



# De **Olho** na **carteirinha**

**Eventos Supostamente Atribuíveis à  
Vacinação ou Imunização por Vacinas  
Contra a Dengue**

*Programa Municipal de Imunizações*

**Versão 2 – 16/03/2026**

## 1. Introdução

A incorporação de vacinas contra a dengue no Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma ferramenta importante para a prevenção e controle da doença.

No Brasil, a primeira vacina incorporada ao SUS foi a vacina dengue (atenuada) - Qdenga® - fabricada pela empresa IDT Biologika e fornecida pela Takeda Pharma Ltda. No município de São Paulo (MSP) a vacinação com a Qdenga® iniciou em abril/2024, contemplando os adolescentes de 10 a 14 anos de idade.

Em novembro/2025 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou o licenciamento da vacina dengue (atenuada) do Instituto Butantan (Butantan-DV™), o que possibilitou, então, a ampliação da estratégia de vacinação contra a dengue. O uso dessa vacina teve início em 09/02/2026 no MSP.

A utilização simultânea dessas vacinas requer um sistema sensível e integrado entre a vigilância epidemiológica das arboviroses e a vigilância de eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização (Esavi), de modo a assegurar uma detecção oportuna, investigação qualificada, avaliação de causalidade e condutas adequadas para cada caso.

Tratando-se de vacinas virais atenuadas, a vigilância pós-comercialização é componente fundamental da farmacovigilância das vacinas, especialmente no que se refere à identificação de eventos raros e muito raros, incluindo eventos adversos de interesse especial (EAIE), e para monitorar, continuamente, a relação risco-benefício.

Assim, o Programa Municipal de Imunizações (PMI), em consonância às orientações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e Programa Estadual de Imunizações (PEI), vem por meio deste documento atualizar as orientações para detecção, notificação, investigação, avaliação de causalidade e encerramento de Esavi por vacinas contra a dengue em uso.

## 2. Detecção

Considerando que no Brasil há uma transmissão sustentada e períodos sazonais de surtos e epidemias, é esperado que ocorram casos suspeitos da doença dengue temporalmente relacionados à vacinação. Como acontece para qualquer Esavi, a simples relação temporal da vacina não confirma a causalidade, mas constitui um sinal de alerta que exige vigilância sensível e investigação oportuna, especialmente quando se trata de vacina de vírus vivo atenuado.

A detecção dos casos suspeitos de dengue/Esavi depende de dois elementos essenciais:

- a) **Suspeita clínica de dengue**, dengue com sinais de alarme, dengue grave ou óbito por dengue. Para ser considerado caso suspeito de dengue, o indivíduo deve, necessariamente, apresentar **febre e 2 ou mais sintomas** - náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia, e
- b) **Histórico vacinal**, com verificação de vacinação contra dengue até 30 dias antes do início dos sintomas.

Uma vez reconhecida essa combinação de fatores (a + b), o caso deve ser manejado como suspeito de dengue/Esavi para investigação integrada, pois a diferenciação entre infecção por vírus selvagem e possível infecção por associação ao vírus vacinal é necessária para subsidiar as ações de vigilância epidemiológica de arboviroses e da farmacovigilância, incluindo o monitoramento do cenário epidemiológico e a avaliação contínua da segurança das vacinas contra dengue no país.

Neste contexto, é indispensável a checagem do histórico de vacinação contra dengue na triagem e no atendimento de casos suspeitos de dengue (ambulatoriais, hospitalizados e óbitos), com registro adequado da informação. Essa prática deve ser incorporada ao processo de trabalho.

A Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH), no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), incluindo os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), credenciados ou não na Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh), e os Serviços de Verificação de Óbitos (SVO), inclusive a Rede Nacional de SVO (RNSVO), são estratégicos para ampliar a sensibilidade na identificação de Esavi grave e para qualificar a investigação desses eventos.

### 3. Notificação

Sempre que houver suspeita clínica de dengue (conforme critérios para definição de caso, descrito no item 2) e histórico de vacinação contra dengue com início dos sintomas em até 30 dias após a vacina, o caso deve ser conduzido com notificação concomitante às vigilâncias pertinentes (dengue/Esavi), a fim de subsidiar a investigação epidemiológica, a adoção de medidas de saúde pública e o monitoramento da segurança do imunobiológico.

