

**NOTA TÉCNICA Nº 13/2025/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA**

Processo nº 25351.925237/2025-11

Orientações e atualização das atividades de vigilância epidemiológica da Febre Amarela para Portos, Aeroportos e Fronteiras.

1. RELATÓRIO

Em 10/01/2025, o Ministério da Saúde emitiu a Nota Informativa Nº 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS, que atualiza o cenário epidemiológico da Febre Amarela e apresenta os resultados da Oficina do Grupo de Modelagem de Febre Amarela (GRUMFA), destacando os municípios prioritários para a intensificação das ações de vigilância e imunização durante o período sazonal do monitoramento 2024/2025.

Em 02/02/2025, o Ministério da Saúde emitiu a Nota Técnica Conjunta Nº 27/2025-DEDT/DPNI/SVSA, sobre alerta aos viajantes que se deslocarão para as regiões com detecções de Febre Amarela, especificamente São Paulo, Minas Gerais, Roraima e Tocantins.

Em 25/03/2025, o Ministério da Saúde emitiu a Nota Técnica Nº 39/2025 -CGICI/DPNI/SVSA/MS, sobre orientações para a estratégia de vacinação contra a Febre Amarela na população a partir de 60 anos de idade, residente ou que irá se deslocar para áreas de alto risco epidemiológico.

Em 28/04/2025, o Ministério da Saúde emitiu a Nota Informativa Conjunta Nº 02/2024 DEDT/DPNI/DEMSP, alertando para intensificação das ações de vigilância e imunização nas áreas com transmissão ativa do vírus da febre amarela.

2. ANÁLISE

A Febre Amarela (FA) é uma doença febril aguda causada por um arbovírus do gênero *Flavivirus* (*Flavus = amarelo*), família *Flaviviridae*. A doença foi responsável por grande número de mortes entre o século XVIII e o início do século XX, com repetidas epidemias nas regiões tropicais da América do Sul e na África, seguidas por surtos em locais mais distantes como América do Norte, Caribe e Europa. A identificação do *Aedes aegypti* como transmissor do vírus, em 1900, foi seguida por ações de controle do vetor que resultaram em significativo declínio da doença fora das áreas tropicais endêmicas. (BRASIL,2020)

A FA mantém-se na natureza por meio da transmissão entre mosquitos silvestres (vetores), principalmente dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*, e Primatas Não Humanos (PNH), ou seja, macacos, sobretudo no bioma amazônico, que compõe a região endêmica no Brasil. Por isso, atualmente a FA é considerada uma zoonose silvestre, portanto de impossível eliminação. Nos últimos anos, após a reemergência extra-amazônica iniciada a partir de 2014, surtos foram registrados nas Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul do País. O vírus atingiu o bioma Mata Atlântica, onde causou o maior impacto à saúde pública na história da FA silvestre no Brasil, com milhares de casos e centenas de óbitos. Também foi elevado o impacto à biodiversidade de primatas, com registro de mais de 20 mil epizootias em PNH envolvendo milhares de animais mortos, incluindo espécies ameaçadas de extinção, de ocorrência restrita à Mata Atlântica. (BRASIL, 2021)

Na região extra-amazônica, surtos ocorrem com potencial infecção em humanos com periodicidade irregular sob condições favoráveis à transmissão, como acúmulo de hospedeiros suscetíveis, cobertura vacinal humana abaixo do limite, alta densidade vetorial, temperatura e precipitação favoráveis ou o surgimento de cepas virais com vantagem de aptidão potencialmente aumentada. Durante os últimos surtos, milhares de mortes de macacos-prego foram documentadas, principalmente em *Alouatta sp.* (macacos bugios). Identificar os corredores espaciais de disseminação do vírus da FA, seus contextos ecológicos, o cenário imunológico humano subjacente, bem como o papel dos hospedeiros vertebrados animais e das populações de vetores, é crucial para prever, prevenir e controlar futuros surtos potenciais que podem levar a epidemias. (SCIENCE, 2024)

A FA se mantém como importante ameaça à saúde pública, dado o elevado potencial epidêmico, principalmente em áreas com populações não vacinadas, densamente povoadas e infestadas por *Aedes aegypti*. Entretanto, a FA é uma doença imunoprevenível, cuja vacinação, atualmente, é recomendada à maior parte da população brasileira e em todo o território nacional. Ainda assim, historicamente são registrados surtos recorrentes, com extensão e magnitude variáveis e alta letalidade para as formas grave e maligna. Esses aspectos – associados à expansão da área de circulação viral nas últimas décadas, à infestação por *Ae. aegypti* e *Ae. albopictus* nos municípios brasileiros, e às baixas coberturas vacinais contra a FA em algumas regiões – impõem enorme desafio aos gestores de saúde pública para manter elevada sensibilidade das vigilâncias epidemiológica e ambiental, em especial a de epizootias em PNH, e desenvolver modelos de previsão e alerta de risco, aprimorando métodos para predição de emergências por FA. (BRASIL, 2021)

