



! Comunicado breve

Febre Amarela em MG, 2017

Daniela Caldas Teixeira - Residente de Infectologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG

Gabriela Araujo Costa - Pediatra, Infectologista - Diretora Adjunta de Comunicação da Sociedade Mineira de Pediatria - Professora Assistente do Núcleo de Pediatria da Faculdade de Medicina do UNIBH

Aline Bentes - Pediatra, Infectologista - Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG

Introdução: A Febre Amarela (FA) é uma **doença febril aguda, não contagiosa**, causada por um arbovírus transmitido pela picada de mosquitos. Sua letalidade pode variar de 5% em formas oligossintomáticas a 50% em casos graves.

Transmissão: No ciclo silvestre, os macacos são os principais hospedeiros e amplificadores dos vírus, porém, **não são transmissores da doença**. Os vetores são mosquitos de hábitos estritamente silvestres (*Haemagogus* e *Sabethes*) e o homem participa como um hospedeiro acidental ao adentrar em matas sem imunização e proteção devidas. No ciclo urbano, o homem é o único hospedeiro com importância epidemiológica e a transmissão ocorre a partir de *Aedes aegypti* infectados.

Período de incubação: Três a seis dias, podendo se estender até 15 dias.

Período de transmissibilidade: A viremia humana dura no máximo sete dias, habitualmente entre 48 horas antes do início da doença até cinco dias de sintomas, período no qual o homem pode infectar mosquitos transmissores. Os mosquitos contaminados passam a transmitir a doença cerca de nove a 12 dias após sua contaminação e durante toda sua vida (em média, 30 dias).

Epidemiologia: Em Minas Gerais, o último caso humano autóctone de FA silvestre havia ocorrido em 2009, no município de Ubá. Porém, até a semana epidemiológica 05/2017, foram notificados mais de **800 casos suspeitos**, sendo 184 confirmados e 60 óbitos associados à doença.

Quadro Clínico: O quadro típico tem evolução bifásica (período de infecção e de intoxicação); inicia-se com febre alta, calafrios, cefaleia intensa, mialgias, prostração, náuseas e vômitos (período de infecção), durando cerca de 3 dias, seguido de remissão da febre e melhora dos sintomas, com duração máxima de 2 dias. Cerca de 90% dos casos evoluem para cura, enquanto 10% apresentarão, após o período de remissão, a forma grave (período de intoxicação), caracterizada por retorno da febre, insuficiência hepática e renal e resposta inflamatória exacerbada, ocasionando choque e disfunção de múltiplos órgãos. É uma doença dinâmica, com possibilidade de piora importante em período de horas ou dias, o que justifica a vigilância contínua do paciente.

Tabela 1 – Classificação Clínica da FA

Forma clínica	Características
Leve	Febre, cefaleia e mialgia , de início súbito, com duração de até 7 dias, acompanhados ou não de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: lombalgia, mal-estar, calafrios, náuseas, tonteadas.
Moderada	Manifestações clínicas da forma leve associadas a icterícia e elevação de aminotransferases , colúria, congestão conjuntival e facial, podendo apresentar hemorragia leve (gengivorragias e epistaxe).
Grave	Além da sintomatologia das formas anteriores em maior intensidade , manifesta-se com dor abdominal, comprometimento hemodinâmico, alteração do nível de consciência, disfunção hepática, hemorragia sistêmica, insuficiência renal aguda , na maioria das vezes evoluindo para o coma seguido de óbito.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG), 2017.

Caso suspeito: Todo paciente, **independente do estado vacinal**, com **febre de início súbito**, com duração de **até sete dias**, acompanhada de dois ou mais dos seguintes sintomas: cefaleia, dor abdominal, mialgia, lombalgia, mal-estar, calafrios, náuseas, tonteados, **icterícia** e/ou **manifestações hemorrágicas**, sendo **residente ou procedente** nos últimos 15 dias de região com presença de casos confirmados da doença, mortes de macacos ou isolamento do vírus amarelo em vetores. A retirada do critério de vacinação da definição de caso suspeito deve-se ao fato de alguns indivíduos terem apresentado quadro clínico compatível com febre amarela apesar do relato ou comprovação de vacinação.

A lista dos municípios de Minas Gerais que representam áreas de risco encontra-se disponível no site www.saude.mg.gov.br/febreamarela

Diagnóstico: A sorologia pelo método de Mac Elisa pesquisa os anticorpos contra FA e deve ser solicitada a partir do sexto dia de doença. Já o isolamento viral detecta o vírus e deve ser solicitado entre primeiro e quinto dias de sintomas.

Tratamento: Não existe tratamento específico para a doença. Dessa forma, o **tratamento suportivo** visa atenuar sintomas. O paciente que preenche a definição de caso suspeito deve ser hospitalizado e receber cuidadosa assistência, permanecendo em repouso, com reposição de líquidos e realização periódica de exames laboratoriais, conforme a gravidade do quadro. Sinais vitais, estado de hidratação e a presença de sangramentos devem ser continuamente monitorados. Nas formas graves, o paciente deve ser atendido em Unidade de Terapia Intensiva, com vista a reduzir as complicações e o risco de óbito.

A alta hospitalar deve ocorrer após sete dias do início do quadro, se o paciente apresenta melhora clínica e laboratorial e está a mais de 72h sem febre.

Prevenção: Medidas de proteção pessoal devem adotadas quando existe possibilidade de exposição ao vetor, tais como: utilização de roupas que promovam cobertura adequada de membros e pescoço, além de calçados fechados, preferencialmente acompanhados por meias. Para maiores de dois anos de idade, o uso de **repelentes** a base de DEET (Autan®, Off Kids® e Super Repelex Kids®) e icaridina (Exposis Infantil®) **é eficaz e deve ser considerado**. Em crianças com idade entre seis meses e dois anos de idade, o IR3535 (Loção anti-mosquito Johnson's & Johnson's®) pode ser utilizado. A reaplicação do repelente deve ser realizada de duas em duas horas.

Vacinação: O atual esquema vacinal é composto por uma dose aos nove meses de idade e um reforço aos 4 anos. Pacientes que já receberam duas doses da vacina ao longo da vida são considerados imunes e **não necessitam de reforço a cada 10 anos**. A vacinação é **contraindicada para** crianças **menores de seis meses e mães que amamentam estas crianças**, pacientes com **histórico de reação anafilática** a componentes da vacina ou a dose anterior, doença do timo e **imunossupressão grave**. Em situações de surto, proceder conforme tabela abaixo.

Tabela 2 – Recomendações da vacina contra FA para crianças, em situações de surto

Idade	Conduta
Entre seis a oito meses	Receber uma dose da vacina de imediato e, após, seguir o calendário de rotina*
Crianças entre nove meses e quatro anos, que receberam uma dose aos nove meses	Receber a dose de rotina aos 4 anos de idade Não há recomendação de adiantar dose neste momento
Crianças acima de cinco anos de idade, que receberam uma dose da vacina <u>antes</u> de completar cinco anos de idade	Receber um reforço de imediato, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses
Crianças acima de cinco anos de idade, que receberam uma dose da vacina <u>após</u> completar cinco anos de idade	Receber um reforço 10 anos após a primeira dose
Crianças acima de cinco anos de idade, que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação	Administrar a primeira dose da vacina de imediato e um reforço após 10 anos

*intervalo mínimo entre as doses: 30 dias

Fonte: Adaptado de SES-MG, 2017.

Notificação: Todo caso suspeito de FA é de **notificação compulsória**, devendo ser informado às autoridades sanitárias locais, em até 24 horas, pelo profissional que prestou o primeiro atendimento.

Bibliografia:

1. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Manejo Clínico – Febre Amarela. Fevereiro/2017. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Manejo%20Clinico%20Febre%20Amarela%20SES-MG_03-02-2017.pdf
2. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Informe Epidemiológico da Febre Amarela (27/07). Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/9003-informe-epidemiologico-da-febre-amarela-10-02> Acesso em 10/02/2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS 204 de 17/02/2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.
4. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde e Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Alerta Epidemiológico 01/2017. Casos de Febre Hemorrágica com Etiologia a Esclarecer.
5. Sociedade Brasileira de Infectologia. Febre Amarela – Informativo para Profissionais de Saúde. São Paulo (2017). Disponível em: .
6. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Dermatologia. Uso do repelente de insetos em crianças. Boletim Técnico. 2015. Disponível em <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2012/12/Repelentes-2015.pdf> Acesso em 22/10/2016.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.