

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA FEBRE AMARELA NO BRASIL

Saúde Coletiva

Ianne Stéfani Angelim Vieira ¹; Bruno Bezerra do Nascimento²; Hellen Renatta Leopoldino Medeiros³; Juliane de Oliveira Costa Nobre³; Mona Lisa Lopes dos Santos Caldas⁵

¹ Faculdades Integradas de Patos, iannevieira@enf.fiponline.edu.br

² Faculdades Integradas de Patos, brunobezerrah@gmail.com

³ Faculdades Integradas de Patos, hellen.medeiros@gmail.com

⁴ Faculdades Integradas de Patos, julianenobre@fiponline.edu.br

⁵ Faculdades Integradas de Patos, monalisalopes13@gmail.com

INTRODUÇÃO: A febre amarela é uma patologia febril aguda, não contagiosa, de curta duração (no máximo 12 dias), cuja letalidade varia de 5 a 10% nos casos oligossintomáticos, podendo chegar a 50% nos casos graves (aqueles que evoluem com icterícia e hemorragias). Essa patologia tem potencialidade de dissipação e transmissão muito elevada, por esse motivo torna-se necessário que a notificação de casos suspeitos seja feita o mais rápido possível. Essa patologia compõe a lista de doenças de notificação compulsória, publicada na Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, sendo classificada entre as doenças de notificação imediata, ou seja, que devem ser notificadas em até 24 horas. Além disso, as epizootias em primatas não humanos são consideradas como destaque epidemiológico, por indicarem evento com possível ameaça à saúde pública, e da mesma maneira devem ser notificadas ao serviço de saúde pública (BRASIL, 2017a). Casos em humanos acontecem quando há contato ao ciclo silvestre e quando há mobilidade desses humanos para regiões de alto fluxo de pessoas o risco de início de uma epidemia é muito elevado, nesse caso, acontecendo de pessoa a pessoa (ciclo de transmissão urbana) através do vetor *Aedes aegypti* (SALL et al., 2010). A febre amarela no Brasil apresenta uma incidência endêmica, mais precisamente na região amazônica. Fora da região amazônica, surtos da doença são registrados esporadicamente quando o vírus encontra uma população de susceptíveis, ou seja, aquelas pessoas não vacinadas. A incidência de casos humanos tem sido compatível com o período sazonal da doença, compreendido entre os meses dezembro a maio, contudo foram observadas epizootias em primatas não humanos (PNH) em períodos considerados de baixa ocorrência, indicando que as condições para transmissão da febre amarela estão favoráveis, fazendo-se necessários esforços adicionais para as ações de vigilância, prevenção e controle da doença. O Brasil registrou casos de febre amarela silvestre em regiões turísticas dos estados de Goiás e Mato Grosso do Sul e também em áreas do Pará, Tocantins, Distrito Federal, Minas Gerais e São Paulo. A proximidade com regiões urbanizadas e o elevado nível de população nesses locais colocam em alerta os sistemas de vigilância e propõe a intensificação das ações em toda a Área Com Recomendação de Vacina (ACRV), acima de tudo naquelas com evidência recente de circulação viral, a vacinação preventiva de viajantes com destino aos locais de foco, além dos indivíduos não imunizados moradores da ACRV (BRASIL, 2017a). Sendo assim, esse estudo foi elaborado com o intuito de contribuir com a comunidade científica, para debates acerca dessa temática, bem como para os pesquisadores que utilizarão de subsídios para pesquisas maiores. Diante desse cenário, a abordagem desenvolvida nessa pesquisa teve como objetivo avaliar a epidemiologia da febre de chikungunya no Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo documental com abordagem quantitativa, ecológico, descritivo baseado em dados disponíveis do Ministério da Saúde, através do departamento de vigilância das doenças

