



COES – Febre Amarela

CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA SOBRE FEBRE AMARELA

INFORME – Nº 36/2017

MONITORAMENTO DOS CASOS E ÓBITOS DE FEBRE AMARELA NO BRASIL

INÍCIO DO EVENTO: Dezembro de 2016	NOTIFICAÇÃO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE: 05/01/2017	ATUALIZAÇÃO: 12/04/2017
TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS ACUMULADOS:		ÓBITOS (ENTRE O TOTAL DE CASOS):
2422 (623 CONFIRMADOS, 671 EM INVESTIGAÇÃO E 1128 DESCARTADOS)		326 (209 CONFIRMADOS, 64 EM INVESTIGAÇÃO E 53 DESCARTADOS)
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL:		
- Total de regiões com casos confirmados: 2 - Total de Estados com casos confirmados: 5 - Total de Municípios com casos confirmados: 108 - Doses de vacinas enviadas aos Estados: 22,3 milhões - Letalidade: 33,5%		
ANEXO: GLOSSÁRIO		

1. Informações gerais

O Brasil vive o maior surto de febre amarela observado nas últimas décadas, envolvendo principalmente os estados de Minas Gerais e Espírito Santo, que apresentam os maiores números de casos confirmados (Tabela 1; Figura 1). Equipes do Ministério da Saúde estão em articulação com as secretarias estaduais e municipais de saúde para a realização de uma força-tarefa, a fim de colaborar com as investigações dos casos. Nesse sentido, os números apresentados resultam da notificação de estados e municípios, busca de casos suspeitos nas bases dos sistemas nacionais de informação, análise de consistência das bases de dados e exclusão de registros duplicados. Até 12 de abril de 2017, foram notificados ao Ministério da Saúde 2422 casos suspeitos de febre amarela silvestre. Destes, 623 (25,7%) foram confirmados, 671 (27,7%) casos permanecem em investigação e 1128 (46,6%) foram descartados (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição dos casos de febre amarela notificados à SVS/MS até 12 de abril de 2017, com início dos sintomas a partir de 01 dezembro de 2016, por UF do Local Provável de Infecção (LPI) e classificação.

UF do LPI	Municípios com casos notificados	Classificação dos casos			Total de casos notificados
		Casos Confirmados	Casos em Investigação	Casos Descartados	
Região Centro-Oeste					
Goiás	17	0	1	30	31
Região Norte					
Amapá	1	0	1	0	1
Tocantins	4	0	1	5	6
Pará	10	4	3	7	14
Região Nordeste					
Bahia	12	0	12	16	28
Região Sudeste					
Espírito Santo	50	155	314	129	598
Minas Gerais	167	449	305	768	1522
Rio de Janeiro	10	10	22	32	64
São Paulo	54	5	8	80	93
Região Sul					
Rio Grande do Sul	9	0	4	7	11
Descartados por outras UF's ¹	25	0	0	54	54
Total²	359	623	671	1128	2422

¹ Casos descartados por outras UF's

² Excluídas as duplicidades de registros na base de dados nacional



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

Figura 1 - Distribuição geográfica dos casos suspeitos de febre amarela notificados à SVS/MS até 12 de abril de 2017, com início dos sintomas a partir de 01 dezembro de 2016, por município do LPI e classificação.

