o Ministério da Saúde tem feito para investigar e mitigar possíveis impactos congênitos associados ao vírus Oropouche, como a microcefalia confirmada no Espírito Santo?
- 5- Quais protocolos clínicos estão sendo desenvolvidos para aprimorar a assistência aos casos suspeitos e confirmados, especialmente em locais com alta incidência?
- 6- Existe algum planejamento, em parceria com instituições como a Fiocruz, para o desenvolvimento de vacina contra o vírus Oropouche? Caso sim, qual o cronograma estimado para avanços nesse sentido?
- 7- O orçamento destinado à pesquisa sobre a Febre Oropouche é suficiente para responder à emergência de saúde pública? Se não, quais medidas estão sendo tomadas para garantir o financiamento adequado?
- 8- Quais são as estratégias atuais de controle do vetor da Febre Oropouche? Existe alguma tecnologia ou método inovador em estudo ou aplicação?
- 9- Há uma política nacional para a padronização das ações de combate ao *Culicoides paraensis* e a outros vetores em regiões de alta umidade?
- 10- O alerta do CDC norte-americano abriu um precedente para cooperação internacional no combate à Febre Oropouche? Existem conversas com organizações internacionais para compartilhar dados ou obter apoio técnico e financeiro?
- 11- O Ministério da Saúde está dialogando com agências internacionais para aprender com experiências de outros países que enfrentaram surtos de doenças transmitidas por vetores?
- 12- O orçamento do Ministério da Saúde para 2024 contempla reforço nos programas de vigilância e assistência relacionados à Febre Oropouche? Quais serão as prioridades na alocação de recursos para combater esta doença?

2. A demanda foi direcionada ao Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT/SVSA), de modo que o referido Departamento exarou a manifestação constante da Nota Técnica n.º 2/2025-CGARB/DEDT/SVSA/MS (0045390608) **respondendo aos quesitos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 supra**, conforme segue:

1- Diante do alerta emitido pelo CDC dos EUA e do impacto para o Espírito Santo, quais ações concretas estão sendo realizadas pelo Ministério da Saúde para ampliar a vigilância epidemiológica e o controle do vetor *Culicoides paraensis* em áreas de risco?

No que se refere às ações de vigilância epidemiológica diante da situação relatada, esta Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses (CGARB) tem atuado na definição de estratégias e políticas de vigilância da doença e na orientação técnica aos estados com detecção de casos de Febre do Oropouche (FO). Entre as ações realizadas a partir de dezembro de 2023, destacam-se:

- Ativação da Sala Nacional de Arboviroses, instituída pela Portaria GM/MS Nº 2.242, de 08 de dezembro de 2023;
- Repasse de recursos (R\$ 256 milhões de reais) realizado por meio da Portaria GM/MS 2.298 de 2023, que "autoriza o repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, relativo ao apoio financeiro para as ações contingenciais de vigilância e prevenção de endemias com ênfase em arboviroses";
- Apoio aos estados nas investigações de Oropouche no AM, AC, RO, SC, BA, PI, MG e ES, com investigação epidemiológica e busca ativa de casos e coleta de vetores para diagnóstico taxonômico e virológico (análise entomoviológica);
- Publicação de notas técnicas que orientam as ações de vigilância da doença (disponíveis em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/o/oropouche/notas-tecnicas>);

- Nota Técnica nº6/2024(0045442345): Orientações para a Vigilância da Febre do Oropouche, publicada em fevereiro de 2024;
- Nota Técnica nº15/2024 (0045442373)– Recomendação para intensificação da vigilância de transmissão vertical do vírus Oropouche, publicada em julho de 2024;
- Nota Técnica nº135/2024 (0045442400) – Orientações para notificação e investigação de casos suspeitos de Oropouche em gestantes, anomalias congênitas ou óbitos fetais, publicada em agosto de 2024;
- Nota Técnica nº78/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS (0045442480)– Roteiro de investigação entomológica de febre do Oropouche, publicada em setembro de 2024;
- Nota Técnica nº117/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS (0045442505)– Atualização das orientações para a vigilância do Oropouche, publicada em dezembro de 2024.
- Reuniões extraordinárias da Sala Nacional de Arboviroses com as 27 UF's para compartilhamento e discussão de dados e ações de vigilância (julho e agosto de 2024);
- Divulgação de dados pelo Painel de Monitoramento de Arboviroses do Ministério da Saúde (disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/o/oropouche/painel-epidemiologico>);
- Divulgação de dados pelo Informe epidemiológico semanal (disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/informe-semanal>);
- Reuniões com as SES do Acre, Piauí, Ceará, Bahia, Santa Catarina, Paraná e Pernambuco, além de especialistas, para discussão e classificação de óbitos, óbitos fetais e casos com anomalias congênitas possivelmente associadas à infecção pelo vírus Oropouche;
- Videoconferência com os estados sobre a transmissão vertical do vírus Oropouche e perspectivas para a vigilância em gestantes;
- Reunião com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde - SECTICS do Ministério da Saúde, sobre pesquisas prioritárias em Oropouche, em julho de 2024;
- Comunicação dos casos de transmissão vertical à Organização Mundial da Saúde (OMS) via Ponto Focal Nacional do Regulamento Sanitário Internacional (PFN-RSI);
- Reuniões com a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) para desenvolvimento de pesquisas sobre manejo ambiental e controle vetorial de *Culicoides*;
- Reuniões com pesquisadores do “Grupo de trabalho para discussão sobre protocolos de pesquisa de Oropouche”;
- Realização de oficinas presenciais de arboviroses zoonóticas e Multiplicadores SISS-Geo nos estados do Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima, Minas Gerais e São Paulo;
- Participação em seminários e fóruns estaduais sobre Febre do Oropouche na Bahia, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Santa Catarina;
- Colóquio “Emergência de Oropouche” realizado no Espírito Santo para revisão dos óbitos possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Oropouche, em dezembro de 2024;

2- Quais medidas específicas estão sendo implementadas para proteger grupos vulneráveis, como gestantes, em regiões afetadas pela Febre Oropouche?

Em junho de 2024, a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 15/2024, que trata da recomendação para intensificação da vigilância de transmissão vertical do vírus Oropouche. Em agosto de 2024, a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) publicaram a Nota Conjunta nº 135, que dispõe sobre as orientações para notificação e investigação de casos suspeitos de Oropouche em gestantes, anomalias congênitas ou óbitos fetais.

É recomendado que, no contexto dos serviços de assistência à saúde, os gestores e profissionais de saúde estejam atentos para a comunicação de risco efetiva junto às gestantes, a fim de evitar a ocorrência de possível iatrogenia (orgânica e psicológica). Deve ser realizado o acolhimento humanizado, com escuta qualificada, considerando-se o histórico familiar, clínico e epidemiológico. Torna-se imprescindível que os profissionais de saúde, no manejo do pré-natal, esclareçam às gestantes que uma suspeição ou confirmação de vírus Oropouche não implica obrigatoriamente na ocorrência de óbito fetal ou anomalia congênita. Diante disso, deve-se manter as condutas e estratificação de risco conforme os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o manejo adequado do pré-natal, para evitar a adoção de exames de imagem ou invasivos em série, cujos benefícios não justifiquem potenciais riscos ao feto. Ainda, a nota técnica orienta sobre as principais medidas para evitar picadas de vetores.

3- Há planos para a realização de campanhas de conscientização nacional sobre a Febre Oropouche, considerando os surtos registrados em diferentes estados?

O Ministério da Saúde está avaliando a necessidade de planos para campanhas de conscientização em nível nacional. No entanto, destaca-se que até o momento, os surtos observados na região extra-amazônica são limitados a regiões específicas dos estados afetados (principalmente em municípios do interior, com pequeno porte populacional e, em áreas rurais e periurbanas), sendo fundamentais as campanhas de conscientização em nível local. O Ministério da Saúde tem divulgado conteúdo informativo destinado à população em geral, disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/o/oropouche>, e nas redes sociais oficiais do Ministério da Saúde.

4- O que o Ministério da Saúde tem feito para investigar e mitigar possíveis impactos congênitos associados ao vírus Oropouche, como a microcefalia confirmada no Espírito Santo?

O Ministério da Saúde tem adotado medidas para investigar e mitigar os possíveis impactos congênitos associados a infecção pelo vírus Oropouche. Entre eles destacam-se:

- Investigações Epidemiológicas realizadas nos estados com a participação presencial de equipes do Ministério da Saúde, entre eles o Espírito Santo, visando compreender os aspectos epidemiológicos e ambientais e o impacto da infecção pelo vírus durante a

gravidez. Novas investigações estão em andamento nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo (janeiro/2025).

- Publicação da Nota Técnica 15/2024 -SVSA/MS, que orienta a intensificação da vigilância da transmissão vertical do vírus Oropouche, recomendando i) o acompanhamento de gestantes com suspeita de arboviroses, ii) a investigação de abortos, óbitos fetais e malformações neurológicas e iii) a coleta de amostras biológicas para exames laboratoriais.
- Publicação da Nota Técnica Conjunta Nº 135/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS, que orienta a notificação e investigação de casos suspeitos de Oropouche em gestantes, anomalias congênicas ou óbitos fetais.
 - As seguintes situações devem ser priorizadas: i) Gestantes que apresentem sinais e sintomas compatíveis com infecção por arbovírus; ii) Casos de anomalia congênita do sistema nervoso central no feto ou no recém-nascido; iii) Óbito fetal, sem outras causas aparentes ou comprovadas.
 - Sobre o prognóstico gestacional e perinatal das arboviroses, de forma geral, há risco de transmissão vertical, associada a riscos aumentados de perda gestacional, parto prematuro e anomalias congênicas. Nestas situações, é importante que o acompanhamento de gestantes não esteja limitado ao calendário das consultas de pré-natal.
 - Em caso de feto, óbito fetal ou recém-nascido que atendam aos parâmetros estabelecidos, utilizar o formulário eletrônico Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP-Microcefalia) para notificação dos eventos;
 - Recomenda-se a realização de coleta e análise de amostras biológicas de gestantes e recém-nascidos para diagnóstico diferencial e molecular de arboviroses, incluindo para o vírus Oropouche;
 - Orientação quanto às medidas preventivas, como uso de repelentes e telas, e eliminação de criadouros de vetores.
- Reuniões com pesquisadores para a estruturação de um Grupo de Trabalho destinado à discussão dos protocolos de pesquisa sobre o Oropouche, incluindo o apoio à elaboração de coortes multicêntricas de gestantes diagnosticadas com a doença.

5- Quais protocolos clínicos estão sendo desenvolvidos para aprimorar a assistência aos casos suspeitos e confirmados, especialmente em locais com alta incidência?

Não existe tratamento específico para Oropouche. Os pacientes devem permanecer em repouso, com tratamento sintomático e acompanhamento médico. O Ministério da Saúde, com o objetivo de levantar evidências que possam contribuir para futuros protocolos clínicos, tem apoiado a realização de investigações epidemiológicas em áreas afetadas por surtos. Essas investigações visam caracterizar os aspectos epidemiológicos, ambientais, bem como detalhar a evolução clínica da doença.

Em conjunto com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS), a Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses - CGARB tem discutido pesquisas prioritárias sobre o vírus Oropouche. Ainda, tem colaborado com pesquisadores na criação de um grupo de trabalho dedicado à discussão dos protocolos de pesquisa relacionados ao Oropouche.

7- O orçamento destinado à pesquisa sobre a Febre Oropouche é suficiente para responder à emergência de saúde pública? Se não, quais medidas estão sendo tomadas para garantir o financiamento adequado?

Pesquisas em Saúde Pública podem ter diferentes objetivos e métodos de execução. Desta forma, o orçamento para realização de pesquisas em oropouche deverá ser adequado à metodologia adotada, ao mérito técnico e econômico da proposta a ser submetida ao Ministério da Saúde. Quanto a estudos sobre a Febre do Oropouche, a CGARB tem analisado tecnicamente propostas de estudos longitudinais de coorte para o acompanhamento da população exposta em cidades brasileiras com as maiores taxas de incidência da doença. As propostas poderão ser financiadas por áreas técnicas da SVSA ou do Departamento de Ciência e Tecnologia da SECTICS, conforme as análises técnicas e orçamentárias, considerando ainda, a disponibilidade de recursos financeiros. Ressalta-se que os recursos a serem disponibilizados deverão estar alinhados e compatibilizados às prioridades técnicas e a agenda de pesquisas da SVSA. Considerando as variáveis expostas, não é possível estimar a suficiência de recursos sobre determinada pesquisa sem a realização de análises específicas.

8- Quais são as estratégias atuais de controle do vetor da Febre Oropouche? Existe alguma tecnologia ou método inovador em estudo ou aplicação?

Com base na nota técnica 117/2024, as medidas de prevenção e controle do vírus Oropouche preconizado pelo Ministério da Saúde especialmente em áreas onde há a presença do vetor são:

- Proteger áreas expostas do corpo com calças e camisas de mangas compridas, meias e sapatos fechados;
- Evitar, se possível, a exposição aos maruins. O vetor tem atividade durante o dia, mas os momentos de maior atividade são ao amanhecer e no final tarde;
- Uso de telas de malha fina nas janelas ou mosquiteiros, com gramatura inferior a 1,5mm, que não permita a passagem do vetor;
- Não há, até o momento, comprovação da eficácia do uso de repelentes contra o maruim. Porém, sua utilização é recomendada, principalmente para proteção contra mosquitos, como, por exemplo, *Culex spp* (pernilongo) e *Aedes aegypti*;
- Até o momento, se desconhece a efetividade de inseticidas para controle do maruim, desta forma, a medida mais efetiva é o manejo ambiental, manter o peridomicílio limpo e o solo livre do acúmulo de material orgânico, principalmente folhas e frutos de plantações como bananeiras, cacaueiros, cafezais, etc;

O Ministério da Saúde está em contato com outros órgãos, como a EMBRAPA e a Fiocruz, além de outros parceiros e pesquisadores do setor da agricultura, para estudos de tecnologias e métodos para controle do vetor nas áreas de plantações onde ocorre o ciclo reprodutivo dos maruins e suas aplicações na área da saúde.

9- Há uma política nacional para a padronização das ações de combate ao *Culicoides paraensis* e a outros vetores em regiões de alta umidade?

As recomendações de prevenção e controle de Oropouche fornecidas pelo Ministério da Saúde são indicadas para todas as áreas onde está ocorrendo transmissão ativa do vírus e que apresenta alta densidade do vetor, independentemente das características climáticas do local ou da sazonalidade.

10- O alerta do CDC norte-americano abriu um precedente para cooperação internacional no combate à Febre Oropouche? Existem conversas com organizações internacionais para compartilhar dados ou obter apoio técnico e financeiro?

O alerta do CDC norte-americano demonstra a importância da cooperação internacional. O Ministério da Saúde tem trabalhado em estreita cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que desempenha importante função no compartilhamento de informações de saúde e apoio técnico aos países das Américas. O CDC dos Estados Unidos também está colaborando com a OPAS e outras organizações internacionais que, em conjunto com os países membros, seguem monitorando a situação epidemiológica e compartilhando estratégias de prevenção e controle para Oropouche.

11- O Ministério da Saúde está dialogando com agências internacionais para aprender com experiências de outros países que enfrentaram surtos de doenças transmitidas por vetores?

Sim, conforme a respondido no item 10 acima, o Ministério da Saúde está em constante articulação com a OPAS. Ainda, no dia 10/01/2025, ocorreu um evento organizado pela OPAS/OMS, que tratou da "Atualização do Oropouche nas Américas: Experiência da Resposta ao Surto em Cuba", em que profissionais do Ministério da Saúde participaram.

12- O orçamento do Ministério da Saúde para 2024 contempla reforço nos programas de vigilância e assistência relacionados à Febre Oropouche? Quais serão as prioridades na alocação de recursos para combater esta doença?

Entre os anos de 2023 e 2024, foram publicadas portarias de repasse financeiro de recursos a estados e municípios, com vistas a realizar o incremento orçamentário nas ações relacionadas à vigilância e emergências por arboviroses, nelas compreendida à Febre Oropouche. Os instrumentos publicados foram:

2023 - Portaria GM/MS nº 2.298, de 11 de dezembro de 2023, autoriza o repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, relativo ao apoio financeiro para as ações contingenciais de vigilância e prevenção de endemias com ênfase em arboviroses (0045491516).

2024 - Portaria GM/MS nº 3.160, de 9 de fevereiro de 2024, altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para regulamentar o incremento financeiro de que trata o art. 8º, inciso II, no caso de custeio de resposta a emergências em saúde pública no âmbito da Atenção Primária à Saúde, da Atenção Especializada à Saúde e da Vigilância em Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS (0045491521).

Portaria GM/MS nº 6.495, de 31 de dezembro de 2024, altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para regulamentar o incremento financeiro de que trata o art. 8º, inciso II, no caso de custeio para preparação e resposta a emergências em saúde pública no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (0045491527).

3. Ante o exposto, assentimos com o teor da manifestação técnica desta Secretaria e restituímos os autos, para as providências subsequentes.
4. Colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

RIVALDO VENÂNCIO DA CUNHA

Secretário de Vigilância em Saúde e Ambiente substituto



Documento assinado eletronicamente por **Rivaldo Venancio da Cunha, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente substituto(a)**, em 29/01/2025, às 14:55, 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 **0045614942** e o código CRC **359EFA34**.



REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO Nº , DE 2024

(Do Sr. EVAIR VIEIRA DE MELO)

Solicita informações à Excelentíssima ministra da Saúde, Senhora Nísia Trindade, acerca das medidas adotadas pelo Governo Federal no enfrentamento da Febre Oropouche no estado do Espírito Santo e seu impacto na saúde pública nacional.

Senhor **Presidente**,

Requeiro a Vossa Excelência, com base no art. 50, § 2º, da Constituição Federal e na forma dos arts. 115 e 116 do Regimento Interno, que sejam solicitadas informações à Excelentíssima ministra da Saúde, Senhora Nísia Trindade, acerca das medidas adotadas pelo Governo Federal no enfrentamento da Febre Oropouche no estado do Espírito Santo e seu impacto na saúde pública nacional.

Com o intuito de prestar esclarecimentos a esta Honrosa Casa, solicita-se as seguintes informações:

- *Diante do alerta emitido pelo CDC dos EUA e do impacto para o Espírito Santo, quais ações concretas estão sendo realizadas pelo Ministério da Saúde para ampliar a vigilância epidemiológica e o controle do vetor *Culicoides paraensis* em áreas de risco?*



- *Quais medidas específicas estão sendo implementadas para proteger grupos vulneráveis, como gestantes, em regiões afetadas pela Febre Oropouche?*
- *Há planos para a realização de campanhas de conscientização nacional sobre a Febre Oropouche, considerando os surtos registrados em diferentes estados?*
- *O que o Ministério da Saúde tem feito para investigar e mitigar possíveis impactos congênitos associados ao vírus Oropouche, como a microcefalia confirmada no Espírito Santo?*
- *Quais protocolos clínicos estão sendo desenvolvidos para aprimorar a assistência aos casos suspeitos e confirmados, especialmente em locais com alta incidência?*
- *Existe algum planejamento, em parceria com instituições como a Fiocruz, para o desenvolvimento de vacina contra o vírus Oropouche? Caso sim, qual o cronograma estimado para avanços nesse sentido?*
- *O orçamento destinado à pesquisa sobre a Febre Oropouche é suficiente para responder à emergência de saúde pública? Se não, quais medidas estão sendo tomadas para garantir o financiamento adequado?*
- *Quais são as estratégias atuais de controle do vetor da Febre Oropouche? Existe alguma tecnologia ou método inovador em estudo ou aplicação?*
- *Há uma política nacional para a padronização das ações de combate ao Culicoides paraensis e a outros vetores em regiões de alta umidade?*
- *O alerta do CDC norte-americano abriu um precedente para cooperação internacional no combate à Febre Oropouche?*



Existem conversas com organizações internacionais para compartilhar dados ou obter apoio técnico e financeiro?

- O Ministério da Saúde está dialogando com agências internacionais para aprender com experiências de outros países que enfrentaram surtos de doenças transmitidas por vetores?*
- O orçamento do Ministério da Saúde para 2024 contempla reforço nos programas de vigilância e assistência relacionados à Febre Oropouche? Quais serão as prioridades na alocação de recursos para combater esta doença?*

JUSTIFICAÇÃO

Este requerimento tenciona o recebimento de informações por parte da Excelentíssima ministra da Saúde, Senhora Nísia Trindade, acerca das medidas adotadas pelo Governo Federal no enfrentamento da Febre Oropouche no estado do Espírito Santo e seu impacto na saúde pública nacional.

Isto porque, conforme noticiado¹, o Espírito Santo virou destaque em uma agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos. Com uma foto que mostra a Baía de Vitória e a Terceira Ponte, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) emitiu um aviso para quem precisar vir a terras capixabas, devido à Febre Oropouche. No post do Instagram, o órgão fala que o vírus tem sido associado a perdas fetais e deficiências congênitas, e pede que grávidas discutam os planos de viagem com seus médicos.

No site da agência, há uma página específica sobre o vírus Oropouche no Espírito Santo, com o estado destacado no mapa e a legenda indicando um elevado número de casos. O órgão também informa sobre o surto do vírus no

¹ <https://www.agazeta.com.br/es/cotidiano/febre-oropouche-orgao-de-saude-dos-eua-faz-alerta-sobre-viagens-ao-es-1224>



estado e orienta todos os viajantes a se prevenirem contra picadas de insetos, além de considerarem o uso de preservativos ou a abstenção de relações sexuais durante a viagem e por seis semanas após o retorno. Isso ocorre porque, segundo a agência, o vírus foi identificado no sêmen, embora ainda não haja comprovação de sua transmissão sexual. Vale ressaltar que não há registros de casos de transmissão sexual do vírus Oropouche.

Para grávidas, a preocupação do órgão é ainda maior. A agência orienta que gestantes reconsiderem viagens não essenciais ao Espírito Santo e, caso a viagem seja inevitável, sigam rigorosamente as recomendações de prevenção.

No último dia 10, a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) confirmou o primeiro caso de um bebê nascido no estado com anomalias congênitas associadas à transmissão da Febre Oropouche. A criança nasceu em 16 de novembro e foi diagnosticada com microcefalia, uma condição em que a cabeça do bebê é significativamente menor do que o esperado, geralmente em decorrência de um cérebro subdesenvolvido. O caso foi registrado na Grande Vitória, mas o município exato não foi divulgado pela Sesa. A mãe, de 23 anos, está sendo acompanhada pela secretaria. Outras 34 gestantes permanecem em monitoramento após a confirmação da infecção pelo vírus.

Na semana passada, a Sesa também confirmou a primeira morte em decorrência da Febre Oropouche no Espírito Santo. A vítima era uma mulher de 61 anos, moradora da zona rural de Fundão, na Região Metropolitana de Vitória, que sofria de hipertensão arterial. A morte ocorreu no dia 28 de agosto, mas a causa estava sob investigação até a confirmação recente. O nome da vítima não foi divulgado. Outros dois óbitos estavam sendo investigados pela Sesa, sendo que um foi descartado e o outro permanece em análise. Até então, o Brasil havia registrado três mortes pela Febre Oropouche — as primeiras do mundo: duas mulheres adultas na Bahia e um óbito fetal em Pernambuco.

Até o último boletim, com dados atualizados até 7 de dezembro, o Espírito Santo registrava 2.976 casos confirmados da doença, concentrados principalmente nos municípios de Alfredo Chaves (998), Iconha (429) e Laranja da Terra (262).



A Febre Oropouche é causada por um vírus homônimo, transmitido aos seres humanos pela picada do mosquito *Culicoides paraensis*, conhecido popularmente como maruim ou mosquito-pólvora. A presença do mosquito está geralmente associada a regiões úmidas com abundância de matéria orgânica.

A transmissão da doença ocorre por dois ciclos diferentes: o silvestre e o urbano. No ciclo silvestre, animais como macacos e bichos-preguiça são picados pelo mosquito, tornando-se hospedeiros do vírus; no ciclo urbano, os humanos são picados e também se tornam hospedeiros. Se um mosquito pica uma pessoa ou animal infectado, o vírus permanece no sangue do mosquito por alguns dias, podendo ser transmitido a outra pessoa saudável em seguida.

Os sintomas da Febre Oropouche são similares aos da dengue, chikungunya e febre amarela, incluindo dores de cabeça, musculares e nas articulações, além de náusea e diarreia. Como ainda não há tratamento específico para a doença, a recomendação para os pacientes é permanecerem em repouso, com acompanhamento médico conforme os sintomas apresentados.

Nesse sentido, tendo em vista estas questões relevantes, apresentamos o presente requerimento com a finalidade de desanuviar as dúvidas relativas acerca das medidas adotadas pelo Governo Federal no enfrentamento da Febre Oropouche no estado do Espírito Santo e seu impacto na saúde pública nacional, no desiderato de se velar a efetividade das leis ou, se assim for necessário, tomar providências com finalidade de que sejam concretizadas de forma eficiente e transparente.

Sala da Sessão, em de de 2024.

Deputado EVAIR VIEIRA DE MELO





PRESIDENCIA FIOCRUZ

OFÍCIO nº 25/2025/PRESIDÊNCIA/FIOCRUZ

Rio de Janeiro, 13 de janeiro de 2025.

Ao Senhor

Francisco José D'Angelo Pinto

Chefe da Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios - Bloco "G"

70.058-900 - Brasília - DF

Assunto: Informação acerca das medidas adotadas pelo Governo Federal no enfrentamento da Febre Oropouche no estado do Espírito Santo e seu impacto na saúde pública nacional.

Referência: Requerimento de Informação 4676/2024

Processo nº 25000.000346/2025-03

Senhor Chefe,

1. Em resposta ao OFÍCIO Nº 7/2025/ASPAR/MS, referente ao questionamento feito pelo Deputado Federal Evair Vieira de Melo (PP/ES) no Requerimento de Informação nº 4676/2024, sobre a existência de *"algum planejamento, em parceria com instituições como a Fiocruz, para o desenvolvimento de vacina contra o vírus Oropouche? Caso sim, qual o cronograma estimado para avanços nesse sentido"* esclarecemos que:
2. A Fiocruz, por meio de sua unidade técnico-científica Bio-Manguinhos, está permanentemente atenta aos desafios de saúde pública e emergências sanitárias. Neste sentido as seguintes iniciativas estão em andamento em relação ao vírus Oropouche:
 - 2.1. Desenvolvimento de uma vacina candidata baseada na tecnologia de mRNA, proprietária do Instituto, e que foi submetida em 30/09/2024 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS) do Ministério da Saúde no âmbito do Programa de Desenvolvimento e Inovação Local (PDIL). O objetivo deste projeto – cujo TRL é 3 – é concluir todos os estudos clínicos necessários ao registro da vacina candidata. O orçamento solicitado foi de R\$ 108.365.000,00, e o projeto encontra-se em fase de avaliação para determinação do prazo de execução otimizado, de acordo com as características da tecnologia;
 - 2.2. Cumpre ainda destacar que este desenvolvimento envolverá parceria com outras instituições de ciência e tecnologia nacionais, iniciando pela Universidade Federal de Ouro Preto para a realização de estudos pré-clínicos;
3. Além do esforço para desenvolvimento de uma vacina candidata, Bio-Manguinhos também submeteu à ANVISA pedido de registro para um diagnóstico molecular diferencial para o vírus Oropouche (pertencente à família Peribunyaviridae) e Mayaro (pertence à família Togaviridae). Outros desenvolvimentos ainda estão em andamento para um painel multiplex para arboviroses.
4. Além disso, outras unidades da Fiocruz vêm realizando pesquisas sobre o tema e interagindo com as diferentes esferas do SUS no tocante às ações de vigilância.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **MARCO AURELIO KRIEGER, Presidente em Exercício**, em 13/01/2025, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fiocruz.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4633914** e o código CRC **D923CE15**.

Av. Brasil, 4365 – Manguinhos Rio de Janeiro – RJ – Brasil - CEP 21040-90

Tel: (55) (21) 3885-1616/1643/1644/1663 – PABX

E-mail: presidencia@fiocruz.br gabinete@fiocruz.br

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 25380.000180/2025-90

SEI nº 4633914



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 506

Brasília, 30 de dezembro de 2024.

A Sua Excelência a Senhora
NÍSIA TRINDADE
Ministra de Estado da Saúde

Assunto: **Requerimento de Informação**

Senhora Ministra,
Nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal, encaminho a Vossa Excelência cópia(s) do(s) seguinte(s) Requerimento(s) de Informação:

PROPOSIÇÃO	AUTOR
Requerimento de Informação nº 4.600/2024	Deputado Marcos Tavares
Requerimento de Informação nº 4.622/2024	Deputada Julia Zanatta
Requerimento de Informação nº 4.623/2024	Deputada Chris Tonietto
Requerimento de Informação nº 4.624/2024	Deputado Carlos Jordy
Requerimento de Informação nº 4.632/2024	Deputado Messias Donato
Requerimento de Informação nº 4.638/2024	Deputado Gustavo Gayer
Requerimento de Informação nº 4.654/2024	Deputado Capitão Alberto Neto
Requerimento de Informação nº 4.665/2024	Deputada Chris Tonietto
Requerimento de Informação nº 4.669/2024	Deputado Giovani Cherini
Requerimento de Informação nº 4.671/2024	Deputada Rogéria Santos
Requerimento de Informação nº 4.676/2024	Deputado Evair Vieira de Melo
Requerimento de Informação nº 4.678/2024	Deputada Clarissa Tércio
Requerimento de Informação nº 4.686/2024	Deputada Laura Carneiro
Requerimento de Informação nº 4.691/2024	Deputada Renata Abreu
Requerimento de Informação nº 4.697/2024	Deputado Delegado Paulo Bilynskyj

Por oportuno, solicito, na eventualidade de a informação requerida ser de natureza sigilosa, seja enviada também cópia da decisão de classificação proferida pela autoridade competente, ou termo equivalente, contendo todos os elementos elencados no art. 28 da Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), ou, caso se trate de outras hipóteses legais de sigilo, seja mencionado expressamente o dispositivo legal que fundamenta o sigilo. Em qualquer caso, solicito ainda que os documentos sigilosos estejam acondicionados em invólucro lacrado e rubricado, com indicação ostensiva do grau ou espécie de sigilo.

Atenciosamente,

Deputado LUCIANO BIVAR
Primeiro-Secretário

- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.

/LMR



Documento assinado por:
30/12/2024 10:03 - Dep. LUCIANO BIVAR
Selo digital de segurança: 2024-ZBCE-TAOA-GAZE-DBLJ



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

NOTA TÉCNICA Nº 78/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS

ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO ENTOMOLÓGICA DE FEBRE DO OROPOUCHE

1. ASSUNTO

Trata-se de Nota Técnica contendo o roteiro de investigação entomológica a partir da ocorrência de casos humanos de Oropouche. Este documento é destinado aos profissionais de vigilância ambiental/entomológica, técnicos de entomologia e de laboratório e demais atores da Vigilância em Saúde, nos âmbitos municipal, estadual, distrital e federal.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

O Oropouche é uma doença causada por um arbovírus 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 um bicho-preguiça (*Bradypus tridactylus*) capturado durante a construção da rodovia Belém-Brasília. Desde então, casos isolados e surtos foram relatados no Brasil, principalmente nos estados da região Amazônica.

