

Monitoramento do Período Sazonal da Febre Amarela Brasil – 2017/2018

MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA FEBRE AMARELA NO BRASIL*	
Período de monitoramento: 01/07/2017 a 30/06/2018	Atualização: 10/04/2018
Epizootias em PNH notificadas: 6.154	Casos humanos notificados: 5.052
704 confirmadas	1.127 confirmados (331 óbitos)
1.999 em investigação	1.119 em investigação
2.113 indeterminadas	2.806 descartados
1.338 descartadas	
Anexo: Glossário	

Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à alteração.

Além da confirmação de novos casos, a variação no número de casos e óbitos entre as publicações se deve em parte à constante revisão e reclassificação dos casos à luz de novos dados que são semanalmente incorporadas à base, à medida que as investigações epidemiológicas dos casos notificados reúnem informações essenciais que trazem implicações à avaliação crítica desses eventos. Assim, pode haver redução no número de casos confirmados quando os casos revisados/reclassificados superarem os casos novos.

I – ANTECEDENTES

Nas últimas décadas, a Febre Amarela (FA) tem sido registrada além dos limites da área considerada endêmica (região amazônica). Ao mesmo tempo, a observação de um padrão sazonal de ocorrência de casos humanos, a partir da análise da série histórica, deu suporte à adoção da vigilância baseada na sazonalidade. Assim, o período de monitoramento da FA inicia em julho e encerra em junho do ano seguinte. Casos humanos e epizootias em primatas não humanos (PNH) foram recentemente registrados em uma ampla área do território nacional. Inicialmente, entre 2014/2015, a transmissão se deu na região Norte, com posterior expansão no sentido leste e sul do país, onde afetou prioritariamente a região Centro Oeste entre 2015/2016. Mais recentemente, entre 2016/2017, foi registrado o surto mais expressivo no Brasil, que afetou principalmente os estados da região Sudeste, quando foram registrados 779 casos humanos e 262 óbitos, além de 1.659 epizootias por FA no Brasil (Figura 1).

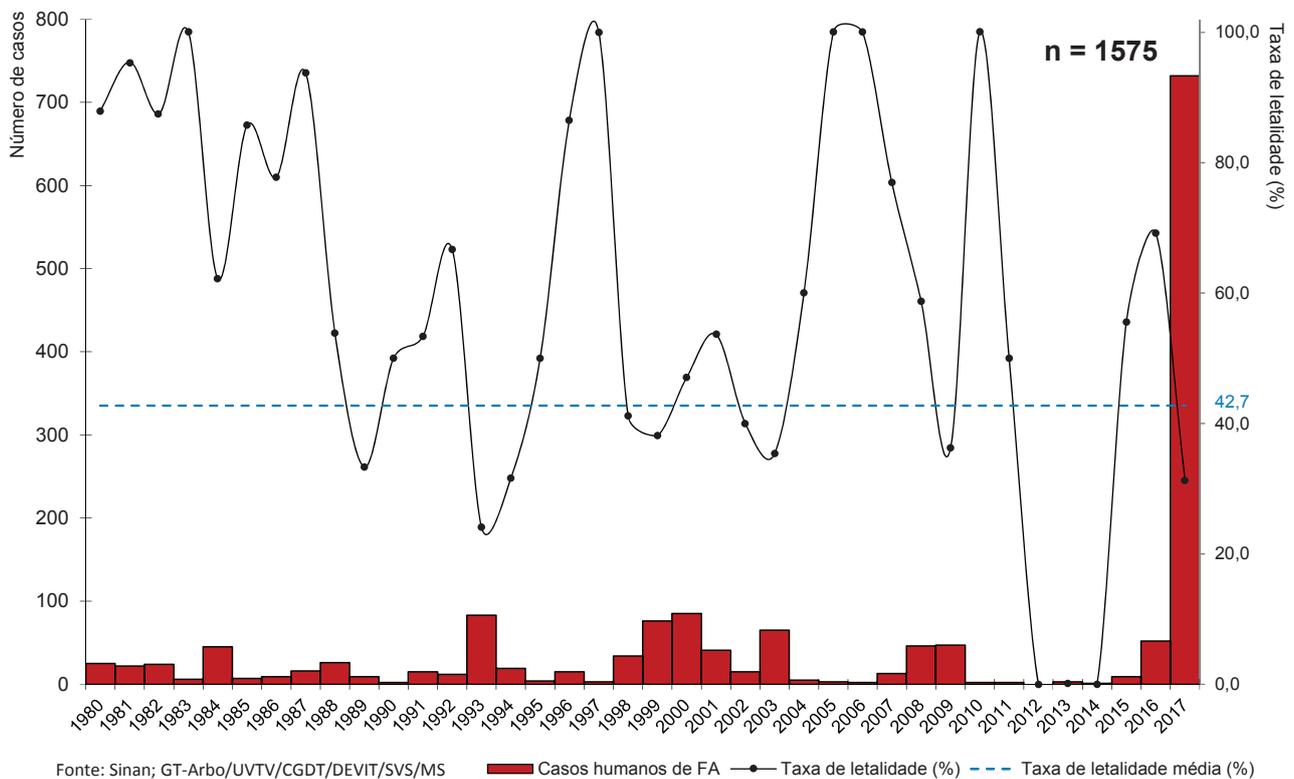


FIGURA 1 • Série histórica do número de casos humanos confirmados para FA e a letalidade, segundo o ano de início dos sintomas, Brasil, 1980 a junho de 2017.

II – SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Vigilância de Epizootias em Primatas Não Humanos – PNH (macacos)

A vigilância de epizootias em primatas não humanos (PNH) consiste em captar informações sobre o adoecimento ou morte de PNH (macacos) e investigar oportunamente, a fim de detectar precocemente a circulação do vírus amarelo e subsidiar a tomada de decisão para a adoção das medidas de prevenção e controle, de modo a reduzir a morbimortalidade da doença na população humana prioritariamente nas áreas afetadas (com transmissão ativa) e ampliadas (áreas adjacentes).

