

NOTA TÉCNICA

COVISA/SEABEVS/SMS-SP

Febre Amarela

São Paulo, 28 de Abril de 2026

Saiba mais em:

prefeitura.sp.gov.br/covisa



SEABEVS

Secretaria Executiva
Atenção Básica
Especialidades e
Vigilância em Saúde



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

SUMÁRIO

Contextualização

1. Vigilância de Caso Humano	4
1.1 Definição de Caso Suspeito de Febre Amarela	6
1.2 Notificação	6
1.3 Investigação	7
1.4 Classificação do Caso	10
2. Vigilância de Epizootia Suspeita de Febre Amarela em Primata Não Humano	12
2.1 Ações Decorrentes de Informação sobre Primata Não Humano Encontrado Morto, Doente ou Vitimado	12
2.2 Notificação de Epizootia Suspeita de Febre Amarela	14
2.3 Investigação de Epizootia Suspeita de Febre Amarela	16
3. Ações de Imunização	
3.1 Esquema de vacinação	19
3.2 Ações de intensificação	20
3.3 Estratégias	22
4. Vigilância entomológica	22
4.1 Vigilância e Pesquisa de Vetores da Febre Amarela	22
4.2 Monitoramento Entomológico de Vetores de Febre Amarela na Cidade de São Paulo	24
4.3 Pesquisa Entomológica	25
4.4 Da Participação das Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS) na Pesquisa Entomológica	26
4.5 Detecção e Genotipagem Viral	26

5. Controle Vetorial	27
5.1 Ações de Controle Vetorial nas Áreas com Suspeita ou Confirmação de Epizootias	29
5.2 Ações de Controle Vetorial em Áreas com Suspeita ou Confirmação de Caso Humano de Febre Amarela	32
6. Ações de Comunicação e Mobilização Social	36
Referências	38
Anexo I	40

CONTEXTUALIZAÇÃO

A Febre Amarela (FA) é uma doença infecciosa febril aguda, causada por vírus do gênero Flavivírus. Apresenta dois ciclos de transmissão epidemiologicamente distintos: a) Febre Amarela Silvestre (FAS) cujos principais vetores são os mosquitos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes* e os vertebrados hospedeiros e amplificadores são os primatas não humanos (PNH), principalmente os macacos dos gêneros *Alouatta* (bugios), *Callitrix* (saguís), *Sapajus* e *Cebus* (macacos-prego), etc.); b) Febre Amarela Urbana (FAU), transmitida pelo *Aedes aegypti*, cujo hospedeiro é o ser humano. No Brasil, o ciclo urbano da FA foi importante até o início da década de 1940 e desde 1942, não há mais registro de sua ocorrência. A FAS teve seu ciclo identificado por volta de 1937, no Vale do Canaã, Espírito Santo, e caracteriza-se por apresentar epizootias e epidemias cíclicas, em geral a cada 7 anos. Além da gravidade da FA, cuja letalidade pode chegar aos 50%, mesmo em pacientes com tratamento, a maior ameaça à saúde pública advém do elevado risco de reurbanização, dada a alta infestação dos centros urbanos pelo *Aedes aegypti*, vetor competente e capaz de transmiti-la. Esse risco tem aumentado na última década, evidenciado pelo registro de epizootias cada vez mais próximas de grandes centros urbanos, como Belo Horizonte, Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo, além de coberturas vacinais inferiores a 80% em algumas áreas desses municípios.

Considerando que, no Brasil, o ciclo de transmissão da FA é exclusivamente silvestre, os casos humanos são, em geral, precedidos por epizootias em PNH. Nesse contexto, a vigilância e a notificação oportuna dessas epizootias constituem a principal medida inicial de alerta. A partir dessas notificações, a vigilância epidemiológica pode priorizar áreas para intervenção, com a implementação de ações como o controle vetorial urbano (*Aedes aegypti*), a busca ativa de indivíduos não vacinados e a intensificação das estratégias de vacinação. Ressalta-se que a medida profilática mais eficaz contra a FA é a vacinação da população humana, especialmente em áreas com risco de transmissão.

Em julho de 2014, com a ocorrência de epizootias em PNH e casos humanos, principalmente na Região Sudeste do país, o Ministério da Saúde comunicou a reemergência do vírus da FA na região extra-amazônica. No período de 2017/2018, houve intensa transmissão da doença no Brasil. O vírus chegou na Mata Atlântica, bioma que abriga muitos PNH e potenciais vetores silvestres, alcançando a costa leste do país, região com alta densidade populacional, onde o vírus não era registrado há décadas. Em 2017, houve aumento de casos humanos e de epizootias no ESP. No Município de São Paulo (MSP), no ano de 2018 foram confirmados 14 casos humanos, nos meses de janeiro a março. **A partir de 2020, o Ministério da Saúde ampliou, de forma gradativa, a vacinação contra FA para todo o território nacional.**

De acordo com a **Nota Técnica Conjunta nº 27/2025-DEDT/DPNI/SVSA** do Ministério da Saúde, a maior parte dos casos humanos ocorre em indivíduos do sexo masculino, em função da maior exposição em áreas rurais e de mata, e do menor cuidado com a saúde, incluindo a vacinação. **No período de monitoramento de julho de 2024 a junho de 2025**, registros de transmissão do vírus em PNH ocorreram nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Roraima e Tocantins. Foram confirmados casos humanos com locais prováveis de infecção (LPI) nos estados de São Paulo e Minas Gerais.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Febre Amarela 04/26 - CVE/CCD/SES/ESP), o ESP registrou 66 casos humanos, sendo 63 autóctones e 03 importados com LPI em Minas Gerais (Itapeva, Monte Sião e Sapucaí Mirim). A mediana de idade dos casos foi de 53 anos (intervalo: 18 a 85), predominando a faixa etária de 50-59 anos, com 27,3% (n=18). Dentre os casos, 86,4% (n=57) eram do sexo masculino; 93,9% (n=62) não eram vacinados para FA; 100% foram encerrados pelo critério laboratorial e 56,1% (n=37) evoluíram a óbito, evidenciando a gravidade da doença. Ainda nesse período foram confirmados 82 PNH na região dos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) de Araraquara, Barretos, Campinas, Franco da Rocha, Mogi das Cruzes, Osasco, Ribeirão Preto, São José dos Campos, Sorocaba e Taubaté

A análise dos corredores ecológicos, no período de monitoramento iniciado em julho de 2025, indica potencial risco de propagação do vírus para as áreas dos GVE de Botucatu, Caraguatatuba, Itapeva, Santo André, Santos e Sorocaba, além daquelas que já registraram casos no período anterior (Figura 1). Em julho de 2025, foram confirmadas duas epizootias em PNH, nas áreas dos GVE de Ribeirão Preto e de Sorocaba, sendo que este último não havia registrado epizootias confirmadas para FA no ciclo anterior. Desde o início do período de monitoramento (julho de 2025 a junho de 2026), já foram confirmados seis casos humanos autóctones no ESP, nas áreas de abrangência dos GVE de Taubaté e Sorocaba, distribuídos nos municípios de Cruzeiro (2 casos), Cunha (1 caso), Araçariguama (1 caso) e Lagoinha (2 casos).



Figura1. Rotas de Propagação do vírus da febre amarela

Fonte: Dr. Adriano Pinter dos Santos – FMVZ-USP

No MSP, no ano de 2025, foram registrados quatro casos importados de FA, com LPI nos municípios de Socorro (2), Joanópolis (1) e Jundiaí (1). Não houve registro de epizootias confirmadas em PNH e nem de casos humanos autóctones. Não houve registro de casos humanos e epizootias confirmadas no ano de 2026, até o momento.

Considerando a atual situação epidemiológica da FAS, é fundamental que a rede de saúde esteja sensibilizada para a intensificação da vacinação, bem como para o fortalecimento da vigilância de epizootias e de casos humanos. Nesse contexto, deve-se garantir atenção especial ao atendimento oportuno e à notificação imediata de casos suspeitos pelo sistema municipal de saúde, incluindo pacientes procedentes de outros municípios, residentes em áreas limítrofes ou que, de alguma forma, transitem pelo MSP, caracterizado por intenso fluxo populacional.

As diretrizes para assistência e manejo clínico da febre amarela encontram-se descritas no Documento Técnico Febre Amarela no Estado de São Paulo Abril/2026 - CVE/CCD/SES, disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/homepage/destaques/febre-amarela>

1 VIGILÂNCIA DE CASO HUMANO

1.1 Definição de Caso Suspeito de Febre Amarela

Indivíduo não vacinado contra FA, ou com estado vacinal ignorado, que apresentou quadro infeccioso febril agudo (geralmente, até sete dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, com exposição nos últimos 15 dias em área de risco e/ou em locais com recente ocorrência de epizootia em PNH e/ou em áreas recém-afetadas e suas proximidades. Em situações de surto, recomenda-se adequar a definição de caso suspeito, tornando-a mais sensível para detectar maior número de casos, considerando-se o amplo espectro clínico da doença.

