

NOTA TÉCNICA Nº 26/2026/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA

Processo nº 25351.912546/2023-51

Atualização do cenário epidemiológico das Febres Hemorrágicas Virais (FHV) e avaliação de medidas de saúde para portos e aeroportos, considerando a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) devido a doença Ebola causada pelo vírus Bundibugyo na República Democrática do Congo e Uganda.

1. RELATÓRIO

Em 17/05/2026 a OMS (Organização Mundial de Saúde) declarou que a doença Febre Hemorrágica do Ebola causada pelo vírus Bundibugyo na República Democrática do Congo (RDC) e em Uganda passasse a constituir-se uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), não preenchendo, no entanto, os critérios de emergência pandêmica, conforme definido no RSI. (WHO,2026).

Em 19/05/2026 o Ministério da Saúde emitiu o Alerta Epidemiológico Nº 01/2026 sobre a ESPII relacionada à doença causada pelo vírus Bundibugyo na República Democrática do Congo e em Uganda (4268865), ressaltando que, embora não haja registro de circulação do vírus nas Américas, o cenário de mobilidade internacional reforça a necessidade de vigilância ativa para detecção precoce de possíveis casos importados).

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. 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).

O 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. 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).

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).

O vírus Lassa, da família *Arenaviridae*, que infecta ratos domésticos, causa 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 evento atualmente reclassificado como ESP II de “Febre Hemorrágica pelo vírus Ebola”, na República Democrática do Congo e em Uganda, é causada pelo vírus Bundibugyo (BVD), uma das espécies do gênero *Orthoebolavirus*, e representa uma forma grave e frequentemente fatal. Trata-se de uma zoonose, sendo os morcegos frugívoros considerados o reservatório natural. A infecção humana ocorre por meio do contato próximo com o sangue ou secreções de animais selvagens infectados, como morcegos ou primatas não humanos, e subsequentemente se dissemina de pessoa para pessoa por meio do contato direto com o sangue, secreções, órgãos ou outros fluidos corporais de indivíduos infectados ou superfícies contaminadas. A transmissão é particularmente amplificada em ambientes de saúde quando as medidas de prevenção e controle de infecções são inadequadas e durante práticas funerárias inseguras que envolvem contato direto com o falecido. (WHO, 2026.a).

O período de incubação da infecção causada pelo BVD varia de 2 a 21 dias, e os indivíduos geralmente não são contagiosos até o início dos sintomas. Os sintomas iniciais são inespecíficos, incluindo febre, fadiga, dores musculares, dor de cabeça e dor de garganta, o que dificulta o diagnóstico clínico e pode atrasar a detecção. Esses sintomas progridem para sintomas gastrointestinais, disfunção orgânica e, em alguns casos, manifestações hemorrágicas. As taxas de letalidade nos dois últimos surtos de BVD, relatados em Uganda e na República Democrática do Congo em 2007 e 2012, variaram de aproximadamente 30% a 50%. (WHO, 2026.a)

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. (WHO, 2025).

Sobre a doença pelo vírus Ebola (DVE) na República Democrática do Congo, no último surto, ocorrido em 2025, foi registrado total de 64 casos (53 confirmados e 11 prováveis), incluindo 45 óbitos (34 confirmadas e 11 prováveis), notificados em seis áreas do Congo. A taxa de letalidade bruta (TLB) foi 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 foram as áreas de saúde de Dikolo (26 casos, 15 mortes) e Bulape (24 casos, 22 mortes), que juntas representaram 78,1% do total de casos reportados e 82,2% de todas as mortes. (WHO, 2025).

Neste surto de 2025, o último caso confirmado foi em 26 de setembro de 2025, não havendo mais relato de novo caso de Ebola. Em 1º de dezembro de 2025, o Ministério da Saúde local declarou o fim do surto, após dois períodos de incubação consecutivos (42 dias) desde que a última pessoa com diagnóstico confirmado de Ebola testou negativo. (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). Nesse país, até 28 de dezembro de 2025, foram registrados 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).

