



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

Edição Especial
Novembro - 2025

Panorama da Chikungunya no Distrito Federal: 2016 a 2025

1 INTRODUÇÃO

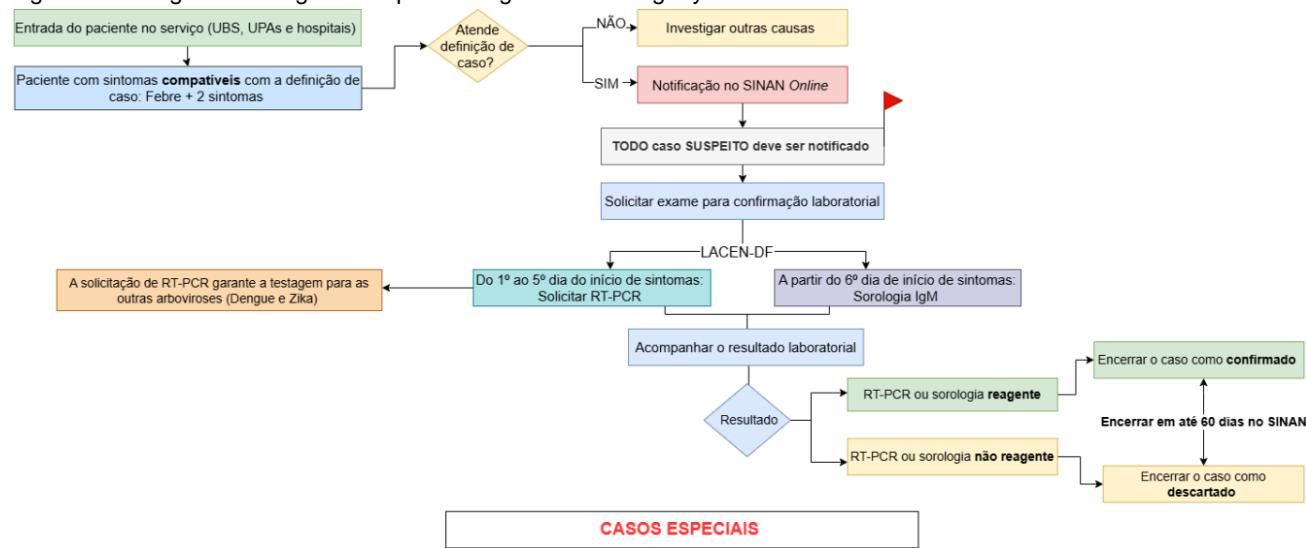
A Febre de Chikungunya é uma arbovirose considerada reemergente, cujo arbovírus (CHIKV) é transmitido por mosquitos do gênero *Aedes* (*Ae. aegypti* e *Ae. albopictus*). O CHIKV foi identificado em 1952, na Tanzânia, sendo detectadas 4 linhagens: Leste-Centro-Sul Africano (ECSA); Oeste Africano; Asiático e Oceano Índico (1) e a partir de 2013 foi introduzido nas Américas. No Distrito Federal (DF), o primeiro caso autóctone foi confirmado em 2014 (2).

Os casos suspeitos de chikungunya são de notificação compulsória semanal, sendo considerado um caso suspeito:

Paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou artrite intensa de início agudo, não explicado por outras condições, residente em (ou que tenha visitado) áreas com transmissão até duas semanas antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com caso importado confirmado (3).

A notificação dos casos suspeitos de chikungunya pode ser realizada de acordo com o fluxograma:

Figura 1. Fluxograma da vigilância epidemiológica da chikungunya.



Óbitos: Comunicar **imediatamente** a GVDT, em até 24 horas. Proceder com a coleta de amostra *in vivo*. Em caso de dúvida sobre a coleta, proceder com amostra *pós mortem*.

Gestantes: Grupo especial que requer diagnóstico preferencialmente por critério laboratorial (RT-PCR), **com atenção a possibilidade de infecção por Zika Virus**.

Menores de 2 anos: Febre acompanhada de sinais e sintomas inespecíficos, com agravamento rápido, portanto, necessitam de observação rigorosa.

Fonte: Os autores.

A transmissão do CHIKV é vetorial e acontece por meio da hematofagia da fêmea do mosquito *Ae. aegypti* em hospedeiro vertebrado, de preferência no período virêmico, infectando o mosquito. No artrópode, o vírus multiplica-se nas glândulas salivares e, mediante o repasto sanguíneo, infecta outro indivíduo (4). A transmissão vertical, de mãe para feto, e transfusional também já foi descrita (5).

A infecção pelo vírus CHIKV apresenta três fases: febril ou aguda (até 14 dias), pós-aguda (até 14 dias) e crônica (após 90 dias). A fase crônica é comum em mais de 50% dos pacientes. O espectro clínico pode se agravar, culminando nas formas extra-articulares e graves. A Figura 2 resume o panorama clínico.

Figura 2. Sinais e sintomas da chikungunya de acordo com a fase clínica da doença.

Dias de doença	1º ao 7 dia	Entre 15 e 90 dias	Após 90 dias
	Sinais e sintomas		
	 Febre alta e contínua (1-3 dias)  Intensa poliartralgia E/OU  Intensa artrite	 Dor musculoesquelética localizada ou difusa não inflamatória  Artrite/tenossinovite  Dor neuropática	 Persistência de queixas musculoesqueléticas  Lesões articulares/periarticulares  Edema vascular  Lesões de ligamentos e tendões
Evolução	Fase aguda	Fase pós-aguda	Fase crônica

Fonte: Os autores.

A confirmação laboratorial da infecção por CHIKV pode ser feita por métodos diretos, como a detecção do antígeno por meio da reação em cadeia da polimerase com transcriptase reversa (RT-PCR), utilizando amostras de soro ou líquor. Já os testes sorológicos, que investigam a presença dos anticorpos IgM e IgG por meio de ensaio imunoenzimático (ELISA), constituem um método indireto. Para os casos de fase pós-aguda e crônica, a confirmação laboratorial pode ser detectada mediante IgG positiva com clínica sugestiva (6).

Desde a introdução no país até o ano de 2024, foram notificados no Sinan 154.800 casos prováveis de chikungunya no Brasil (7). A região Sudeste apresenta o maior número de casos prováveis ($n = 105.470$), enquanto a região Sul concentra menor número de casos prováveis ($n = 2.488$). Desde 2016 até então, todos os estados do Brasil já registraram surtos por chikungunya. O

perfil epidemiológico, disponível a partir de 2023 a 2025 (SE 40 de 2025), demonstra maior incidência no sexo feminino e autodeclarados pardos.

2 MÉTODOS

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal.

2.1 População, amostra e horizonte temporal

A população da análise foi composta pelos casos prováveis de chikungunya em residentes do DF notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Online), com início dos sintomas entre a Semana Epidemiológica (SE) 01 de 2016 e a SE 39 de 2025, período escolhido com o intuito de avaliar uma década desde a entrada do vírus no DF.

São definidos como prováveis os casos: confirmados, suspeitos e suspeitos cuja investigação não foi finalizada dentro do prazo previsto de 60 dias.

2.2 Fonte e coleta de dados

Os dados para análise incluem os bancos de dados:

- 1) Sobre chikungunya, constituído de informações provenientes da Ficha de Investigação de Dengue e Febre Chikungunya registrados no Sinan Online entre 01 de janeiro de 2016 e 27 de setembro de 2025, exportados em 22 de outubro de 2025.
- 2) Sobre os exames laboratoriais para chikungunya, provenientes do Gerador de Ambiente Laboratorial (GAL) e do sistema Trakcare, referentes aos anos de 2021 a 2025, acessados em 20 de outubro de 2025.
- 3) Os dados sobre Região Administrativa foram qualificados do período de 2016 a SE 39 de 2025.

