

OFÍCIO CIRCULAR Nº 719 /2017 – SES/GABSEC

Palmas – TO, 13 de dezembro de 2017.

A Sua Excelência os(as) Senhores(as)
SECRETÁRIOS (AS) MUNICIPAIS DE SAÚDE
Estado do Tocantins

Assunto: Alerta e Recomendações aos municípios ampliados pela circulação do vírus amarelíco.

Excelentíssimos(as) Senhores(as) Secretários(as),

Após cumprimentá-lo, a Secretaria Estadual de Saúde, através da Gerência de Vigilância Epidemiológica das Arboviroses (GVEA), vem por meio deste, informar que **o município de Miranorte registrou a confirmação do vírus amarelíco** isolado a partir de primatas não humanos (macacos).

A ocorrência de morte e/ou adoecimento de primatas não humanos são considerados eventos que desencadeiam a aplicação oportuna de medidas de prevenção e controle, cujo objetivo é evitar a ocorrência de casos na população residente e visitante reduzindo as chances de dispersão do vírus para áreas receptivas e/ou vulneráveis.

Diante da situação cumpre-nos alertar e orientar sobre a necessidade de intensificar as ações preventivas para febre amarela, que devem ser executadas pelos municípios limítrofes à Miranorte abordando os seguintes eixos elencados logo abaixo:

1 - A Vigilância de Casos Humanos

Para agir oportunamente, é preciso conhecer a definição de caso suspeito de Febre Amarela:

CASO SUSPEITO DE FEBRE AMARELA: *Paciente com febre aguda (de até sete dias), de início súbito, com icterícia e/ou manifestações hemorrágica, procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não-humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, sem comprovação de ser vacinado contra febre amarela (apresentação do cartão de vacina).*

Com a definição acima, a vigilância de casos humanos deve:

- Identificar as áreas de risco potencial para transmissão do vírus da Febre Amarela (onde exista presença de macacos e indivíduos não imunizados);
- Sensibilizar a rede assistencial para a identificação e notificação de casos suspeitos de Febre Amarela (conforme determina a Portaria

SVPPS/DVEDVZ



MS nº 204/2016);

- Realizar busca ativa de casos suspeitos pela equipe de vigilância epidemiológica nos serviços de saúde;
- Destacar a definição de caso suspeito de Febre Amarela na rede assistencial e notificar imediatamente à SES (0800 646 3227) a ocorrência de caso suspeito; e
- Discutir com a equipe de saúde, a definição de caso suspeito de FA, e comunicar imediatamente à SES se identificar pacientes que atendem a definição de caso suspeito.

2 - A Imunização

Em relação à imunização, o município deve:

- Intensificar a busca ativa de pessoas não vacinadas em um raio de 30 km a partir do local com registro de epizootia, através de ações integradas com as equipes da Atenção Básica;
- Ao encontrar pessoas sem comprovação vacinal, fazer a devida imunização, conforme preconizado em nota informativa nº **94/2017/CGPNI/DEVIT/SVS/MST de 10 de abril de 2017** (anexa);
- Recomendar vacinação, com pelo menos dez dias de antecedência, aos indivíduos não vacinados, que forem se deslocar para ambiente silvestre, assim como adeptos do ecoturismo ou turismo rural e trabalhadores em ambiente rural.
- Preencher o "Cartão de Vacina "de todas as pessoas residentes na área rural e urbana de seu município (utilizando os agentes comunitários de saúde (ACS) para este cadastro e atualização da ficha);

3 - A Vigilância de Vetor e Reservatórios

Esta vigilância deve:

- Alertar as equipes de saúde do PACS e PSF para orientação à população quanto à notificação imediata de morte de macacos (epizootias);
- Informar imediatamente à Gerência de Dengue e Febre Amarela (telefone 0800 646 3227) sempre que forem encontrados primatas não humanos mortos, de forma a garantir necropsia de espécimes para investigação laboratorial;
- Notificar no Sinan NET utilizando a Ficha de Investigação de Epizootia;
- Identificar as causas externas que possam ter contribuído para a morte do animal como, acidentes e morte intencional (arma de fogo, envenenamentos, etc);
- Rastrear na área rural se há ocorrência de mais casos de epizootias e notificar imediatamente a SESA, caso afirmativo;
- Avaliar os índices de infestação das localidades de seu município, e intensificar ações naqueles onde o índice é superior a 1%;
- Realizar bloqueio de transmissão (destruição de focos, pesquisa de mais casos suspeitos e borrifação) borrifando quarteirões se houver



- suspeitos de dengue ou Febre Amarela;
- Em casos humanos confirmados ou suspeitos para febre amarela, bem como, na ocorrência de epizootias confirmadas e/ou suspeitas em áreas urbanas e periurbanas seguir orientações da nota informativa nº **22/2017/DEVIT/SVS/MS** (anexa).