Todo caso que cumpra o critério acima deve ser notificado obrigatoriamente e de forma simultânea no e-SUS notifica e Sinan on-line, independente da gravidade dos sintomas.

O registro da notificação deve ser realizado nos sistemas de informações como segue:

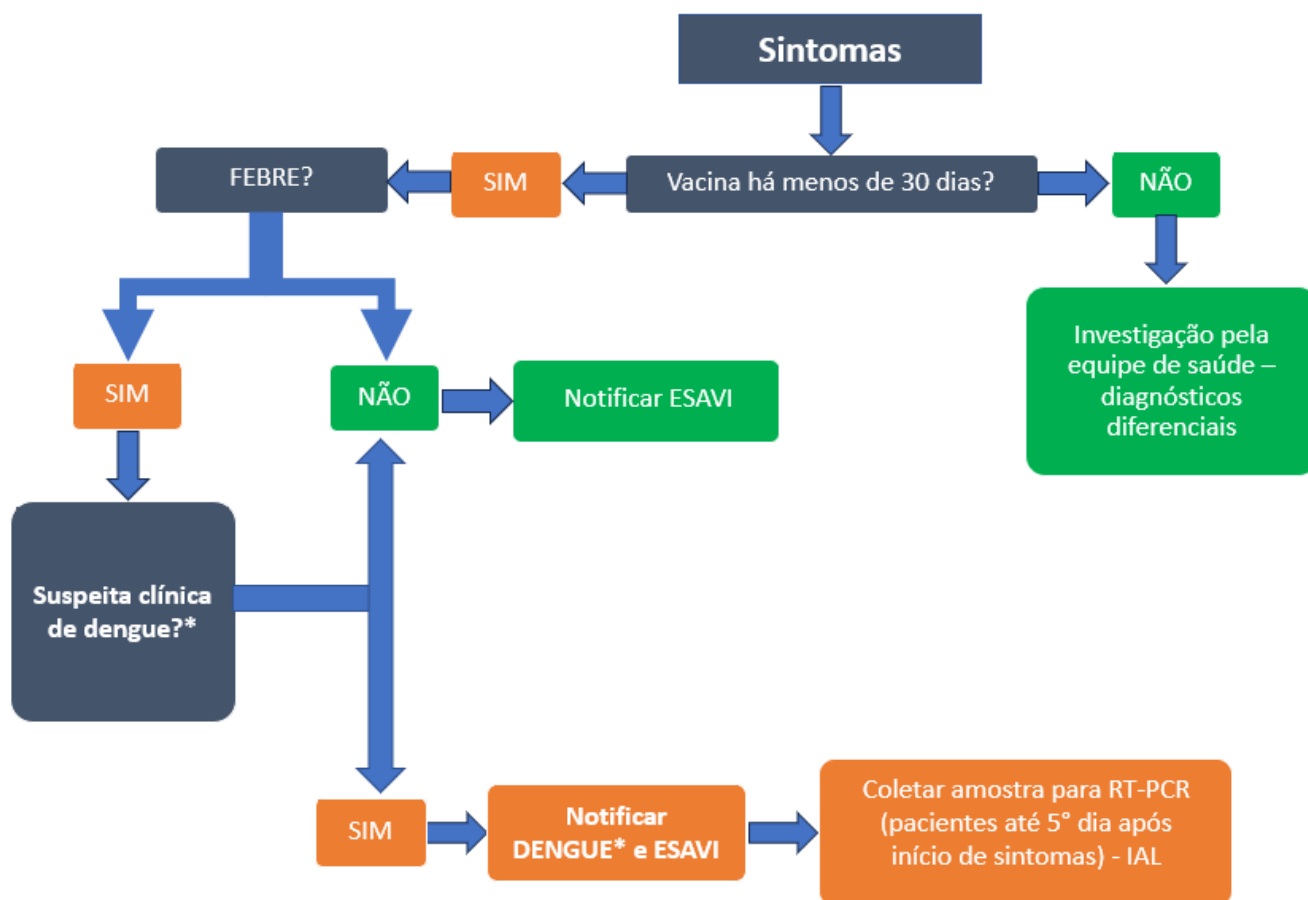
- Sinan on-line: registrar a notificação do caso suspeito de dengue.
- e-SUS Notifica (módulo Esavi): registrar a notificação de todos os Esavi (graves e não graves) e todos os erros de imunização. O serviço de atendimento realiza o preenchimento da ficha de notificação, encaminha à Unidade de Vigilância em Saúde (Uvis) de sua área de abrangência e esta insere a notificação no sistema e-SUS Notifica.

