

INCIDÊNCIA DE FEBRE AMARELA

1. Conceituação

- /// Número absoluto de casos novos confirmados de febre amarela (silvestre e urbana), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código A95 da CID-10).
- /// A definição de caso confirmado de febre amarela baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o País¹.

2. Interpretação

- /// Indica a frequência anual de casos confirmados de febre amarela.
- /// A ocorrência de casos da forma silvestre está relacionada à exposição de indivíduos suscetíveis (não imunizados) à picada de mosquitos silvestres dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*, infectados pelo vírus da febre amarela. A doença é endêmica nas regiões Norte e Centro-Oeste e no estado do Maranhão. O principal hospedeiro vertebrado do vírus é o macaco, sendo acidental a participação do homem no ciclo de transmissão silvestre.
- /// A ocorrência de casos da forma urbana está relacionada à picada do mosquito *Aedes aegypti* (de habitat urbano e domiciliar), infectado pelo vírus da febre amarela. Desde 1942, não há casos de febre amarela urbana registrados no Brasil, porém a maior parte do território encontra-se infestada pelo *Aedes aegypti*. Existe risco potencial de transmissão urbana da doença, a partir de casos silvestres das áreas endêmicas.

3. Usos

- /// Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de febre amarela, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- /// Avaliar e orientar ações de vacinação contra a febre amarela e de controle vetorial do *Aedes aegypti* em áreas de risco.
- /// Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle de doenças de transmissão vetorial.

4. Limitações

- /// A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de febre amarela.

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: febre amarela. **In: Guia de vigilância epidemiológica.** Brasília, 1998.

- As dificuldades inerentes às áreas endêmicas da forma silvestre condicionam a subnotificação de casos, sobretudo quando ocorrem isoladamente e sem gravidade clínica, tornando-se de difícil reconhecimento.

5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998).

6. Método de Cálculo

Somatório anual do número de casos novos de febre amarela (silvestre e urbana) confirmados em residentes.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: <1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59 e 60 anos e mais de idade.
- Forma de transmissão: silvestre e urbana.

8. Dados estatísticos e comentários

Número de casos confirmados de febre amarela silvestre.
Brasil e grandes regiões – 1991 a 2000.

Região	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Brasil	15	12	83	19	4	15	3	34	75	85
Norte	9	2	9	2	2	14	3	33	60	9
Nordeste	-	-	74	13	2	-	-	-	-	10
Sudeste	-	-	-	3	-	-	-	-	-	4
Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro-Oeste	6	10	-	1	-	1	-	1	15	62

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

A incidência da febre amarela silvestre apresenta comportamento cíclico e regular, com surtos a intervalos de cinco a sete anos, alternados por períodos de baixa ocorrência de casos. Na década de 90, ocorreram dois surtos (1993-1994 e 1998-2000). Dados não constantes na tabela mostram que o primeiro surto foi localizado no estado do Maranhão e o segundo atingiu os estados da Bahia e Minas Gerais. Considera-se que o aumento de casos no final da década esteja refletindo, também, maior sensibilidade do sistema de vigilância para a detecção de formas leves da doença, especialmente no estado de Goiás.