Na África, várias espécies de mosquitos do gênero *Aedes* têm sido associados com a transmissão, sendo *Ae. africanus*, *Ae. fuscifer* e *Ae. simpsoni*, os mais importantes. Os mosquitos, além de serem transmissores, são os reservatórios do vírus, desde que uma vez infectados assim permanecem por toda a sua vida, ao contrário dos macacos que, como os homens, ao se infectarem morrem ou se curam, e ficam imunes para sempre. Portanto, os macacos atuam tão somente como hospedeiros amplificadores da virose. Na África, ocorre a transmissão em diferentes níveis: transmissão silvestre, transmissão rural ou peri-urbana e transmissão urbana, e é o continente responsável por cerca de 90% de todos os casos notificados de FA à Organização Mundial da Saúde (OMS). Outro aspecto próprio da África é a existência de um vetor de ligação entre os ciclos urbano e silvestre, o mosquito *Ae. simpsoni*, que sai da mata indo picar os indivíduos nas periferias das cidades, podendo inclusive, manter uma transmissão contínua, ainda que limitada nessas áreas. (VASCONCELOS, 2002)

Existem três ciclos possíveis de transmissão:

- Silvestre: Ocorre em florestas tropicais. Nestes casos, a FA ocorre em macacos que estão infectados por mosquitos silvestres. Em seguida, os macacos infectados transmitem o vírus para outros mosquitos que se alimentam deles. Os mosquitos infectados então picam humanos que adentram a floresta, resultando em eventuais casos de febre amarela.
- Intermediária: Ocorre em partes úmidas ou semi-úmidas da África, em que mosquitos semi-domésticos (que se reproduzem na floresta e acerca de domicílios) infectam tanto macacos, como seres humanos. Nestes casos, o aumento do contato entre as pessoas e os mosquitos infectados leva à transmissão da doença. Este tipo de transmissão é responsável por grande parte dos surtos de FA que ocorrem na África. O surto pode levar a uma epidemia mais grave se a infecção ocorrer em uma área que abriga mosquitos domésticos e indivíduos não vacinados.
- Urbana: Grandes epidemias ocorrem quando pessoas infectadas introduzem o vírus em áreas densamente povoadas, com um elevado número de pessoas não imunizadas e mosquitos *Aedes*. Nestes casos, os mosquitos transmitem o vírus de pessoa a pessoa.

O período de incubação (tempo entre a infecção pela picada do mosquito e o aparecimento de quadro clínico) médio varia entre 3 e 6 dias, podendo ser de até 10 a 15 dias. O período de transmissibilidade (tempo em que um indivíduo com febre amarela possui vírus no sangue e pode infectar um mosquito vetor se for picado) vai de 24 a 48 horas antes até 3 a 5 dias após o início dos sintomas. O mosquito infectado transmite o vírus por seis a oito semanas.

O espectro clínico da FA pode variar desde infecções assintomáticas até a quadros graves e fatais, sendo importante destacar que a expressão da doença independe do contexto de transmissão, se urbano ou silvestre. Estima-se que quadros assintomáticos ocorram em aproximadamente metade dos casos infectados.

O quadro clínico clássico caracteriza-se pelo surgimento súbito de febre alta, geralmente contínua, cefaleia intensa e duradoura, inapetência, náuseas e mialgia.

Dentre os sintomas descritos, em geral, aparecem entre o terceiro e o sexto dia após a picada do mosquito. Após as primeiras manifestações, passados três ou quatro dias, a maioria dos doentes (85%) recupera-se completamente e fica permanentemente imunizado contra a doença. As pessoas que sobrevivem recuperam-se sem danos significativos nos órgãos afetados. (FIOCRUZ, 2025)

Dos doentes infectados com FA que apresentam sintomas graves (formas graves e malignas), evoluem ao óbito de 15% a 60% dos casos, e geralmente são pessoas com sintomas que são notificadas durante epidemias. Nestes casos, surgem icterícia (olhos amarelados, semelhante à hepatite), manifestações hemorrágicas (manchas na pele causadas por extravasamento de sangue, sangramentos no nariz e gengivas) e ocorre o funcionamento inadequado de órgãos vitais como fígado e rins. Como consequência, pode haver diminuição do volume urinário até a anúria total (ausência de urina na bexiga), vômito com sangue, hemorragia uterina fora do período menstrual e coma. Estes evoluem ao óbito, em média, de 10 a 14 dias após instalada a fase terminal. (BRASIL,2020)

