

NOTA TÉCNICA Nº 33/2026/SEI/COVIG/GGPAF/DIRE5/ANVISA

Processo nº 25351.925237/2025-11

Atualização das atividades de vigilância epidemiológica de Febre Amarela (FA) para Portos, Aeroportos e Fronteiras.

1. RELATÓRIO

Conforme Sumário Executivo do Comitê de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (CME), de 21/07/2026, da Semana Epidemiológica (SE) 28, de 12/07/2026 - 18/07/2026, referente à Febre Amarela (FA), do período de julho de 2025 a junho de 2026; foram confirmadas 71 epizootias em Primatas Não Humanos (PNH), 15 casos humanos de febre amarela e 8 óbitos, correspondendo a uma letalidade de 53,3%. Todos os casos humanos ocorreram em indivíduos não vacinados.

Desde o início do ano de 2026, até 16 de junho, foram registrados 11 casos e seis óbitos da doença em todo o estado de São Paulo. Nove casos (09) foram na região do Vale do Paraíba, com cinco (05) óbitos; um na região de Sorocaba, sem óbito; e um na região de Bauru, com um óbito. Nenhum dos casos e óbitos registrados possuíam histórico de vacinação. (SES-SP.2026).

Considerando a ocorrência de casos de Febre Amarela em Primatas Não Humanos (PNH) no estado de Goiás, e a consequente circulação viral em macacos em diversas cidades, a Secretaria de Saúde do Estado está realizando a Campanha de Multivacinação 2026 com foco na prevenção da doença, que iniciou em 3 de agosto e irá até 1º de setembro de 2026. A cobertura vacinal contra a doença em Goiás continua abaixo da meta ideal de 95% estabelecida pelo Ministério da Saúde, ficando aquém de 80% em levantamentos recentes. (SES/GO, 2026).

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 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. 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. Ressalta-se, ainda, 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).

A doença é transmitida por mosquitos pertencentes às espécies, *Haemagogus*, *Sabethes* e *Aedes*, que se infectam com o 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. Uma vez contraído, o vírus da FA demora de 3 a 6 dias para ser incubado no corpo. Muitas pessoas não apresentam sintomas, porém 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, 2026).

Entretanto, uma pequena porcentagem, de 15% a 25%, 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, 2026).

2.1. Cenário epidemiológico da Febre Amarela

Globalmente, estima-se que a FA cause entre 67.000 e 173.000 casos graves anualmente, resultando em aproximadamente 31.000 a 82.000 mortes. De 1º de janeiro a 26 de maio de 2026, seis países relataram um total de 79 infecções humanas, indicando circulação silvestre ativa. Na África, a atividade sustentada continuou em partes da região, afetando 27 países de alto risco (de acordo com a classificação da Estratégia para Eliminar Epidemias de FA). De janeiro a maio de 2026, três países africanos (Burkina Faso, República Centro-Africana e Camarões) relataram 16 casos humanos confirmados, com outros 32 casos suspeitos sob investigação em cinco outros países. A maioria das infecções está ligada à transmissão silvestre contínua que se espalha para comunidades rurais com baixa cobertura vacinal. (WHO, 2026).

Entre a semana epidemiológica SE 1 e a SE 53 de 2025, foram notificados 346 casos humanos confirmados em sete países da Região das Américas, incluindo 143 óbitos (taxa de letalidade [TL] de 41%). Esse número representa um aumento de 5,6 vezes em comparação com 2024, quando foram notificados 61 casos confirmados. Os casos em 2025 foram notificados no Estado Plurinacional da Bolívia (n= 8 casos, incluindo duas mortes), Brasil (n= 120 casos, incluindo 48 mortes), Colômbia (n= 125 casos, incluindo 46 mortes), Equador (n= 11 casos, incluindo oito mortes), Guiana (uma morte), Peru (n= 49 casos, incluindo 19 mortes) e República Bolivariana da Venezuela (n= 32 casos, incluindo 19 mortes). (OPAS, 2026).

