

NOTA TÉCNICA Nº 4/2026/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA

Processo nº 25351.903761/2026-11

Orientações das atividades de vigilância epidemiológica do vírus Nipah para Portos, Aeroportos e Fronteiras frente à atual situação de casos confirmados na Índia.

1. RELATÓRIO

Em 30 de janeiro de 2026, o Ministério da Saúde se manifestou informando que segundo sua avaliação e da Organização Mundial da Saúde (OMS) o risco de uma pandemia causada pelo vírus Nipah é considerado baixo. Informa que o surto recente registrado na Índia teve dois casos confirmados, ambos entre profissionais de saúde, e nenhuma evidência de disseminação internacional ou risco para a população brasileira. (BRASIL, 2026).

2. ANÁLISE

O vírus Nipah é uma ameaça reconhecida à segurança global da saúde. Identificado pela primeira vez em 1998, após um surto entre criadores de porcos na Malásia e Singapura, o vírus Nipah tem causado surtos recorrentes, especialmente em Bangladesh e Índia. Embora as infecções humanas estejam atualmente confinadas ao sul e sudeste asiático, a OMS classifica o vírus Nipah como patógeno prioritário devido à sua extensa variedade de hospedeiros reservatórios e potencial de transmissão de humano para humano. (HASSAN,M et al. 2026.)

O vírus Nipah (NiV), um agente de nível de biossegurança 4, é um agente viral altamente virulento, membro protótipo do

gênero *Henipavirus*, pertencente à família *Paramyxoviridae*. O vírus foi identificado pela primeira vez durante um surto entre 1998 e 1999 em Kampung Sungai Nipah, uma vila próxima à capital da Malásia, Kuala Lumpur, daí o nome Nipah. Posteriormente, a infecção se espalhou para Singapura entre trabalhadores de matadouros. (CAMPOS, GM *et al.* 2024).

O vírus Nipah é um vírus zoonótico, geralmente transmitido de animais para humanos, mas também pode ser transmitido através de alimentos contaminados ou diretamente entre pessoas. (WHO, 2026).

Os morcegos frugívoros da família *Pteropodidae* são considerados o hospedeiro natural do vírus Nipah e estão presentes em diferentes partes da Ásia e na Austrália. Morcegos frugívoros africanos do gênero *Eidolon*, da família *Pteropodidae*, apresentaram anticorpos contra os vírus Nipah e Hendra, indicando que esses vírus também podem estar presentes na distribuição geográfica dos morcegos *Pteropodidae* na África. A infecção pelo vírus Nipah não parece causar doença nos morcegos frugívoros. (WHO, 2026).

A transmissão do vírus para seres humanos pode ocorrer por contato direto com animais infectados, como morcegos, porcos ou cavalos, e pelo consumo de frutas ou produtos à base de frutas, como suco de tamareira cru, contaminados por morcegos frugívoros infectados. O vírus também pode causar doenças graves em animais de criação, como os porcos. (WHO, 2026).

O vírus Nipah também pode se espalhar entre pessoas. Foi relatado em ambientes de saúde e entre familiares e cuidadores de pessoas doentes por meio de contato próximo. Em unidades de saúde, o risco de disseminação pode aumentar em ambientes hospitalares superlotados e mal ventilados, com implementação inadequada de medidas de prevenção e controle de infecções (como o uso de equipamentos de proteção individual, limpeza e desinfecção e higiene das mãos). (WHO, 2026).

Há diferenças-chave nas manifestações clínicas entre as duas cepas do vírus Nipah, particularmente uma maior prevalência de sintomas respiratórios nos casos de NiV-B. Essa observação pode ser atribuída ao maior envolvimento pulmonar nas infecções por NiV-B. Diferenças na rota predominante de transmissão também podem contribuir para essa observação, com a transmissão de pessoa para pessoa e transmitida por alimentos sendo mais comum em surtos de NiV-B, em comparação com a transmissão zoonótica por suínos em surtos de NiV-M. Sintomas respiratórios

também podem ser sub-reconhecidos ou mal classificados em pacientes com apresentações neurológicas predominantes, pois podem ser confundidos com desconforto neurológico, como ofegos ou respiração irregular causados por convulsões ou alteração do estado mental. (HASSAN,M et al. 2026.)

O período de incubação varia de 3 a 14 dias. Em alguns casos raros, foi relatada incubação de até 45 dias. Para algumas pessoas, a infecção pelo vírus Nipah pode ser assintomática. No entanto, a maioria das pessoas desenvolve febre e sintomas envolvendo o cérebro (como dor de cabeça ou confusão) e/ou os pulmões (como dificuldade para respirar ou tosse). Outros órgãos também podem ser afetados. Outros sintomas frequentes incluem calafrios, fadiga, sonolência, tontura, vômitos e diarreia. (WHO, 2026).