Sobre o atual cenário epidemiológico do Ebola na RDC, o primeiro caso suspeito conhecido foi relatado em 24 de abril de 2026, tendo sido um profissional de saúde, que relatou início de sintomas incluindo febre, hemorragia, vômito e mal-estar intenso, vindo a falecer em um centro médico em Bunia. Em 5 de maio de 2026, a OMS foi alertada sobre um surto de alta mortalidade de doença desconhecida na RDC, incluindo mortes entre profissionais de saúde, com taxas de letalidade variando de 30% a 50%. (WHO,2026.a)

Em 15 de maio de 2026, a RDC declarou oficialmente o 17º surto de doença por Ebola no país, e, simultaneamente, Uganda confirmou um surto de dessa doença após a identificação de um caso importado da RDC. Em seguida, em 16 de maio de 2026, a OMS, após consultar os Estados Partes onde o evento está ocorrendo, determinou que a doença passou a constituir uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), conforme definido nas disposições do RSI. (WHO,2026.a).

Até 15 de maio, 65 contatos foram cadastrados, sendo 15 identificados como de alto risco. No entanto, o acompanhamento permanece precário devido à insegurança e às restrições de circulação. Vários contatos cadastrados apresentaram sintomas e faleceram antes de poderem ser isolados. (WHO,2026.a).

Até de 19 de maio (dados em atualização), foram relatados 500 casos suspeitos de Ebola e 130 óbitos em três zonas de saúde da RDC: Rwampara (seis áreas de saúde afetadas), Mongbwalu (três áreas de saúde afetadas) e Bunia. Vinte e quatro casos suspeitos estão atualmente em isolamento nas três zonas de saúde. Além disso, surtos atípicos de óbitos na comunidade com sintomas compatíveis com a doença estão sendo investigados em outras zonas de saúde. A maioria dos casos suspeitos ocorre em pessoas entre 20 e 39 anos, sendo que mais de 60% são mulheres, o que sugere riscos significativos associados à transmissão dentro do domicílio e entre cuidadores (ECDC,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: Arnavírus; 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**

III - **Ficha de Notificação Imediata de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública:** <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=LEP79JHW97>

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 relatarem a exposição/contato com caso suspeito/confirmado de FHV.

É indicado isolamento dos casos suspeitos, prováveis e confirmados de Febre Hemorrágica Viral. No caso de embarcações, os viajantes embarcados que tiveram contato com casos suspeitos, prováveis ou fômites destes, devem ser monitorados quanto à presença de sinais e sintomas por um período de 21 dias.

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**

Após a última avaliação da OMS sobre a classificação dos riscos relacionados aos surtos de Ebola na RDC, houve modificação na qual o evento passou a ser uma ESPII, mantendo-se como alto em nível nacional dos países afetados (especialmente o Congo e Uganda), alto em nível regional, e baixo em nível global. (WHO, 2026).

Nesse contexto, a OMS novamente se posiciona e tece considerações sobre análise de risco do atual evento de Febre Hemorrágica pelo Ebola, após a mudança para ESPII. Os países vizinhos que partilham fronteiras terrestres com a RDC são considerados de alto risco para uma maior propagação do vírus devido à mobilidade populacional, às ligações comerciais e de viagens, e à incerteza quanto às cadeias de transmissão. O surto pode também ser maior do que o atualmente detectado.(ECDC,2026).

Atualmente, acredita-se que o evento tenha se originado na Zona de Saúde de Mongbwalu, na RDC, uma área de mineração com grande movimentação de pessoas, com casos posteriormente migrando para Rwampara e Bunia em busca de atendimento médico. A província de Ituri faz fronteira com o Sudão do Sul e Uganda (e a Zona de Saúde de Bunia fica a menos de 500 km de Uganda). Uma investigação epidemiológica completa e um processo de rastreamento estão em andamento. O papel de Ituri como centro comercial e migratório, bem como sua proximidade com Uganda e Sudão do Sul, aumentam o risco de exportação regional e transmissão transfronteiriça. (WHO,2026.a).