Se o caso suspeito de dengue com relação temporal com a vacina ( $\leq 30$  dias) apresentar dengue grave, dengue com sinais de alarme ou evoluir para óbito por dengue, trata-se de Esavi grave e, portanto, a notificação deve ser realizada em até 24h, com comunicação imediata por e-mail ao PMI.

Tendo em vista que não há, até este momento, campo específico para registro do histórico vacinal na ficha de notificação de dengue e chikungunya, orienta-se registrar essa informação no campo “observações adicionais”, de forma sucinta e objetiva (nome da vacina; data de aplicação; lote e serviço de vacinação), de forma que todos os possíveis fatores causais sejam investigados.

Os diagnósticos diferenciais (Anexo I) são extremamente importantes para se descartar outras hipóteses possíveis e devem ser avaliados pela equipe de saúde, conforme fluxo da unidade e considerando as manifestações clínicas e epidemiológicas.

**Quadro 1** – Fluxograma de detecção e notificação de Esavi e suspeita clínica de dengue



\*Seguir manejo clínico e procedimentos conforme preconizado no município

## 4. Investigação

Deve-se proceder à classificação de gravidade e priorizar a investigação dos casos graves, cuja apuração deve ser iniciada em até 48 horas, conforme diretrizes do SNVE-Esavi, de modo a subsidiar o diagnóstico e a análise de causalidade entre a vacinação e o evento.

A investigação de Esavi grave por vacinas contra a dengue (atenuadas) deve visar uma avaliação completa e detalhada que possibilite a:

- Definição de um diagnóstico válido;
- Avaliação de disfunções de um ou mais órgãos ou sistemas, assim como de respostas imunes ou inflamatórias atípicas;
- Identificação de fatores de risco para outras causas;
- Verificação de possíveis diagnósticos diferenciais (Anexo I);

- Observação de condições clínicas especiais, incluindo comorbidades descompensadas e sinais indicativos de imunocomprometimento\* (como histórico de infecções recorrentes, atípicas ou incomumente graves ou prolongadas, resultados laboratoriais de leucopenia e/ou linfopenia, perda ponderal, atraso de desenvolvimento em crianças e outros);
- Detecção de casos semelhantes em pessoas vacinadas e não vacinadas na região, contribuindo para a compreensão do caso em questão.

Durante a investigação, deve-se assegurar a solicitação e a realização de todos os exames laboratoriais necessários para confirmar ou descartar infecção por dengue, bem como para avaliar diagnósticos diferenciais e outras hipóteses etiológicas pertinentes. Para viabilizar a realização dos exames pelo Instituto Adolfo Lutz (IAL), é essencial que as amostras sejam registradas no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e encaminhadas junto à ficha de notificação de dengue, contendo de forma clara a informação de vacinação contra dengue (vírus vivo atenuado) nos 30 dias anteriores ao início dos sintomas. Esse registro orienta o fluxo laboratorial nos exames com vírus da dengue detectável, possibilitando a realização de sequenciamento genético para diferenciar vírus selvagem e vírus vacinal.

Na investigação laboratorial de casos suspeitos de dengue com relação temporal com a vacinação (até 30 dias), deve-se interpretar com cautela os resultados de sorologia e/ou antígeno NS1. Considerando que se trata de vacina de vírus vivo atenuado, é esperado que a vacinação induza resposta imunobiológica com produção de anticorpos e, em alguns casos, achados laboratoriais compatíveis com exposição ao vírus, o que pode se refletir em resultados reagentes, especialmente em testes sorológicos.

Entretanto, a presença de sorologia e/ou NS1 reagentes não exclui a possibilidade de infecção por vírus dengue adquirido por transmissão vetorial, sobretudo em contextos de circulação intensa e sazonalidade da dengue, tampouco fecha o diagnóstico para a doença. Assim, esses resultados não devem ser utilizados isoladamente para atribuição etiológica ao vírus vacinal.