Doença grave pode ocorrer em qualquer paciente, mas está particularmente associada a pessoas que apresentam sintomas neurológicos, com progressão para inchaço no cérebro (encefalite) e, frequentemente, morte. Cuidados de suporte e monitoramento cuidadoso durante esse período são essenciais. A maioria das pessoas que sobrevive faz uma recuperação completa, mas condições neurológicas de longo prazo foram relatadas em aproximadamente 1 em cada 5 pessoas que se recuperaram da doença. (WHO, 2026).

São escassas as evidências confiáveis sobre as características clínicas da NiVD devido a dados inadequados e incompletos, escassez de dados individuais de pacientes, inconsistência nos relatórios e falta de terminologia acordada. Basicamente, o vírus Nipah afeta principalmente o Sistema Nervoso Central e o sistema respiratório, causando encefalite aguda e desconforto respiratório agudo com alta mortalidade. (HASSAN,M et al. 2026).

O quadro clínico em humanos é muito grave, relacionado a uma alta taxa de mortalidade e ao envolvimento dos sistemas respiratório e neurológico. Os achados patológicos mais proeminentes incluem vasculite sistêmica e necrose parenquimatosa, particularmente no sistema nervoso central e nos tecidos pulmonares. A infecção humana pelo vírus Nipah (NiV) varia de assintomática a leve ou grave, com infecção respiratória aguda, edema cerebral (encefalite) e potencial óbito. Os sintomas geralmente aparecem de 4 a 14 dias após a exposição ao vírus. Inicialmente, os sintomas incluem febre, cefaleia, mialgia, vômitos e dor de garganta, que podem progredir para tontura, sonolência, alteração da consciência,

coma e encefalite. As taxas de mortalidade por NiV podem chegar a 95%. Efeitos colaterais a longo prazo foram observados em sobreviventes da infecção por NiV, incluindo convulsões persistentes e alterações de personalidade. (CAMPOS, GM *et al.* 2024.)

2.1. **Cenário Epidemiológico do vírus Nipah**

Desde o início do primeiro relato de NiV, na Malásia em 1998, esse quadro se insere em uma história regional com surtos do vírus documentados em cinco países do Sul e Sudeste Asiático (Bangladesh, Índia, Malásia, Filipinas e Singapura). Em relação à Índia, o primeiro grande surto ocorreu no estado de Kerala em 2018 (Kozhikode), seguido por eventos em 2021 e 2023, e por novos casos em 2025 (Malappuram e Palakkad), com avaliações oficiais indicando baixo risco de disseminação internacional e recomendação de prontidão. No leste da Índia, West Bengal registrou surtos em 2001 (Siliguri) e 2007 (Nadia), com transmissão nosocomial documentada. Em Bangladesh, desde 2001 há confirmações quase anuais, incluindo quatro casos fatais esporádicos entre janeiro e agosto de 2025. (MCTI, 2026).

O vírus Nipah foi identificado pela primeira vez em 1998 durante um surto entre criadores de porcos na Malásia. Em 1999, um surto foi relatado em Singapura após a importação de porcos doentes da Malásia. Nenhum novo surto foi registrado na Malásia ou em Singapura desde 1999. Em 2001, surtos de infecção pelo vírus Nipah foram detectados na Índia e em Bangladesh. Em Bangladesh, surtos têm sido relatados quase todos os anos desde então. Na Índia, surtos são periodicamente relatados em várias partes do país, incluindo o mais recente em 2026. (WHO, 2026).

Em 2014, um surto foi relatado nas Filipinas, sem novos casos desde então. (WHO, 2026).

No atual "surto" do vírus Nipah na Índia, foram identificados no país 198 contatos dos casos confirmados, todos monitorados e testados com resultado negativo. O último caso foi registrado em 13 de janeiro, indicando que o evento se aproxima do fim do período de monitoramento. (BRASIL, 2026).

2.2. **Vigilância Epidemiológica do vírus Nipah**

A Lei 9.782/99 que criou a Anvisa, estabeleceu como competência, dentre outras, em seu Art. 7º, §3º, que "as

atividades de vigilância epidemiológica e de controle de vetores relativas a portos, aeroportos e fronteiras, serão executadas pela Agência, 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.

O vírus Nipah não consta na 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, entretanto casos suspeitos de Nipah tratam-se de um Evento de Saúde Pública, que deve ser realizada notificação imediata pelos seguintes canais: notifica@saude.gov.br ou 0800-644-6645.

Destaca-se que não há, até o momento, definição de caso e nem ficha de notificação específica para o vírus Nipah.

A OMS destaca que é difícil distinguir o vírus Nipah de outras doenças infecciosas, ou de outras causas de encefalite ou pneumonia, sem a realização de testes laboratoriais. O principal exame diagnóstico para o caso é a reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) de amostras respiratórias, sangue ou líquido cefalorraquidiano (uma punção lombar). A detecção de anticorpos no sangue por meio de ensaio de imunossorvente ligado a enzima (ELISA) também pode ser utilizada. (WHO, 2026).

Atualmente, não existem medicamentos ou vacinas aprovados para a infecção pelo vírus Nipah.

