

NOTA TÉCNICA Nº 3/2026/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA

Processo nº 25351.925237/2025-11

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

1. RELATÓRIO

De acordo com o CME, da SE de 05 01/02/26 - 07/02/26, compreendendo o monitoramento 2025/2026 de Febre Amarela, foram registrados 40 casos confirmados em primatas não-humanos, sendo a última epizootia confirmada na SE 48/2025 em Itaberaí (GO) e Goiânia (GO). Neste período, não foram registrados casos em humanos. (CME. Sumário Executivo. 10/02/2026. Semana Epidemiológica (SE) 05 01/02/26 - 07/02/26).

Em 23/12/2025, o Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI) emitiu NOTA TÉCNICA Nº 12/2025-CGVDI/DPNI/SVSA/MS, em virtude do cenário epidemiológico, com ocorrência de surtos e o aumento do risco da FA, alertando quanto à importância da vacinação contra a febre amarela da população residente no Brasil que se deslocará para outros países, principalmente na temporada de férias.

Em 22/12/2025, o Ministério da Saúde emitiu Nota Técnica nº 67/2025-CGAR/DEDT/SVSA/MS, que trata da atualização do cenário epidemiológico da Febre Amarela (monitoramento 2025/2026), alertando para a intensificação das ações de vigilância e imunização, ampliando o enfoque nas definições de áreas afetadas.

Em 17/12/2025, o Ministério da Saúde (Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses) emitiu NOTA INFORMATIVA Nº 16/2025-CGAR/DEDT/SVSA/MS, sobre a classificação de áreas para intensificação das ações de vigilância e controle de febre amarela na sazonalidade 2025/2026, com o objetivo de identificar áreas de possível dispersão do vírus da febre amarela e assim antecipar as ações de vigilância e controle.

2. ANÁLISE

A primeira aparição da febre amarela nas Américas é incerta devido à falta de registros antigos e à dificuldade no diagnóstico em 1648. Acredita-se que a FA tenha se originado na África, mas o primeiro caso documentado nas Américas aparentemente ocorreu naquele ano em Yucatán, México. Ao longo dos séculos

subsequentes, a doença se espalhou amplamente pela África tropical e pelas Américas por meio de rotas comerciais marítimas e terrestres, afetando gravemente as principais cidades portuárias. (SHRIYANSH, S. *et al.* 2026).

A febre amarela silvestre (FAS) é uma doença infecciosa, viral e aguda, transmitida por vetores silvestres que pode levar à morte. A única forma de prevenção da doença é a vacinação. A FAS apresenta caráter sazonal, com maior incidência entre os meses de dezembro e maio, período com maior índice de chuvas, o que aumenta a proliferação do mosquito vetor da doença. Considerando a vulnerabilidade dos indivíduos não vacinados, sobretudo daqueles que frequentam áreas turísticas com registros de circulação do vírus da febre amarela, bem como daqueles que se expõem ao risco de infecção em atividades laborais (tais como trabalhadores rurais). (SÃO PAULO, 2026).

Transmitida por mosquitos pertencentes às espécies, *Haemagogus*, *Sabethes* e *Aedes*, se infectam com vírus (arbovírus do gênero flavivírus) quando picam um macaco ou ser humano infectado. A doença não pode ser transmitida de um macaco para um humano, tampouco de uma pessoa para outra nem entre macacos, apenas pelo mosquito. Os sintomas mais comuns são febre, dores musculares com dor lombar proeminente, dor de cabeça, perda de apetite, náusea ou vômito. Na maioria dos casos, os sintomas desaparecem depois de 3 ou 4 dias. De 15 a 25% dos pacientes entra em uma segunda fase mais grave, na qual o risco de morte é maior e as pessoas podem ficar com a pele e os olhos amarelados, urina escura, dores abdominais com vômitos, sangramentos. (PAHO/OPAS,2026).

Uma vez contraído, o vírus da febre amarela demora de 3 a 6 dias para ser incubado no corpo. Muitas pessoas não apresentam sintomas, os mais comuns são febre, dores musculares com dor lombar proeminente, dor de cabeça, perda de apetite, náusea ou vômito. Na maioria dos casos, os sintomas desaparecem depois de 3 ou 4 dias. (PAHO/OPAS,2026).