Para informações adicionais, favor entrar em contato com a Gerência de Vigilância Epidemiológica das Arboviroses por meio dos telefones (63) 3218-3374/4882/3210 ou pelo e-mail amarela.febre@gmail.com

Atenciosamente,



LUCIANA FERREIRA MARQUES DA SILVA
Superintendente de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde

Luciana Ferreira M. da Silva
Superintendente de Vigilância
Promoção e Proteção à Saúde
Mat.: 1002953





MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações
SCS, Quadra 4, Bloco A, Edifício Principal.
Brasília/DF, CEP: 70.304-000
Tel. (061) 3213-8297

NOTA INFORMATIVA Nº 94, DE 2017/CGPNI/DEVIT/SVS/MST

Orientações e indicação de dose única da
vacina febre amarela.

I – DO CONTEÚDO

O Ministério da Saúde indica dose única da vacina febre amarela para as áreas com recomendação de vacinação em todo o país. A medida é válida a partir de abril de 2017. A adoção de dose única atende as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A dose de reforço não é mais recomendada por considerar que a imunidade protetora desenvolve-se dentro de 30 dias para cerca de 99% das pessoas que recebem uma dose da vacina febre amarela.

A população alvo a ser vacinada são as crianças de nove meses de idade até as pessoas com 59 anos de idade, tendo como meta a ser atingida a cobertura vacinal de 95%, nas áreas com recomendação de vacinação, bem como nas áreas com recomendação temporária de vacinação.

Pessoas acima de 60 anos deverão ser vacinadas **somente** se residirem ou forem se deslocar para áreas com transmissão ativa da febre amarela. É fundamental que o serviço de saúde faça a avaliação, perguntando se a pessoa não se enquadra nas contraindicações já determinadas antes de administrar a vacina.

Gestantes (em qualquer período gestacional), mulheres amamentando só **deverão ser vacinadas** se residirem em local próximo onde ocorreu a confirmação de circulação do vírus (epizootias, casos humanos e vetores na área afetada). Com relação às mulheres amamentando, ao serem vacinadas, **deve-se e suspender o aleitamento materno por 10 dias após a vacinação**. Atentar que foi alterado o período de suspensão da amamentação, de 30 para 10 dias. Deve-se orientar a lactante a procurar um serviço de saúde para orientação e acompanhamento a fim de manter a produção do leite materno e garantir o retorno à lactação.

No início do surto de febre amarela, foi orientado a fazer a vacinação em crianças de 6 a 8 meses, no caso de residirem em local próximo onde ocorreu a confirmação de circulação do vírus (epizootias, casos humanos e vetores na área afetada). No entanto, após avaliação dos dados, tanto dos casos confirmados como dos óbitos, não se identificou a ocorrência de casos nessa faixa etária. Com a mudança do esquema vacinal da criança para a dose única, é fundamental que as crianças passem a receber a vacina a partir dos 9 meses, visando garantir a imunidade adequada. Neste sentido, não deverá mais ser realizada a dose considerada não válida entre 6 a 8 meses. Para aquelas crianças que já receberam essa dose, deve-se administrar a dose única aos 9 meses de idade.

II – DO CRITÉRIO DE VACINAÇÃO CONTRA A FEBRE AMARELA

Deverão ser vacinadas as pessoas residentes ou que irão se deslocar para áreas com recomendação de vacinação ou para as áreas com recomendação temporária de vacinação, conforme Anexo I.

Os municípios dos estados considerados áreas com recomendação para a vacinação contra a febre amarela, mas em que neste momento não há registro de casos e/ou epizootias em primatas não humanos (PNH) confirmadas devem realizar as ações de rotina do Calendário Nacional de Vacinação, **não devendo, neste momento, ser desenvolvida qualquer estratégia de intensificação**, com o objetivo de elevar as coberturas vacinais desses municípios. É fundamental que esses municípios adotem estratégias para otimizar o uso da vacina, evitando a ocorrência das perdas técnicas e possibilitando, desta forma, a oportunidade de vacinar o maior número de pessoas com o mesmo quantitativo já distribuído, de acordo com a média mensal de cada localidade.

III- DA CONCLUSÃO

O Ministério da Saúde reitera que estas orientações sejam seguidas, mesmo nos municípios considerados áreas com recomendação para a vacinação contra a febre amarela, mas que neste momento não evidencia transmissão ativa da doença, não devendo, ser desenvolvida qualquer estratégia de intensificação, com o objetivo de elevar as coberturas vacinais.

Destaca-se que a vacinação neste momento seja feita **prioritariamente** em áreas com risco de transmissão e que os municípios afetados e ampliados estejam empenhados em alcançar a meta de cobertura vacinal em pelo menos 95% da população-alvo, que são as crianças de nove meses de idade até as pessoas com 59 anos de idade. A população acima de 60 anos, gestantes e mulheres amamentando devem ser avaliadas pelos serviços de saúde para serem vacinadas.