Assim, a investigação laboratorial deve priorizar a detecção direta do vírus por RT-PCR, idealmente até o 5º dia após o início dos sintomas, período em que a sensibilidade do teste é maior. Nos casos em que houver vírus detectável, recomenda-se a realização de sequenciamento genético para auxiliar na distinção entre vírus selvagem e vírus de origem vacinal, considerando também os diagnósticos diferenciais e o contexto epidemiológico local.

Exame Obrigatório: Deve ser solicitado o RT-PCR para TODOS os casos que necessitem de

diagnóstico diferencial entre infecção natural e vacinação, pois a diferenciação entre o vírus selvagem e o vírus vacinal só é possível por meio do sequenciamento genético, que será realizado pelo IAL a partir de amostras com vírus detectável no RT-PCR.

- Coleta: Coletar soro ou plasma (5 mL de sangue) até o 5º dia do início dos sintomas.
- Registro no GAL: No Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), a suspeita deve ser registrada obrigatoriamente como "DENGUE (EA VACINA)" para orientar o fluxo correto da amostra para sequenciamento. As informações quanto ao nome da vacina, fabricante, data da aplicação e data de início de sintomas devem constar obrigatoriamente no registro da amostra no GAL.
- Cópias da ficha de notificação de Esavi e da ficha de notificação de dengue deverão ser encaminhadas ao IAL junto com a amostra para RT-PCR.
- e-SUS Notifica: após a liberação do resultado de RT-PCR, este deve ser inserido na ficha de notificação do Esavi.

**Nota:** nos casos de Esavi grave/ Dengue hospitalizados com manifestações neurológicas enviar ao IAL também amostra de líquido para RT-PCR coletada em até 15 dias após o início de sintomas.

**\*Importante:**

Diante da vacinação inadvertida de pessoa com suspeita de imunossupressão, é imprescindível encaminhá-la para avaliação especializada em um **Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE)**, a fim de definir, de forma criteriosa, a conduta clínica e vacinal mais adequada.

#### 4.1. Fluxograma de cadastros de amostras no GAL

A investigação laboratorial é componente essencial da investigação de casos suspeitos, pois, em conjunto com a avaliação clínica, permite confirmar ou descartar as etiologias suspeitas e, quando aplicável, diferenciar infecção por vírus dengue selvagem de possível envolvimento de vírus atenuado vacinal nos casos de dengue com relação temporal com a vacina dengue (atenuada). O registro deve ser efetuado conforme abaixo:

**Incluir Requisição**

**Requisição**

**Requisitante**

Unidade de Saúde:  Cód. CNES:  Município:  Cod. IBGE:  UF:

CNS Prof. de Saúde:  Nome do Profissional de Saúde:  Reg. Conselho/Matricula:

**Dados da solicitação**

Data da solicitação:  Finalidade: **Investigação** Descrição: **Dengue**

**Paciente**

**Identificação**

Tipo Paciente: **Brasileiro** CPF do Paciente:

CNS do Paciente:  Paciente:

Salvar Cancelar

**Incluir Requisição**

**Notificação SINAN**

Agravo: **DENGUE** CID: **A90** Núm. Notificação: **8888888888** Data da Notificação: **15/02/2026**

Notificante:  Cód. CNES: **88888888** Município:  Cod. IBGE:  UF:

**Incluir Requisição**

**Informações Clínicas**

**Dados clínicos gerais**

Agravo/Doença: **DENGUE** Data 1ºs sintomas: **15/02/2026**

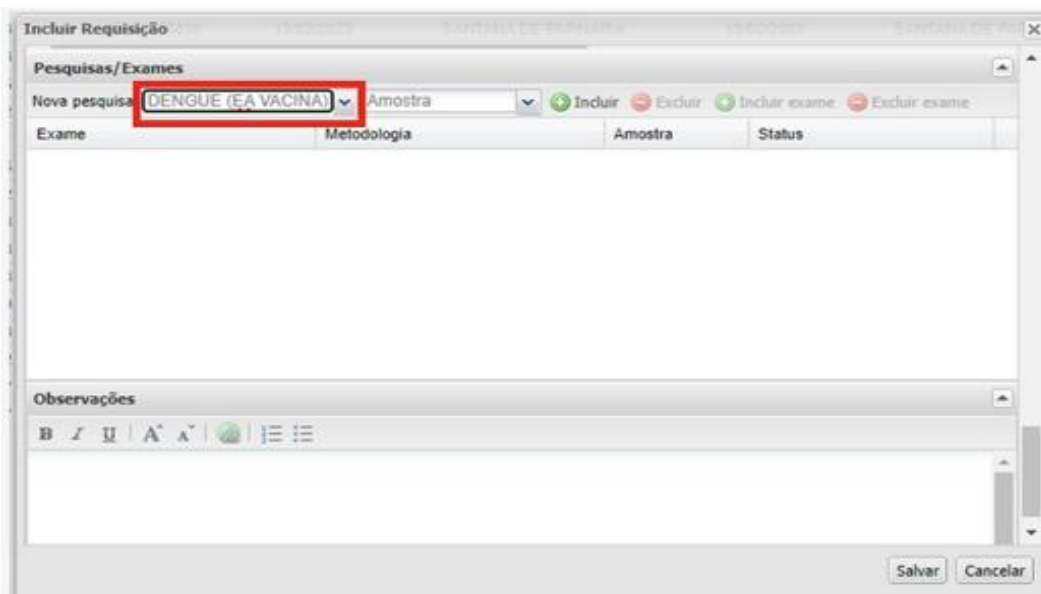
Idade gestacional:  Motivo:  Diagnóstico:

**Detalhes do agravo**

Caso: **Suspeito** Tratamento:  Etapa:

O paciente tomou vacina?: **Sim** Vacina?: **BUTANTAN ou QDENG A** Data da última dose: **09/02/2026**

Salvar Cancelar



## 4.2. Investigação *post-mortem*

A investigação *post-mortem* representa a última oportunidade para esclarecer a etiologia de um Esavi grave nos casos que evoluem a óbito, especialmente quando não foi possível concluir, em tempo oportuno, a investigação clínica e laboratorial em vida. Nessas situações, deve-se priorizar a realização de necropsia, preferencialmente por SVO. Durante o procedimento, além da avaliação macroscópica externa e interna, devem ser coletadas amostras adequadas para investigação de dengue e de outros diagnósticos diferenciais compatíveis com o quadro clínico e/ou com os achados necroscópicos, a fim de subsidiar a conclusão diagnóstica e a etapa subsequente de avaliação de causalidade (Quadro 2).

**Quadro 2** – Amostras e técnicas laboratoriais para o diagnóstico e identificação de vírus dengue em investigação *post-mortem*

Técnica de diagnóstico	Tipo de Amostra	Coleta	Período para coletar
<b>Isolamento viral</b> <b>RT-PCR</b> <b>Sequenciamento genético</b>	Fragmentos de vísceras (fígado, rim, coração, pulmão, baço, linfonodo, cérebro, musculo-esquelético)	2 cm <sup>3</sup> de fragmentos a fresco (sem formalina)	Tão logo possível e até no máximo 48h após o óbito
<b>Histopatologia</b> <b>Imuno-histoquímica</b>	Fragmentos de vísceras (fígado, rim, coração, pulmão, baço, linfonodo, cérebro, musculo-esquelético)	2 cm <sup>3</sup> de fragmentos em formalina tamponada a 10%	Tão logo possível e até no máximo 48h após o óbito

Fonte: Fonte: DPNI/SVSA/MS

## 5. Orientação para as Unidades de Vigilância em Saúde

Para os casos que atenderem aos critérios de notificação para dengue, permanecem válidas todas as orientações previamente estabelecidas nos protocolos específicos da doença. Assim, devem ser mantidos os procedimentos referentes ao registro no SINAN Online, ao acompanhamento dos casos notificados e à execução das ações de vigilância epidemiológica e de controle do vetor.

Na suspeita clínica de dengue, deve ser realizado o Teste Rápido conforme a data de início dos sintomas, e o resultado deve ser obrigatoriamente registrado na Ficha de Investigação, assegurando a continuidade do fluxo estabelecido para as ações de controle vetorial.

Nos casos em que o paciente for atendido após o 5º dia do início dos sintomas, situação em que a coleta para RT-PCR não é mais indicada para diferenciação entre vírus vacinal e vírus selvagem no IAL, para a vigilância da dengue deve-se manter o fluxo vigente conforme a nota técnica laboratorial do Plano de Contingência de Arboviroses e a notificação para Esavi também deverá ser realizada em caso de sintomas até 42 dias após a vacinação.