A transmissão do OROV é feita por meio da picada de dípteros hematófagos. A replicação do vírus no organismo do inseto competente inicia após a infecção, que se dá pelo repasto sanguíneo em um hospedeiro virêmico. Após o período de incubação extrínseca, que dura alguns dias, o inseto se torna capaz de transmitir as partículas virais a outros vertebrados, incluindo humanos.

A principal espécie de vetor relacionada com a transmissão do OROV nos ambientes urbano e periurbano é o *Culicoides paraensis* (Figura 1D), que pertence a um complexo de seis espécies, com morfologias externas muito semelhantes, e que formam o grupo 'paraensis'. Os *Culicoides* são dípteros da família *Ceratopogonidae*, holometábolos (Figura 1), cujas larvas podem ser encontradas em ambientes aquáticos, semiaquáticos ou em solos úmidos ricos em matéria orgânica. Além de *Culicoides*, são encontradas citações na literatura sobre a infecção natural pelo OROV em culicídeos das espécies *Aedes scapularis*, *Ae. serratus*, *Coquillettidia venezuelensis*, *Culex quinquefasciatus*, *Psorophora cingulata*, *Ps. ferox*, e *Haemagogus tropicalis*. Apesar disso, o papel dessas espécies na transmissão do vírus não está esclarecido.

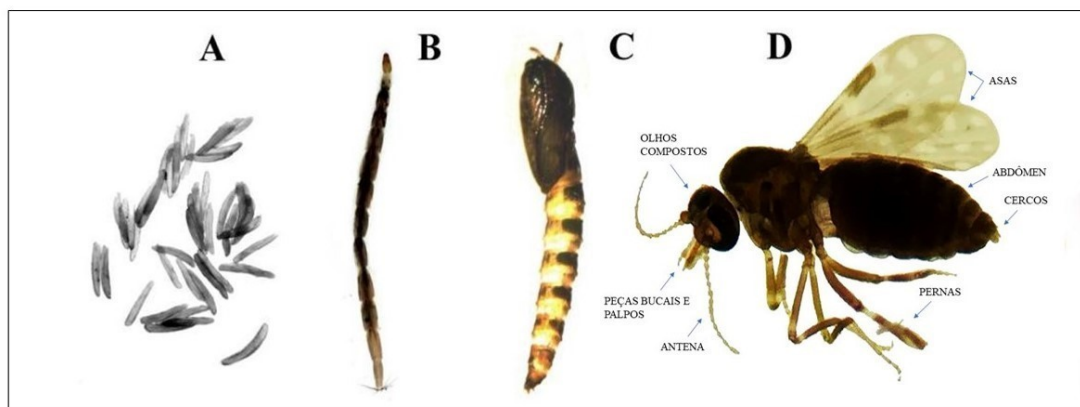


Figura 1 - Ciclo de vida de *Culicoides* sp. A. Fase de ovo; B. Fase de larva; C. Fase de pupa; D. Adulto, fêmea de *C. paraensis*. Créditos da imagem: Acervo Laboratório de Doenças Transmissíveis na Amazônia - LDTA.

O aumento do número de casos de Oropouche nos estados da região amazônica, considerados endêmicos, assim como em diversos estados extra-amazônicos, tem fomentado a necessidade de compreender a dinâmica de transmissão do vírus, a fim de identificar os fatores associados à transmissão e os atores envolvidos no ciclo de transmissão. Nesse sentido, este “Roteiro de Investigação Entomológica de Febre do Oropouche” apresenta as estratégias e metodologias para ampliar o conhecimento sobre os vetores do OROV e subsidiar a adoção de medidas de prevenção e controle nas áreas com transmissão.

INVESTIGAÇÃO ENTOMOLÓGICA

A investigação entomológica deverá ser realizada no local provável de infecção (LPI) de casos humanos confirmados (i.e., com RT-qPCR detectável para o OROV), na ocasião (i) da detecção dos primeiros casos humanos na localidade ou (ii) da ocorrência de aglomerados de casos, em articulação com todos os níveis de gestão (Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde). Considerando as limitações da rede de laboratórios atualmente disponível para o processamento de amostras entomológicas (identificação taxonômica e diagnóstico virológico), será dada prioridade às amostras oriundas de ações de investigação oportunas (no curso da transmissão), em áreas com detecção recente de aglomerados de casos da doença, a fim de reunir dados que permitam compreender a dinâmica de transmissão em cenários com elevada incidência da doença.

Alternativamente, a investigação entomológica poderá se dar em ambientes com aumento da infestação pelo maruim, no sentido de identificar a eventual infecção pelo OROV, podendo servir de elemento preditivo do risco de transmissão para humanos, desde que haja autonomia do Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) para realizar o diagnóstico.

A investigação entomológica deverá ser conduzida de acordo com as características ecológicas e ambientais do LPI, seguindo os procedimentos descritos abaixo:

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO OU LOCAL DE RESIDÊNCIA

- Aplicar o “Formulário de Campo” (anexo) antes do início das atividades de coleta;

- Caracterizar o LPI de acordo com a organização do território em área urbana¹, periurbana², rural³, silvestre⁴, ou área de transição (ecótono);*
- Verificar se o local possui pavimentação e provimento de serviços de saneamento básico (abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana);
- Para identificar os pontos de coleta, verificar a existência de:
 - Vegetação natural, ornamental ou cultivada nas proximidades da residência;
 - Galinheiro, chiqueiro, curral, baia/estábulo, aprisco, entre outras estruturas destinadas ao abrigo e manejo de animais;
 - Plantas frutíferas como bananeiras, árvores de cacau, de cupuaçu, entre outras;
 - Áreas de descarte de cascas de frutas, gramados, jardins com adubo natural (esterco) e outras;
 - Animais domésticos e silvestres, incluindo animais mortos e doentes.

(*) 1- Área urbana: refere-se a áreas densamente povoadas, como cidades ou vilas, onde as estruturas humanas, como casas, edifícios, ruas e infraestrutura, são predominantes. 2- Área periurbana: esta é uma zona de transição entre o urbano e o rural, geralmente na periferia de uma área urbana. Pode incluir áreas residenciais, industriais, comerciais e agrícolas. 3- Área rural: refere-se a áreas que não são urbanas, geralmente com baixa densidade populacional. Estas áreas são muitas vezes dominadas por terras agrícolas, florestas, montanhas, lagos e desertos. 4- Área silvestre: se refere a áreas naturais ou selvagens que não foram significativamente alteradas pela atividade humana.

COLETA ENTOMOLÓGICA

- Deverão ser selecionados pelo menos dois pontos de coleta, definidos a partir de um ponto de referência (LPI), distando de 100 a 200 metros (aproximadamente) um do outro.
- O método classificado como padrão-ouro para coleta de *Culicoides paraensis* (maruim, meruim, muruim, mosquito pólvora, porvinha, mosquitinhos de mangue) é atração humana protegida, em peridomicílio e domicílio, em ambientes urbanos, periurbanos e rurais, durante o período diurno.
- Deve-se sensibilizar os técnicos para o fato de que o *Culicoides* é um inseto muito pequeno e que a atenção deve ser redobrada para coleta com puçá entomológico ou aspirador elétrico.
- Os insetos da espécie *Culicoides paraensis* possuem ohábito diurno. Em lugares com alta infestação por *C. paraensis*, as armadilhas do tipo CDC conseguem capturar espécimes nos períodos crepusculares matutinos e vespertinos. No entanto, em situações mais comuns, o uso da armadilha CDC pode resultar em um quantitativo amostral reduzido de *C. paraensis*. Contudo, essa armadilha é eficiente na coleta de outras espécies de *Culicoides*, além do *Culex quinquefasciatus* e outros culicídeos de hábitos crepusculares e noturnos.
- Outros métodos de coleta devem ser aplicados a fim de complementar a investigação e ampliar a fauna entomológica amostrada e o número de exemplares coletado, ainda que

apresentem menor sensibilidade para *Culicoides paraensis*. São eles:

- aspiração elétrica com aspirador de Nasci ou outro aspirador entomológico; e
 - a coleta com armadilha luminosa do tipo *BG-Sentinel*.
- Coletas em áreas de mata podem ser realizadas para identificar a fauna de vetores silvestres que podem atuar de forma secundária na transmissão do OROV (Ex.: *Aedes sp.*, *Coquillettidia sp.* e *Culex sp.*).

OBSERVAÇÃO: considerar a limitação da capacidade operacional do laboratório na definição do número de armadilhas e pontos de coletas, em articulação com todos os níveis de gestão do SUS.

A seguir, são apresentadas orientações específicas para as metodologias de coleta entomológica visando a investigação de FO: coleta por Atração Humana Protegida, coleta ativa por aspiração e coleta por armadilhas luminosas (CDC). Elas podem ser aplicadas em conjunto, durante a investigação, a depender da finalidade e da capacidade técnica, operacional e estrutural local.

Coleta por Atração Humana Protegida (AHP)

- A coleta Atração Humana Protegida (AHP), que é aplicável tanto para a coleta de *Culicoides* spp. quanto para culicídeos (mosquitos), deve ser realizada no peridomicílio.
- Recomenda-se coletar por pelo menos cinco dias (de segunda-feira a sexta-feira) e, idealmente, por 10 dias, a fim de garantir amostras suficientes para o diagnóstico virológico.
- A coleta por atração humana protegida deve ser realizada durante a luz do dia. Observa-se maior atividade dos culicídeos no início da manhã e no meio da tarde até o pôr-do-sol. Eventuais variações locais no pico de atividade desses insetos devem ser levadas em conta no palnejamento e execução das coletas.
- O técnico deve posicionar-se em área sombreada, com os instrumentos utilizados na coleta, tais como, aspirador (sucção oral ou elétrico portátil), puçá, gelo seco ou nitrogênio líquido, etiquetas, fichas de campo e tubos para o transporte de amostras (Figura 2).
- Se a residência apresentar local com vegetação (por exemplo, banana, cacau, cupuaçu), a coleta deve ser realizada nas proximidades dessas áreas.



Figura 2 - Atração Humana Protegida. Créditos da imagem: Acervo Laboratório de Doenças Transmissíveis na Amazônia - LDTA/Bruna Laís Sena do Nascimento (IEC/SVSA/MS)

IMPORTANTE: Os técnicos que realizarão a coleta por atração humana devem ser capacitados quanto à biossegurança, anteriormente ao início das atividades (as recomendações de biossegurança aplicáveis seguem as definições dispostas no Guia de Vigilância de Epizootias em Primatas Não-Humanos e Entomologia aplicada à Vigilância da Febre Amarela, 2ed. 2017). Ainda, para a execução das atividades, os técnicos devem estar conscientes dos riscos inerentes à atividade e utilizar todos os recursos para proteção individual (camisa de mangas compridas, gorros, calça etc.). Não havendo recursos humanos disponíveis e capacitados para a realização da AHP, recomenda-se que sejam realizadas as coletas com os métodos de aspiração e atração luminosa.

Coleta ativa por aspiração

- A coleta deve ser realizada no peridomicílio e no intradomicílio, com auxílio do aspirador de Nasci ou equipamento semelhante. A coleta domiciliar deve ser consentida pelo residente (adulto responsável identificado na abordagem).
- Recomenda-se coletar por pelo menos cinco dias (de segunda-feira a sexta-feira) e idealmente por 10 dias, a fim de garantir amostras suficientes para o diagnóstico virológico.
- A aspiração no peridomicílio do LPI pode ser executada no mesmo dia da coleta por atração humana protegida. Sugere-se que os técnicos aspiremprimeiramente a área e, após armazenar o material aspirado, iniciem a coleta por atração humana.
- Sugere-se que, durante a aspiração, os técnicos adotem a movimentação representada na figura 3, iniciando pela área dos fundos da residência em direção à frente da casa (quando possível), aspirando inicialmente as paredes externas do imóvel, retornando com a aspiração junto ao muro/cerca e finalizando próximo ao ponto de início;

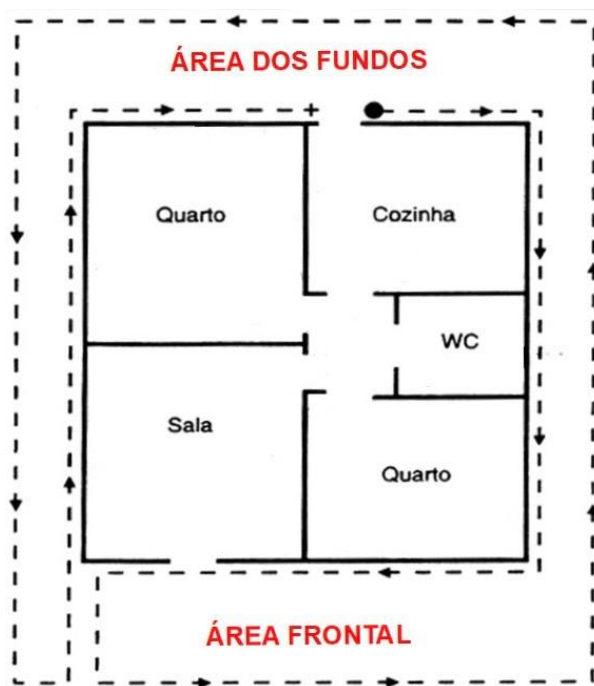


Figura 3 - Aspiração no peridomicílio para coleta de vetores de OROV. Figura: adaptado de Funasa, 2001.

- Se a residência apresentar local de plantação de banana, cacau ou outro cultivo similar, deve ser feita aspiração nestes locais.
- Após a aspiração próxima às paredes, recomenda-se aspirar sobre a vegetação rasteira (gramíneas, se houver), arbustos, galinheiros, currais, estábulos, abaixo de árvores e alojamento de animais outros animais.
- A aspiração no intradomicílio deve ser realizada em todos os cômodos da residência (se consentido pelo residente).
- Após a aspiração, o material deve ser devidamente armazenado e transportado, de preferência em gelo seco ou nitrogênio líquido. Na impossibilidade de transporte sob refrigeração, recomenda-se que os espécimes sejam transportados ainda vivos, o mais rapidamente possível, até o laboratório para armazenamento em ultrabaixa temperatura.

OBSERVAÇÃO: Deve-se atentar ao tecido do receptáculo (local onde ficam os mosquitos em alguns aspiradores). Se a trama da malha for larga, os culicídeos podem atravessá-la. Sugere-se optar por malhas mais finas (trama mais fechada) ou por voil na cor branca.

Coleta por armadilha luminosa

- Instalar uma ou duas armadilhas CDC em cada ponto de coleta;
- Selecionar o ponto de instalação em área propícia ao *Culicoides sp.*, no peridomicílio (Figura 4 e Figura 5).



Figura 4 - Exemplo de local para instalação da armadilha luminosa do tipo CDC.
Créditos da imagem: Bruna Laís Sena do Nascimento (IEC/SVSA/MS)



Figura 5 - Armadilha luminosa do tipo CDC. A. CDC instalada no galinheiro; B. CDC com saco plástico para proteção da chuva. Créditos da imagem: Acervo LTDA.

- Se a residência selecionada estiver indisponível, instalar em residência vizinha;
- Solicitar ao indivíduo morador do ponto selecionado indicação de um conhecido que resida nas proximidades do ponto (aproximadamente 100 metros);
- Horários sugeridos de instalação e recolhimento: das 16h30 às 7h;
- Registrar as coordenadas geográficas das armadilhas na "Ficha de Campo para Investigação Entomológica de Arboviroses";
- Identificar a armadilha com a data e número de identificação, em relação ao ponto;
- Sugere-se três coletas consecutivas, por duas semanas, conforme cronograma abaixo:

Datas de instalação e recolhimento sugeridas para as armadilhas do tipo CDC

Semana	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB
1ª	-	I	R/I	R/I	R	-	-
2ª	-	I	R/I	R/I	R	-	-

Legenda: I- instalação; R- recolhimento; R/I- recolhimento pela manhã e instalação à tarde.

OBSERVAÇÃO: Deve-se atentar ao calendário de feriados na cidade. Ainda, recomenda-se evitar realizar a instalação de armadilhas na véspera de feriados e às quintas-feiras. É importante sempre consultar o morador (adulto responsável) quanto à sua disponibilidade para receber a equipe técnica durante a semana.

Coleta com armadilha de atração tipo *BG-Sentinel*

- De modo complementar aos métodos recomendados, podem ser utilizadas armadilhas do tipo *BG-Sentinel* associadas com gás carbônico;
- A coleta deve ser realizada no peridomicílio;
- Deve-se atentar às orientações de armazenamento do material sob refrigeração, tendo em vista a preservação do material genético viral e dos componentes morfológicos dos exemplares coletados;
- Recomenda-se seguir o mesmo cronograma de instalação e recolhimento sugerido para as armadilhas do tipo CDC.

TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO

- Se o material for oriundo de outro município, congelar e transportar preferencialmente em nitrogênio líquido ou gelo seco;
- Na indisponibilidade de transporte refrigerado (gelo seco e nitrogênio líquido), levar as câmaras das armadilhas com os insetos vivos ao laboratório para acondicionamento em criotubos e armazenamento em ultrabaixa temperatura;
- Observar o tempo de viagem e a temperatura do ambiente no interior do veículo, durante o transporte das amostras para que os insetos se mantenham vivos;
- Se o material tiver sido transportado vivo, submeter os insetos a resfriamento por 10 minutos, sob temperatura de 0 °C a 8 °C, antes de congelar a ultrabaixa temperatura;
- Transferir as amostras para criotubo (com rosca) identificado com as seguintes informações: ponto de coleta, data da coleta, número da armadilha, horário, coletor, número do tubo e tipo de coleta: peridomiciliar, domiciliar ou mata (Figura 6).

Coleta CDC (armadilha n. 01) Localidade e procedência (município) Peridomicílio Data: __/__/____ Tubo __/__ (ex. 1/2)

Figura 6 - Modelo de etiqueta para identificação de coleta entomológica.

• Registrar as informações para acompanhamento do fluxo das

- Registrar as informações para acompanhamento do fluxo das amostras no laboratório.
- Após a etiquetagem, cobrir completamente o tudo de amostra com fita adesiva transparente para impermeabilizá-lo antes do congelamento.

OBSERVAÇÕES:

1. Não preencher o tubo com insetos até a capacidade máxima. Isso pode danificar o material e inviabilizar a identificação taxonômica.
2. A identificação taxonômica de culicídeos pode ser comprometida caso as amostras estejam conservadas em *RNA later* ou meio líquido. Assim, deve-se priorizar o congelamento a seco, principalmente se o objetivo for realizar a identificação taxonômica de mosquitos coletados e o isolamento viral.

PROCESSAMENTO DAS AMOSTRAS

Se o material for processado *in loco* para diagnóstico no Lacen:

- Triar o material rapidamente, utilizando mesa fria ou gelox;
- Separar rapidamente *Culicoides* spp. (Ceratopogonidae) dos mosquitos (Culicidae);
- Montar *pools* de 1 (um) até 100 espécimes de culicídeos, separados por método de coleta, data da coleta, ponto de coleta;
- Identificar ao menor nível taxonômico as espécies de mosquitos (Culicidae);
- Montar *pools* de 1 (um) até 25 mosquitos, separados por espécie, método de coleta, data da coleta, sexo, ponto de coleta, ingurgitado ou não;
- Congelar o material a pelo menos -70 °C.

OBSERVAÇÃO: É fundamental a preservação da refrigeração das amostras durante o processamento, tendo em vista a sensibilidade do RNA genômico viral.

Se o material for enviado diretamente ao laboratório de referência:

- Armazenar o material a -70° C até o envio para a referência (sem triagem prévia ou formação de *pools*);
- Enviar o material em gelo seco (de preferência do tipo *nugget*) (-20° C), juntamente com os boletins de campo, via fluxo estabelecido pela CGLAB/SVSA/MS (Figura 7).

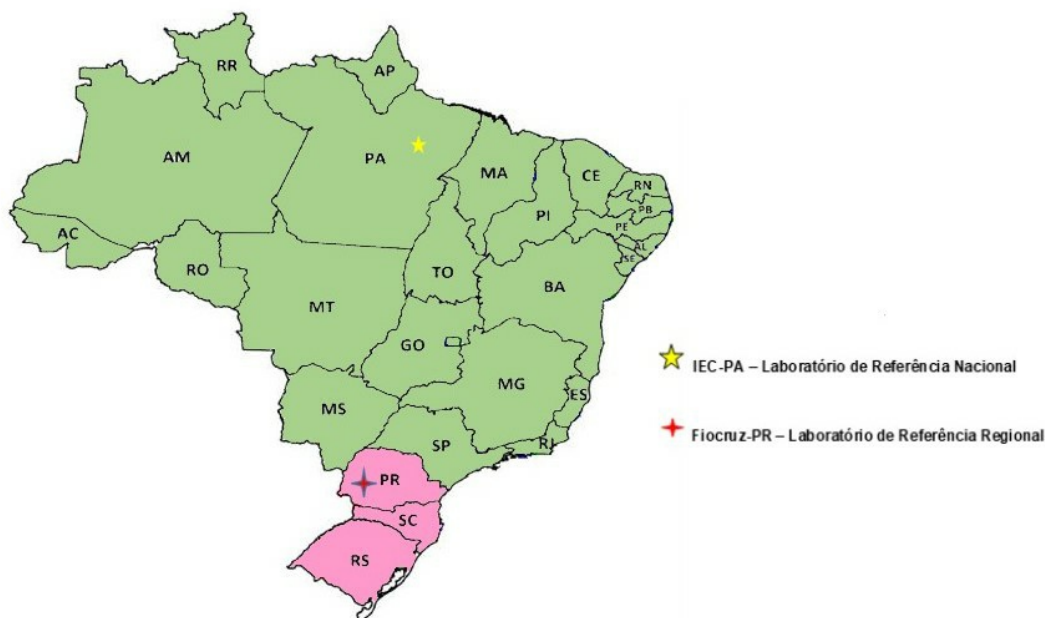


Figura 7 - Laboratório de Referência Nacional para o vírus Oropouche. Créditos da imagem: Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/SVSA/MS).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este roteiro de investigação entomológica de febre do Oropouche traz orientações básicas para a coleta, acondicionamento, armazenamento e transporte de amostras de artrópodes para identificação taxonômica e diagnóstico virológico em cenários de transmissão ativa do vírus, no sentido de ampliar o conhecimento sobre o ciclo e a dinâmica de transmissão e subsidiar estratégias e políticas de vigilância, prevenção e controle da doença no Brasil. As metodologias apresentadas foram aplicadas e validadas durante ações de investigação em diversos estados, apoiadas pela Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses (CGARB/DEDT/SVSA/MS) e pelo Instituto Evandro Chagas (IEC/SVSA/MS), e visam ao levantamento da fauna entomológica presente nas áreas de transmissão e à investigação do eventual participação de culicídeos como potenciais vetores do vírus, sobretudo no contexto da identificação de uma nova linhagem do vírus no país.

Outras questões relacionadas à efetividade de produtos químicos para evitar a exposição às picadas (repelentes) e para o controle de populações de culicídeos (inseticidas) devem ser exploradas em conjunto com a academia e a iniciativa privada, visto que há poucos estudos que exploram as evidências quanto à efetividade destes produtos sobre esses insetos. Todavia, o Ministério da Saúde reforça as orientações quanto as medidas de proteção individuais e coletivas para a prevenção da FO, como proteger o corpo com calças e camisas de mangas compridas, usar repelente (principalmente para proteção contra *Culex* e outros mosquitos) nas partes expostas do corpo e evitar a exposição nos momentos de maior atividade dos insetos (nas primeiras horas da manhã e ao final da tarde). Reforça-se também a importância da conscientização da população quanto à manutenção do peridomicílio limpo e livre do acúmulo matéria orgânica.

LIVIA CARLA VINHAL FRUTUOSO
Coordenadora-Geral de Vigilância de Arboviroses

ALDA MARIA DA CRUZ
Diretora do Departamento de Doenças Transmissíveis

ETHEL MACIEL
Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente

REFERÊNCIAS

BRASIL. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. Departamento de Doenças Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 6/2024-CGAR/DEDT/SVSA/MS. Orientações para a vigilância da Febre do Oropouche. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-amarela/publicacoes/guia_vigilancia_epizootias_primatas_entomologia.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Departamento de Ações. Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia de vigilância de epizootias em primatas não humanos e entomologia aplicada à vigilância da febre amarela – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARPENTER S, VERONESI E, MULLENS B, VENTER G. Vector competence of Culicoides for arboviroses: Three major periods of research, their influence on current studies and future directions. Rev Sci Tech [Internet]. 2015.

FARIAS, E. S. Diversidade de maruins (Diptera: Ceratopogonidae) na Amazônia Brasileira e o uso da Taxonomia Integrada. 2021. 273 f. Tese (Doutorado em Biodiversidade e Saúde) - Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2021.

PINHEIRO, F. D. P., PINHEIRO, M., BENSABATH, G., CAUSEY, O. R., & SHOPE, R. E. Epidemia de vírus Oropouche em Belém. Revista de Serviço Especial de Saúde Pública, 12, 15-23. 1962.

TRINDADE, R. L. & GORAYEB, I. S. Maruins (Diptera: Ceratopogonidae: Culicoides), após a estação chuvosa, na Reserva de Desenvolvimento Sustentável Itatupã-Baquiá, Gurupá, Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua, v. 1, n. 2, p. 121-130, jun. 2010.



Documento assinado eletronicamente por **Livia Carla Vinhal Frutuoso, Coordenador(a)-Geral de Vigilância de Arboviroses**, em 16/08/2024, às 08:43, 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](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alda Maria da Cruz, Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 23/08/2024, às 10:23, 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 **Ethel Leonor Noia Maciel, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 02/09/2024, às 15:54, 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 **0042167075** e o código CRC **CB53DFFF**.

Referência: Processo nº 25000.110023/2024-38

SEI nº 0042167075

Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses - CGARB
SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte Edifício PO700, 6º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br

TEM 10
MINUTINHOS?

PLANO DE AÇÃO

**PARA REDUÇÃO DA
DENGUE E DE OUTRAS
ARBOVIROSES**

Período Sazonal 2024/2025



Sumário

Apresentação.....	3
Cenário epidemiológico.....	5
Objetivos geral e específicos.....	15
Plano de ação.....	16
Eixo 1: Prevenção.....	16
Eixo 2: Vigilância	17
Eixo 3: Controle de vetores	18
Eixo 4: Organização dos serviços e manejo clínico.....	19
Eixa 5: Preparação e resposta às emergências	22
Eixo 6: Comunicação e participação comunitária	24

Apresentação



Este Plano de Ação foi elaborado com base nas discussões e nos encaminhamentos realizados durante a Oficina Internacional sobre Arboviroses, realizada nos dias 15 e 16 de maio de 2024, cujo objetivo principal foi sistematizar propostas para a elaboração de um plano de enfrentamento para o período sazonal 2024/2025 de dengue e outras arboviroses. A Oficina reuniu cerca de 150 participantes entre gestores(as), pesquisadores(as) e técnicos(as) estaduais e municipais, bem como representantes e técnicos(as) das secretarias do Ministério da Saúde (SAES, SAPS, SECTICS, SE, SESAI, SGETS e SVSA), especialistas da Fiocruz, do Instituto Evandro Chagas, da Organização Pan-Americana de Saúde, de universidades, da DNDI, representantes da União de mães de anjos e Unizika (ONGs) e os Agentes de Controle de Endemias. Também contou com participação internacional de especialistas do Instituto Nacional de Salud da Colômbia e com a da Ministra da Saúde, Nísia Trindade.

O presente documento reúne estratégias dentro de seis eixos de ação:

1. Prevenção;
2. Vigilância;
3. Controle vetorial;
4. Organização da rede assistencial e manejo clínico;
5. Preparação e resposta às emergências;
6. Comunicação e participação comunitária.

As ações aqui apresentadas deverão ser coordenadas pelo Ministério da Saúde em estreita parceria com as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal e as secretarias municipais de saúde, com a colaboração imprescindível de diversas instituições públicas e privadas, bem como de organizações sociais.

O alinhamento entre todas as secretarias do Ministério da Saúde é essencial para que as ações sejam definidas coletivamente e para que sejam executadas de forma eficaz nos níveis locais, com vistas à redução da morbidade e da letalidade por dengue e demais arboviroses, cujos impactos negativos na saúde da população e no Sistema Único de Saúde esperamos que sejam reduzidos ao longo dos próximos meses de 2024 e durante o ano de 2025. O referido alinhamento técnico e político será coordenado pela Secretaria Executiva.

Cenário Epidemiológico



DENGUE

Embora com relatos desde meados do século XIX e início do século XX (Rego 1872, Luz 1889, Reis 1896, Mariano 1917, Horta 1923, Pedro 1923), a circulação dos vírus da dengue no Brasil só foi comprovada em 1982, quando foram isolados os sorotipos DENV-1 e DENV-4, em Boa Vista, capital do antigo território federal de Roraima (Osanai et al. 1983).

Quatro anos mais tarde, em março de 1986, foi identificado um importante surto de dengue no estado do Rio de Janeiro, partindo do município de Nova Iguaçu, sendo então isolado o DENV-1 (Schatzmayr et al. 1986).

Desde então, epidemias são registradas quase que anualmente no Brasil, variando apenas as cidades nas quais elas foram e continuam sendo registradas. Comumente observamos, no entanto, certa perplexidade diante dessas epidemias, com muitas pessoas mostrando-se surpresas com a ocorrência e a magnitude desses eventos.

A transmissão dos sorotipos do vírus dengue em uma determinada comunidade e a magnitude das epidemias estão na dependência da conjunção de uma série de fatores, os chamados macro e microdeterminantes. Dentre os macrodeterminantes, destacam-se elevadas temperatura e umidade relativa do ar, alta densidade populacional, coleta de resíduos sólidos domiciliares e abastecimento de água potável deficientes; dentre os microdeterminantes estão o percentual de susceptíveis aos sorotipos circulantes, abundância e tipos de criadouros do mosquito transmissor, altos índices de infestação predial e densidade de fêmeas do mosquito *Aedes aegypti* (PAHO 1994).

Aos fatores acima descritos devemos acrescentar as mudanças climáticas, observadas de forma mais intensa nos últimos anos. Os anos de 2023 e 2024 foram marcados por anomalias nos padrões de temperatura e chuvas, decorrentes dos impactos do fenômeno climático

El Niño e da ação humana sobre o meio ambiente. Como consequência, diversos países, especialmente das Américas, tiveram aumento no número de casos suspeitos de dengue.

No Brasil, além dos efeitos das mudanças climáticas, temos uma grande extensão territorial, elevado contingente populacional, sérias e históricas deficiências na coleta do lixo urbano e no fornecimento regular de água para o consumo doméstico, sobretudo nas periferias das cidades de médio e grande portes. Devemos registrar, também, a alta qualidade do sistema de vigilância em saúde, contribuindo para captar os casos prováveis das doenças.

Em 2024, no período entre as Semanas Epidemiológicas 1 e 34, foram notificados aproximadamente 6.500.000 (seis milhões e quinhentos mil) casos prováveis de dengue no País, com coeficiente de incidência de cerca de 3.200 casos por 100 mil habitantes. Esses números representam um aumento de 300% no total de casos quando comparado com o do mesmo período do ano anterior (1.454.688 casos prováveis e 681,9 casos por 100 mil habitantes).

Os estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Goiás e Distrito Federal juntos, concentraram 87,70% dos casos prováveis no Brasil. Quanto ao coeficiente de incidência, os maiores foram observados no Distrito Federal (9.770 casos por 100 mil habitantes), em Minas Gerais (8.260 casos por 100 mil habitantes) e no Paraná (5.643 casos por 100 mil habitantes).