É importante esclarecer a população que **não há motivo para a busca da vacinação de forma indiscriminada em regiões que não há evidência de circulação ativa do vírus da febre amarela**, devendo ser vacinadas, nesse momento, as pessoas que irão se deslocar para os municípios que estão com ocorrência de casos e/ou epizootias em PNH confirmadas.

Pessoas que residem na área sem recomendação de vacinação só devem ser vacinadas se forem viajar para áreas com transmissão ativa da doença ou para países exijam o Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia.

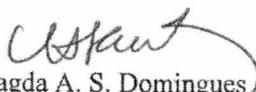
A vacina febre amarela é segura, no entanto, pode causar eventos adversos graves pós-vacinação se não forem avaliadas as precauções e contraindicações da vacina, portanto, deve ser avaliado o risco-benefício em receber a vacina em área sem recomendação de vacinação.

Outras questões devem ser levadas em consideração, como o impedimento para a doação de sangue por 4 semanas após a aplicação da vacina. Os serviços devem organizar a coleta de sangue dos doadores antes da pessoa receber a vacina, uma vez que a doação de sangue só poderá ser feita após 30 dias do recebimento da vacina.

A pessoa que já recebeu uma dose da vacina de febre amarela ao longo da vida, portanto, será considerado vacinado.

Em caso de necessidade de maiores esclarecimentos, o corpo técnico da CGPNI estará à disposição por meio do telefone (61) 3213-8297.

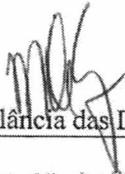
Brasília, 10 de abril de 2017.



Carla Magda A. S. Domingues
Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações

De Acordo,

Em 10/04/17



Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Márcio H. de Oliveira Garcia
Diretor Substituto do Departamento de
Vigilância das Doenças Transmissíveis

ANEXO I

1- Área com recomendação de vacinação ou área com recomendação temporária de vacinação (com casos e/ou epizootias confirmadas de febre amarela ou em municípios limítrofes com outro que tenha casos ou epizootias confirmadas desta doença)

| Idade | Recomendação |
|---|--|
| Criança com 6 a 8 meses de vida – (Não vacinada) | Não administrar dose considerada não válida. Os dados epidemiológicos apontam que não há notificação de casos nessa faixa etária, portanto, não se deve realizar a vacinação em crianças de 6 a 8 meses de idade. |
| Criança com 6 a 8 meses de vida (Vacinada) | Administrar uma dose aos nove meses de idade. |
| Criança com 9 meses a 4 anos de vida. (Não vacinada) | Administrar uma dose. |
| Criança com 4 anos de idade (Vacinada com uma dose) | Não administrar nenhuma dose. Considerar vacinada. |
| Pessoa a partir de 5 anos de idade (Não vacinada) | Administrar uma dose. |
| Pessoa a partir de 5 anos de idade (Vacinada) | Não administrar nenhuma dose. Considerar vacinada. |
| Gestante (Não vacinada) | Administrar uma dose em gestante (em qualquer período gestacional) que reside em local próximo onde ocorreu a confirmação de circulação do vírus (epizootias, casos humanos e vetores - área afetada). |
| Gestante (Vacinada) | Não administrar nenhuma dose. Considerar vacinada. |
| Mulher que esteja amamentando crianças menores de 6 meses de vida (Não vacinada) | Administrar uma dose na lactante que reside em local próximo onde ocorreu a confirmação de circulação do vírus (epizootias, casos humanos e vetores - área afetada). Deve-se e suspender o aleitamento materno por 10 dias após a vacinação. Procurar um serviço de saúde para orientação e acompanhamento a fim de manter a produção do leite materno e garantir o retorno à lactação. |
| Mulher que esteja amamentando crianças menores de 6 meses de vida (Vacinada) | Não administrar nenhuma dose. Considerar vacinada. |