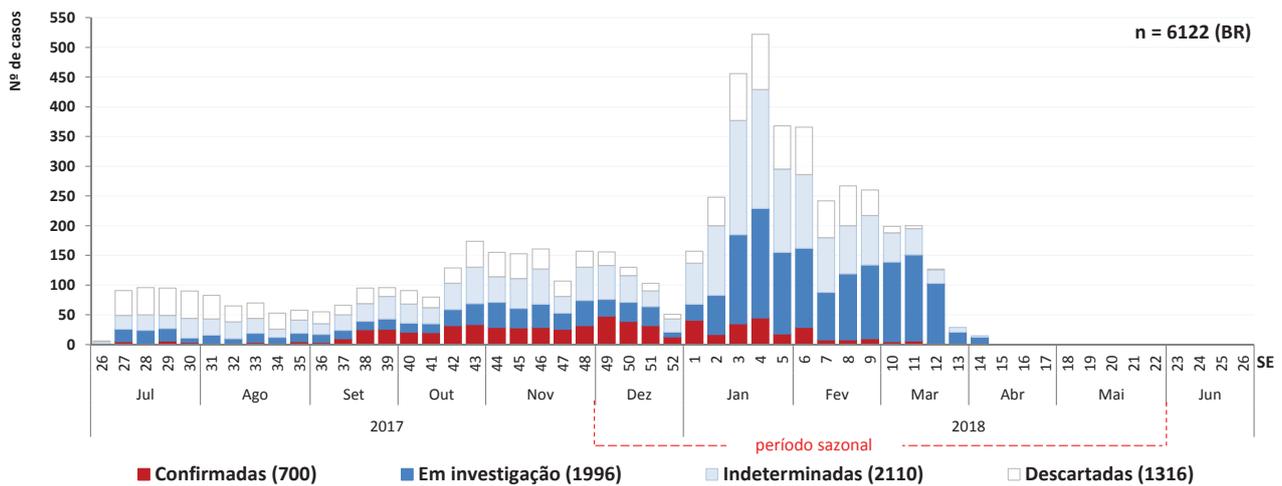
No período de monitoramento 2017/2018 (julho/2017 a junho/2018), até a semana epidemiológica (SE) 14, foram notificadas ao Ministério da Saúde 6.154 epizootias em PNH, das quais 1.338 foram descartadas, 2.113 foram indeterminadas (s/ coleta de amostras), 1.999 permanecem em investigação e 704 foram confirmadas por FA (por laboratório). Foram registradas epizootias de PNH confirmadas no Tocantins [3]; no Mato Grosso [1]; no Espírito Santo (1); no Rio de Janeiro [36], em Minas Gerais [99] e em São Paulo [564], com o maior número de epizootias confirmadas na região Sudeste (99,4%; 700/704) (Tabela 1).

TABELA 1 • Distribuição das epizootias em PNH notificadas à SVS/MS, por UF do local provável de infecção e classificação, monitoramento 2017/2018 (jul/17 a jun/18), Brasil, até a SE 14*.

Região	UF	EPIZOOTIAS NOTIFICADAS	EPIZOOTIAS DESCARTADAS	EPIZOOTIAS INDETERMINADAS	EPIZOOTIAS EM INVESTIGAÇÃO	EPIZOOTIAS CONFIRMADAS
Norte	Acre					
	Amapá					
	Amazonas					
	Pará	83	4	48	31	
	Rondônia	17	1	13	3	
Norte	Roraima	7	1	4	2	
	Tocantins	56	4	42	7	3
Nordeste	Alagoas	35	11	19	5	
	Bahia	408	93	130	185	
	Ceará	6	2		4	
	Maranhão	19		17	2	
	Paraíba	2		1	1	
	Pernambuco	27	6	16	5	
	Piauí					
	Rio Grande do Norte	41	5	13	23	
	Sergipe	9		5	4	
Centro-Oeste	Distrito Federal	72	40	5	27	
	Goiás	200	54	74	72	
	Mato Grosso	47	12	27	7	1
	Mato Grosso do Sul	19		1	18	
Sudeste	Espírito Santo	104	25	21	57	1
	Minas Gerais	1882	205	948	630	99
	Rio de Janeiro	619	338	32	213	35
	São Paulo	2303	536	630	573	564
Sul	Paraná	73	0	23	50	
	Rio Grande do Sul	23	0	13	10	
	Santa Catarina	102	1	31	70	
Total		6154	1338	2113	1999	704

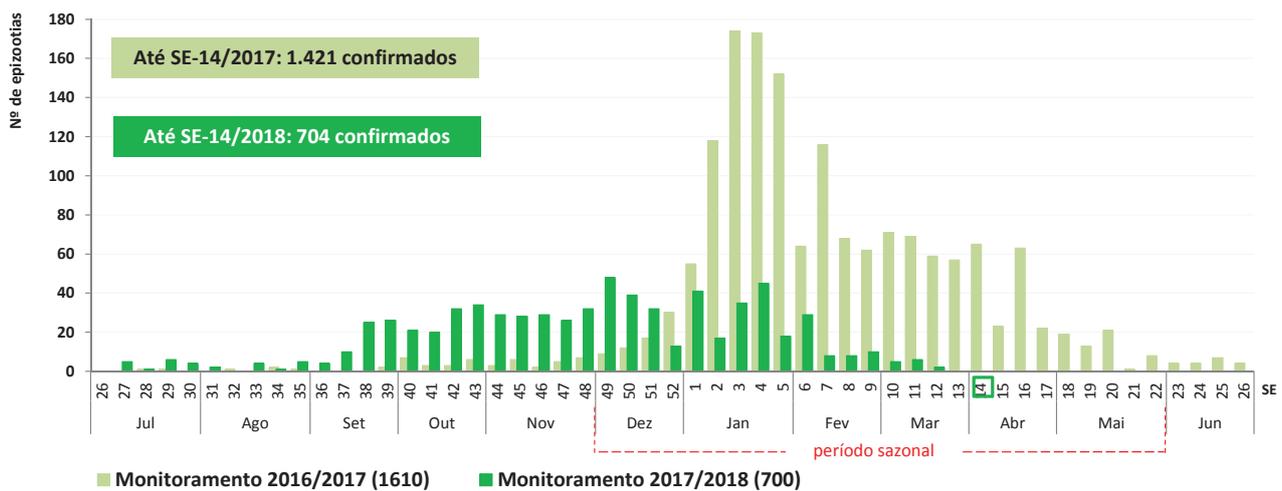
Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à revisão.