2.3 Análise de dados

As variáveis foram analisadas por meio de estatística descritiva no Microsoft Excel 2016 e por meio da ferramenta TabWin 32.lnk para cálculo de incidência (casos prováveis/100.000 habitantes).

Foram utilizadas as variáveis:

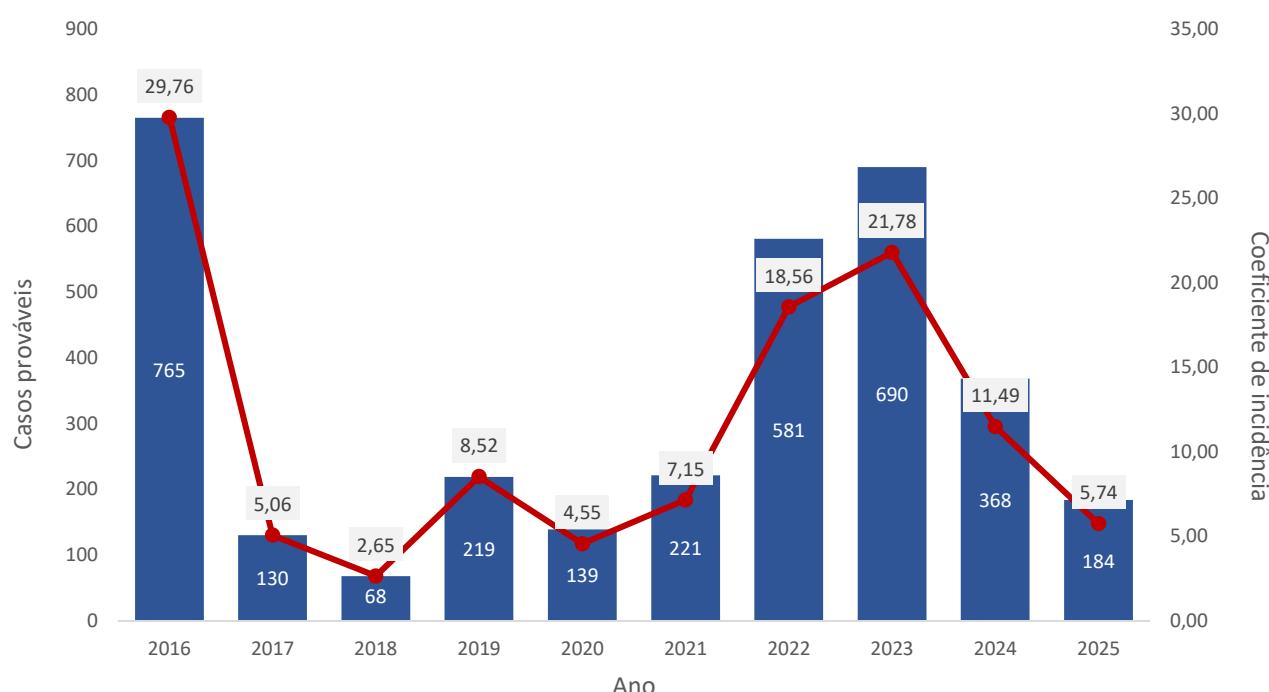
- 1) Sociodemográficas: faixa etária, sexo, raça/cor e escolaridade, UF de residência, região administrativa de residência; e
- 2) Relacionados à doença: classificação final, evolução, critério de confirmação/descarte; semana epidemiológica e ano epidemiológico de início dos sintomas.

3 RESULTADOS

3.1 Situação Epidemiológica do Distrito Federal

Desde o ano de 2016 até a SE 39 de 2025, foram notificados no Sinan 8.168 casos suspeitos de chikungunya no DF, dos quais 3.927 consistem em casos prováveis. Destes, aproximadamente 85,68% ($n = 3.365$) trata-se de casos em residentes do DF (Figura 3), enquanto o restante abrange casos de residentes em outras Unidades da Federação (UF) notificados no DF, com destaque para o estado de Goiás, com 527 casos registrados aqui.

Figura 3. Casos prováveis de chikungunya e coeficiente de incidência por 100 mil habitantes em residentes do Distrito Federal segundo o ano epidemiológico de início dos sintomas (SE 01 de 2016 a SE 39 de 2025), Distrito Federal, 2016 a 2025.

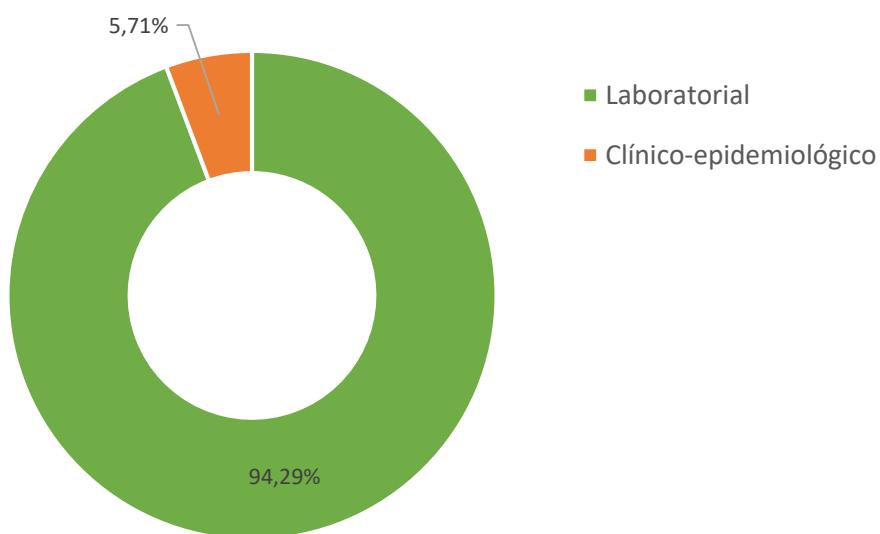


Fonte: Sinan Online. Dados acessados em 20/10/2025.

Com base nos dados apresentados, verifica-se que 2016 concentrou o maior número de casos prováveis. Ademais, observou-se o aumento gradual no número de casos prováveis de chikungunya no DF entre os anos de 2021 e 2023.

Dentre os casos prováveis em residentes do DF registrados no período, 94,27% ($n = 2.146$) foram confirmados laboratorialmente, enquanto 5,71% ($n = 130$) tiveram a confirmação por critério clínico-epidemiológico (Figura 4).

Figura 4. Proporção do critério de confirmação da chikungunya em residentes do Distrito Federal (SE 01 de 2016 a SE 39 de 2025), Distrito Federal, 2016 a 2025.