Em 2026, entre a SE 1 e a SE 7, foram notificados 34 casos humanos confirmados de FA em quatro países da Região das Américas, incluindo 15 óbitos (TL: 44%). Os casos foram notificados no Estado Plurinacional da Bolívia (uma morte), Colômbia (n= 25 casos, incluindo 13 mortes), Peru (n= 2 casos) e Venezuela (n= 6 casos, incluindo uma morte). Em comparação com o número anual de casos notificados nas Américas entre 1960 e 2024, o número de casos reportados em 2025 é elevado, porém semelhante ao observado em outros anos de alta incidência, como em 1966 (n= 304 casos), 1998 (n= 280 casos) e 2003 (n= 243 casos). (OPAS, 2026).

A análise histórica de 1960 a 2025 revela uma carga cumulativa de 9.692 casos notificados e 3.445 óbitos na América do Sul, correspondendo a uma taxa de letalidade regional de 36%. Brasil e Peru apresentaram a maior carga da doença, com 3.559 (37%) e 3.361 (35%) casos, respectivamente, seguidos pela Bolívia (1.568 casos; 16%), Colômbia (774 casos; 8%) e Venezuela com 78 casos. As taxas de letalidade em nível nacional variam: Brasil 35,2%, Peru 41%, Bolívia 33%, Colômbia 25% e Venezuela 41%. (ORTIZ-PRADO, 2026).

No geral, o relato de casos de FA em uma área ampliada do continente americano evidencia os contínuos episódios de propagação do ciclo selvagem nas bordas das florestas, onde as atividades humanas se cruzam com ecossistemas de alta biodiversidade. Essas áreas oferecem condições favoráveis para que os mosquitos que habitam as copas das árvores transmitam o vírus às populações humanas a partir de reservatórios não humanos. A detecção

de casos associados à transmissão selvática em áreas próximas a centros urbanos aumenta o risco de estabelecimento de ciclos de transmissão urbana. (OPAS, 2026).

No Brasil, a maioria dos casos humanos em 2025 foi notificada em 29 municípios de seis regiões do estado de São Paulo: Araracuara (dois municípios), Campinas (oito municípios), Macro Metropolitana Paulista (oito municípios), Piracicaba (dois municípios), São José do Rio Preto (um município) e Vale do Paraíba Paulista (oito municípios).(OPAS, 2026).

No país, em 2025, foram notificados 120 casos confirmados em humanos, incluindo 48 óbitos (TL: 40%). Os casos foram notificados nos estados de Minas Gerais (n = 12 casos, incluindo cinco óbitos), Pará (n = 46 casos, incluindo sete óbitos), São Paulo (n = 61 casos, incluindo 35 óbitos) e Tocantins (uma morte). Oitenta e nove por cento dos casos notificados em 2025 corresponderam a homens (n = 107 casos). As idades dos casos variaram entre 10 e 85 anos e apenas um dos casos apresentava histórico de vacinação contra a FA. Todos os casos apresentaram histórico de exposição em áreas silvestres e/ou florestais, associado a atividades ocupacionais ou recreativas, e foram confirmados por laboratório. (OPAS, 2026).

No período de julho de 2025 a junho de 2026, em todo o país, de acordo com os dados atualizados pelo Painel de Febre Amarela do Ministério da Saúde, em 23/07/2026, foram confirmados em humanos, 15 casos e 8 óbitos, com taxa de letalidade de 53.3%. Em PNH, foram 71 confirmados, em 30 municípios afetados e 198 municípios ampliados.

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 casos de Febre Amarela (BRASIL, 2021):

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 deve ser emitida às três esferas de gestão do SUS **em até 24 horas** após a suspeita inicial. A comunicação imediata ao Ministério da Saúde pode ser feita pelos e-mails: **arboviroses@saude.gov.br** e **notifica@saude.gov.br**.

A vigilância da FA no Brasil baseia-se principalmente no monitoramento passivo de carcaças de primatas não humanos (PNH), que são testadas em laboratório (ensaios moleculares ou histopatológicos). Embora essa abordagem seja crucial para a detecção precoce de PNH infectados e para o estabelecimento de medidas preventivas e de controle em uma determinada região, ela oferece pouca informação sobre a proporção de animais que sobrevivem à infecção pelo vírus da febre amarela. Durante os primeiros estudos nas décadas de 1930 e 1940, em muitos casos, animais soropositivos foram detectados em locais sem registros de casos humanos, fornecendo fortes evidências de que os animais podem sobreviver à infecção natural, ao mesmo tempo que revelavam locais com circulação silenciosa do vírus. (DRUMOND, B.P. et al., 2026).

