



NOTA TÉCNICA Nº 6/2026/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA

Processo nº 25351.912546/2023-51

Orientações e atualização das atividades de vigilância epidemiológica das Febres Hemorrágicas Virais (FHV) para Portos, Aeroportos e Fronteiras.

1. RELATÓRIO

Em 1º de dezembro de 2025, o Ministério da Saúde da República Democrática do Congo (RDC) declarou o fim do surto da doença pelo vírus Ebola (DVE), que havia sido declarado em 4 de setembro de 2025. (WHO,2025).

Em 26 de janeiro de 2026, o Ministério da Saúde da Etiópia declarou o fim do surto da doença pelo vírus de Marburg (DVM), após 42 dias desde o último caso confirmado em 14 de dezembro de 2025. (WHO, 2026).

2. ANÁLISE

As Febres Hemorrágicas Virais (FHV) abrangem um espectro de doenças relativamente leves a graves e potencialmente fatais, caracterizadas pelo início súbito de dores musculares e articulares, febre, sangramento e choque devido à perda de sangue. Nos casos graves, um dos sintomas mais proeminentes é o sangramento, ou hemorragia, por orifícios e órgãos internos. Existem múltiplos modos de transmissão da febre hemorrágica viral: transmissão de pessoa para pessoa por meio de contato direto com pacientes sintomáticos, fluidos corporais ou cadáveres; controle inadequado de infecções em ambiente hospitalar (Lassa, Ebola); práticas de abate; consumo de carne crua de animais infectados ou leite não pasteurizado (febre hemorrágica da Crimeia-Congo); contato direto com roedores, ou inalação ou contato com materiais contaminados com excrementos de roedores (Lassa). (WHO, 2026).

Dentre as FHV, a doença pelo vírus Ebola (DVE) é uma doença grave que frequentemente é fatal em humanos se não for tratada. Ebolavírus é um gênero da família de vírus *Filoviridae*, que também inclui os gêneros *Cuevavírus* e *Marburgvírus*, e inclui 5 espécies de Ebola: Zaire, Bundibugyo, Sudão, Reston e Floresta de Taï. O vírus é transmitido para as pessoas a partir de animais selvagens e se espalha na população humana através do contato direto com sangue, secreções, órgãos ou outros fluidos corporais de pessoas infectadas, e com superfícies e materiais (por exemplo, roupas de cama, vestuário) contaminados com esses fluidos. (WHO, 2026).

Outra FHV é causada pelo vírus de Marburg, pertencente à família *Filoviridae*, a mesma do vírus Ebola, e provoca uma doença aguda caracterizada por febre, mal-estar intenso, distúrbios gastrointestinais e, em muitos casos, manifestações hemorrágicas. Essa apresentação clínica insere a enfermidade no grupo das febres hemorrágicas virais, que inclui síndromes como dengue, febre amarela e o próprio Ebola, além de outras viroses menos conhecidas. A letalidade varia conforme a rapidez do diagnóstico, as condições de atendimento e o acesso a suporte clínico intensivo. O principal reservatório natural documentado é o morcego frugívoro *Rousettus aegyptiacus*, frequentemente encontrado em cavernas e minas. A exposição prolongada a esses ambientes, bem como o contato com secreções ou carcaças de animais infectados, constitui a principal porta de entrada para a infecção humana. (SBMT, 2025).

A transmissão dos vírus Marburg e Ebola pode ocorrer pelo contato direto com sangue, secreções ou tecidos de pacientes ou animais infectados, incluindo cadáveres. Especificamente sobre o vírus Ebola,

apenas pacientes sintomáticos transmitem a doença, podendo o material genético viral permanecer viável no organismo humano por longos períodos após a infecção. (BRASIL, 2024).