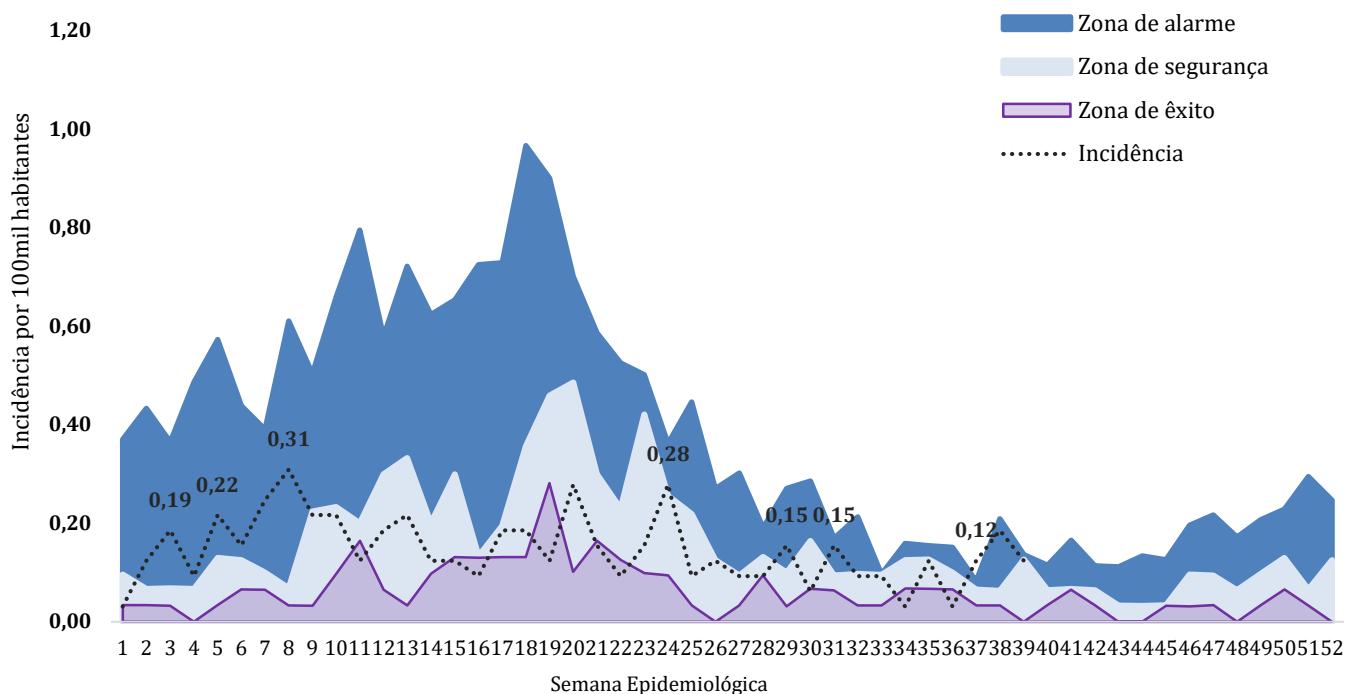


Fonte: Sinan Online. Dados acessados em 20/10/2025.

Os diagramas de controle são ferramentas utilizadas na vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis agudas de caráter sazonal, como as arboviroses. Construídos a partir de séries históricas mensais de dados da doença, apresentam faixas de valores esperados de casos que correspondem ao canal endêmico. A ocorrência de casos em número superior ao limiar endêmico deve ser avaliada, pois pode indicar o início de uma epidemia ou alguma variação inesperada que demande investigação e ações de controle.

A Figura 5 apresenta o diagrama de controle para a incidência mensal dos casos prováveis de chikungunya em 2025, baseando-se no canal endêmico calculado com dados de incidência entre 2018 e 2024. Observa-se que, durante as primeiras semanas epidemiológicas (SE 01 a 08) de 2025, os casos permaneceram na zona de alarme. Entre a SE 09 a SE 28 de 2025, a incidência mensal manteve-se dentro da zona de segurança (Figura 5).

Figura 5. Diagrama de controle da incidência de chikungunya em residentes do Distrito Federal (SE 01 a SE 39 de 2025), Distrito Federal, 2018 a 2025.

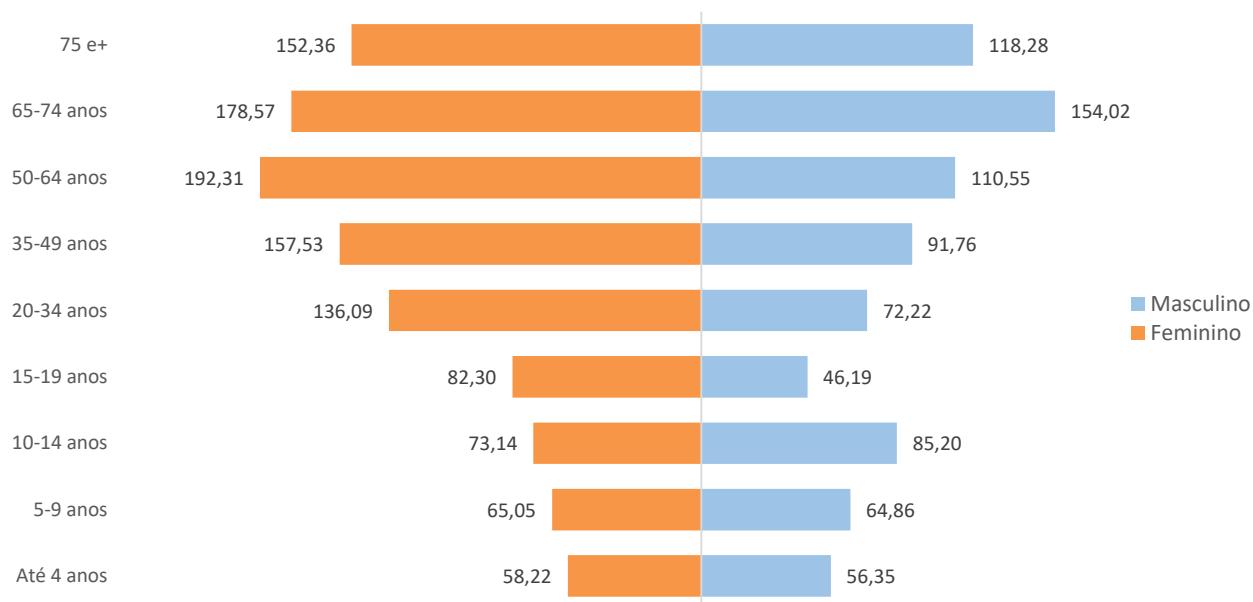


Fonte: Sinan Online. Dados acessados em 20/10/2025.

3.2 Perfil dos casos prováveis ao longo dos anos

O perfil epidemiológico dos casos prováveis de chikungunya demonstrou predomínio do sexo feminino e faixa etária de 50 a 64 anos, que apresentou incidência aproximada de 192,31 casos por 100 mil habitantes (Figura 6). Quanto à variável raça/cor, 54,21% ($n = 1.824$) dos casos foram classificados como ignorado/em branco, seguidos pela raça/cor parda, com 27,76% ($n = 934$). Em relação a escolaridade, 71,98% dos casos foram ignorados ou deixados em branco, enquanto 6,66% apresentavam ensino médio completo (Tabela 1).

Figura 6. Incidência por 100 mil habitantes dos casos prováveis de chikungunya por faixa etária e sexo em residentes do Distrito Federal (SE 01 de 2016 a SE 39 de 2025), Distrito Federal, 2016 a 2025.



Fonte: Sinan Online. Dados acessados em 20/10/2025.