Entretanto, uma pequena porcentagem de pacientes entra em uma segunda fase mais grave, dentro de 24 horas após a recuperação dos sintomas iniciais. A febre alta retorna e vários sistemas do corpo são afetados, geralmente o fígado e os rins. Nessa fase, as pessoas estão suscetíveis a desenvolverem icterícia (“amarelamento” da pele e dos olhos), urina escura e dores abdominais com vômitos. Sangramentos podem ocorrer a partir da boca, nariz, olhos ou estômago. Metade dos pacientes que entram na fase tóxica morre dentro de 7 a 10 dias. (PAHO/OPAS,2026).

2.1. **Cenário epidemiológico da Febre Amarela**

Estima-se que, cerca de 200.000 novos casos de FA ocorram por ano no mundo, com uma estimativa de cerca de 30.000 óbitos. Há 47 países, dos quais 34 na África e 13 nas Américas Central e do Sul, que são endêmicos ou possuem regiões endêmicas de FA. Um estudo modelo baseado em fontes de dados africanas estima que, em 2013, houve entre 84 mil e 170 mil casos graves e entre 29 mil e 60 mil mortes pela doença. Ocasionalmente viajantes que visitam países endêmicos

podem levar a febre amarela para outros países livres dela. Com o objetivo de impedir a importação da enfermidade, muitos países exigem comprovante de vacinação contra a doença antes de emitir o visto, particularmente no caso de viajantes que vêm de ou que visitaram áreas endêmicas. (PAHO/OPAS. 2026).

Na Região das Américas, de acordo com o Painel de Informações sobre Febre Amarela da OPAS/OMS (dados atualizados em 20 de janeiro de 2026), referente ao período de 2024-2025, foram reportados 373 casos confirmados com 158 óbitos (taxa de letalidade de 42.3%). No Brasil, neste mesmo período, foram 127 casos confirmados com 51 óbitos (taxa de letalidade de 40.2%). (PAHO/OPAS. 2026).

A Colômbia até o momento, nesse ano de 2026, já tem o acúmulo de 18 casos confirmados e 10 óbitos por febre amarela. (PAHO/OPAS. 2026).

De acordo com a última atualização da situação epidemiológica no país (de 02/02/2026), os casos somados desde 2025 até esta data, foram 120 casos humanos confirmados, com 48 óbitos, e uma taxa de letalidade de 40,0%. Foram ainda computados 127 casos em primatas não-humanos em 80 municípios afetados. (BRASIL, 2026).

Em relação à febre amarela, entre julho de 2024 e junho de 2025, foram confirmados 123 casos humanos no país, dos quais 63 no estado de São Paulo. No atual período de monitoramento (2025/2026), até o momento, não há casos humanos confirmados. A capital aproveitará a oportunidade para intensificar a vacinação e ampliar a proteção da população contra a doença. (BRASIL, 2026).

A situação epidemiológica da Febre Amarela no Brasil e nas Américas pode ser acompanhada nos endereços eletrônicos:

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

<https://shiny.paho-phe.org/yellowfever/>

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, 2017):

Definição de 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.

Definição de 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 será 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 e área compatíveis com surto ou epidemia, em que outros casos já tenham sido confirmados laboratorialmente.

Definição de 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.

A Notificação dos eventos confirmados e 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**.

O Brasil analisou a importância da epidemiologia genômica para a compreensão da dinâmica e do corredor espacial do surto de febre amarela, e outros países também devem incorporar a vigilância genômica para esclarecer as linhagens circulantes do vírus e sua relação com a cobertura vacinal e a ecoepidemiologia em diferentes territórios, que também enfrentam desafios semelhantes decorrentes de surtos contínuos de febre amarela. (CDC. Emerg Inf Diseases. 2026).

Considerada a mais importante e eficaz medida de prevenção e

controle da doença, a vacina da Febre Amarela está disponível no Brasil em duas apresentações, sendo uma produzida pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Biomanguinhos) da Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz (vírus vivos atenuados da subcepa 17DD) e a outra, fabricada pelo laboratório Sanofi-Pasteur (aprovada pela Anvisa), produzida com vírus atenuados da FA (cepa 17 D-204). O esquema vacinal compreende dose única a partir de 9 meses de idade.

As indicações da vacinação estão a todo momento, sendo divulgadas pelo Ministério da Saúde, com enfoque em residentes ou viajantes que se deslocam para as áreas com recomendação de vacinação no Brasil, viajantes que se destinam a áreas em contextos de surto com alto risco epidemiológico e 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.