A curva epidêmica (Figura 2) evidencia a manutenção da circulação viral no período de baixa ocorrência (junho a setembro), quando as baixas temperaturas e pluviosidade geralmente implicam em condições menos favoráveis à transmissão. Epizootias em PNH confirmadas nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais, detectadas nas mesmas áreas afetadas e proximidades do surto anterior (2016/2017), indicaram a manutenção da transmissão regional e do risco às populações humanas. No período de monitoramento 2016/2017 até a SE 14, foram confirmadas 1.421 epizootias em PNH, das quais 313 por critério laboratorial, enquanto que no período atual (2017/2018) foram confirmadas 704 epizootias (por laboratório) (Figura 3).



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. Dados preliminares e sujeitos à revisão. A data de ocorrência não estava registrada em 32 das notificações.

FIGURA 2 • Distribuição das epizootias em PNH notificadas à SVS/MS, por SE de ocorrência e classificação, período de monitoramento 2017/2018 (jul/17 a jun/18), Brasil, até a SE 14.



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à revisão. A data de ocorrência não estava registrada em quatro das notificações do período de monitoramento 2017/2018 (jul/17 a jun/18).

FIGURA 3 • Distribuição das epizootias em PNH confirmadas à SVS/MS, por SE de ocorrência, nos períodos de monitoramento 2016/2017 (jul/16 a jun/17) e 2017/2018 (jul/17 a jun/18), Brasil, até a SE 14*.

Vigilância de Casos Humanos

A vigilância de casos humanos é feita por meio da notificação de casos com sintomatologia compatível com FA. Todo caso suspeito deve ser prontamente comunicado por telefone, fax ou e-mail às autoridades, (até 24 horas), por se tratar de doença grave com risco de dispersão para outras áreas do território nacional e internacional. É importante preencher a ficha de Investigação, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

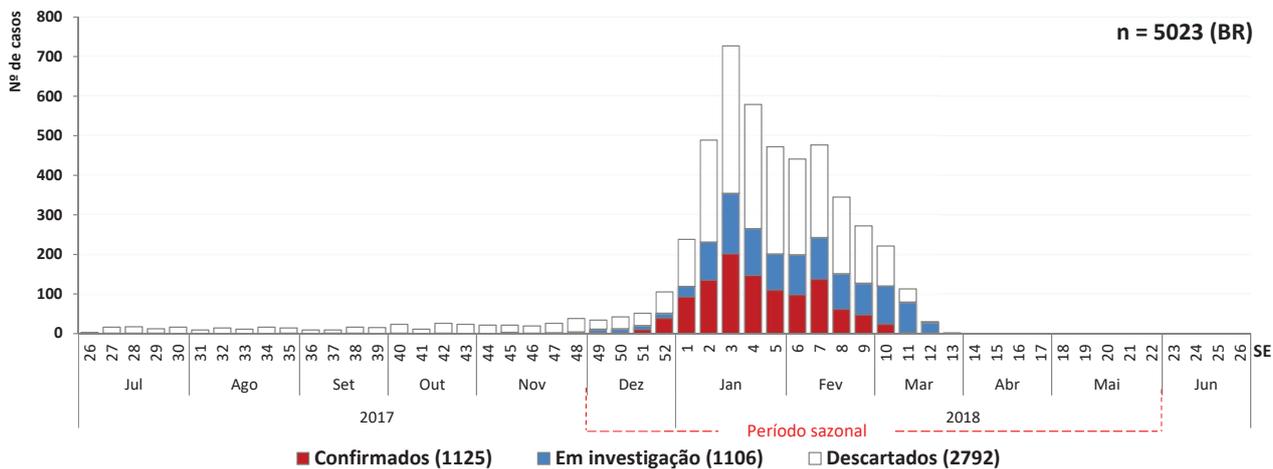
No período de monitoramento 2017/2018 (julho/2017 a junho/2018), até a SE 14, foram notificados 5.052 casos humanos suspeitos de FA, dos quais 2.806 foram descartados, 1.119 permanecem em investigação e 1.127 foram confirmados. Do total de casos confirmados, 331 evoluíram para o óbito (letalidade de 29,4% [331/1.127]). A maior parte dos casos confirmados foi notificada na região Sudeste (99,9% [1.126/1.127]) (Tabela 2).

TABELA 2 • Distribuição dos casos humanos suspeitos de FA notificados à SVS/MS por UF de provável infecção e classificação, monitoramento 2017/2018 (jul/17 a jun/18), Brasil, até a SE 14*.

REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)
Norte	Acre	1	1					
	Amapá	5	2	3				
	Amazonas	7	5	2				
	Pará	42	31	11				
	Rondônia	9	8	1				
	Roraima	3	3					
	Tocantins	17	15	2				
Nordeste	Alagoas	8	2	6				
	Bahia	60	34	26				
	Ceará	4	3	1				
	Maranhão	7	5	2				
	Paraíba	5		5				
	Pernambuco	6	4	2				
	Piauí	9	6	3				
	Rio Grande do Norte	3	2	1				
	Sergipe	2	2					
Centro-Oeste	Distrito Federal	74	44	29	1		1	100,0
	Goiás	65	37	28				
	Mato Grosso	10	8	2				
	Mato Grosso do Sul	13	10	3				
Sudeste	Espírito Santo	115	88	27	5	5	1	16,7
	Minas Gerais	1444	644	320	480	328	152	31,7
	Rio de Janeiro	426	154	85	187	124	63	33,7
	São Paulo	2513	1546	514	453	339	114	25,2
Sul	Paraná	110	98	12				
	Rio Grande do Sul	49	32	17				
	Santa Catarina	45	22	23				
TOTAL	5052	2806	1119	1127	796	331	29,4	

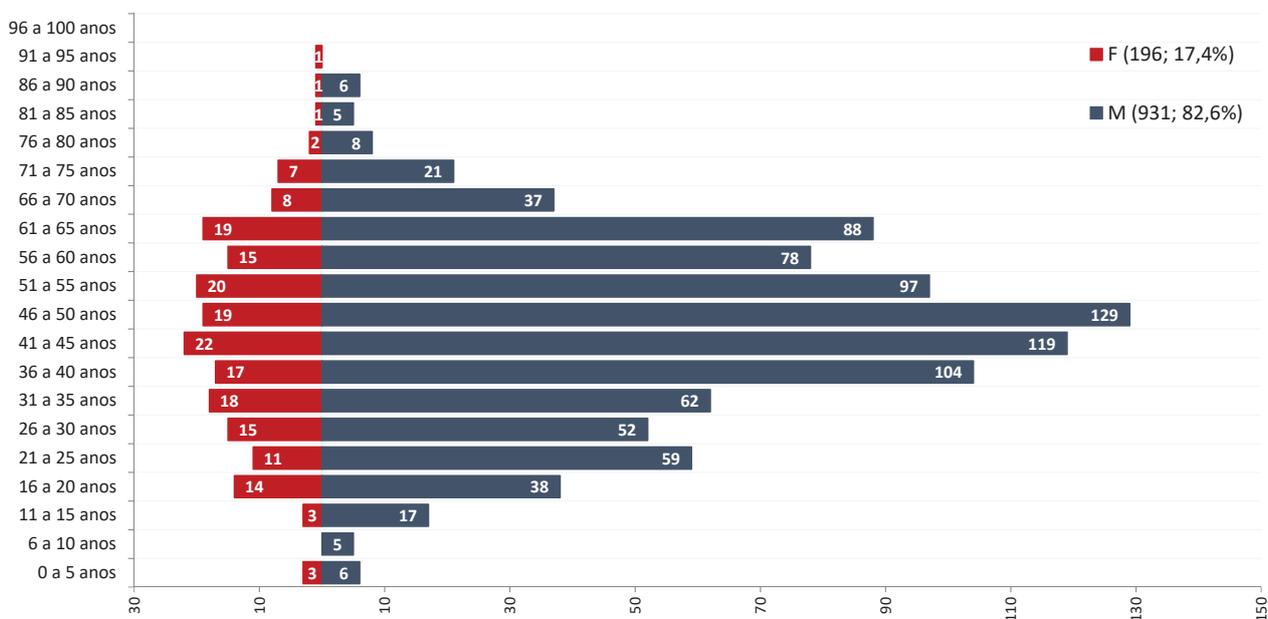
Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à revisão.

O primeiro caso humano confirmado nesse período teve data de início dos sintomas em meados de julho (Figura 4) com local provável de infecção em Guapimirim/RJ, onde epizootias em PNH por FA haviam sido detectadas no mês anterior de ocorrência do caso. 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 5).



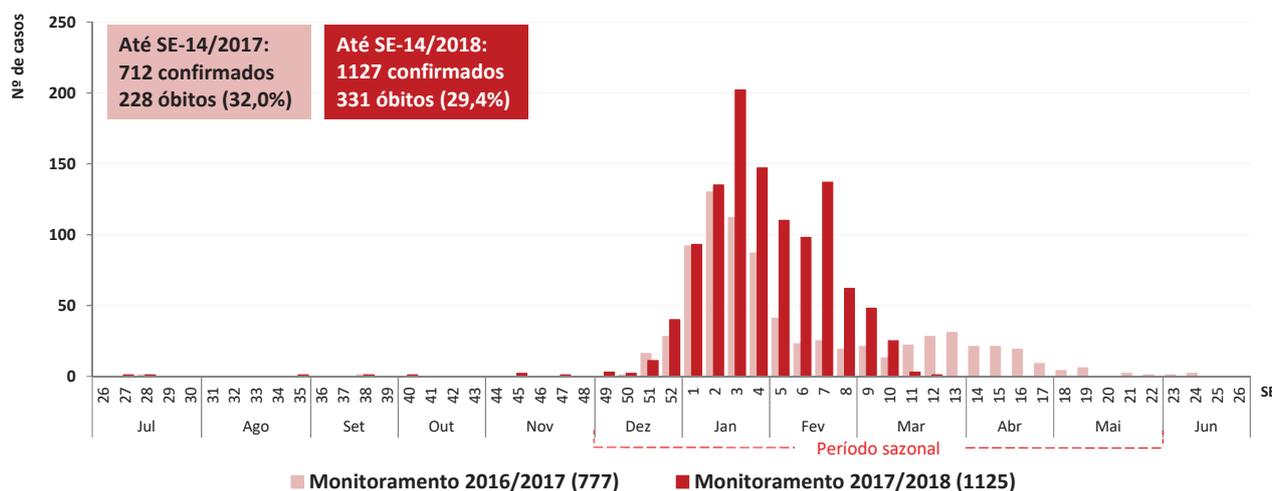
Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. Dados preliminares e sujeitos à revisão. A data de ocorrência não estava registrada em 29 das notificações.

FIGURA 4 • Distribuição dos casos humanos suspeitos de FA notificados à SVS/MS, por SE de início dos sintomas e classificação, monitoramento 2017/2018 (jul/17 a jun/18), Brasil, até a SE 14.



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à revisão.

FIGURA 5 • Distribuição por sexo e faixa etária dos casos confirmados de febre amarela notificados à SVS/MS, período de monitoramento 2017/2018 (jul/17 a jun/18), Brasil, até a SE 14*.