1.2 Notificação

A FA compõe a lista de doenças de notificação compulsória, publicada na Portaria nº 04 de 28 de setembro de 2017, sendo classificada como uma doença de notificação imediata (em até 24 horas), na suspeita. Para sua notificação deve-se utilizar a **Ficha de Notificação/Investigação Epidemiológica de Febre Amarela do SINAN, código CID 10: A-95**, disponível em:

https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/febre_e_amarela#notificacao

É responsabilidade dos serviços de saúde, públicos e privados, **notificar os casos suspeitos à Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) de referência**. Para garantir o cumprimento do prazo legal de notificação, a UVIS deve estabelecer fluxo ágeis com as unidades de saúde do seu território, utilizando os meios de comunicação mais rápidos disponíveis. A Ficha de Notificação/Investigação contém as informações essenciais para subsidiar a investigação epidemiológica. Dessa forma, a unidade de atendimento deve preenchê-la com todas as informações disponíveis no momento da notificação.

Atenção! No MSP, considerando que a dengue é endêmica e apresenta sintomas inespecíficos, semelhantes ao de outras arboviroses, especialmente na fase inicial, **todo caso suspeito de FA também deve ser considerado suspeito de dengue**. Para notificação de dengue consulte:

https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/267597

De segunda a sexta feira, as unidades de atendimento devem encaminhar as notificações à UVIS de referência, por e-mail ou outro meio de comunicação ágil previamente pactuado. Aos fins de semana e feriados, as notificações devem ser enviadas ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS/DVE/COVISA) por meio do e-mail notifica@prefeitura.sp.gov.br, com cópia para o e-mail da UVIS de referência. A UVIS de referência pode ser localizada em:

https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/286675

1.3 Investigação

Assim que receber a notificação, a UVIS de notificação deve dar início a investigação conforme segue:

- **Digitar as notificações imediatamente no SINANNET** e informar, por e-mail, à UVIS de residência, o número do SINAN. Para pacientes residentes em outro município, salvar a ficha em PDF (versão econômica) e encaminhar o arquivo nomeado com as iniciais do paciente, agravo e município para o vatvz@prefeitura.sp.gov.br, sendo um e-mail por município. Assegurar a habilitação do fluxo de retorno após finalizado o atendimento do paciente.
- **Comunicar os casos imediatamente (em até 24 horas) ao Núcleo de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses (NDTVZ)** da Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE) da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) por meio do e-mail vatvz@prefeitura.sp.gov.br e para a UVIS de residência.
- **Verificar no Sistema Gerenciador de Ambiente Ambulatorial (GAL)** se houve envio de amostra de sangue e envio ao laboratório de referência (IAL). Caso não haja requisição no GAL, solicitar à unidade que providencie a coleta e o envio imediatamente. **As orientações para diagnóstico laboratorial da FA constam na Nota Técnica Conjunta COVISA/CAB nº 01/2025 - Orientações para o Diagnóstico Laboratorial de Arboviroses**, disponível em: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/325272
- **Enviar, por e-mail, ao NDTVZ e à UVIS de residência:** relatório médico, resultados de exames inespecíficos, número da requisição no GAL, e, sempre que possível, informações preliminares sobre deslocamentos nos 15 dias anteriores ao início de sintomas (com data de ida e retorno), circulação em área de mata e histórico de vacinação contra FA.

- **Monitorar a evolução do paciente** e comunicar a data da alta ou do óbito ao NDTVZ e à UVIS de residência.

Assim que receber a notificação, a UVIS de residência deve dar início a investigação conforme segue:

- **Comunicar imediatamente os casos à vigilância ambiental**, para programação de atividades de controle vetorial.
- **Investigar histórico de vacinação para FA:** são considerados vacinados apenas os casos em que haja comprovação da vacina (registro em carteira de vacinação ou no SIGA/SI-PNI).
- **Definir o LPI** por meio da investigação dos deslocamentos realizados nos 15 dias que antecederam os sintomas, incluindo data de ida e retorno e endereço dos locais frequentados. Adicionalmente, verificar se houve deslocamento para área de mata e se nas áreas visitadas há registro recente de epizootias confirmadas e casos humanos da doença. Todos os casos confirmados devem ter as coordenadas geográficas inseridas no campo de observações.
- **Definir o local onde o caso permaneceu durante o período de viremia** (dois dias antes do início dos sintomas até cinco dias após), com vistas à adoção de ações pertinentes de controle de vetor.
- **Realizar busca ativa (BA) de casos secundários, restrita a casos confirmados ou em investigação que tenham permanecido no MSP durante o período de viremia (total ou parcialmente).** A busca deverá ser conduzida pelas equipes de vigilância ambiental das UVIS ou pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com participação/orientação do NUVIS-AB da unidade, em articulação e sob coordenação da UVIS. Em UBS com equipes de saúde da família, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agente de Promoção Ambiental (APA) poderão ser acionados para apoio às ações. Durante a busca, deve-se questionar os munícipes quanto a presença atual ou

pregressa de sinais e sintomas sugestivos da doença, bem como preencher a Ficha de Busca Ativa de Caso Secundário (ANEXO 1). A parte inferior da ficha deve ser entregue ao munícipe para apresentação na unidade de saúde, enquanto a parte superior deve ser entregue à equipe técnica da UVIS. Os munícipes devem ser orientados a reconhecer sinais e sintomas e a procurar imediatamente a unidade de saúde mais próxima em caso de manifestação clínica. Todo indivíduo sintomático identificado deve ser direcionado para atendimento médico o mais rápido possível. As equipes das UBS, em conjunto com os NUVIS-AB da Unidade e a UVIS, devem acompanhar a busca por atendimento, a confirmação diagnóstica e a notificação dos casos identificados. O momento oportuno para realização BA deve considerar a investigação do LPI, conforme descrito a seguir:

- ✓ **LPI fora do MSP:** realizar a busca 20 dias após a data de início dos sintomas do paciente;
- ✓ **LPI no MSP:** realizar a busca de forma concomitante às ações de bloqueio de criadouros e novamente 20 dias após a data de início de sintomas. Nos casos em que a notificação for recebida após transcorridos os 20 dias do início de sintomas, a busca deverá ser realizada apenas durante o bloqueio de criadouros.
- **Complementar o Sistema SINANNET com todas as informações disponíveis:** sintomas, informações clínicas, resultados de exames inespecíficos (TGO, TGP, bilirrubina total e direta) informações resultados de exames específicos obtidos no GAL, hospitalização, LPI, vacinação para FA e evolução, verificando a consistência das informações.

Cabe à equipe NDTVZ/DVE/COVISA informar os casos suspeitos ao Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac da Secretaria Estadual de Saúde (CVE/SES) e acompanhar a investigação, em conjunto com as UVIS, para adequada

classificação e encerramento. A investigação de óbitos suspeitos da doença é de responsabilidade do NDTVZ/DVE/COVISA.

1.4 Classificação do Caso

A classificação do caso como confirmado ou descartado requer a análise integrada do quadro clínico, dos resultados de exames específicos e inespecíficos e da situação epidemiológica do LPI. **Para todos os casos que atendam à definição de caso suspeito de FA devem-se empreendidos todos os esforços para realização de diagnóstico laboratorial específico.**

Caso confirmado

- **Critério clínico-laboratorial:** caso suspeito que apresente pelo menos uma das seguintes condições:
 - ✓ **Isolamento do vírus da FA.**
 - ✓ **Detecção do genoma viral.** Em situações atípicas e/ou em detecções de eventos isolados no tempo e no espaço, em situações de relevância epidemiológica, a detecção de fragmento do genoma viral precisa ser acompanhada dos achados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais e, se necessário ainda, deve ser seguida do sequenciamento genético
 - ✓ **Detecção de anticorpos IgM** pela técnica de ELISA em indivíduos não vacinados, associados aos achados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais.
 - ✓ Aumento de quatro vezes ou mais dos títulos de anticorpos, detectados na sorologia em amostras pareadas pela técnica de inibição da hemaglutinação.
 - ✓ Achados histopatológicos que apresentem as lesões compatíveis com infecção recente por FA nos tecidos elegíveis para o

diagnóstico, acompanhados da detecção de antígeno viral em técnica de imuno-histoquímica.

- **Critério de vínculo epidemiológico:** caso suspeito de FA 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 e/ou epizootias de PNH já tenham sido confirmados laboratorialmente.

Caso descartado: caso suspeito com diagnóstico laboratorial negativo, desde que comprovado que as amostras foram coletadas em tempo oportuno e em condições adequadas para a técnica laboratorial realizada; e/ou caso suspeito com diagnóstico confirmado de outra doença.

1.5 Material Técnico Disponibilizado

No site da COVISA são disponibilizadas orientações para notificação de FA, além do manual de manejo clínico do paciente suspeito e as diretrizes para diagnóstico laboratorial. O conteúdo é periodicamente atualizado incorporando as orientações e documentos mais recentes, sendo importante consultá-lo para obter informações atualizadas. **Para acessar a página, consulte:**

https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/febre_e_amarela

Mais informações podem ser obtidas no site do CVE, IAL e do Ministério da Saúde.