2.1. Cenário epidemiológico da Febre Amarela

A Febre Amarela é uma das infecções virais mais facilmente reconhecidas e historicamente importantes. No passado, ocorreram grandes epidemias que provocaram dezenas de milhares de mortes. Antes frequente nas zonas temperadas e tropicais em todo o mundo, atualmente a doença só ocorre nas áreas tropicais da África Central, sul do Panamá e América do Sul. A infecção é mais comum durante os meses quentes, chuvosos e úmidos na América do Sul e durante o fim das estações chuvosas e início das estações secas na África. (LIM,2025)

Pode ser considerada uma doença sazonal, ou seja, a maior parte dos casos acontece entre os meses de dezembro e maio. Os surtos ocorrem com periodicidade irregular, quando o vírus encontra condições favoráveis para a sua transmissão (elevadas temperaturas e chuvas; grande número de mosquitos, de humanos e primatas não humanos (macacos) suscetíveis à infecção; presença de pessoas não vacinadas; baixas coberturas vacinais dentre outras). O padrão de circulação do vírus no Brasil está relacionado com a circulação silvestre, na qual os macacos adoecem pela infecção com o vírus, e os mosquitos silvestres atuam como transmissores e dispersores do vírus na natureza. (BRASIL, 2025)

Considerando o aumento de casos humanos notificados em 2025 em países da Região das Américas, incluindo a identificação de casos fora da região amazônica, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) fez um chamado aos Estados Membros para continuar seus esforços no fortalecimento da vigilância em zonas enzoóticas (determinadas regiões onde a doença ocorre de forma constante e previsível em animais), vacinar as populações em risco e tomar as ações necessárias para assegurar que os viajantes que se dirigem a áreas onde a vacinação é recomendada estejam corretamente informados e protegidos contra a Febre Amarela.

O aumento de casos humanos observado nas Américas em 2025 está relacionado à reativação periódica do ciclo de transmissão silvestre na bacia amazônica, que é um fenômeno esperado. Os casos notificados em 2024-2025 surgiram em zonas consideradas de risco, mas sem registro de casos por décadas. Em comparação com o número anual de casos notificados nas Américas entre os anos de 1960 e 2024, o número de casos notificados em 2025 é elevado, porém semelhante a outros anos com número elevado de casos.

Em 2024, os casos em humanos foram registrados principalmente ao longo da região amazônica da Bolívia, do Brasil, da Colômbia, da Guiana e do Peru. Em 2025, até 25 de maio, foram notificados 235 casos humanos confirmados em cinco países da Região das Américas, incluindo 96 óbitos e resultando numa Taxa de Letalidade (TL) de 41%. (PAHO/OPAS,2025)

Na Bolívia, até 25 de maio, foram notificados quatro casos confirmados em humanos, incluindo dois óbitos resultando em uma Taxa de Letalidade (TL) de 50%. Dois dos casos relataram antecedente de vacinação contra febre amarela. Adicionalmente, foi confirmada uma epizootia (morte de primata não humano).

Na Colômbia, desde o início do surto em 2024 até 25 de maio de 2025, foram notificados 97 casos humanos confirmados de febre amarela, incluindo 44 óbitos (TL: 45,3%). Em 2025, até 25 de maio, foram notificados 74 casos confirmados em humanos, incluindo 31 óbitos (Taxa de Letalidade: 42%). Os casos correspondem a pessoas com idades entre 2 e 84 anos, com início de sintomas entre 6 de janeiro e 20 de maio de 2025. Todos os casos tiveram antecedente de exposição em zonas de risco para febre amarela, no contexto de atividades laborais relacionadas à agricultura. Em 2025, até 25 de maio, foram confirmados na Colômbia 51 eventos que envolveram a morte de primatas não humanos (epizootias) por febre amarela por critérios laboratoriais.

No Equador, até 25 de maio, foram notificados oito casos confirmados em humanos, incluindo seis óbitos (TL: 75%). Do total, 75% dos casos (n=6) são homens. Os casos ocorreram em idades entre 20 e 66 anos. Nenhum dos casos tinha histórico de vacinação contra febre amarela. Todos apresentaram exposição prévia em áreas de risco no contexto de atividades laborais, incluindo agrícolas.