As doenças causadas pelos filovírus (*Filoviridae*), incluindo os gêneros *Marburgvirus* (MVD) e *Ebolavirus*, apresentam um período de incubação, que pode variar de dois a 21 dias. A infecção evolui de forma súbita com sintomas inespecíficos, como febre, cefaleia, náusea e mialgia. Esse quadro sintomático evolui rapidamente para distúrbios gastrointestinais, incluindo epigastralgia, anorexia, vômitos e sintomas respiratórios, como tosse e dispneia. Conforme evolui o quadro clínico, observam-se sintomas neurológicos, como confusão mental, delírio e convulsão. Manifestações hemorrágicas como epistaxe (sangramento nasal), melena (presença de fezes pretas, pastosas e com odor fétido), hematêmese (vômito com sangue) e sangramento nos locais de punção venosa podem ocorrer em cerca de 30% dos pacientes durante o pico da doença, podendo evoluir, nos casos graves, com taquipneia (respiração acelerada), convulsão, distúrbio metabólico grave e choque. (BRASIL, 2024).

Outra FHV é causada pelo vírus Lassa, da família *Arenaviridae*. Ratos domésticos são o reservatório para a febre de Lassa, incluindo os ratos *Mastomys natalensis*, *M. erythroleucus* e *Hylomyscus pamfi*. O camundongo pigmeu (*Mus baoulei*) também foi implicado. A maioria dos casos em humanos resulta da contaminação de alimentos com urina, saliva ou fezes de roedores, mas pode ocorrer transmissão entre as pessoas por exposição a urina, fezes, saliva, vômitos ou sangue das pessoas infectadas. A transmissão nosocomial (infecção hospitalar ou associada à assistência à saúde) de uma pessoa para outra é comum quando não há equipamentos de proteção pessoal disponíveis, ou não são utilizados. (CARMONA, 2025).

O período de incubação da febre de Lassa é variável, com amplitude de até 2 a 21 dias. Inicialmente manifestam um quadro clínico com sintomas que incluem febre de início gradual, acompanhada de cefaleia, mialgia e mal-estar. A partir desse quadro inicial comum, as doenças podem evoluir de maneira distinta apresentando diferentes sintomatologias à medida que progridem. (BRASIL, 2024).

2.1. Cenário epidemiológico das FHV

As Febres Hemorrágicas Virais (FHV) são consideradas tanto endêmicas em certas regiões geográficas quanto agravos emergentes/reemergentes em outras, dependendo do vírus específico e do contexto epidemiológico. O vírus Ebola (DVE) é enzoótico (doença em animais que ocorre de forma constante, previsível e com baixa incidência em uma população animal específica e região geográfica definida) e um ressurgimento da persistência viral em sobreviventes foi descrito em epidemias recentes. O surto atual do Ebola constitui a 16ª ocorrência da doença no Congo desde 1976, sendo o último surto registrado em 2022. Um surto futuro não é inesperado, já que a doença é endêmica no país. (WHO, 2025).

Sobre a doença pelo vírus Ebola (DVE) na República Democrática do Congo, os dados indicam que o surto encontra-se controlado. A última atualização é de 12 de outubro de 2025, em que dezesseis dias se passaram sem um novo caso confirmado de Ebola. Os casos mais recentes foram relatados nas áreas de saúde de Bulape e Dikolo em 26 de setembro de 2025. No entanto, desde a última atualização em 5 de outubro de 2025 (Relatório de Situação #4), ocorreram duas mortes entre os casos confirmados hospitalizados. Um total de 572 contatos permanecia em acompanhamento, sendo que 91,0% (n=519) foram examinados em 12 de outubro de 2025. (WHO, 2025).

Até 30 de novembro de 2025, um total de 64 casos (53 confirmados e 11 prováveis), incluindo 45 óbitos (34 confirmadas e 11 prováveis), foram notificados em seis áreas do Congo. A taxa de letalidade bruta (TLB) é de 70,3%. Houve cinco casos entre profissionais de saúde (quatro enfermeiros e um técnico de laboratório), dos quais três faleceram. Os epicentros do surto têm sido nas áreas de saúde de Dikolo (26 casos, 15 mortes) e Bulape (24 casos, 22 mortes), que juntas representam 78,1% do total de casos reportados e 82,2% de todas as mortes. (WHO, 2025).