Durante o ano de 2024, os quatro sorotipos do vírus dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4) foram identificados no País, sendo que a circulação concomitante de DENV-1 e DENV-2 foi registrada na maioria dos estados. Por outro lado, é importante destacar que, embora em frequência bem menor, o DENV-3 foi identificado nos estados do Amapá, Roraima, Maranhão, Pará, Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. Detecções esporádicas do DENV-4 foram registradas em Goiás e em Minas Gerais.

Óbitos por dengue

No período entre as Semanas Epidemiológicas 01 e 34 de 2024, foram confirmados 5.244 óbitos por dengue. Cabe ressaltar que 1.985 óbitos notificados permanecem em investigação e podem ser confirmados ou descartados nas próximas semanas.

CHIKUNGUNYA

Até a Semana Epidemiológica 34 de 2024, foram notificados aproximadamente 254.000 casos prováveis de chikungunya no País (taxa de incidência de 125 casos por 100 mil habitantes). Esse número representa um aumento de 100% quando comparado com o do mesmo período de 2023, quando foram notificados 126.462 casos prováveis (59,3 casos por 100 mil habitantes). Aproximadamente 63% dos casos prováveis de chikungunya foram notificados no estado de Minas Gerais. Os estados de Minas Gerais, Mato Grosso, Bahia e Espírito Santo foram responsáveis por aproximadamente 82% de todos os casos prováveis da doença, neste ano de 2024.

A detecção de chikungunya e de outras arboviroses durante a epidemia de dengue pode ser dificultada pela semelhança clínica entre estas e outras doenças infecciosas que circulam no Brasil, assim como pelos desafios do diagnóstico laboratorial específico em períodos epidêmicos.

Óbitos por chikungunya

Até a Semana Epidemiológica 34, foram confirmados 162 óbitos por chikungunya no Brasil, sendo que outros 152 óbitos estão sob investigação, os quais podem ser confirmados ou descartados nas próximas semanas

ZIKA

Em 2024, no período entre as Semanas Epidemiológicas 01 e 34, foram notificados 7.766 casos prováveis de Zika no País.

Destaca-se que as sorologias realizadas para Zika podem resultar em falsos positivos em razão da possibilidade de reação cruzada com dengue. No entanto, a Zika permanece como uma arbovirose que causa preocupação, considerando a possibilidade de desfechos graves, como a Síndrome Congênita do Zika em recém-nascidos de mães virêmicas e a síndrome de Guillain-Barré.

ORPOUCHE

A partir de 2023, a detecção de casos de Oropouche aumentou em decorrência da descentralização do diagnóstico biomolecular para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) do País. Em 2023, 831 amostras tiveram diagnóstico laboratorial de biologia molecular (RT-qPCR) detectável para o vírus Oropouche (OROV). Em 2024, até a Semana Epidemiológica 34, 7.848 amostras tiveram resultado detectável para o vírus.

A maioria dos casos teve como local provável de infecção (LPI) municípios dos estados da Região Norte. Em 2024, a região amazônica, considerada endêmica, concentrou a maior parte dos casos notificados no Brasil.

Objetivo Geral

Reduzir o número de casos prováveis e óbitos por dengue, chikungunya, Zika e Oropouche para a sazonalidade 2024/2025.



Objetivos específicos

- Implementar novas tecnologias de controle vetorial nos municípios brasileiros, de maneira escalonada, considerando o perfil epidemiológico e a população sob risco;
 - Acompanhar de forma rigorosa os principais indicadores de vigilância e de assistência, capazes de permitir a detecção precoce de quaisquer alterações no padrão de ocorrência das arboviroses;
 - Fortalecer a capacidade de resposta integrada dos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), orientando a implementação de ações coordenadas para redução das hospitalizações e óbitos evitáveis relacionados às arboviroses; e
 - Garantir o abastecimento de insumos para diagnóstico, assistência e controle vetorial.
- O segundo semestre do ano é o período em que as ações de prevenção das arboviroses devem ser implementadas para reduzir a transmissão durante os primeiros meses do ano seguinte, quando todas as condições climáticas são favoráveis ao aumento de casos. Nesse sentido, as ações contidas neste plano de ação estão direcionadas para dois períodos distintos, o intersazonal e o sazonal.

No período intersazonal serão intensificadas as ações preventivas, com retirada de criadouros do ambiente, implementação das novas tecnologias de controle vetorial, sensibilização da rede de vigilância para a investigação oportuna de casos, coleta de amostras para diagnóstico laboratorial e identificação de sorotipos circulantes, organização de fluxos da rede assistencial, revisão dos planos de contingência locais, capacitação dos profissionais de saúde para manejo clínico, gestão dos estoques de inseticidas, insumos para diagnóstico laboratorial e assistência ao doente.

Durante o período sazonal, a resposta mais intensa ao surto será baseada em sistemas que foram previamente fortalecidos, ou estruturados a partir de lições aprendidas de epidemias anteriores. Caso ocorra nova epidemia, estão previstas medidas estabelecidas no plano de

contingência, focadas sobretudo no fortalecimento da rede assistencial para redução das hospitalizações e dos óbitos evitáveis, uma vez que as atividades relacionadas ao manejo clínico adequado, seguro e executado em tempo oportuno, bem como a organização dos serviços são prioritárias.

Nesse período, as ações de vigilância devem priorizar a coleta de amostras para exames específicos com foco em casos graves e investigação oportuna de óbitos como evento sentinela da qualidade da assistência.

As ações de comunicação social, com abordagens inovadoras para uma intensa participação



Figura 1. Eixos do Plano de Ação para redução dos impactos da dengue e outras arboviroses.

comunitária, devem ser direcionadas ao conhecimento sobre a doença e o papel individual e coletivo no processo de redução dos criadouros.

Com o objetivo de facilitar a gestão e o monitoramento deste Plano, as ações aqui previstas serão organizadas de acordo com os prazos previstos para sua execução. Dessa forma, teremos ações de curto, médio e longo prazos.

As **ações de curto prazo** são aquelas que já estão em andamento, ou que serão executadas até o dia 31/12/2024. São consideradas **ações de médio prazo** aquelas cujas execuções terão início a partir de 01/01/2025, sendo realizadas ao longo do ano. Finalmente, temos as **ações de longo prazo**, ou seja, as que serão desenvolvidas a partir do início do ano de 2026.

É importante esclarecer que muitas ações que já estão sendo executadas ou que terão início ainda durante o ano de 2024 seguirão sendo realizadas em 2025 e 2026.

Outro aspecto a ser destacado é o caráter dinâmico deste Plano de Ação, que será objeto de ajustes contínuos à medida que o monitoramento da ocorrência das arboviroses nos próximos meses indique necessidade de adaptações.

Referências

Horta O 1923. Intervenção na sessão da Academia Nacional de Medicina. Bol Acad Nac Med 95: p. 4.

Luz R 1889. Epidemia de dengue em Valença. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA E CIRURGIA, 1888, Rio de Janeiro. Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia. [Rio de Janeiro]: Imprensa Nacional, pp. 115-124.

Mariano F 1917. A dengue. Considerações a respeito de sua incursão no Rio Grande do Sul, em 1916. Arch Bras Med 7: 272-277.

Osanaí CH, Rosa APT, Tang A, Amaral R, Passos ADC, Tauil PL 1983. Surto de dengue em Boa Vista, Roraima. Nota prévia. Rev Inst Med trop São Paulo 25: 53-54.

PAHO - Pan American Health Organization 1994. Dengue and dengue hemorrhagic fever in the Americas: Guidelines for prevention and control. (Cient. Pub. n. 548), 98 pp.

Pedro A 1923. O dengue em Nictheroy. Brazil-Médico 37: 173-77.

Rego JP 1872. Esboço historico das epidemias que tem grassado na cidade do Rio de Janeiro desde 1830 a 1870. [Rio de Janeiro]: Typhographia Nacional, pp. 44-50.

Reis TJ 1896. A febre dengue em Curityba. Gaz Med Bahia 28: 263-266.

Schatzmayr HG Nogueira RMR, Rosa APAT 1986. An outbreak of dengue virus at Rio de Janeiro. Mem Inst Oswaldo Cruz 81: 245-46.

Ações de Curto, Médio e Longo Prazo



Ações já em andamento ou que serão realizadas até **31/12/2024**

Eixo 1. Prevenção

<i>Eixo</i>	<i>Atividades</i>	<i>Curto prazo</i>	<i>Médio prazo</i>	<i>Longo prazo</i>
1. Prevenção	1.1 Priorizar as ações dos Agentes de Controle de Endemias para que, juntamente com a participação comunitária, ajudem a reduzir os focos de proliferação dos mosquitos transmissores			
1. Prevenção	1.2 Elaborar Nota Técnica com recomendações para a atuação conjunta dos Agentes Comunitários de Saúde com os Agentes de Controle de Endemias			
1. Prevenção	1.3 Estimular a prática dos "10 minutos contra a dengue" como ação coletiva de prevenção			
1. Prevenção	1.4 Elaborar planejamento para a gradativa incorporação de vacinas contra dengue, de acordo com a produção dos fabricantes			
1. Prevenção	1.5 Continuar a imunização contra dengue com as doses atualmente disponíveis e incentivar a busca ativa daqueles que tomaram a primeira dose da vacina e não retornaram para segunda dose			
1. Prevenção	1.6 Desenvolver plano estratégico integrado para ações de educação ambiental e manejo de resíduos			
1. Prevenção	1.7 Capacitar agentes e educadores populares, através do AGPOP-SUS			
1. Prevenção	1.8 Monitorar a execução das ações de manejo de resíduos sólidos			

Eixo 2. Vigilância

<i>Eixo</i>	<i>Atividades</i>	<i>Curto prazo</i>	<i>Médio prazo</i>	<i>Longo prazo</i>
2. Vigilância	2.1 Implementar vigilância sindrômica em serviços sentinelas, com coleta de amostras de forma contínua, sistemática e regionalizada			
2. Vigilância	2.2 Mapear potenciais serviços sentinelas localizados em áreas de maior risco de ocorrência de arboviroses			
2. Vigilância	2.3. Integrar o protocolo de testagem com a vigilância sindrômica para outros arbovírus, quando DCZ forem negativos no RT-PCR			
2. Vigilância	2.4 Fomentar pesquisas para ampliar a capacidade de detecção, vigilância e resposta para arboviroses, incluindo os menos frequentes e exóticos			
2. Vigilância	2.5 Implementar vigilância baseada em especialistas sentinelas para maior sensibilidade e rapidez na identificação dos casos/alterações de cenários epidemiológicos			
2. Vigilância	2.6 Utilizar a vigilância genômica e metagenômica para investigação em situações de relevância epidemiológica			
2. Vigilância	2.7 Implementar a Vigilância entomoviroológica, fortalecendo as capacidades locais			
2. Vigilância	2.8 Integrar as arboviroses com outras vigilâncias de doenças neurológicas - protocolo laboratorial que permita esclarecer casos neurológicos			
2. Vigilância	2.9 Estabelecer protocolo de vigilância de arboviroses por meio da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar sobre casos graves e óbitos por arboviroses			
2. Vigilância	2.10 Atualizar modelagem preditiva do Infodengue			

<i>Eixo</i>	<i>Atividades</i>	<i>Curto prazo</i>	<i>Médio prazo</i>	<i>Longo prazo</i>
2. Vigilância	2.11 Estabelecer parceria com o Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia) para obter suporte do Sistema AESOP			
2. Vigilância	2.12 Estabelecer parceria com o Instituto Todos pela Saúde (ITpS) visando o fortalecimento da vigilância, em especial a laboratorial			
2. Vigilância	2.13 Concluir o desenvolvimento do e-SUS SINAN – homologação do sistema			
2. Vigilância	2.14 Elaborar e divulgar nota contendo roteiro de investigação epidemiológica de Oropouche			
2. Vigilância	2.15 Desenvolver tecnologia e disponibilizar os resultados de diagnóstico laboratorial das redes pública e privada do Meu SUS Digital			
2. Vigilância	2.16 Realizar força tarefa para investigação e encerramento dos óbitos suspeitos de arboviroses notificados em 2024			

Eixo 3. Controle vetorial

<i>Eixo</i>	<i>Atividades</i>	<i>Curto prazo</i>	<i>Médio prazo</i>	<i>Longo prazo</i>
3. Controle vetorial	3.1 Inserir informações da ANIP (Associação Nacional da Indústria de Pneumáticos) sobre logística reversa de pneus no site do Ministério da Saúde			
3. Controle vetorial	3.2 Implantar o uso de Estações Disseminadoras de Larvicidas (EDL) em áreas mais vulneráveis			
3. Controle vetorial	3.3 Ampliar de maneira substancial o uso de insetos estéreis em aldeias indígenas			

<i>Eixo</i>	<i>Atividades</i>	<i>Curto prazo</i>	<i>Médio prazo</i>	<i>Longo prazo</i>
3. Controle vetorial	3.4 Ampliar o uso da Borrifação Residual Intradomiciliar (BRI) em áreas de alta circulação de pessoas			
3. Controle vetorial	3.5 Ampliar de maneira substancial a utilização do método Wolbachia			
3. Controle vetorial	3.6 Lançar o projeto de construção e iniciar obra da Biofábrica de Aedes com Wolbachia em Euzébio (CE)			
3. Controle vetorial	3.7 Iniciar as atividades da Biofábrica de Aedes com Wolbachia em Euzébio (CE)			
3. Controle vetorial	3.8 Elaborar o plano de capacitação para implementação das diretrizes para capacitação de profissionais em campo, em parceria com a SEGETS e Conasems			
3. Controle vetorial	3.9 Desenvolver software para vigilância entomológica e controle vetorial, em substituição ao SisPNCD			

Eixo 4. Organização da rede assistencial e manejo clínico

<i>Eixo</i>	<i>Atividades</i>	<i>Curto prazo</i>	<i>Médio prazo</i>	<i>Longo prazo</i>
4. Organização da rede e manejo clínico	4.1 Atualizar protocolos clínicos e diretrizes para otimizar a organização dos serviços de saúde, promovendo eficiência e qualidade na prestação de cuidados			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.2 Publicar o guia de manejo clínico de chikungunya, já elaborado			

<i>Eixo</i>	<i>Atividades</i>	<i>Curto prazo</i>	<i>Médio prazo</i>	<i>Longo prazo</i>
4. Organização da rede e manejo clínico	4.3 Seguir com o pedido de incorporação à RENAME de medicamentos para o tratamento de chikungunya			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.4 Qualificar continuamente os profissionais de assistência para aprimoramento de estadiamento clínico de dengue			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.5 Formar/sensibilizar Grupos de apoio técnico estratégico (GATE)/Comitês de Apoio aos gestores municipais e estaduais nas cidades com mais de 100 mil habitantes			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.6 Elaborar Guia com orientação ao manejo de casos na APS, incluindo preenchimento do e-SUS.			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.7 Elaborar Nota Técnica sobre a assistência para casos de Oropouche em gestantes			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.8 Encaminhar Cartilha com recomendação de manejo clínico para o Programa Mais Médicos			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.9 Estabelecer parcerias com os diversos conselhos das categorias profissionais para uma maior adesão aos treinamentos e difusão de recomendações sobre as arboviroses			

<i>Eixo</i>	<i>Atividades</i>	<i>Curto prazo</i>	<i>Médio prazo</i>	<i>Longo prazo</i>
4. Organização da rede e manejo clínico	4.10 Realizar webinários para fins de qualificação dos profissionais envolvidos na assistência aos usuários dos serviços de saúde, ressaltando a importância do registro de informações em seus respectivos sistemas/prontuários.			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.11 Atualizar o Caderno de Atenção Básica que trata do manejo de arboviroses.			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.12 Elaborar e divulgar Nota Técnica e Manual referentes à importância da atuação ampliada do profissional de enfermagem no atendimento às arboviroses, com foco na prescrição de hidratação venosa e solicitação de exames, conforme normativos vigentes do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.13 Estabelecer parceria com a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) para apoiar as ações de capacitação/sensibilização para o correto manejo clínico das arboviroses e na organização da rede			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.14 Anunciar mutirão e iniciar as cirurgias em crianças com sequelas de Zika			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.15 Estabelecer parceiras com as grandes redes privadas de diagnóstico e assistência à saúde			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.16 Realizar devolutiva dos resultados da avaliação produzida durante o Seminário de Barreiras para a Dengue, promovido pela SVSA em conjunto com a Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi)			

<i>Eixo</i>	<i>Atividades</i>	<i>Curto prazo</i>	<i>Médio prazo</i>	<i>Longo prazo</i>
4. Organização da rede e manejo clínico	4.17 Publicar Portaria MS disciplinando repasse de custeio os municípios, conforme o Plano de Ação			
4. Organização da rede e manejo clínico	4.18 Adaptar o e-SUS APS para a abordagem ao paciente com dengue e estimular a aplicação das orientações para o manejo de casos na APS, incluindo preenchimento do e-SUS.			

Eixo 5. Preparação e resposta às emergências

<i>Eixo</i>	<i>Atividades</i>	<i>Curto prazo</i>	<i>Médio prazo</i>	<i>Longo prazo</i>
5. Preparação e resposta às emergências	5.1 Atualizar o Plano de Contingência nacional			
5. Preparação e resposta às emergências	5.2 Contribuir com a elaboração de planos de contingência regionalizados			
5. Preparação e resposta às emergências	5.3 Elaborar e implementar estratégia de compartilhamento das informações produzidas pelo Infodengue aos gestores municipais de saúde			
5. Preparação e resposta às emergências	5.4 Realizar a estratificação de risco em localidades prioritárias, em apoio a estados e municípios			

<i>Eixo</i>	<i>Atividades</i>	<i>Curto prazo</i>	<i>Médio prazo</i>	<i>Longo prazo</i>
5. Preparação e resposta às emergências	5.5 Incorporar as lições aprendidas nos planos de contingência, e estimular essas práticas nos territórios			
5. Preparação e resposta às emergências	5.6 Realizar Oficinas de avaliação pós-evento nos oito estados com maior incidência de dengue em 2024			
5. Preparação e resposta às emergências	5.7 Mapeamento de áreas indígenas mais vulneráveis e planejamento de ações direcionadas			
5. Preparação e resposta às emergências	5.8 Estabelecer agenda com Estados e Municípios, em especial aqueles com mais de 100 mil habitantes, para alinhamento de recomendações sobre a organização da resposta.			
5. Preparação e resposta às emergências	5.9 Realizar reuniões remotas e visitas presenciais a Estados e Municípios, para alinhamento de recomendações sobre a organização da resposta.			
5. Preparação e resposta às emergências	5.10 Mapear, disponibilizar e publicizar as ações do Telessaúde direcionadas aos serviços da APS			
5. Preparação e resposta às emergências	5.11 Realizar webconferências com os estados e municípios para divulgação dos materiais mais recentes lançados no âmbito do Ministério da Saúde sobre as arboviroses.			

Eixo 6. Comunicação e participação comunitária

<i>Eixo</i>	<i>Atividades</i>	<i>Curto prazo</i>	<i>Médio prazo</i>	<i>Longo prazo</i>
6. Comunicação e Participação Comunitária	6.1 Criar Grupos de Trabalho e sistematizar as produções do GT sobre comunicação e participação comunitária			
6. Comunicação e Participação Comunitária	6.2 Realizar oficinas Interdisciplinares para Ideias com base em Ciência Comportamental, de forma integrada entre Saúde, Ciência Comportamental, informação, Educação e Comunicação			
6. Comunicação e Participação Comunitária	6.3 Elaborar recomendações técnicas, junto a especialistas nos vetores de arbovírus, para subsidiar estratégias específicas de comunicação			
6. Comunicação e Participação Comunitária	6.4 Realizar seminários de sensibilização / capacitação para jornalistas			
6. Comunicação e Participação Comunitária	6.5 Implementar as ações previstas no Plano de Comunicação			
6. Comunicação e Participação Comunitária	6.6 Estabelecer monitoramento contínuo da eficácia das campanhas de comunicação			
6. Comunicação e Participação Comunitária	6.7 Ações de comunicação nas periferias: organizar palestras, oficinas, eventos locais e mutirões de limpeza em comunidades afetadas, mobilizar voluntários para ações de conscientização.			
6. Comunicação e Participação Comunitária	6.8 Realizar Seminário Nacional para avaliar os resultados das ações de comunicação nos meses anteriores			

Saiba mais em
gov.br/mosquito



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

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 135/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Nota Técnica conjunta SVSA/SAPS/SAES sobre orientações para notificação e investigação de casos suspeitos de Oropouche em gestantes, anomalias congênitas ou óbitos fetais.

2. **ANÁLISE**

2.1. O Oropouche é uma doença causada por um arbovírus (vírus transmitido pelo inseto *Culicoides paraensis*) 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. Outros países das Américas Central e América do Sul (Panamá, Argentina, Bolívia, Equador, Peru e Venezuela) também já haviam relatado casos e surtos.

2.2. 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* poderia estar envolvido na transmissão.

2.3. Considera-se que a suscetibilidade à infecção pelo OROV não varia segundo idade ou sexo. Em geral, o quadro clínico se inicia com febre abrupta acompanhado de cefaleia, mialgia, artralgia, tontura, náuseas, vômitos, dor retrorbital, exantema, entre outros sintomas. Essas manifestações clínicas podem ser confundidas com o quadro clínico de outras doenças febris, especialmente as arboviroses dengue, chikungunya e Zika. Em alguns casos há comprometimento neurológico e casos de meningite e encefalite são relatados. Manifestações hemorrágicas são mencionadas na literatura, tais como epistaxe, sangramento gengival, petéquias, menorragia, e também aborto espontâneo. Os sinais e sintomas podem ser recorrentes, e são semelhantes aos da fase aguda, e as vezes, com maior intensidade. Desta forma, destaca-se a importância da vigilância integrada de arboviroses no território e da estreita comunicação entre vigilância e assistência.

2.4. Orientações para a Vigilância do Oropouche foram estabelecidas pela Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses, Departamento de Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2024, por meio da NOTA TÉCNICA Nº 6/2024-CGAR/DEDT/SVSA/MS (<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-6-2024-cgarb-dedt-svsa-ms/view>), a partir do aumento da detecção de casos Oropouche, em 2023, com a descentralização gradativa do diagnóstico molecular para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN), que passaram a testar para Oropouche parte dos casos negativos para dengue, chikungunya e Zika (DCZ).

2.5. Até a Semana Epidemiológica 31 de 2024, foram confirmados 7.497 casos Oropouche no Brasil, cujas amostras biológicas tiveram resultado detectável para o genoma do vírus no RT-PCR. Além disso, dois óbitos ocorridos na Bahia, nos municípios de Valença e Camamu, tiveram amostras de sangue com detecção do genoma do vírus Oropouche (OROV). As pacientes, do sexo feminino e com idades de 24 e 21 anos, respectivamente, não apresentavam comorbidades e nem condição gestacional. Os quadros clínicos assemelhavam-se ao da dengue grave. As investigações foram conduzidas pela Secretaria de Estado da Saúde da Bahia, e não foram identificadas outras causas entre as hipóteses diagnósticas investigadas, desta forma, os óbitos foram classificados como relacionados à infecção por OROV.

2.6. Em julho de 2024, foi publicada a NOTA TÉCNICA Nº 15/2024-SVSA/MS, que trata de Nota Técnica Conjunta CGLAB/IEC/DEDT/SVSA, com recomendação para intensificação da vigilância de transmissão do OROV, em razão dos achados da Seção de Arbovirologia e Febres Hemorrágicas do Instituto Evandro Chagas (SEARB/IEC/SVSA/MS). Foram analisadas, de forma retrospectiva, amostras de soro e líquido armazenadas na instituição, coletadas para investigação de arboviroses neuroinvasivas, e com resultado negativo para dengue, chikungunya, Zika e Nilo Ocidental. Neste estudo, foi detectada em quatro recém-nascidos com microcefalia (três com 1 dia de vida e um com 27 dias de vida) a presença de anticorpos da classe IgM (MAC- ELISA) contra OROV em amostras de soro (2 casos) e líquido (2 casos). Essa é uma evidência de que ocorre transmissão vertical do OROV, porém as limitações do estudo na ocasião não permitiram estabelecer relação causal entre a infecção por OROV durante a vida intrauterina e malformações neurológicas nos bebês. A referida Nota também estabeleceu recomendações às equipes de vigilância de Estados e Municípios quanto à intensificação das ações de vigilância da transmissão vertical do OROV (<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-15-2024-svsa-ms.pdf>).

2.7. Ainda em julho de 2024, o estado de Pernambuco notificou uma gestante de 28 anos de idade, com 30 semanas de gestação, residente em Pernambuco, que apresentou sintomas compatíveis com arboviroses (febre, cefaleia e dor epigástrica) em 24/05/2024. No dia 03/06/2024, a gestante relatou não sentir os movimentos fetais,

com confirmação do óbito fetal em unidade hospitalar no dia 05/06/2024. No soro coletado da mãe detectou-se anticorpos IgM (MAC- ELISA) e inibidores da hemaglutinação (maior ou igual a 1:1280) para Oropouche, detecção de genoma do OROV em placenta e no sangue obtido do cordão umbilical, além de anticorpos IgM (MAC- ELISA) para Oropouche também no sangue do cordão umbilical. No feto detectou-se genoma do OROV nos fragmentos de rim, pulmão, coração, fígado, baço e SNC. No exame histopatológico foram identificadas lesões em tecido nervoso e hepático compatíveis com infecção por arbovírus, com detecção de antígenos OROV por imunohistoquímica. A investigação de dengue, chikungunya e Zika foram realizadas em todas as amostras maternas e fetais, com resultados negativos. Estes achados subsidiaram o estabelecimento de relação causal entre a exposição ao OROV e o desfecho óbito fetal neste caso.

2.8. Na primeira semana de agosto de 2024, foi confirmado no estado do Acre um caso de anomalia congênita associada ao OROV. Trata-se de um bebê de 47 dias de vida, cuja gestante de 33 anos apresentou sintomas compatíveis com arboviroses (febre, erupção cutânea, cefaleia, mialgia e dor retroorbital) no segundo mês de gestação. Na 33ª semana de gestação, após ultrassonografia fetal anormal, foi realizada ressonância magnética fetal, confirmando oligodrômio e mostrando hidropisia fetal, microcefalia, afinamento difuso do parênquima cerebral (direito maior que esquerdo), corpo caloso ausente com possível cisto inter-hemisférico e ventriculomegalia supratentorial grave. Os testes sorológicos para sífilis, HIV, hepatite B e C, CMV, rubéola, toxoplasmose, ZIKV, chikungunya e dengue foram negativos, mas a amostra de sangue da gestante coletada testou positiva para Oropouche IgM (MAC- ELISA) no 1º dia pós-parto. O bebê, do sexo masculino, nasceu vivo em junho de 2024, de cesárea, com 36 semanas de gestação. Os testes sorológicos do recém-nascido no 2º dia foram negativos para STORCH-Z, DENV e CHIKV, e positivo no teste IgM (MAC- ELISA) para Oropouche em amostras do líquido cefalorraquidiano e soro. Uma tomografia computadorizada sem contraste obtida no período pós-natal tardio (6º dia de vida) novamente mostrou o mesmo padrão de achados descritos na ressonância magnética fetal, exceto por um *caput succedaneum* (acúmulo subcutâneo extraperiosteal de líquido serosanguinolento na parte do couro cabeludo relacionado ao nascimento). Este bebê morreu aos 47 dias de idade, e a análise *post-mortem* por RT-qPCR em tempo real identificou o genoma do OROV em vários tecidos, incluindo cérebro, pulmão, rim, bem como líquido cefalorraquidiano e líquido pleural. Ainda estão em processamento o exame histopatológico/imunohistoquímica. Estes achados subsidiaram associação entre a exposição ao vírus Oropouche durante a gestação e a ocorrência de anomalia congênita.

2.9. Adicionalmente, estão em investigação três casos de transmissão vertical com desfecho de anomalias congênitas, reportados pelos estados do Acre (2) e Bahia (1), cujas amostras aguardam resultados laboratoriais para encerramento, sendo um deles um óbito neonatal.

2.10. Diante do exposto, esta Nota Técnica visa orientar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como a rede de saúde privada, quanto à investigação e ao acompanhamento de casos suspeitos de Oropouche em gestantes, anomalias congênitas e óbitos fetais possivelmente relacionados à infecção por OROV.

3. **EVENTOS DE INTERESSE PARA A VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA**

- 3.1. As seguintes situações devem ser notificadas e investigadas:
- a) Gestantes que apresentem sinais e sintomas compatíveis com infecção por arbovírus, como febre de início súbito, acompanhado de outros sintomas como cefaleia, mialgia, artralgia, tontura, náuseas, vômitos, dor retroorbital, exantema, manifestações hemorrágicas (epistaxe, sangramento gengival, petéquias); ou sinais e sintomas de gravidade, como acometimento do sistema nervoso central (meningite asséptica, meningoencefalite);
 - b) Casos de anomalia congênita do sistema nervoso central no feto ou no recém-nascido, conforme Quadro 1, sem outras causas aparentes ou comprovadas (ex. doença genética ou outras doenças infecciosas tais como as STORCH - sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus), cuja gestante seja residente ou tenha histórico de deslocamento para área de circulação confirmada do OROV, ou apresente histórico de sintomas compatíveis com arboviroses durante a gestação;
 - c) Óbito fetal, sem outras causas aparentes ou comprovadas (ex. doença genética ou outras doenças infecciosas tais como as STORCH - sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus), cuja gestante seja residente ou tenha histórico de deslocamento para área de circulação confirmada do OROV, ou apresente histórico de sintomas compatíveis com arboviroses durante a gestação.

QUADRO 1 - Principais achados clínicos e de imagem possivelmente relacionados à infecção por arbovírus durante o pré-natal.

TIPO DE ALTERAÇÃO ACHADOS CLÍNICOS
Alterações do sistema nervoso • Microcefalia • Ventriculomegalia • Alteração de corpo caloso • Hipoplasia do córtex

Outras alterações

- Alteração do volume amniótico (polidrâmnio)
- Artrogripose
- Retardo do crescimento intrauterino

3.2. As definições sobre óbito fetal, anomalias congênitas e abortamento estão contidas no ANEXO I desta nota.

4. ORIENTAÇÕES

4.1. Acompanhamento pré-natal

4.1.1. Toda gestante deve ser acolhida e acompanhada durante o pré-natal conforme orientações do documento Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco – Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica nº 32, e o Manual de Gestação de Alto Risco (2022) quando identificado risco à gestante ou ao feto.

4.1.2. Sobre o prognóstico gestacional e perinatal das arboviroses, de forma geral, há risco de transmissão vertical e se associa a riscos aumentados de perda gestacional, parto prematuro e anomalias congênitas. Nestas situações, é importante que o acompanhamento de gestantes não esteja limitado ao calendário das consultas de pré-natal. Recomenda-se ao profissional de saúde que realiza o acompanhamento:

- a) Registrar na Caderneta da Gestante, assim como no prontuário, seu histórico de infecções por arbovírus, outros agentes infecciosos, vacinas e presença de anomalias congênitas na família; incluindo o registro dos sinais e sintomas correspondentes, bem como data de aparecimento dos primeiros sintomas;
- b) Realizar a notificação/investigação, e coletar amostras de sangue da gestante para testar por meio de biologia molecular RT-PCR em paralelo para DENV, CHIKV, ZIKA, OROV e MAYV, se captada na fase aguda (0 a 5 dias de doença). Adicionalmente, realizar diagnóstico laboratorial diferencial para outras infecções com potencial de causar alterações no feto (STORCH). As amostras devem ser encaminhadas para o laboratório de referência estadual, conforme orientações contidas no Anexo I e fluxo previamente estabelecido na rede;
- c) Orientar quanto às medidas de proteção contra os vetores de transmissão de arbovírus;
- d) Realizar visita domiciliar, incluindo orientações sobre os cuidados sanitários e medidas de proteção contra vetores de transmissão de arboviroses, tanto para as gestantes como para seus familiares;
- e) Esclarecer dúvidas das gestantes e familiares quanto ao risco de transmissão vertical; e
- f) Quando necessário e presentes no território, as equipes Multiprofissionais (eMulti) devem atuar de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS, com atuação corresponsável pelo cuidado em saúde mental à gestante e seus familiares, principalmente nas situações de perda gestacional.