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à revisão. A data de ocorrência não estava registrada em quatro das notificações do período de monitoramento 2017/2018 (jul/17 a jun/18).

FIGURA 6 • Distribuição dos casos confirmados à SVS/MS, por SE de ocorrência, nos períodos de monitoramento 2016/2017 (jul/16 a jun/17) e 2017/2018 (jul/17 a jun/18), Brasil, até a SE 14*.

No período de monitoramento 2016/2017 até a SE 14, foram confirmados 712 casos de febre amarela silvestre, enquanto que no período atual (2017/2018) foram confirmados 1.127 (Figura 6). Em uma comparação preliminar entre o período de monitoramento 2016/2017 e o período mais recente (2017/2018), foi observado que, embora o número absoluto de casos confirmados seja maior no período atual (701 vs. 1.078 incluídos na análise, respectivamente), a incidência de FA por 100.000 habitantes nos municípios com registro de casos humanos confirmados foi menor (6,25 vs. 3,02) (Tabela 3). Esse fato pode ser explicado pela ocorrência mais recentemente da FA em áreas com maior contingente populacional (população sob risco), uma vez que foram afetadas as regiões metropolitanas de Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo. Por outro lado, o número de municípios com casos humanos confirmados foi maior no período mais recente (195) quando comparado com o anterior (132). Entretanto, o maior percentual populacional sob risco no período atual é justamente aquele de áreas recém afetadas (58,1%), onde a vacina não estava recomendada (ASRV), diferentemente do registrado no período anterior (42,9%), o que reforça a importância das estratégias de intensificação e campanhas da vacinação em áreas recém afetadas (ASRV), assim como da intensificação da vacinação seletiva onde a circulação do vírus já foi documentada previamente (ACRV). É importante considerar que parte dos municípios registraram FA apenas em PNH, além da parcela vacinada da população não estar sob risco, de modo que essa comparação preliminar deve ser interpretada com cautela.

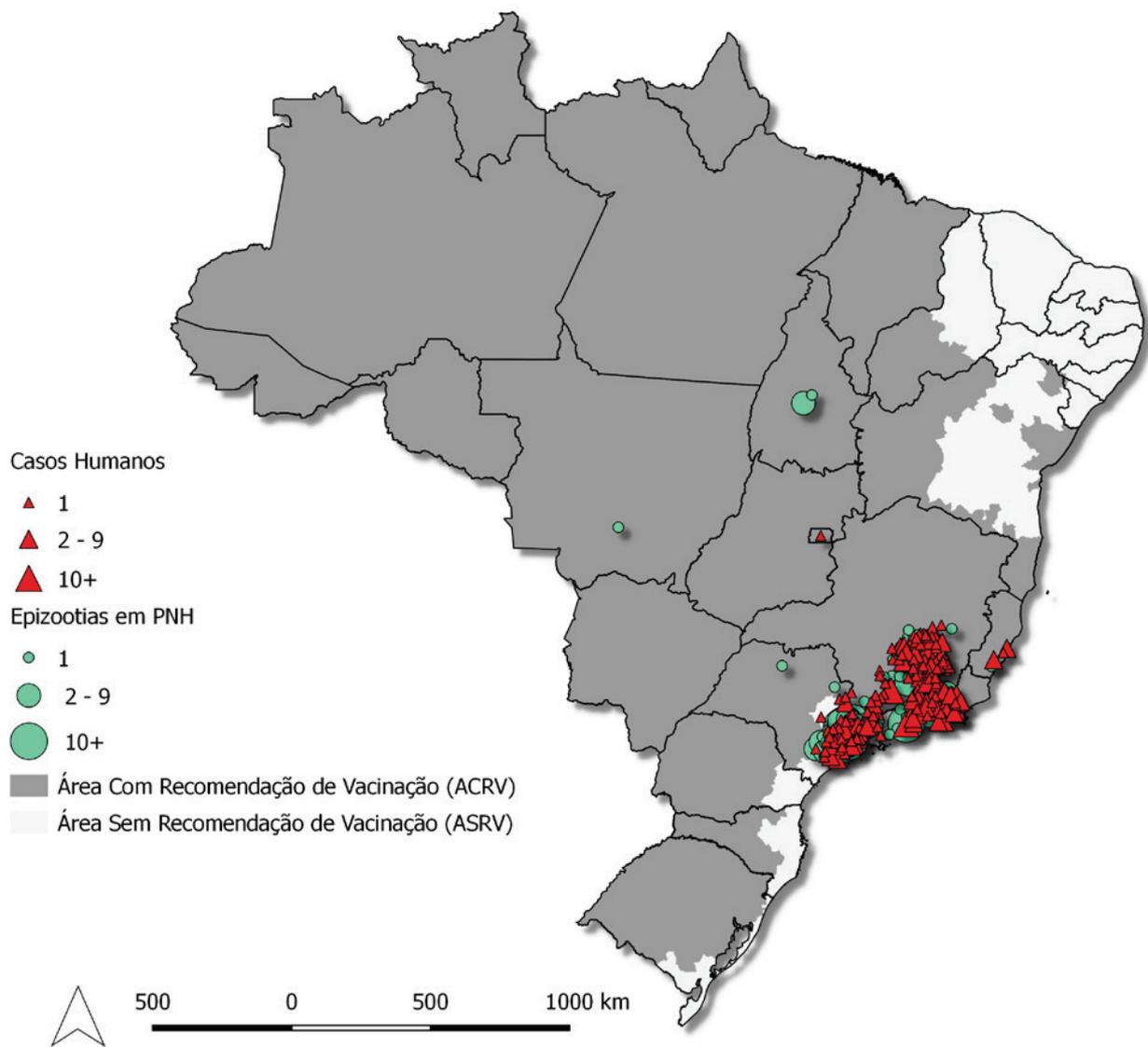
TABELA 3 • Número de casos, municípios afetados, população residente e a incidência da Febre Amarela em municípios com casos humanos confirmados, comparando o período de transmissão 2016/2017 com o mais recente 2017/2018.