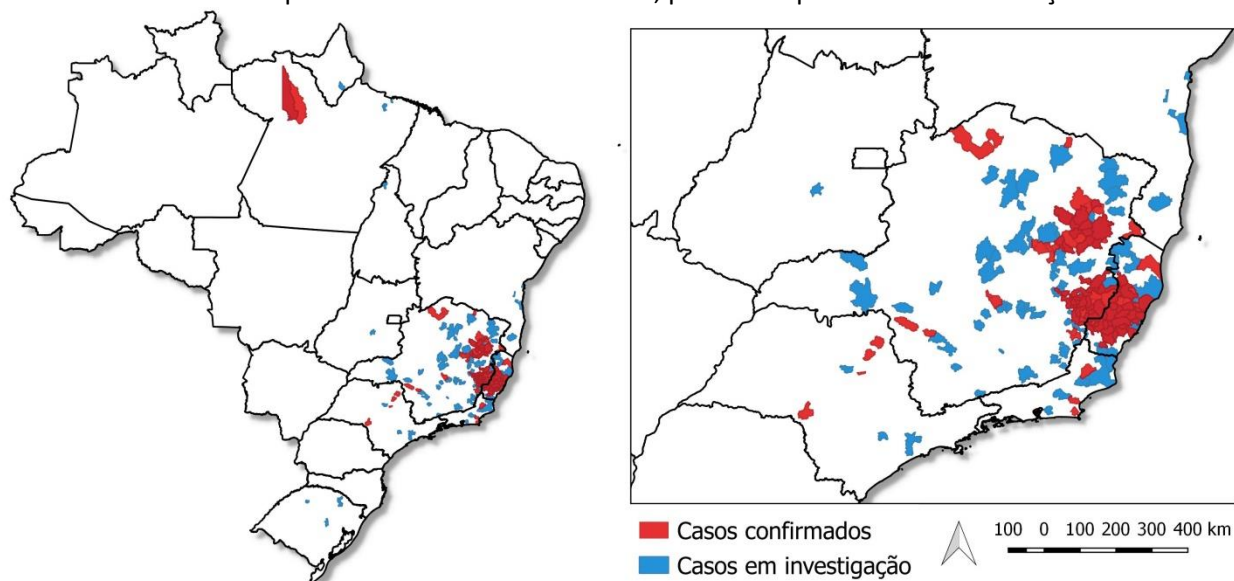
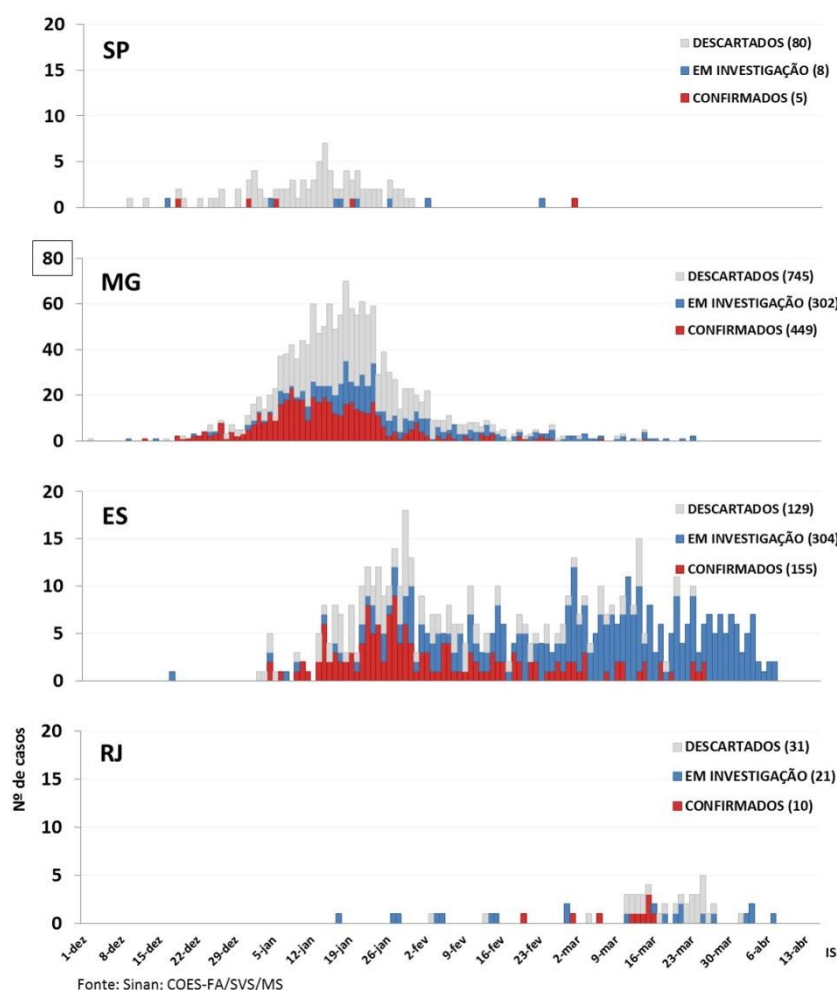