| Idade | Recomendação |
|--|--|
| <p>Pessoa com comorbidades que contraindiquem a vacinação (Não vacinada)</p> | <p>Não deverá ser vacinada a pessoa com:</p> <ul style="list-style-type: none"> - imunossupressão à doença ou terapias imunossupressoras (quimioterapia, radioterapia, corticoides com dose de 2 mg/dia de prednisona ou equivalente para crianças e acima de 20 mg/dia para adultos por tempo superior a 14 dias); - em uso de medicações, antimetabólicas ou medicamentos modificadores do curso da doença (Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Certolizumabe, Abatacept, Belimumabe, Ustequinumabe, Canaquinumabe, Tocilizumabe, Ritoximabe); - transplantado e paciente com doença oncológica em quimioterapia; - que apresentou reação de hipersensibilidade grave ou doença neurológica após dose prévia da vacina; - paciente com história pregressa de doença do timo (miastenia gravis, timoma), Lúpus, doença de Addison, artrite reumatoide. |
| <p>Pessoa com doenças Hematológicas (Não vacinada)</p> | <p>Poderá ser vacinada de acordo com as orientações específicas de cada situação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes após término de tratamento com quimioterapia (venosa ou oral) e sem previsão de novo ciclo: Administrar a vacina após 3 meses do término da quimioterapia. Para pacientes que fizeram uso de medicamento anti-célula B e Fludarabina, aguardar 6 meses de intervalo. - Pacientes submetidos a Transplante de Célula Progenitora da Medula Óssea: Administrar a vacina a partir de 24 meses após o transplante, se não houver doença do enxerto versus hospedeiro e/ou recaída da doença de base e/ou uso de imunossupressor. - Síndrome Mieloproliferativa Crônica: Administrar a vacina se padrão laboratorial estável e neutrófilos acima de 1500 céls/mm³. - Síndrome Linfoproliferativa: Administrar a vacina 3 meses após do término da quimioterapia (exceto no caso de uso de medicamento anti-célula B, quando o intervalo dever ser de 6 meses). - Hemofilia e doenças hemorrágicas hereditárias: Administrar a vacina conforme orientação do Calendário Nacional de Vacinação. Recomenda-se o uso de gelo antes e depois da aplicação da vacina. - Doença Falciforme: <ul style="list-style-type: none"> • Sem uso de hidroxiureia: Administrar a vacina conforme o Calendário Nacional de Vacinação. • Em uso de hidroxiureia: Administrar a vacina somente se contagem de neutrófilos acima de 1500 céls/mm³. • Após a interrupção do corticoide nas doses relatadas acima, aguardar por 4 semanas antes de vacinar. |

| Idade | Recomendação |
|--|--|
| Pessoa com doenças hematológicas (Não vacinada) | <p>Não deverá ser vacinada a pessoa com:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes em uso atual de quimioterapia (venosa ou oral); - Pacientes com Radioterapia em curso; - Pacientes com outras doenças hematológicas com imunodeficiência (ex.: aplasia de medula/anemia aplástica); - Pacientes com doença hematológica em uso de corticoide isoladamente oral ou venoso; - Pacientes com doença hematológica em uso de corticoide isoladamente oral ou venoso: <ul style="list-style-type: none"> • Crianças: em uso de prednisona (ou equivalente) em posologia maior ou igual a 2mg/kg/dia para crianças até 10kg por mais de 14 dias. • Adultos: em uso prednisona (ou equivalente) em posologia maior ou igual a 20mg/dia por mais de 14 dias. <p>Atenção: Após a interrupção do corticoide nas doses relatadas acima, aguardar por 4 semanas antes de vacinar.</p> |
| | |
| Pessoa com doenças hematológicas (Vacinada) | Não administrar nenhuma dose. Considerar vacinada. |
| Pessoa vivendo com HIV/AIDS (Não vacinada) | <p>Poderá ser vacinada de acordo com as orientações específicas de cada situação:</p> <p>Adulto e adolescente deverão ser vacinados, desde que não apresentem imunodeficiência grave (Contagem de LT-CD4+<200 células/mm³).</p> <p>Poderá ser utilizado o último exame de LT-CD4 (independente da data), desde que a carga viral atual (menos de seis meses) se mantenha indetectável.</p> |
| Pessoa vivendo com HIV/AIDS (Não vacinada) | <p>Não deverá ser vacinado:</p> <p>Adultos e adolescentes que vivem com HIV-AIDS que apresentem imunodeficiência grave (contagem de LT-CD4<200 células /mm³)</p> <p>Recomenda-se adiar a administração de vacinas em pacientes sintomáticos ou com imunodeficiência grave até que a reconstituição imune seja obtida com o uso de terapia antirretroviral</p> |
| Pessoa acima de 60 anos que apresentem as comorbidades listada acima (Não vacinada) | Não deverá ser vacinada se apresentar qualquer uma das comorbidades acima relacionadas (pessoa com comorbidade, doença hematológica, HIV/AIDS). |
| Pessoa acima de 60 anos que NÃO apresentem as comorbidades listadas acima (Não vacinada) | Poderá ser vacinada, no entanto é fundamental que o serviço de saúde faça a avaliação, perguntando se a pessoa não se enquadra nas contraindicações listadas acima antes de administrar a vacina |
| Pessoa acima de 60 anos (Vacinada) | Não administrar nenhuma dose. Considerar vacinada. |

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS (2017).