O Ministério da Saúde intensificou as campanhas e reforços vacinais visando aprimorar a cobertura da Febre Amarela no Estado de São Paulo e Goiás. No município de São Paulo, a cobertura alcançou 77,11% em menores de 1 ano e 54,23% na população de 9 meses a 59 anos. Em Goiás, a cobertura vacinal foi de 73,46% em menores de 1 ano e de 82,66% na população de 9 meses a 59 anos. (CME. Sumário Executivo. 10/02/2026. Semana Epidemiológica (SE) 05 01/02/26 – 07/02/26).

Considerando a Nota Técnica Nº 6/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS, que traz orientações sobre a necessidade de administração da dose-padrão da vacina contra a FA em indivíduos que receberam dose fracionada durante as estratégias excepcionais de vacinação (em 2018), o Programa Municipal de Imunizações (PMI-SP), da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), sob a coordenação do PNI (Ministério da Saúde), visando intensificar as ações de enfrentamento da doença, orientou a continuidade das estratégias de vacinação e a ampliação da cobertura vacinal, onde incluiu a administração da dose-padrão (0,5 mL) em todos os indivíduos que receberam a referida dose fracionada em 2018. (SÃO PAULO, 2026).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) esclarece que, para a emissão do Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP) contra a Febre Amarela, apenas a dose completa (padrão) da vacina (0,5 ml) é aceita. A dose fracionada (0,1 ml), utilizada em algumas campanhas de vacinação no Brasil, não dá direito à emissão do certificado internacional. Também é reconhecida por "Dose Padrão" (0,5 ml), ou dose inteira, que garante a validade internacional exigida por mais de 120 países, conforme as normas da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Tal diretriz é amparada por estudos onde as "doses-padrão" da vacina contra a Febre Amarela devem ser usadas também para lactentes no Programa Ampliado de Imunização da OMS. (KIMATHI, 2026).

A OMS disponibiliza uma Lista de Países com informações essenciais para facilitar viagens internacionais, fornecidas para cada país incluindo os requisitos de vacinação para viajantes

internacionais, conforme estabelecido pelos Estados Partes do Regulamento Sanitário Internacional (2005) (RSI) para a para vacinação contra febre amarela. A OMS consulta os países no início de cada ano para atualizar as exigências (WHO/OMS 2022).

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

O vírus da febre amarela pode causar epidemias devastadoras nas regiões tropicais da América do Sul e da África. A rápida disseminação do vírus da febre amarela por meio de aeronaves é uma preocupação significativa de saúde pública, já que os mosquitos são os principais transmissores da infecção. Clima, ecologia, situação socioeconômica e política estão entre os fatores que influenciam o surgimento do vírus que ameaçam grandes populações na América do Sul e na África. (SHRIYANSH, S. *et al.* 2026).

As epidemias de FA são complexas, com uma natureza multifatorial e em constante evolução dos riscos e das incógnitas inerentes. Os surtos urbanos sem precedentes de 2016 demonstraram que, apesar dos avanços nas atividades de imunização, ainda existem desafios para o fim das epidemias de febre amarela. Atualmente, a OMS/WHO aborda esse desafio, utilizando-se da estratégia que vise construir uma coalizão global de países e parceiros para enfrentar o risco crescente de epidemias de forma coordenada e representa uma oportunidade para demonstrar novas maneiras de gerenciar o complexo cenário das doenças infecciosas reemergentes. Portanto, é uma estratégia abrangente e de longo prazo, construída com base nas lições aprendidas, que visa acabar com as epidemias de febre amarela até 2026 e consiste em três objetivos estratégicos:

- Proteger as populações em risco;
- Impedir a propagação internacional; e
- Conter surtos rapidamente.

Dessa forma, espera-se que atinja cinco competências para o sucesso: vacinas estejam acessíveis e seu mercado de vacinas seja sustentável; compromisso político a nível global, regional e nacional; governança de alto nível com parcerias de longo

prazo; sinergias com outros programas e setores da saúde; e pesquisa e desenvolvimento para melhores ferramentas e práticas. (PAHO/OPAS, 2026).