Figura 2- Distribuição temporal dos casos de febre amarela notificados à SVS/MS até 12 de abril de 2017, com data de início dos sintomas a partir de 01 dezembro de 2016*.



Fonte: Sinan; COES-FA/SVS/MS

*As diferenças entre os números de casos por classificação apresentados nos gráficos acima e na Tabela 1 se justificam pela ausência da data de início dos sintomas para parte dos casos.

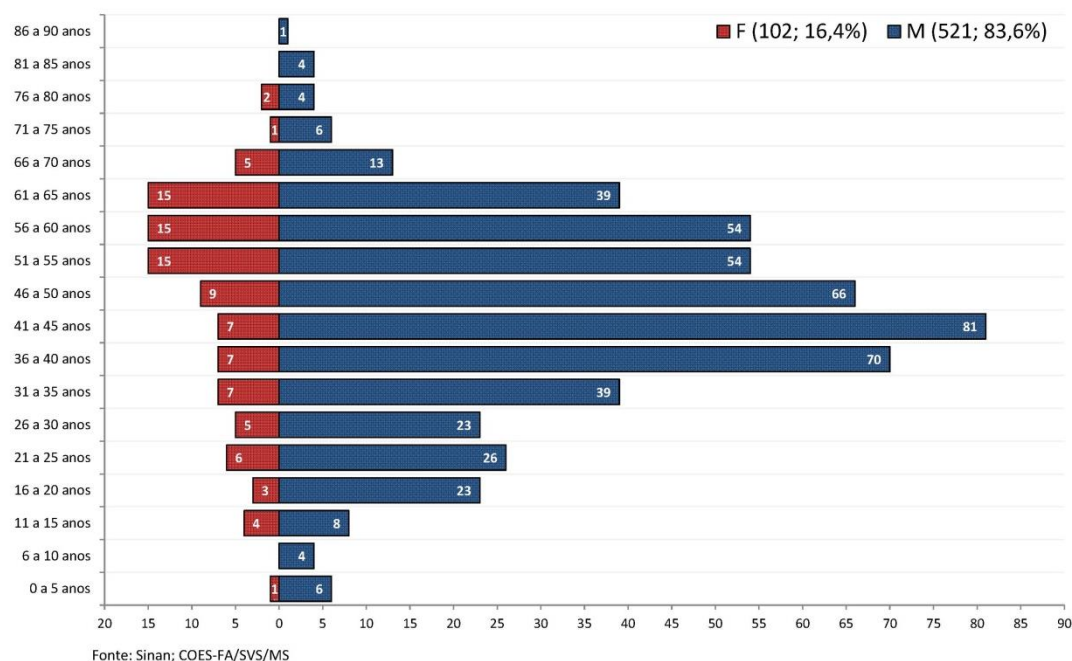


Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

As curvas epidêmicas estratificadas por UF evidenciam a dispersão espaço-temporal da circulação viral, com os casos mais recentes confirmados nos Estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo (data de início de sintomas do último caso confirmado: 25/3 no ES e 16/3 no RJ). Houve redução no número de notificações no estado de Minas Gerais.

