



Boletim Epidemiológico da Febre Amarela

Nº 02

25/09/2018

Caso Suspeito

Indivíduo com quadro febril agudo (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente em (ou procedente de) área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootia confirmada em primatas não humanos ou isolamento de vírus em mosquitos vetores, nos últimos 15 dias, não vacinado contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

Coleta de Amostras para Exame Laboratorial

Virologia

Sangue (Soro): 0 - 5 dias após o início dos sintomas.

Tecidos (óbito): 8 - 24 horas após o óbito.

Conservação/Transporte: gelo seco ou congelado a - 70°C

Sorologia

1ª amostra (IgM/IgG): após 5 - 7 dias do início dos sintomas.

2ª amostra (IgG): 14ª - 30ª dias do início dos sintomas.

EVENTO DE NOTIFICAÇÃO IMEDIATA (EM ATÉ 24h)

O NRS Leste concentrou o maior número de casos suspeitos (25,9%), com destaque para o município de Salvador, responsável por 24,1% das notificações (Figura 1). Apenas a Região de Saúde Norte não notificou caso suspeito de Febre Amarela.

Do total de casos notificados, **10** (17,2%) evoluíram para óbito. Destes, **01** foi confirmado como evento adverso pós-vacinal (Santo Estevão), **06** descartados para FA e **03** continuam em investigação.

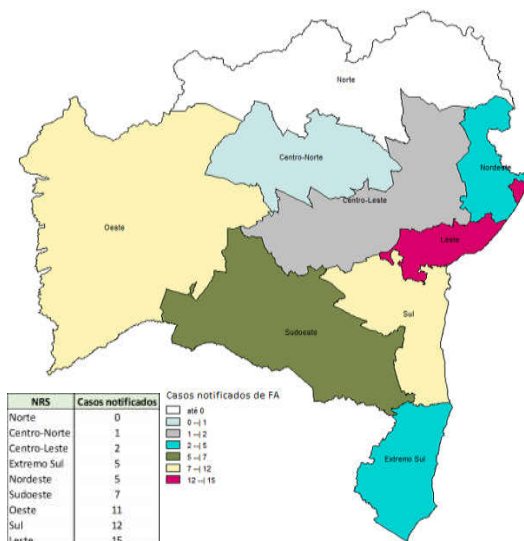
O maior percentual dos casos notificados ocorreu na faixa etária de 30 a 49 anos (19%), com mediana de idade de 32 anos (variação de 01 a 73 anos). A partir da estratificação dos casos notificados por sexo, foi observado maior ocorrência entre homens, correspondendo a 72,4% dos casos (42/58).

A **Febre Amarela (FA)** é uma doença febril aguda, de grande importância epidemiológica por sua gravidade clínica e potencial de disseminação. O agente etiológico é um arbovírus da família *flaviviridae*. No Brasil, os principais vetores da **Febre Amarela Silvestre (FAS)** são culicídeos dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*, de hábitos estritamente silvestres. Os primatas não humanos (PNH) são hospedeiros naturais, e o homem não imunizado entra no ciclo de transmissão acidentalmente. Na **Febre Amarela Urbana (FAU)** o *Aedes aegypti* é o principal vetor. O homem é o único hospedeiro de importância epidemiológica (Brasil, 2016).

No Brasil, no período de monitoramento anual (julho de 2017 a junho de 2018), foram notificados **5.131** casos humanos suspeitos de FA. Destes, foram confirmados **1.157** casos. Do total de casos confirmados, **342** evoluíram para óbito, representando letalidade de 29,6%. No mesmo período, foram notificados **58** casos suspeitos de FA com Local Provável de Infecção (LPI) na Bahia. Segundo a classificação, **01** (1,7%) foi confirmado como evento adverso pós-vacinal; **44** (75,9%) foram descartados para FA (exames laboratoriais para FA negativos; sinais e sintomas incompatíveis ou confirmação laboratorial para outro agravo) e **13** (22,4%) encontram-se em investigação (Tabela 1).

O caso confirmado como evento adverso pós-vacinal apresentou sintomatologia após vacinação contra Febre Amarela, com exame laboratorial RT-PCR detectável para vírus amarelo de origem vacinal. Este paciente era residente do município de Santo Estevão/Bahia e evoluiu para óbito.