4.2. Acompanhamento neonatal

4.2.1. Em caso de nascido vivo com anomalia congênita possivelmente relacionadas à infecção por arbovírus (**Ver Quadro 1**), recomenda-se ao profissional de saúde que realiza o acompanhamento:

- a) Coletar amostras de sangue/soro no momento do parto, tanto da mãe quanto do recém-nascido e encaminhar para o laboratório de referência para realização de diagnóstico laboratorial em paralelo para DENV, CHIKV, ZIKA, OROV e MAYV por meio de biologia molecular RT-PCR para OROV, bem como para realização de diagnóstico laboratorial diferencial para outras infecções com potencial de causar alterações no feto (STORCH), conforme fluxo previamente estabelecido na rede;
- b) Coletar amostras de sangue e fragmentos do cordão umbilical e fragmentos da placenta no momento do parto e encaminhar para o laboratório de referência para realização de diagnóstico laboratorial para DENV, CHIKV, ZIKA, OROV e MAYV, por meio de biologia molecular RT-PCR para OROV. Os fragmentos de cordão umbilical e placenta devem ser coletados em duplicata ficando uma porção in natura e congelada imediatamente para os estudos moleculares e a outra parte colocada em formalina para investigação por histopatologia e imunohistoquímica. Adicionalmente, realizar diagnóstico laboratorial diferencial para outras infecções com potencial de causar alterações no feto (STORCH), conforme fluxo previamente estabelecido na rede;
- c) Uma amostra de líquido cefalorraquidiano (LCR) é fortemente sugerida, mas deve ser coletada somente por indicação médica, em caso de suspeita bem fundamentada; e
- d) Todas as amostras de nascidos-vivos e da mãe devem ser encaminhadas para seus respectivos laboratórios de referência estaduais, que por sua vez enviará para a rede de laboratórios de referência nacional, conforme anexo II.

4.3. Situações de óbito fetal

- a) Em casos de óbito fetal, recomenda-se ao profissional de saúde que realiza o acompanhamento coletar amostras de tecido fetal priorizando cérebro, mas também fígado, rim, baço, pulmão e placenta para tentativa de detecção molecular por RT-PCR de arbovírus (DENV, CHIKV, ZIKA, OROV e MAYV) e para estudos histopatológicos e de imuno-histoquímica;
- b) Coletar também amostras de sangue materno para arbovírus e mantenha a rotina de investigação de outras causas; e
- c) Todas as amostras dos óbitos fetais e da mãe devem ser encaminhadas conforme orientações contidas no anexo II, para seus respectivos laboratórios de referência, conforme fluxo estabelecido (Anexo II).

4.4. Notificação e investigação

4.4.1. Todos os eventos de interesse desta nota (conforme item 3 EVENTOS DE INTERESSE PARA A VIIGLÂNCIA E ASSISTÊNCIA) devem ser comunicados de forma imediata para a Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses do Departamento de Doenças Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde, por meio do e-mail arboviroses@saude.gov.br, independentemente da notificação nos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde.

4.4.2. Até que se tenha um sistema de informação que permita uma única entrada de dados para casos com suspeita de arboviroses, as notificações em gestantes que atendam aos parâmetros estabelecidos no item 3 desta nota (EVENTOS DE INTERESSE PARA A VIIGLÂNCIA E ASSISTÊNCIA) devem ser incluídas no Sinan conforme a suspeita inicial:

- a) Os casos suspeitos de dengue ou chikungunya devem ser notificados no Sinan On-line, por meio da Ficha de Notificação/Investigação da Dengue e Chikungunya;
- b) Os casos suspeitos de Zika e Oropouche devem ser notificados no Sinan Net, por meio da Ficha de Notificação Individual/Conclusão;
- c) Os casos com confirmação laboratorial por biologia molecular para Oropouche devem ser notificados no Sinan Net, por meio da Ficha de Notificação Individual/Conclusão, utilizando o CID A93.8 (Outras Febres Virais especificadas transmitidas por artrópodes) no campo Agravado, e no campo observação incluir o CID específico para a Febre do Oropouche, da seguinte forma A930 (sem ponto e outras letras ou caracteres);
- d) Se descartado para determinada suspeita e confirmada para outra doença, o caso deve ser encerrado no Sinan como descartado, e outra notificação deve ser inserida para o agravado confirmado.

4.4.3. Todos os exames disponíveis na atualidade para Oropouche são *in house*, e estão sujeitos à revisão contínua pela rede de laboratórios de saúde pública.

4.4.4. Em caso de feto, óbito fetal ou recém-nascido que atendam aos parâmetros estabelecidos no item 3 desta nota (EVENTOS DE INTERESSE PARA A VIIGLÂNCIA E ASSISTÊNCIA), proceder conforme abaixo:

- a) Utilizar o formulário eletrônico Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP-Microcefalia), disponível no endereço: <http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel>, para notificação dos eventos;
- b) Na notificação e, posteriormente à investigação do caso, informar a suspeita ou confirmação laboratorial de infecção da gestante, do feto ou do recém-nascido por OROV, utilizando o campo OBSERVAÇÕES do formulário eletrônico Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP-Microcefalia);
- c) Nos casos confirmados de infecção por OROV e/ou outros agentes infecciosos, classificar o caso como confirmado, manter a etiologia sem preenchimento, e incluir no campo OBSERVAÇÕES do RESP-Microcefalia CASO CONFIRMADO PARA OROPOUCHE e o resultado laboratorial que permitiu as informações sobre confirmações laboratoriais por OROV e/ou outros agentes infecciosos;
- d) Para maiores informações sobre o preenchimento deste formulário, consultar o Manual: <http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/resp-microcefalia-manual-instrucoes.pdf>.

4.4.5. A coleta e conservação de amostras está descrita no Quadro 2, contido no Anexo II.

4.5. Interpretação dos resultados

- a) A detecção molecular (RT-PCR) do vírus em amostras de soro neonatal, cordão umbilical ou de placenta pode indicar uma transmissão vertical recente, mas não indica necessariamente que esta infecção seja a causa das eventuais anomalias congênitas presentes no óbito fetal;
- b) A detecção de anticorpos IgM (MAC- ELISA) para Oropouche quando possível, na placenta e em amostras de soro ou LCR do recém-nascido (colhidas no parto e, no máximo, 5 dias após o nascimento), pode indicar uma infecção intrauterina, dada a baixa probabilidade de infecção por picada do vetor e a geração de anticorpos em um período tão curto;
- c) Um resultado positivo de IgM (MAC- ELISA) para Oropouche quando possível, em amostras de cordão umbilical, deve ser contrastado com os resultados de IgM (MAC- ELISA) na mãe.

4.5.1. Considerando que o conhecimento sobre associação causal com infecção por OROV durante a gestação e desfechos relacionados a anomalias congênitas e óbitos fetais são eventos recentes e ainda raros, todos os casos deverão ser discutidos e avaliados em conjunto com representantes das Secretarias Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde e especialistas correlatos para confirmação ou descarte.

5.1. No contexto dos serviços de assistência à saúde, é necessário que os gestores e profissionais de saúde estejam atentos para uma comunicação de risco efetiva junto às gestantes, para fins de evitar a ocorrência de possível iatrogenia (orgânica e psicológica). Deve ocorrer o acolhimento humanizado, com escuta qualificada, considerando-se o histórico familiar, clínico e epidemiológico.

5.2. Além disso, é preciso ter atenção às situações de vulnerabilidade social (gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) ou outros benefícios direcionados às populações de baixa renda; em situação de rua; com deficiência; com doenças crônicas não transmissíveis; migrantes, refugiadas e apátridas) que possam implicar em maior necessidade de articulação da RAS. Nesse cenário, destaca-se a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na realização de visitas domiciliares com maior periodicidade, para identificar, precocemente, gestantes que ainda não iniciaram o pré-natal ou com relatos de sinais e sintomas de arboviroses, assim como condições de vulnerabilidade que necessitem de maior atenção.

5.3. Torna-se imprescindível que os profissionais de saúde, no manejo do pré-natal, esclareçam às gestantes que uma suspeição ou confirmação de OROV não implica obrigatoriamente na ocorrência de óbito fetal ou anomalia congênita. Diante disso, deve-se manter as condutas e estratificação de risco conforme os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o manejo adequado do pré-natal, para evitar a adoção de exames de imagem ou invasivos em série, cujos benefícios não justifiquem potenciais riscos ao feto.

5.4. Os entes subnacionais devem organizar os fluxos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) integrando a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada na rede e ordenadora do cuidado, e a Atenção Especializada como referência para os casos de maior gravidade, além de garantir a estabilização para casos graves e casos agudizados não graves nas portas de urgência.

6. MEDIDAS DE PREVENÇÃO CONTRA VETORES DE TRANSMISSÃO

6.1. As principais medidas para evitar picadas de vetores, incluem:

- Uso de roupas compridas, que cubram as pernas, os braços ou partes do corpo onde os insetos possam picar, se houver casos de Oropouche na residência ou na vizinhança.
- Repelentes que contenham DEET, IR3535 ou icaridina, podem ser aplicados na pele exposta ou nas roupas e seu uso deve estar rigorosamente em conformidade com as instruções do rótulo do produto, ainda que as informações sobre a sua efetividade contra *C. paraensis* não esteja esclarecida, e considerando a efetividade desta medida de proteção individual para as outras arboviroses.
- Uso de mosquiteiros feitos de malha fina, como o filó ou o voil branco.
- O *C. paraensis* é encontrado frequentemente no peridomicílio (área externa do domicílio, quintais, varandas), vivendo próximo a plantas como bananeiras, pés de cacau, cupuaçu, gramíneas etc. Desta forma, recomenda-se evitar se expor nesses ambientes durante o período de maior atividade dos vetores, em geral nas primeiras horas da manhã e ao final da tarde (a partir das 16h).
- É fundamental a realização da limpeza de quintais que tenham acúmulo de folhas, cascas de frutas, ou matéria orgânica, sempre que possível.
- Adicionalmente, como medida complementar, é recomendado a proteção com telas de malha fina nas portas e janelas das residências, prevenindo-se, dessa maneira, também outras arboviroses.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1. Diante do exposto, ressaltamos a importância de serviços e profissionais de saúde seguirem as orientações presentes nesta nota, no que se refere à responsabilidade sanitária do território sob sua adscrição, para promoção do acesso à saúde e proteção da vida, e da construção conjunta de conhecimento sobre o padrão de ocorrência do Oropouche no Brasil.

7.2. Para informações adicionais, seu corpo técnico poderá contatar a Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses, pelo telefone (61) 3315-3122 ou e-mail arboviroses@saude.gov.br.

8. REFERÊNCIAS

- Alerta Epidemiológico - Oropouche na Região das Américas: evento de transmissão vertical sob investigação no Brasil - 17 de julho de 2024. Disponível em: < <https://abrir.link/fGrXM> >.
- AZEVEDO, R. S. da S.; NUNES, M. R. T.; CHIANG, J. O.; BENSABATH, G.; VASCONCELOS, H. B.; PINTO, A. Y. das N.; et al. Reemergence of Oropouche fever, northern Brazil. ***Emerging Infectious Diseases***, v. 13, n. 6, p. 912-915, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3201/eid1306.061114>>.
- BANDEIRA, A. C.; BARBOSA, A. C. F. N. da S.; SOUZA, M.; SAAVEDRA, R. da C.; PEREIRA, F. M.; SANTOS, S. P. de O.; MELLO, A. L. e S. de; PURIFICAÇÃO, S. M. O. da; SOUZA, D. R. de; LESSA, A. A. de A.; GUIMARÃES, N. R.; FONSECA, V.; GIOVANETTI, M.; ALCÂNTARA, L. C. J.; TOME, L. M. R.; IANI, F. C. de M.; BARROS, R. M.; FONSECA, R. R.; JESUS, J. P. de; ARAÚJO, M. L. V. Perfil clínico da Febre Oropouche na Bahia, Brasil: casos fatais inesperados. *Pré-impressões SciELO*, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.9342>
- BORBOREMA, C. A.; PINHEIRO, F. P.; ALBUQUERQUE, B. C.; DA ROSA, A. P.; DA ROSA, J. F.; DOURADO, H. V. Primeiro registro de epidemias causadas pelo vírus Oropouche no Estado do Amazonas [1st occurrence of outbreaks caused by Oropouche virus in the State of Amazonas]. ***Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo***, v. 24, n. 3, p. 132-139, maio/jun. 1982.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. ***Guia de Vigilância em Saúde*** [recurso eletrônico]. 5. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. ****resP-Microcefalia: manual de instruções**** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. ****Guia de vigilância em saúde: volume 2**** [recurso eletrônico]. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. ****Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal****. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. (Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf)
10. CARVALHO, V. L.; AZEVEDO, R. S.; HENRIQUES, D. F.; CRUZ, A. C. R.; VASCONCELOS, P. F. C.; MARTINS, L. C. Arbovirus outbreak in a rural region of the Brazilian Amazon. ****Journal of Clinical Virology****, v. 150-151, p. 105155, jun. 2022. doi: 10.1016/j.jcv.2022.105155.
11. MELO, K. F. L. de; PEREIRA, C. R. de S.; NETO, W. F. F.; AMORIM, M. T.; FERREIRA, J. F. L.; ARAÚJO, A. P. S.; et al. O vírus oropouche e o seu contexto epidemiológico na america latina no período de 2009 a 2019. ****Revista Eletrônica Acervo Saúde****, n. 57, p. e4138, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.25248/reas.e4138.2020>>.
12. PINHEIRO, F. P.; TRAVASSOS DA ROSA, A. P.; TRAVASSOS DA ROSA, J. F.; BENSABATH, G. An outbreak of Oropouche virus disease in the vicinity of Santarém, Pará, Brazil. ****Tropenmedizin und Parasitologie****, v. 27, n. 2, p. 213-223, jun. 1976. PMID: 941251.
13. SAKKAS, H.; BOZIDIS, P.; FRANKS, A.; PAPADOPOULOU, C. Oropouche fever: A review. ****Viruses****, v. 10, n. 4, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3390/v10040175>>.
14. VASCONCELOS, P. F.; TRAVASSOS DA ROSA, J. F.; GUERREIRO, S. C.; DÉGALLIER, N.; TRAVASSOS DA ROSA, E. S.; TRAVASSOS DA ROSA, A. P. Primeiro registro de epidemias causadas pelo vírus Oropouche nos estados do Maranhão e Goiás, Brasil. ****Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo****, v. 31, n. 4, p. 271-278, jul./ago. 1989. doi: 10.1590/s0036-46651989000400011.
15. VERNAL, S.; MARTINI, C. C. R.; DA FONSECA, B. A. L. Oropouche virus-associated aseptic meningoencephalitis, southeastern Brazil. ****Emerging Infectious Diseases****, v. 25, n. 2, p. 380-382, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3201/eid2502.181189>>.

9. ANEXOS

ANEXO I - CONCEITOS

Anomalias Congênicas

As anomalias congênicas são alterações estruturais ou funcionais que ocorrem durante a vida intrauterina e que podem ser detectadas antes, durante ou após o nascimento. Trata-se de um grupo complexo de alterações que podem afetar diversos órgãos e partes do corpo humano. Entre as anomalias congênicas que podem ser causadas por exposição intrauterina a infecções, estão os defeitos do tubo neural (anencefalia, encefalocele, espinha bífida) e microcefalia (Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed., 2022).

Óbito Fetal

Óbito fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais (Portaria Nº 72, DE 11 de janeiro de 2010).

Abortamento

É a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500g e/ou estatura menor que 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo espontâneo ou induzido. Aborto espontâneo é definido como uma interrupção involuntária de uma gravidez (Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2ª ed. 2009).

ANEXO II- ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS

QUADRO 2 - Instruções para coleta e encaminhamento de amostras para diagnóstico laboratorial de Oropouche e Mayaro .

Tipo de diagnóstico	Tipo de material	Procedimento de coleta	Armazenamento e conservação	Acondicionamento e transporte	Observações
Sorologias (método indireto): Ensaio Imunoenzimático-ELISA (MAC-ELISA); inibição da hemaglutinação; Teste de Neutralização por Redução de Placas (PRNT).	Soro, líquido cefalorraquidiano (LCR).	Coletar cerca de 5 mL (criança) e 10 mL (adulto) de sangue total, sem anticoagulante, sendo a 1ª coleta após o 5º dia a partir do início dos sintomas e a 2ª coleta após 15 dias da 1ª coleta. Aliquotar 2-3 mL do soro para realizar testes sorológicos. Em casos com manifestações neurológicas, puncionar 1 mL (criança) e 3 mL (adulto) de líquido cefalorraquidiano (LCR)	Utilizar tubo plástico estéril, com tampa de rosca e anel de vedação. Rotular o tubo com o nome/número do paciente, data da coleta e tipo de amostra. Conservar entre 2 e 8°C até no máximo 48h; - 20°C até 7 dias; após este período, manter a -70°C.	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (Categoria B UN/3373) com gelo reciclável.	

Biologia molecular (método direto): Reação em Cadeia da Polimerase via Transcriptase Reversa (RT-PCR); sequenciamento genético	Soro, urina, sêmen; saliva, líquido cefalorraquidiano (LCR); tecido/fragmentos de vísceras (fígado, rim, coração, pulmão, baço, linfonodo, cérebro, musculoesquelético). Gestantes: placenta e anexos fetais (disco placentário e cordão umbilical)	Coletar cerca de 5 mL (criança) e 10 mL (adulto) de sangue total, sem anticoagulante, sendo a coleta realizada até o 6º dia a partir do início dos sintomas. Aliquotar 2-3 mL do soro para realizar testes moleculares. Em casos com manifestações neurológicas, puncionar 1 mL (criança) e 3 mL (adulto) de LCR, até 7 dias após o início dos sintomas. Para urina e sêmen, coletar 10 mL até 15 dias após o início dos sintomas. Para investigação de óbitos, coletar 1 cm³ de fragmentos de vísceras (fígado, rim, coração, pulmão, baço, linfonodo, cérebro), à fresco, logo após o óbito (no máximo 48h). Placenta e anexos fetais: pelo menos 2 secções de espessura total (0,5 a 1 cm x 3 a 4 cm de profundidade) do terço médio do disco placentário e pelo menos 1 cm da margem do disco placentário. Membranas fetais: uma tira de 5 x 12 cm de retirada da área de ruptura e incluindo uma pequena parte da borda do disco placentário e dois fragmentos do cordão umbilical.	Utilizar tubo plástico estéril, livre de nucleases. com tampa de rosca e anel de vedação. Rotular o tubo com o nome/número do paciente, data da coleta e tipo de amostra. Conservar entre 2 e 8°C até no máximo 48h; - 20°C até 7 dias; após este período, manter a -70°C.	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (Categoria B UN/3373) com gelo seco ou, se possível, transportar em nitrogênio líquido.	Os seguintes resultados de testes laboratoriais confirmariam uma infecção recente por outros arbovírus. Entretanto, somente deverá ser solicitado quando houver outras evidências epidemiológicas e esgotando todas as possibilidades de diagnósticos para os arbovírus de maior ocorrência (DENV; CHIKV; ZIKV).
---	--	--	---	---	---

Isolamento viral (método direto): inoculação em células C6/36; inoculação em células vero; inoculação em cobaias (animais de laboratório).	Soro; urina; sémen; líquido cefalorraquidiano (LCR). tecido/fragmentos de vísceras (fígado, rim, coração, pulmão, baço, linfonodo, cérebro, musculoesquelético) Gestantes: placenta e anexos fetais (disco placentário, cordão umbilical).	Coletar cerca de 5 mL de sangue total, sem anticoagulante, sendo a coleta realizada até o 5º dia a partir do início dos sintomas. Aliquotar 2-3 mL do soro para realizar testes moleculares. Em casos com manifestações neurológicas, puncionar 1 mL de LCR, até 15 dias após o início dos sintomas. Para urina e sémen, coletar 10 mL até 15 dias após o início dos sintomas. Para investigação de óbitos, coletar 1 cm³ de fragmentos de vísceras (fígado, rim, coração, pulmão, baço, linfonodo, cérebro) logo após o óbito (no máximo 48h). Para gestantes, placenta e anexos fetais: Pelo menos 2 seções de espessura total (0,5 a 1 cm x 3 a 4 cm de profundidade) do terço médio do disco placentário e pelo menos 1 da margem do disco placentário. Membranas fetais: uma tira de 5 x 12 cm de retirada da área de ruptura e incluindo uma pequena parte da borda do disco placentário e dois fragmentos do cordão umbilical.	Utilizar tubo plástico estéril, com tampa de rosca e anel de vedação. Rotular o tubo com o nome/número do paciente, data da coleta e tipo de amostra. Conservar entre 2°C e 8°C até no máximo 48h; após este período, manter a -70°C.	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (Categoria B UN/3373) com gelo seco ou, se possível, transportar em nitrogênio líquido.
---	---	---	--	---

Patologia: histopatologia; imuno- histoquímica		Para investigação de óbitos, coletar 2 cm ³ de fragmentos de vísceras, em formalina tamponada a 10%, logo após o óbito (no máximo 48 horas). Para gestantes, placenta e anexos fetais: Pelo menos 2 seções de espessura total (0,5 a 1 cm x 3 a 4 cm de profundidade) do terço médio do disco placentário, e pelo menos 1 da margem do disco placentário. Membranas fetais: uma tira de 5 x 12 cm de retirada da área de ruptura, incluindo uma pequena parte da borda do disco placentário e dois fragmentos do cordão umbilical.	Utilizar frasco plástico, com boca larga e tampa de rosca, com volume de formalina tamponada 10 vezes o volume total das vísceras. Rotular o tubo com o nome/número do paciente, data da coleta e tipo de amostra. Conservar em temperatura ambiente	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (Categoria B UN/3373) e transportar em temperatura ambiente	Em casos de amostras de fetos e recém-nascidos com malformação congênita, prioriza-se amostras de sistema nervoso central para IHQ. As amostras de placenta para análise histopatológica e imuno-histoquímica devem ser coletadas até a 14 ^a semana de gestação.
---	--	---	--	--	--

ANEXO III- REDE LABORATORIAL

QUADRO 3 - Rede laboratorial para Oropouche e Mayaro

Amostras à fresco			
UF	Laboratório	Telefone	E-mail
AM, AC, AP, RR, RO, MT, MS, TO, PI PB, PE, AL	Instituto Evandro Chagas - IEC/PA (referência nacional)	(91) 3214-2277/2283	chefiasearb@iec.gov.br
MG, ES, RJ, BA, CE, RN	Laboratório de Arbovírus e Virus Hemorrágicos do Instituto Oswaldo Cruz - Fiocruz/RJ (referência regional)	(21) 2562-1707	felipe.naveca@fiocruz.br ou ana.bispo@ioc.fiocruz.br
MA, DF, GO, MT, MS, SE	Instituto Adolfo Lutz - IAL/SP (referência regional)	(11) 3068-2901/2902	doencasporvetor@ial.sp.gov.br
PR, SC, RS	Instituto Carlos Chagas/Fiocruz/PR (referência regional)	(41) 3316-3230 / 2104-3460	lrv.icc@fiocruz.br

Amostras para Patologia

UF	Laboratório	Telefone	E-mail
DF, GO, MT, TO	Faculdade de Agronomia e Veterinária - Universidade de Brasília (UnB)	(61) 3107-2808	mbcastro@unb.br
MG, ES, RJ, BA, CE, RN	Instituto Nacional de Infectologia - INI - Fiocruz/RJ	(21) 3865-9595	janice.coelho@ini.fiocruz.br
MS, SP, MA, SE	Instituto Adolfo Lutz - IAL/SP	(11) 3068-2875/2872	patologia@ial.sp.gov.br
PR, SC, RS	Instituto Carlos Chagas/Fiocruz/PR	(41) 3316-3230 / 2104-3460	lr.v.icc@fiocruz.br
AM, AC, AP, RR, RO, PI, PB, PE, AL	Instituto Evandro Chagas - IEC/PA (referência nacional)	(91) 3214-2277/2283	chefiasearb@iec.gov.br

ETHEL MACIEL
Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente

FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA
Secretário de Atenção Primária à Saúde

ADRIANO MASSUDA
Secretário de Atenção Especializada à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Ethel Leonor Noia Maciel, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 13/08/2024, às 16:15, 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 **Adriano Massuda, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 13/08/2024, às 19:55, 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 **Felipe Proenço de Oliveira, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 13/08/2024, às 22:08, 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 **0042523191** e o código CRC **0DFA4C3B**.

Referência: Processo nº 25000.117187/2024-96

SEI nº 0042523191

Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses - CGARB
SRTVN Quadra 701, Via W5 Norte Edifício PO700, 6º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br



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

NOTA TÉCNICA Nº 117/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Atualização das orientações para a vigilância do Oropouche

2. **CONTEXTUALIZAÇÃO**

A partir de 2023, houve aumento significativo na detecção de casos de Oropouche no Brasil. Ao longo do ano, 831 amostras tiveram diagnóstico confirmado por RT-qPCR para o vírus Oropouche (OROV). Em 2024, observou-se uma expansão da circulação viral para estados extra-amazônicos, com um total de 11.695 amostras positivas registradas até a semana epidemiológica (SE) 50. A transmissão autóctone foi identificada em quase todas as unidades federativas, com exceção do Rio Grande do Norte, Goiás, Distrito Federal, Paraná e Rio Grande do Sul.

Entre as SE 27 e 50 de 2024, foram confirmados 4.144 casos de Oropouche no Brasil. A unidade federativa do Espírito Santo se destaca em relação ao maior número de casos de Oropouche neste período, com 3.459 casos, sendo que 2.353 ocorreram nas últimas quatro SE.

Adicionalmente, foram registrados quatro óbitos associados à infecção pelo vírus Oropouche (OROV) no Brasil, sendo dois na Bahia, um no Paraná e um no Espírito Santo. Outros quatro óbitos estão em investigação, com suspeitas reportadas nos estados do Espírito Santo, Alagoas, Mato Grosso e Acre.

Foram identificados quatro casos de transmissão vertical do OROV com desfecho de óbito fetal, sendo três em Pernambuco e um no Ceará. Adicionalmente, houve o registro de um caso de anomalia congênita no Acre também associado à infecção pelo OROV.

Atualmente, 24 casos seguem em investigação, dos quais 20 são óbitos fetais reportados em Pernambuco e quatro são anomalias congênitas, com um caso na Bahia, dois no Acre e um no Espírito Santo.

Houve um caso de síndrome neurológica com detecção do genoma do OROV em líquido cefalorraquidiano (LCR) no Piauí, que permanece em investigação.

3. **PADRÃO DE OCORRÊNCIA**

Há dois ciclos de transmissão descritos: silvestre e urbano. No ciclo silvestre, bichos preguiça, 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, outros mosquitos, como o *Culex quinquefasciatus*, poderiam estar envolvidos na transmissão, porém não há comprovação da capacidade vetorial dessas espécies.

No que diz respeito às características ambientais, foi observado, a partir de investigações epidemiológicas, que os casos são predominantemente residentes de municípios de pequeno porte, com perfil de agricultura de subsistência, principalmente com cultivo de café, cacau e banana. Não há padrão de predileção de gênero para a ocorrência da doença. A faixa etária mais afetada está entre 20 e 49 anos, ou seja, indivíduos economicamente ativos.

4. **ASPECTOS CLÍNICOS**

O quadro clínico é agudo e evolui com febre de início súbito, cefaleia prolongada e intensa (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 manifestações hemorrágicas (petéquias, epistaxe, gengivorragia) e acometimento do sistema nervoso (ex., meningite asséptica, meningoencefalite, disautonomia) podem ocorrer. Os

sintomas duram de 2 a 7 dias, sendo em geral autolimitados, parte dos casos podem apresentar gravidade e óbitos têm sido relacionados a doença.

Embora, as manifestações hemorrágicas possam se assemelhar a quadros de dengue grave, a fisiopatogenia do Oropouche ainda não está totalmente esclarecida, neste sentido, o manejo clínico deve ser analisado individualmente.

A recorrência dos sintomas de Oropouche é uma possibilidade, sendo relatada em até 60% dos casos em alguns estudos. Os pacientes podem apresentar os mesmos sintomas das manifestações iniciais ou sintomas mais leves, como febre, cefaleia e mialgia, geralmente ocorrendo entre 1 a 2 semanas após o início dos sintomas iniciais.

5. ASPECTOS LABORATORIAIS

O diagnóstico laboratorial é realizado pela detecção de material genético viral por métodos de biologia molecular, com protocolo *in house*, em amostras de soro. Os parâmetros de desempenho das técnicas de pesquisa de anticorpos de anticorpos ainda não estão bem definidos (sensibilidade, especificidade e possibilidade de reação cruzada), além de não existirem kits comerciais disponíveis.

Para os óbitos suspeitos, a coleta de tecidos deve seguir o padrão de necrópsia completa. Deve ser realizado o exame histopatológico e a pesquisa de antígenos virais em tecidos por imuno-histoquímica. A detecção molecular por RT-PCR deve contemplar outros arbovírus (DENV, CHIKV, ZIKA, OROV e MAYV). Coletar também amostras de sangue para arbovírus e manter a rotina de investigação de outras causas.

Para os casos de óbitos fetais, é fundamental seguir as recomendações descritas na Nota Técnica Conjunta Nº 135-SVSA/SAPS/SAES, que traz orientações específicas para a notificação e investigação de casos suspeitos de Oropouche em gestantes, além de casos associados a anomalias congênitas ou óbitos fetais. Essa nota técnica estabelece diretrizes importantes para o manejo adequado e a condução das investigações desses eventos. (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/o/oropouche/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-6-2024-cgarb-dedt-svsa-ms>)

Todas as amostras dos óbitos devem ser encaminhadas conforme orientações contidas no anexo I, para seus respectivos laboratórios de referência, conforme fluxo estabelecido (Anexo I).

6. TRANSMISSÃO VERTICAL

A transmissão vertical foi confirmada no Brasil, durante o surto atual, resultando em um caso de anomalia congênita e óbitos fetais.

7. ÓBITOS

Até o momento quatro óbitos foram relacionados ao Oropouche, e apresentaram padrão similar, com manifestações hemorrágicas, dor abdominal, vômitos e leucocitose. Ocorreram dentro da primeira semana de sintomas, ou seja, durante o quadro agudo da doença.

8. CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS

Uma vez confirmada a ocorrência de um caso em novo território, deve-se adotar a definição de caso suspeito adaptada da Organização Panamericana de Saúde: indivíduo que apresenta febre de início agudo (ou histórico de febre) de até 5 dias de duração associada a dor de cabeça intensa e duas ou mais das seguintes manifestações:

- Mialgia ou artralgia;
- Calafrios;
- Fotofobia;
- Tontura;
- Dor retro-ocular
- Náuseas, vômitos ou diarreia
- Qualquer manifestação do sistema nervoso (diplopia, parestesia, meningite, encefalite, meningoencefalite); E
- Histórico de exposição em áreas endêmicas ou com registro de surto/epidemia ou exposição à situação de risco como áreas infestadas pelo vetor.