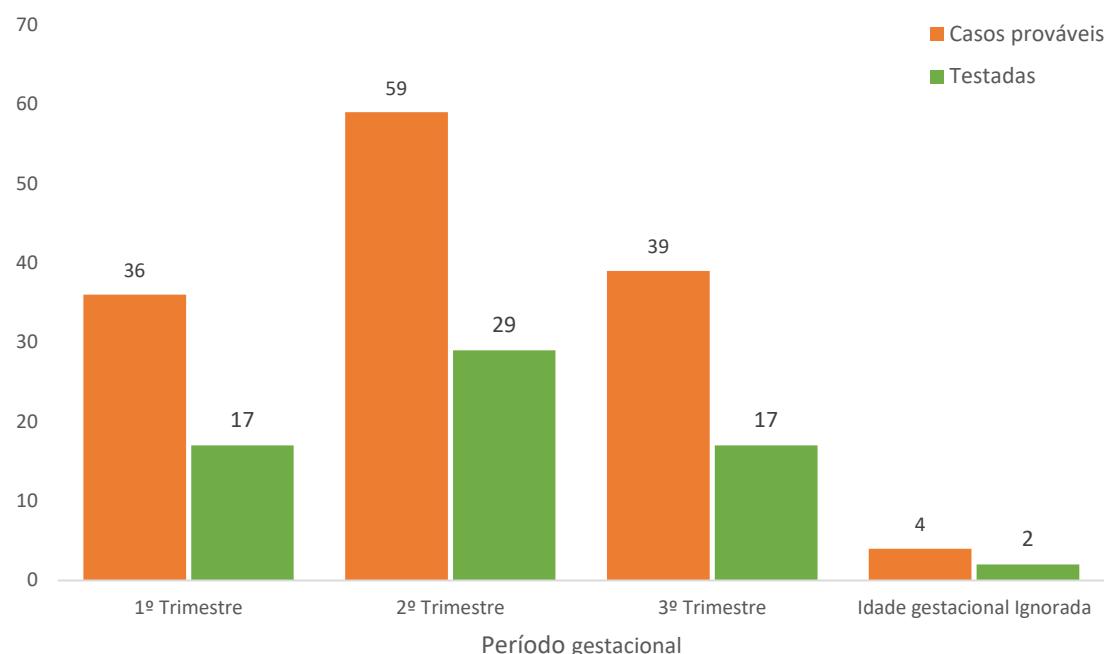
Tabela 1. Percentual de casos prováveis de chikungunya por raça/cor e escolaridade em residentes do Distrito Federal (SE 01 de 2016 a SE 39 de 2025), Distrito Federal, 2016 a 2025.

Variáveis	N = 3.365	%
Raça/Cor		
Ignorado/ Em Branco	1.824	54,20
Parda	934	27,76
Branca	492	14,62
Preta	94	2,79
Amarela	17	0,51
Indígena	4	0,12
Escolaridade		
Ignorado/ Em Branco	2.422	71,98
Analfabeto	12	0,35
1ª a 4ª série incompleta EF	53	1,58
4ª série completa EF	24	0,71
5ª a 8ª série incompleta EF	112	3,33
Ensino Fundamental completo	57	1,69
Ensino Médio incompleto	88	2,62
Ensino Médio completo	224	6,66
Educação Superior incompleta	57	1,69
Educação Superior completa	131	3,89
Não se aplica	185	5,50

Fonte: Sinan Online. Dados acessados em 20/10/2025.

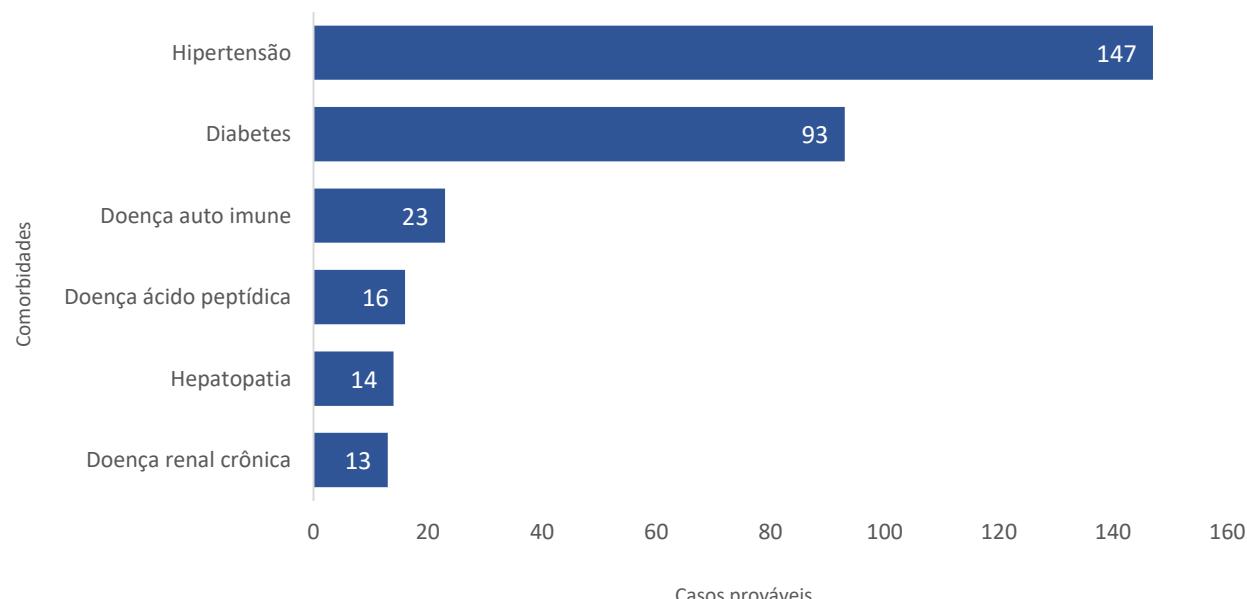
Acerca dos grupos especiais, foram notificados 138 casos prováveis em gestantes, observando-se maior número de notificações durante o 2º trimestre gestacional (13ª a 27ª semana) com 47,10% ($n = 65$) gestantes testadas com RT-PCR (Figura 7). Entre os casos prováveis, foram identificados 306 indivíduos com comorbidades (Figura 8), sendo a hipertensão a mais prevalente com 48,03% ($n = 147$) dos casos.

Figura 7. Casos prováveis e testados por RT-PCR para chikungunya em gestante, de acordo com o período gestacional (SE 01 de 2016 a SE 39 de 2025), Distrito Federal, 2016 a 2025.



Fonte: Sinan Online. Dados acessados em 20/10/2025.

Figura 8. Número de comorbidades entre casos prováveis de chikungunya (SE 01 de 2016 a SE 39 de 2025), Distrito Federal, 2016 a 2025.