Desde o último caso confirmado, em 26 de setembro de 2025, nenhum novo caso de Ebola foi relatado. Em 1º de dezembro de 2025, o Ministério da Saúde declarou o fim do surto. Essa declaração ocorreu após dois períodos de incubação consecutivos (42 dias) desde que a última pessoa com diagnóstico

confirmado de Ebola testou negativo para o vírus e recebeu alta em 19 de outubro de 2025, conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). (WHO,2025).

Em 14 de novembro de 2025, o Ministério da Saúde da Etiópia relatou o primeiro surto de Marburg no país. Embora a Etiópia não tivesse registrado nenhum surto de Marburg anteriormente, o tipo de morcego que carrega o vírus é encontrado no sul do país. (CDC, 2026).

Nos países vizinhos da Etiópia, até o momento, não foram relatados casos de doença de Marburg relacionados a esse surto fora da Etiópia. (CDC, 2026).

Nesse país, até 28 de dezembro de 2025, foram 14 casos confirmados da doença, com um total de 9 mortes registradas. (WHO,2026).

O vírus de Lassa (LASV) representa uma ameaça persistente à saúde pública na África Ocidental e em outras regiões. O LASV é endêmico na África Ocidental e, a cada ano, é responsável por cerca de 2,7 milhões de infecções, 23.700 hospitalizações e 5.000 mortes. Com mais de 32 casos relatados de febre de Lassa importados para países não endêmicos — um terço dos quais foram fatais —, a importância da detecção e do manejo aprimorados da febre de Lassa vai além da África Ocidental. (WOHL *et al*,2026)

Na Nigéria, na terceira semana epidemiológica de 2026 (Janeiro 2026), o número de novos casos confirmados de febre de Lassa aumentou de 33 na segunda semana epidemiológica para 39. No total, até a terceira semana de 2026, foram relatadas 17 mortes, com uma taxa de letalidade (TL) de 18,3%, que é ligeiramente inferior à TL para o mesmo período em 2025 (18,2%). O número de casos suspeitos e confirmados diminuiu em comparação com o relatado para o mesmo período em 2025. (CDC NIGÉRIA, 2026).

É possível acompanhar as informações oficiais de surtos dessas doenças no sítio da Organização Mundial de Saúde na internet no endereço <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/>

2.2. Vigilância epidemiológica das FHV no Brasil

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.

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 5.201, de 15/08/2024, estabelece que é de notificação compulsória imediata (até 24 horas) aos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), casos suspeitos e confirmados de Doenças febris hemorrágicas emergentes/ reemergentes: Arenavírus; Ebola; Marburg; Lassa e Febre purpúrica brasileira. Os meios de notificação para os serviços de saúde são:

- I - E-mail: **notifica@saude.gov.br**
- II - Telefone: **0800.644.6645**

O Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais (BRASIL, 2024), para fins de vigilância epidemiológica, traz os seguintes critérios para definições de caso de FHV:

Critério clínico: indivíduo com doença de início agudo com febre > 38 °C e um ou mais dos seguintes achados clínicos: dor de cabeça severa, dor muscular, exantema maculopapular eritematoso no tronco com descamação fina por três a quatro dias após o início do exantema, vômito, diarreia, dor

abdominal, sangramento não relacionado à lesão, trombocitopenia, faringite, proteinúria, dor torácica retroesternal.

Critério laboratorial: detecção de antígenos virais FHV no sangue por ensaio imunoenzimático (ELISA) **ou** detecção de sequência genética específica de FHV por métodos de biologia molecular em sangue, secreções ou tecidos **ou** detecção de antígenos virais VHF em tecidos por imunohistoquímica **ou** isolamento viral FHV em cultura de células para sangue ou tecidos.