O perfil demográfico dos casos confirmados coincide com aquele geralmente observado nos surtos de febre amarela silvestre, com a maior parte dos casos em pacientes do sexo masculino e idade economicamente ativa, uma vez que esses indivíduos se expõem com maior frequência a áreas e situações de risco, sobretudo em decorrência de atividades laborais (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição por sexo e faixa etária dos casos confirmados de febre amarela notificados à SVS/MS até 12 de abril de 2017, com data de início dos sintomas a partir de 01 dezembro de 2016.



Do total de casos notificados, 326 evoluíram para óbito, sendo que 209 (64,1%) foram confirmados, 64 (19,6%) permanecem em investigação e 53 (16,3%) foram descartados. A taxa de letalidade entre os casos confirmados foi de 33,5% (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos óbitos suspeitos de febre amarela entre o total de casos notificados à SVS/MS até 12 de abril de 2017, com início dos sintomas a partir de 01 dezembro de 2016, por UF do Local Provável de Infecção (LPI) e classificação.

UF do LPI	Municípios com óbitos	Classificação dos óbitos			Total de óbitos notificados
		Óbitos Confirmados	Óbitos em Investigação	Óbitos Descartados	
Região Norte					
Tocantins	1	0	1	0	1
Pará	3	4	0	1	5
Região Sudeste					
Espírito Santo	31	48	24	10	82
Minas Gerais	58	151	37	28	216
Rio de Janeiro	1	2	1	0	3
São Paulo	9	4	1	5	10
Descartados por outras UF's ¹	6	0	0	9	9
Total	109	209	64	53	326