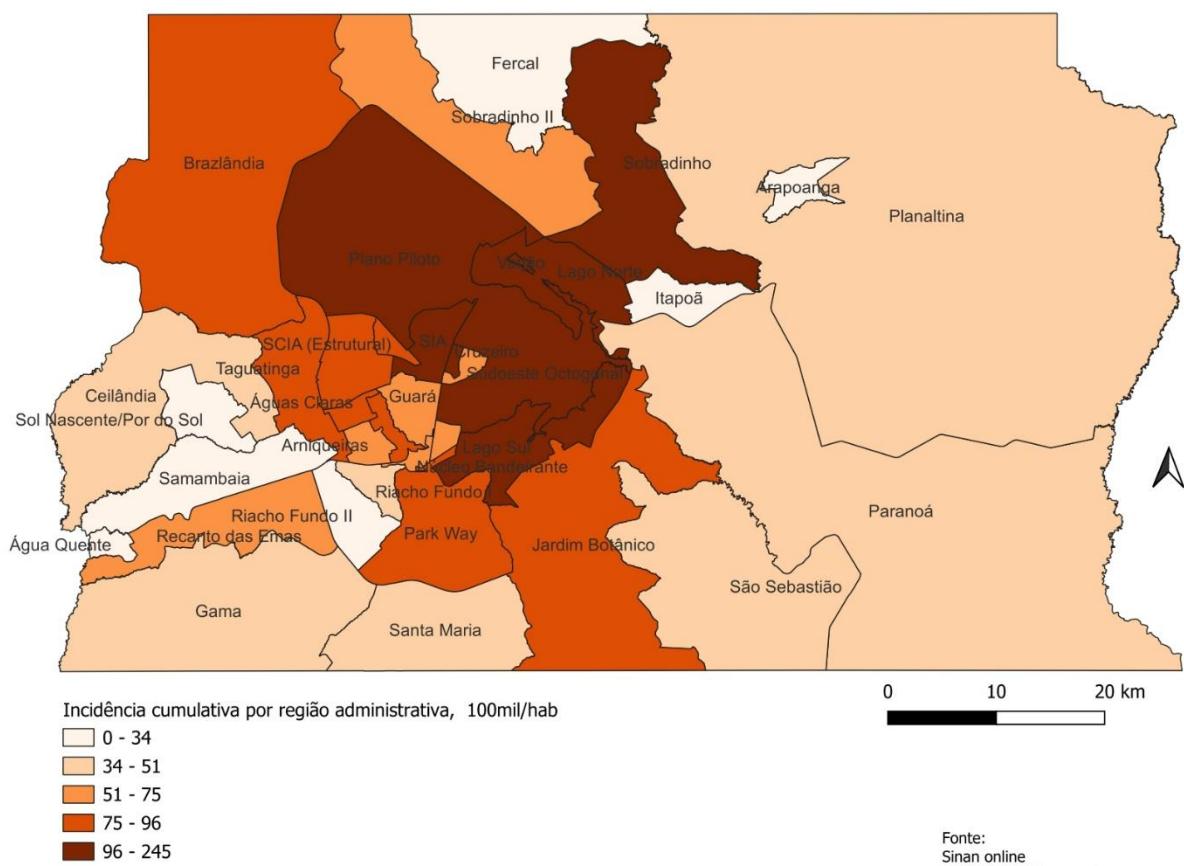
Fonte: Sinan Online. Dados acessados em 20/10/2025.

3.3 Situação Epidemiológica nas Regiões de Saúde do DF

O DF possui uma área de 5.789,16 km², equivalente a 0,06% da área do país. O território do DF está organizado em 7 (sete) Regiões de Saúde, a saber: Central, Centro-Sul, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul. Essas regiões são compostas pelas Regiões Administrativas (RA) do DF, cujos limites físicos definem a jurisdição da ação governamental para fins de descentralização de saúde do DF, a depender de suas características culturais, sociais, econômicas e ambientais, apresentam um cenário epidemiológico diferente com relação à situação da doença.

A Região de Saúde Central apresentou a maior incidência acumulada, com 127,35 casos prováveis por 100 mil habitantes, seguida da Região Centro-Sul com incidência acumulada de 76,51 casos prováveis por 100 mil habitantes, até a SE 39 de 2025 (Figura 9). As Regiões Administrativas do Lago Sul, SCIA (Estrutural), Lago Norte e Plano Piloto concentram as maiores incidências, respectivamente, durante o período analisado (Tabela 2).

Figura 9. Distribuição espacial da incidência acumulada dos casos prováveis de chikungunya (SE 01 de 2016 a SE 39 de 2025), Distrito Federal, 2016 a 2025.



Fonte: Sinan Online. Dados acessados em 20/10/2025

Tabela 2. Incidência acumulada de casos prováveis de chikungunya por Região de Saúde e Região Administrativa de residência segundo o ano epidemiológico de início dos sintomas (SE 01 de 2016 a SE 39 de 2025), Distrito Federal, 2016 a 2025.

Região de Saúde	Casos prováveis (N = 3.365)	Incidência (por 100 mil hab.)
CENTRAL	530	127,35
Cruzeiro	31	101,84
Lago Norte	73	186,72
Lago Sul	75	244,68
Plano Piloto	299	120,29
Sudoeste/Octogonal	43	73,96
Varjão	9	96,95
CENTRO SUL	288	76,51
Candangolândia	10	62,13
Guará	108	73,97
Núcleo Bandeirante	17	68,95
Park Way	22	90,56
Riacho Fundo	20	43,11
Riacho Fundo II	19	24,87
SCIA (Estrutural)	92	230,63
SAI	0	0,00
LESTE	213	58,26
Itapoã	26	26,62
Jardim Botânico	49	77,55
Paranoá	34	44,35
São Sebastião	104	81,21
NORTE	203	52,25
Arapoanga	14	27,26
Fercal	1	10,52
Planaltina	58	34,69
Sobradinho	82	108,31
Sobradinho II	48	56,64
OESTE	222	42,43
Brazlândia	59	88,42
Ceilândia	140	39,27
Sol Nascente/Pôr do Sol	23	23,00
SUDOESTE	629	70,61
Água Quente	4	30,93
Águas Claras	121	92,83
Arriqueira	25	52,16
Recanto das Emas	74	54,60
Samambaia	125	47,28
Taguatinga	208	95,60
Vicente Pires	72	87,77
SUL	132	47,32
Gama	68	46,35
Santa Maria	64	48,39
Em Branco	636	19,63
Ignorado	512	15,80

Fonte: Sinan Online. Dados acessados em 20/10/2025.

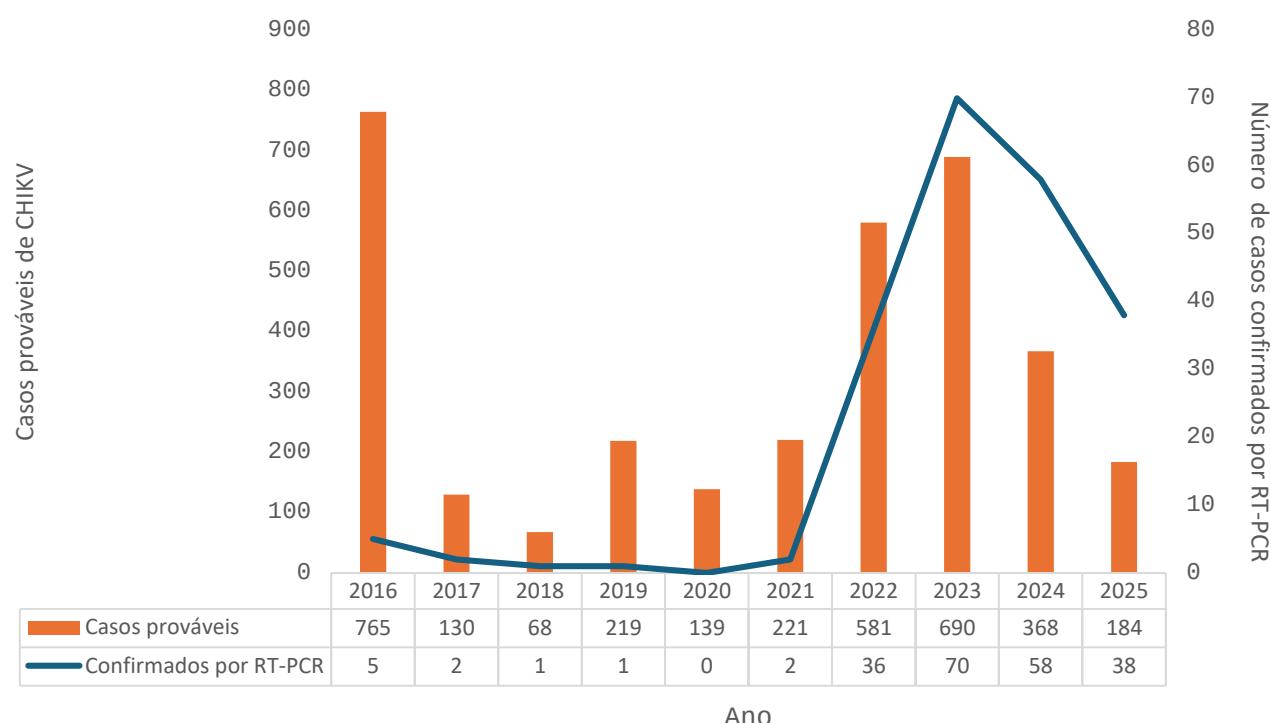
3.3 Óbitos por chikungunya

Durante o período analisado, foram confirmados dois óbitos por chikungunya em residentes do DF, nos anos de 2016 e 2019. Ambos os casos do sexo masculino, sem histórico de doenças pré-existentes, confirmados laboratorialmente por RT-PCR e imuno-histoquímica, contudo, o local provável de infecção foi classificado como indeterminado.