Desde o final de 2016, surtos de FA silvestre e casos esporádicos, afetando tanto humanos quanto primatas, têm sido registrados no sul do Brasil. Esses eventos levantaram preocupações sobre a persistência viral além da Bacia Amazônica, onde o vírus é endêmico, e o potencial ressurgimento da transmissão urbana. Os PNH são fundamentais para a ecologia da FA silvestre, mas muitos aspectos de sua dinâmica de infecção e papéis específicos de cada espécie ainda são pouco compreendidos. (DRUMOND, B.P. et al., 2026).

A vacina contra a FA está disponível no Brasil em duas apresentações, sendo uma produzida pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Biomanguinhos/Fiocruz), como 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 enfocam 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. Viajantes 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. (BRASIL, 2026).

A Nota Técnica Nº 6/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS 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), visando intensificar as ações de enfrentamento da doença com a ampliação da cobertura vacinal, incluindo a administração da dose-padrão (0,5 mL) em todos os indivíduos que receberam a referida dose

fracionada em 2018. (SAO PAULO,SP. 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 como "Dose Padrão" (0,5 ml), ou dose inteira, e que garante a validade internacional exigida por mais de 120 países, conforme as normas da Organização Mundial da Saúde (OMS).

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

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

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

A Febre Amarela continua sendo uma importante preocupação de saúde pública na América Latina. Em 2025, foram relatados 301 casos confirmados e 124 óbitos (com TL de 41,1%), principalmente em Bolívia, Brasil, Colômbia e Peru, concentrados em populações não vacinadas na interface urbano-florestal. A transmissão permanece eminentemente silvestre, mas o risco de disseminação periurbana vem aumentando. O desmatamento, a variabilidade climática e a migração transfronteiriça aumentam a vulnerabilidade, estando a vigilância fragmentada em algumas regiões, e a adesão à vacinação é insuficiente em grupos de alto risco. (ORTIZ-PRADO et al., 2026).

Os principais fatores que contribuíram para os surtos recentes podem ser assim sumarizados :

- Acesso limitado à vacina em áreas florestais: Apesar da eficácia comprovada da vacina contra a FA, a maioria dos casos em surtos recentes ocorreu entre indivíduos não vacinados. Comunidades remotas em florestas tropicais enfrentam desafios logísticos substanciais, incluindo terreno acidentado e infraestrutura de saúde inadequada, o que limita os esforços de imunização de rotina. No entanto, estratégias inovadoras de distribuição, como o transporte assistido por drones, têm se mostrado promissoras para superar essas barreiras, reduzindo os tempos de entrega e mantendo a integridade da cadeia de frio;
- Proliferação sazonal de mosquitos : As estações chuvosas criam condições ideais de reprodução para espécies vetoras como *Haemagogus spp.*, *Sabethes spp.* e *Aedes aegypti* . Estudos têm demonstrado consistentemente que a abundância de mosquitos aumenta significativamente durante os períodos chuvosos, elevando o risco de transmissão;
- Mudanças climáticas e expansão das zonas de transmissão: A alteração dos padrões de precipitação e o aumento das temperaturas, características marcantes das mudanças climáticas, estão expandindo a distribuição geográfica dos mosquitos vetores para regiões anteriormente não afetadas. Essa mudança ecológica aumenta o número de pessoas em risco, particularmente em regiões montanhosas ou periurbanas, onde *Aedes aegypti* e *Haemagogus spp.* estão estabelecendo novos habitats;