No Peru, até 25 de maio, foram notificados 38 casos confirmados, incluindo 13 óbitos, na região da Amazônia peruana. Dos casos confirmados, 31 (88%) eram homens. Os casos apresentam idades que variam entre 1 e 57 anos, com início dos sintomas entre 15 de janeiro e 15 de maio de 2025. Todos os casos tinham histórico de exposição em áreas silvestres e/ou de floresta, devido a atividades de trabalho agrícolas, e 71,8% dos casos não tinham registro de vacinação contra febre amarela. O número de casos confirmados em 2025 no Peru representa um aumento de 1,9 vezes em relação aos casos notificados em 2024 (20 casos) e é o maior número de casos registrado desde 2017.

No Brasil, até 25 de maio de 2025, foram notificados 111 casos confirmados em humanos, incluindo 44 óbitos (TL: 39,6%). Os casos foram notificados nos estados de São Paulo (n = 55 casos, incluindo 31 óbitos), Pará (n = 45 casos, incluindo sete óbitos), Minas Gerais (n = 10 casos, incluindo cinco óbitos) e Tocantins (n = 1 caso fatal). Do total, 90,1% dos casos foram do sexo masculino (n = 100). As idades variaram entre 10 e 75 anos, com início de sintomas entre 2 de janeiro e 20 de abril de 2025. Apenas um dos casos apresentou antecedente de vacinação contra febre amarela. Todos os casos apresentavam histórico de exposição em áreas de mata e/ou floresta, devido a atividades ocupacionais ou recreativas, e foram confirmados laboratorialmente.

Até 25/05/2025, foram notificados 1.032 eventos envolvendo Primatas Não Humanos mortos, evento conhecido como epizootia. Desse total, 80 (7,8%) foram confirmados para febre amarela, por critérios laboratoriais (n=60) e por vínculo epidemiológico (n=20), sendo 66 no estado de São Paulo e 14 no estado de Minas Gerais. A maioria dos casos humanos registrados em São Paulo e Minas Gerais ocorreu em áreas nas quais, de acordo com o Modelo dos Corredores Ecológicos, previa-se a ocorrência de casos para o período 2024/2025, ou em zonas previamente afetadas por casos humanos e epizootias por febre amarela. (PAHO/OPAS, 2025)

Nos primeiros cinco meses de 2025, o número de casos aumentou cerca de quatro vezes em comparação ao ano passado. Nesse cenário, o Brasil está à frente: tanto no número de ocorrências, quanto no número de mortes causadas pela doença. Entre as principais preocupações do Ministério da Saúde está a baixa cobertura vacinal. Em 2023, cerca de 70% da população estava vacinada. A recomendação para controle da doença é que a cobertura vacinal atinja pelo menos 95% das pessoas em áreas de risco. Em relação à meta alcançada por município, em 2023, apenas 25% dos municípios brasileiros atingiram a meta de cobertura contra a enfermidade. Apesar da marca ainda ser baixa, ela representa um aumento de quase 10% em relação à 2022. Do total de óbitos (n=47) em 2025 (até 04/07/2025), apenas um dos casos apresentou antecedente de vacinação contra FA. (BRASIL,2025)

A situação epidemiológica da Febre Amarela no Brasil pode ser acompanhada no endereço eletrônico:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-febre-amarela>

2.2. Vigilância Epidemiológica da Febre Amarela

A Lei 9782/99 prevê em seu art. 7º que as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de vetores relativas a portos, aeroportos e fronteiras, serão executadas pela Anvisa, sob orientação técnica e normativa do Ministério da Saúde.

Por sua vez, a Lei nº 6.259/75 que organiza as ações de Vigilância Epidemiológica, estabelece que:

Art 7º São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados:

I - de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional.

II - de doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada periodicamente.

Finalmente, a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, atualizada pela Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025, estabelece que é de notificação compulsória imediata casos suspeitos e confirmados de Febre Amarela enviando para o órgão de vigilância epidemiológica local as fichas de notificação disponíveis em:

<https://portalsinan.saude.gov.br/febre-amarela>

Conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, seguem as definições de caso de Febre Amarela (BRASIL, 2021):

- caso humano suspeito - Indivíduo com quadro febril agudo (até sete dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente em (ou procedente de) área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootia confirmada em primatas não humanos (PNH) ou isolamento de vírus em mosquitos vetores, nos últimos 15 dias, não vacinado contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.
- caso humano confirmado (critério clínico-laboratorial) - Todo caso suspeito que apresente pelo menos uma das seguintes condições: • Isolamento do vírus da FA. • Detecção do genoma viral. • Detecção de anticorpos da classe IgM pela técnica de MAC-ELISA em indivíduos não vacinados ou com aumento de quatro vezes ou mais nos títulos de anticorpos pela técnica de inibição da hemaglutinação (IH), em amostras pareadas. • Achados histopatológicos com lesões nos tecidos compatíveis com FA.
- Também considerado caso confirmado - o indivíduo assintomático ou oligossintomático, originado de busca ativa, que não tenha sido vacinado e que apresente sorologia (MAC-ELISA) positiva ou positividade por outra técnica laboratorial conclusiva para a febre amarela.
- critério de vínculo epidemiológico - Todo caso suspeito de febre amarela que evoluiu para óbito em menos de dez dias, sem confirmação laboratorial, em período de área compatíveis com surto ou epidemia, em que outros casos já tenham sido confirmados laboratorialmente.
- caso humano descartado - Caso suspeito com diagnóstico laboratorial negativo, desde que comprovado que as amostras foram coletadas em tempo oportuno para a técnica laboratorial realizada; ou caso suspeito com diagnóstico confirmado de outra doença.