Este surto ocorre em um contexto epidemiológico e humanitário complexo, com uma lacuna crítica de quatro semanas entre o início dos sintomas do caso índice presumido (25 de abril de 2026) e a confirmação laboratorial do surto (14 de maio de 2025), o que sugere um baixo índice de suspeita clínica

entre os profissionais de saúde. Isso é agravado pela presença de arbovírus e doenças semelhantes à gripe em circulação concomitante, mascarando o índice inicial de suspeita de doença por Ebola e exacerbando a transmissão comunitária. Além disso, a infecção e morte de quatro profissionais de saúde em um intervalo de quatro dias no Hospital Geral de Mongbwalu ressaltam falhas críticas nos protocolos de controle de infecção. Para agravar, um grande número de mortes na comunidade foi relatado, potencialmente associado a práticas funerárias inseguras. (WHO,2026.a).

O atual evento do vírus Ebola constitui um risco para a saúde pública de outros Estados Partes devido à propagação internacional da doença, que já foi documentada, com dois casos confirmados relatados em Uganda, nos dias 15 e 16 de maio, após viagens provenientes da RDC. Os países vizinhos que compartilham fronteiras terrestres com a RDC são considerados de alto risco para maior propagação devido à mobilidade populacional, às ligações comerciais e de viagens e à incerteza epidemiológica contínua. (WHO,2026).

A OMS enumerou, temporariamente, as recomendações que serão posteriormente refinadas, após a consideração das recomendações do Comitê de Emergência e a emissão de Recomendações Temporárias. Para os **Estados-Partes onde o evento está ocorrendo** (República Democrática do Congo e Uganda): (WHO,2026)

- Ativar os mecanismos nacionais de gestão de desastres/emergências e estabelecer um centro de operações de emergência, sob a autoridade do Chefe de Estado e da autoridade governamental competente, para coordenar as atividades de resposta entre parceiros e setores, a fim de garantir a implementação e o monitoramento eficientes e eficazes de medidas abrangentes de controle da doença;
- Caso as capacidades nacionais sejam sobrecarregadas, a colaboração com os parceiros deve ser reforçada para fortalecer as operações e garantir a capacidade de implementar medidas de controle em todas as áreas afetadas e vizinhas.
- Garantir que haja um esforço amplo e contínuo para envolver plenamente a comunidade para a identificação de casos, rastreamento de contatos e educação sobre riscos;
- Fortalecimento da vigilância e da capacidade laboratorial nas províncias afetadas e nas províncias vizinhas, através do estabelecimento de vigilância e resposta nas zonas de saúde afetadas e nas principais zonas de saúde vizinhas em risco, vigilância comunitária reforçada, particularmente focada nas mortes na comunidade, e capacidade laboratorial descentralizada para testes do vírus Ebola (Bundibugyo).
- Realizar viagens transfronteiriças e nas principais vias internas para garantir que nenhum caso suspeito passe despercebido e melhorar a qualidade das viagens através de uma melhor partilha de informações com as equipas de vigilância.
- Não devem ocorrer viagens internacionais de pessoas que tiveram contato com o vírus ou que apresentaram sintomas da doença, a menos que a viagem faça parte de uma evacuação médica apropriada, para minimizar o risco de disseminação internacional do Ebola.

Para todos os **demais Estados-Partes** : (WHO,2026)

- Nenhum país deve fechar suas fronteiras ou impor restrições a viagens e comércio. Tais medidas geralmente são implementadas por medo e não têm base científica. Elas incentivam a circulação de pessoas e mercadorias por passagens de fronteira informais e não monitoradas, aumentando assim as chances de propagação de doenças. Mais importante ainda, essas restrições podem comprometer as economias locais e afetar negativamente as operações de resposta, tanto em termos de segurança quanto de logística.
- As autoridades nacionais devem trabalhar em conjunto com as companhias aéreas e outros setores dos transportes e do turismo para garantir que não ultrapassem as recomendações da OMS sobre o tráfego internacional.
- Os Estados Partes devem fornecer aos viajantes para áreas afetadas e em risco de infecção pelo vírus Bundibugyo informações relevantes sobre os riscos, medidas para minimizar esses riscos e orientações para lidar com uma possível exposição.