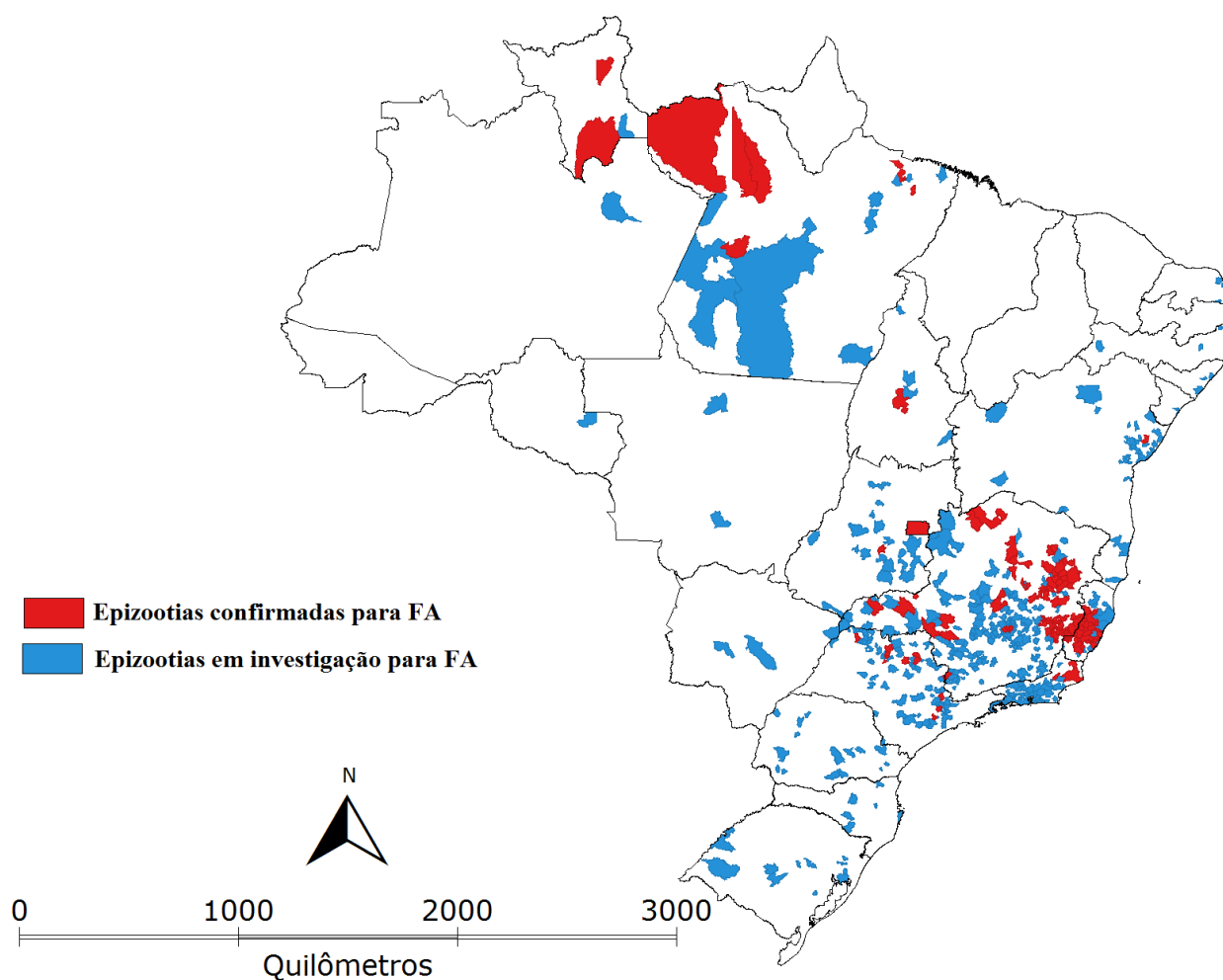
¹ Óbitos descartados por outras UF's



2. Epizootias de Primatas Não Humanos

Até 12 de abril de 2017, foram notificadas ao Ministério da Saúde 2949 epizootias em Primatas Não Humanos (PNH), das quais 1041 permanecem em investigação, 82 foram descartadas e 473 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), com envolvimento de 4522 animais. Não estão incluídas no mapa as epizootias consideradas indeterminadas (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição geográfica das epizootias em primatas não humanos suspeitas de febre amarela notificadas à SVS/MS até 12 de abril de 2017, com data de ocorrência a partir de 01 dezembro de 2016, por município do Local Provável de Infecção (LPI) e classificação.





2. Imunização

O Ministério da Saúde encaminhou, entre os meses de janeiro e abril, para os estados de Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo, Bahia e Rio de Janeiro o quantitativo de aproximadamente 22,3 milhões de doses da vacina Febre Amarela com objetivo de intensificar as estratégias de vacinação de forma seletiva, a saber: 7,5 milhões (MG), 3,65 milhões (ES), 4,78 milhões (SP), 2,2 milhões (BA) e 4,1 milhões (RJ). Além disso, foram distribuídas 813.410 mil doses extra rotina e 4,35 milhões de doses da vacina de febre amarela na rotina para todos os estados da federação. Com as ações de intensificação vacinal realizadas, neste momento, a proporção de municípios com baixas coberturas diminuiu consideravelmente. No entanto, ainda há necessidade de continuidade das ações de vacinação para garantir a homogeneidade da cobertura em todos os municípios, de acordo com a meta preconizada de 95%. Atualmente 223 municípios estão realizando a vacinação temporária de forma seletiva. Sendo 64 (RJ), 78 (ES), 50 (BA) e 31 (SP).