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.

9. NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

A Oropouche 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, podendo se tornar uma ameaça à saúde pública.

A notificação deve ser feita no E-SUS Sinan, como notificação/conclusão para todos os casos suspeitos, utilizando o CID A93.0 específico para a Oropouche. Para óbitos possivelmente associados à infecção por OROV a notificação deve ser imediata.

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, calcular a taxa de positividade e a estimar a sensibilidade do sistema de vigilância. As confirmações ou descartes laboratoriais devem retroalimentar o Sinan notificação/conclusão.

9.1. Investigação

A descrição das características clínicas e epidemiológicas e a identificação do local provável de infecção (LPI) deve ser feita a partir da investigação dos casos com diagnóstico laboratorial de infecção pelo OROV.

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 Oropouche 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 soropidemiológicos), desde que planejadas entre todos os atores (vigilância epidemiológica e laboratório de saúde pública) e esferas de gestão (SMS, SES e MS).

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 Notificação/Investigação de Epizootias (Sinan) e via (Ficha de Plataforma SISS-Geo <https://sisgeo.incc.br/apresentacao.xhtml>) e encaminhar amostras para a rede laboratorial de referência.

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.
- 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.

10. PREVENÇÃO E MEDIDAS DE CONTROLE

As medidas de prevenção e controle são fundamentais para reduzir o risco de exposição ao vírus Oropouche, especialmente em áreas onde há a presença do vetor (maruins).

A seguir, são apresentadas recomendações importantes para proteção individual, manejo ambiental e precauções adicionais, especialmente para grupos vulneráveis, como gestantes, visando reduzir a exposição ao vírus e a presença do vetor no ambiente.

- Proteger áreas expostas do corpo com calças e camisas de mangas compridas, meias e sapatos fechados;
- Evitar, se possível, a exposição aos maruins. O vetor tem atividade durante o dia, mas os momentos de maior atividade são ao amanhecer e no final tarde;
- Uso de telas de malha fina nas janelas ou mosquiteiros, com gramatura inferior a 1,5mm, que não permita a passagem do vetor;
- Não há, até o momento, comprovação da eficácia do uso de repelentes contra o maruim. Porém, sua utilização é recomendada, principalmente para proteção contra outros mosquitos, como, por exemplo, *Culex spp* (pernilongo), *Aedes aegypti*, etc;
- Até o momento, se desconhece a efetividade de inseticidas para controle do maruim, desta forma, a medida mais efetiva é o manejo ambiental, manter o peridomicílio limpo e o solo livre do acúmulo de material orgânico, principalmente folhas e frutos de plantações como bananeiras, cacaueiros, cafezais, etc;
- As gestantes, se possível, não devem se ocupar da limpeza dos quintais ou de quaisquer outras atividades que apresentem risco de exposição ao vetor;
- Há demonstração da presença do OROV em urina e sêmen, mas ainda não está esclarecido o potencial de transmissão do vírus por esses meios. Assim, recomenda-se o uso de preservativos.

LIVIA CARLA VINHAL FRUTUOSO
Coordenadora-Geral de Vigilância de Arboviroses

ALDA MARIA DA CRUZ
Diretora do Departamento de Doenças Transmissíveis

ETHEL MACIEL
Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente

11. REFERÊNCIAS

- Almeida, G. M., Souza, J. P., Mendes, N. D., Pontelli, M. C., Pinheiro, N. R., Nogueira, G. O., et al. (2021). Neural infection by oropouche virus in adult human brain slices induces an inflammatory and toxic response. *Front. Neurosci.* 15:674576. doi: <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.674576>
- Azevedo EdAN, Silva AFd, Silva VGd, et al. Genomic and phenotypic characterization of the Oropouche virus strain implicated in the 2022–24 large-scale outbreak in Brazil. *J Med Virol.* 2024; 96:e70012. doi:10.1002/jmv.70012
- BRASIL. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. Departamento de Doenças Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 6/2024-CGAR/DEDT/SVSA/MS. Orientações para a vigilância da Febre do Oropouche. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-amarela/publicacoes/guia_vigilancia_epizootias_primatas_entomologia.pdf/view.
- BRASIL. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. Departamento de Doenças Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 78/2024-CGAR/DEDT/SVSA/MS. Trata-se de Nota Técnica contendo o roteiro de investigação entomológica a partir da ocorrência de casos humanos de Oropouche. Este documento é destinado aos profissionais de vigilância ambiental/entomológica, técnicos de entomologia e de laboratório e demais atores da Vigilância em Saúde, nos âmbitos municipal, estadual, distrital e federal.. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-78-2024-cgarb-dedt-svsa-ms.pdf>

BRASIL. Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses. Departamento de Doenças Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA CONJUNTA No 135/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS. Nota Técnica conjunta SVSA/SAPS/SAES sobre orientações para notificação e investigação de casos suspeitos de Oropouche em gestantes, anomalias congênitas ou óbitos fetais. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-135-2024-svsa-saps-saes-ms>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Departamento de Ações. Estratégias de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia de vigilância de epizootias em primatas não humanos e entomologia aplicada à vigilância da febre amarela – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARPENTER S, VERONESI E, MULLENS B, VENTER G. Vector competence of Culicoides for arboviruses: Three major periods of research, their influence on current studies and future directions. Rev Sci Tech [Internet]. 2015.

FARIAS, E. S. Diversidade de maruins (Diptera: Ceratopogonidae) na Amazônia Brasileira e o uso da Taxonomia Integrada. 2021. 273 f. Tese (Doutorado em Biodiversidade e Saúde) - Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2021.

GRÄF, T. et al. Expansion of Oropouche virus in non-endemic Brazilian regions: analysis of genomic characterisation and ecological drivers. The Lancet Infectious Diseases, ISSN 1473-3099 [s.d.]. doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00687-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00687-X)

PINHEIRO, F. D. P., PINHEIRO, M., BENSABATH, G., CAUSEY, O. R., & SHOPE, R. E. Epidemia de vírus Oropouche em Belém. Revista de Serviço Especial de Saúde Pública, 12, 15-23. 1962.

TRINDADE, R. L. & GORAYEB, I. S. Maruins (Diptera: Ceratopogonidae: Culicoides), após a estação chuvosa, na Reserva de Desenvolvimento Sustentável Itatupaã-Baquiá, Gurupá, Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua, v. 1, n. 2, p. 121-130, jun. 2010.

ANEXO I- ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS

Instruções para coleta e encaminhamento de amostras para diagnóstico laboratorial de Oropouche

Tipo de diagnóstico	Tipo de material	Procedimento de coleta	Armazenamento e conservação	Acondicionamento e transporte	Observações
Sorologias (método indireto): Ensaio Imunoenzimático-ELISA (MAC-ELISA); inibição da hemaglutinação; Teste de Neutralização por Redução de Placas (PRNT).	Soro, líquido cefalorraquidiano (LCR).	Coletar cerca de 5 mL (criança) e 10 mL (adulto) de sangue total, sem anticoagulante, sendo a 1ª coleta após o 5º dia a partir do início dos sintomas e a 2ª coleta após 15 dias da 1ª coleta. Aliquotar 2-3 mL do soro para realizar testes sorológicos. Em casos com manifestações neurológicas, puncionar 1 mL (criança) e 3 mL (adulto) de líquido	Utilizar tubo plástico estéril, com tampa de rosca e anel de vedação. Rotular o tubo com o nome/número do paciente, data da coleta e tipo de amostra. Conservar entre 2 e 8°C até no máximo 48h; -20°C até 7 dias; após este período, manter a -70°C.	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (Categoria B UN/3373) com gelo reciclável.	Os seguintes resultados de testes laboratoriais confirmariam uma infecção recente por outros arbovírus. Entretanto, somente deverá ser solicitado quando houver outras evidências epidemiológicas e esgotando todas as possibilidades de diagnósticos para os arbovírus de maior ocorrência

		cefalorraquidiano (LCR)			(DENV; CHIKV; ZIKV).
Biologia molecular (método direto): Reação em Cadeia da Polimerase via Transcriptase Reversa (RT-PCR); sequenciamento genético	Soro, urina, sêmen; saliva, líquido cefalorraquidiano (LCR); tecido/fragmentos de vísceras (fígado, rim, coração, pulmão, baço, linfonodo, cérebro, musculoesquelético). Gestantes: placenta e anexos fetais (disco placentário e cordão umbilical)	Coletar cerca de 5 mL (criança) e 10 mL (adulto) de sangue total, sem anticoagulante, sendo a coleta realizada até o 6º dia a partir do início dos sintomas. Aliquotar 2-3 mL do soro para realizar testes moleculares. Em casos com manifestações neurológicas, puncionar 1 mL (criança) e 3 mL (adulto) de LCR, até 7 dias após o início dos sintomas. Para urina e sêmen, coletar 10 mL até 15 dias após o início dos sintomas. Para investigação de óbitos, coletar 1 cm³ de fragmentos de vísceras (fígado, rim, coração, pulmão, baço, linfonodo, cérebro), à fresco, logo após o óbito (no máximo 48h). Placenta e anexos fetais: pelo menos 2 secções de espessura total (0,5 a 1 cm x 3 a 4 cm de profundidade) do terço médio do disco placentário e pelo menos 1 cm da margem do disco placentário. Membranas fetais: uma tira de 5 x 12 cm de retirada da área	Utilizar tubo plástico estéril, livre de nucleases. com tampa de rosca e anel de vedação. Rotular o tubo com o nome/número do paciente, data da coleta e tipo de amostra. Conservar entre 2 e 8°C até no máximo 48h; -20°C até 7 dias; após este período, manter a -70°C.	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (Categoria B UN/3373) com gelo seco ou, se possível, transportar em nitrogênio líquido.	

		de ruptura e incluindo uma pequena parte da borda do disco placentário e dois fragmentos do cordão umbilical.		
Isolamento viral (método direto): inoculação em células C6/36; inoculação em células vero; inoculação em cobaias (animais de laboratório).	Soro; urina; sêmen; líquido cefalorraquidiano (LCR). tecido/fragmentos de vísceras (fígado, rim, coração, pulmão, baço, linfonodo, cérebro, musculoesquelético Gestantes: placenta e anexos fetais (disco placentário, cordão umbilical).	Coletar cerca de 5 mL de sangue total, sem anticoagulante, sendo a coleta realizada até o 5º dia a partir do início dos sintomas. Aliquotar 2-3 mL do soro para realizar testes moleculares. Em casos com manifestações neurológicas, puncionar 1 mL de LCR, até 15 dias após o início dos sintomas. Para urina e sêmen, coletar 10 mL até 15 dias após o início dos sintomas. Para investigação de óbitos, coletar 1 cm ³ de fragmentos de vísceras (fígado, rim, coração, pulmão, baço, linfonodo, cérebro) logo após o óbito (no máximo 48h). Para gestantes, placenta e anexos fetais: Pelo menos 2 seções de espessura total (0,5 a 1 cm x 3 a 4 cm de profundidade) do terço médio do disco placentário e pelo menos 1 da margem do disco placentário. Membranas fetais: uma tira de 5 x 12 cm de retirada da área de ruptura e	Utilizar tubo plástico estéril, com tampa de rosca e anel de vedação. Rotular o tubo com o nome/número do paciente, data da coleta e tipo de amostra. Conservar entre 2°C e 8°C até no máximo 48h; após este período, manter a -70°C.	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (Categoria B UN/3373) com gelo seco ou, se possível, transportar em nitrogênio líquido.

		incluindo uma pequena parte da borda do disco placentário e dois fragmentos do cordão umbilical.			
Patologia: histopatologia; imuno-histoquímica	Tecido/fragmentos de vísceras (fígado, rim, coração, pulmão, baço, linfonodo, cérebro, musculoesquelético). Gestantes: placenta e anexos fetais (disco placentário, cordão umbilical)	Para investigação de óbitos, coletar 2 cm³ de fragmentos de vísceras, em formalina tamponada a 10%, logo após o óbito (no máximo 48 horas). Para gestantes, placenta e anexos fetais: Pelo menos 2 seções de espessura total (0,5 a 1 cm x 3 a 4 cm de profundidade) do terço médio do disco placentário, e pelo menos 1 da margem do disco placentário. Membranas fetais: uma tira de 5 x 12 cm de retirada da área de ruptura, incluindo uma pequena parte da borda do disco placentário e dois fragmentos do cordão umbilical.	Utilizar frasco plástico, com boca larga e tampa de rosca, com volume de formalina tamponada 10 vezes o volume total das vísceras. Rotular o tubo com o nome/número do paciente, data da coleta e tipo de amostra. Conservar em temperatura ambiente	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (Categoria UN/3373) e transportar em temperatura ambiente	Em casos de amostras de fetos e natimortos e recém-nascidos com malformação congênita, prioriza-se amostras de sistema nervoso central para IHQ. As amostras de placenta para análise histopatológica e imuno-histoquímica devem ser coletadas até a 14^a semana de gestação.



Documento assinado eletronicamente por **Alda Maria da Cruz, Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 20/12/2024, às 17:27, 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 **Ethel Leonor Noia Maciel, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 20/12/2024, às 17:40, 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 **Livia Carla Vinhal Frutuoso, Coordenador(a)-Geral de Vigilância de Arboviroses**, em 22/12/2024, às 20:43, 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 **0045155759** e o código CRC **47AC502F**.



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://sisgeo.incc.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 **Livia 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**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

NOTA TÉCNICA Nº 15/2024-SVSA/MS

1. ASSUNTO

1.1. Nota Técnica Conjunta CGLAB/IEC/DEDT/SVSA, que trata da Recomendação para intensificação da vigilância de transmissão vertical do vírus Oropouche.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. A partir de 2023, a detecção de casos de febre do Oropouche (FO) no país aumentou em decorrência da descentralização do diagnóstico molecular para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN), promovida pela Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, do Ministério da Saúde (CGLAB/SVSA/MS). Em fevereiro de 2024, a Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses (CGARB/SVSA/MS) publicou a Nota Técnica nº 6/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS, que trouxe orientações para a vigilância desta doença em âmbito nacional.

2.2. Até a Semana Epidemiológica 27 de 2024, 7.044 casos de FO foram confirmados no Brasil, com transmissão autóctone em 16 Unidades Federativas (UF) e com o local provável de infecção (LPI) em investigação em outras três UF. À medida que os esforços para a detecção do vírus Oropouche (OROV) foram ampliados, identificou-se um aumento do registro de casos pelo território brasileiro, com detecção inédita em diversas UF, pois, anteriormente, o registro de casos estava concentrado prioritariamente na Região Norte.

2.3. Esta Nota Técnica tem como objetivo informar novos achados sobre a possibilidade de transmissão vertical do OROV e recomendar às equipes de vigilância de Estados e Municípios a intensificação das ações de vigilância da transmissão vertical do vírus Oropouche.

3. QUADRO CLÍNICO DA FO

3.1. O quadro clínico conhecido da doença aguda é baseado em observações feitas em surtos com menor número de casos, detectados na Região Amazônica desde meados dos anos 1950 (Azevedo et al, 2019). A FO 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. Parte dos pacientes (estudos relatam até 60%) pode apresentar recorrência dos sintomas, com manifestação dos mesmos sintomas ou apenas febre, cefaleia e mialgia após 1 a 2 semanas a partir das manifestações iniciais. Os sintomas duram cerca de 2 a 7 dias; sendo que a maioria das pessoas têm evolução benigna e sem sequelas, mesmo nos casos mais graves.

3.2. Não há terapias específicas para o manejo clínico da FO. O tratamento visa o alívio dos sintomas. Estratégias de prevenção e controle estão direcionadas à redução das populações de vetores, proteção individual com uso de repelentes e sensibilização da população sobre a doença. Além disso, ainda não há vacinas que

podem ser usadas como medida preventiva da doença (Romero-Alvarez & Escobar, 2017, Martins-Filho et al., 2024, Organização Pan-Americana da Saúde, 2024, Pereira-Silva., 2024).

4. TRANSMISSÃO VERTICAL

4.1. Estudos em animais infectados com outros vírus do grupo Simbu, o mesmo que o do OROV e também transmitidos por *Culicoides* spp., como os vírus Akabane (AKAV) e Schmallenberg (SBV), demonstraram a ocorrência de transmissão vertical dos agentes, resultando em abortamento e teratogenicidade fetal (Endalew et al., 2019; Inaba et al., 1975; Pinheiro et al., 1981). Com base nesses resultados, a possibilidade de transmissão do OROV da mãe infectada para o bebê durante a gestação é considerada desde os primeiros surtos identificados no Brasil, porém sem evidências científicas consistentes sobre a ocorrência da transmissão vertical e o efeito da infecção de OROV sobre teratogenia ou aborto.

4.2. Em junho de 2024, a Seção de Arbovirologia e Febres Hemorrágicas do Instituto Evandro Chagas (SEARB/IEC/SVSA/MS) realizou análise retrospectiva de amostras de soro e líquido armazenadas na instituição, coletadas para investigação de arboviroses neuroinvasivas e com resultado negativo para Dengue, Chikungunya, Zika e Vírus do Nilo Ocidental. Nesse estudo foi detectada em quatro recém-nascidos com microcefalia (três com 1 dia de vida e um com 27 dias de vida) a presença de anticorpos da classe IgM contra OROV em amostras de soro (2 casos) e líquido (2 casos). Essa é uma evidência de que ocorre transmissão vertical do OROV, porém as limitações do estudo não permitem estabelecer relação causal entre a infecção por OROV durante a vida intrauterina e malformações neurológicas nos bebês.

4.3. Em julho de 2024, em investigação laboratorial de um caso de óbito fetal com 30 semanas de gestação, a SEARB/IEC/SVSA/MS identificou material genético do OROV em sangue de cordão umbilical, placenta e diversos órgãos fetais, incluindo tecido cerebral, fígado, rins, pulmões, coração e baço. Essa é uma evidência da ocorrência de transmissão vertical do vírus. Análises laboratoriais e de dados epidemiológicos e clínicos estão sendo realizadas para a conclusão e classificação final desse caso.

5. RECOMENDAÇÕES

5.1. Intensificar a vigilância:

- dos desfechos da gestação e da avaliação e acompanhamento do bebê em mulheres com suspeita de arboviroses durante a gravidez, com coleta de amostras e preenchimento da ficha de notificação;
- dos casos de abortamento, óbito fetal e malformações neurológicas congênitas, com coleta de amostras de soro, sangue, sangue de cordão, líquido e tecidos para pesquisa de marcadores da infecção pelo OROV.

5.2. Como medidas de proteção para gestantes, recomenda-se:

- Evitar áreas onde há muitos insetos (maruins e mosquitos), se possível, e usar telas de malha fina em portas e janelas;
- Usar roupas que cubram a maior parte do corpo e aplicar repelente nas áreas expostas da pele;
- Manter a casa limpa, incluindo a limpeza de terrenos e de locais de criação de animais, e o recolhimento de folhas e frutos que caem no solo;
- Se houver casos confirmados na sua região, siga as orientações das autoridades de saúde locais para reduzir o risco de transmissão.

6. REFERÊNCIAS

- 6.1. Azevedo RSS, Jannifer de Oliveira Chiang, Livia Carício Martins, Giselle Maria Rachid Viana. Monitoramento de casos de febre do Mayaro e febre do Oropouche até a Semana Epidemiológica 35, 2019: Experiência do Instituto Evandro Chagas (IEC/SVS/MS) In: Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil 2019: Semanas Epidemiológicas 28 a 39 de 2019 Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. Volume 50 | Nº 28 | Out. 2019. ISSN 9352-7864. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/vigilancia-epidemiologica-do-sarampo-no-brasil-2019-semanas-epidemiologicas/>
- 6.2. Endalew, A. D., Faburay, B., Wilson, W. C., & Richt, J. A. (2019). Schmallenberg Disease-A Newly Emerged Culicoides-borne Viral Disease of Ruminants. Viruses, 11(11), 1065. <https://doi.org/10.3390/v11111065>
- 6.3. Inaba, Y., Kurogi, H., & Omori, T. (1975). Letter: Akabane disease: epizootic abortion, premature birth, stillbirth and congenital arthrogryposis-hydranencephaly in cattle, sheep and goats caused by Akabane virus. Australian veterinary journal, 51(12), 584-585. <https://doi.org/10.1111/j.1751-0813.1975.tb09397.x>
- 6.4. Martins-Filho PR, Soares-Neto RF, Oliveira-Júnior JM, Santos CA. The underdiagnosed threat of oropouche fever amidst dengue epidemics in Brazil. The Lancet Regional Health - Americas 2024;32: 100718 Published Online 19 March 2024 <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100718>
- 6.5. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Atualização Epidemiológica: Oropouche na Região das Américas, 6 de março de 2024. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2024. Organização Pan-Americana da Saúde - www.paho.org - © OPAS/OMS, 2024
- 6.6. Pereira-Silva JW, Vírus Oropouche: Epidemiologia, vetores e diagnóstico. REVISÃO DE LITERATURA. BJIHS 6(7), Publicado 2024-07-01. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p10-20>
- 6.7. Pinheiro FP, Travassos da Rosa AP, Travassos da Rosa JF, et al. Oropouche virus. I. A review of clinical, epidemiological, and ecological findings. Am J Trop Med Hyg. 1981;30(1):149-160. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6782898>.
- 6.8. Romero-Alvarez D, Escobar LE. Febre Oropouche, uma doença emergente das Américas. Microbes Infect. 2018 Mar; 20(3):135-46. Disponível em inglês em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29247710/>
- 6.9. Shope, R. E. The use of a hemagglutination-inhibition test to follow antibody response after arthropod-borne virus infection in a community of a forest animals. Annals of Microbiology (Rio de Janeiro), v. 11, p. 167-171, 1963.

MARÍLIA SANTINI DE OLIVEIRA

Coordenadora da Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública

LÍVIA CARICIO MARTINS

Diretora do Instituto Evandro Chagas

ALDA MARIA DA CRUZ

Diretora do Departamento de Doenças Transmissíveis

ETHEL MACIEL

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente



Documento assinado eletronicamente por **Marília Santini de Oliveira, Coordenador(a)-Geral de Laboratórios de Saúde Pública substituto(a)**, em 10/07/2024, às 21:54, 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 **Alda Maria da Cruz, Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 10/07/2024, às 21:59, 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 Carício Martins, Diretor(a) do Instituto Evandro Chagas**, em 11/07/2024, às 02:52, 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 **Ethel Leonor Noia Maciel, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 11/07/2024, às 07:39, 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 **0041910989** e o código CRC **25AE1F60**.

Referência: Processo nº 25000.103165/2024-49

SEI nº 0041910989

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA
SRTVN 701, Via W5 Norte, Edifício PO700, 7º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 18/12/2023 | Edição: 239 | Seção: 1 | Página: 100

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra

PORTARIA GM/MS Nº 2.298, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2023

Autoriza o repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, relativo ao apoio financeiro para as ações contingenciais de vigilância e prevenção de endemias com ênfase em arboviroses.

A MINISTRA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º Autoriza o repasse de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, no Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a serem alocados no Grupo de Vigilância em Saúde, para o desenvolvimento das ações contingenciais de vigilância e prevenção de endemias com ênfase em arboviroses.

Art. 2º Os valores a serem transferidos, em parcela única, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde totaliza o montante de R\$ 256.000.305,60 (Duzentos e cinquenta e seis milhões, trezentos e cinco reais e sessenta centavos), conforme anexos I, II e III.

Art. 3º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para as transferências de recursos estabelecidas nesta Portaria aos respectivos Fundos de Saúde, em conformidade com os processos de pagamentos instruídos.

Art. 4º Os créditos orçamentários de que tratam a presente Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho -10.305.5023.20AL Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde - Plano Orçamentário 0000 (anexos I e III) e o Programa de Trabalho 10.305.5023.20YJ.0001, Plano Orçamentário 000M, Plano de Trabalho Resumido 216379 (anexo II).



Parágrafo único. Os recursos relativos ao estabelecimento consignado ao programa de trabalho de que trata o caput tem como finalidade o fortalecimento da vigilância e combate a endemias com ênfase em arboviroses, conforme anexos I e II, e custeio de quaisquer ações e serviços de vigilância em saúde, conforme anexo III.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

NÍSIA TRINDADE LIMA

Anexo I

UF	IBGE	VALOR (R\$)
AC	120000	175.602,49
AL	270000	574.152,69
AM	130000	993.510,53
AP	160000	213.238,82
BA	290000	1.845.017,67
CE	230000	1.279.540,74
DF	530000	1.356.356,36
ES	320000	1.076.380,54
GO	520000	1.959.064,26
MA	210000	499.610,35
MG	310000	4.114.665,75
MS	500000	659.497,22

MT	510000	459.097,52
PA	150000	756.433,02
PB	250000	473.645,68
PE	260000	1.596.684,45
PI	220000	417.058,08
PR	410000	1.931.738,12
RJ	330000	3.697.931,19
RN	240000	610.731,80
RO	110000	267.800,10
RR	140000	199.062,31
RS	430000	866.287,84
SC	420000	919.982,56
SE	280000	290.182,01
SP	350000	12.062.201,65
TO	170000	228.191,86
Total		39.523.665,61

Anexo II

UF	IBGE	Município	Valor (R\$)
AC	120040	Rio Branco	324.539,10
AL	270030	Arapiraca	208.819,12
AL	270430	Maceió	852.299,05
AM	130260	Manaus	1.836.152,83
AP	160030	Macapá	394.096,53
BA	290320	Barreiras	142.122,21
BA	291080	Feira de Santana	548.323,69
BA	291360	Ilhéus	158.951,70
BA	291480	Itabuna	166.122,13
BA	291800	Jequié	141.302,75
BA	292740	Salvador	2.151.112,06
BA	293070	Simões Filho	101.928,07
CE	230420	Crato	116.600,82
CE	230440	Fortaleza	2.160.925,93
CE	230550	Iguatu	87.251,76
ES	320060	Aracruz	84.316,49
ES	320120	Cachoeiro de Itapemirim	165.301,79
ES	320130	Cariacica	314.516,14
ES	320320	Linhares	148.396,67
ES	320490	São Mateus	110.107,47
ES	320500	Serra	463.247,36
ES	320520	Vila Velha	416.152,37
ES	320530	Vitória	287.270,43
GO	520025	Águas Lindas de Goiás	200.808,77
GO	520110	Anápolis	354.890,90
GO	520140	Aparecida de Goiânia	469.602,79
GO	520510	Catalão	101.810,62
GO	520800	Formosa	103.122,10
GO	520870	Goiânia	1.278.886,33
GO	521150	Itumbiara	96.065,55
GO	521190	Jataí	94.071,64
GO	521250	Luziânia	186.071,06



GO	521523	Novo Gama	92.358,88
GO	521880	Rio Verde	200.811,43
GO	522045	Senador Canedo	138.475,15
GO	522140	Trindade	126.726,98
GO	522185	Valparaíso de Goiás	176.935,18
MA	211130	São Luís	923.353,04
MG	310350	Araguari	104.818,84
MG	310400	Araxá	99.376,28
MG	310620	Belo Horizonte	2.060.253,29
MG	310670	Betim	366.437,09
MG	311860	Contagem	553.298,25
MG	311940	Coronel Fabriciano	93.188,12
MG	312230	Divinópolis	205.611,60
MG	312770	Governador Valadares	228.816,10
MG	312980	Ibirité	151.734,10
MG	313130	Ipatinga	202.622,06
MG	313420	Ituiutaba	90.946,86
MG	313670	Juiz de Fora	481.133,86
MG	313820	Lavras	93.210,37
MG	314330	Montes Claros	368.567,14
MG	314390	Muriae	92.629,36
MG	314520	Nova Serrana	93.914,15
MG	314790	Passos	99.596,94
MG	314800	Patos de Minas	141.678,23
MG	315460	Ribeirão das Neves	293.431,90
MG	315670	Sabará	115.114,95
MG	315780	Santa Luzia	194.971,16
MG	316720	Sete Lagoas	202.324,89
MG	316860	Teófilo Otoni	122.266,70
MG	316990	Ubá	91.968,28
MG	317010	Uberaba	300.587,21
MG	317020	Uberlândia	634.586,06
MG	317070	Varginha	121.420,56
MS	500270	Campo Grande	799.078,18
MS	500320	Corumbá	85.653,78
MS	500370	Dourados	216.534,08
MS	500830	Três Lagoas	117.581,32
MT	510340	Cuiabá	579.113,25
MT	510790	Sinop	174.667,23
MT	510795	Tangará da Serra	94.698,91
PA	150140	Belém	1.159.693,69
PA	150553	Parauapebas	238.305,20
PB	250750	João Pessoa	741.985,15
PB	251370	Santa Rita	133.381,37
PE	260005	Abreu e Lima	87.605,87
PE	260290	Cabo de Santo Agostinho	181.009,31
PE	260345	Camaragibe	131.478,21
PE	260600	Garanhuns	126.793,72
PE	260680	Igarassu	102.494,83
PE	260790	Jaboatão dos Guararapes	573.027,41
PE	261070	Paulista	304.440,69
PE	261160	Recife	1.324.756,14



PE	261640	Vitória de Santo Antão	119.300,30
PI	221100	Teresina	770.784,36
PR	410150	Arapongas	106.002,20
PR	410370	Cambé	95.387,57
PR	410480	Cascavel	309.675,94
PR	410690	Curitiba	532.636,10
PR	410830	Foz do Iguaçu	253.946,00
PR	411370	Londrina	494.665,96
PR	411520	Maringá	364.489,45
PR	411820	Paranaguá	129.750,33
PR	412770	Toledo	133.879,63
PR	412810	Umuarama	104.184,46
RJ	330010	Angra dos Reis	148.973,23
RJ	330030	Barra do Piraí	82.642,00
RJ	330190	Itaboraí	199.539,99
RJ	330220	Itaperuna	89.900,52
RJ	330320	Nilópolis	130.591,14
RJ	330340	Nova Friburgo	168.996,89
RJ	330420	Resende	115.321,37
RJ	330452	Rio das Ostras	139.236,77
RJ	330455	Rio de Janeiro	5.526.392,15
RJ	330630	Volta Redonda	232.723,85
RN	240325	Parnamirim	224.852,29
RN	240800	Mossoró	235.405,53
RN	240810	Natal	668.463,91
RO	110020	Porto Velho	409.667,93
RO	110030	Vilhena	85.265,85
RR	140010	Boa Vista	367.896,27
RS	430700	Erechim	94.050,28
RS	431340	Novo Hamburgo	202.546,43
RS	431490	Porto Alegre	1.185.889,50
RS	431680	Santa Cruz do Sul	118.540,46
SC	420240	Blumenau	321.429,44
SC	420290	Brusque	125.796,31
SC	420420	Chapecó	226.693,17
SC	420540	Florianópolis	477.979,72
SC	420910	Joinville	548.363,73
SE	280030	Aracaju	536.298,82
SP	350160	Americana	211.082,63
SP	350280	Araçatuba	178.058,93
SP	350320	Araraquara	215.520,67
SP	350330	Araras	116.437,11
SP	350400	Assis	90.227,95
SP	350410	Atibaia	141.155,06
SP	350550	Barretos	108.980,17
SP	350600	Bauru	337.342,50
SP	350650	Birigui	105.860,73
SP	350950	Campinas	1.013.459,09
SP	351050	Caraguatatuba	120.002,31
SP	351110	Catanduva	103.024,23
SP	351350	Cubatão	100.074,73
SP	351620	Franca	313.666,44