Critério epidemiológico: uma ou mais das seguintes situações dentro de três semanas antes do início dos sintomas: contato com sangue ou outros fluidos corporais de um paciente com FHV; residência ou viagem para uma área endêmica de FHV ou área com transmissão ativa; trabalho em um laboratório com amostras de FHV; trabalho com morcegos, roedores ou primatas em área endêmica de FHV ou área com transmissão ativa; exposição sexual ao sêmen de um caso confirmado de FHV aguda ou clinicamente recuperada.

Caso suspeito: presença de critérios clínicos e critério epidemiológico.

Caso provável: caso suspeito que não teve confirmação laboratorial, cujo resultado foi inconclusivo e/ou não foi possível coletar a amostra.

Caso confirmado: caso suspeito com um dos critérios laboratoriais.

Caso descartado: caso suspeito com resultado laboratorial negativo por meio dos métodos definidos pelo Ministério da Saúde e realizados em laboratórios de referência.

Contato: a depender da doença, considerar o tipo de contato necessário para a transmissão do vírus.

O Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais também reforça que "A detecção oportuna de casos suspeitos e uma resposta rápida e coordenada, com participação ativa de todos os atores-chave, são ações fundamentais para evitar a propagação sustentada das FHV.". Esclarece ainda que o Plano de contingência aborda "as principais FHV que não possuam casos de doença humana confirmados no Brasil, que apresentem potencial de transmissão pessoa-pessoa e que causem quadros clínicos graves, com alta taxa de letalidade." Assim, indica que a investigação epidemiológica tenha base no histórico de viagem e possível exposição ao vírus, bem como a identificação de contactantes e posterior monitoramento de quadro de febre nos próximos 21 dias. Conforme o Plano, serão considerados possíveis contactantes: (BRASIL, 2024)

TODAS as pessoas que tiveram contato direto ou indireto com o caso suspeito ou confirmado desde o início dos primeiros sintomas;

TODAS as pessoas que moram junto ou frequentaram os mesmos locais de permanência (casa, hotel, abrigo e outros) do caso (mesmo que falecido) desde o início dos sintomas;

TODOS os profissionais de saúde que tiveram contato direto ou indireto ou realizaram algum tipo de procedimento com o caso (mesmo que falecido) em TODAS as unidades de saúde visitadas pelo caso desde o início dos sintomas;

TODOS os profissionais responsáveis pela limpeza e pela lavanderia que tiveram contato com objetos do caso em TODAS as unidades de saúde visitadas pelo caso desde o início dos sintomas;

TODOS os indivíduos atendidos no mesmo ambiente da unidade de saúde em que foram tratados casos suspeitos/confirmados desde o início dos sintomas até a implementação de rigorosas medidas de isolamento do paciente e de desinfecção do local;

TODAS as pessoas que tiveram contato direto ou indireto com o cadáver de um caso suspeito/confirmado de FHV durante a preparação do corpo, em cerimônias fúnebres, em procedimentos de necropsia ou outros;

TODOS os indivíduos visitados pelo caso ou que o visitaram ou que frequentaram os mesmos locais de trabalho, igrejas, restaurantes, mercados, meios de transporte coletivos (aviões, navios, ônibus etc.) ou outros locais desde o início dos sintomas;

TODAS as pessoas que relataram a exposição/contato com caso suspeito/confirmado de FHV.