<https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/agrivos/febre-amarela/>

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

www.ial.sp.gov.br/resources/insituto-adolfo-lutz/publicacoes/fluxo_lab_fa.pdf

www.ial.sp.gov.br/resources/editorinplace/ial/2018_2_27/orientacoes_svo_061125.pdf

2 VIGILÂNCIA DE EPIZOOTIA SUSPEITA DE FEBRE AMARELA EM PRIMATA NÃO HUMANO

A vigilância de epizootias de FA consiste, essencialmente, na captação oportuna de informações sobre adoecimento ou morte de PNH e na investigação adequada desses eventos. Seu objetivo é a detecção precoce da circulação do vírus amarelo no ciclo enzoótico (entre vetores silvestres e PNH) permitindo a adoção tempestiva de medidas de prevenção e controle para evitar a ocorrência de casos humanos de FA.

2.1 Ações Decorrentes de Informação sobre Primata Não Humano Encontrado Morto, Doente ou Vitimado

O fluxo para resgate de PNH morto, doente ou vitimado é distinto conforme o dia da semana e o horário da ocorrência (Quadro 1).

Quadro 1. Órgão público a ser acionado na ocorrência de primata não humano encontrado morto, doente ou vitimado, conforme dia da semana e horário da ocorrência, MSP, 2025.

Dia da semana/horário	Órgão para acionamento	Telefone	E-mail
2ª a 6ª feira 8h às 17h	Divisão de Fauna (DFS)	3885-6669 / WhatsApp 95220-0219	faunasvma@prefeitura.sp.gov.br
Fins de semana e feriados 8h às 17h	Divisão de Fauna (DFS)	3885-6669 / WhatsApp 95220-0219	faunasvma@prefeitura.sp.gov.br
Diariamente 17h às 8h	GCM	153	-----

a) Todos os dias, inclusive fins de semana e feriados – das 8h00 às 17h00

De segunda a domingo, inclusive feriados, das 8h00 às 17h00, qualquer cidadão que encontrar um PNH morto, doente ou vitimado, assim como qualquer órgão público que receba informações sobre tais ocorrências, deve comunicar imediatamente à

Divisão de Fauna (DFS) pelos telefones 3885-6669, (11) 95220-0219 (somente whatsapp) e pelo e-mail faunasvma@prefeitura.sp.gov.br.

b) Diariamente das 17h00 às 8h00

Diariamente das 17h00 às 8h00, qualquer cidadão que encontrar um PNH morto, doente ou vitimado, assim como qualquer órgão público que receba informações sobre tais ocorrências deve acionar a GCM ambiental por meio do telefone 153, informando o nome e telefone do solicitante e o endereço e ponto de referência de onde o animal se encontra.

2.2 Notificação de Epizootia Suspeita de Febre Amarela

Segundo a Portaria MS/GM nº 782 de 15 de março de 2017, que define as Epizootias de Notificação Compulsória e suas Diretrizes para Notificação no Brasil, a **morte ou adoecimento de PNH é um evento de notificação imediata (em até 24 horas)**.

- **Definição de Caso Suspeito de Epizootia em PNH:** PNH de qualquer espécie, encontrado morto (incluindo ossadas) ou doente, em território nacional. **Considera-se doente**, o PNH que apresente comportamento anormal como: depressão, movimentação lenta (mesmo se perseguido), ausência de instinto de fuga, segregação do grupo ou imobilidade no solo e/ou perda de apetite, desnutrição, desidratação, lesões cutâneas, secreções nasais ou oculares e diarreia, entre outros. **Rumores de adoecimento ou morte de PNH também devem ser investigados.**

As epizootias em PNH devem ser notificadas, utilizando-se a Ficha de Notificação/Investigação de Epizootia, disponível em:

([Ficha de Notificação/Investigação de Epizootia do SINANNET](#)).

Segundo o [“Guia de Vigilância de Epizootias em Primatas não Humanos e Entomologia Aplicada à Vigilância da Febre Amarela - Ministério da Saúde”](#), as epizootias classificam-se em:

- **Epizootia em Investigação:** morte de PNH, constatada em investigação local, com coleta de amostras do animal objeto da notificação ou com coletas de amostras secundárias na investigação (amostras de PNH remanescentes da área, contactantes do animal doente ou morto). Adicionalmente, a investigação no LPI pode reunir amostras indiretas que podem contribuir na investigação, tais como: vetores para pesquisa de vírus, casos humanos sintomáticos ou indivíduos assintomáticos não vacinados, identificados na busca ativa;
- **Epizootia Descartada:** epizootia de PNH com resultado laboratorial conclusivo negativo para FA ou confirmação por outras causas;
- **Epizootia Confirmada:**
 - ✓ **Por laboratório:** resultado laboratorial conclusivo para FA em pelo menos um PNH do LPI;
 - ✓ **Por vínculo epidemiológico:** epizootia, associada à detecção viral em vetores, outros primatas ou em humanos no LPI. Considerar o tempo e a área de detecção, avaliando caso a caso, em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA/MS).
 - ✓ Em complemento à notificação pelos meios mais rápidos (vias eletrônicas e/ou telefone), o *Guia de Vigilância em Saúde (6ª edição)* recomenda também o registro na plataforma SISS-Geo – Sistema de Informação em Saúde Silvestre. Esse sistema, a partir de registros georreferenciados, permite a geração de alertas sobre ocorrências de agravos em fauna silvestre, especialmente aqueles com potencial de acometer seres humanos, subsidiando ações de vigilância, controle e

prevenção em saúde. O SISS-Geo Web está disponível no endereço eletrônico: <https://sisgeo.lncc.br/>.

A **UVIS Perus** deve disponibilizar as fichas de notificação com numeração do SINAN para preenchimento pela Divisão de Fauna Silvestre (**DFS**) e controlar sua utilização, providenciando nova remessa quando necessário. A **DFS** deve digitalizar as fichas de notificação preenchidas e enviá-las à UVIS Perus (ambientaluvisperus@prefeitura.com.br) com cópia para o NDTVZ/DVE/COVISA (vatvz@prefeitura.sp.gov.br) e para o Núcleo de Vigilância epidemiológica/DVZ/COVISA (epidemiologia.ccz@prefeitura.sp.gov.br). A **UVIS Perus** deverá digitar imediatamente as fichas no SINANNET e informar a UVIS do local de ocorrência.

Na área de abrangência da CRS Sudeste localiza-se o Parque Ecológico do Tietê (**PET**), que abriga o Centro de Reabilitação de Animais Silvestres (CRAS). Este centro recebe e trata animais silvestres resgatados de apreensões relacionadas ao tráfico ilegal, realizadas pela Polícia Militar Ambiental e pelo IBAMA, incluindo mamíferos, com predomínio de primatas. Em caso de resgate de PNH com sintomatologia, a notificação de Epizootia deve ser realizada. A **UVIS Penha**, referência desta área, deve fornecer as fichas de notificação ([Ficha de Notificação/Investigação de Epizootia do SINANNET](#)) com numeração do SINAN para preenchimento pelo **PET**, e controlar sua utilização, providenciando nova remessa quando necessário. O **PET** deverá digitalizar as fichas preenchidas e enviá-las à **UVIS Penha** (uvispenhaambiental@prefeitura.sp.gov.br) com cópia para o NDTVZ/DVE/COVISA (vatvz@prefeitura.sp.gov.br) e para o Núcleo de Vigilância epidemiológica/DVZ/COVISA (epidemiologia.ccz@prefeitura.sp.gov.br). A **UVIS Penha** deve digitar imediatamente as fichas no SINANNET e informar a UVIS do local de ocorrência.

Informações adicionais, obtidas na investigação, devem ser digitadas pela **UVIS do local de ocorrência** da epizootia.

2.3 Investigação de Epizootia Suspeita de Febre Amarela

A investigação da epizootia em PNH deve ser iniciada em até 24 horas após a notificação e ser conduzida pela UVIS do local de ocorrência. Se o PNH for recolhido, antes de realizar a averiguação preliminar, é necessário investigar contactantes e proceder as orientações para desinfecção do local. Seguem orientações para a investigação de epizootia:

Definição do LPI: de acordo com a área em que o PNH foi encontrado

- **PNH encontrado em área urbana:** o local de encontro do PNH não deve ser considerado, necessariamente como o LPI. Para sua definição é necessária a análise da existência de corredores ecológicos que possam ser utilizados pelos PNH, bem como de parques e áreas verdes nas proximidades que possam servir de habitat para esses animais;
- **PNH encontrado em área periurbana ou rural:** possivelmente, o LPI é a área da mata ou de fragmentos de mata que margeiam ou circundam a área na qual o PNH foi encontrado;
- **PNH encontrado em área de mata:** considera-se que o LPI é a própria área de mata.

Orientações para Investigação em Campo

- Verificar **rumores** de adoecimento ou morte de outros PNH e datas de ocorrência;
- Observar e **consultar a população local** sobre a presença de PNH e mosquitos;
- Na ocorrência de outros PNH mortos, doentes ou vitimados, a UVIS deve comunicar a NDTVZ/DVE/COVISA para que sejam desencadeados os procedimentos para **coleta de amostra para diagnóstico laboratorial**;

As orientação para coleta e envio de amostras de PNH no link https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/famarela/2025/2025_guia-de-encaminhamento-amostras-epizootias_ial.pdf

- Marcar as **coordenadas geográficas**, do local onde foi encontrado cada PNH, de preferência pelo aplicativo SISS-Geo ou com aparelho de Sistema de Posicionamento Global (GPS). Quando não disponível, a localização deve ser determinada por pontos de referência ou distância aproximada e direção a partir do ponto central do município;
- Realizar **registro fotográfico** e descrição do ambiente onde o PNH foi encontrado no SISS-Geo;
- Realizar a **BA** de casos humanos suspeitos de FA, quando a epizootia for fortemente suspeita de FA.