	Municípios com casos humanos	População residente	% populacional	Número de casos	Incidência por 100.000 hab.
2016/2017					
ASRV	47	4.816.875	42,9	231	4,80
ACRV	85	6.402.499	57,1	470	7,34
Total	132	11.219.324	100,0	701	6,25
2017/2018					
ASRV	39	20.737.092	58,1	331	1,60
ACRV	156	14.956.238	41,9	747	4,99
Total	195	35.693.330	100,0	1.078	3,02

Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. Foram excluídos os casos que não tinham todas as informações necessárias para compor a análise (2016/2017: 11 casos; 2017/2018: 49 casos).

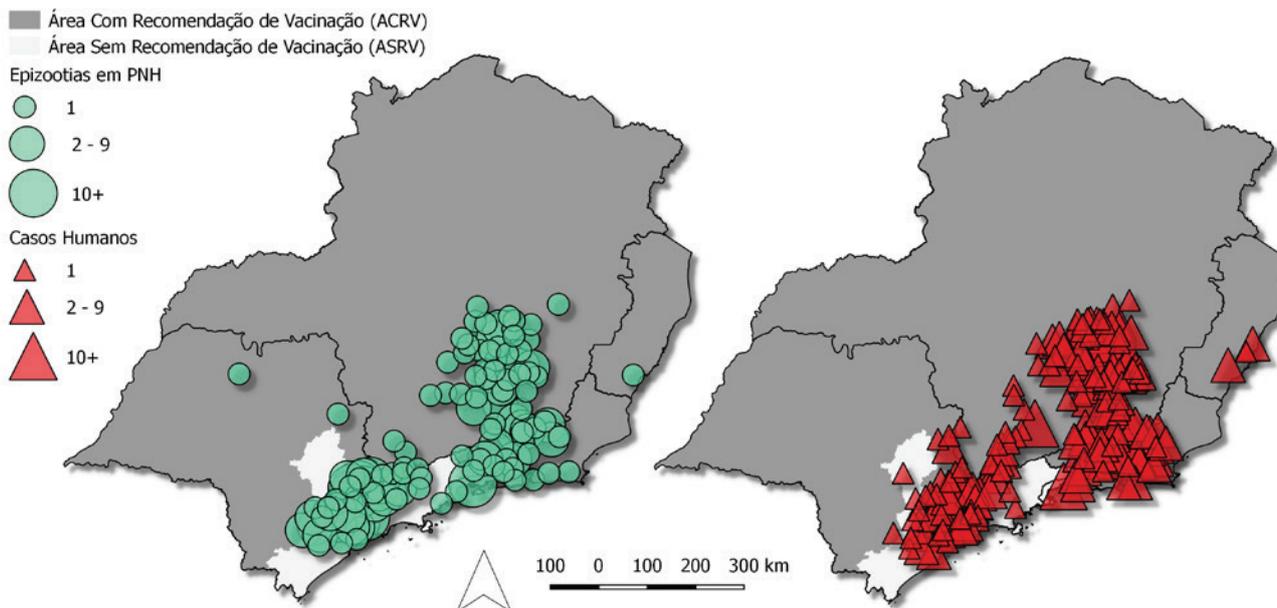
Locais de transmissão (áreas afetadas)

Os casos humanos e epizootias em PNH registrados nesse período de monitoramento estão dispostos em Tocantins, Distrito Federal, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo (Figuras 7 e 8), onde ações de intensificação da vacinação e da vigilância estão em curso. Todos os casos humanos confirmados tiveram LPI em áreas onde foram documentadas epizootias em PNH por FA previamente (Figuras 7 e 8), com exceção do caso confirmado pela SES/DF.



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. Os pontos no mapa estão plotados no centroide do município e não georreferenciados no local de ocorrência do evento.

FIGURA 7 • Distribuição dos casos humanos e epizootias em PNH confirmados para FA, por município do local provável de infecção, monitoramento 2017/2018 (jul/17 a jun/18), Brasil, até a SE 14.



Fonte: CGDT/DEVIT/SVS/MS. Os pontos no mapa estão plotados no centroide do município e não georreferenciados no local de ocorrência do evento.

FIGURA 8 • Distribuição dos casos humanos e epizootias confirmadas para FA, por município do local provável de infecção, Região Sudeste, monitoramento 2017/2018 (jul/17 a jun/18), Brasil, até a SE 14.