Figura 1. Distribuição espacial dos casos humanos suspeitos de Febre Amarela, segundo local provável de infecção - NRS. Bahia, jun./2017 a jul./2018.*



Fonte: Planilha Paralela Gt Arboviroses/DIVEP; SINAN Net

* Dados até 31/07/2018 conforme recomendação do Ministério da Saúde

Tabela 1- Monitoramento de casos humanos suspeitos de Febre Amarela, LPI* Bahia. 2017 -

Municípios	Notificados	Confirmados	Descartados	Investigação
Alagoinhas	1	0	1	0
Barreiras	1	0	1	0
Bom Jesus da Lapa	1	0	1	0
Botuporã	1	0	1	0
Canápolis	1	0	1	0
Eunápolis	2	0	2	0
Fátima	1	0	1	0
Feira de Santana	1	0	1	0
Guanambi	1	0	0	1
Ibiassucê	1	0	0	1
Ibotirama	1	0	1	0
Iguaí	1	0	1	0
Inhambupe	1	0	0	1
Itabuna	1	0	1	0
Jacobina	1	0	1	0
Jequié	1	0	1	0
Lauro de Freitas	1	0	1	0
Macarani	1	0	1	0
Manoel Vitorino	1	0	1	0
Matina	1	0	0	1
Medeiros Neto	1	0	1	0
Novo Triunfo	1	0	1	0
Olindina	1	0	1	0
Porto Seguro	2	0	1	1
Riacho de Santana	1	0	1	0
Salvador	14	0	8	6
Santa Maria da Vitória	4	0	3	1
Santa Rita de Cássia	1	0	1	0
Santo Estevão***	1	1	0	0
São Félix do Coribe	1	0	1	0
Sítio do Mato	1	0	0	1
Wenceslau Guimarães	9	0	9	0
TOTAL	58	1	44	13

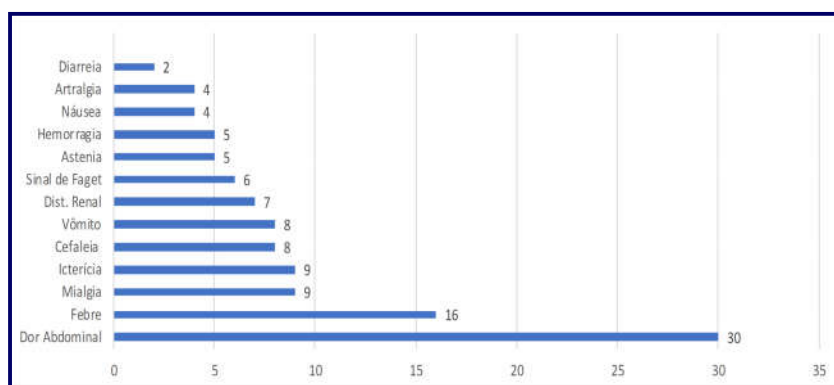
Fonte: Planilha de monitoramento Gt Arboviroses/Divep; SINAN Net

*LPI: Local Provável de Infecção

** Período de monitoramento: junho/2017 a julho/2018

*** Caso de Santo Estevão: Vírus vacinal confirmado (EAPV)

Figura 2. Frequência dos principais sinais e sintomas dos casos suspeitos de Febre Amarela. Bahia, jun./2017 a jul./2018*.



Entre os casos notificados, os principais sintomas descritos foram: dor abdominal (51,7%), febre (27,6%), mialgia e icterícia (ambos com 15,5%) (Figura 2).

Vale ressaltar que não houve registro de febre em 72,4% dos casos notificados como FA (42/58).

Fonte: DIVEP/SUVISA - Banco Paralelo 2018 *Dados até 31/07/2018 conforme recomendação do Ministério da Saúde

CENÁRIO DAS EPIZOOTIAS NO ESTADO DA BAHIA

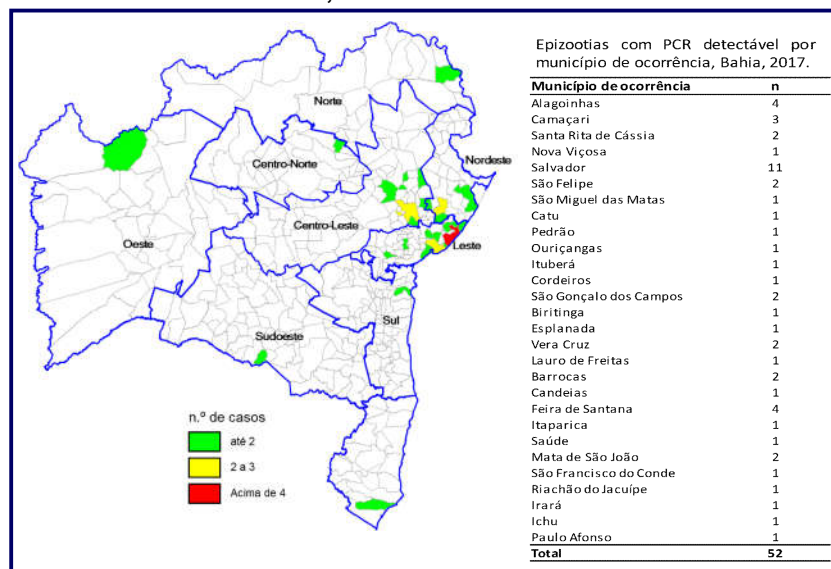
A vigilância das epizootias em Primatas Não Humanos (PNH) tem como objetivo prever o risco de ocorrência de casos humanos de Febre Amarela, através da identificação precoce da circulação viral na população de PNH mortos ou doentes. No estado da Bahia, em 2017, foram notificadas **792** epizootias de PNH. Analisando a circulação viral, observa-se que 28 municípios registraram notificação de epizootia em PNH com RT-PCR detectável para vírus amarelo. Ressalta-se que, no município de Cordeiros, houve registro de epizootia com RT-PCR e imuno-histoquímica positiva para vírus amarelo. A distribuição espacial dos resultados laboratoriais em amostras de PNH (RT-PCR) indica a circulação do vírus amarelo nas diferentes Regiões de Saúde do Estado da Bahia (Figura 3). Destaca-se que do total de municípios com indicação da circulação viral em PNH, apenas 03 municípios notificaram casos suspeitos de Febre Amarela Humana, no período do monitoramento (Feira de Santana, Salvador e Santa Rita de Cássia).

Em 2018, até a SE 27, foram notificadas **691** epizootias no Estado da Bahia. No período analisado, foram notificadas epizootias em 127 municípios. Não houve resultado laboratorial positivo para vírus amarelo em nenhuma amostra de PNH examinada até o momento.

Com relação ao gênero dos PNH acometidos, no ano de 2018, foram registradas 114 epizootias em *Callithrix sp.*, 02 epizootias em *Alouatta sp.* e 01 epizootia em *Saimiri sp.*. Não houve registro do gênero em 574 epizootias notificadas.

Com relação à distribuição espacial das epizootias notificadas, verifica-se maior número de epizootias em PNH notificadas nos municípios das macrorregiões Leste (n=446) e Centro Leste (n=140). No período analisado, foram notificadas apenas 09 epizootias em municípios da macrorregião Centro-Norte e 10 epizootias em municípios da macrorregião Extremo-Sul. De forma similar, diferente do esperado, diferentes municípios das macrorregiões Oeste e Sudoeste foram silenciosos quanto às notificações de epizootias, no período analisado. Vale ressaltar que estas macrorregiões fazem fronteira com unidades federadas que registraram surto de Febre Amarela em 2017 (Minas Gerais e/ou Espírito Santo).

Figura 3. Distribuição espacial dos casos notificados de Epizootias com RT - PCR detectável para Febre Amarela em Primatas Não Humanos. Bahia, 2017.



Fonte: DIVEP/SUVISA - Banco Paralelo 2018 * Dados até SE

EPIZOOTIAS

Epizootia suspeita de FA

Primata não humano, de qualquer espécie, encontrado doente ou morto (incluindo ossadas) SEM CAUSA ESCLARECIDA, em qualquer local do território nacional.

Epizootia confirmada de FA

Morte de primata não humano, de qualquer espécie, com confirmação de FA, por isolamento de vírus ou outra evidência laboratorial.

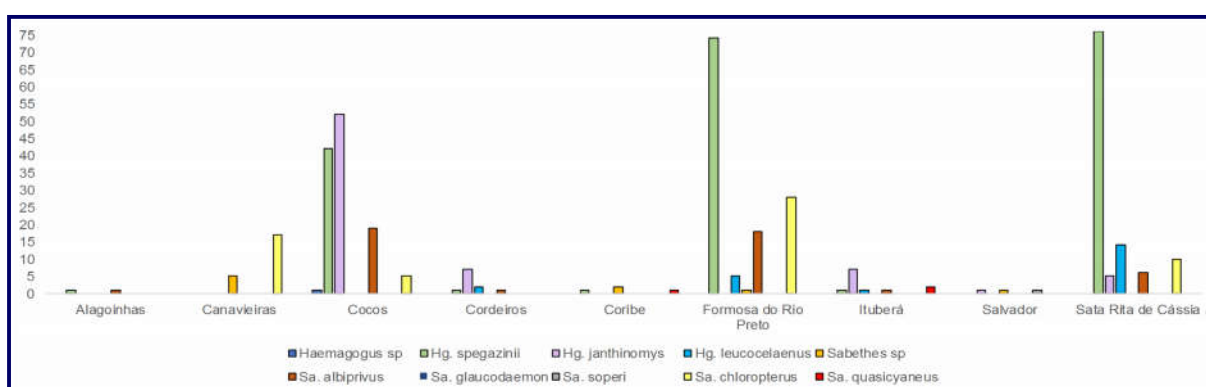
ENTOMOLOGIA

A Entomologia em saúde pública é de grande relevância para vigilância da Febre Amarela. A pesquisa da circulação do vírus amarelo em culicídeos permite prever o risco da ocorrência de casos humanos e epizootias, e estabelecer vínculo epidemiológico em casos de Febre Amarela, subsidiando a definição do local provável de infecção.

No Estado da Bahia, em 2017, foram capturados culicídeos com importância epidemiológica na transmissão do vírus amarelo (*Haemagogus spegazzinii*; *Hg. janthinomys*; *Hg. leucocelaenus*; *Sabethes soperi*, *Sa. chloropterus*, *Sa. albiprivus* e/ou *Sa. quasicyaneus*), nos municípios de Cocos, Coribe, Alagoinhas, Formosa do Rio Preto, Santa Rita de Cássia, Salvador, Ituberá, Cordeiros e Canavieiras, indicando a dispersão de espécies com comprovada capacidade vetorial e, consequentemente, alta receptividade para circulação viral em áreas silvestres das diferentes regiões do território baiano (Figura 4). Em relação à virologia, ressalta-se o resultado positivo para vírus amarelo em amostras de *Hg. janthinomys* capturados no município de Cordeiros (macrorregião Sudoeste), em abril de 2017.

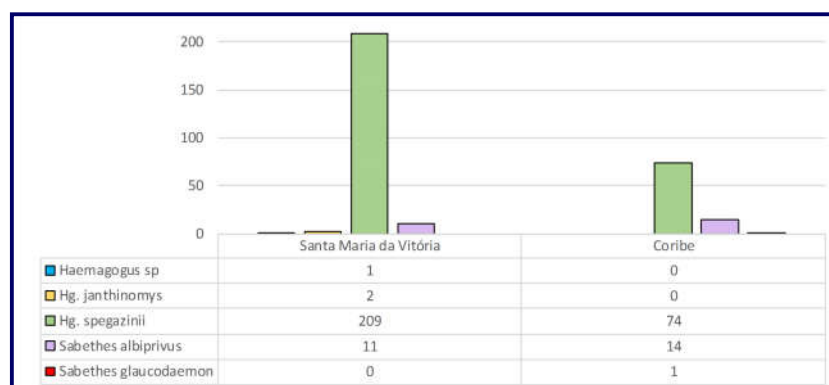
Em 2018, até o mês de março, foram identificados culicídeos das espécies *Haemagogus spegazzinii*, *Haemagogus janthinomys*, *Sabethes albiprivus* e *Sabethes glaucodaemon* nos municípios de Coribe e Santa Maria da Vitória (macrorregião Oeste) (Figura 5). Até o momento, não foram publicados resultados laboratoriais referentes a pesquisa de arbovírus em amostras dos vetores capturados em 2018.

Figura 4. Distribuição de vetores de importância epidemiológica para transmissão da FAS. Bahia, 2017*.



Fonte: Lab. Entomologia - Arbovirologia - IEC/SVS/MS * Dados parciais, sujeitos a alteração

Figura 5. Distribuição de vetores de importância epidemiológica para transmissão da FAS. Bahia, 2018*.



Fonte: Lab. Entomologia - Arbovirologia - IEC/SVS/MS - Dados parciais, sujeitos a alteração

Em abril de 2017, o Ministério da Saúde, seguindo recomendação da OMS, reconheceu uma dose da vacina contra FA como sendo suficiente para garantir proteção por toda a vida, e passou a adotar no país o esquema de dose única (0,5ml) a partir dos 09 meses de idade (Nota Informativa 94/2017).

Atualmente, a área considerada com recomendação da vacina contra FA (ACRV) no Estado da Bahia envolve 178 municípios. De acordo com o SIPNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, desde janeiro de 2017, quando foi iniciada a intensificação vacinal, à junho de 2018, a cobertura vacinal (CV) em todo o Estado da Bahia foi de 67%.

EXPEDIENTE

Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP
Jeane Magnavita da Fonseca Cerqueira

Coordenação de Doenças de Transmissão Vetorial - CODTV
Gabriel Muricy Cunha

Equipe Técnica: Bruna Drummond - Marcelo Medrado - Luciana Bahiense - Silvia Letícia - Énio Soares - Antônio Carlos Bandeira - Jailton Batista - Wellington Sacramento - Simone Lordello - José Melo - Renato Freitas.

Contribuição: Ramon Saavedra

Revisão: Gabriel Muricy Cunha e Akemi Erdens

(71) 3116.0047/3116.0029 (GT ARBOVIROSES) -

divep.arboviroses@saude.ba.gov.br