O aumento do número de casos humanos de FA silvestre tem sido acompanhado pela mortalidade de macacos (PNH), vítimas de violência e envenenamentos. Além de ser crime ambiental, matar esses animais prejudica - e muito - o controle da doença. O desaparecimento desses mamíferos provoca um desequilíbrio ambiental e leva os mosquitos transmissores do gênero *Haemagogus* e *Sabethes*, que habitam o alto das árvores e têm preferência por picar macacos, a voar mais baixo e procurar uma fonte alternativa de alimentação. Sensíveis ao vírus da febre amarela, os primatas também são vítimas da doença, adoecem e, frequentemente, morrem. O óbito de macacos em determinada área é um dos principais indícios de circulação do vírus em regiões de matas e florestas, servindo como um alerta para as autoridades de saúde adotarem medidas de prevenção, como a vacinação dos moradores da região. Portanto, os macacos podem ser considerados verdadeiros "sentinelas" para o sistema de vigilância em saúde. (BRASIL, 2014)

A vigilância de epizootias em PNH consiste essencialmente em captar informações, oportunamente, sobre adoecimento ou morte de PNH e investigar adequadamente esses eventos, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão para a adoção de medidas de prevenção e de controle e para reduzir a morbimortalidade da doença na população humana, em áreas afetadas (com transmissão ativa) e ampliadas (áreas adjacentes). (BRASIL, 2014)

Eventos suspeitos em primatas não-humanos e em humanos devem ser comunicados às três esferas de gestão do SUS em até 24 horas após a suspeita inicial.

A comunicação imediata ao Ministério da Saúde pode ser feita pelos e-mails:

arboviroses@saude.gov.br e notifica@saude.gov.br

A vacinação contra FA é a medida mais importante e eficaz para prevenção e controle da doença. As duas vacinas usadas no Brasil são licenciadas pela Anvisa para a prevenção em humanos, são seguras, acessíveis e uma única dose é suficiente para conferir imunidade e proteção por toda a vida, sem necessidade de doses de reforço.

Uma das vacinas é produzida pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Biomanguinhos) da Fundação Oswaldo Cruz, a Fiocruz, e consiste de vírus vivos atenuados da subcepa 17DD, cultivados em embrião de galinha. É um imunobiológico altamente eficaz na proteção contra a doença, com imunogenicidade de 90% a 98% de proteção. Os anticorpos protetores aparecem entre o sétimo e o décimo dia após a aplicação da vacina, razão pela qual a imunização deve ocorrer dez dias antes de se ingressar em área de risco da doença.

A outra vacina aprovada pela Anvisa para uso no País é a fabricada pelo laboratório Sanofi-Pasteur. É produzida com vírus atenuados da FA (cepa 17 D-204), e o esquema vacinal compreende dose única a partir de 9 meses de idade.

No Brasil, residentes ou viajantes que se deslocam para as áreas com recomendação de vacinação (todos os estados das regiões Norte e Centro-Oeste; Minas Gerais e Maranhão; alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), além de viajantes que se destinam a áreas em contextos de surto, alto risco epidemiológico e emergência em saúde pública, devem ser vacinados pelo menos 10 dias antes da viagem.

Para viajantes internacionais, pessoas que se deslocam para países endêmicos, conforme recomendações do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), devem observar a obrigatoriedade de cada país quanto aos critérios de vacinação, assegurando a vacinação de todos os viajantes a áreas endêmicas, no mínimo 10 dias antes da viagem. Por isso, é necessário que se verifique se o país de destino (ou conexão) exige o Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP).

2.3. Vigilância Epidemiológica da Febre Amarela em Portos, Aeroportos e Fronteiras

A Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 932, de 10 de outubro de 2024, estabeleceu responsabilidades para administradores de portos, aeroportos e plataformas de petróleo, bem como para operadores de meios de transporte aquaviários e aéreos, considerando instrumentos e operações preconizadas pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Nesse intuito a referida RDC definiu, em síntese, que portos, aeroportos e plataformas de petróleo devem manter plano de contingência e atuar no gerenciamento de Eventos de Saúde Pública (ESP). Ao mesmo tempo, a norma estabelece a avaliação do cenário epidemiológico para indicação de medidas de saúde temporárias.