- Promoção inadequada da saúde no que diz respeito à prevenção de picadas de mosquito: Estratégias de comunicação eficazes são essenciais para promover comportamentos de proteção. No entanto, estudos recentes destacam lacunas nas campanhas de saúde pública, especialmente no que diz respeito ao alcance de populações remotas e vulneráveis com orientações práticas de prevenção. Além disso, a proliferação de desinformação nas redes sociais minou ainda mais a confiança pública nas evidências científicas e reduziu a adesão a medidas preventivas;
- Migração humana e propagação transfronteiriça: A mobilidade humana, particularmente envolvendo indivíduos não vacinados, tem historicamente contribuído para a disseminação regional de doenças infecciosas. A migração em curso na América Latina, incluindo o deslocamento em massa da Venezuela, apresenta desafios para o controle da FA, aumentando o número de indivíduos suscetíveis que se deslocam através das fronteiras;
- Instabilidade social e desafios de segurança na prestação de cuidados de saúde: A instabilidade social prejudica significativamente a prestação de serviços de saúde e os esforços de controle de doenças. Evidências históricas demonstram que conflitos facilitaram o ressurgimento de doenças infecciosas em múltiplos contextos, comprometendo o desempenho do sistema de saúde, interrompendo a alocação de recursos, despriorizando programas de vacinação e comprometendo a continuidade operacional;
- Comunidades indígenas e rurais isoladas: são particularmente vulneráveis nessas condições. Essas populações frequentemente carecem de acesso consistente a cuidados de saúde, informações preventivas ou intervenções de proteção, embora habitem zonas ecologicamente sensíveis onde a febre amarela circula em vetores silvestres e primatas não humanos. (ORTIZ-PRADO et al., 2026).

Os surtos relatados entre outubro de 2025 e maio de 2026 em países ou áreas com histórico de transmissão de FA foram, em geral, consistentes com padrões sazonais ou refletiram lacunas na cobertura vacinal. Em contrapartida, os casos detectados em áreas anteriormente não afetadas sugerem a introdução do vírus e um risco aumentado de transmissão urbana. (WHO, 2026).

A avaliação do risco para a saúde pública relacionado à situação da FA na região das Américas, realizada pela OPAS em fevereiro de 2025, e atualizada em maio do mesmo ano, classificou o risco geral nas Américas como “alto”. Os fatores que contribuem para essa avaliação incluem o aumento do número de casos, as altas taxas de letalidade e a propagação para áreas que antes não notificavam circulação do vírus. (OPAS, 2026).

Considerando que na região das Américas o risco de surtos de FA é tido como "alto", a imunização continua sendo uma das intervenções de saúde pública mais eficazes para prevenir essa doença. No entanto, a maioria dos casos de FA em humanos registrados durante 2024, 2025 e 2026 não tinha histórico de vacinação. A preparação e resposta adequadas a surtos de FA exigem a integração de vários componentes além da vacinação: deve-se considerar a vigilância de epizootias e a vigilância entomológica, o controle de vetores e a comunicação de riscos. A OPAS/OMS incentiva os Estados-Membros com áreas de risco a continuarem os esforços de vigilância e vacinação em zonas endêmicas. É fundamental que os países alcancem coberturas de vacinação de pelo menos 95% nas populações de áreas de risco, de forma homogênea, e que as autoridades sanitárias garantam um estoque estratégico que lhes permita manter a vacinação de rotina e, ao mesmo tempo, responder de forma eficaz a possíveis surtos. (OPAS, 2026).

A recente avaliação rápida de risco analisou as variações geográficas na cobertura vacinal, evidências de circulação viral e a presença de vetores competentes, concluindo que as populações não vacinadas em países ou áreas com histórico de transmissão de FA permanecem em maior risco. As avaliações de risco contínuas foram realizadas para orientar a resposta regional ao surto da infecção. A resposta foi gerenciada operacionalmente sob uma estrutura equivalente a uma "emergência de Nível 2", com mecanismos de coordenação

ativados na sede da OPAS e nos países afetados. (WHO, 2026).

Em 17 de junho de 2026, a OMS novamente reavaliou o risco de transmissão da FA, sendo "baixo" em nível global e "alto" em regiões com histórico de transmissão, especificamente na região Africana. Na região das Américas da OMS, todos os 13 países são considerados de "alto risco" para FA, segundo a classificação da OMS, que incluem a vacina em seus programas de imunização de rotina, mas a cobertura varia amplamente. Já nas regiões fora da África e das Américas, o risco de febre amarela está associado principalmente a casos importados, visto que não há ciclos de transmissão local estabelecidos, e muitos desses países exigem comprovante de vacinação para viajantes provenientes de áreas de risco. Até o momento, nesses países, fora da África e das Américas, nenhum caso importado foi detectado em 2025 e 2026. (WHO,2026).