- O público em geral deve receber informações precisas e relevantes sobre o surto da doença causada pelo vírus Bundibugyo e sobre as medidas para reduzir o risco de exposição.
- Os Estados-Partes devem estar preparados para facilitar a evacuação e a repatriação de nacionais (por exemplo, profissionais de saúde) que tenham sido expostos à doença causada pelo vírus Bundibugyo.
- Não se considera necessário o controle de entrada em aeroportos ou outros pontos de entrada fora da região afetada para passageiros que retornam de áreas de risco.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) emitiu recomendações aos Estados-Membros a respeito da Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional (ESPII) relacionada ao surto de Ebola em curso na região da África. Embora o risco para a população em geral permaneça baixo, a OPAS apela aos países das Américas para que reforcem a preparação, a vigilância, a capacidade laboratorial e as medidas de prevenção e controle de infecções. Reitera ainda, a necessidade de os países reforçarem as medidas de prevenção e controle nos serviços de saúde. Estas incluem sistemas de triagem eficazes para a rápida identificação de casos suspeitos, procedimentos de isolamento seguros, utilização adequada de equipamentos de proteção individual (EPI), formação dos profissionais de saúde, gestão segura de resíduos e limpeza e desinfecção ambiental.(PAHO,2026).

A OPAS também ressaltou em 16/05/2026 que, em consonância com as recomendações atuais da OMS, nenhum país deve fechar suas fronteiras ou impor restrições a viagens ou ao comércio em resposta ao surto. Tais medidas podem impulsionar o fluxo de pessoas e mercadorias para passagens de fronteira informais e não monitoradas, aumentando, em vez de reduzir, o risco de propagação da doença. (PAHO,2026).

O cenário em que o Brasil encontra-se, de acordo com o Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais - FHV, considerando o atual evento do vírus Ebola no Congo e Uganda, é de **mobilização**. Apesar desses países não possuírem voos diretos e/ou navios cruzeiros/cargueiros com conexão com o Brasil, a atual situação destaca-se pela presença de casos suspeitos e/ou confirmados de Ebola em países ou continentes com elevado potencial de disseminação internacional ou alteração no perfil epidemiológico com aumento do risco de disseminação internacional de Ebola relatada pela OMS. O cenário requer ações referentes à detecção de rumores e de eventos, além do monitoramento periódico e constante (BRASIL, 2024).

Apesar do risco de introdução das FHV no Brasil ser considerado, 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 Congo e Uganda, apresentando limitado fluxo internacional de viajantes, o que reforça o baixo risco da importação de casos. (BRASIL, 2024).

No cenário nacional, foi realizado o Acionamento do Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais em estágio operacional 2 (Mobilização), com monitoramento técnico contínuo e elaboração de Plano de Ação e Matriz de Responsabilidades (Sumário Executivo CME SE -19, 10/05/26 - 16/05/26).

No estágio de mobilização, para o setor regulado para Anvisa é indicado Intensificar as ações e os procedimentos de vigilância sanitária em portos, aeroportos e fronteiras visando aos diversos pontos estratégicos de entrada do País, considerando as vulnerabilidades sanitárias e epidemiológicas das FHV; e divulgar material educativo. (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 definições 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, destacando a importância do critério epidemiológico somado ao critério clínico que inicialmente pode ser inespecífico;
- 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;
- É indicado isolamento dos casos suspeitos, prováveis e confirmados de Febre Hemorrágica Viral. No caso de embarcações, os viajantes embarcados que tiveram contato com casos suspeitos, prováveis ou fômites destes, devem ser monitorados quanto à presença de sinais e sintomas por um período de 21 dias; 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, **é indicado divulgação de materiais informativos relativo a ESPII relacionada a Ebola pelo BVD nas áreas de desembarque internacional**, conforme arte disponível na internet no endereço <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/vigilancia-epidemiologica/materiais-informativos/>

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

A partir da modificação da condição da Febre Hemorrágica do Ebola na República Democrática do Congo (RDC) com disseminação para Uganda, em 17 de maio de 2026 foi declarada pela OMS como ESPII devido ao risco alto a elevado à nível regional no países da África. Outro fator foi que, ao contrário da doença causada por outras espécies de vírus Ebola, não há vacina licenciada ou terapia específica contra o vírus Bundibugyo, agente etiológico do surto atual.