2.3.1. Avaliação de risco para saúde pública relacionada a Febre Amarela: implicações para Portos e Aeroportos

A Febre Amarela figura no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) desde 1969. A versão do RSI revisada em 2005, que teve seu texto promulgado pelo Decreto nº 10.212/2020, manteve as previsões de exigência do Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP) e desinsetização de meios de transporte para os países aplicarem de acordo com sua avaliação de risco.

Conforme contempla o Artigo 36 do RSI 2005, sobre certificados de vacinação ou outras medidas profiláticas:

1. As vacinas ou outras medidas profiláticas para viajantes, administradas consoante com este Regulamento ou outras recomendações, assim como os respectivos certificados, deverão obedecer às disposições do Anexo 6 ((Vacinação, Profilaxia e Respetivos Certificados) e, quando aplicável, do Anexo 7 (Vacinação contra a Febre Amarela) em relação a doenças específicas.
2. Não deverá ser negada a entrada no território a nenhum viajante de posse de um certificado de vacinação ou de outra medida profilática, emitido em conformidade com o Anexo 6 e, quando aplicável, o Anexo 7, em decorrência da doença à que se refere o certificado, mesmo quando proveniente de uma área afetada, a não ser quando a autoridade competente possuir indicações verificáveis e/ou evidências de que a vacinação ou outra medida profilática não foi eficaz.

O RSI 2005 define a obtenção de uma zona livre de vetores nos portos marítimos, aeroportos e cruzamentos terrestres e dentro de um perímetro de 400 metros em torno desses pontos de entrada. A intenção é manter o status de livre de vetores, por meio de vigilância ativa regular e controle de vetores, para que o risco de transmissão de patógenos importados com vetores/reservatórios possa ser anulado ou minimizado. Isso também evita que os vetores locais se dispersem para terras distantes por meio de navios, aeronaves, e transportes ferroviários/rodoviários e, dessa forma, previne que doenças locais veiculadas por vetores se estabeleçam em outros países.

O guia de vigilância de vetores em Portos, Aeroportos e Fronteiras da OMS destaca que autoridades, operadores dos pontos de entrada, operadores de transporte e prestadores de serviços competentes devem realizar vigilância e aplicar medidas de saúde pública com o objetivo de manter a densidade dos vetores abaixo do nível limite estabelecido pelas políticas e práticas nacionais. Também defende uma cooperação multisetorial, na qual a cooperação técnica

para a vigilância e controle de vetores deverá ser reforçada entre os Estados-Membros e outras organizações internacionais relevantes ou outras organizações públicas, ou entre setores públicos e setores privados. Isso inclui estabelecer e atualizar regulamentos técnicos relevantes, comunicação de informações, treinamento de pessoal e suporte técnico. Orienta, ainda, que os pontos de entrada devam identificar instituições/laboratórios parceiros que irão ajudar na identificação de vetores, reservatórios de infecções e agentes patogênicos. (WHO, 2016)

O Plano de Contingência Nacional para Febre Amarela define, em âmbito nacional, as ações de vigilância e resposta a serem adotadas por todos os entes que compõem o SUS e o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), cujas atribuições se coadunam com o conjunto de políticas e estratégias de vigilância, prevenção e controle da FA em todas as esferas de gestão do SUS. À medida que a FA transcende os limites político-administrativos, incluindo fronteiras, este Plano orienta o planejamento e a execução de ações integradas, articuladas e coordenadas intra e intersetorialmente, considerando as políticas e normativas vigentes, as estratégias recomendadas e os compromissos internacionais. Nesse sentido, deve ser base para a elaboração de planos regionalizados de resposta, que levem em conta as especificidades do contexto epidemiológico e dos arranjos ambiental e sociodemográfico, incorporando experiências e iniciativas locais/regionais. (BRASIL,2021)

O processo de avaliação do risco de FA pode ser descrito em quatro componentes:

- a) **Avaliação da vulnerabilidade:** baixas coberturas vacinais são o principal fator de risco para a ocorrência de acumulados de casos de FA. A existência de bolsões de suscetíveis numa área com circulação do vírus implica maior risco de surtos e óbitos pela doença. Fatores climáticos e ambientais também influenciam a vulnerabilidade à FA, uma vez que elevadas temperatura e pluviosidade e a estrutura da paisagem favorecem diversos processos ecológicos e fisiológicos associados à transmissão.
- b) **Avaliação da receptividade:** a presença de populações de mosquitos potencialmente vetores do vírus da FA, como os dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*, é um elemento a ser ponderado na avaliação de risco, assim como a infestação por *Ae. aegypti* e *Ae. albopictus* em ambientes. Os meses mais quentes e chuvosos aumentam a disponibilidade de criadouros e aceleram o tempo de desenvolvimento das formas imaturas, aumentando a densidade vetorial. A circulação do vírus nas proximidades de áreas urbanas e periurbanas, onde populações de *Ae. aegypti* e de *Ae. albopictus* habitam, pode tornar o cenário ainda mais complicado, considerando o risco de reurbanização da transmissão. Assim, conhecer e monitorar as populações de mosquitos pode ser útil para avaliar o risco de transmissão. Adicionalmente, controlar as populações de *Ae. aegypti* pode ajudar a reduzir o risco de reurbanização.
- c) **Identificação do risco:** idealmente, a detecção da circulação do vírus deve se dar de maneira precoce, preferencialmente em PNH ou em potenciais vetores, antes que exista um acumulado de casos humanos ou óbitos por FA. A detecção do agente no ambiente implica risco imediato de transmissão às populações humanas expostas na localidade e adjacências, de modo que as ações de vigilância e imunização devem ser intensificadas, no sentido de ampliar a sensibilidade dos serviços de saúde para detecção de eventos suspeitos e identificação de indivíduos não vacinados.
- d) **Avaliação da magnitude:** a extensão da área de circulação viral, o tempo de persistência do vírus no ambiente e a proporção de indivíduos não imunizados e expostos ao risco de infecção devem ser monitorados continuamente. Algumas áreas se revelam boas mantenedoras do vírus e servem como fonte de propagação durante um longo período de tempo, de modo que o monitoramento do vírus nas populações de PNH fornece a melhor informação para o manejo do risco e a tomada de decisão. (BRASIL,2021).

A avaliação de risco para a saúde pública relacionada à situação da febre amarela na Região das Américas, realizada pela OPAS em fevereiro de 2025 e atualizada em maio, classificou o risco geral nas Américas como alto. Os fatores que contribuíram para essa avaliação incluem o aumento do número de casos, as altas taxas de letalidade e a propagação para áreas anteriormente não afetadas. (PAHO/OPAS, 2025)

Considerando a desativação do Centro de Operações de Emergência (COE) Arboviroses (em 07/07/2025), uma vez que a incidência de Febre Amarela retornou aos canais endêmicos, é preconizada a manutenção dos ambientes de portos e aeroportos isentos de vetores, conforme definido no RSI e normativas da Anvisa.

2.3.2. Medidas de Saúde em Portos e Aeroportos

Frente ao cenário epidemiológico atual, não são indicadas medidas de saúde temporárias para portos e aeroportos.

Considerando a necessidade de manter a capacidade de vigilância epidemiológica nos portos e aeroportos, orienta-se aos administradores:

- Manter atualizado Plano de Contingência, revisando protocolos e procedimentos para casos suspeitos de Febre Amarela, em articulação com o órgão de Vigilância Epidemiológica local;
- Divulgar as definições de caso, aos serviços de saúde atuantes nos portos e aeroportos, assim como os vinculados às empresas atuantes nesses;
- Avaliar Índices de Infestação Vetorial definidos nos Planos Integrados de controle de vetores dos Portos e Aeroportos e aplicar medidas de controle preconizadas frente a eventual infestação;
- Incentivar e, quando possível, disponibilizar a vacinação para a comunidade de portos e aeroportos;
- A desinsetização de meios de transporte não é exigida no Brasil, considerando que nosso país é endêmico para FA e outras doenças transmitidas por vetores;
- Para os casos suspeitos e confirmados de FA acima definidos, é recomendado o isolamento em ambiente hospitalar e medidas de proteção contra mosquitos, como telas e uso de repelente, em áreas com presença do vetor;
- Não é recomendada quarentena de pessoas que tiveram contato com o doente, uma vez que a FA é transmitida por mosquitos, não de pessoa para pessoa; e
- O Brasil não exige o CIVP para Febre Amarela. Considerando que alguns países exigem o documento para a entrada em seu território, o CIVP é emitido para vacinação realizada no País e sua validade inicia-se 10 dias após a data de vacinação e se estende por toda a vida.

2.3.3. Orientação a viajantes

No momento atual não é indicada a divulgação de materiais informativos relativos a Febre Amarela.