3.4 Exames laboratoriais confirmatórios

Os dados laboratoriais referem-se às metodologias RT-PCR e sorologia IgG (ELISA). A confirmação dos casos pelo método padrão ouro (RT-PCR) apresentou um aumento a partir do ano de 2021, com queda do número de casos prováveis e dos casos confirmados a partir de 2023 (Figura 10).

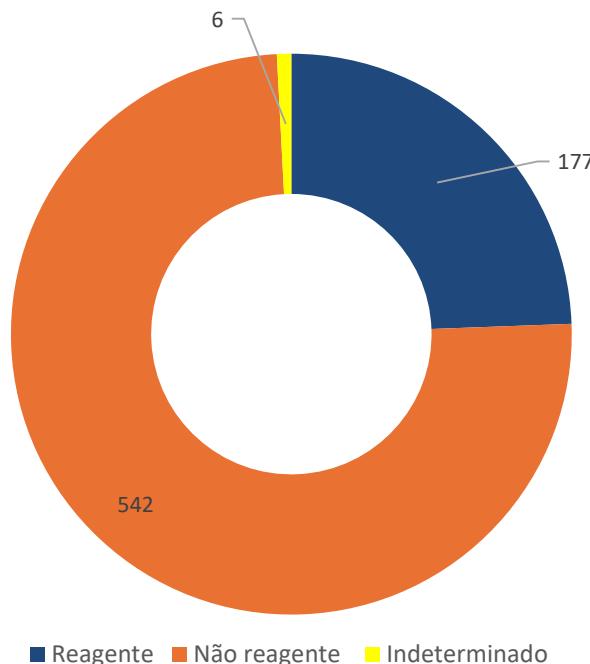
Figura 10. Número de casos prováveis e confirmados por RT-PCR de chikungunya em residentes do Distrito Federal segundo o ano epidemiológico de início dos sintomas (SE 01 de 2016 a SE 39 de 2025), Distrito Federal, 2016 a 2025.



Fonte: Sinan Online. Dados acessados em 20/10/2025.

Quanto à sorologia IgG (ELISA), durante o período analisado, foram testados 725 casos, dos quais 24,41% das amostras foram reagentes ($n=177$), 74,75% não reagentes ($n=542$) e 6 indeterminadas (Figura 11). O ano de 2022 concentrou o maior número de testes realizados, com 326 amostras processadas, contudo, a partir de 2023, é possível observar a ausência de resultados laboratoriais mensais, dificultando a análise.

Figura 11. Número de casos confirmados por sorologia IgG (método-ELISA) de Chikungunya em residentes do Distrito Federal (SE 01 de 2016 a SE 39 de 2025), Distrito Federal, 2016 a 2025.



Fonte: Sinan Online. Dados acessados em 20/10/2025.

4 DISCUSSÃO

Os achados deste Boletim evidenciam a crescente relevância epidemiológica da chikungunya no DF, associada à elevada suscetibilidade populacional, à presença consolidada do vetor e aos desafios persistentes na vigilância e na assistência. A análise demonstra fragilidades no reconhecimento oportuno dos casos suspeitos, na completude das notificações e na integração entre vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e atenção à saúde, aspectos que podem contribuir para subdiagnóstico, atraso nas respostas e maior risco de desfechos desfavoráveis.

No período analisado, observou-se que o ano de 2016, apresenta o maior número de casos prováveis de chikungunya no DF. Esse achado pode estar relacionado à alteração da ficha de notificação e sua inserção no Sinan Online, favorecendo a captação dos casos, bem como pelo cenário nacional, que nesse mesmo ano foi considerado o epicentro das epidemias de chikungunya nas Américas, com epidemias anuais registradas (8).

A análise dos anos sequentes demonstra que, a partir de 2021, houve um crescimento gradual no número de casos testados laboratorialmente, possivelmente atribuído ao uso da técnica qPCR multiplex no DF, metodologia considerada padrão-ouro que permite a detecção simultânea dos vírus DENV, CHIKV e ZIKV em uma única reação e, consequentemente, a realização do diagnóstico diferencial das arboviroses (9-11). Os dados referentes ao critério de confirmação dos casos

demonstram a importância dessa técnica, diante do cenário de co-circulação de arbovírus, garantindo a confirmação laboratorial em mais de 90% dos casos (12). Atualmente, o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-DF) utiliza o Kit ZDC para diagnóstico diferencial das arboviroses, assim como dos sorotipos da dengue.

Em 2024, por sua vez, é possível notar a queda no número de casos prováveis e dos casos confirmados por RT-PCR. Vale frisar que neste mesmo ano ocorreu a maior epidemia de dengue já registrada na história do Brasil e do DF. Durante grandes epidemias de dengue, a sobrecarga dos sistemas de saúde e a semelhança clínica entre as arboviroses levam profissionais a priorizarem o diagnóstico clínico de dengue, muitas vezes sem confirmação laboratorial para outros arbovírus. Isso resulta em subnotificação de infecções por Zika, chikungunya e outros vírus, tendo em vista que a maioria dos casos é confirmada apenas por sintomas, não por testes específicos (13-15).

A interpretação dos resultados de sorologia IgG não reflete a ocorrência de infecções recentes, apenas a presença de anticorpos de memória, o que indica a infecção pregressa pelo vírus. Em geral, os anticorpos IgG tornam-se detectáveis a partir da segunda ou terceira semana após o início dos sintomas (fases pós-aguda e crônica da doença). Diferente do IgM, que está associado à fase aguda da doença, o IgG é um marcador de exposição anterior e pode ser útil para a definição de cronicidade da doença, no entanto, deve haver interpretação cuidadosa desses resultados em conjunto com a clínica sugestiva da doença (6). Assim, a elevada proporção de amostras reagentes observada não permite inferir a intensidade da transmissão concomitante ao período de sintomas do caso notificado, podendo levar à subestimação ou superestimação da circulação viral.

Vale ressaltar que dengue e chikungunya possuem sintomas iniciais muito semelhantes e a confirmação laboratorial nem sempre é imediata ou disponível, dificultando a diferenciação clínica inicial. Dessa forma, pacientes com febre aguda e sintomas inespecíficos são inicialmente notificados como suspeitos de dengue, especialmente em locais como o DF, onde a doença é endêmica. Sendo assim, em se tratando da chikungunya, normalmente não se notifica inicialmente os casos suspeito, apenas o exame.