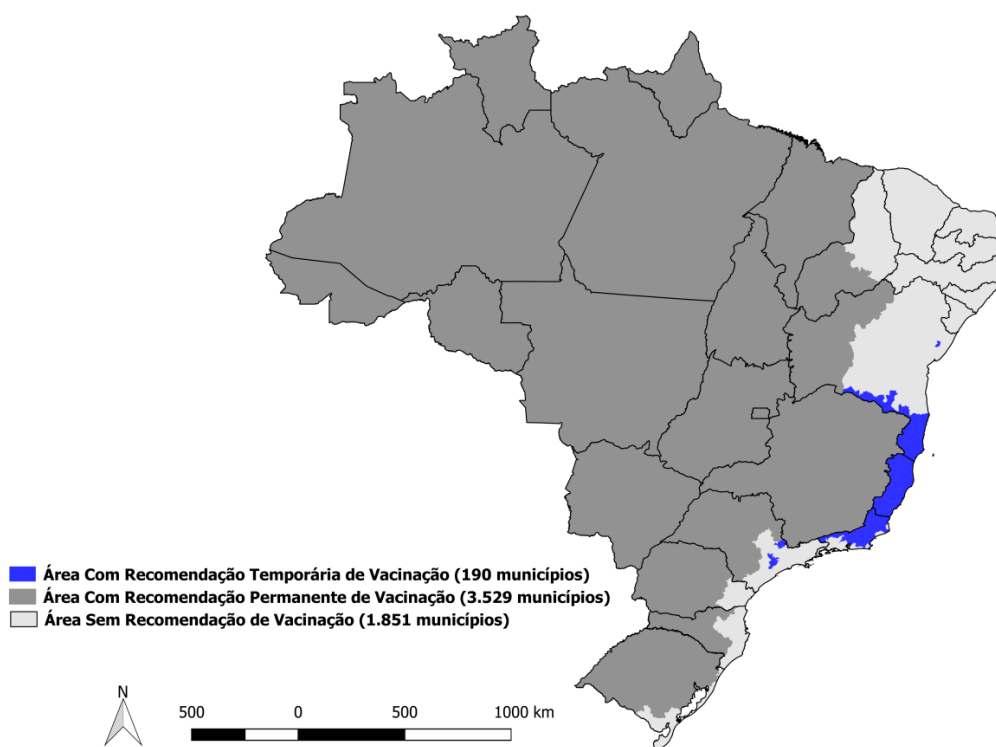
Tabela 3 - Distribuição dos estratos de cobertura vacinal nos estados com Intensificação da Vacina Febre Amarela de forma Seletiva, 2017*

UF com intensificação	nº de municípios	Estratos de cobertura vacinal (%) 2017		
		< 50	50-94,9	≥ 95
São Paulo	161	33	79	49
Minas Gerais	559	22	341	196
Espírito Santo	78	0	56	22
Rio de Janeiro	64	27	34	3
Bahia	50	14	35	1
Total	912	96	545	271

Fonte: Planilha de monitoramento de doses dos estados (11/04/2017)

¹Dados preliminares e sujeitos a revisão.

Figura 5 - Distribuição dos municípios segundo a recomendação de vacinação para controle de surto e prevenção da Febre Amarela, Brasil, 2017.





4. Anexo

GLOSSÁRIO – FEBRE AMARELA

Área Com Recomendação Permanente de Vacinação (ACRV): Área com registro histórico de febre amarela (FA) silvestre e, portanto, com recomendação permanente de vacinação.

Área Sem Recomendação de Vacinação (ASRV): Área sem registro histórico de FA silvestre e, portanto, sem recomendação de vacinação.

Área Com Recomendação Temporária de Vacinação (ACRT): Áreas contíguas e/ou próximas às áreas com registro recente e, portanto, com risco de transmissão da doença e recomendação temporária de vacinação em caráter cautelar. Algumas áreas sem registro de casos e não contíguas às áreas com registro de FA estão inseridas nessa classificação por questões geográficas e/ou operacionais (áreas próximas).

Área afetada: Municípios com evidência recente (período de monitoramento – julho a junho) de transmissão do vírus da FA.

Área ampliada: Municípios contíguas à área afetada. Adicionalmente, também poderão ser incluídos nessa área aqueles municípios dispostos entre distintas áreas de transmissão (afetada e ampliada).

Caso humano suspeito de FA: Indivíduo com quadro febril agudo (até 07 dias), de início súbito, acompanhado de (i) icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, (ii) não vacinado contra a FA ou com estado vacinal ignorado, (iii) residente em (ou procedente de) área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootia confirmada em primatas não humanos ou (iv) isolamento de vírus em mosquitos vetores, nos últimos 15 dias.