Mesmo que, no momento, não haja indicação de ativação do Centro de Operações de Emergência (COE) Arboviroses para FA, pois a incidência da infecção encontra-se dentro dos canais endêmicos, o monitoramento da doença é mantido de forma contínua em áreas endêmicas e de risco por meio da vigilância de casos humanos, de epizootias (morte de macacos) e da cobertura vacinal. Da mesma forma e importância, segue preconizada a manutenção dos ambientes de portos e aeroportos isentos de vetores, conforme definido no RSI e normativas da Anvisa.

2.3.2. Medidas de Saúde em Portos e Aeroportos

Destaca-se que, frente ao cenário epidemiológico atual da Febre Amarela, **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

Com base nos pontos mencionados, conclui-se que a persistente ameaça da FA na América Latina ressalta a necessidade urgente de uma resposta abrangente e colaborativa, devendo superar as vulnerabilidades existentes, não apenas relacionadas à expansão equitativa da vacinação e ao fortalecimento da vigilância epidemiológica, mas também ao enfrentamento proativo dos fatores ambientais e sociais de cada país, que facilitam a disseminação da doença. O investimento contínuo em pesquisa científica e a consolidação de sistemas de saúde são pilares fundamentais para a prevenção de futuros surtos e para a proteção da saúde pública regional contra essa e outras ameaças emergentes.

No cenário atual, não há indicação de reativação de Centro de Operações de Emergência para Febre Amarela, porém, mantém-se a vigilância de casos, a recomendação de vacinação e a manutenção de ambientes de Portos, Aeroportos e Fronteiras (PAFs) isentos de vetores da doença. Considerando esse atual cenário epidemiológico da FA, não há indicação de medidas de saúde temporárias a serem implementadas para os pontos de entrada do país.

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

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde/DPNI. INSTRUÇÃO NORMATIVA DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO. 2026. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-instrui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2026.pdf> Acessado em 05/08/2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de contingência para resposta às emergências em Saúde Pública: Febre Amarela. 2. ed.* - Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em : <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/biblio-1373492> Acessado em 25/02/2025.

DRUMOND, B.P. *et al.* In: Febre amarela além da Amazônia: desafios de vigilância e o papel de *Callithrix spp.* nos ciclos silvestres no Brasil. THE LANCET Reg Health Am. Abril de 2026 Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(26\)00046-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(26)00046-3/fulltext) Acessado em 03/08/2026.

ORTIZ-PRADO, E. *et al.* In : Yellow fever in Latin America and the escalating risks in a changing eco-epidemiological landscape: a review . THE LANCET Reg Health Am. 2026 Mar 4:56. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41809389/> Acessado em 03/08/2026.

OPAS. Alerta Epidemiológico Febre amarela na Região das Américas 13 de março de 2026. Disponível em <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/03/2026-marco-13-phe-alerta->

[epidemiologico-febre-amarela-final-pt.pdf](#) Acessado em 03/08/2026.

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

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

SES-GO. Secretaria Estadual de Saúde de Goiás,GO. [Governo de Goiás inicia Campanha Nacional de Multivacinação 2026](#). em 3 agosto 2026 . Disponível em <https://goias.gov.br/saude/governo-de-goias-inicia-campanha-nacional-de-multivacinacao-2026/> Acessado em 04/08/2026.

SES-SP. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, SP. O Governo de SP reforça orientação sobre vacina contra febre amarela após novo caso no Vale do Paraíba. 17/06/2026. Disponível em : <https://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/noticias/17062026-sp-reforca-orientacao-sobre-vacina-contr-febre-amarela-apos-novo-caso-no-vale-do-paraiba> Acessado em 05/08/2026.

SÃO PAULO-SP. Secretaria Municipal de Saúde. Intensificação de Vacinação Contra a Febre Amarela e Vacinação Pós-Dose Fracionada. 23/01/2026. 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.* 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.

W H O . *Yellow fever – Global.* 24 June 2026. Disponível em : <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON610> Acessado em 04/08/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Gregis, Coordenador(a) de Vigilância Epidemiológica em PAF**, em 18/08/2026, às 16:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Gabriela de Lima Vieira, Gerente-Geral de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados**, em 18/08/2026, às 18:08, 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 **Jose Eduardo Brandao Campos, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária**, em 19/08/2026, às 13:07, 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 19/08/2026, às 15:30, 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 **4406491** e o código CRC **4F238003**.