Sabe-se que a febre amarela não pode ser erradicada, mas as epidemias podem ser eliminadas se os níveis de imunidade da população forem efetivamente elevados por meio da vacinação em massa e mantidos pela imunização infantil de rotina. Diferentes abordagens permitem a detecção da febre amarela e a mitigação ou prevenção do risco de epidemias. Elas podem ser usadas isoladamente ou em combinação, com impacto variável. As combinações de abordagens mais apropriadas e custo-efetivas dependem do nível de risco de febre amarela em um país. É importante enfatizar que os programas de imunização devem manter altos níveis de imunidade coletiva na população e que a interrupção da imunização de rotina acabará levando ao retorno de surtos, como aconteceu no Senegal em 1965, cerca de cinco anos após a interrupção das imunizações de rotina. (WHO, 2018).

Embora o vírus da febre amarela tenha causado surtos em muitos países nas últimas décadas, ainda é difícil avaliar o risco de ressurgimento. Tal ressurgimento depende de uma convergência de fatores, exigindo a circulação do vírus no reservatório animal, infecção em mosquitos e transmissão para humanos. Muitas incógnitas permanecem. Nesse contexto desafiador, critérios específicos foram aplicados para classificar os países em risco e propor estratégias preventivas. Dada a crescente preocupação e percepção do risco globalizado, o número de países analisados foi abrangente. Quarenta e sete países (34 na África e 13 na América Central e do Sul) são endêmicos para febre amarela ou possuem regiões endêmicas para a doença. Para a África, foi utilizada uma abordagem em três etapas para reclassificar os 35 países em diferentes categorias de risco (**alto, moderado e potencial**). (WHO, 2018)

A primeira etapa consiste em utilizar a estimativa do risco bruto de transmissão da febre amarela com base no momento e na intensidade da circulação do vírus da febre amarela no país, estimativas do potencial de transmissão em termos do número básico de reprodução e avaliação do risco de surtos urbanos com base em relatos de surtos recentes ou atuais de doenças virais transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Esta análise permitiu a identificação de **27 países de “alto risco”** e **oito de “risco moderado”**. (WHO, 2018)

Para a América Latina e Caribe, a febre amarela é um problema significativo de saúde pública nos 13 países com áreas endêmicas (Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana Francesa, Guiana, Panamá, Peru, Suriname, Trinidad e Tobago e Venezuela). (WHO, 2018).

Em 2025, Brasil, Colômbia, Peru e Bolívia relataram casos ou surtos fora da região amazônica, incluindo casos em outros corredores ecológicos ou ecossistemas. Essa informação é particularmente importante no contexto da correlação entre desmatamento, fragmentação de habitats e destruição de habitats de primatas não humanos (PNHs), pois esses fatores aumentam o contato entre humanos e PNHs e afetam a ecologia de doenças infecciosas emergentes. A experiência da Colômbia, país com fronteira com o Brasil, ressalta a necessidade de

reavaliar a estratificação de risco e as estratégias de preparação em toda a América para prevenir futuros surtos de febre amarela em regiões anteriormente não afetadas. (CDC. Emerg Inf Diseases. 2026).

O número de passageiros saindo para países do continente cresceu 36% no primeiro trimestre em relação ao mesmo período de 2023. Foram 1,2 milhão de pessoas. A Argentina lidera o ranking com 541 mil passageiros embarcados. Mas os destinos que mais cresceram, em relação ao ano passado, foram Peru (90%), Uruguai (58%) e Chile (57%). Haverá também a ampliação dos voos entre a capital colombiana e Guarulhos. O movimento entre os dois países (Brasil-Colômbia) saindo do Brasil cresceu 10% no primeiro trimestre do ano em relação ao mesmo período do ano passado. (BRASIL, 2024).

O risco de reintrodução do vírus da febre amarela em áreas urbanas, junto à movimentação populacional, levantam preocupações sobre uma possível amplificação urbana, embora casos recentes na Colômbia tenham ocorrido em zonas periurbanas ou de transição. A vigilância genômica revelou mutações distintas em cepas do vírus da febre amarela do genótipo II sul-americano em surtos recentes contudo, é importante notar que até o momento não há evidências de que essas mutações tenham um efeito substancial na proteção induzida pela vacina. No entanto, o monitoramento contínuo permanece essencial para avaliar quaisquer alterações potenciais no fenótipo viral e a possível evasão imunológica. Essa vigilância genômica fornece informações vitais sobre as cepas circulantes e o potencial de evasão imunológica. (BARAC. *et al*, 2025)

Considerando não haver, no momento, o Centro de Operações de Emergência (COE) Arboviroses ativo, conforme o preconizado pelo plano de contingência para resposta às emergências em saúde pública para a Febre Amarela, a incidência da infecção retornou aos canais endêmicos, sendo preconizada portanto, a manutenção dos ambientes de portos e aeroportos isentos de vetores, conforme definido no RSI e normativas da Anvisa.