## 6. Encerramento

Para que a causalidade seja avaliada adequadamente, é indispensável que a investigação esteja completa. Isso inclui:

- Confirmações/descartes laboratoriais pertinentes (ex.: RT-PCR e, quando indicado, sequenciamento genético para diferenciar vírus selvagem e vacinal);
- Classificação clínica adequada (ex.: dengue com sinais de alarme/dengue grave);
- Linha do tempo (vacinação → início dos sintomas → evolução → desfecho);
- Revisão do processo de vacinação e rastreabilidade (produto, lote, data, local, condições e procedimentos);
- Análise do contexto epidemiológico (transmissão local, circulação viral, sazonalidade) e diagnósticos diferenciais.

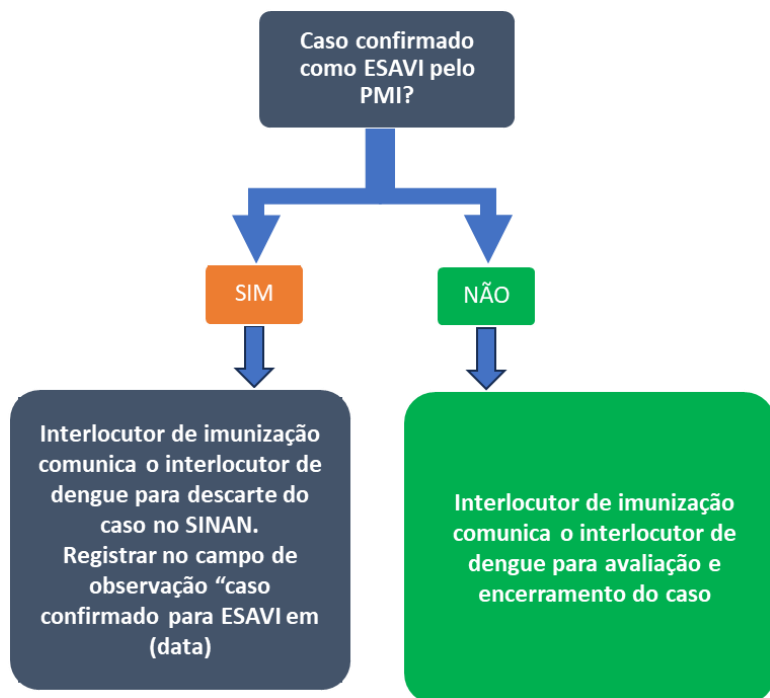
Os casos suspeitos de dengue que apresentarem relação temporal com a vacinação serão definidos quanto à confirmação ou descarte de Esavi pelo PMI (Quadro 3).

Os interlocutores de imunização das DRVS e das UVIS deverão acompanhar o processo de encerramento desses casos como Esavi. Essa classificação deverá ser comunicada aos interlocutores responsáveis pela vigilância da dengue, para que seja realizado o encerramento adequado no banco

do SINAN (Quadro 3).

Ressalta-se a importância do acompanhamento articulado entre as áreas envolvidas, a fim de assegurar a adequada qualificação e consistência dos bancos de dados.

**Quadro 3** – Fluxograma de encerramento dos casos notificados Esavi e dengue



## 6. Considerações finais

As vacinas contra a dengue incorporadas ao SUS foram rigorosamente avaliadas em estudos clínicos e demonstraram perfil favorável de segurança e efetividade.

Contudo, tratando-se de vacinais virais atenuadas, a ocorrência de viremia transitória após a administração da vacina pode ocorrer e é compatível com o mecanismo imunológico esperado.

Para a efetiva mitigação de riscos, o ato vacinal deve assegurar o estrito cumprimento dos protocolos vigentes. A observância rigorosa dos critérios de triagem, cadeia de frio, técnica de administração e fidedignidade do registro são os pilares da vacinação segura.

A vigilância pós-comercialização é realizada rotineiramente e é um processo dinâmico: eventos de interesse especial, incluindo-se aqueles raros e muito raros, podem ser identificados somente com o uso em larga escala e as orientações técnicas poderão ser atualizadas.