2.3. Vigilância Epidemiológica do vírus Npah em Portos e Aeroportos

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. 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 ao vírus Nipah: implicações para Portos e Aeroportos

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) consideram como risco baixo para uma pandemia causada pelo vírus Nipah. (BRASIL, 2026).

No Brasil, o Ministério da Saúde mantém protocolos permanentes de vigilância e resposta a agentes altamente patogênicos, em articulação com instituições de referência como o Instituto Evandro Chagas e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), além da participação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS). (BRASIL, 2026).

Diante do cenário atual, não há qualquer indicação de risco para a população brasileira. As autoridades de saúde seguem em monitoramento contínuo, em alinhamento com organismos internacionais. (BRASIL, 2026).

A avaliação de risco atualizada para o vírus Nipah (NiV) em 2026 indica que o perigo de uma pandemia global ou de disseminação para o Brasil permanece baixo. Embora o vírus seja extremamente letal — com taxas de mortalidade estimadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 40% e 95% — sua capacidade de transmissão entre humanos é considerada ineficiente

A OMS classifica o risco da seguinte forma:

- Subnacional (Bengala Ocidental): Moderado, devido à presença natural de morcegos frugívoros reservatórios na região;
- Nacional, Regional e Global: Baixo, sem evidências de disseminação internacional ou aumento da transmissão entre humana.

Quanto ao risco para o Brasil, o Ministério da Saúde emitiu uma nota oficial descartando ameaças imediatas ao território nacional, considerando a ausência do vetor- os morcegos do gênero *Pteropus*, principais hospedeiros do vírus, não existem nas Américas.

2.3.2. **Medidas de Saúde em Portos e Aeroportos**

Considerando a situação atual vírus Nipah, não são indicadas medidas de saúde temporárias para portos e aeroportos.

Ainda, no atual momento, não é indicada a vigilância epidemiológica da doença nos pontos de entrada do Brasil.

2.3.3. **Orientação a viajantes**

No momento atual não é indicado divulgação de materiais informativos relativos ao vírus Nipah em portos e aeroportos nacionais.

Informações atualizadas sobre o vírus Nipah podem ser obtidas na Internet no portal da Organização Mundial de Saúde no endereço:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nipah-virus>

3. Conclusão

Conforme o acompanhamento dos surtos pela OMS, ocorridos ao longo dos últimos anos, a avaliação foi como baixo o risco de disseminação internacional frente aos casos atuais na Índia. Como também, o risco atual para o Brasil é muito baixo, considerado o histórico recente de circulação do Nipah e pelo fato de que os principais morcegos reservatórios naturais conhecidos do vírus se limitam à Ásia e Oceania. Assim, apesar do potencial de alta letalidade das infecções pelo vírus, dados indicam que não há indícios de transmissão sustentada na comunidade.

Dessa forma, destacamos que não são recomendadas, até o momento, medidas de saúde temporárias para a situação do vírus Nipah nem vigilância de casos da doença para portos, aeroportos e fronteiras.

a Anvisa mantém monitoramento do cenário atual e de possíveis impactos à nível de PAFs, envolvendo o trânsito de pessoas e

produtos. Serão atualizadas as medidas e recomendações para portos e aeroportos em caso de alteração desse cenário.

4. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Entenda por que o risco do vírus Nipah é baixo e não ameaça o Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/janeiro/entenda-por-que-o-risco-do-virus-nipah-e-baixo-e-nao-ameaca-o-brasil> Acessado em: 30/01/2026.

CAMPOS, GM et al. 2024. In: Updated Insights into the Phylogenetics, Phylodynamics, and Genetic Diversity of Nipah Virus (NiV). Viruses, 2024. Disponível em : <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/7584ba65-6ead-49ec-a068-00a0f5c00ad9/content>. Acessado em 02/02/2026.

HASSAN,M et al. 2026. In : Interpreting the natural history and pathogenesis of Nipah virus disease through clinical data, to inform clinical trial design: a systematic review. LANCET, 2026. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(25\)00223-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(25)00223-X/fulltext) . Acessado em 02/02/2026.

MCTI, 2026. Comitê do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. O primeiro informe do ano da Rede Vírus do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI). disponível em <https://www.feevale.br/acontece/noticias/risco-de-disseminacao-do-nipah-no-brasil-e-baixo-segundo-r...> Acessado em 02/02/2026

WHO. Nipah virus. 26 de janeiro de 2026. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nipah-virus> Acessado em: 30/01/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Gregis, Coordenador(a) de Vigilância Epidemiológica em PAF**, em 04/02/2026, às 09:32, 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 **Fernanda Bezerra de Oliveira, Assessor(a)**, em 04/02/2026, às 09:47,



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 04/02/2026, às 09:55, 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 **Michelle Werneck de Oliveira, Gerente-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados Substituto(a)**, em 04/02/2026, às 11:20, 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 **4064745** e o código CRC **541B1AC6**.

Referência: Processo nº
25351.903761/2026-11

SEI nº 4064745