Para avaliação dos casos prováveis, utilizou-se o diagrama de controle, que considerou os anos de 2018 a 2025, com a incidência referente ao ano de 2025, até a SE 39, ferramenta que monitora a variação dos casos prováveis ao longo de um período (cerca de 10 anos), tendo como referencial o canal endêmico. No Brasil, até a SE 26 de 2024, os casos prováveis ultrapassam a zona de segurança nas primeiras semanas epidemiológicas até a SE 17 (16). No DF, observou-se comportamento semelhante, com o aumento dos casos prováveis nas primeiras semanas

epidemiológicas, contudo, diferente do cenário nacional, permaneceram dentro da zona de alarme. A flutuação dos casos até a zona de alarme é um importante indicativo para operacionalização de medidas de controle e prevenção.

O perfil epidemiológico demonstra elevada proporção de campos ignorados nas variáveis raça/cor e escolaridade, o que limita a análise de vulnerabilidades e a identificação de grupos com maior vulnerabilidade social, reforçando a necessidade de qualificação das notificações. A zona de residência dos casos prováveis aponta que a maioria reside na zona urbana, o que pode estar relacionado com a disseminação do vetor, e consequentemente do vírus, nos ambientes urbanos (17).

O padrão de perfil dos casos prováveis de chikungunya foi identificado no estudo de Souza e colaboradores (18), realizado no Ceará, em que a incidência de chikungunya em mulheres eram 2,2 a 3,0 vezes maiores que no sexo masculino na faixa etária entre os 20 e 59 anos. Quanto à faixa etária, pacientes jovens (maiores de 18 anos) apresentam maior probabilidade de serem CHIKV-positivos.

Acerca dos grupos especiais, em gestantes, observou-se uma baixa cobertura de testagem por RT-PCR, considerando a probabilidade de transmissão vertical no momento do parto, caso a infecção seja recente (1 semana até o parto), o risco é de 50% (6). No caso dos pacientes com comorbidades, esses são acometidos e agravam com maior frequência, fator possivelmente relacionado com a descompensação das doenças preexistentes. No DF, a hipertensão é a comorbidade mais prevalente, seguida do diabetes (6).

A distribuição espacial dos casos prováveis demonstra que a incidência média concentrada na Região de Saúde Central pode estar relacionada com o fluxo diário de pessoas, bem como a utilização dos serviços da rede de saúde suplementar e privada, o que pode influenciar o padrão de notificação dos casos. Contudo, a análise por RA demonstra que a SCIA (Estrutural), que compõe outra Região de Saúde, apresenta a segunda maior incidência acumulada. O estudo de Rufalco-Moutinho e colaboradores (19) realizado nesta RA apontou uma discrepância significativa dos casos notificados, apontando para uma subnotificação dos casos de CHIKV. Esse padrão de subnotificação também foi observado na RA de São Sebastião, com estimativa de 36.000 indivíduos suscetíveis ao CHIKV e ZIKV (20).

Os resultados apresentados evidenciam a necessidade de aprimorar a vigilância epidemiológica da chikungunya no DF, tanto na qualificação das notificações quanto na ampliação da capacidade diagnóstica e na consolidação de fluxos entre vigilância, assistência e laboratório. As oscilações observadas no período analisado, associadas ao aumento recente dos casos, reforçam a

urgência de estratégias integradas que considerem também o componente vetorial cuja ausência de dados neste boletim constitui limitação relevante para a interpretação da situação epidemiológica.

As recomendações propostas contemplam ações estruturantes para diferentes áreas técnicas, com foco na ampliação do monitoramento, no fortalecimento do cuidado às pessoas com chikungunya, especialmente na fase crônica, e na necessidade de integração entre vigilância epidemiológica, ambiental e assistência. Essas medidas, quando articuladas, podem qualificar a resposta institucional e contribuir para a redução da transmissão, mitigação de riscos e melhoria do cuidado prestado à população do Distrito Federal.

5 RECOMENDAÇÕES

- 1) À Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) recomenda-se articular ações de vigilância e assistência integradas com Coordenação de Atenção Primária (COAPS) de modo a priorizar a pauta da chikungunya enquanto problema de saúde pública no DF;
- 2) À Diretoria de Vigilância Ambiental em Saúde (DIVAL) recomenda-se:
 - Manter a realização periódica e ampliar a divulgação do levantamento de índices entomológicos para medir a infestação do *Aedes*;
 - Ampliar a instalação de ovitrampas para detectar a presença dos ovos depositados pela fêmea do mosquito;
 - Construção e divulgação de indicadores para monitoramento dos índices de infestação e ovitrampas;
 - Ações de bloqueio em áreas com casos confirmados, definidos por meio partir de relatórios da vigilância epidemiológica;
 - Planejamento de rotas e prioridades de visita dos agentes de vigilância ambiental (AVAs);
 - Estimular os AVAs como educadores comunitários, ressaltando a corresponsabilidade;
 - Fortalecer as atividades do Núcleo de Mobilização Social (NMBOS) na educação em saúde;
- 3) À COAPS recomenda-se:
 - Construção de uma linha de cuidado para pacientes com chikungunya na fase crônica, com foco na reabilitação e na abordagem multidisciplinar;
- 4) À Gerência de Vigilância das Doenças Transmissíveis (GVDT) recomenda-se:
 - Intensificar treinamentos sobre a Febre do Chikungunya, em parceria com os Núcleos de Vigilância Epidemiológica (NVEPI), direcionados especialmente para profissionais das UBS e hospitais, reforçando a definição do caso suspeito de chikungunya, suas peculiaridades e

diferentes estágios de acometimento, de forma a fortalecer o cuidado à saúde da população acometida pelo arbovírus;

- Ampliar a divulgação e difusão entre os profissionais de saúde e gestores de notas técnicas e demais informativos, de forma a garantir o acesso a orientações atualizadas;
 - Aprimorar os fluxos de comunicação dos casos prováveis de chikungunya no território com a DIVAL, com a implementação de mecanismos de monitoramento dos casos nas RA do Distrito Federal e a estratificação de risco para essa arbovirose no território.
- 5) Aos Núcleos de Vigilância Epidemiológica e Imunização (NVEPI) recomenda-se fortalecer as rotinas de monitoramento das notificações, além do encerramento oportuno e com base em critério laboratorial dos casos, assegurando a completude das informações, especialmente campos essenciais para a análise epidemiológica dos casos;
- 6) Aos Núcleos de Vigilância Hospitalar (NHEP) recomenda-se:
- Notificar os casos prováveis de chikungunya não notificados que atendam a definição de caso, bem como estabelecer o fluxo de comunicação com os NVEPI;
 - Realizar coleta pós-mortem em até 24 horas dos casos suspeitos de óbito por chikungunya;
 - Comunicar a GVDT em até 24 horas sobre casos de óbitos e realizar encaminhamento para o SVO;
- 7) Ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-DF) recomenda-se:
- Fortalecer a vigilância genômica dos arbovírus, incluindo a chikungunya;
 - Realizar o controle de qualidade dos kits de testagem realizados pela rede de laboratórios particulares, considerando seu papel como referência regional e a grande cobertura da rede privada na assistência à saúde do DF.

6 REFERÊNCIAS

1. Dias J, Costa M, Campos G, Paixão E, Natividade M, Barreto F, Itaparica M, Goes C, Oliveira F, Santa E, Silva N, Brito C, Rodrigues L, Sardi S, Saavedra R, Teixeira M. Seroprevalence of Chikungunya Virus after Its Emergence in Brazil. *Emerging Infectious Diseases*, 24(4):617-624, 2018. DOI 10.3201/eid2404.171370. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/24/4/17-1370_article.
2. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. *Boletim Informativo nº 01 – janeiro de 2015*. Brasília: SES-DF, 2015. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/926315/Boletim_Informativo-n%C2%BA-01-janeiro-2015.pdf/e8f0479e-7314-d698-89d3-f28473b69f57?t=1650410434067. Acesso em: 23 nov. 2025.
3. Brasil. Guia de Vigilância em Saúde: Volume 2 [recurso eletrônico]. 6 ed. rev. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2024, p. 749.