Além da vacinação, as demais medidas de prevenção e controle devem ser mantidas e incrementadas – o enfrentamento do *Aedes aegypti* permanece indispensável, com ações de eliminação de criadouros e mobilização comunitária.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 6/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-no-6-2026-cgfam-dpni-svsa-ms.pdf/view> . Acesso em: 26 fev.2026.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 1 - Investigação de Esavi – Vacina Butantan DV. São Paulo, 2026.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Orientações para o Diagnóstico Laboratorial das Arboviroses: Dengue, Doença Aguda pelo Vírus ZIKA, Febre de Chikungunya e Febre Amarela. São Paulo, 2026. Acesso em: [https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/nota-laboratorial\\_2026-1-pdf](https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/nota-laboratorial_2026-1-pdf)

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Plano Municipal para Enfrentamento da Dengue e demais Arboviroses 2026/2027. São Paulo, 2026. Acesso em: <https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/plano-municipal-de-enfrentamento-da-dengue-e-demais-arboviroses-2026-pdf-1>

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Plano Operativo 2026/2027: Vigilância em Saúde. São Paulo, 2026. Acesso em: [https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/componente\\_vigilancia-em-saude-2026-1-pdf](https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/componente_vigilancia-em-saude-2026-1-pdf)

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Plano Operativo 2026/2027: Assistência. São Paulo, 2026. Acesso em: [https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/componente\\_assistencia\\_com-pre-hospitalar-pdf](https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/componente_assistencia_com-pre-hospitalar-pdf)

Para informações atualizadas, acesso o portal DE OLHO NA CARTEIRINHA: [https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/vigilancia\\_em\\_saude/vacinacao/](https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/vigilancia_em_saude/vacinacao/)

## ANEXOS

### ANEXO I - DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

#### A) Diagnósticos diferenciais para outras arboviroses:

Considerando o cenário epidemiológico do MSP, orienta-se a notificação se houver critérios de suspeita:

- Chikungunya: paciente que apresente febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado;
- Doença Aguda pelo Vírus Zika: pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre (podendo apresentar-se baixa  $\leq 38,5^{\circ}\text{C}$ ); hiperemia conjuntival/conjuntivite não purulenta; artralgia/poliartralgia; edema periarticular;
- Febre Amarela: indivíduo não vacinado contra febre amarela, ou com estado vacinal ignorado, que apresente quadro infeccioso febril agudo (geralmente, até sete dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, com exposição nos últimos 15 dias em área de risco e/ou em locais com recente ocorrência de epizootia em PNH e/ou em áreas recém-afetadas e suas proximidades;

Da mesma forma, casos com características epidemiológicas, clínicas e de deslocamentos individuais devem ser analisados particularmente.

#### B) Diagnósticos diferenciais para doenças exantemáticas:

As doenças exantemáticas febris possuem dois sintomas comuns, a ocorrência de febre e exantema em sua apresentação clínica. A depender do agente infeccioso, o exantema pode se caracterizar por máculas, pápulas, vesículas e pústulas, com início em determinada região do corpo, estendendo-se para outras áreas. Dentre esse grupo de doenças, destacam-se o sarampo e a rubéola, com eminente relevância à saúde pública, devido à alta transmissibilidade viral e consequências à saúde da população.

A notificação de casos suspeitos de sarampo e rubéola é obrigatória e imediata. Todos os casos devem ser reportados aos órgãos responsáveis em até 24 horas do atendimento. As equipes de vigilância epidemiológica devem iniciar a investigação epidemiológica em até 48 horas da notificação e aplicar as ações de prevenção e controle, como o bloqueio vacinal seletivo dos contatos, em até 72 horas da notificação.

Para o diagnóstico laboratorial, deve-se realizar as coletas de sorologia e RT-PCR swab nasoro-faríngea e urina pelo serviço de saúde, preferencialmente no primeiro contato, com encaminhamento das amostras ao Instituto Adolfo Lutz (IAL).

O sarampo é uma doença exantemática viral, potencialmente grave e extremamente contagiosa, causada por vírus de RNA, pertencente ao gênero *Morbillivirus*. Sua transmissão ocorre por meio de secreções respiratórias ao espirrar, tossir, falar ou pela dispersão de aerossóis em ambientes fechados.

O período de incubação pode variar de 7 a 21 dias e o período de transmissibilidade de 6 dias a 4 após o início do exantema.