Caso humano confirmado para FA por critério clínico-laboratorial: Todo caso suspeito que, além dos critérios clínicos e epidemiológicos compatíveis, apresente pelo menos uma das seguintes condições: (i) isolamento do vírus da FA em tecidos ou sangue/soro; (ii) detecção do genoma viral em tecidos ou sangue/soro; (iii) detecção de anticorpos da classe IgM em soro pela técnica de MAC-ELISA em indivíduos não vacinados ou com aumento de 4 vezes ou mais nos títulos de anticorpos pela técnica de inibição da hemaglutinação (IH), em amostras de soro pareadas; (iv) achados histopatológicos com lesões em tecidos compatíveis com FA. Também será considerado **caso confirmado** o indivíduo assintomático ou oligossintomático, originado de busca ativa, que (i) não tenha sido vacinado e que (ii) apresente sorologia (MAC-ELISA) positiva ou positividade por outra técnica laboratorial conclusiva para a FA. Importante avaliar para além dos resultados laboratoriais, os critérios clínicos e epidemiológicos para encerramento de casos, considerando a elevada incidência e prevalência de outros *Flavivirus* como Dengue, Zika, Saint Louis e o vírus do oeste do Nilo, além da vacinação contra a FA, em virtude da elevada frequência de reações inespecíficas e/ou cruzadas entre esses vírus, além do uso de técnicas laboratoriais não utilizadas anteriormente.

Caso humano confirmado para FA por vínculo epidemiológico: Caso suspeito de FA que evoluiu para óbito em menos de 10 dias, sem confirmação laboratorial, em período e área compatíveis com surto ou epidemia, em que outros casos já tenham sido confirmados laboratorialmente.

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 para outra doença.

Epizootia de primata não-humano com suspeita de FA: Primata não humano de qualquer espécie, encontrado morto (incluindo ossadas) ou doente, em qualquer local do território nacional. Os eventos notificados devem ser classificados em:

- 1) **Epizootia de primata não-humano “em investigação”:** Morte de macaco, constatada em investigação local, com coleta de amostras do animal objeto da notificação ou com coleta de amostras secundárias na investigação (amostras de primatas remanescentes da área, contactantes do animal doente ou morto). Adicionalmente, a investigação na área do Local Provável de Infecção (LPI) pode reunir amostras indiretas para contribuir na investigação, tais como vetores para pesquisa de vírus, casos humanos sintomáticos ou indivíduos assintomáticos não vacinados, identificados na busca ativa.
- 2) **Epizootia em primata não-humano confirmada para FA por critério laboratorial:** Epizootia em primatas não humanos com resultado laboratorial conclusivo para a FA em pelo menos um animal do LPI (aplicam-se as mesmas técnicas utilizadas em amostras de humanos).
- 3) **Epizootia em primata não-humano confirmada para FA por vínculo epidemiológico:** Epizootia em primatas não humanos associada a evidência de circulação viral em vetores, outros primatas não humanos ou humanos no LPI. Devem ser considerados o tempo e a área de detecção, avaliando caso a caso, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).
- 4) **Epizootia em primata não-humano indeterminada:** Rumor do adoecimento ou morte de macaco, com histórico consistente, sem coleta de amostras para diagnóstico laboratorial. Incluem-se nessa classificação aqueles eventos em que a investigação epidemiológica não reuniu amostras para investigação da causa da epizootia.
- 5) **Epizootia em primata não-humano descartada:** Resultado laboratorial negativo para FA ou com confirmação por outras causas.

-----ACESSE AQUI-----

Confira a lista de municípios com orientação para vacinação de Febre Amarela:

http://bit.ly/mun_vacina_fa

Confira a lista de municípios com casos confirmados ou em investigação para Febre Amarela:

http://bit.ly/tabela_casos_fa