2- **Municípios classificados como área com recomendação de vacinação, mas sem registro de vigência de surto e / ou epizootias.**

| Idade | Recomendação |
|---|--|
| Criança com 9 meses a 4 anos de idade (Não vacinada) | Administrar uma dose. |
| Criança com 4 anos de idade (Vacinada com uma dose) | Não administrar nenhuma dose. Considerar vacinada. |
| Pessoa a partir de 5 anos de idade (Não vacinada) | Administrar uma dose. |
| A partir de 5 anos de idade (Vacinada) | Não administrar nenhuma dose. Considerar vacinada. |
| Gestante (independente do seu estado vacinal) | Deverá ser vacinada somente se for se deslocar para área com transmissão ativa da doença. |
| Mulher amamentando criança menor de 6 meses (independente do seu estado vacinal) | Deverá ser vacinada somente se for se deslocar para área com transmissão ativa da doença. Deve-se e suspender o aleitamento materno por 10 dias após a vacinação. Procurar um serviço de saúde para orientação e acompanhamento a fim de manter a produção do leite materno e garantir o retorno à lactação. |
| Pessoa com comorbidades que contraindiquem a vacinação (Não vacinada) | Não deverá ser vacinada a pessoa com: - imunossupressão à doença ou terapias imunossupressoras (quimioterapia, radioterapia, corticoides com dose de 2 mg/dia de prednisona ou equivalente para crianças e acima de 20 mg/dia para adultos por tempo superior a 14 dias; - em uso de medicações, antimetabólicas ou medicamentos modificadores do curso da doença (Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Certolizumabe, Abatacept, Belimumabe, Ustequinumabe, Canaquinumabe, Tocilizumabe, Ritoximabe); - transplantado e paciente com doença oncológica em quimioterapia; - que apresentou reação de hipersensibilidade grave ou doença neurológica após dose prévia da vacina - paciente com história pregressa de doença do timo (miastenia gravis, timoma), Lúpus, doença de Addison, artrite reumatoide |

| Idade | Recomendação |
|--|--|
| | <p>Poderá ser vacinada de acordo com as orientações específicas de cada situação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes após término de tratamento com quimioterapia (venosa ou oral) e sem previsão de novo ciclo: Administrar a vacina após 3 meses do término da quimioterapia. Para pacientes que fizeram uso de medicamento anti-célula B e Fludarabina, aguardar 6 meses de intervalo. - Pacientes submetidos a Transplante de Célula Progenitora da Medula Óssea: Administrar a vacina a partir de 24 meses após o transplante, se não houver doença do enxerto versus hospedeiro e/ou recaída da doença de base e/ou uso de imunossupressor. - Síndrome Mieloproliferativa Crônica: Administrar a vacina se padrão laboratorial estável e neutrófilos acima de 1500 céls/mm³. |
| <p>Pessoa com doenças hematológicas (Não vacinada)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome Linfoproliferativa: Administrar a vacina 3 meses após do término da quimioterapia (exceto no caso de uso de medicamento anti-célula B, quando o intervalo dever ser de 6 meses). - Hemofilia e doenças hemorrágicas hereditárias: Administrar a vacina conforme orientação do Calendário Nacional de Vacinação. Recomenda-se o uso de gelo antes e depois da aplicação da vacina. - Doença Falciforme: <ul style="list-style-type: none"> • Sem uso de hidroxiureia: Administrar a vacina conforme o Calendário Nacional de Vacinação. • Em uso de hidroxiureia: Administrar a vacina somente se contagem de neutrófilos acima de 1500 céls/mm³. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Após a interrupção do corticoide nas doses relatadas acima, aguardar por 4 semanas antes de vacinar. |
| <p>Pessoa com doenças hematológicas (Não vacinada)</p> | <p>Não deverá ser vacinado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes em uso atual de quimioterapia (venosa ou oral); - Pacientes com Radioterapia em curso; - Pacientes com outras doenças hematológicas com imunodeficiência (ex.: aplasia de medula/anemia aplástica); - Pacientes com doença hematológica em uso de corticoide isoladamente oral ou venoso; - Pacientes com doença hematológica em uso de corticoide isoladamente oral ou venoso: <ul style="list-style-type: none"> • Crianças: em uso de prednisona (ou equivalente) em posologia maior ou igual a 2mg/kg/dia para crianças até 10kg por mais de 14 dias. • Adultos: em uso prednisona (ou equivalente) em posologia maior ou igual a 20mg/dia por mais de 14 dias. <p>Atenção: Após a interrupção do corticoide nas doses relatadas acima, aguardar por 4 semanas antes de vacinar.</p> |

| Idade | Recomendação |
|--|--|
| Pessoa com doenças hematológicas (Vacinada) | Não administrar nenhuma dose. Considerar vacinada. |
| Pessoa vivendo com HIV/AIDS (Não vacinada) | Adulto e adolescente deverão ser vacinados, desde que não apresentem imunodeficiência grave. (Contagem de LT-CD4+ < 200 células/mm ³ . Poderá ser utilizado o último exame de LT-CD4 (independente da data), desde que a carga viral atual (menos de seis meses) se mantenha indetectável. |
| Pessoa vivendo com HIV/AIDS (Vacinada) | Não administrar nenhuma dose. Considerar vacinada. |
| Pessoa acima de 60 anos (Não vacinada) | Deverá ser vacinada somente se for se deslocar para área com transmissão ativa da doença. É fundamental que o serviço de saúde faça a avaliação, perguntando se a pessoa não se enquadra nas contraindicações antes de administrar a vacina. |
| Pessoa acima de 60 anos (Vacinada) | Não administrar nenhuma dose. Considerar vacinada. |
| Viajante para as áreas com vigência de surto no país ou para países que exigem o Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (Não vacinado) | Administrar uma dose pelo menos 10 dias antes da viagem, respeitando as precauções e contraindicações da vacina. É fundamental que o serviço de saúde faça a avaliação, perguntando se a pessoa não se enquadra nas contraindicações antes de administrar a vacina. |
| Viajante para as áreas com vigência de surto no país ou para países endêmicos. (Vacinado) | Não administrar nenhuma dose. Considerar vacinado. |

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS (2017).