A manifestação clínica caracteriza-se pela presença de presença de febre alta (>38,5°C), tosse, coriza e conjuntivite. Entre o 2º e 4º dia, ocorre a exantema maculopapular morbiliforme de coloração avermelhada, com direção cefalocaudal e manchas de Koplik, que são lesões na mucosa oral características da doença. Os sintomas semelhantes entre a dengue e o sarampo são febre alta, exantema e conjuntivite.

Há outras doenças exantemáticas febris que pode ocasionar sintomas semelhantes, configurando o diagnóstico diferencial do sarampo. Dentre essas, destacam-se: rubéola, exantema súbito (herpes vírus 6), eritema infeccioso (parvovírus B19), enterovirose, riquetsioses (febre maculosa) e as arboviroses dengue, febre chikungunya e infecção por vírus Zika.

<b>Diagnóstico diferencial para sarampo e rubéola</b>		
<b>CID</b>	<b>Doença</b>	<b>Agente</b>
A38	Escarlatina	<i>Streptococcus pyogenes</i>
A77	Febre Maculosa	<i>Rickettsia rickettsii</i>
A90	Dengue	<i>Flavivirus</i> <i>DENV-1</i> <i>DENV-2</i> <i>DENV-3</i> <i>DENV-4</i> <i>DENV-5</i>
A92	Febre de Chikungunya	<i>Alphavirus</i>
A 92.8	Zika	<i>Flavivirus</i>
B01	Varicela	<i>Varicela-Zoster</i>
B 27	Mononucleose (todas)	<i>Citomegalovirus</i> <i>Herpes gama - Epstein-Barr</i> Outros
B 34.1	Enterovirose	<i>Enterovirus</i>
B34.3	Parvovirose	<i>Parvovirus</i>
B05	Sarampo	<i>Mobilivirus</i>
B06	Rubéola	<i>Rubivirus</i>
B08.2	Exantema súbito ou Roséola	<i>Herpes vírus (HHV-6 e HHV-7)</i>
B08.3	Eritema infeccioso	<i>Parvovirus humano B-19</i>
B08.4	Estomatite vesicular devido a enterovírus com exantema (Mão-Pé-Boca)	<i>Enterovirus (mais comum Coxsackie A16)</i>
B08.8	Outras infecções virais especificadas por lesão de pele das membranas mucosas	
B09	Infecção viral não especificada por lesões da pele e membranas mucosas	
L20.9	Dermatite atópica, não especificada	
M 30.3	Doença de Kawasaki	<i>desconhecido</i>

\*Atualizada em 26/09/2024 - Orientações para busca ativa de casos de PFA, sarampo e rubéola (OPAS)

C) Outros diagnósticos diferenciais:

Síndromes clínicas	Hipóteses
<b>Síndromes febris</b>	Enteroviroses, influenza, covid-19 e outras viroses respiratórias, hepatites virais, malária, febre tifoide, chikungunya e outras arboviroses (oropouche, Zika)
<b>Síndromes exantemáticas febris</b>	Rubéola, sarampo, escarlatina, eritema infeccioso, exantema súbito, enteroviroses, mononucleose infecciosa, parvovirose, citomegalovirose, farmacodermias, doença de Kawasaki, púrpura de Henoch - Schonlein (PHS), Zika e outras arboviroses
<b>Síndromes hemorrágicas febris</b>	Hantavirose, febre amarela, leptospirose, riquetsioses (febre maculosa) e púrpuras
<b>Síndromes dolorosas abdominais</b>	Apendicite, obstrução intestinal, abscesso hepático, abdome agudo, pneumonia, infecção urinária, colecistite aguda, entre outras
<b>Síndromes de choque</b>	Meningococemia, septicemia, febre purpúrica brasileira, síndrome do choque tóxico e choque cardiogênico (miocardites)
<b>Síndromes meníngeas</b>	Meningites virais, meningite bacteriana e encefalite

Fonte: DPNI

Programa Municipal de Imunizações-PMI  
Colaboração: Núcleo de Doenças transmitidas por vetores e outras zoonoses e Núcleo de Doenças  
agudas transmissíveis  
Divisão de Vigilância Epidemiológica - DVE  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA  
Secretaria Municipal de Saúde -São Paulo – SMS  
16/03/2026



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**