SP	351630	Francisco Morato	146.931,27
SP	351640	Franco da Rocha	128.878,38
SP	351840	Guaratinguetá	105.028,82
SP	351880	Guarulhos	1.149.344,20
SP	351907	Hortolândia	210.549,67
SP	352210	Itanhaém	100.074,73
SP	352390	Itu	149.690,36
SP	352500	Jandira	105.029,71
SP	352530	Jaú	118.778,02
SP	352670	Leme	87.338,06
SP	352690	Limeira	259.688,40
SP	352850	Mairiporã	83.505,05
SP	352900	Marília	211.426,96
SP	353070	Mogi Guaçu	136.716,13
SP	353470	Ourinhos	92.506,58
SP	353650	Paulínia	98.349,52
SP	353800	Pindamonhangaba	147.188,40
SP	353870	Piracicaba	376.648,67
SP	354100	Praia Grande	311.352,21
SP	354140	Presidente Prudente	200.786,52
SP	354330	Ribeirão Pires	102.817,81
SP	354340	Ribeirão Preto	621.611,82
SP	354390	Rio Claro	179.210,25
SP	354580	Santa Bárbara d'Oeste	163.131,71
SP	354850	Santos	372.453,54
SP	354890	São Carlos	226.757,23
SP	354980	São José do Rio Preto	427.426,31
SP	354990	São José dos Campos	620.198,91
SP	355030	São Paulo	10.189.335,88
SP	355100	São Vicente	293.536,00
SP	355170	Sertãozinho	112.896,82
SP	355220	Sorocaba	643.890,99
SP	355240	Sumaré	248.723,21
SP	355400	Tatuí	110.276,53
SP	355410	Taubaté	276.477,85
SP	355620	Valinhos	112.439,49
SP	355650	Várzea Paulista	103.006,44
SP	355700	Votorantim	113.818,59
TO	170210	Araguaína	152.413,86
TO	172100	Palmas	269.318,09
DF	530000	Brasília	2.506.745,01
Total			71.999.999,98



Anexo III

UF	IBGE	Município	Valor (R\$)
AC	120001	Acrelândia	55.440,00
AC	120005	Assis Brasil	23.760,00
AC	120010	Brasiléia	47.520,00
AC	120020	Cruzeiro do Sul	71.280,00
AC	120025	Epitaciolândia	47.520,00
AC	120035	Marechal Thaumaturgo	15.840,00

AC	120040	Rio Branco	150.480,00
AL	270010	Água Branca	71.280,00
AL	270020	Anadia	79.200,00
AL	270030	Arapiraca	293.040,00
AL	270040	Atalaia	150.480,00
AL	270050	Barra de Santo Antônio	7.920,00
AL	270060	Barra de São Miguel	7.920,00
AL	270070	Batalha	23.760,00
AL	270080	Belém	63.360,00
AL	270100	Boca da Mata	47.520,00
AL	270110	Branquinha	15.840,00
AL	270120	Cacimbinhas	15.840,00
AL	270130	Cajueiro	15.840,00
AL	270135	Campestre	7.920,00
AL	270140	Campo Alegre	79.200,00
AL	270150	Campo Grande	39.600,00
AL	270160	Canapi	71.280,00
AL	270170	Capela	55.440,00
AL	270180	Carneiros	15.840,00
AL	270190	Chã Preta	31.680,00
AL	270200	Coité do Nóia	31.680,00
AL	270210	Colônia Leopoldina	55.440,00
AL	270220	Coqueiro Seco	7.920,00
AL	270230	Coruripe	15.840,00
AL	270235	Craíbas	55.440,00
AL	270240	Delmiro Gouveia	110.880,00
AL	270250	Dois Riachos	63.360,00
AL	270255	Estrela de Alagoas	118.800,00
AL	270260	Feira Grande	95.040,00
AL	270280	Flexeiras	31.680,00
AL	270290	Girau do Ponciano	31.680,00
AL	270300	Ibateguara	23.760,00
AL	270310	Igaci	182.160,00
AL	270320	Igreja Nova	63.360,00
AL	270330	Inhapi	71.280,00
AL	270340	Jacaré dos Homens	31.680,00
AL	270350	Jacuípe	47.520,00
AL	270360	Japaratinga	7.920,00
AL	270370	Jaramataia	15.840,00
AL	270375	Jequiá da Praia	39.600,00
AL	270380	Joaquim Gomes	39.600,00
AL	270390	Jundiá	15.840,00
AL	270400	Junqueiro	39.600,00
AL	270410	Lagoa da Canoa	71.280,00
AL	270420	Limoeiro de Anadia	110.880,00
AL	270430	Maceió	1.370.160,00
AL	270440	Major Isidoro	63.360,00
AL	270450	Maragogi	102.960,00
AL	270480	Maribondo	55.440,00
AL	270490	Mar Vermelho	31.680,00
AL	270500	Mata Grande	87.120,00
AL	270520	Messias	31.680,00



AL	270530	Minador do Negrão	39.600,00
AL	270540	Monteirópolis	15.840,00
AL	270560	Novo Lino	79.200,00
AL	270570	Olho d'Água das Flores	39.600,00
AL	270580	Olho d'Água do Casado	31.680,00
AL	270590	Olho d'Água Grande	23.760,00
AL	270600	Oliveira	47.520,00
AL	270610	Ouro Branco	55.440,00
AL	270620	Palestina	15.840,00
AL	270630	Palmeira dos Índios	79.200,00
AL	270640	Pão de Açúcar	87.120,00
AL	270642	Pariconha	63.360,00
AL	270650	Passo de Camaragibe	63.360,00
AL	270660	Paulo Jacinto	7.920,00
AL	270670	Penedo	23.760,00
AL	270680	Piaçabuçu	47.520,00
AL	270690	Pilar	31.680,00
AL	270700	Pindoba	7.920,00
AL	270710	Piranhas	110.880,00
AL	270720	Poço das Trincheiras	15.840,00
AL	270740	Porto de Pedras	39.600,00
AL	270750	Porto Real do Colégio	55.440,00
AL	270760	Quebrangulo	47.520,00
AL	270770	Rio Largo	47.520,00
AL	270780	Roteiro	23.760,00
AL	270800	Santana do Ipanema	87.120,00
AL	270810	Santana do Mundaú	23.760,00
AL	270820	São Brás	23.760,00
AL	270830	São José da Laje	87.120,00
AL	270840	São José da Tapera	150.480,00
AL	270850	São Luís do Quitunde	15.840,00
AL	270870	São Miguel dos Milagres	31.680,00
AL	270880	São Sebastião	102.960,00
AL	270895	Senador Rui Palmeira	39.600,00
AL	270900	Tanque d'Arca	31.680,00
AL	270910	Taquarana	102.960,00
AL	270930	União dos Palmares	324.720,00
AL	270940	Viçosa	31.680,00
AM	130002	Alvarães	7.920,00
AM	130014	Apuí	71.280,00
AM	130040	Barcelos	15.840,00
AM	130050	Barreirinha	15.840,00
AM	130063	Beruri	39.600,00
AM	130070	Boca do Acre	285.120,00
AM	130090	Canutama	23.760,00
AM	130110	Careiro	47.520,00
AM	130115	Careiro da Várzea	55.440,00
AM	130120	Coari	205.920,00
AM	130140	Eirunepé	15.840,00
AM	130160	Fonte Boa	63.360,00
AM	130170	Humaitá	23.760,00
AM	130200	Itapiranga	15.840,00



AM	130240	Lábrea	15.840,00
AM	130255	Manaquiri	55.440,00
AM	130270	Manicoré	95.040,00
AM	130290	Maués	55.440,00
AM	130310	Nova Olinda do Norte	7.920,00
AM	130395	São Sebastião do Uatumã	31.680,00
AM	130420	Tefé	237.600,00
AM	130423	Tonantins	31.680,00
AM	130440	Urucurituba	7.920,00
AP	160020	Calçoene	47.520,00
AP	160021	Cutias	39.600,00
AP	160023	Ferreira Gomes	55.440,00
AP	160025	Itaubal	15.840,00
AP	160030	Macapá	657.360,00
AP	160053	Porto Grande	39.600,00
AP	160055	Pracuúba	15.840,00
AP	160060	Santana	237.600,00
AP	160080	Vitória do Jari	7.920,00
BA	290020	Abaré	95.040,00
BA	290030	Acajutiba	23.760,00
BA	290035	Adustina	55.440,00
BA	290040	Água Fria	79.200,00
BA	290060	Aiquara	31.680,00
BA	290070	Alagoinhas	190.080,00
BA	290080	Alcobaça	55.440,00
BA	290090	Almadina	23.760,00
BA	290100	Amargosa	102.960,00
BA	290110	Amélia Rodrigues	134.640,00
BA	290115	América Dourada	15.840,00
BA	290120	Anagé	55.440,00
BA	290130	Andaraí	71.280,00
BA	290135	Andorinha	87.120,00
BA	290140	Angical	87.120,00
BA	290150	Anguera	15.840,00
BA	290160	Antas	7.920,00
BA	290170	Antônio Cardoso	47.520,00
BA	290180	Antônio Gonçalves	87.120,00
BA	290190	Aporá	110.880,00
BA	290195	Apuarema	7.920,00
BA	290200	Aracatu	47.520,00
BA	290205	Araças	15.840,00
BA	290210	Araci	182.160,00
BA	290230	Aratuípe	63.360,00
BA	290240	Aurelino Leal	31.680,00
BA	290250	Baianópolis	118.800,00
BA	290260	Baixa Grande	23.760,00
BA	290265	Banzaê	71.280,00
BA	290270	Barra	419.760,00
BA	290280	Barra da Estiva	95.040,00
BA	290300	Barra do Mendes	31.680,00
BA	290323	Barro Alto	39.600,00
BA	290327	Barrocas	71.280,00



BA	290330	Barro Preto	7.920,00
BA	290340	Belmonte	79.200,00
BA	290350	Belo Campo	23.760,00
BA	290360	Biritinga	87.120,00
BA	290370	Boa Nova	55.440,00
BA	290390	Bom Jesus da Lapa	174.240,00
BA	290395	Bom Jesus da Serra	39.600,00
BA	290400	Boninal	71.280,00
BA	290405	Bonito	7.920,00
BA	290420	Botuporã	71.280,00
BA	290430	Brejões	63.360,00
BA	290440	Brejolândia	47.520,00
BA	290450	Brotas de Macaúbas	87.120,00
BA	290475	Buritirama	63.360,00
BA	290485	Cabaceiras do Paraguaçu	55.440,00
BA	290490	Cachoeira	142.560,00
BA	290500	Caculé	102.960,00
BA	290510	Caém	39.600,00
BA	290520	Caetité	31.680,00
BA	290530	Cafarnaum	55.440,00
BA	290540	Cairu	102.960,00
BA	290550	Caldeirão Grande	31.680,00
BA	290560	Camacan	126.720,00
BA	290570	Camaçari	997.920,00
BA	290580	Camamu	79.200,00
BA	290590	Campo Alegre de Lourdes	110.880,00
BA	290600	Campo Formoso	118.800,00
BA	290610	Canápolis	87.120,00
BA	290620	Canarana	102.960,00
BA	290630	Canavieiras	142.560,00
BA	290640	Candeal	31.680,00
BA	290650	Candeias	356.400,00
BA	290660	Candiba	55.440,00
BA	290680	Cansanção	174.240,00
BA	290682	Canudos	71.280,00
BA	290685	Capela do Alto Alegre	71.280,00
BA	290687	Capim Grosso	198.000,00
BA	290690	Caravelas	87.120,00
BA	290700	Cardeal da Silva	15.840,00
BA	290710	Carinhanha	134.640,00
BA	290720	Casa Nova	23.760,00
BA	290730	Castro Alves	142.560,00
BA	290740	Catolândia	23.760,00
BA	290750	Catu	47.520,00
BA	290760	Central	87.120,00
BA	290770	Chorrochó	55.440,00
BA	290780	Cícero Dantas	118.800,00
BA	290790	Cipó	79.200,00
BA	290800	Coaraci	79.200,00
BA	290810	Cocos	110.880,00
BA	290820	Conceição da Feira	87.120,00
BA	290830	Conceição do Almeida	55.440,00



BA	290840	Conceição do Coité	118.800,00
BA	290850	Conceição do Jacuípe	245.520,00
BA	290870	Condeúba	110.880,00
BA	290880	Contendas do Sincorá	23.760,00
BA	290890	Coração de Maria	118.800,00
BA	290910	Coribe	15.840,00
BA	290920	Coronel João Sá	95.040,00
BA	290930	Correntina	158.400,00
BA	290960	Crisópolis	102.960,00
BA	290970	Cristópolis	87.120,00
BA	290980	Cruz das Almas	110.880,00
BA	290990	Curaçá	31.680,00
BA	291000	Dário Meira	23.760,00
BA	291020	Dom Macedo Costa	15.840,00
BA	291030	Elísio Medrado	31.680,00
BA	291040	Encruzilhada	71.280,00
BA	291050	Entre Rios	213.840,00
BA	291060	Esplanada	158.400,00
BA	291070	Euclides da Cunha	174.240,00
BA	291072	Eunápolis	308.880,00
BA	291075	Fátima	31.680,00
BA	291077	Feira da Mata	47.520,00
BA	291085	Filadélfia	110.880,00
BA	291090	Firmino Alves	7.920,00
BA	291110	Formosa do Rio Preto	31.680,00
BA	291120	Gandu	31.680,00
BA	291125	Gavião	23.760,00
BA	291140	Glória	55.440,00
BA	291150	Gongogi	31.680,00
BA	291165	Guajeru	7.920,00
BA	291180	Guaratinga	158.400,00
BA	291200	Ibiassucê	55.440,00
BA	291220	Ibicoara	87.120,00
BA	291230	Ibicuí	118.800,00
BA	291240	Ibipeba	15.840,00
BA	291270	Ibirapitanga	190.080,00
BA	291280	Ibirapuã	31.680,00
BA	291290	Ibirataia	47.520,00
BA	291300	Ibitiara	23.760,00
BA	291310	Ibititá	39.600,00
BA	291320	Ibotirama	79.200,00
BA	291330	Ichu	39.600,00
BA	291340	Igaporã	79.200,00
BA	291345	Igrapiúna	7.920,00
BA	291350	Iguaí	174.240,00
BA	291360	Ilhéus	261.360,00
BA	291380	Ipecaetá	79.200,00
BA	291390	Ipiaú	23.760,00
BA	291400	Ipirá	174.240,00
BA	291410	Ipupiara	47.520,00
BA	291440	Iraquara	39.600,00
BA	291450	Irará	102.960,00



BA	291460	Irecê	55.440,00
BA	291465	Itabela	87.120,00
BA	291470	Itaberaba	31.680,00
BA	291480	Itabuna	760.320,00
BA	291490	Itacaré	23.760,00
BA	291500	Itaeté	63.360,00
BA	291520	Itagibá	71.280,00
BA	291550	Itajuípe	31.680,00
BA	291560	Itamaraju	63.360,00
BA	291580	Itambé	63.360,00
BA	291590	Itanagra	23.760,00
BA	291610	Itaparica	174.240,00
BA	291620	Itapé	39.600,00
BA	291640	Itapetinga	174.240,00
BA	291650	Itapicuru	174.240,00
BA	291660	Itapitanga	15.840,00
BA	291680	Itarantim	102.960,00
BA	291685	Itatim	39.600,00
BA	291690	Itiruçu	39.600,00
BA	291700	Itiúba	174.240,00
BA	291710	Itororó	118.800,00
BA	291720	Ituaçu	95.040,00
BA	291730	Ituberá	71.280,00
BA	291733	Iuiú	79.200,00
BA	291735	Jaborandi	15.840,00
BA	291740	Jacaraci	15.840,00
BA	291750	Jacobina	332.640,00
BA	291760	Jaguaquara	7.920,00

BA	291770	Jaguarari	300.960,00
BA	291780	Jaguaripe	102.960,00
BA	291800	Jequié	237.600,00
BA	291810	Jeremoabo	150.480,00
BA	291830	Jitaúna	23.760,00
BA	291835	João Dourado	39.600,00
BA	291840	Juazeiro	237.600,00
BA	291855	Jussari	15.840,00
BA	291860	Jussiapé	55.440,00
BA	291875	Lagoa Real	87.120,00
BA	291880	Laje	79.200,00
BA	291890	Lajedão	7.920,00
BA	291900	Lajedinho	15.840,00
BA	291910	Lamarão	7.920,00
BA	291915	Lapão	110.880,00
BA	291920	Lauro de Freitas	396.000,00
BA	291930	Lençóis	39.600,00
BA	291970	Macarani	126.720,00
BA	291980	Macaúbas	150.480,00
BA	291990	Macururé	39.600,00
BA	291992	Madre de Deus	166.320,00
BA	292000	Maiquinique	95.040,00
BA	292010	Mairi	7.920,00



BA	292020	Malhada	71.280,00
BA	292030	Malhada de Pedras	63.360,00
BA	292040	Manoel Vitorino	47.520,00
BA	292045	Mansidão	47.520,00
BA	292050	Maracás	63.360,00
BA	292060	Maragogipe	213.840,00
BA	292070	Maraú	39.600,00
BA	292080	Marcionílio Souza	47.520,00
BA	292100	Mata de São João	150.480,00
BA	292110	Medeiros Neto	79.200,00
BA	292120	Miguel Calmon	95.040,00
BA	292130	Milagres	39.600,00
BA	292140	Mirangaba	87.120,00
BA	292145	Mirante	15.840,00
BA	292150	Monte Santo	87.120,00
BA	292160	Morpará	23.760,00
BA	292170	Morro do Chapéu	190.080,00
BA	292190	Mucugê	23.760,00
BA	292200	Mucuri	142.560,00
BA	292205	Mulungu do Morro	39.600,00
BA	292210	Mundo Novo	110.880,00
BA	292220	Muniz Ferreira	31.680,00
BA	292230	Muritiba	166.320,00
BA	292240	Mutuípe	102.960,00
BA	292250	Nazaré	47.520,00
BA	292260	Nilo Peçanha	39.600,00
BA	292265	Nordestina	71.280,00
BA	292270	Nova Canaã	102.960,00
BA	292273	Nova Fátima	31.680,00
BA	292280	Nova Itarana	39.600,00
BA	292285	Nova Redenção	39.600,00
BA	292290	Nova Soure	7.920,00
BA	292300	Nova Viçosa	174.240,00
BA	292305	Novo Triunfo	71.280,00
BA	292310	Olindina	118.800,00
BA	292320	Oliveira dos Brejinhos	47.520,00
BA	292330	Ouriçangas	23.760,00
BA	292335	Ourolândia	110.880,00
BA	292340	Palmas de Monte Alto	79.200,00
BA	292350	Palmeiras	55.440,00
BA	292360	Paramirim	31.680,00
BA	292370	Paratinga	110.880,00
BA	292380	Paripiranga	79.200,00
BA	292390	Pau Brasil	63.360,00
BA	292410	Pedrão	15.840,00
BA	292420	Pedro Alexandre	95.040,00
BA	292440	Pilão Arcado	63.360,00
BA	292450	Pindaí	31.680,00
BA	292460	Pindobaçu	71.280,00
BA	292465	Pintadas	47.520,00
BA	292467	Piraí do Norte	23.760,00
BA	292470	Piripá	87.120,00



BA	292490	Planaltino	7.920,00
BA	292500	Planalto	23.760,00
BA	292510	Poções	213.840,00
BA	292520	Pojuca	71.280,00
BA	292525	Ponto Novo	47.520,00
BA	292530	Porto Seguro	570.240,00
BA	292550	Prado	87.120,00
BA	292560	Presidente Dutra	47.520,00
BA	292570	Presidente Jânio Quadros	7.920,00
BA	292580	Queimadas	118.800,00
BA	292590	Quijingue	95.040,00
BA	292593	Quixabeira	39.600,00
BA	292595	Rafael Jambeiro	126.720,00
BA	292600	Remanso	110.880,00
BA	292610	Retirolândia	47.520,00
BA	292620	Riachão das Neves	55.440,00
BA	292630	Riachão do Jacuípe	213.840,00
BA	292640	Riacho de Santana	102.960,00
BA	292650	Ribeira do Amparo	79.200,00
BA	292660	Ribeira do Pombal	118.800,00
BA	292665	Ribeirão do Largo	55.440,00
BA	292670	Rio de Contas	126.720,00
BA	292680	Rio do Antônio	47.520,00
BA	292690	Rio do Pires	23.760,00
BA	292700	Rio Real	87.120,00
BA	292710	Rodelas	23.760,00
BA	292740	Salvador	4.102.560,00
BA	292750	Santa Bárbara	150.480,00
BA	292760	Santa Brígida	55.440,00
BA	292770	Santa Cruz Cabralia	110.880,00
BA	292790	Santa Inês	15.840,00
BA	292800	Santaluz	79.200,00
BA	292805	Santa Luzia	79.200,00
BA	292810	Santa Maria da Vitória	110.880,00
BA	292820	Santana	110.880,00
BA	292830	Santanópolis	71.280,00
BA	292840	Santa Rita de Cássia	31.680,00
BA	292850	Santa Teresinha	79.200,00
BA	292870	Santo Antônio de Jesus	174.240,00
BA	292880	Santo Estêvão	134.640,00
BA	292890	São Desidério	118.800,00
BA	292895	São Domingos	63.360,00
BA	292900	São Félix	79.200,00
BA	292910	São Felipe	110.880,00
BA	292920	São Francisco do Conde	55.440,00
BA	292925	São Gabriel	134.640,00
BA	292930	São Gonçalo dos Campos	55.440,00
BA	292935	São José da Vitória	47.520,00
BA	292937	São José do Jacuípe	7.920,00
BA	292940	São Miguel das Matas	39.600,00
BA	292950	São Sebastião do Passé	213.840,00
BA	292960	Sapeaçu	134.640,00



BA	292975	Saubara	158.400,00
BA	292990	Seabra	31.680,00
BA	293000	Sebastião Laranjeiras	15.840,00
BA	293010	Senhor do Bonfim	205.920,00
BA	293015	Serra do Ramalho	261.360,00
BA	293020	Sento Sé	118.800,00
BA	293030	Serra Dourada	39.600,00
BA	293040	Serra Preta	55.440,00
BA	293050	Serrinha	158.400,00
BA	293060	Serrolândia	47.520,00
BA	293070	Simões Filho	198.000,00
BA	293075	Sítio do Mato	71.280,00
BA	293076	Sítio do Quinto	39.600,00
BA	293077	Sobradinho	23.760,00
BA	293080	Souto Soares	15.840,00
BA	293090	Tabocas do Brejo Velho	71.280,00
BA	293100	Tanhaçu	79.200,00
BA	293105	Tanque Novo	71.280,00
BA	293110	Tanquinho	7.920,00
BA	293120	Taperoá	55.440,00
BA	293130	Tapiramutá	39.600,00
BA	293140	Teodoro Sampaio	71.280,00
BA	293150	Teofilândia	55.440,00
BA	293180	Tremedal	102.960,00
BA	293190	Tucano	134.640,00
BA	293210	Ubaíra	15.840,00
BA	293230	Ubatã	118.800,00
BA	293240	Uibaí	23.760,00
BA	293245	Umburanas	23.760,00
BA	293250	Una	47.520,00
BA	293260	Urandi	7.920,00
BA	293270	Uruçuca	47.520,00
BA	293280	Utinga	166.320,00
BA	293290	Valença	166.320,00
BA	293300	Valente	87.120,00
BA	293305	Várzea da Roça	55.440,00
BA	293310	Várzea do Poço	15.840,00
BA	293315	Várzea Nova	87.120,00
BA	293317	Varzedo	15.840,00
BA	293320	Vera Cruz	158.400,00
BA	293330	Vitória da Conquista	39.600,00
BA	293340	Wagner	71.280,00
BA	293350	Wenceslau Guimarães	63.360,00
BA	293360	Xique-Xique	95.040,00
CE	230010	Abaiara	47.520,00
CE	230015	Acarape	39.600,00
CE	230020	Acaraú	205.920,00
CE	230030	Acopiara	118.800,00
CE	230050	Alcântaras	31.680,00
CE	230060	Altaneira	55.440,00
CE	230070	Alto Santo	39.600,00
CE	230075	Amontada	102.960,00



CE	230080	Antonina do Norte	15.840,00
CE	230090	Apuiarés	47.520,00
CE	230100	Aquiraz	87.120,00
CE	230110	Aracati	198.000,00
CE	230120	Aracoiaba	39.600,00
CE	230125	Ararendá	47.520,00
CE	230130	Araripe	87.120,00
CE	230140	Aratuba	7.920,00
CE	230150	Arneiroz	47.520,00
CE	230160	Assaré	23.760,00
CE	230170	Aurora	87.120,00
CE	230180	Baixio	47.520,00
CE	230185	Banabuiú	39.600,00
CE	230190	Barbalha	15.840,00
CE	230195	Barreira	110.880,00
CE	230200	Barro	39.600,00
CE	230205	Barroquinha	87.120,00
CE	230210	Baturité	158.400,00
CE	230220	Beberibe	229.680,00
CE	230230	Bela Cruz	87.120,00
CE	230240	Boa Viagem	166.320,00
CE	230250	Brejo Santo	134.640,00
CE	230260	Camocim	126.720,00
CE	230270	Campos Sales	87.120,00
CE	230280	Canindé	380.160,00
CE	230290	Capistrano	71.280,00
CE	230310	Cariré	102.960,00
CE	230330	Cariús	23.760,00
CE	230340	Carnaubal	63.360,00
CE	230350	Cascavel	174.240,00
CE	230360	Catarina	15.840,00
CE	230365	Catunda	47.520,00
CE	230370	Caucaia	95.040,00
CE	230380	Cedro	55.440,00
CE	230390	Chaval	102.960,00
CE	230393	Choró	23.760,00
CE	230395	Chorozinho	31.680,00
CE	230400	Coreaú	23.760,00
CE	230410	Crateús	237.600,00
CE	230420	Crato	63.360,00
CE	230423	Croatá	63.360,00
CE	230425	Cruz	158.400,00
CE	230426	Deputado Irapuan Pinheiro	15.840,00
CE	230427	Ererê	7.920,00
CE	230428	Eusébio	269.280,00
CE	230430	Farias Brito	55.440,00
CE	230435	Forquilha	134.640,00
CE	230445	Fortim	31.680,00
CE	230450	Frecheirinha	102.960,00
CE	230460	General Sampaio	15.840,00
CE	230465	Graça	31.680,00
CE	230470	Granja	110.880,00



CE	230480	Granjeiro	15.840,00
CE	230490	Groaíras	47.520,00
CE	230500	Guaraciaba do Norte	142.560,00
CE	230510	Guaramiranga	47.520,00
CE	230520	Hidrolândia	142.560,00
CE	230523	Horizonte	31.680,00
CE	230526	Ibaretama	7.920,00
CE	230530	Ibiapina	63.360,00
CE	230533	Ibicuitinga	31.680,00
CE	230535	Icapuí	158.400,00
CE	230540	Icó	142.560,00
CE	230550	Iguatu	95.040,00
CE	230560	Independência	55.440,00
CE	230565	Ipaporanga	15.840,00
CE	230570	Ipaumirim	55.440,00
CE	230580	Ipu	142.560,00
CE	230590	Ipueiras	79.200,00
CE	230600	Iracema	15.840,00
CE	230610	Irauçuba	102.960,00
CE	230620	Itaíçaba	71.280,00
CE	230625	Itaitinga	23.760,00
CE	230630	Itapagé	102.960,00
CE	230640	Itapipoca	213.840,00
CE	230650	Itapiúna	47.520,00
CE	230655	Itarema	55.440,00
CE	230660	Itatira	95.040,00
CE	230670	Jaguaretama	71.280,00
CE	230680	Jaguaribara	23.760,00
CE	230690	Jaguaribe	47.520,00
CE	230700	Jaguaruana	166.320,00
CE	230710	Jardim	102.960,00
CE	230720	Jati	23.760,00
CE	230725	Jijoca de Jericoacoara	213.840,00
CE	230730	Juazeiro do Norte	134.640,00
CE	230740	Jucás	71.280,00
CE	230750	Lavras da Mangabeira	134.640,00
CE	230760	Limoeiro do Norte	31.680,00
CE	230763	Madalena	79.200,00
CE	230765	Maracanaú	71.280,00
CE	230770	Maranguape	87.120,00
CE	230780	Marco	158.400,00
CE	230790	Martinópolis	55.440,00
CE	230800	Massapê	150.480,00
CE	230810	Mauriti	102.960,00
CE	230820	Meruoca	79.200,00
CE	230830	Milagres	79.200,00
CE	230835	Milhã	55.440,00
CE	230837	Miraíma	87.120,00
CE	230840	Missão Velha	95.040,00
CE	230850	Mombaça	110.880,00
CE	230860	Monsenhor Tabosa	47.520,00
CE	230870	Morada Nova	102.960,00



CE	230880	Moraújo	31.680,00
CE	230890	Morrinhos	31.680,00
CE	230910	Mulungu	39.600,00
CE	230920	Nova Olinda	87.120,00
CE	230930	Nova Russas	55.440,00
CE	230940	Novo Oriente	55.440,00
CE	230945	Ocara	110.880,00
CE	230950	Orós	79.200,00
CE	230960	Pacajus	229.680,00
CE	230970	Pacatuba	190.080,00
CE	230990	Pacujá	23.760,00
CE	231000	Palhano	23.760,00
CE	231010	Palmácia	7.920,00
CE	231020	Paracuru	39.600,00
CE	231025	Paraipaba	15.840,00
CE	231040	Paramoti	31.680,00
CE	231050	Pedra Branca	63.360,00
CE	231070	Pentecoste	142.560,00
CE	231080	Pereiro	47.520,00
CE	231085	Pindoretama	15.840,00
CE	231090	Piquet Carneiro	63.360,00
CE	231095	Pires Ferreira	47.520,00
CE	231100	Poranga	63.360,00
CE	231110	Porteiras	23.760,00
CE	231120	Potengi	31.680,00
CE	231123	Potiretama	23.760,00
CE	231126	Quiterianópolis	118.800,00
CE	231130	Quixadá	229.680,00
CE	231135	Quixelô	47.520,00
CE	231140	Quixeramobim	118.800,00
CE	231150	Quixeré	79.200,00
CE	231160	Redenção	79.200,00
CE	231170	Reriutaba	87.120,00
CE	231180	Russas	229.680,00
CE	231190	Saboeiro	31.680,00
CE	231195	Salitre	7.920,00
CE	231200	Santana do Acaraú	55.440,00
CE	231210	Santana do Cariri	95.040,00
CE	231220	Santa Quitéria	134.640,00
CE	231230	São Benedito	39.600,00
CE	231240	São Gonçalo do Amarante	396.000,00
CE	231250	São João do Jaguaribe	7.920,00
CE	231260	São Luís do Curu	55.440,00
CE	231270	Senador Pompeu	95.040,00
CE	231280	Senador Sá	39.600,00
CE	231290	Sobral	863.280,00
CE	231300	Solonópole	63.360,00
CE	231310	Tabuleiro do Norte	63.360,00
CE	231320	Tamboril	63.360,00
CE	231325	Tarrafas	39.600,00
CE	231330	Tauá	269.280,00
CE	231335	Tejuçuoca	71.280,00