3- Vacinação contra a febre amarela em municípios da área sem recomendação de vacinação

| Idade | Recomendação |
|---|---|
| Viajante para as áreas com vigência de surto no país ou para países Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (Não vacinado) | Administrar uma dose pelo menos 10 dias antes da viagem, respeitando as precauções e contraindicações da vacina. É fundamental que o serviço de saúde faça a avaliação, perguntando se a pessoa não se enquadra nas contraindicações antes de administrar a vacina. |
| Viajante para as áreas com vigência de surto no país ou para países endêmicos. (Vacinado) | Não administrar nenhuma dose. Considerar vacinado. |

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS (2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. WHO Position paper on vaccines and vaccination against yellow fever. *Weekly epidemiological record*. 5 July 2013, 88th year. No. 27, 2013, 88, 269–284.
2. VEIT, Olivia et al. Immunogenicity and safety of yellow fever vaccination for 102 HIV-infected patients. *Clinical infectious diseases*, v. 48, n. 5, p. 659-666, 2009.
3. GIBNEY, Katherine B. et al. Detection of anti-yellow fever virus immunoglobulin m antibodies at 3–4 years following yellow fever vaccination. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, v. 87, n. 6, p. 1112-1115, 2012.
4. GÓMEZ, Sergio Y.; OCAZIONEZ, Raquel E. Yellow fever virus 17D neutralising antibodies in vaccinated Colombian people and unvaccinated ones having immunity against dengue. *Revista de salud publica*, v. 10, n. 5, p. 796-807, 2008.
5. HEPBURN, M. J. et al. Neutralizing antibody response to booster vaccination with the 17d yellow fever vaccine. *Vaccine*, v. 24, n. 15, p. 2843-2849, 2006.
6. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC et al. Transmission of yellow fever vaccine virus through breast-feeding-Brazil, 2009. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, v. 59, n. 5, p. 130, 2010.
7. KUHN, Susan et al. Case report: probable transmission of vaccine strain of yellow fever virus to an infant via breast milk. *Canadian Medical Association Journal*, v. 183, n. 4, p. E243-E245, 2011.
8. TRAIBER, Cristiane et al. Infant meningoencephalitis caused by yellow fever vaccine virus transmitted via breastmilk. *Jornal de pediatria*, v. 87, n. 3, p. 269-272, 2011.
9. CAVALCANTI, Denise P. et al. Early exposure to yellow fever vaccine during pregnancy. *Tropical Medicine & International Health*, v. 12, n. 7, p. 833-837, 2007.
10. SUZANO, Carlos Eduardo Saraiva et al. Estudo prospectivo de gestantes inadvertidamente vacinadas contra febre amarela na região de Campinas em fevereiro e março de 2000. 2003.
11. BRICKS, Lucia Ferro. Vaccines in pregnancy: a review of their importance in Brazil. *Revista do Hospital das Clínicas*, v. 58, n. 5, p. 263-274, 2003.
12. NISHIOKA, De A. et al. Yellow fever vaccination during pregnancy and spontaneous abortion: a case-control study. *Tropical Medicine & International Health*, v. 3, n. 1, p. 29-33, 1998.
13. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 01/2017-SVS/MS. Estabelece recomendações sobre a vacinação contra febre amarela em pessoas vivendo com HIV/aids(PVHA)**, Brasil, 2017.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
SPO 700/ Brasília – (61) 3315-3646

NOTA INFORMATIVA Nº 022, DE 2017/DEVIT/SVS/MS

Orienta as ações nos municípios com casos humanos e/ou epizootia de Primatas Não Humanos (PNH) suspeitos e confirmados para febre amarela.

A Febre Amarela é uma doença infecciosa febril aguda, transmitida por mosquitos, de grande importância em saúde pública na África e nas Américas, devido ao elevado potencial de disseminação e à gravidade clínica. No continente americano, dois ciclos de transmissão são observados: um urbano (Febre Amarela Urbana - FAU) e outro silvestre (Febre Amarela Silvestre - FAS). O urbano tem como principal vetor o *Aedes aegypti* e como principal hospedeiro o homem. Os últimos casos de transmissão urbana no Brasil ocorreram em 1942, no Acre. Desde então, todos os casos registrados foram decorrentes do ciclo silvestre de transmissão, no qual os vetores são espécies silvestres de mosquitos, principalmente dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*. Nestes casos, os primatas não humanos (PNH) são os principais hospedeiros e o homem é hospedeiro acidental, infectado em áreas rurais e silvestres quando não devidamente imunizado.