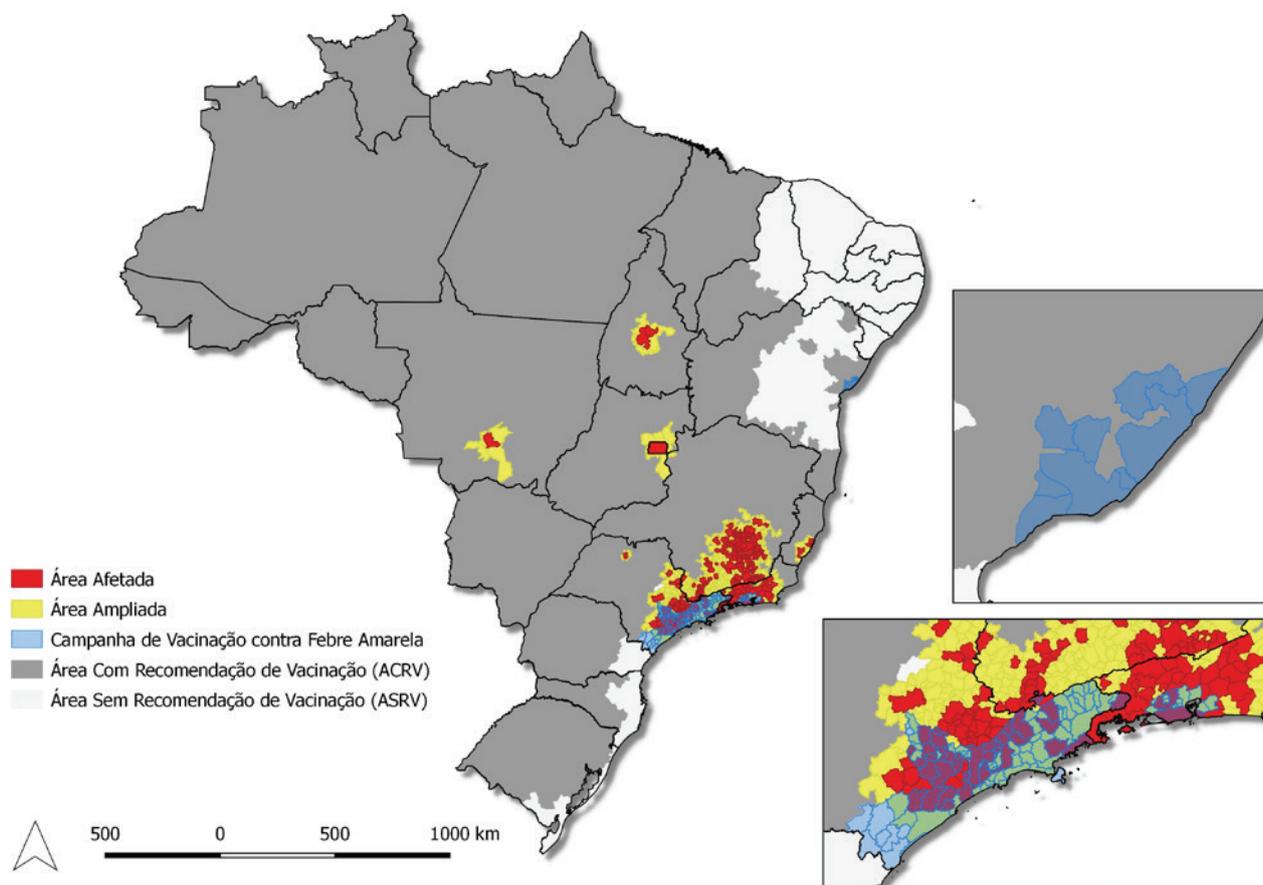


FIGURA 9 • Áreas Com Recomendação de Vacinação, Áreas Sem Recomendação de Vacinação, áreas afetadas e ampliadas e municípios participantes da Campanha de Vacinação contra Febre Amarela.

Vacinação contra febre amarela

Está em andamento uma Campanha de Vacinação contra Febre Amarela, em 77 municípios selecionados dos estados da BA, SP e RJ, a saber: 8 municípios (BA); 54 municípios (SP) e 15 municípios (RJ) (Figura 9).

A Campanha de vacinação tem como objetivo proteger o maior número de pessoas contra a doença para evitar a circulação e expansão do vírus. A meta é alcançar cobertura vacinal de pelo menos 95% da população elegível, cerca de 22,7 milhões de pessoas. O público-alvo para vacinação é constituído por pessoas a partir de 9 (nove) meses de idade, sem comprovação de vacinação, residentes nos municípios definidos. A campanha teve início no dia 25 de janeiro nos estados do RJ e SP e no estado da BA iniciou no dia 19 de fevereiro. O estado da BA encerrou a Campanha dia 09 de março, SP encerrou dia 16 de março e RJ está com a Campanha em curso, no entanto, as ações de vacinação continuam visando garantir o alcance da meta estabelecida.

Para essa estratégia está sendo utilizada a vacina febre amarela em dose padrão (0,5 mL) e dose fracionada (0,1 mL), ou seja, a utilização de um quinto (1/5) de uma dose padrão (0,5 mL). Ressalta-se que essa medida está em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), por ser em curto prazo de tempo e em áreas populosas com risco de expansão da doença.

O Ministério da Saúde, de janeiro a abril de 2018, encaminhou às Unidades Federadas o quantitativo de aproximadamente 24,1 milhões de doses da vacina Febre Amarela. Para os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia foram enviados cerca de 18,4 milhões de doses para a Campanha de Vacinação contra Febre Amarela, a saber: 13,4 milhões (SP), 4,7 milhões (RJ) e 300.000 mil (BA).

Segundo dados preliminares, os estados do RJ e BA antes de iniciar a Campanha de Vacinação já tinham vacinados, cerca de 4,1 milhões de pessoas. O estado de São Paulo está revisando as doses acumuladas antes da Campanha para posterior atualização. Considerando o total de doses acumuladas e doses da Campanha, Rio de Janeiro vacinou cerca de 4,8 milhões de pessoas e Bahia vacinou 1,8 milhões. O estado de São Paulo durante a Campanha vacinou cerca de 6,6 milhões de pessoas. As coberturas vacinais destes estados correspondem a 40,92%, 55,03% e 52,45%, respectivamente. Importante ressaltar que o estado de São Paulo ampliou a vacinação de forma gradativa, de acordo com as etapas 1, 2 e 3 (Tabela 4).

TABELA 4 • Dados de doses acumuladas e de doses da Campanha de Vacinação contra Febre Amarela, informados pelos estados da Bahia, São Paulo e Rio de Janeiro. Brasil, até a SE 14*.