CE	231340	Tianguá	158.400,00
CE	231350	Trairi	102.960,00
CE	231355	Tururu	55.440,00
CE	231360	Ubajara	71.280,00
CE	231370	Umari	15.840,00
CE	231375	Umirim	31.680,00
CE	231380	Uruburetama	87.120,00
CE	231390	Uruoca	63.360,00
CE	231395	Varjota	166.320,00
CE	231400	Várzea Alegre	118.800,00
CE	231410	Viçosa do Ceará	47.520,00
ES	320010	Afonso Cláudio	63.360,00
ES	320016	Água Doce do Norte	47.520,00
ES	320030	Alfredo Chaves	31.680,00
ES	320040	Anchieta	150.480,00
ES	320060	Aracruz	158.400,00
ES	320080	Baixo Guandu	63.360,00
ES	320090	Barra de São Francisco	63.360,00
ES	320115	Brejetuba	7.920,00
ES	320120	Cachoeiro de Itapemirim	31.680,00
ES	320140	Castelo	55.440,00
ES	320150	Colatina	356.400,00
ES	320160	Conceição da Barra	87.120,00
ES	320170	Conceição do Castelo	7.920,00
ES	320190	Domingos Martins	7.920,00
ES	320200	Dores do Rio Preto	31.680,00
ES	320240	Guarapari	205.920,00
ES	320245	Ibatiba	23.760,00
ES	320250	Ibiraçu	15.840,00
ES	320265	Irupi	15.840,00
ES	320270	Itaguaçu	7.920,00
ES	320280	Itapemirim	23.760,00
ES	320305	Jaguaré	23.760,00
ES	320313	João Neiva	7.920,00
ES	320320	Linhares	39.600,00
ES	320332	Marataízes	102.960,00
ES	320334	Marechal Floriano	55.440,00
ES	320335	Marilândia	15.840,00
ES	320370	Muniz Freire	15.840,00
ES	320390	Nova Venécia	39.600,00
ES	320400	Pancas	15.840,00
ES	320405	Pedro Canário	23.760,00
ES	320410	Pinheiros	15.840,00
ES	320420	Piúma	102.960,00
ES	320425	Ponto Belo	7.920,00
ES	320430	Presidente Kennedy	71.280,00
ES	320435	Rio Bananal	23.760,00
ES	320455	Santa Maria de Jetibá	31.680,00
ES	320460	Santa Teresa	31.680,00
ES	320470	São Gabriel da Palha	71.280,00
ES	320480	São José do Calçado	47.520,00
ES	320490	São Mateus	166.320,00



ES	320506	Venda Nova do Imigrante	47.520,00
ES	320520	Vila Velha	205.920,00
ES	320530	Vitória	530.640,00
GO	520005	Abadia de Goiás	23.760,00
GO	520010	Abadiânia	7.920,00
GO	520013	Acreúna	47.520,00
GO	520017	Água Fria de Goiás	7.920,00
GO	520030	Alexânia	55.440,00
GO	520050	Aloândia	15.840,00
GO	520055	Alto Horizonte	15.840,00
GO	520080	Alvorada do Norte	23.760,00
GO	520130	Anicuns	23.760,00
GO	520150	Aporé	7.920,00
GO	520235	Arenópolis	7.920,00
GO	520250	Aruanã	31.680,00
GO	520260	Aurilândia	7.920,00
GO	520320	Barro Alto	7.920,00
GO	520350	Bom Jesus de Goiás	7.920,00
GO	520355	Bonfinópolis	23.760,00
GO	520357	Bonópolis	23.760,00
GO	520360	Brazabrantes	15.840,00
GO	520380	Britânia	15.840,00
GO	520390	Buriti Alegre	15.840,00
GO	520396	Buritinópolis	7.920,00
GO	520425	Cachoeira Dourada	39.600,00
GO	520430	Caçu	31.680,00
GO	520450	Caldas Novas	31.680,00
GO	520465	Campinaçu	23.760,00
GO	520470	Campinorte	7.920,00
GO	520485	Campo Limpo de Goiás	15.840,00
GO	520500	Carmo do Rio Verde	15.840,00
GO	520505	Castelândia	7.920,00
GO	520540	Ceres	23.760,00
GO	520549	Cidade Ocidental	39.600,00
GO	520551	Cocalzinho de Goiás	7.920,00
GO	520552	Colinas do Sul	31.680,00
GO	520580	Corumbá de Goiás	7.920,00
GO	520590	Corumbaíba	15.840,00
GO	520620	Cristalina	87.120,00
GO	520630	Cristianópolis	15.840,00
GO	520660	Cumari	15.840,00
GO	520670	Damianópolis	15.840,00
GO	520735	Edealina	39.600,00
GO	520740	Edéia	23.760,00
GO	520750	Estrela do Norte	15.840,00
GO	520753	Faina	7.920,00
GO	520760	Fazenda Nova	31.680,00
GO	520790	Flores de Goiás	23.760,00
GO	520815	Gameleira de Goiás	7.920,00
GO	520840	Goianápolis	39.600,00
GO	520870	Goiânia	403.920,00
GO	520920	Guapó	31.680,00



GO	520940	Guarani de Goiás	7.920,00
GO	520970	Hidrolândia	31.680,00
GO	520990	Iaciara	23.760,00
GO	520993	Inaciolândia	15.840,00
GO	521010	Ipameri	47.520,00
GO	521020	Iporá	102.960,00
GO	521090	Itapaci	79.200,00
GO	521100	Itapirapuã	7.920,00
GO	521130	Itarumã	31.680,00
GO	521140	Itauçu	15.840,00
GO	521160	Ivolândia	15.840,00
GO	521170	Jandaia	23.760,00
GO	521190	Jataí	31.680,00
GO	521200	Jaupaci	31.680,00
GO	521210	Joviânia	55.440,00
GO	521220	Jussara	39.600,00
GO	521250	Luziânia	23.760,00
GO	521270	Mambai	7.920,00
GO	521295	Matrinchã	15.840,00
GO	521300	Maurilândia	31.680,00
GO	521308	Minaçu	31.680,00
GO	521310	Mineiros	63.360,00
GO	521370	Montes Claros de Goiás	7.920,00
GO	521440	Nazário	7.920,00
GO	521450	Nerópolis	15.840,00
GO	521490	Nova Roma	7.920,00
GO	521525	Novo Planalto	7.920,00
GO	521530	Orizona	23.760,00
GO	521560	Padre Bernardo	95.040,00
GO	521565	Palestina de Goiás	7.920,00
GO	521590	Palminópolis	15.840,00
GO	521630	Paranaiguara	7.920,00
GO	521640	Paraúna	23.760,00
GO	521645	Perolândia	7.920,00
GO	521680	Petrolina de Goiás	23.760,00
GO	521878	Rio Quente	47.520,00
GO	521900	Sanclerlândia	7.920,00
GO	521930	Santa Helena de Goiás	7.920,00
GO	521940	Santa Rita do Araguaia	15.840,00
GO	521950	Santa Rosa de Goiás	7.920,00
GO	521960	Santa Tereza de Goiás	15.840,00
GO	521980	São Domingos	15.840,00
GO	521990	São Francisco de Goiás	15.840,00
GO	522015	São Luiz do Norte	39.600,00
GO	522020	São Miguel do Araguaia	31.680,00
GO	522028	São Patrício	7.920,00
GO	522040	São Simão	39.600,00
GO	522045	Senador Canedo	15.840,00
GO	522130	Três Ranchos	7.920,00
GO	522145	Trombas	23.760,00
GO	522155	Turvelândia	23.760,00
GO	522160	Uruaçu	15.840,00



GO	522170	Uruana	31.680,00
GO	522180	Urutaí	7.920,00
GO	522230	Vila Propício	7.920,00
MA	210005	Açailândia	15.840,00
MA	210020	Alcântara	23.760,00
MA	210030	Aldeias Altas	126.720,00
MA	210047	Alto Alegre do Pindaré	71.280,00
MA	210055	Amapá do Maranhão	7.920,00
MA	210060	Amarante do Maranhão	118.800,00
MA	210080	Anapurus	15.840,00
MA	210083	Apicum-Açu	95.040,00
MA	210087	Araguanã	47.520,00
MA	210090	Araioses	55.440,00
MA	210100	Arari	15.840,00
MA	210110	Axixá	47.520,00
MA	210120	Bacabal	7.920,00
MA	210130	Bacuri	71.280,00
MA	210160	Barra do Corda	102.960,00
MA	210170	Barreirinhas	277.200,00
MA	210173	Belágua	31.680,00
MA	210180	Benedito Leite	15.840,00
MA	210197	Boa Vista do Gurupi	47.520,00
MA	210200	Bom Jardim	79.200,00
MA	210203	Bom Jesus das Selvas	63.360,00
MA	210207	Bom Lugar	7.920,00
MA	210210	Brejo	31.680,00
MA	210220	Buriti	15.840,00
MA	210235	Buritirana	23.760,00
MA	210255	Campestre do Maranhão	39.600,00
MA	210260	Cândido Mendes	47.520,00
MA	210270	Cantanhede	47.520,00
MA	210275	Capinzal do Norte	23.760,00
MA	210280	Carolina	95.040,00
MA	210290	Carutapera	63.360,00
MA	210300	Caxias	372.240,00
MA	210310	Cedral	15.840,00
MA	210317	Centro Novo do Maranhão	118.800,00
MA	210325	Cidelândia	31.680,00
MA	210330	Codó	134.640,00
MA	210350	Colinas	15.840,00
MA	210355	Conceição do Lago-Açu	31.680,00
MA	210375	Davinópolis	7.920,00
MA	210390	Duque Bacelar	15.840,00
MA	210405	Estreito	47.520,00
MA	210410	Fortaleza dos Nogueiras	15.840,00
MA	210430	Godofredo Viana	102.960,00
MA	210455	Governador Edison Lobão	63.360,00
MA	210460	Governador Eugênio Barros	23.760,00
MA	210462	Governador Luiz Rocha	31.680,00
MA	210465	Governador Newton Bello	55.440,00
MA	210467	Governador Nunes Freire	118.800,00
MA	210480	Grajaú	158.400,00



MA	210510	Icatu	126.720,00
MA	210515	Igarapé do Meio	102.960,00
MA	210520	Igarapé Grande	7.920,00
MA	210530	Imperatriz	261.360,00
MA	210535	Itaipava do Grajaú	47.520,00
MA	210540	Itapecuru Mirim	63.360,00

MA	210542	Itinga do Maranhão	15.840,00
MA	210545	Jatobá	47.520,00
MA	210550	João Lisboa	134.640,00
MA	210565	Junco do Maranhão	39.600,00
MA	210570	Lago da Pedra	7.920,00
MA	210580	Lago do Junco	7.920,00
MA	210590	Lago Verde	55.440,00
MA	210598	Lajeado Novo	7.920,00
MA	210610	Loreto	23.760,00
MA	210620	Luís Domingues	7.920,00
MA	210632	Maracaçumé	87.120,00
MA	210637	Maranhãozinho	55.440,00
MA	210640	Mata Roma	55.440,00
MA	210660	Matões	31.680,00
MA	210663	Matões do Norte	15.840,00
MA	210670	Mirador	142.560,00
MA	210690	Monção	205.920,00
MA	210700	Montes Altos	23.760,00
MA	210710	Morros	71.280,00
MA	210720	Nina Rodrigues	23.760,00
MA	210730	Nova Iorque	23.760,00
MA	210740	Olho d'Água das Cunhãs	102.960,00
MA	210745	Olinda Nova do Maranhão	47.520,00
MA	210750	Paço do Lumiar	63.360,00
MA	210760	Palmeirândia	39.600,00
MA	210770	Paraibano	47.520,00
MA	210780	Parnarama	71.280,00
MA	210790	Passagem Franca	15.840,00
MA	210800	Pastos Bons	102.960,00
MA	210810	Paulo Ramos	39.600,00
MA	210820	Pedreiras	39.600,00
MA	210825	Pedro do Rosário	150.480,00
MA	210830	Penalva	47.520,00
MA	210840	Peri Mirim	39.600,00
MA	210850	Pindaré-Mirim	285.120,00
MA	210870	Pio XII	15.840,00
MA	210880	Pirapemas	55.440,00
MA	210890	Poção de Pedras	47.520,00
MA	210905	Porto Rico do Maranhão	23.760,00
MA	210910	Presidente Dutra	55.440,00
MA	210920	Presidente Juscelino	15.840,00
MA	210923	Presidente Médici	23.760,00
MA	210927	Presidente Sarney	15.840,00
MA	210930	Presidente Vargas	23.760,00
MA	210945	Raposa	71.280,00



MA	210950	Riachão	31.680,00
MA	210955	Ribamar Fiquene	55.440,00
MA	210970	Sambaíba	7.920,00
MA	210975	Santa Filomena do Maranhão	23.760,00
MA	211000	Santa Luzia	332.640,00
MA	211020	Santa Rita	23.760,00
MA	211030	Santo Antônio dos Lopes	47.520,00
MA	211050	São Bento	15.840,00
MA	211060	São Bernardo	7.920,00
MA	211065	São Domingos do Azeitão	39.600,00
MA	211070	São Domingos do Maranhão	15.840,00
MA	211080	São Félix de Balsas	15.840,00
MA	211090	São Francisco do Maranhão	31.680,00
MA	211102	São João do Carú	87.120,00
MA	211105	São João do Paraíso	39.600,00
MA	211107	São João do Soter	15.840,00
MA	211110	São João dos Patos	39.600,00
MA	211125	São José dos Basílios	7.920,00
MA	211140	São Luís Gonzaga do Maranhão	63.360,00
MA	211150	São Mateus do Maranhão	47.520,00
MA	211160	São Raimundo das Mangabeiras	79.200,00
MA	211163	São Raimundo do Doca Bezerra	7.920,00
MA	211170	São Vicente Ferrer	79.200,00
MA	211174	Senador Alexandre Costa	23.760,00
MA	211176	Senador La Rocque	87.120,00
MA	211178	Serrano do Maranhão	95.040,00
MA	211180	Sítio Novo	7.920,00
MA	211190	Sucupira do Norte	23.760,00
MA	211220	Timon	39.600,00
MA	211223	Trizidela do Vale	7.920,00
MA	211227	Tuflândia	31.680,00
MA	211230	Tuntum	31.680,00
MA	211240	Turiação	71.280,00
MA	211245	Turilândia	205.920,00
MA	211250	Tutóia	71.280,00
MA	211270	Vargem Grande	63.360,00
MA	211280	Viana	166.320,00
MA	211285	Vila Nova dos Martírios	15.840,00
MA	211400	Zé Doca	118.800,00
MG	310020	Abaeté	23.760,00
MG	310040	Acaiaca	23.760,00
MG	310060	Água Boa	63.360,00
MG	310080	Aguanil	15.840,00
MG	310090	Águas Formosas	31.680,00
MG	310190	Alpinópolis	63.360,00
MG	310220	Alvarenga	7.920,00
MG	310230	Alvinópolis	31.680,00
MG	310240	Alvorada de Minas	15.840,00
MG	310260	Andradas	23.760,00
MG	310270	Cachoeira de Pajeú	7.920,00
MG	310280	Andrelândia	7.920,00
MG	310285	Angelândia	7.920,00



MG	310290	Antônio Carlos	7.920,00
MG	310300	Antônio Dias	15.840,00
MG	310350	Araguari	855.360,00
MG	310360	Arantina	15.840,00
MG	310375	Araporã	23.760,00
MG	310390	Araújos	7.920,00
MG	310400	Araxá	491.040,00
MG	310410	Arceburgo	7.920,00
MG	310420	Arcos	182.160,00
MG	310430	Areado	23.760,00
MG	310440	Argirita	7.920,00
MG	310450	Arinos	31.680,00
MG	310460	Astolfo Dutra	47.520,00
MG	310470	Ataléia	7.920,00
MG	310480	Augusto de Lima	31.680,00
MG	310490	Baependi	23.760,00
MG	310500	Baldim	31.680,00
MG	310510	Bambuí	55.440,00
MG	310520	Bandeira	23.760,00
MG	310530	Bandeira do Sul	15.840,00
MG	310610	Belmiro Braga	31.680,00
MG	310620	Belo Horizonte	1.496.880,00
MG	310650	Berilo	63.360,00
MG	310660	Bertópolis	7.920,00
MG	310665	Berizal	31.680,00
MG	310700	Biquinhas	7.920,00
MG	310710	Boa Esperança	7.920,00
MG	310740	Bom Despacho	79.200,00
MG	310750	Bom Jardim de Minas	7.920,00
MG	310800	Bom Sucesso	7.920,00
MG	310810	Bonfim	15.840,00
MG	310820	Bonfinópolis de Minas	23.760,00
MG	310825	Bonito de Minas	15.840,00
MG	310850	Botumirim	31.680,00
MG	310860	Brasília de Minas	23.760,00
MG	310870	Brás Pires	7.920,00
MG	310890	Brazópolis	15.840,00
MG	310920	Buenópolis	7.920,00
MG	310945	Cabeceira Grande	15.840,00
MG	310980	Cachoeira Dourada	15.840,00
MG	310990	Caetanópolis	7.920,00
MG	311000	Caeté	39.600,00
MG	311030	Caldas	7.920,00
MG	311070	Cambuquira	15.840,00
MG	311080	Campanário	47.520,00
MG	311110	Campina Verde	102.960,00
MG	311120	Campo Belo	158.400,00
MG	311140	Campo Florido	7.920,00
MG	311150	Campos Altos	7.920,00
MG	311160	Campos Gerais	47.520,00
MG	311180	Canápolis	39.600,00
MG	311190	Cana Verde	31.680,00



MG	311200	Candeias	15.840,00
MG	311205	Cantagalo	23.760,00
MG	311230	Capelinha	39.600,00
MG	311240	Capetinga	15.840,00
MG	311265	Capitão Andrade	15.840,00
MG	311270	Capitão Enéas	15.840,00
MG	311280	Capitólio	39.600,00
MG	311300	Caraí	23.760,00
MG	311330	Carangola	79.200,00
MG	311370	Carlos Chagas	31.680,00
MG	311390	Carmo da Cachoeira	31.680,00
MG	311400	Carmo da Mata	47.520,00
MG	311420	Carmo do Cajuru	15.840,00
MG	311430	Carmo do Paranaíba	39.600,00
MG	311440	Carmo do Rio Claro	47.520,00
MG	311450	Carmópolis de Minas	55.440,00
MG	311455	Carneirinho	31.680,00
MG	311460	Carrancas	7.920,00
MG	311500	Cascalho Rico	7.920,00
MG	311510	Cássia	55.440,00
MG	311530	Cataguases	23.760,00
MG	311535	Catas Altas	7.920,00
MG	311547	Catuti	15.840,00
MG	311570	Central de Minas	15.840,00
MG	311580	Centralina	31.680,00
MG	311600	Chalé	7.920,00
MG	311610	Chapada do Norte	23.760,00
MG	311615	Chapada Gaúcha	23.760,00
MG	311650	Claro dos Poções	31.680,00
MG	311660	Cláudio	71.280,00
MG	311690	Comendador Gomes	7.920,00
MG	311700	Comercinho	7.920,00
MG	311710	Conceição da Aparecida	15.840,00
MG	311730	Conceição das Alagoas	23.760,00
MG	311740	Conceição de Ipanema	23.760,00
MG	311750	Conceição do Mato Dentro	47.520,00
MG	311760	Conceição do Pará	15.840,00
MG	311770	Conceição do Rio Verde	7.920,00
MG	311780	Conceição dos Ouros	7.920,00
MG	311783	Cônego Marinho	23.760,00
MG	311787	Confins	7.920,00
MG	311800	Congonhas	174.240,00
MG	311820	Conquista	23.760,00
MG	311830	Conselheiro Lafaiete	71.280,00
MG	311840	Conselheiro Pena	31.680,00
MG	311880	Coração de Jesus	134.640,00
MG	311890	Cordisburgo	7.920,00
MG	311900	Cordislândia	7.920,00
MG	311910	Corinto	150.480,00
MG	311930	Coromandel	23.760,00
MG	311950	Coronel Murta	39.600,00
MG	311960	Coronel Pacheco	7.920,00



MG	311980	Córrego Danta	7.920,00
MG	311995	Córrego Fundo	15.840,00
MG	312000	Córrego Novo	15.840,00
MG	312010	Couto de Magalhães de Minas	7.920,00
MG	312015	Crisólita	7.920,00
MG	312020	Cristais	7.920,00
MG	312030	Cristália	15.840,00
MG	312050	Cristina	7.920,00
MG	312083	Cuparaque	23.760,00
MG	312090	Curvelo	7.920,00
MG	312100	Datas	7.920,00
MG	312120	Delfinópolis	7.920,00
MG	312160	Diamantina	71.280,00
MG	312180	Dionísio	7.920,00
MG	312200	Divino	63.360,00
MG	312210	Divino das Laranjeiras	23.760,00
MG	312220	Divinolândia de Minas	15.840,00
MG	312230	Divinópolis	174.240,00
MG	312235	Divisa Alegre	7.920,00
MG	312240	Divisa Nova	7.920,00
MG	312247	Dom Bosco	15.840,00
MG	312250	Dom Cavati	7.920,00
MG	312290	Dona Eusébia	15.840,00
MG	312310	Dores de Guanhões	7.920,00
MG	312320	Dores do Indaiá	55.440,00
MG	312352	Durandé	31.680,00
MG	312370	Engenheiro Caldas	15.840,00
MG	312380	Engenheiro Navarro	39.600,00
MG	312385	Entre Folhas	7.920,00
MG	312420	Espera Feliz	39.600,00
MG	312430	Espinosa	15.840,00
MG	312470	Estrela do Indaiá	23.760,00
MG	312510	Extrema	7.920,00
MG	312560	Felisburgo	7.920,00
MG	312570	Felixlândia	31.680,00
MG	312580	Fernandes Tourinho	15.840,00
MG	312590	Ferros	7.920,00
MG	312600	Florestal	23.760,00
MG	312620	Formoso	47.520,00
MG	312640	Fortuna de Minas	7.920,00
MG	312650	Francisco Badaró	15.840,00
MG	312670	Francisco Sá	15.840,00
MG	312675	Franciscópolis	15.840,00
MG	312680	Frei Gaspar	7.920,00
MG	312700	Fronteira	39.600,00
MG	312705	Fronteira dos Vales	15.840,00
MG	312707	Fruta de Leite	7.920,00
MG	312710	Frutal	126.720,00
MG	312720	Funilândia	31.680,00
MG	312730	Galiléia	15.840,00
MG	312733	Gameleiras	15.840,00
MG	312735	Glaucilândia	39.600,00



MG	312737	Goiabeira	7.920,00
MG	312738	Goianá	23.760,00
MG	312760	Gouveia	39.600,00
MG	312780	Grão Mogol	47.520,00
MG	312790	Grupiara	15.840,00
MG	312800	Guanhães	118.800,00
MG	312825	Guaraciama	31.680,00
MG	312830	Guaranésia	7.920,00
MG	312840	Guarani	23.760,00
MG	312860	Guarda-Mor	7.920,00
MG	312890	Guimarânia	7.920,00
MG	312930	Iapu	31.680,00
MG	312950	Ibiá	71.280,00
MG	312960	Ibiaí	15.840,00
MG	312965	Ibiracatu	39.600,00
MG	312970	Ibiraci	7.920,00
MG	313005	Icaraí de Minas	47.520,00
MG	313010	Igarapé	95.040,00
MG	313020	Igaratinga	7.920,00
MG	313030	Iguatama	23.760,00
MG	313050	Illicínea	15.840,00
MG	313070	Indianópolis	39.600,00
MG	313090	Inhapim	23.760,00
MG	313100	Inhaúma	15.840,00
MG	313110	Inimutaba	7.920,00
MG	313120	Ipanema	15.840,00
MG	313130	Ipatinga	55.440,00
MG	313140	Ipiaçu	31.680,00
MG	313160	Iraí de Minas	15.840,00
MG	313180	Itabirinha	31.680,00
MG	313200	Itacambira	15.840,00
MG	313210	Itacarambi	79.200,00
MG	313220	Itaguara	47.520,00
MG	313250	Itamarandiba	71.280,00
MG	313270	Itambacuri	23.760,00
MG	313290	Itamogi	23.760,00
MG	313310	Itanhandu	15.840,00
MG	313320	Itanhomi	79.200,00
MG	313330	Itaobim	23.760,00
MG	313350	Itapecerica	87.120,00
MG	313360	Itapeva	7.920,00
MG	313370	Itatiaiuçu	23.760,00
MG	313375	Itaú de Minas	31.680,00
MG	313400	Itinga	39.600,00
MG	313420	Ituiutaba	158.400,00
MG	313440	Iturama	15.840,00
MG	313450	Itutinga	31.680,00
MG	313460	Jaboticatubas	126.720,00
MG	313480	Jacuí	15.840,00
MG	313490	Jacutinga	63.360,00
MG	313505	Jaíba	31.680,00
MG	313507	Jampruca	31.680,00



MG	313510	Janaúba	102.960,00
MG	313520	Januária	23.760,00
MG	313530	Japaraíba	7.920,00
MG	313535	Japonvar	31.680,00
MG	313545	Jenipapo de Minas	23.760,00
MG	313550	Jequeri	31.680,00
MG	313580	Jequitinhonha	7.920,00
MG	313590	Jesuânia	7.920,00
MG	313600	Joaíma	23.760,00
MG	313610	Joanésia	23.760,00
MG	313640	Joaquim Felício	15.840,00
MG	313650	Jordânia	55.440,00
MG	313652	José Gonçalves de Minas	15.840,00
MG	313655	José Raydan	39.600,00
MG	313657	Josenópolis	15.840,00
MG	313660	Nova União	15.840,00
MG	313665	Juatuba	31.680,00
MG	313695	Juvenília	7.920,00
MG	313700	Ladainha	15.840,00
MG	313710	Lagamar	7.920,00
MG	313730	Lagoa dos Patos	23.760,00
MG	313740	Lagoa Dourada	15.840,00
MG	313750	Lagoa Formosa	15.840,00
MG	313753	Lagoa Grande	7.920,00
MG	313760	Lagoa Santa	23.760,00

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 09/02/2024 | Edição: 29-A | Seção: 1 - Extra A | Página: 46

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra

PORTARIA GM/MS Nº 3.160, DE 9 DE FEVEREIRO DE 2024

Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para regulamentar o incremento financeiro de que trata o art. 8º, inciso II, no caso de custeio de resposta a emergências em saúde pública no âmbito da Atenção Primária à Saúde, da Atenção Especializada à Saúde e da Vigilância em Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS.

A MINISTRA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º A Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º.....

....."(NR)

"CAPÍTULO II

INCREMENTO FINANCEIRO DE CUSTEIO PARA RESPOSTA A EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

Art. 8º-A Este Capítulo tem por objeto regulamentar o incremento de que trata o inciso II do art. 8º, para o caso de recursos de custeio destinados aos entes subnacionais para resposta às emergências em saúde pública no âmbito da Atenção Primária à Saúde, da Atenção Especializada à Saúde e da Vigilância em Saúde do SUS.

§ 1º Para os fins deste Capítulo, são casos de emergências em saúde pública:

I - situações epidemiológicas, considerando os seguintes fatores:

- a) risco de disseminação nacional;
- b) agentes infecciosos inesperados;
- c) reintrodução de doença erradicada;
- d) gravidade elevada; e
- e) extrapolação da capacidade de resposta municipal ou estadual.

II - situações de desastres, considerando os seguintes fatores:

- a) emergência ou calamidade pública por desastres que impliquem atuação direta na área de saúde pública; e
- b) ausência de condições de atendimento às demandas por ações e serviços públicos de saúde em virtude da situação de desastre; e

III - situações de desassistência à população, considerando os seguintes fatores:

- a) risco à saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento às demandas por ações e serviços públicos de saúde; e
- b) extrapolação da capacidade de resposta municipal ou estadual.



§ 2º Para os fins deste Capítulo, define-se resposta como a prestação de serviços de emergência, vigilância e atenção em saúde durante ou imediatamente após uma emergência, visando salvar vidas e reduzir os impactos à saúde da população e às ações e serviços públicos de saúde.

§ 3º A obtenção de recursos para financiamento das demais fases de gestão de uma emergência, inclusive por intermédio do art. 8º, incisos I e II desta Portaria de Consolidação, não é objeto deste Capítulo.

Art. 8º-B A solicitação para o recebimento do incremento financeiro emergencial de custeio deverá ser encaminhada por gestor do(s) ente(s) subnacional(is) interessado(s) ao Departamento de Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde, via ofício, acompanhada do(s) Decreto(s) de Declaração de Emergência em Saúde Pública respectivo(s).

§ 1º Além da documentação prevista no caput, o solicitante deverá encaminhar, em até trinta dias após o recebimento do primeiro repasse, Plano de Ação de Enfrentamento à Emergência em Saúde Pública, sob pena de devolução do recurso já recebido.

§ 2º O Plano de Ação a que se refere § 1º deste artigo compreenderá:

I - apresentação da condição de saúde local, considerando a situação epidemiológica, necessidade de atendimento à população e a sobrecarga da rede assistencial;

II - informações sobre a capacidade instalada da Rede de Atenção e o aumento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS);

III - descrição das ações de saúde a serem realizadas, de forma detalhada e com os respectivos valores estimados, nos eixos da Atenção Primária, da Atenção Especializada e da Vigilância em Saúde, em virtude da situação, para enfrentar a emergência de saúde pública; e

IV - no caso de Plano de Ação com participação de mais de um ente federativo, deverá haver a previsão da divisão de responsabilidades entre os entes, bem como dos recursos a serem repassados a cada um, bem como a respectiva aprovação do Plano em CIB.

§ 3º Para os fins do inciso IV do § 2º, será admitida a aprovação pela CIB ad referendum.

§ 4º O Plano de Ação deverá abranger o período do decreto de emergência em saúde pública, desde o primeiro repasse com base neste Capítulo, e será condição para o recebimento de qualquer repasse posterior ao primeiro.

§ 5º Após a avaliação inicial pelo Departamento de Emergências em Saúde Pública, a solicitação será analisada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde, as quais emitirão parecer conjunto para subsidiar a tomada de decisão de que trata este Capítulo.

§ 6º O deferimento das solicitações e o repasse do incremento financeiro de custeio estarão condicionados à disponibilidade financeiro-orçamentária do Ministério da Saúde.

§ 7º Após a aprovação da solicitação, será publicada portaria de homologação e financiamento pela Ministra de Estado da Saúde.

Art. 8º-C O incremento financeiro de custeio de que trata este ato considerará, em regra, as seguintes diretrizes:

I - no caso de demandas de Atenção Primária à Saúde (APS), o cálculo do incremento financeiro terá como referência o valor financeiro destinado ao financiamento das equipes, programas ou serviços da APS cofinanciados pelo Ministério da Saúde, podendo ser transferido, no primeiro repasse, o valor de até uma parcela tendo como base a última parcela destinada ao ente federativo, sem prejuízo de parcelas adicionais em virtude da persistência das condições previstas neste ato, considerando, conforme o caso, os valores previstos no plano apresentado e aprovado;

II - no caso de demandas da Atenção Especializada, o cálculo do incremento financeiro considerará a assistência à saúde prestada pela Rede de Atenção às Urgências, tendo como referência 10% dos valores financeiros da produção ambulatorial registrada como procedimentos em "Caráter de Atendimento de Urgência", no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), considerando a



série histórica dos últimos doze meses registrados no sistema, sendo os repasses feitos de forma mensal durante a vigência do decreto de emergência, considerando, conforme o caso, os valores previstos no plano apresentado e aprovado; e

III - no caso de demandas de Vigilância em Saúde, o cálculo do incremento financeiro relacionado às ações de vigilância em saúde no enfrentamento da emergência de saúde pública terá como referência o valor mensal do teto de vigilância em saúde, sendo os repasses feitos de forma mensal durante a vigência do decreto de emergência, considerando, conforme o caso, os valores previstos no plano apresentado e aprovado.