4. Chang, Christopher *et al.* The Zika outbreak of the 21st century. **Journal of Autoimmunity**, v. 68, p. 1–13, abr. 2016.
5. Matusali, Giulia *et al.* Tropism of the Chikungunya Virus. **Viruses**, v. 11, n. 2, p. 175, 20 fev. 2019
6. Brasil. Chikungunya: manejo clínico [recurso eletrônico]. 2 ed. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças Transmissíveis. Brasília, 2024, p. 53.
7. Brasil. Atualização de Casos de Arboviroses. Ministério da Saúde. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/monitoramento-das-arboviroses>. Acesso em: 20 de outubro de 2025.
8. De Souza W, Ribeiro G, Lima S, Jesus R, Moreira F, Whittaker C, Sallum M, Carrington C, Sabino E, Kiltz U, Faria N, Weaver S. Chikungunya: a decade of burden in the Americas. **The Lancet Regional Health - Americas**, 30, 2024. DOI 10.1016/j.lana.2023.100673. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X23002478>.
9. Álvarez-Díaz D, Valencia-Álvarez E, Rivera J, Rengifo A, Usme-Ciro J, Peláez-Carvajal D, Lozano-Jiménez Y, Torres-Fernández O. An updated RT-qPCR assay for the simultaneous detection and quantification of chikungunya, dengue and zika viruses. **Infection, Genetics and Evolution**, 93, 2021. DOI 10.1016/j.meegid.2021.104967. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1567134821002641?via%3Dihub>.
10. Licínio C, Ayres F. O uso de PCR em tempo real em diagnósticos de arboviroses: revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, 57, 2021. DOI 10.5935/1676-2444.20210048. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpml/a/h6wJYgwpVNT4Pb6DLdjx74H/?lang=pt>.
11. Belem L, Ibemgo S, Gomgnimbou M, Verma D, Kaboré A, Kumar A, Sangaré I, Sunil S. Development of Multiplex Molecular Assays for Simultaneous Detection of Dengue Serotypes and Chikungunya Virus for Arbovirus Surveillance. **Current Issues in Molecular Biology**, 46(3):2093-2104, 2024. DOI 10.3390/cimb46030134. Disponível em: https://www.mdpi.com/1467-3045/46/3/134?utm_source=chatgpt.com.
12. Belem L, Ibemgo S, Gomgnimbou M, Verma D, Kaboré A, Kumar A, Sangaré I, Sunil S. Development of Multiplex Molecular Assays for Simultaneous Detection of Dengue Serotypes and Chikungunya Virus for Arbovirus Surveillance. **Current Issues in Molecular Biology**, 46(3):2093-2104, 2024. DOI 10.3390/cimb46030134. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1467-3045/46/3/134>.
13. Almeida M, Merighi D, Visnardi A, Gonçalves C, Amorim V, Ferrari A, Souza A, Guzzo C. Latin America's Dengue Outbreak Poses a Global Health Threat. **Viruses**, 17(1), 57, 2025. DOI 10.3390/v17010057. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1999-4915/17/1/57>.
14. Soto-Garita C, Murillo T, Chávez-Peraza I, Campos-Ávila J, Prado-Hidalgo G, Drexler J, Moreira-Soto A, Corrales-Aguilar E. Epidemiological, virological and clinical characterization of a Dengue/Zika outbreak in the Caribbean region of Costa Rica 2017-2018. **Frontiers in Cellular and Infection Microbiology**, 14:1421744, 2024. DOI 10.3389/fcimb.2024.1421744. Disponível em:

<https://www.frontiersin.org/journals/cellular-and-infection-microbiology/articles/10.3389/fcimb.2024.1421744/full>.

15. Silva M, Tauro L, Kikuti M, Anjos R, Santos V, Gonçalves T, Paploski I, Moreira P, Nascimento L, Campos G, Ko A, Weaver S, Reis M, Kitron U, Ribeiro G. Concomitant Transmission of Dengue, Chikungunya and Zika Viruses in Brazil: Clinical and Epidemiological Findings From Surveillance for Acute Febrile Illness. **Clinical Infectious Diseases**, 69(8):1353-9, 2019. DOI 10.1093/cid/ciy1083. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/69/8/1353/5251719>.
16. Cabral-Castro M, Cavalcanti M, Peralta R, Peralta J. Molecular and serological techniques to detect co-circulation of DENV, ZIKV and CHIKV in suspected dengue-like syndrome patients. **Journal of Clinical Virology**, 82:108-111, 2016. DOI 10.1016/j.jcv.2016.07.017. Disponível em: <https://sciencedirect.com/science/article/pii/S1386653216301871?via%3Dihub>.
17. Kolimenakis, Antonios *et al.* The role of urbanisation in the spread of Aedes mosquitoes and the diseases they transmit—A systematic review. **Plos Neglected Tropical Diseases**, [S.L.], v. 15, n. 9, p. 1-21, 9 set. 2021. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0009631>.
18. De Souza W, Lima S, Mello L, Candido D, Buss L, Whittaker C. Spatiotemporal dynamics and recurrence of chikungunya virus in Brazil: an epidemiological study. **The Lancet Microbe**, 4(5):e319-e329, 2023. DOI 10.1016/S2666-5247(23)00033-2. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(23\)00033-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(23)00033-2/fulltext).
19. Rufalco-Moutinho P, Noronha L, Quintão T, Nobre T, Cardoso A, Cilião-Alves D, Bellocchio Júnio M, von Glehn M, Haddad R, Romero G, Araújo W. Evidence of co-circulation of multiple arboviruses transmitted by Aedes species based on laboratory syndromic surveillance at a health unit in a slum of the Federal District, Brazil. **Parasite Vectors**, 14:610, 2021. DOI 10.1186/s13071-021-05110-9. Disponível em: <https://PMC.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8684590/>.
20. Nobre T, Fenner A, Araújo E, Araújo W, Roux E, Handschumacher P, Gurgel H, Dallago B, Hecht M, Hagström L, Ramalho W, Nitz N. **BMC Infectious Diseases**, 25(129), 2025. DOI 10.1186/s12879-025-10516-2. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-025-10516-2>.

Expediente

Governador do Distrito Federal
Ibaneis Rocha

Secretário de Saúde
Juracy Cavalcante Lacerda Júnior

Subsecretário de Vigilância à Saúde – SVS
Rodrigo de Assis Republicano Silva

Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP
Juliane Maria Alves Siqueira Malta

Gerência de Vigilância das Doenças Transmissíveis – GVDT
Aline Duarte Folle

Elaboração

Aline Factur Santos Paes Leme – **GVDT/DIVEP/SVS-SES-DF**
Isabela Nicole Rocha – **Residente do PRMVS-Fiocruz**
Isadora Alves de Vasconcelos – **CGARB/DEDT/SVSA/MS**

Revisão

Aline Duarte Folle – **GVDT/DIVEP/SVS-SES-DF**
Gizeli de Lima Pedroso Gonçalves – **GVDT/DIVEP/SVS-SES-DF**

SEPS 712/912, Bloco D

CEP: 70.390-125, Brasília – DF

E-mail: gvdt.divep@saudedf.gov.br

(61) 3449-4443 / (61) 99286-0595