Unidade Federada	Doses distribuídas	Nº de Municípios	População Alvo	Doses acumuladas anteriormente à campanha	Estimativa de não vacinados	Doses aplicadas durante a campanha				Total de doses aplicadas (acumulada + campanha)	Cobertura vacinal atualizada (%)		
						Padrão (0,5ml)	% de vacinados	Fracionada (0,1ml)	% de vacinados			Total	%
Bahia	300.000	8	3.662.802	1.800.000	1.553.996	4.370	0,54	46.023	1,81	50.393	1,50	1.850.393	55,03
São Paulo (1ª Etapa)	4.000.000	54 com SP capital	13.232.022	3.692.246	9.539.779	224.543	8,66	5.057.399	65,00	5.281.942	39,92	8.974.188	67,82
São Paulo (2ª Etapa)	4.000.000	53 com SP capital	10.244.025	2.871.639	7.410.342	336.147	3,28	787.783	7,69	1.123.930	10,97	3.995.569	39,00
São Paulo (3ª Etapa)	1.300.000	São Paulo capital	1.250.736	Sem informação**	1.250.736	-	-	-	-	-	-	-	-
Rio de Janeiro	4.700.000	15	11.735.582	3.304.700	8.430.882	68.553	2,72	1.429.287	18,91	1.497.840	12,76	4.802.540	40,92
Total	18.400.000	130	38.165.134	13.863.885	28.185.735	633.613	10,69	7.320.492	40,93	7.954.105	20,84	21.817.990	57,17

*São Paulo recebeu 4.100.000 doses da vacina FA anteriormente à Campanha que estão somadas ao total de doses distribuídas para a campanha.

**São Paulo deu início à 3ª Etapa a partir de março/18 . Sem informação até o presente momento

Fonte: planilha excel enviada em 19.03.2018 pelo Estado da Bahia. Em 27.03.18, pelo Estado de São Paulo e em 26.03.18 pelo Estado do Rio de Janeiro.

Considerando o histórico epidemiológico da doença no país, com base nas evidências registradas até junho de 2017, a área com recomendação de vacinação (ACRV) passou a ser considerada conforme a classificação na Figura 9. As áreas afetadas (em vermelho no mapa) indicam os municípios com transmissão ativa durante o período de monitoramento atual (2017/2018) e, somadas às áreas ampliadas (em amarelo), indicam as áreas de risco, onde as ações de vigilância e resposta são prioritárias.

Eventos Adversos Pós-Vacinação Febre Amarela

Os Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV) são qualquer ocorrência médica indesejada após a vacinação e que, não necessariamente, possui uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico. Podem ser classificados como Eventos Adversos Graves (EAG) quando necessitam de hospitalização por pelo menos 24 horas, ocasionam sequelas, anomalia congênita, risco de morte ou morte e Eventos Adversos Não Graves (EANG), que são aqueles que não estão incluídos nos EAG.

A vacina febre amarela é reconhecidamente uma das vacinas mais eficazes e seguras, entretanto, EAG tem sido notificados e estão relacionados a disseminação do vírus vacinal.

A seguir, estão descritos os EAPV febre amarela notificados com a dose padrão (0,5 mL) e dose fracionada (0,1mL) durante o período da Campanha.

Resultados Dose Padrão – Campanha

No período de 25 de janeiro a 01 de abril deste ano foram notificados 1070 EAPV nos estados da BA, RJ e SP com a dose padrão da vacina febre amarela, sendo 38 (3,6%) na BA, 339 (31,6%) no RJ e 693 (64,8%) em SP. Dos 1070 EAPV notificados, 301 (28,1%) estão como EAG, 55 (18,2%) no RJ e 246 (81,8%) em SP. Os dados apresentados referentes a dose padrão são casos notificados e ainda se encontram em investigação para conclusão, sendo passíveis de alterações.

Resultados Dose Fracionada – Campanha

No período de 25 de janeiro a 01 de abril deste ano foram notificados 814 EAPV nos estados do RJ e SP com a dose fracionada da vacina febre amarela, sendo 152 (18,7%) no RJ e 662 (81,3%) em SP. Não houve notificação, pelo estado da BA, de nenhum caso de EAPV com a dose fracionada da vacina febre amarela no período acima citado. Quanto a gravidade, ocorreram 128 EAG, 24 (18,7%) no RJ e 104 (81,3%) em SP. Os dados apresentados referentes a dose fracionada são casos notificados e ainda se encontram em investigação para conclusão, sendo passíveis de alterações.

GLOSSÁRIO

Área Com Recomendação 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 de Vacinação Parcial (ACRP): Área afetada quando registrada em regiões metropolitanas, com grandes centros urbanos e elevados contingentes populacionais, para efeito de priorização das populações sob maior risco e priorização da vacinação para bloqueio de foco.

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

Área ampliada: Municípios contíguos 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 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 os da Dengue, Zika, Saint Louis e do Oeste do Nilo, além do vírus vacinal da FA, em virtude da elevada frequência de reações inespecíficas e/ou cruzadas entre esses arbovírus.

Em caso de divergência entre diferentes técnicas laboratoriais para a mesma amostra/animal/paciente/evento e na ausência de elementos clínicos e epidemiológicos compatíveis, a avaliação deve ser feita caso a caso, em conjunto entre as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde, considerando sobretudo a necessidade de recursos e insumos para o desencadeamento de ações de resposta, divulgação e comunicação internacional.

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.

Definição de caso suspeito de FA mais sensível para aplicação em nível focal: Em situações de surto, recomenda-se adequar a definição de caso suspeito, tornando-a mais sensível em nível focal para detectar o maior número possível de casos, levando-se em conta o amplo espectro clínico da doença. Essa estratégia deve ser adotada com cautela e em nível focal, em função da elevada incidência e prevalência de outras flavivirose de ocorrência urbana e que apresentam similaridade clínica e reações cruzadas em alguns exames diagnósticos.

Estratégias de busca ativa: Os casos suspeitos captados a partir de estratégias de busca ativa devem trazer essa informação, para fins de avaliação adequada do sistema de vigilância e descrição clínica e epidemiológica dos eventos.

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 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:

- **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.
- **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).
- **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).
- **Epizootia em primata não-humano indeterminada:** Informação sobre o adoecimento ou morte de macaco, com histórico consistente, sem coleta de amostras para diagnóstico laboratorial. Incluem-se nessa classificação aqueles eventos com histórico consistente em que o animal não foi avistado ou foi encontrada a ossada ou carcaça em decomposição, sem amostra disponível para o diagnóstico laboratorial.
- **Epizootia em primata não-humano descartada:** Epizootia em primatas não humanos com resultado laboratorial negativo para FA ou com confirmação por outras causas.