O processo de avaliação de risco compreende a caracterização dos potenciais efeitos à saúde decorrentes da exposição a agentes patogênicos ou riscos ambientais, seguida da comunicação do risco aos profissionais de saúde, aos gestores e ao público-alvo, que precisam estar cientes dos achados da avaliação para que desenvolvam e apliquem ações de manejo do risco pertinentes, de maneira geral, o processo de avaliação de risco de FA poder ser descrito em quatro componentes, são eles: avaliação da vulnerabilidade, avaliação da receptividade, identificação do risco e avaliação da magnitude. (BRASIL, 2021)

O período de monitoramento anual da febre amarela no Brasil também se baseia na sazonalidade da doença, marcada pelo período de baixa ocorrência (junho a setembro), período pré-sazonal (outubro e novembro) e o período crítico de alerta, período sazonal marcado pelos meses dezembro a maio. (BRASIL, 2021)

A chegada do período sazonal deve ser acompanhada da intensificação das ações de vigilância em todo o território nacional. Assim, deve-se alertar e mobilizar previamente as redes de vigilância, de atenção e assistência à saúde, de laboratórios

de saúde pública, assim como instituições parceiras, no sentido de ampliar a sensibilidade para a detecção de casos humanos e epizootias em PNH suspeitos de FA. A detecção precoce da circulação viral pode favorecer a tomada de decisão e o desprendimento oportuno das ações de prevenção e controle e, consequentemente, a redução do impacto da transmissão. (BRASIL, 2021)

O risco de reurbanização da transmissão causa preocupação e exige monitoramento constante de possíveis processos adaptativos nessa direção. A ocorrência da doença nas proximidades de grandes centros urbanos deve induzir o máximo esforço de contingência, no sentido de avaliar e compreender os fenômenos ecológicos e epidemiológicos associados aos eventos e documentar eventuais modificações no ciclo de transmissão que exijam estratégias distintas de monitoramento e resposta. (BRASIL, 2021)

2.3.2. Medidas de Saúde em Portos e Aeroportos

Destaca-se que 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, ofertar 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/f/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 OMS estabeleceu um plano de controle para a FA de 2017 a 2026, mas o fornecimento limitado de vacinas e o aumento das viagens globais representaram e representam riscos às metas estabelecidas. Recursos, vontade política e liderança são necessários para controlar a FA, que representa uma preocupação significativa para a saúde pública devido aos seus surtos esporádicos e rápida disseminação, particularmente em áreas urbanas. Apesar da eficácia das vacinas, os riscos de doenças infecciosas emergentes permanecem. A febre amarela está ressurgindo devido ao aumento da migração humana e baixas taxas de vacinação, o que exige regulamentação mais rigorosa, controles de fronteira e pesquisas de vacinas alternativas. (SHRIYANSH, S. *et al.* 2026).

A estratégia da OMS para eliminar epidemias de Febre Amarela, visava proteger mais de um bilhão de pessoas até 2026. Espera-se que este objetivo possa ser alcançado por meio do aumento da imunidade da população, com realização de campanhas de vacinação em massa para garantir alta cobertura em populações de risco, fortalecendo assim a imunização de rotina em países endêmicos, como também, aprimorando a capacidade de vigilância laboratorial para detecção precoce de casos e mantendo estoques emergenciais de vacinas para áreas de risco e de surtos. (BARAC *et al.* 2025).

As nações da América do Sul que enfrentam riscos semelhantes de FA, devem priorizar a vacinação preventiva, a vigilância entomológica e epizootica, a preservação ecológica e o acesso equitativo à saúde. Sem ações decisivas, o ciclo de surgimento, devastação e resposta reativa persistirá, colocando as populações humanas e animais em risco contínuo. (CDC, Emerg Infect Diseases, 2025).

No cenário atual, não temos a ativação de Centro de Operações de Emergência para Febre Amarela e mantém-se a vigilância de casos, a recomendação de vacinação e a manutenção de ambientes isentos de vetores da doença. Algumas regiões e estados reforçaram as ações de vigilância e a vacinação contra a febre amarela para o período sazonal de 2025/2026, mesmo em cenários com poucos ou nenhum caso humano inicialmente relatado. O monitoramento também acompanha a circulação do vírus em primatas não humanos (PNH), que servem como alerta para a proximidade da doença em áreas urbanas.

A Anvisa mantém a orientação aos viajantes sobre a obrigatoriedade da vacinação para certas áreas de risco e emitindo o Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP), que tem validade vitalícia. Mediante modificações desse cenário, serão atualizadas as medidas recomendadas para portos e aeroportos.

4. REFERÊNCIAS

BARAC, A. et al. 2025. *In : Yellow fever in South America in 2025: a concerning increase, but a true resurgence?* [*Clinical Microbiology and Infection*. Vol 31, Issue 12](#), December 2025. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1198743X25003234>. Acessado em 05/02/2026.

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_arboviroses_urbanas.pdf Acessado em 05/02/2026.

BRASIL, 2017. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Febre amarela: guia para profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017. pag 52. Disponível em https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/01/febre_amarela_guia_profissionais_saude.pdf Acessado em: 05/02/2026.

BRASIL, 2021. 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/bvsms/resource/pt/biblio-1373492> Acessado em 25/02/2025.

BRASIL, 2026. Vacinação contra sarampo e febre amarela é intensificada em locais de grande circulação na capital paulista. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/janeiro/vacinacao-contrasarampo-e-febre-amarela-e-intensificada-em-locais-de-grande-circulacao-na-capital-paulista> Acessado em 05/02/2026.

BRASIL, 2026. Situação epidemiológica da Febre Amarela. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/painel-febre-amarela>. Acessado em 13/02/2026.

BRASIL, 2024. Fluxo de passageiros para o exterior cresce por dois anos seguidos. Disponível em : <https://www.gov.br/portos-e-aeroportos/pt-br/assuntos/noticias/2024/04/fluxo-de-passageiros-para-o-exterior-cresce-por-dois-anos-seguidos>. Acessado em 13/02/2026.

CDC. Emerg Inf Diseases. 2026. Reemergência da febre amarela no Vale do Magdalena, Colômbia, 2024-2025. Vol 31, N 12. Disponível em : https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/31/12/25-1209_article#. Acessado em 05/02/2026.

KIMATHI, D et al, 2026. In : THE LANCET. 2026. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)02069-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)02069-0/fulltext). Acessado em: 06/02/2026.

PAHO/OPAS. 2026. Febre amarela. Disponível <https://www.paho.org/pt/topicos/febre-amarela>. Acessado em 05/02/2026

PAHO/OPAS. 2026. Febre Amarela na Região das Américas. Disponível em : <https://shiny.paho-phe.org/yellowfever>. Acessado em 05/02/2026.

SÃO PAULO, 2026. Sec. Municipal de Saúde. 23/01/2026. Intensificação de Vacinação Contra a Febre Amarela e Vacinação Pós-Dose Fracionada. Disponível em : https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/documento-tecnico_fa_23-01-2026-1.pdf . Acessado em 05/02/2026.

SHRIYANSH, S. et al. 2026. In: Review The Yellow Fever Vaccine Journey: Milestones and Future Directions. Vaccines 2026 (14). 65. Disponível em : <https://doi.org/10.3390/vaccines14010065>. Acessado em 05/02/2026.

WHO, 2018. A global strategy to Eliminate Yellow fever Epidemics 2017-2026. World Health Organization 2018. Disponível em : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/962a002f-ac2f-4ba1-bcf5-825a6d2fd36d/content>. Acessado em 05/02/2026.

WHO, 2022. Países com risco de transmissão da febre amarela e países que exigem vacinação contra a febre amarela (novembro de 2022). Disponível em <https://www.who.int/publications/m/item/countries-with-risk-of-yellow-fever-transmission-and-countr...>. Acessado em 25/02/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Jose Eduardo Brandao Campos, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária**, em 26/02/2026, às 17:08, 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 26/02/2026, às 17:23, 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 26/02/2026, às 17:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020

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 27/02/2026, às 12:38, 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 **4058970** e o código CRC **80297048**.

Referência: Processo nº
25351.925237/2025-11

SEI nº 4058970