Procedimentos de segurança - investigação de campo

- Não manipular o animal, mesmo morto e/ou seus restos;
- Utilizar uniforme completo (calça, camiseta, colete, boné e bota de borracha cano longo), filtro solar e repelente (reaplicar de acordo com orientação do fabricante);
- Em caso de acidente (arranhadura, mordedura, contato de secreções do animal com lesões ou mucosas) com integrante da equipe da UVIS, este deverá lavar cuidadosamente o local do ferimento/lesão/mucosa com água e sabão e desinfetar com álcool 70% (com exceção de mucosa) e se dirigir a uma unidade de saúde mais próxima para avaliação médica;
- Caso integrante da equipe da UVIS venha a apresentar febre com quadro clínico inespecífico ou qualquer quadro sintomático em período de 30 dias após a investigação, buscar imediatamente assistência médica,

relatando a história de deslocamento e do tipo de trabalho de campo desenvolvido;

- Os técnicos e agentes devem estar vacinados para FA, raiva e tétano.

Complementação das informações no SINANNET

A UVIS do local de ocorrência deve:

- **Inserir no SINANNET**, as informações obtidas na investigação.
- **Digitar no campo observação**, as informações pertinentes que não estejam contempladas em outros campos da ficha.

Investigação Laboratorial

Cabe à **DFS** realizar a coleta de amostras do PNH e encaminhá-las, juntamente com a ficha de notificação do SINAN, ao IAL, para diagnóstico laboratorial de FA. Cabe ao NDTVZ/DVE/COVISA enviar os resultados laboratoriais por e-mail à UVIS do local de ocorrência e ao Núcleo de Vigilância da DVZ/COVISA (epidemiologia.ccz@prefeitura.sp.gov.br).

2.4 Área de Risco Prioritárias

Com base na metodologia descrita no item 03 da **Nota Informativa Nº 16/2025-CGARB/DEDT/SVSA/MS** e após atualização do modelo de favorabilidade com os dados do atual cenário epidemiológico do ESP, as áreas de risco prioritárias foram estratificadas considerando:

- (I) os eventos confirmados de FA em humanos e PNH;
- (II) a favorabilidade dos municípios para a transmissão;
- (III) as rotas prováveis de dispersão do vírus (corredores ecológicos) e;
- (IV) as velocidades máximas de dispersão estimadas no monitoramento de 2024/2025 (estimada em 0,8 km/dia) e desde que esse modelo de análise passou a ser utilizado (2019), (estimada em 3,2 km/dia).

Segundo esse modelo, o **MSP** está classificado como **área ampliada 2º nível - A** (Figura 2 e 3), reforçando a necessidade de intensificação da vigilância de casos humanos, do monitoramento de epizootias em PNH e das ações de vacinação.

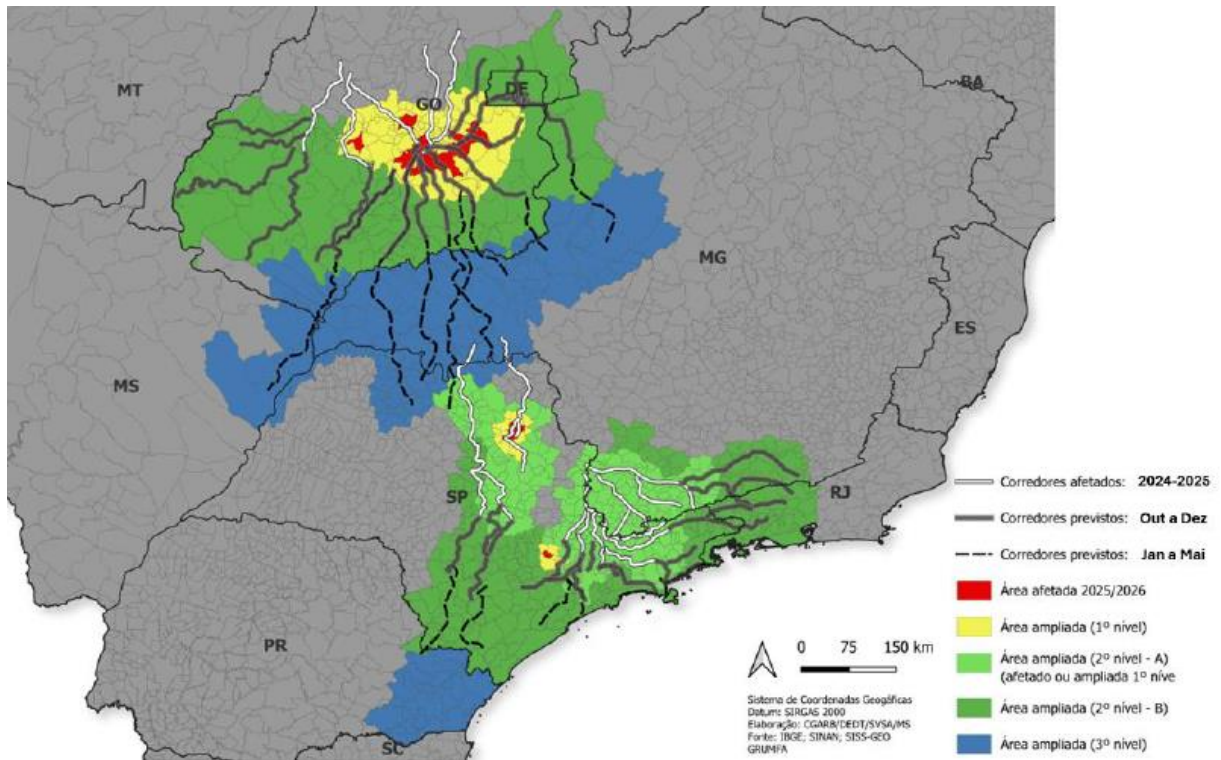


Figura 2. Representação do modelo de favorabilidade de ocorrência da Febre Amarela no ano de 2026.

Fonte: GRUMFA (07/12/2025)

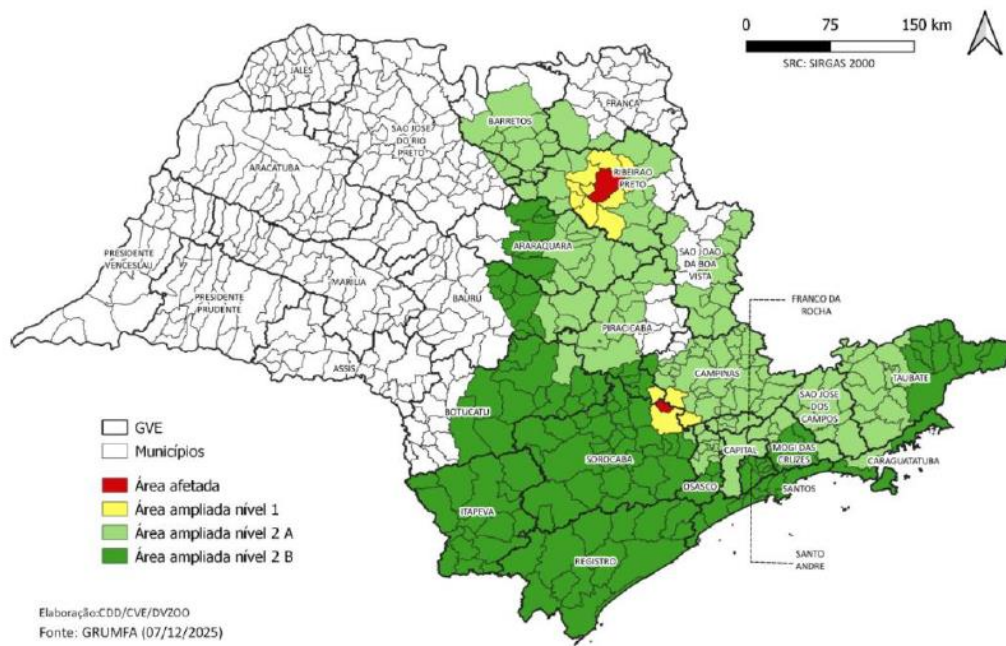


Figura 3. Áreas prioritárias do estado de São Paulo no ano de 2026, com base no modelo de favorabilidade de ocorrência da Febre Amarela.

Fonte: GRUMFA (07/12/2025)

3 AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO

A vacina é a principal ferramenta de prevenção contra a FA e de controle de surtos, além de reduzir o risco de reurbanização da transmissão do vírus pelo *Aedes aegypti*. Nesse sentido, devem ser implementadas estratégias para o alcance e manutenção de cobertura vacinal maior ou igual a 95%. Atualmente, a vacina contra a FA integra o Calendário Nacional de Vacinação para todo o território nacional.

3.1 Esquema de vacinação

A vacina FA faz parte do calendário básico de vacinação das crianças de 9 meses a menores de 5 anos, com uma dose de reforço aos 4 (quatro) anos de idade. No caso de não vacinados, está indicada a administração de uma dose única a partir de 5 anos de idade. O esquema vacinal preconizado está indicado no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1. Esquema de vacinação

Idade	Esquema Vacinal
Menores de 5 anos	
Nove meses	Primeira dose (0,5 ml)
4 anos	Segunda dose (0,5 ml)
A partir de 5 anos	
	Dose única (0,5 ml)

Fonte: Norma Técnica do Programa Estadual de Imunização

Nota 1: Na vacinação de crianças menores de 2 anos de idade, primovacinadas, deve-se priorizar a vacina FA e agendar a SCR com intervalo de 4 semanas.

Nota 2: Em situações especiais como, por exemplo, viagens, epidemias, vacinação de bloqueio contra o sarampo ou rubéola, minimização de oportunidades perdidas, a vacinação simultânea pode ser realizada excepcionalmente para crianças menores de 2 anos de idade.

Nota 3: Caso a pessoa tenha recebido apenas uma dose da vacina FA antes de completar 5 anos de idade, deverá receber uma dose adicional, independentemente da idade que procurar o serviço de vacinação.

Nota 4: Pessoas com 60 anos ou mais de idade poderão ser vacinadas, em especial para os residentes ou viajantes para as localidades com evidência de circulação do vírus da FA (casos de FA em humanos ou epizootias), sempre associada à avaliação do risco relacionado às comorbidades nessa faixa etária.

Nota 5: Recomenda-se o adiamento da vacinação na vigência de doenças febris graves, sobretudo para contatos de casos positivos para FA que estejam sintomáticos e aguardando resultado de exame.

3.2 Ações de intensificação

a) Identificar e vacinar indivíduos suscetíveis pertencentes aos grupos prioritários de risco para FA, conforme segue:

- Profissionais de saúde
- Funcionários da vigilância em saúde ambiental das UVIS (Técnicos (ANS), Agentes Comunitários e Endemias (ACE), funcionários terceirizados, funcionários com funções administrativas, motoristas e outros)
- Guardas Civis Metropolitanos e Ambientais (GCM-A)
- Funcionários do Zoológico
- Funcionários que trabalham em parques (Municipais e Estaduais)
- Populações residentes em localidades com evidência de circulação viral
- Populações residentes em zona rural
- Populações ribeirinhas e no entorno de parques e unidades de conservação
- Trabalhadores rurais, agropecuários, extrativistas, do meio ambiente, entre outros
- Indivíduos com exposição esporádica em áreas de risco (rurais, silvestres)
- Viajantes para áreas afetadas (trabalhadores, turistas/ecoturistas)
- Indígenas

b) Intensificar a vacinação da população suscetível (sem esquema de vacinação ou com esquema incompleto) residente em áreas de recomendação vacinal cautelar, definidas em conjunto com a Divisão de Imunização do CVE.

c) Viajantes para áreas com evidência de circulação do vírus FA (em humanos ou epizootias), não vacinados: a vacinação para viajantes deve ser realizada pelo menos com 10 dias de antecedência. Indivíduos que receberam a dose fracionada da vacina FA em 2018 deverão receber uma dose adicional da vacina em dose padrão, orientações vigentes.

d) Viajantes internacionais: a vacinação é recomendada segundo a situação epidemiológica de risco do país de destino e/ou pela exigência de comprovação da

vacinação contra a FA com dose padrão (certificado internacional de vacinação) para entrada em alguns países, devendo ser administrada com pelo menos 10 dias de antecedência da viagem.

e) Administrar a dose zero nas crianças de 6 a 8 meses que se desloquem para área onde há circulação confirmada do vírus. Essa dose não será válida para a rotina, sendo necessária a vacinação na idade recomendada, respeitando intervalo de 4 semanas entre as doses.

f) Monitorar e notificar de acordo com o fluxo já estabelecido, em até 24 horas, os eventos adversos graves observados após a vacinação e proceder à investigação de acordo com protocolos recomendados.

g) Notificar os erros de imunização e proceder à investigação de acordo com protocolos recomendados.

h) Registrar todas as doses aplicadas no Sistema municipal SIGA - módulo vacina. Os dados são posteriormente exportados para o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).

3.3 Estratégias

a) Todos os usuários que comparecerem nas Unidades Básicas de Saúde para quaisquer atividades, deverão ser encaminhados para a sala de vacinação, onde poderão receber as vacinas do calendário vacinal disponíveis.

b) Realizar busca ativa de faltosos para a vacina FA, por meio dos relatórios disponíveis do SIGA.

c) A intensificação da vacinação deve incluir estratégias de busca ativa e vacinação de indivíduos não vacinados nas regiões de ocorrência, tendo como ponto de partida os locais prováveis de infecção (LPI) dos eventos confirmados. É recomendada a livre demanda no acesso à vacina, sem a necessidade de agendamento prévio para que seja executada a vacinação.

d) Organizar postos satélites de vacinação para o alcance da população suscetível.

e) Em casos de suspeita ou confirmação de FA, deve-se intensificar as ações para busca de suscetíveis na residência e no entorno.

4 VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA

4.1 Vigilância e Pesquisa de Vetores da Febre Amarela

A vigilância entomológica é componente fundamental da vigilância da FA. Além de identificar os vetores potenciais, em especial os envolvidos na manutenção do ciclo silvestre, é essencial conhecer as espécies de mosquitos com potencial de fazer a transição entre o ciclo silvestre e ciclo urbano, o que está relacionado aos seus hábitos hematofágicos. Também é importante monitorar a circulação das linhagens virais e identificar em quais espécies de mosquitos esses vírus estão presentes, contribuindo para a compreensão da dinâmica de transmissão e para a adoção de medidas oportunas de prevenção e controle.

Tendo isso em mente, a vigilância entomológica da FA tem se voltado principalmente aos mosquitos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*, transmissores da FAS, e ao *Aedes aegypti*, potencial transmissor da FAU, não se excluindo outros culicídeos, como o *Aedes albopictus*, *Aedes scapularis* e outros *Aedes* spp. que podem ser importantes na transição da FAS para FAU. A equipe de Controle Vetorial da Secretaria de Estado da Saúde, CCD/SES, mantém rotina permanente de vigilância de vetores da FAS em áreas endêmicas e epidêmicas, inclusive com detecção da presença e linhagem dos vírus da FA.

Na Região Sudeste do Brasil, o principal vetor da FAS são os mosquitos da espécie *Haemagogus leucocelaenus*. Esta espécie tem hábitos hematofágicos generalistas, podendo fazer o repasto sanguíneo em diversas espécies de vertebrados, incluindo o ser humano. Ela coloca os seus ovos nas paredes dos criadouros naturais, como os ocos de árvores e a eclosão desses ovos é sincronizada com o ritmo das chuvas. Outra característica comportamental importante da espécie é fundamental para a

vigilância da FA é o hábito de fazerem grandes deslocamentos em voo, podendo superar 2 km, para ir de um fragmento florestal a outro. Normalmente, a dispersão da espécie se dá por corredores ecológicos, mas quando esses sofrem interrupções há a possibilidade de voos mais longos.

Levando em consideração o perfil do MSP, caracterizado por “ilhas” de remanescentes florestais e parques urbanos, com ausência de corredores ecológicos que as conecte, a vigilância entomológica deve direcionar seus esforços para qualquer ambiente que apresente fisionomia vegetal capaz de sustentar populações vetoriais. Nesse contexto, devem ser priorizados locais com presença de vegetação arbórea, especialmente com copas densas e contínuas, bem como áreas com circulação de vertebrados de sangue quente, em particular mamíferos, que podem atuar como hospedeiros no ciclo de transmissão.

4.2 Monitoramento Entomológico de Vetores de Febre Amarela

No MSP, além da vigilância entomológica de vetores da FAS feita pela SES, o Laboratório de Pesquisa e Identificação de Fauna Sinantrópica (LABFAUNA/DVZ/COVISA) monitora a presença e a abundância de mosquitos dos Gêneros *Haemagogus*, *Sabethes* e *Aedinos*, dentre outros culicídeos de interesse em saúde em nove parques e áreas verdes da cidade, todas em interface com as áreas urbanas adjacentes. As coletas para identificação entomológica são feitas a cada 15 dias. Esse trabalho é importante, pois o conhecimento da fauna culicídica pode ajudar na antecipação do risco de introdução de novos arbovírus, além subsidiar estratégias de planejamento e enfrentamento dos arboviroses endêmicas, como da FA.

No MSP, a vigilância entomológica de vetores da FA foi intensificada a partir de 2017, em razão da notificação de epizootias confirmadas em municípios próximos à Região Metropolitana de São Paulo. O LABFAUNA/DVZ/COVISA já realizava vigilância entomológica de culicídeos em parques, porém, a partir desse ano, as ações foram direcionadas ao monitoramento de espécies vetoras dos gêneros *Haemagogus* e

Sabethes, em parques e áreas verdes com características fisiográficas propícias à sua proliferação e com presença de PNH. O monitoramento entomológico é voltado às coletas das formas adultas e larvárias de culicídeos potencialmente vetores da FA. Os espécimes capturados são encaminhados ao LABFAUNA/DVZ/COVISA para identificação e mapeamento de sua distribuição.

4.3 Pesquisa Entomológica

A pesquisa entomológica de vetores da FA é desencadeada em área não monitorada na rotina onde tenha sido registrada a ocorrência de epizootias ou casos humanos suspeitos ou confirmados de FA. Essa pesquisa pode ser realizada em áreas de matas, áreas rurais ou urbanas do MSP. A responsabilidade pelo planejamento e execução das pesquisas entomológicas é da Coordenação do Programa Municipal das Arboviroses (PMArbo) e a Divisão de Vigilância de Zoonoses (DVZ), por meio do LABFAUNA/DVZ/COVISA.

Conforme a situação entomológica ou epidemiológica encontrada, as amostras coletadas poderão ser enviadas ao CCD/SES para a detecção e genotipagem do vírus amarílico. Em situações específicas, conforme as listadas abaixo, o PMArbo deverá comunicar e solicitar apoio técnico da equipe do CCD/SES para as investigações entomológicas. Nessas situações a detecção e genotipagem viral são fundamentais à investigação epidemiológica. Na eventualidade de limitação de recursos para atender a todas as solicitações, a pesquisa deverá atender a seguinte ordem de prioridade:

1. Caso humano autóctone confirmado para FA em área urbana;
2. Caso humano autóctone confirmado para FA em área rural, periurbana ou de mata;
3. Caso humano autóctone suspeito de FA, que preencha a definição de caso do MS, para o qual não há possibilidade de realizar diagnóstico laboratorial (sem coleta de amostras; coleta inoportuna de amostras; resultado laboratorial inconclusivo para FA).

4. Epizootia confirmada para FA com encontro de PNH em área urbana, periurbana ou rural.
5. Epizootia confirmada para FA com encontro de PNH na interface entre a área de mata e as áreas habitadas (eventos em borda de mata).

Em todas essas situações a pesquisa deverá ser direcionada às espécies de culicídeos possam existir na área. O foco principal das coletas serão os mosquitos adultos e que possam estar infectados pelo vírus. A pesquisa pelos métodos de atração humana e de armadilhas com atrativos a base de CO₂ são altamente recomendados.

4.4 Da Participação das Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS) na Pesquisa Entomológica

Conforme a necessidade, as UVIS poderão ser acionadas para realizar ou apoiar as pesquisas entomológicas. Nesses casos, caberá à COVISA, por meio da Coordenação do Programa Municipal de Arboviroses (PMArbo) e da Divisão de Vigilância de Zoonoses (DVZ), fornecer os equipamentos, insumos e materiais necessários, bem como orientar e capacitar as equipes envolvidas. As equipes das UVIS também poderão ser mobilizadas para prestar apoio técnico às atividades conduzidas pelo CCD/SES.

A comunicação e articulação das atividades de pesquisa entomológica deverão ocorrer com a participação direta das Diretorias Regionais de Vigilância em Saúde (DRVS), as quais serão responsáveis por acompanhar e supervisionar, além de assegurar a interlocução das informações com a COVISA.

4.5 Detecção e Genotipagem Viral

Mediante pactuação e organização das atividades de monitoramento e, sobretudo, de pesquisa entomológica de vetores da FA com o CCD/SES, todas as amostras de mosquitos culicídeos, bem como outros de interesse deverão ser encaminhados para o laboratório de referência do ESP.

Os procedimentos de coleta, acondicionamento e envio das amostras devem seguir rigorosamente as orientações técnicas do CCD/SES. Após o encaminhamento, deverá ser estabelecido o fluxo de retorno para o recebimento dos laudos laboratoriais.

5 CONTROLE VETORIAL

As medidas de controle vetorial da FA são restritas aos potenciais vetores urbanos. De modo geral, essas ações estão inseridas na rotina do PMArbo, voltadas ao controle populacional do mosquito *Aedes aegypti*, com o objetivo de prevenir a disseminação de arboviroses. No contexto específico da FA, tais ações visam reduzir o risco de reurbanização da transmissão da doença. De forma sintética, as atividades de rotina de Vigilância e Controle de *Aedes aegypti* incluem:

- bloqueios de transmissão (Bloqueio de Controle de Criadouros e Bloqueio de Controle de Nebulização);
- visitas aos Pontos Estratégicos e Imóveis Especiais;
- avaliações de Densidade Larvária;
- visitas Casa-a-Casa Rotina e Intensificação;
- arrastões;
- instalações e manutenções de armadilhas disseminadoras de inseticidas;
- tratamentos de focos larvários com drones;
- atendimentos as solicitações.

O controle vetorial no ciclo silvestre da FA é contraindicado, pois a ação tem pouca ou nenhuma chance de atingir os vetores (gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*), que são acrodendrofilos (vivem na copa das árvores) e ocorrem em baixas densidades. Além disso, há a possibilidade de a medida impactar em muitas espécies não alvo e de importância para os ecossistemas florestais. A despeito do impacto à fauna de PNH e da ocorrência de casos humanos de FAS, **o maior perigo potencial dessa forma de ocorrência da doença é ela servir como um elo de reintrodução do vírus amarelo em ambiente urbano infestado pelo *Aedes aegypti*.**

Por isso, fora do ambiente florestal ou na interface deste com as áreas urbanizadas, as medidas de controle vetorial podem ser adotadas. Nessas situações, o objetivo é minimizar o risco de reurbanização e, portanto, os mosquitos vetores alvo são aqueles do gênero *Aedes*, principalmente *Ae. aegypti* e *Ae. albopictus*, sem prejuízo de outras espécies, como *Ae. scapularis*, *Ae. serratus*, *Ae. fluviatilis* e de outros culicídeos, como *Culex quinquefasciatus*, por exemplo. Nesses ambientes, as medidas de controle vetorial devem ser feitas complementarmente às intensificações das campanhas de vacinação e devem ter como prioridade as áreas de baixas coberturas vacinais.

Nas situações que se fizerem necessárias intervenções com ações de controle vetorial, elas poderão ser de três naturezas:

1. Ações em áreas adjacentes ou de bordas de mata onde foram registradas epizootias suspeitas, planejar e executar atividades preventivas do Tipo Casa-a-Casa Intensificação;
2. Ações em áreas adjacentes ou de bordas de mata onde foram registradas epizootias confirmadas, planejar e executar atividades preventivas do Tipo Bloqueio de Transmissão - Arrastão (Bloqueio Controle de Criadouros e Bloqueio Controle de Nebulização);
3. Ações em áreas com o registro de casos confirmados ou suspeitos de FA, planejar e executar atividade de controle do Tipo Bloqueios de Transmissão (Bloqueio de Controle de Criadouros e Bloqueio de Controle de Nebulização).

5.1 Ações de Controle Vetorial nas Áreas com Suspeita ou Confirmação de Epizootias

5.1.1 Epizootias Suspeitas

Só devem ser objeto de ação as áreas onde foram notificadas epizootias, com consistência da suspeição. Em áreas com suspeição fraca ou infundada, antes de iniciar qualquer ação, deve-se aprofundar a investigação do caso junto a unidade notificadora. **Relatos não devem ser objeto de ação, antes da investigação e notificação, exceto se orientado pelo PMArbo.** Nos casos de epizootias suspeitas as ações de controle vetorial ainda estarão sujeitas ao cenário epidemiológico da ocorrência de arboviroses urbanas no MSP. Dessa forma, não serão priorizadas ações em áreas de epizootias suspeitas, em detrimento da execução de bloqueios de transmissão de casos de humanos de arboviroses (Dengue, Chikungunya, Zika ou FA).

As UVIS, sob coordenação das DRVS, são as responsáveis por promover as ações de investigação das epizootias suspeitas e de controle vetorial em seu território de atuação. Caberá ao PMArbo dirimir dúvidas e orientar as ações quando elas se mostrarem conflitantes no tempo e precisarem dos mesmos recursos para serem feitas.

Para as ações de controle vetorial, são particularmente de interesse as epizootias suspeitas com coleta de PNH morto ou doente próximos a interface da mata com as áreas povoadas do MSP. **Nessas situações, a UVIS deverá realizar a ATIVIDADE CASA A CASA - INTENSIFICAÇÃO, que consiste em ação preventiva de intensificação de eliminação de criadouros de *Aedes aegypti* em todos os imóveis localizados em uma faixa, mínima, de 150 metros a partir do LPI da epizootia e que se estenda por toda a borda de mata que faceia a área habitada.** O mapa de delimitação da área a ser trabalhado deverá ser elaborado em conjunto com a equipe ou sob orientação do PMArbo. **A faixa de trabalho delimitada deve ser concluída no prazo máximo de uma semana. Se preciso, caberá a DRVS organizar força tarefa regional.**

Em epizootias fortemente suspeitas de FA (ou quando orientado pelo PMArbo), durante a ação de intensificação, deve ser realizada também a BA de casos humanos suspeitos de FA.

A intensificação deverá ser registrada no “Boletim de Atividades de Vigilância e Controle do *Aedes aegypti*” como: Atividade “Casa a Casa Intensificação” e Tipo de Trabalho “Rotina”.

Na área delimitada também devem ser realizadas **ações de comunicação e educação em saúde** para estimular a população a manter os cuidados semanais para evitar a ocorrência de novos criadouros. As ações de intensificação têm como objetivo diminuir a densidade vetorial em áreas próximas ao LPI da epizootia suspeita.

5.1.2 Epizootias Confirmadas

Para epizootia confirmada, com coleta de PNH morto ou doente próximos à interface da mata com as áreas povoadas da Cidade de São Paulo, a UVIS deverá desencadear imediatamente após o recebimento da notificação (em até 24 horas, exceto quando em finais de semana), a atividades de Bloqueio de Transmissão com:

1. ARRASTÃO: consiste em Bloqueio Controle de Criadouros estendido para uma faixa, mínima, de 150 metros a partir do LPI da epizootia e que se estenda por toda a borda de mata que faceia a área habitada. Essa ação visa eliminar os criadouros de *Aedes aegypti* em todos os imóveis da área delimitada. O mapa da área a ser trabalhada deverá ser elaborado em conjunto com a equipe ou sob orientação do PMArbo. **A faixa de trabalho delimitada deve ser concluída no prazo máximo de três dias. Se preciso, caberá a DRVS organizar força tarefa regional.**

a. Durante a ação de intensificação, deve ser realizada também a busca ativa de casos humanos suspeitos de FA. Na área delimitada também devem ser realizadas **ações de comunicação e educação em saúde** para estimular a população a manter os cuidados semanais para evitar a ocorrência de novos criadouros. O Arrastão tem

como objetivo diminuir a densidade vetorial em áreas próximas ao LPI da epizootia.

b. Os dados da ação devem ser registrados no “Boletim de Atividades de Vigilância e Controle do *Aedes aegypti*” como Atividade “ARRASTÃO” e Tipo de Trabalho “Rotina”.

2. BLOQUEIO CONTROLE DE NEBULIZAÇÃO: na mesma faixa de área delimitada para o Arrastão, **deverá ser realizado o Bloqueio Controle de Nebulização (faixa, mínima, de 150 m a partir do LPI).** O controle de vetores adultos visa eliminar em caráter preventivo os mosquitos *Aedes aegypti* em áreas próximas à epizootia. A adoção dessa estratégia baseia-se na premissa de que os mosquitos *Aedes aegypti* (ou *Aedes albopictus*) possam ter se infectado com o vírus da FA a partir de casos humanos não detectados pela vigilância em saúde ou, até mesmo, a partir de PNH infectado.

a. Sempre que tecnicamente aplicável deverá ser priorizada a nebulização veicular. A nebulização veicular deverá ser realizada em um ciclo de três tratamentos consecutivos, um tratamento por dia, iniciando-se imediatamente (24h) após o recebimento da notificação;

b. Em áreas que o tráfego do veículo é limitado ou impossível deverá ser feita a nebulização com equipamento costal motorizado ou método alternativo de equivalência comprovada, desde que orientado pelo PMArbo;

c. Os dados do BCN deverão ser registrados no “Boletim de Atividades de Vigilância e Controle do *Aedes aegypti*” como Atividade “Bloqueio Nebulização” e Tipo de Trabalho “Rotina” (“espelhar” os endereços do BCC).

É importante que seja dada ampla divulgação das ações, de forma a mobilizar a população na eliminação de criadouros e para sensibilizá-la para a abertura dos imóveis nos dias de aplicação de inseticida. Para aumentar as chances de sucesso dessas estratégias é importante o envolvimento da ESF. Em áreas com grandes concentrações

de materiais inservíveis, é fundamental planejar mutirões de limpeza urbana (cata-bagulho).

As UVIS, sob Coordenação das DRVS, são as responsáveis por executar as Atividades de Bloqueio Controle de Criadouros e Bloqueio Controle de Nebulização. Caberá ao PMArbo dirimir dúvidas e orientar as ações quando elas se mostrarem conflitantes no tempo e espaço com outras atividades e precisarem dos mesmos recursos para serem feitas.

5.2 Ações de Controle Vetorial em Áreas com Suspeita ou Confirmação de Caso Humano de Febre Amarela

Deverá ser realizado Bloqueio de Transmissão de todo caso humano suspeito ou confirmado de FA, seja ele importado ou autóctone. Para serem elegíveis para o Bloqueio de Transmissão, os casos importados devem ter passado parte ou todo período de viremia no MSP. O Bloqueio de Transmissão deverá ser iniciado imediatamente após o recebimento da notificação (em até 24h, com exceção dos finais de semana) e concluído em até 3 dias após o início. Antes de iniciar o bloqueio de transmissão atentar-se para a consistência da notificação, os deslocamentos do paciente, o LPI, os períodos de viremia e incubação e os endereços de estadia do caso.

Os Bloqueios de Transmissão de casos humanos suspeitos ou confirmados de FA em áreas urbanas ou densamente povoadas devem ser tratados com prioridade em relação a ocorrência de outras arboviroses endêmicas da cidade, como a dengue, por exemplo. Os critérios e a ordem de priorização são dados no Plano de Contingência das Arboviroses. O objetivo do bloqueio de transmissão do caso humano de FA é eliminar rapidamente os mosquitos *Aedes aegypti* que possam ter picado o paciente em viremia e de reduzir o número de criadouros de *Aedes aegypti* potencialmente disponíveis na área considerada sob risco.

O Bloqueio de Transmissão deverá ser realizado na área delimitada por um raio, mínimo, de 150 metros a partir do endereço de permanência durante o período

de viremia (moradia ou deslocamentos) do paciente notificado. Para os casos autóctones, o bloqueio também deve ser realizado em uma área delimitada por um raio de 150 metros a partir do endereço de LPI. Mediante avaliação ambiental e de risco, ou na presença de mais casos suspeitos, o perímetro da ação poderá ser ampliado até ter uma margem de segurança de 150 m a partir do caso mais distante do agrupamento de suspeitos ou da zona considerada de risco. Essa orientação é particularmente válida para os casos humanos suspeitos de autoctonia encontrados em busca ativa ou notificados posteriormente após o aparecimento de um caso confirmado na região.

Concomitantemente ao bloqueio de transmissão e 20 dias após a data de início de sintomas do paciente confirmado ou suspeito, mantendo-se a suspeita, deverá ser realizada a BA e notificação de casos suspeitos secundários na área alvo das ações. As unidades de saúde da localidade também deverão ser informadas para se sensibilizar para a notificação de casos humanos suspeitos de FA, particularmente para os pacientes oriundos das imediações do caso índice.

Para todo caso suspeito ou confirmado de FA, as UVIS devem realizar as seguintes atividades:

- 1. BLOQUEIO CONTROLE DE CRIADOUROS, delimitar um raio, mínima, de 150 metros a partir dos endereços de residência, estadia, e/ou LPI do paciente e proceder com o bloqueio.** Para definir as áreas que serão alvo da ação, atentar-se ao período de viremia e de permanência em cada local. Essa ação visa eliminar os criadouros de *Aedes aegypti* em todos os imóveis da área delimitada. O mapa da área a ser trabalhada será elaborado pela UVIS local. Se necessário o PMArbo poderá auxiliar. **A área de trabalho delimitada deve ser concluída no prazo máximo de dois dias. Em situações em que a área do BCC precisar ser ampliada, devido a ocorrência de mais de um caso e a UVIS local não tiver capacidade operacional para executar no prazo definido nesta Nota Técnica, a DRVS deverá organizar força tarefa regional.**

- a. Na ocorrência de casos suspeitos ou confirmados autóctones, durante o BCC deverá ser realizada também a busca ativa de casos humanos secundários suspeitos de FA.
- b. Para todos os BCC deverá ser organizada busca 20 dias após o início de sintomas do caso suspeito. A busca ativa poderá ser feita pela equipe da UVIS, da ESF ou em cooperação entre os dois.
- c. Os dados do BCC deverão ser registrados no “Boletim de Atividades de Vigilância e Controle do *Aedes aegypti*” como Atividade “BLOQUEIO - CONTROLE DE CRIADOUROS” e Tipo de Trabalho “Rotina”.

2. **BLOQUEIO CONTROLE DE NEBULIZAÇÃO:** na mesma área delimitada para o BCC, deverá ser realizado o Bloqueio Controle de Nebulização (raio, mínimo, de 150 m a partir dos endereços de residência, estadia e/ou LPI). O controle de vetores adultos visa eliminar em caráter preventivo os mosquitos *Aedes aegypti* em áreas próximas ao caso humano. A adoção dessa estratégia baseia-se na premissa de que os mosquitos *Aedes aegypti* (ou *Aedes albopictus*) possam ter se infectado com o vírus da FA a partir de casos humanos e disseminar (reurbanizar) a doença.

- a. Sempre que tecnicamente aplicável deverá ser priorizada a nebulização veicular. A nebulização veicular deverá ser realizada em um ciclo de três tratamentos consecutivos, um tratamento por dia, iniciando-se imediatamente (24h) após o recebimento da notificação;
- b. Em áreas que o tráfego do veículo é limitado ou impossível deverá ser feita a nebulização com equipamento costal motorizado ou método alternativo de equivalência comprovada, desde que orientado pelo PMArbo;

c. Os dados do BCN deverão ser registrados no “Boletim de Atividades de Vigilância e Controle do *Aedes aegypti*” como Atividade “BLOQUEIO - NEBULIZAÇÃO” e Tipo de Trabalho “Rotina” (“espelhar” os endereços do BCC).

É importante que seja dada ampla divulgação das ações, de forma a mobilizar a população na eliminação de criadouros e para sensibilizá-la para a abertura dos imóveis nos dias de aplicação de inseticida. Para aumentar as chances de sucesso dessas estratégias é importante o envolvimento da ESF. Em áreas com grandes concentrações de materiais inservíveis, é fundamental planejar mutirões de limpeza urbana (cata-bagulho).

As UVIS, sob Coordenação das DRVS, são as responsáveis por executar as Atividades de Bloqueio Controle de Criadouros e Bloqueio Controle de Nebulização. Caberá ao PMArbo dirimir dúvidas e orientar as ações quando elas se mostrarem conflitantes no tempo e espaço com outras atividades e precisarem dos mesmos recursos para serem feitas.

Excepcionalmente para a FA, o Bloqueio de Transmissão poderá ser iniciado pelo Bloqueio de Controle de Nebulização, seguido imediatamente pela Atividade de Bloqueio de Criadouros. Em situação de caso confirmado suspeito de autoctonia, pode ser necessário realizar mais de um ciclo de nebulização.

Os procedimentos operacionais de bloqueio de transmissão de casos humanos notificados de FA devem seguir a Instrução Normativa "Atividade de Bloqueio de Transmissão de Arbovírus Transmitidas pelo *Aedes Aegypti* - Dengue, Febre de Chikungunya, Doença Aguda pelo Vírus Zika e Febre Amarela – PMArbo/COVISA de 2025".

5.3 Quadro Resumo das Ações de Controle Vetorial da Febre Amarela

Evento	Atividade	Área Trabalhada	Prazo para conclusão
Epizootia suspeita	Casa-a-Casa Intensificação	Faixa de 150 m a partir da borda de mata	Uma semana
Epizootia confirmada	Bloqueio de Transmissão (Arrastão e Nebulização)	Faixa de 150 m a partir da borda de mata	Três dias
Casos humanos suspeitos ou confirmados	Bloqueio de Transmissão (Bloqueio Controle de Criadouros e Nebulização)	Raio de 150 m a partir dos endereços de residência, estadia e/ou LPI	Três dias

6. AÇÕES DE COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

As ações de comunicação e mobilização social apresentam sete principais eixos norteadores:

- Eliminação de Criadouros do Mosquito *Aedes aegypti*:** para maciça eliminação de criadouros do mosquito, é necessário envolver todos os segmentos da sociedade e a população em geral. A comunicação exerce um papel importante para que a informação seja disseminada ao público em geral e para que seja de fato esclarecedora e com impacto positivo na mudança de hábitos.
- Abertura dos Imóveis para Ações de Prevenção e Controle Vetorial:** é importante que a ação de bloqueio de transmissão seja amplamente divulgada de forma a mobilizar a população para o manejo de criadouros e para abertura dos imóveis quando houver indicação de nebulização com inseticida.
- Divulgação de Dados Epidemiológicos:** é importante que haja transparência na divulgação e facilidade de acesso aos dados epidemiológicos da FA (epizootias em PNH e casos humanos) no Município, de forma a explicitar de forma clara a atual situação de transmissão.
- Divulgação da Área de Risco:** deve ser amplamente divulgada para toda a população área de risco de transmissão de FA.

- e) **Divulgação de Aspectos Referentes à Vacinação contra a FA:** devem ser amplamente divulgadas, de acordo com a situação de transmissão de FA no município, o público-alvo para vacinação, as estratégias de vacinação, postos de vacinação disponibilizados, horários de funcionamento.
- f) **Uso de Repelente:** o uso de repelente deve ser indicado para pessoas não vacinadas ou vacinadas a menos de 10 dias, que residam ou que circulem em área com indicação de vacinação.
- g) **Uso de Telas nas Janelas e Tela Mosquiteiro:** é recomendado como medida de proteção individual.
- h) Manter atualizado, no Portal da Prefeitura, os dados epidemiológicos da FA no MSP.
- l) Mobilizar a população para eliminação de criadouros do *Aedes aegypti* e para abertura dos imóveis para as ações de prevenção e controle vetorial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde*. 6. ed. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6ed.pdf.

Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância de Epizootias em Primatas Não Humanos e Entomologia Aplicada à Vigilância da Febre Amarela*. 2. ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/f/febre-amarela/publicacoes/guia_vigilancia_epizootias_primatas_entomologia.pdf/view. Acesso em:

26 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação em Saúde Silvestre (SISS-Geo)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://sissgeo.incc.br/apresentacao.xhtml>. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública: Febre Amarela*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/febreamarela/plano_contingencia_emergencias_febre_amar_2_ed-1.pdf. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Manejo Clínico de Febre Amarela*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_manejo_clinico_febre_amar_ela.pdf. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica Conjunta nº 27/2025 – DEDT/DPNI/SVSA*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Informativa nº 35/2024 – CGARB/DEDT/SVSA/MS*. Atualiza o cenário epidemiológico da febre amarela e apresenta os resultados da Oficina do Grupo de Modelagem de Febre Amarela (GRUMFA), destacando municípios prioritários para intensificação das ações de vigilância e imunização no período sazonal 2024/2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2024/nota-informativa-no-35-2024.pdf/view>. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Informativa nº 16/2025 – CGARB/DEDT/SVSA/MS*. Atualiza a classificação de áreas para intensificação das ações de vigilância e controle da febre amarela na sazonalidade 2025/2026, a partir dos resultados da Oficina do Grupo de Modelagem de Febre Amarela (GRUMFA). Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2025/nota-informativa-no-16-2025-cgarb-dedt-svsa-ms.pdf>

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. *Boletim Epidemiológico de Febre Amarela 04/26*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2026.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. *Documento Técnico Febre Amarela no Estado de São Paulo Abril/26*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2026.

ANEXO I



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

FICHA DE BUSCA NOTIFICAÇÃO SECUNDÁRIA

Busca de casos secundários de () Dengue () Febre de Chikungunya () Doença Aguda pelo Vírus ZIKA () Outras Arboviroses _____

UVIS: _____ DA: _____
 Agente: _____ RF: _____
 Paciente: _____ Cartão SUS: _____ Gestante: Sim () Não ()
 Endereço: _____
 Data de início do sintomas: ___/___/___ Telefone: _____

Sintomas: Febre () Manchas vermelhas na pele () Dor nas articulações ()
 Dor de cabeça () Dor no corpo () Dor atrás dos olhos ()
 Coceira () Vermelhidão nos olhos () Olhos e pele amarelados ()
 Sangramento () Outros _____

O paciente saiu da cidade de São Paulo 15 dias antes do início dos sintomas? () Não () Sim Onde: _____
 Procurou atendimento médico () Não () Sim Onde: _____

Corte aqui e entregue a parte abaixo para o paciente

PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE

Nome do paciente: _____
 Data de início do sintomas: ___/___/___ Cartão SUS: _____

Em ___/___/___, os agentes de saúde da UVIS me orientaram a procurar a UBS mais próxima para avaliar sintomas sugestivos de dengue, Chikungunya, ZIKA ou Outras Arboviroses _____ e realizar exames se necessário.

ATENÇÃO: Procure **imediatamente** a unidade de saúde mais próxima, caso você apresente algum desses sinais de alarme: dor abdominal intensa, vômitos, aparecimento de sangramentos, tontura (principalmente ao ficar de pé), dificuldade para respirar.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

FICHA DE BUSCA DE NOTIFICAÇÃO SECUNDÁRIA

Busca de casos secundários de () Dengue () Febre de Chikungunya () Doença Aguda pelo Vírus ZIKA () Outras Arboviroses _____

UVIS: _____ DA: _____
 Agente: _____ RF: _____
 Paciente: _____ Cartão SUS: _____ Gestante: Sim () Não ()
 Endereço: _____
 Data de início do sintomas: ___/___/___ Telefone: _____

Sintomas: Febre () Manchas vermelhas na pele () Dor nas articulações ()
 Dor de cabeça () Dor no corpo () Dor atrás dos olhos ()
 Coceira () Vermelhidão nos olhos () Olhos e pele amarelados ()
 Sangramento () Outros _____

O paciente saiu da cidade de São Paulo 15 dias antes do início dos sintomas? () Não () Sim Onde: _____
 Procurou atendimento médico () Não () Sim Onde: _____

Corte aqui e entregue a parte abaixo para o paciente

PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE

Nome do paciente: _____
 Data de início do sintomas: ___/___/___ Cartão SUS: _____

Em ___/___/___, os agentes de saúde da UVIS me orientaram a procurar a UBS mais próxima para avaliar sintomas sugestivos de dengue, Chikungunya, ZIKA ou Outras Arboviroses _____ e realizar exames se necessário.

ATENÇÃO: Procure **imediatamente** a unidade de saúde mais próxima, caso você apresente algum desses sinais de alarme: dor abdominal intensa, vômitos, aparecimento de sangramentos, tontura (principalmente ao ficar de pé), dificuldade para respirar.