Informações atualizadas sobre Febre Amarela podem ser obtidas na Internet nos portais do Ministério da Saúde, nos endereços eletrônicos:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/ff/febre-amarela>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/2023/combate-ao-mosquito>

Orientações para emissão do CIVP estão disponíveis em:

<https://www.gov.br/pt-br/servicos/obter-o-certificado-internacional-de-vacinacao-e-profilaxia>

As recomendações para viajantes internacionais sobre a vacinação contra a FA e a lista de países que exige o CIVP estão também disponíveis no sítio da OMS, disponível em:

<https://www.who.int/travel-advice>

3. CONCLUSÃO

A Febre Amarela é considerada endêmica no Brasil desde o século XVII, com registros de epidemias em diversas regiões. A forma urbana, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, foi erradicada no Brasil desde 1942. Atualmente, a forma silvestre da doença é endêmica nas regiões Norte e Centro-Oeste, onde casos são notificados anualmente e surtos ocorrem periodicamente.

Frente ao cenário de retorno às condições epidemiológicas de endemia e desativação do COE Arboviroses em 07/07/2025, não há medidas de saúde temporárias a serem implementadas para as áreas de portos, aeroportos e fronteiras.

Portanto, entende-se neste momento, que as orientações pautam-se na vigilância de casos e recomendação de vacinação contra a Febre Amarela, haja vista que os viajantes que transitam nas áreas de portos, aeroportos e fronteiras, uma vez imunizados, não representam riscos; bem como a manutenção de ambientes isentos de vetores da doença.

Importante também reforçar sobre a necessidade de vacinação de todos os residentes e viajantes com destino a áreas de risco de transmissão, somada às medidas de combate ao mosquito, especificamente nas áreas de portos, aeroportos e fronteiras.

A Anvisa mantém monitoramento do cenário epidemiológico e de possíveis impactos para o tráfego de pessoas e mercadorias. Frente a alterações desse cenário, serão atualizadas as medidas recomendadas para portos e aeroportos.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Situação epidemiológica da Febre Amarela*. Painéis de monitoramento. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-febre-amarela> Acessado em 11/07/2025

BRASIL. Doses-extras para a Febre Amarela. Notícias. 25 de fev de 2025. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/fevereiro/saude-envia-1-6-milhao-de-doses-extras-de-vacina-contr-febre-amarela-para-4-estados> Acessado em 09/07/2025.

BRASIL. Febre Amarela. Informações Gerais. 15 de abr de 2025. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-amarela/faq/faq/informacoes-gerais/existe-um-periodo-do-ano> Acessado em 09/07/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas: Vigilância Entomológica e Controle Vetorial*. 2025. Disponível em : http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_arboviroses_urbanas.pdf Acessado em 09/07/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de contingência para resposta às emergências em Saúde Pública: Febre Amarela*. 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em : <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsm/resource/pt/biblio-1373492> Acessado em 09/07/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de manejo clínico da Febre Amarela*. 2020. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_manejo_clinico_febre_amarela.pdf Acessado em 09/07/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância de epizootias em primatas não humanos e entomologia aplicada à vigilância da Febre Amarela*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-amarela/publicacoes/guia_vigilancia_epizootias_primates_entomologia.pdf Acessado em 10/07/2025.

GIOVANETTI, M et cols. *Genomic epidemiology unveils the dynamics and spatial corridor behind the Yellow Fever virus outbreak in Southern Brazil*. SCIENCE. Vol 9, Issue 35 DOI: 10.1126/sciadv.adg9204. Disponível em <https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.adg9204>. Acessado em 11/07/2025.

OPAS. *Alerta Epidemiológico Febre amarela na Região das Américas* 31 de maio de 2025. Disponível em <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-febre-amarela-na-regiao-das-americas-31-maio-2025#:~:text=maio%20de%202025-,Alerta%20Epidemiol%C3%B3gico%20Febre%20amarela%20na%20Regi%C3%A3o%20das,31%20de%20maio%20de%202025&te> Acessado em 09/07/2025.

VASCONCELOS, PFC. Febre amarela: reflexões sobre a doença. 2002. *Rev. Bras. Epidemiol.* Vol 5, N°3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2002000300004>. Acessado em 09/07/2025.

WHO. *Vector Surveillance and Control at Ports, Airports, and Ground Crossings*. 01 jan 2016. Disponível em https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204660/9789241549592_eng.pdf. Acessado em 09/07/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Gabriela de Lima Vieira, Gerente-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados**, em 21/07/2025, às 18:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Gregis, Coordenador(a) de Vigilância Epidemiológica em PAF**, em 23/07/2025, às 14:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Jose Eduardo Brandao Campos, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária**, em 23/07/2025, às 14:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.anvisa.gov.br/autenticidade>, informando o código verificador **3695418** e o código CRC **66945942**.