§ 1º No âmbito da APS, quando aplicável, o Ministério da Saúde poderá, ainda, enquanto estiver em vigor Decreto de Declaração de Emergência em Saúde Pública:

I - realizar pagamento por desempenho integral com 100% (cem por cento) de alcance da meta estabelecida;

II - suspender o credenciamento de equipes, programas e serviços; e

III - não aplicar as regras de suspensão da transferência de recursos relativa às equipes da APS decorrentes da ausência de cadastro de profissional no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e, no caso das equipes do Componente de Ações Estratégicas, do não envio de produção pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB.

§ 2º São condições para os repasses de que trata este artigo:

I - para a primeira parcela: a apresentação e aprovação de solicitação de incremento acompanhada de Decreto de Declaração de Emergência em Saúde Pública em vigor; e

II - para os demais repasses: aprovação do Plano de Ação de Enfrentamento à Emergência em Saúde Pública, previsão do repasse no plano e vigência do Decreto de Declaração de Emergência em Saúde Pública.

§ 3º No caso de insuficiência do valor repassado em razão da continuidade da resposta à emergência, os entes interessados poderão fazer novas solicitações de repasses na forma deste Capítulo.

§ 4º O repasse em valores não compatíveis com o disposto no caput deste artigo será excepcional e sua solicitação deverá ser objeto de justificativa específica do(s) ente(s) solicitante(s) a ser apresentada com a documentação de que trata o art. 8º-B, junto com toda a comprovação pertinente para análise.

Art. 8º-D O incremento financeiro de custeio será repassado na modalidade fundo a fundo aos entes federativos, conforme Plano de Ação de Enfrentamento à Emergência em Saúde Pública.

§ 1º O Fundo Nacional de Saúde - FNS adotará as medidas necessárias para a transferência dos recursos estabelecidos neste Capítulo aos respectivos Fundos de Saúde, em conformidade com os processos de pagamento instruídos.

§ 2º O incremento financeiro de custeio de que trata este Capítulo será disponibilizado no Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, conforme inciso I do art. 3º desta Portaria de Consolidação.

§ 3º No caso de solicitação feita por mais de um ente federativo em conjunto, o repasse ocorrerá em conformidade com o previsto no Plano de Ação aprovado na CIB.

Art. 8º-E O incremento financeiro de custeio de que trata este Capítulo:

I - deverá ser utilizado em despesas de custeio relacionadas ao atendimento da emergência em saúde pública, no âmbito da Atenção Primária, da Atenção Especializada e da Vigilância em Saúde do SUS;

II - não poderá ser utilizado em despesas que não se enquadrem no Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, como construção ou ampliação de edificações e aquisição de material permanente, entre outras; e

III - deverá ser utilizado no exercício corrente.

§ 1º Os recursos de custeio poderão ser destinados à pagamento de pessoal, aquisição de medicamentos, logística e outras despesas correntes no âmbito da resposta à emergência.



§ 2º Sem prejuízo da cessação dos repasses do incremento financeiro, eventuais recursos remanescentes do repasse de que trata este Capítulo poderão ser utilizados em outras ações do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, respeitada a respectiva classificação orçamentária, nas seguintes hipóteses:

I - cumprimento integral do Plano de Ação de Enfrentamento à Emergência em Saúde Pública; ou

II - encerramento da situação de emergência em saúde pública antes do prazo previsto no Plano de Ação de Enfrentamento à emergência em saúde pública.

Art. 8º-F Os entes federativos que receberem o incremento financeiro de custeio de que trata este Capítulo deverão:

I - publicizar, semanalmente, a evolução da situação de saúde; e

II - registrar os atendimentos na base de dados nacional do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS ou no E-SUS APS, assim como registrar os casos e óbitos nos respectivos sistemas de informação da vigilância em saúde.

Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso II do caput, o registro dos atendimentos também deverá ser realizado para os leitos criados, ainda que haja glosa automática pela ausência de habilitação.

Art. 8º-G O monitoramento da utilização dos recursos financeiros será realizado pelas Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde, por meio da análise da documentação produzida na forma do art. 8º-F, sem prejuízo da possibilidade de solicitação, a qualquer tempo de relatórios de execução do Plano de Ação de Enfrentamento à Emergência em Saúde Pública, com informações físicas e financeiras.

Parágrafo único. O monitoramento de que trata o caput não dispensa o ente beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros recebidos, por meio do Relatório Anual de Gestão - RAG.

Art. 8º-H Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo FNS foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, será aplicado o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012." (NR)

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

NÍSIA TRINDADE LIMA

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 31/12/2024 | Edição: 251-B | Seção: 1 - Extra B | Página: 25
Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra

PORTARIA GM/MS Nº 6.495, DE 31 DE DEZEMBRO DE 2024

Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para regulamentar o incremento financeiro de que trata o art. 8º, inciso II, no caso de custeio para preparação e resposta a emergências em saúde pública no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE SUBSTITUTO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º A Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"CAPÍTULO II

INCREMENTO FINANCEIRO DE CUSTEIO PARA PREPARAÇÃO E RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA"

"Art. 8º-A Este Capítulo tem por objeto regulamentar o incremento de que trata o inciso II do art. 8º, para o caso de recursos de custeio destinados aos entes subnacionais para preparação e resposta às emergências em saúde pública no âmbito do SUS.

§ 1º Para os fins deste Capítulo, são casos de emergências em saúde pública:

I - situações epidemiológicas, considerando os seguintes fatores:

- a) risco de epidemias;
- b) detecção de novos agentes infecciosos;
- c) reintrodução de doença erradicada;
- d) gravidade elevada; e
- e) extrapolação da capacidade de resposta municipal ou estadual;

II - situações de desastres e crises climáticas, considerando os seguintes fatores:

- a) decretação de emergência em saúde pública ou calamidade pública por desastre natural ou tecnológico pelo ente demandante;
- b) ausência de condições de atendimento às demandas por ações e serviços públicos de saúde em virtude da situação de desastre; e
- c) alertas de emergências climáticas que ensejem medida de preparação contra a desassistência à saúde;

III - situações de desassistência à população, considerando os seguintes fatores:

- a) risco à saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento às demandas por ações e serviços públicos de saúde; e
- b) extrapolação da capacidade de resposta à emergência de saúde pública.

§ 2º Para os fins deste Capítulo, define-se:

I - preparação: ações que visam fortalecer as capacidades, prevenir e preparar o sistema de saúde para potenciais emergências em saúde pública;

II - resposta: ações de vigilância e atenção em saúde implementadas durante uma emergência em saúde pública de forma a mitigar os danos, controlar a situação e proteger a saúde da população.



§ 3º A obtenção de recursos para financiamento de custeio para preparação e resposta às emergências em saúde pública deverá observar as fases disciplinadas nesta portaria." (NR)

Art. 8º-B O recurso emergencial para preparação estará disponível somente em casos de situação de risco de emergências em saúde pública por situações epidemiológicas que indiquem potencial epidemia decorrentes de arboviroses.

§1º A solicitação para o recebimento do incremento financeiro emergencial de custeio de ações de preparação deverá ser encaminhada ao Departamento de Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde, via ofício, acompanhada de Plano de Ação de Preparação para a Emergência em Saúde Pública.

§ 2º O Plano de Ação de que trata este artigo deverá observar o modelo disponível no endereço eletrônico do Ministério da Saúde na internet e compreenderá:

I - apresentação da condição de saúde local, considerando a situação epidemiológica que demonstre risco potencial de emergência em saúde pública;

II - informações sobre a capacidade instalada da Rede de Atenção e a possibilidade de sobrecarga dos serviços públicos de saúde; e

III - descrição das ações de saúde a serem realizadas, de forma detalhada e com os respectivos valores estimados, nos eixos da Atenção em Saúde, Vigilância em Saúde e da Assistência Farmacêutica, em virtude da situação, para enfrentar a emergência de saúde pública.

§3º No caso de Plano de Ação com participação de mais de um ente federativo, deverá haver a previsão da divisão de responsabilidades entre os entes, bem como dos recursos a serem repassados a cada um e a respectiva aprovação do Plano na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

§ 4º Para os fins do previsto no § 3º, será admitida a aprovação pela CIB ad referendum com posterior apresentação da Resolução CIB ao Ministério da Saúde no prazo máximo de sessenta dias, sob pena de devolução do recurso.

§ 5º O solicitante deverá encaminhar ao Ministério da Saúde, na forma do §6º, em até trinta dias após o recebimento do repasse, informações quanto ao andamento da execução do Plano de Ação de Preparação à Emergência em Saúde Pública como condição para o recebimento de qualquer repasse posterior e sob pena de devolução do recurso já recebido.

§ 6º Após a análise do Plano de Ação encaminhado ao Departamento de Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde - DEMSP/SVSA/MS, a solicitação será analisada, no que couber, pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde do Ministério da Saúde, as quais emitirão parecer no âmbito de suas competências para subsidiar a tomada de decisão de que trata este Capítulo.

§ 7º O prazo para apresentação do Plano de Ação poderá ser prorrogado pelo DEMSP, mediante formalização processual, devendo avaliar se a instrução apresenta a justificativa, acompanhado de elementos probatórios que possibilite anteceder a destinação que se pretende aos recursos.

§ 8º O deferimento das solicitações e o repasse do incremento financeiro de custeio para preparação estarão condicionados à disponibilidade financeiro-orçamentária do Ministério da Saúde.

§ 9º Após a emissão de parecer favorável pelas áreas técnicas, será publicada portaria de homologação e financiamento pela Ministra de Estado da Saúde.

§ 10º Compete à Secretaria de Atenção Primária à Saúde, à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde e à Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde, no que couber, a definição do elenco de materiais, insumos de saúde e tecnologias à vigilância para o enfrentamento da potencial emergência em saúde pública.

Art. 8º-C O recurso emergencial para resposta estará disponível para emergências em saúde pública por situações epidemiológicas, desastres, crises climáticas e desassistência à população.



§ 1º A solicitação para o recebimento do incremento financeiro emergencial de custeio de que trata este artigo deverá ser encaminhada ao Departamento de Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde, via ofício, acompanhada do respectivo Decreto de Declaração de Emergência em Saúde Pública ou de Calamidade Pública, desde que neste caso relacionado às questões de saúde pública.

§ 2º Além da documentação prevista no §1º, o solicitante deverá encaminhar, em até trinta dias após o recebimento do primeiro repasse, Plano de Ação de Resposta à Emergência em Saúde Pública, sob pena de devolução do recurso já recebido.

§ 3º O prazo para apresentação do Plano de Ação poderá ser prorrogado pelo DEMSP, mediante formalização processual, devendo avaliar se a instrução apresenta de forma clara e transparente, os motivos que justificam a necessidade de prorrogação do prazo.

§ 4º O Plano de Ação que trata este artigo deverá observar o modelo disponível no endereço eletrônico do Ministério da Saúde na internet e compreenderá:

I - apresentação da condição de saúde local, considerando a situação epidemiológica, necessidade de atendimento à população e a sobrecarga da rede assistencial;

II - informações sobre a capacidade instalada da Rede de Atenção e o aumento das ações e serviços públicos de saúde ou, se for o caso, de situações de desastres, informações sobre desassistência em decorrência de isolamento e dificuldade de acesso às ações e serviços públicos de saúde;

III - descrição das ações de saúde a serem realizadas, com os respectivos valores estimados, nos eixos da Atenção Primária, da Atenção Especializada, Vigilância em Saúde e da Assistência Farmacêutica, no que couber, em virtude da situação, para enfrentar a emergência de saúde pública; e

IV - apresentação de informações sobre danos estruturais na rede de saúde e perda de insumos de saúde, em casos de desastres ou crises climáticas.

§ 5º No caso de Plano de Ação com participação de mais de um ente federativo, deverá haver a previsão da divisão de responsabilidades entre os entes, bem como dos recursos a serem repassados a cada um e a respectiva aprovação do Plano na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

§ 6º Para os fins do previsto no § 5º, será admitida a aprovação pela CIB ad referendum com posterior apresentação da Resolução CIB ao Ministério da Saúde no prazo máximo de sessenta dias, sob pena de devolução do recurso.

§ 7º Em caso de necessidade de um novo repasse, deverá ser enviado um novo Plano de Ação de Resposta para a Emergência em Saúde Pública contendo ações não finalizadas ou não contempladas anteriormente e que necessitam de novo incremento para execução, respeitando o § 4º.

§ 8º Após a análise pelo Departamento de Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde, a solicitação será analisada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente e pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde do Ministério da Saúde, as quais emitirão parecer para subsidiar a tomada de decisão de que trata este Capítulo.

§ 9º O deferimento das solicitações e o repasse do incremento financeiro de custeio para resposta estarão condicionados à disponibilidade financeiro-orçamentária do Ministério da Saúde.

§ 10º Após emissão de parecer favorável pelas áreas técnicas, será publicada portaria de homologação e financiamento pela Ministra de Estado da Saúde.

Art. 8º-D O incremento financeiro de custeio de que trata este ato considerará:

I - no caso de demandas de Atenção Primária à Saúde (APS) os procedimentos para habilitação constantes do Anexo CVI; e

II - no caso de demandas da Atenção Especializada os procedimentos para habilitação constantes do Anexo CVII.

Art. 8º-E O incremento financeiro de custeio de que trata este ato considerará as seguintes diretrizes:



I - no caso de demandas de Atenção Primária à Saúde (APS), o cálculo do incremento financeiro terá como referência o valor financeiro destinado ao financiamento das equipes, programas ou serviços da APS cofinanciados pelo Ministério da Saúde, podendo ser transferido, no primeiro repasse, o valor de até uma parcela, tendo como base a última parcela destinada ao ente federativo, sem prejuízo das demais parcelas previstas no plano apresentado e aprovado pelo Ministério da Saúde;

II - no caso de demandas da Atenção Especializada, o cálculo do incremento financeiro considerará a assistência à saúde prestada pela Rede de Atenção às Urgências, tendo como referência 10% (dez por cento) dos valores financeiros da produção ambulatorial registrada como procedimentos em "Caráter de Atendimento de Urgência", no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), considerando a série histórica dos últimos doze meses registrados no sistema, sendo os repasses feitos de forma mensal, conforme o caso, a partir dos valores previstos no plano apresentado e aprovado;

III - no caso de demandas de Vigilância em Saúde, o cálculo do incremento financeiro relacionado às ações de vigilância em saúde no enfrentamento da emergência de saúde pública terá como referência o valor mensal do teto de vigilância em saúde, sendo os repasses feitos de forma mensal, considerando, conforme o caso, os valores previstos no plano apresentado e aprovado; e

IV - no caso de demandas de Assistência Farmacêutica, o cálculo do incremento financeiro deve estar relacionado aos estoques de medicamentos dos componentes básico e especializado, insumos e outras despesas relacionadas à manutenção de serviços das farmácias e centrais de abastecimento farmacêutico atingidos por eventuais situações descritas no §1º do do art. 8º-A, considerando as regras de financiamento dos referidos componentes e os valores previstos no plano apresentado e aprovado:

a) para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, o primeiro repasse terá como referência o valor financeiro destinado ao financiamento de até uma parcela da contrapartida federal conforme pactuação da Comissão Intergestores Tripartite vigente;

b) para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, o primeiro repasse a ser realizado ao Estado terá como referência a média mensal do último repasse trimestral referente ao grupo 1B do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e

c) para as despesas de manutenção dos serviços de farmácias e centrais de abastecimento farmacêutico municipais impactados, o primeiro repasse aos municípios equivalerá a uma parcela trimestral, conforme as regras previstas no Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS).

§ 1º No âmbito da APS, quando aplicável, o Ministério da Saúde poderá, ainda:

I - realizar pagamento por desempenho integral com 100% (cem por cento) de alcance da meta estabelecida;

II - suspender o descredenciamento de equipes, programas e serviços; e

III - não aplicar as regras de suspensão da transferência de recursos relativa às equipes da APS decorrentes da ausência de cadastro de profissional no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, e, no caso das equipes do componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras competições de equipes que atuam na APS e componente para Atenção à Saúde Bucal.

§ 2º São condições para os repasses de recursos para resposta:

I - para o primeiro repasse: apresentação e aprovação de solicitação de incremento acompanhada de Decreto de Declaração de Emergência em Saúde Pública ou de Calamidade Pública, desde que neste caso relacionado às questões de saúde pública; e

II - para os demais repasses: aprovação do Plano de Ação de Enfrentamento à Emergência em Saúde Pública, previsão de repasse no plano e vigência do Decreto de Declaração de Emergência em Saúde Pública ou de Calamidade Pública, desde que neste caso relacionado às questões de saúde pública.

§ 3º No caso de insuficiência do valor repassado em razão da continuidade da resposta à emergência, os entes interessados poderão fazer novas solicitações de repasses na forma deste Capítulo.



§ 4º No caso de múltiplas emergências em saúde pública envolvendo o mesmo ente, estados e municípios poderão requerer novos incrementos com base no previsto nos art. 8º-C e 8-D, condicionados à disponibilidade financeiro-orçamentária do Ministério da Saúde.

§ 5º O repasse em valores não compatíveis com o disposto no caput deste artigo será excepcional e sua solicitação deverá ser objeto de justificativa específica do ente solicitante a ser apresentada com a documentação de que trata o art. 8º-C e D, junto com toda a comprovação pertinente para análise.

Art. 8º-F O incremento financeiro de custeio será repassado na modalidade fundo a fundo aos entes federativos, conforme Plano de Ação de Preparação para a Emergência em Saúde Pública ou Plano de Ação de Resposta para a Emergência em Saúde Pública.

§ 1º O Fundo Nacional de Saúde - FNS adotará as medidas necessárias para a transferência dos recursos estabelecidos neste Capítulo aos respectivos Fundos de Saúde, em conformidade com os processos de pagamento instruídos.

§ 2º O incremento financeiro de custeio de que trata este Capítulo será disponibilizado no Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, conforme inciso I do art. 3º desta Portaria de Consolidação.

§ 3º No caso de solicitação feita por mais de um ente federativo em conjunto, o repasse ocorrerá em conformidade com o previsto no Plano de Ação aprovado na CIB.

Art. 8º-G O incremento financeiro de custeio de que trata este Capítulo:

I - deverá ser utilizado em despesas de custeio relacionadas ao atendimento da emergência em saúde pública, no âmbito da Atenção Primária, da Atenção Especializada, Vigilância em Saúde e da Assistência Farmacêutica;

II - não poderá ser utilizado em despesas que não se enquadrem no Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e

III - deverá ser utilizado no exercício corrente, salvo se o recurso for disponibilizado nos últimos dois meses do ano.

§ 1º Os recursos de custeio poderão ser destinados à pagamento de pessoal, aquisição de medicamentos, logística e outras despesas correntes no âmbito da preparação e resposta à emergência em saúde pública.

§ 2º Sem prejuízo da cessação dos repasses do incremento financeiro, eventuais recursos remanescentes do repasse de que trata este Capítulo poderão ser utilizados em outras ações do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, respeitada a respectiva classificação orçamentária, nas seguintes hipóteses:

I - cumprimento integral do Plano de Ação de Preparação para a Emergência em Saúde Pública ou Plano de Ação de Resposta para a Emergência em Saúde Pública; e

II - encerramento da situação de emergência em saúde pública antes do prazo previsto no Plano de Ação de Resposta para a Emergência em Saúde Pública.

Art. 8º-H Os entes federativos que receberem o incremento financeiro de custeio de que trata este Capítulo deverão:

I - publicizar, periodicamente, a evolução da situação de saúde por meio de Boletim Informativo contendo, quando for o caso, as informações relacionadas a:

- a) número de casos prováveis;
- b) número de casos confirmados;
- c) número de óbitos;
- d) número de óbitos confirmados;
- e) número de pontos de hidratação ativos;
- f) número de pacientes internados por suspeita/confirmação;



g) taxa de ocupação hospitalar; e

h) tempo médio de permanência;

II - registrar os atendimentos na base de dados nacional do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS ou no E-SUS APS e Sistema de Informação de agravos de Notificação - Sinan e Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM;

III - transmitir informações ao Ministério da Saúde, por meio da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS), sobre entradas, saídas e dispensações de medicamentos adquiridos, utilizando o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - Hórus ou outro sistema do Ministério da Saúde que o venha substituir - ou Sistema próprio, por meio do serviço WebService.

Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso II do caput, o registro dos atendimentos também deverá ser realizado para os leitos criados, ainda que haja glosa automática pela ausência de habilitação.

Art. 8º-I O acompanhamento da utilização dos recursos financeiros será realizado pelas Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente e pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde do Ministério da Saúde, no que couber, por meio da análise da documentação produzida na forma dos arts. 8º-B e C, sem prejuízo da possibilidade de solicitação, a qualquer tempo de relatórios de execução do Plano de Ação de Preparação para a Emergência em Saúde Pública ou do Plano de Ação de Resposta para a Emergência em Saúde Pública, com informações físicas e financeiras.

Parágrafo único. O acompanhamento de que trata o caput não dispensa ou substitui o ente beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros recebidos, por meio do Relatório Anual de Gestão - RAG.

Art. 8º-J Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo FNS foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, será aplicado o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012." (NR)

Art. 2º A Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar acrescida dos Anexos CVI e CVII, na forma do Anexo a esta Portaria.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SWEDENBERGER DO NASCIMENTO BARBOSA

ANEXO

ANEXO CVI à Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017

Procedimentos para habilitação na Atenção Primária à Saúde.

Art. 1º Este anexo dispõe sobre incremento financeiro de custeio, em caráter excepcional e temporário, referente à ampliação de profissionais às equipes de saúde da família para fins de aumento da capacidade assistencial no atendimento exclusivo de usuários com suspeita ou com confirmação de arboviroses e sobre o procedimento para implementação dessas equipes.

Art. 2º O Distrito Federal e os municípios com aumento da incidência dos casos prováveis de arboviroses, por mais de 4 (quatro) semanas epidemiológicas consecutivas, poderão solicitar a ampliação de profissionais às equipes de saúde da família na atenção primária nos seguintes estabelecimentos de saúde:

I - UBS Porte III: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 3 (três) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 3 (três) Equipes de Atenção Básica; e

II - UBS Porte IV: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica.

Parágrafo único. Para ampliação de profissionais às equipes, os estabelecimentos de saúde deverão observar as orientações constantes no Manual "Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico" disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.



Art. 3º A ampliação de profissionais que trata este Anexo, deverá constar obrigatoriamente no Plano de Enfrentamento à Dengue e outras arboviroses dos municípios e Distrito Federal, aprovado por deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em conformidade com o Plano Nacional de Enfrentamento à Dengue e outras Arboviroses.

Art. 4º As solicitações de ampliação de profissionais das equipes deverão ser encaminhadas ao Ministério da Saúde por meio do Portal e-Gestor. Após o processo de adesão, será gerado um Termo de Compromisso que formaliza as responsabilidades dos gestores no cumprimento das propostas apresentadas nos respectivos planos.

Art. 5º A ampliação de profissionais das equipes conforme o art. 2º será objeto de portaria específica, após avaliação pelo Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (DESCO/SAPS/MS).

Art. 6º Os entes federativos ficam obrigados a promover a vinculação dos profissionais de saúde ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como manter atualizados os registros de atendimento no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (e-SUS APS).

Art. 7º A composição da equipe objeto deste Anexo poderá ser constituída pelas categorias profissionais mínimas previstas para as equipes de Atenção Primária, quais sejam: médico, enfermeiro e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem.

§1º A incorporação e a quantidade de cada profissional à equipe serão definidas de acordo com a necessidade e demandas de cada território, a critério do gestor competente.

Art. 8º O custeio para ampliação de profissionais às equipes de saúde da família será de R\$ 22.133,00 (vinte e dois mil, cento e trinta e três reais) e será repassado em parcela única referente ao período de 3 (três) meses.

§1º Para fins deste artigo considera-se os valores de pagamento por categoria profissional:

a) incremento de profissional médico o valor de referência equivalente à bolsa-formação do Programa Mais Médicos, perfazendo o valor de R\$ 14.058,00 (quatorze mil e cinquenta e oito reais); e

b) incremento de enfermeiro(s) e Técnico(s) de Enfermagem o valor de referência equivalente ao piso da enfermagem, conforme estabelecido na legislação vigente, sendo R\$ 4.750,00 (quatro mil setecentos e cinquenta reais) e R\$ 3.325,00 (três mil, trezentos e vinte e cinco reais), respectivamente.

Art. 9º O descumprimento do disposto nesta Portaria ensejará a devolução dos recursos recebidos, nos termos das normas aplicáveis.

ANEXO CVII à Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017

Procedimentos para habilitação na Atenção Especializada à Saúde.

Art. 1º Este anexo dispõe sobre incremento financeiro de custeio, em caráter excepcional e temporário, referente à ampliação de pontos de assistência e hidratação na Rede de Urgência para o atendimento exclusivo de pacientes com suspeita ou com confirmação de dengue ou outras arboviroses e sobre o procedimento para habilitação dos polos de hidratação.

Parágrafo único. Considera-se polo de hidratação a estrutura temporária que amplia a capacidade assistencial instalada com pontos de hidratação e fluxo específico para atendimento aos casos suspeitos e confirmados de dengue.

Art. 2º Os entes federativos Estaduais, Distrital e Municipais com aumento da incidência dos casos prováveis de dengue ou outras arboviroses, por mais de quatro semanas epidemiológicas consecutivas, com ampliação de espaços específicos para atendimento de pacientes com suspeita ou com confirmação de dengue, poderão solicitar habilitação de Polos de Hidratação nos seguintes estabelecimentos de saúde:

I - Pronto Socorro 24h;

II - Serviços de Pronto Atendimento 24h; e

III - Hospital Geral com Porta de Entrada de Urgência 24h.



§ 1º A habilitação de que trata este Anexo deve ser aplicada a novos pontos de hidratação, no sentido de uma ampliação real da oferta.

§ 2º A habilitação de que trata este Anexo não se aplica às salas de medicação e de hidratação, aos leitos de observação e aos leitos de emergência operacionais existentes nos serviços de urgência 24h, os quais deverão manter o fluxo assistencial à demanda de rotina dos serviços.

§ 3º Para fins de habilitação o Ministério da Saúde deverá tratar prioritariamente os municípios com piores indicadores epidemiológicos e com capacidade de instalação.

Art. 3º São requisitos para habilitação de que trata este Anexo:

I - os estabelecimentos de saúde e os Polos de Hidratação devem constar obrigatoriamente no Plano de Enfrentamento à Dengue e outras arboviroses, aprovado por deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em conformidade com o Plano de Ação para Redução da Dengue e outras Arboviroses;

II - os serviços 24h nos quais os polos de hidratação serão instalados deverão dispor de oferta laboratorial, própria ou terceirizada, que disponibilize hemograma em tempo oportuno;

III - dispor de equipe técnica assistencial capacitada em conformidade com o documento "Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico" disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde;

IV - garantir, não apenas estrutura, mas um fluxo assistencial, separado e específico, adequado para o manejo clínico qualificado da dengue, desde a organização da fila, classificação de risco, estadiamento, manejo clínico, reavaliação clínica e critérios de alta garantido aos casos em estadiamento C e encaminhamento adequado no estadiamento D; e

V - os atendimentos realizados pelos pontos de hidratação habilitados deverão ser realizados, preferencialmente, pelo e-sus APS para qualificar o registro e possibilitar a busca dos pacientes pela atenção primária em saúde.

Parágrafo único. Caso o gestor opte pela alocação de máquina para hemograma automatizada, deve incluir um profissional que opere a máquina 24 horas por dia, inclusive se for do tipo point of care.

Art. 4º As solicitações de habilitação dos polos de hidratação de que trata este Anexo deverão ser encaminhadas ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) contendo:

I - ofício de formalização do pleito de habilitação dos polos de hidratação, assinado e encaminhado pelo Chefe do Poder Executivo estadual, distrital ou municipal ou Secretário de Saúde estadual, distrital ou municipal;

II - declaração do gestor quanto ao atendimento às diretrizes contidas no documento "Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico" disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde;

III - declaração do gestor de que o estabelecimento possui equipe profissional, equipamentos e insumos suficientes para operacionalização dos Polos de Hidratação;

IV - formalização da instituição do Grupo de Apoio Técnico Estratégico (GATE) com designação dos seus integrantes, devendo o mesmo ser composto por pelo menos um profissional de referência para a vigilância, uma referência para a atenção primária, uma referência para a rede de urgência local e uma referência para a gestão municipal/estadual, preferencialmente sendo todos servidores;

V - comprovação da execução das atividades de capacitação das equipes no diagnóstico e manejo clínico da dengue, conforme o documento "Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico" disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde;

VI - termo de compromisso do gestor que garanta a realização de exames de hemograma a cada duas horas para os pacientes com indicação conforme fluxograma do documento "Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico"; e

VII - termo de compromisso do gestor do serviço hospitalar de referência para internação dos pacientes com dengue com vistas a informar, diariamente, o número de pacientes internados com suspeita ou com confirmação de dengue.



Parágrafo único. Nos municípios com território indígena, a composição do GATE, além dos profissionais citados no inciso IV, deverá ocorrer com pelo menos um representante de cada um dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) existentes no território.

Art. 5º As habilitações dos polos de hidratação instalados conforme o art. 2º serão objeto de portaria específica, após avaliação pelo Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU/SAES/MS).

Art. 6º As análises da documentação encaminhada e o exame do cumprimento dos requisitos constantes deste Anexo serão realizados pela Coordenação-Geral de Urgência, área técnica do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (DAHU/SAES/MS).

Art. 7º O custeio dos polos de hidratação habilitados considerará o valor de R\$ 6.500,00 (seis mil e quinhentos reais) por mês por ponto ampliado e será repassado em parcela única referente ao período de três meses.

Parágrafo único. O recurso de custeio será acrescido em 30% (trinta por cento) para polo de hidratação localizado em município situado na região da Amazônia Legal.

Art. 8º O cálculo para ampliar as estruturas e ações de assistência deve levar em conta a distribuição dos casos ao longo de vinte semanas ou cinco meses, considerando este o tempo de duração do ciclo da dengue.

§1º A referência para o cálculo descrito no caput deverá ser o maior índice de casos prováveis (notificados) dos últimos cinco anos.

§2º O quantitativo máximo dos pontos de hidratação, por município, a serem habilitados pelo Ministério da Saúde seguirá a seguinte base de cálculo:

- a) em um ciclo de vinte semanas (ou cinco meses) o terceiro e o quarto mês são os de maior incidência representando, cada um, 25% (vinte e cinco por cento) do total de pacientes acometidos por dengue em um ciclo anual;
- b) o valor referente ao mês de maior incidência deve ser dividido por trinta, gerando o número de atendimentos por dia.
- c) a partir do número de pacientes atendidos por dia, estima-se a necessidade de 10% desse número para ampliação de pontos de hidratação junto à Rede de Urgência.

Art. 9º O descumprimento do disposto neste Anexo ensejará a devolução dos recursos recebidos, nos termos das normas aplicáveis.

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