A partir da declaração da ESPII, a resposta e o controle do surto dependem inteiramente de uma série de intervenções e medidas de saúde pública que precisam ser implementadas de forma rigorosa, incluindo cuidados de suporte, detecção precoce, prevenção e controle de infecções adequados, rastreamento de contatos rigoroso, sepultamentos seguros e envolvimento da comunidade.

Portanto, ainda segundo a OMS, qualquer país que detecte, pela primeira vez, um caso suspeito ou confirmado da doença do vírus Bundibugyo (ou um contato), ou agrupamentos de óbitos inexplicados, deve adotar medidas imediatas nas primeiras 24 horas para investigar e conter um potencial surto, por meio do isolamento de casos, manejo clínico, estabelecimento de um diagnóstico definitivo e realização de rastreamento e monitoramento de contatos, conforme necessário.

A atual ESPII de Ebola na RDC e Uganda representa um risco elevado para a saúde pública dos países vizinhos, com alguns casos de propagação internacional já documentados, aconselhando aqueles países a ativarem seus mecanismos nacionais de gestão de desastres e emergências e a realizarem triagem transfronteiriça e triagem nas principais estradas internas. No entanto, a nível global o risco, no momento é baixo, não sendo indicado medidas de saúde temporárias em pontos de entrada no momento.

O Brasil alterou para nível de mobilização do Plano Nacional de Contingência contra Febres Hemorrágicas Virais, requer maior sensibilidade para identificação e reposta a casos suspeitos, já previsto para planos de contingência local, bem como divulgação de informações para viajantes em pontos de entrada internacionais.

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

4. REFERÊNCIAS

AFRICA-CDC. Statement on US Travel Restrictions Related to the Bundibugyo Ebola Outbreak. 19 May 2026 <https://africacdc.org/news-item/u-s-travel-restrictions-related-to-the-bundibugyo-ebola-outbreak/> Acessado em 19/05/2026.

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 18/05/2026.

CARMONA,S. 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.

ECDC. WHO declares Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo a Public Health Emergency of International Concern: ECDC continues monitoring . 17 May 2026. Disponível em : <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/who-declares-ebola-outbreak-democratic-republic-congo-public-health-emergency>. Acessado em 18/05/2026.

ECDC(a). Ebola virus disease outbreak in the Democratic Republic of the Congo, 19 May 2026. Disponível em <https://www.ecdc.europa.eu/en/ebola-virus-disease-outbreak-democratic-republic-congo-19-may-2026>. Acessado em 20/05/2026.

PAHO. PAHO reinforces preparedness measures following WHO Ebola emergency declaration in Africa Region. 18 May 2026. Disponível em <https://www.paho.org/en/news/18-5-2026-paho-reinforces-preparedness-measures-following-who-ebola-emergency-declaration> Acessado em 19//05/2026.

SBMT. 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. Epidemic of Ebola Disease caused by Bundibugyo virus in the Democratic Republic of the Congo and Uganda determined a public health emergency of international concern . 17 May 2026. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/17-05-2026-epidemic-of-ebola-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-determined-a-public-health-emergency-of-international-concern> Acessado em 18/05/2026.

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(a). Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. 16 May 2026. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON602>. Acessado em 18/05/2026.

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 21/05/2026, às 10:08, 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 **Noemi Melo Cabral, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária**, em 21/05/2026, às 10:13, 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 21/05/2026, às 10:13, 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 21/05/2026, às 18:19, 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 **4271633** e o código CRC **2113315A**.