2.3. Vigilância epidemiológica 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 riscos para a saúde pública relacionados à FHV: implicações para portos e aeroportos

Em 14 de novembro de 2025, após a confirmação laboratorial de casos suspeitos de FHV, o Ministério da Saúde da Etiópia declarou um surto da Doença do Vírus de Marburg (DVM), confirmado por testes moleculares. Esta foi a primeira vez que a Etiópia relatou um surto de DVM. Com base na investigação do surto e nas atividades de vigilância durante a resposta, que incluíram rastreamento de contatos, gerenciamento de alertas, busca ativa de casos e vigilância da mortalidade, nenhum caso adicional foi relatado durante o período de contagem regressiva de 42 dias, conforme as recomendações da OMS. No entanto, permanece o risco de ressurgimento da DVM após a declaração do fim do surto, com potencial transmissão a partir de interações com o reservatório animal. As atividades de comunicação de risco e de envolvimento da comunidade continuarão a fornecer informações oportunas e precisas, monitorar e abordar o feedback da comunidade, apoiando os esforços para reduzir o estigma em relação aos indivíduos afetados pelo surto. (WHO, 2026).

A OMS vem incentivando a manutenção das capacidades de detecção precoce e de atendimento, garantindo a capacidade de resposta rápida após o término do surto, assegurando que, caso a doença ressurgir, as autoridades de saúde possam detectá-la imediatamente, impedir sua propagação e, em última instância, salvar vidas. Além disso, a OMS recomenda as seguintes medidas de redução de risco como uma forma eficaz de reduzir a transmissão da doença em instalações de saúde e nas comunidades:

- Reduzir o risco de transmissão de morcegos para humanos decorrente da exposição prolongada a minas ou cavernas habitadas por colônias de morcegos frugívoros;
- Manter a capacidade de detecção precoce de pacientes com doença microvascular ao longo do tempo em locais de risco para a doença;
- Reduzir o risco de transmissão de pessoa para pessoa, na comunidade, decorrente do contato direto ou próximo com pacientes infectados, particularmente com seus fluidos corporais;
- As comunidades afetadas devem garantir que a população esteja bem informada, tanto sobre a natureza da doença em si quanto sobre as medidas necessárias para conter o surto;
- Adotar medidas de contenção do surto que incluem o sepultamento seguro e digno dos falecidos, a identificação de pessoas que possam ter tido contato com alguém infectado e o monitoramento de sua saúde por 21 dias, além do fornecimento de cuidados ao paciente confirmado. (WHO,2026).

No início de 2026, a OMS vem concentrando esforços no monitoramento e resposta a novos surtos de Ebola na República Democrática do Congo (RDC), com equipes em campo após relatos de casos no fim de 2025. As ações no período 2025-2026, após um surto com 64 casos (53 confirmados) encerrado no fim de 2025, incluem novas estratégias de resposta que foram mobilizadas no início de 2026 para conter a disseminação do ebola. (JEAN PIERRE, et al, 2026).

Após a última avaliação da OMS sobre a classificação dos riscos relacionados aos surtos de Ebola, não houve modificação até o momento, mantendo-se como alto em nível nacional dos países afetados (especialmente o Congo), moderado em nível regional, e baixo em nível global. (WHO,2025).

O vírus de Lassa (LASV) é uma ameaça persistente à saúde pública global, pois infecta cerca de 2,7 milhões de pessoas e mata mais de 5.000 por ano, principalmente na Nigéria, na Libéria e em Serra Leoa. A permanência do LASV no reservatório de roedores na África Ocidental, juntamente com a expansão da população e da distribuição geográfica desses roedores impulsionada pelas mudanças climáticas, contribuiu para um aumento constante das infecções por LASV nessa região populosa. Além disso, com mais de 32 casos relatados de febre de Lassa importados para países não endêmicos — um terço dos

quais foram fatais —, a importância da detecção precoce e do tratamento de pacientes com febre de Lassa vai além da África Ocidental. (WOHL, *et al.* 2026).

O risco de introdução das FHV no Brasil é baixo, assim como a disseminação global dos vírus a partir das áreas endêmicas de cada um. Apesar do baixo risco, é importante observar a malha aérea que liga o Brasil aos países endêmicos para as FHV, de modo que seja subsidiado o rastreamento de potenciais casos nos pontos de entrada. No que diz respeito à tal identificação, observa-se que o Brasil possui voos diretos para poucos países endêmicos, como Bolívia e África do Sul, apresentando limitado fluxo internacional de viajantes, o que reforça o baixo risco da importação de casos. (BRASIL, 2024).

O cenário em que o Brasil encontra-se de acordo com o Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais - FHV, é de normalidade. Este estágio configura-se pela ocorrência de surtos esporádicos em outros continentes, com baixo risco de disseminação internacional ou, ainda, quando há cenários endêmicos em países que não têm voos diretos e/ou navios cruzeiros/cargueiros com conexão com o Brasil. Portanto, predominam nesse estágio as ações referentes à detecção de rumores e de eventos, além do monitoramento periódico e constante do cenário.(BRASIL, 2024).

Considerando o cenário de normalidade, de acordo com o Plano, é necessário: gestão em saúde; vigilância das emergências; vigilância laboratorial; Anvisa; atenção primária e especializada; assistência farmacêutica e assessoria de comunicação em saúde. (BRASIL, 2024).

Para a Anvisa é destinada a competência para: Manter fluxo contínuo e atualizado das ações de vigilância sanitária em portos, aeroportos e fronteiras, visando aos diversos pontos estratégicos de entrada do País e considerando vulnerabilidades sanitárias e epidemiológicas das FHV; e Atualizar e divulgar os protocolos de vigilância em portos, aeroportos e fronteiras, biossegurança e destino de resíduos considerando a FHV. (BRASIL, 2024).

2.3.2. Medidas de saúde para portos e aeroportos

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

Assim, 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 de FHV, considerando as definições e unidades de referência indicadas para o agravo no Apêndice A do Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais (BRASIL, 2024);
- Avaliar necessidade de capacitação/reciclagem dos trabalhadores envolvidos no fluxo de resposta quanto ao uso indicado de EPIs e realização de PLD indicados nos Apêndices O e N do Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais (BRASIL, 2024);
- Divulgar as definição de caso, indicadas no item 2.2 desta Nota Técnica, aos serviços de saúde atuantes nos portos e aeroportos, assim como os vinculados às empresas atuantes nesses;
- Ao detectar caso suspeito de FHV, realizar avaliação do risco, conforme Anexo I da RDC 932/2024, e acionar a autoridade sanitária para avaliar a ativação do Plano de Contingência do Porto ou do Aeroporto; e
- Adotar procedimentos de limpeza e desinfecção e providenciar Equipamentos de Proteção Individual - EPI para meios de transporte afetado definido na RDC nº 661/2022.

2.3.3. Orientação a viajantes

De acordo com o atual cenário, não é indicado divulgação de materiais informativos relativo a FHV.

Informações atualizadas sobre doenças que fazem parte das FHV podem ser obtidas na internet no portal do Ministério da Saúde nos endereços:

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

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/e/ebola>

3. CONCLUSÃO

De acordo com o cenário epidemiológico atual, a situação das Febres Hemorrágicas Virais (FHV) exige monitoramento contínuo, devido aos surtos localizados no continente Africano e com expressiva condição de subnotificação. No geral, o panorama das FHV no início de 2026 foi relacionado aos casos de Marburg na Etiópia, com alta letalidade, destacando o risco constante dessas doenças raras, mas no entanto, de extrema gravidade.

Apesar dos surtos isolados de FHV na África, até o momento, não há declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, como também, inexistente a necessidade de adoção de medidas de saúde temporárias para viagens internacionais com os países com casos confirmados, uma vez que o risco de disseminação é considerado muito baixo.

As recomendações descritas nessa Nota Técnica serão atualizadas sempre que a evolução do cenário epidemiológico e definições do Ministério da Saúde requererem alteração das medidas a serem adotadas em portos e aeroportos.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Plano de contingência nacional para febres hemorrágicas virais*. 2024. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/emergencia-em-saude-publica/plano-de-contingencia-nacional-para-febres-hemorragicas-virais.pdf> Acessado em 10/03/2026.

CARMONA, Stefania. Febre de Lassa. Manual MSD. Versão para profissionais da saúde. Ago.2025. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/arbov%C3%ADrus-arenav%C3%ADrus-e-filov%C3%ADrus/febre-de-lassa> Acessado em: 10/03/2026.

CDC. Surto de Marburg na Etiópia: Situação atual. 29 de janeiro de 2026. Fim do surto declarado de Marburg. Disponível em : <https://www.cdc.gov/marburg/situation-summary/index.html>. Acessado em: 10/03/2026.

CDC NIGÉRIA. Lassa Fever Situation Report Epi Week 3: 12th – 18 th January 2026. Disponível em: <https://ncdc.gov.ng/diseases/sitreps/?cat=5&name=An%20update%20of%20Lassa%20fever%20outbreak%20in%20Nigeria> Acessado em 10/03/2026.

JEAN PIERRE, et al. In: *Ebola and health-care providers: the case for preventive vaccination*. THE LANCET, p. 219-220 , 17 de jan 2026. Disponível em : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)02459-6/fulltext#:~:text=The%20s...](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)02459-6/fulltext#:~:text=The%20s...) . Acessado em: 10/03/2026.

SBMT, 2025. Surto reacende alerta para vírus Marburg na África. 15/12/2025. Disponível em: <https://sbmt.org.br/surto-reacende-alerta-para-virus-marburg-na-africa/> Acessado em: 10/03/2026.

WHO. Ebola situation report DRC/25/05 - 12 October, 2025. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/health-topics/disease-outbreaks/ebola-who-african-region> Acessado em: 06/03/2026.

WHO. Haemorrhagic fevers, Viral. 2026. Disponível em: <https://www.emro.who.int/health-topics/haemorrhagic-fevers-viral/> . Acessado em: 10/03/2026.

WHO. Ebola. 2026. Disponível em: <https://www.emro.who.int/health-topics/ebola/ebola.html> . Acessado em: 10/03/2026.

WHO. Doença pelo vírus de Marburg na Etiópia. 26 de janeiro de 2026. Disponível em <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON592>. Acessado em

10/03/2026.

WHO. Boletim Semanal sobre Surtos e outras Emergências: Semana 1: 29 de dezembro a 4 de janeiro de 2026. Disponível em <https://www.afro.who.int/countries/senegal/publication/weekly-bulletin-outbreak-and-other-emergencies-week-1-29-december-4-january-2026>. Acessado em 10/03/2026.

WHO. Avaliação Rápida de Risco da OMS - Doença pelo Vírus Ebola, República Democrática do Congo v.1. 19 de setembro de 2025. Avaliação rápida de riscos <https://www.who.int/publications/m/item/who-rapid-risk-assessment---ebola-virus-disease--democratic-republic-of-the-congo-v.1>. Acessado em 10/03/2026.

WHO. Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo. Disease Outbreak News. 5 September 2025. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON580>. Acessado em 10/03/2026.

WHO. Doença pelo vírus Ebola - República Democrática do Congo. 1 de dezembro de 2025. Disponível em : <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON589>. Acessado em 10/03/2026.

WOHL, DA., et al. In : Sintomatologia da febre de Lassa, dinâmica viral e resposta imune do hospedeiro (PREPARE): um estudo de coorte observacional prospectivo na Libéria. 7/01/2026. THE LANCET Infectious Diseases. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(25\)00725-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(25)00725-X/fulltext). Acessado em 10/03/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Gregis, Coordenador(a) de Vigilância Epidemiológica em PAF**, em 13/03/2026, às 16:37, 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 13/03/2026, às 16:53, 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 13/03/2026, às 18:05, 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 **4083116** e o código CRC **C61B2D80**.