transmissíveis da secretaria de vigilância em saúde, bem como dos dados do centro de operações de emergências em saúde pública sobre febre amarela. A coleta de dados ocorreu durante o mês de março de 2017, analisados e contrapostos de acordo com a literatura pertinente, onde foram incluídos artigos da base de dados Scielo dos anos de 2010 a 2017, sendo utilizados os seguintes descritores: Febre Amarela, Epidemiologia e Saúde Coletiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Segundo os dados do Ministério da Saúde (MS) (2017b), sob a perspectiva do informe nº 01/2017 do centro de operações de emergências em saúde pública (COES) sobre febre amarela, até 23 de janeiro de 2017, 421 casos suspeitos de febre amarela foram notificados. Desses, 358 (85,0%) casos permanecem em investigação, 62 (14,8%) casos foram confirmados e 1 (0,2%) descartado. Do total de casos, 87 evoluíram para óbito, 53 (60,9%) permanecem em investigação e 34 (39,1%) confirmados. Até nessa mesma data, 69 epizootias de Primatas Não Humanos (PNH) foram notificados ao Ministério da Saúde, destas 3 foram confirmadas no Estado de São Paulo. O MS encaminhou para os estados de Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia e Rio de Janeiro o quantitativo de 4,6 milhões de doses da vacina Febre Amarela com objetivo de implementar as estratégias de vacinação de forma seletiva. 2,4 milhões (Minas Gerais), 905 mil (Espírito Santo), 400 mil (Bahia) e 350 mil (Rio de Janeiro) (BRASIL, 2017b). Já na última perspectiva do COES divulgada pelo ministério da saúde até a realização da coleta dessa pesquisa (Informe nº 32/2017), afirma que até 15 de março de 2017, foram notificados 1.558 casos suspeitos de febre amarela silvestre, desses, 933 (59,88%) casos permanecem em investigação, 424 (27,22%) casos foram confirmados e 201 (12,90%) foram descartados. Do total de casos, 259 evoluíram para óbito, sendo que 112 (43,24%) óbitos permanecem em investigação, 137 (52,90%) óbitos foram confirmados e 10 foram descartados (3,86%). A taxa de letalidade entre os casos confirmados foi de 32,31%. Até nessa mesma data foram notificadas ao Ministério da Saúde 1228 epizootias em PNH, das quais 382 permanecem em investigação, 11 foram descartadas e 386 foram confirmadas para febre amarela por critério laboratorial ou vínculo epidemiológico com epizootias em PNH ou casos humanos confirmados em áreas afetadas (municípios com evidência de circulação viral) e ampliadas (municípios limítrofes àqueles afetados). Foram retiradas do mapa as epizootias consideradas indeterminadas. O MS encaminhou, entre os meses de janeiro e março, para os estados de Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo, Bahia e Rio de Janeiro o quantitativo de aproximadamente 16,15 milhões de doses da vacina Febre Amarela com objetivo de intensificar as estratégias de vacinação de forma seletiva, à saber: 7,5 milhões (Minas Gerais), 3,45 milhões (Espírito Santo), 3,25 milhões (São Paulo), 900 mil (Bahia) e 1,05 milhão (Rio de Janeiro) (BRASIL, 2017c). É possível identificar que a febre amarela silvestre ocorre acidentalmente pela penetração do homem no ciclo enzoótico natural. Esta forma epidemiológica da doença é uma séria ameaça às populações rurais e um risco permanente para a introdução do vírus nas grandes cidades e pequenas localidades, infestadas pelo *Aedes aegypti* (BEASLEY et al., 2015). Através dos dados levantados, percebe-se que houve um aumento gradativo, porém significativo dos casos de febre amarela de janeiro a março de 2017, os casos confirmados durante esses 3 últimos meses também teve seu percentual aumentado significativo. Vale salientar que houve também um aumento gigantesco dos casos de febre amarela de primatas não humanos confirmados.

CONCLUSÕES: Diante do exposto foi possível identificar que a febre amarela tem ganhado destaque nos dias atuais tendo em vista a incidência dessa doença de maneira rápida e crescente. Também foi possível identificar que as estratégias utilizadas foram

limitadas à vacinação dos estados que apresentara o maior índice de novos casos, o que torna insatisfatório somente o uso da vacina como prevenção. A partir dessa perspectiva sugere-se uma implantação de políticas públicas voltadas à educação em saúde a fim de conscientizar a comunidade para o controle dos vetores.

Palavras-Chave: Febre amarela; Epidemiologia; Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BEASLEY, D.W.C. et al. Yellow Fever: Genetic and phenotypic diversity and implications for detection, prevention and therapy, **Antiviral Research, Amsterdam**, v. 115, p.48-70, 2015. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166354214003611>>. Acesso em 16 de mar de 2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Febre Amarela, descrição da doença**. Portal da saúde, MS, 2017a. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/descricao-da-doenca-febreamarela> >. Acesso em 15 de mar de 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de operações de emergências em saúde pública sobre febre amarela, **informe n° 01/2017**, MS, 2017b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/31/COES-FEBRE-AMARELA-INFORME1-Atualizacao-em-24jan2017-as-11horas.pdf>>. Acesso em 17 de mar de 2017.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de operações de emergências em saúde pública sobre febre amarela, **informe n° 32/2017**, MS, 2017c. Disponível em: < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/16/COES-FEBRE-AMARELA---INFORME-32---Atualiza----o-em-16mar2017---s-13horas.pdf>>. Acesso em: 17 de mar de 2017.
5. SALL, A.A. et al. Yellow Fever vírus exhibits slower evolutionary dynamics than dengue vírus. **J. Virol**, Baltimore, v. 84, p.765-772, 2010. Disponível em: < <http://jvi.asm.org/content/84/2/765.short>>. Acesso em 16 de mar de 2017.