Contudo, à medida que o ciclo silvestre não é passível de eliminação, constitui fonte potencial para a reintrodução do vírus nos ambientes urbanos infestados pelo *Aedes aegypti*. A expansão da área de circulação viral observada a partir dos anos 2000, com surtos registrados sobretudo nas regiões Sudeste e Sul, próximos de grandes centros urbanos densamente povoados, reacendeu a discussão sobre o risco de reurbanização da transmissão no país. Nesses cenários, destacam-se a elevada infestação por *Aedes aegypti*, intensas e sucessivas epidemias por arbovírus (dengue, zika, chikungunya), baixas coberturas vacinais para FA, e intenso fluxo de pessoas entre as áreas com e sem circulação do vírus. Assim, as mudanças no perfil epidemiológico da doença demandam a organização e ampliação das ações integradas de vigilância, prevenção e controle, no sentido de reduzir a incidência da doença e prevenir sua reurbanização no país.

CENÁRIOS A SEREM OBSERVADOS

1. ÁREA PERIURBANA

Considera-se área periurbana aquela em que existe área residencial próxima à mata.

1.1. Área periurbana com casos humanos e/ou epizootias com suspeita de FA

Quando for observada epizootia suspeita de FA em área periurbana (próxima à mata), é necessário que se investigue a causa da morte dos primatas. Concomitantemente, é necessário

que a vigilância ambiental intensifique as ações para redução da infestação do *Aedes aegypti* por meio de:

- Visitas domiciliares nas áreas de borda (300 ou 400 metros a partir da mata) com ações de comunicação e educação em saúde e manejo de criadouros envolvendo eliminação e/ou proteção e tratamento focal quando necessário. Se o município for pequeno e tiver recurso humano suficiente, recomenda-se que as ações sejam realizadas no município como um todo. É importante que essas ações sejam realizadas semanalmente para interromper o ciclo do mosquito *Aedes aegypti* na área urbana, por isso a importância da participação da população e dos ACS.

1.2. Área periurbana com casos humanos e/ou epizootias confirmadas por FA

- Quando a epizootia na área periurbana for confirmada, é necessária a intensificação das ações previstas no tópico 1.1, recomendando-se ainda a aplicação do adulticida malathion (EW44%), a ultra baixo volume (UBV), nas áreas de borda (300 ou 400 metros a partir da mata). Caso tenham equipamento e pessoal suficiente, o município deverá avaliar a necessidade de aplicação, por meio de equipamento costal motorizado, no peridomicílio das áreas de borda do município. Caso os recursos disponíveis sejam escassos e não consigam reforços, sugere-se aplicação por meio de UBV pesado, acoplado em veículos. O número de ciclos e aplicações deverão ser definidos pelo município junto à Secretaria Estadual de Saúde, conforme recomendado nas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de epidemias de dengue (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf).
- O município deverá avaliar junto à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a necessidade de borrifação residual intradomiciliar nas residências vizinhas à mata, utilizando o inseticida alfacipermetrina SC 20%. Neste caso, deve-se dispor dos equipamentos necessários para a borrifação e, após avaliar a área de aplicação e o quantitativo necessário de insumo, a SES informará o quantitativo ao Ministério da Saúde que avaliará os pedidos para liberar os insumos.
- Para a melhor eficiência das ações, recomenda-se que os gestores municipais mobilizem a população para o manejo de criadouros e abertura das residências nos dias de aplicação dos adulticidas, seja costal ou pesado, ação esta que pode ser amplamente divulgada por meio de rádio local, redes sociais e outros meios de comunicação disponíveis. Reforça-se o envolvimento e mobilização dos ACS e do setor de limpeza urbana.

2. ÁREA URBANA

A área em que o primata morre não é, necessariamente, a área em que foi infectado. Deve-se investigar se há possíveis corredores ecológicos dentro da área urbana a partir de matas ou parques de onde o animal pode ter contraído a FA.

2.1. Área urbana com casos humanos e/ou epizootias com suspeita de FA

É importante intensificar a vigilância de casos humanos assim como as epizootias de PNH suspeitos no sentido de verificar a causa, conforme recomendado no Guia de Vigilância Epidemiológica, capítulo Febre Amarela, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf e no Guia de Vigilância de Epizootias e entomologia aplicada a FA, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epizootias_primatas_entomologia.pdf

As ações para redução da infestação do *Aedes aegypti* devem ser intensificadas por meio de:

- Intensificação das visitas domiciliares para tratamento focal e educação em saúde. As visitas devem ser planejadas junto às equipes de ACE e ACS, para o desenvolvimento de ações de comunicação e educação em saúde, bem como o manejo de criadouros envolvendo a eliminação e/ou proteção e tratamento focal quando necessário. Se o município for pequeno e tiver recurso humano suficiente, recomenda-se que as ações sejam realizadas no município como um todo. É importante que essas ações sejam realizadas semanalmente para interromper o ciclo do mosquito *Aedes aegypti* na área urbana, por isso a importância da participação da população e do ACS.
- Por se tratar de área urbana, o município, junto a SES, deverá avaliar a necessidade de aplicação residual ou espacial de inseticida, próximo à área de ocorrência da epizootia suspeita ou do caso humano. O raio de aplicação de inseticida deverá ser de 300 a 400 metros a partir da área da epizootia suspeita ou ser definido pela equipe local de acordo com o risco avaliado e capacidade de execução.
- É importante ressaltar que não é recomendada a aplicação de inseticida em qualquer modalidade em locais de mata. As ações de controle químico vetorial devem ser focadas nas áreas urbanas ou periurbanas vizinhas à mata.

2.2. Área urbana casos humanos e/ou epizootias confirmadas por FA

- Intensificação das ações contidas no tópico 2.1;

No planejamento das ações de aplicação espacial de adulticidas, deve ser realizada uma avaliação técnica da área a ser aplicada para identificação do perfil das construções, número de imóveis existentes, condições sanitárias e socioambientais, aspectos geográficos locais como a existência de corredores entre as áreas de mata e área urbana, passagem de cursos de água ou existência de matas. Também devem ser avaliadas a receptividade da população local a visitas domiciliares dos agentes de controle de endemias, quantitativo de agentes de controle de endemias disponíveis e treinados para realização das operações de aplicação espacial de inseticida, histórico de infestação por *Aedes aegypti* no município e outras especificidades locais consideradas importantes para a operação de controle vetorial.

Recomenda-se realizar ações de mobilização casa a casa no dia anterior às atividades de dispersão espacial de inseticida, buscando sensibilizar a comunidade quanto à importância da atividade e orientação para manutenção de portas e janelas abertas durante aplicação do inseticida.

Após realizar o controle espacial do vetor, deve ser estabelecido o controle das atividades com consumo de inseticidas e rendimento (quarteirões trabalhados). As atividades devem ser registradas nos boletins de campo do Programa de Controle da Dengue, como de costume.

Considerando a inoportunidade de detecção de caso suspeito humano de febre amarela, esta Nota Informativa se ateu às notificações de epizootias, suspeitas e confirmadas. No entanto, sendo detectado um caso humano suspeito, faz-se necessário que a vigilância epidemiológica realize investigação, buscando identificar o local provável de infecção, bem como os locais de circulação deste paciente, visando à tomada de decisões para ações de bloqueio e medidas de controle nestas áreas.

Deve-se evitar o contato de mosquitos transmissores urbanos ou silvestres ao doente, mediante utilização de tela no seu local de permanência, pois ele pode se constituir em fonte de infecção.

DAS AÇÕES A SEREM REALIZADAS

As ações de controle do *Aedes aegypti* devem ser contínuas e de forma intersetorial, sendo imprescindíveis o apoio dos setores de limpeza urbana, educação e o amparo legal às ações de campo.

Recomenda-se a intensificação das ações quando verificado o aumento da infestação vetorial e da transmissão de dengue, chikungunya e Zika vírus, diante do risco de urbanização da febre amarela. Nessas situações, recomenda-se que o gestor de saúde do município avalie as áreas de maior risco, a sua capacidade operacional (recursos humanos, equipamentos, insumos, entre outros) e se necessário, buscar apoio junto à Secretaria Estadual para o planejamento e implementação das ações necessárias.

O envolvimento dos agentes comunitários de saúde (ACS) para reforçar as ações de comunicação e educação em saúde, bem como manejo de criadouros, deve ser considerado. O ACS ao encontrar criadouros potenciais na visita domiciliar, não passíveis de remoção, deve informar ao ACE para que sejam tomadas medidas de controle pertinentes – tratamento com larvicida. Essa troca de informações entre ACE e ACS é fundamental, pois o trabalho integrado entre as equipes possibilita maior eficiência, efetividade e sucesso das ações.

CONCLUSÃO

Não há indicação de controle vetorial em ambiente silvestre dado as características da bioecologia dessas espécies. Diante disso, recomenda-se ampliar a vigilância de epizootias de primatas não humanos assim como de casos humanos suspeitos de febre amarela nestas áreas. Reforça-se também a necessidade de monitoramento da cobertura vacinal da população nas áreas consideradas de risco e de recomendação de vacina, além da importante intensificação da

redução da população de *Aedes aegypti* na área urbana, reduzindo o risco desse ciclo de transmissão da febre amarela no Brasil, não documentado desde 1942.

Informações adicionais acerca da febre amarela estão disponíveis em:
http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9612&Itemid=504

Orientações para atuação da atenção básica incluindo as ações recomendadas para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agende de Controle de Endemias (ACE), estão disponíveis em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_zoonoses_p1.pdf

Brasília, 19 de abril de 2017.

João Paulo Toledo
Diretor do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis