



INFORME ESPECIAL FEBRE AMARELA NO BRASIL

Nº 01/2017

Sumário Executivo

MONITORAMENTO DOS CASOS E ÓBITOS DE FEBRE AMARELA NO BRASIL		
INÍCIO DO EVENTO: Dezembro de 2016	NOTIFICAÇÃO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE: 05/01/2017	ATUALIZAÇÃO (DATA E HORA): 20/03/2017
TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS: 1.561 (850 EM INVESTIGAÇÃO, 448 CONFIRMADOS E 263 DESCARTADOS)	ÓBITOS (ENTRE O TOTAL DE CASOS): 264 (144 CONFIRMADOS, 110 EM INVESTIGAÇÃO, E 10 DESCARTADOS)	
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL:		
<ul style="list-style-type: none">▪ Total de Estados: 08▪ Distribuição de casos por regiões: 04 regiões▪ Total de Municípios: 188▪ Doses de vacinas enviadas aos Estados: 17.493.385milhões▪ Letalidade: 32,1%		
* DADOS SUJEITOS A ATUALIZAÇÕES		

Introdução

O Brasil vive o maior surto de febre amarela observado em muitos anos, envolvendo principalmente os estados da região Sudeste, em particular Minas Gerais e Espírito Santo. Embora o número de casos humanos de febre amarela confirmados seja maior que o observado em surtos anteriores, ressalta-se que todos esses casos são de residentes em zonas rurais ou que tiveram contato com áreas silvestres por motivos de trabalho ou de lazer.

O presente documento trata-se de um informe ampliado sobre a situação atual do surto de febre amarela silvestre e tem como objetivo apresentar as ações de enfrentamento da febre amarela silvestre baseada nos pilares (i) vigilância integrada (epidemiológica, epizootias em primatas não humanos e entomológica), (ii) diagnóstico laboratorial e (iii) prevenção – imunização. O período de referência das análises desse documento foi de dezembro de 2016 até 17 de março de 2017. Ações transversais nas áreas de assistência à saúde, comunicação e financiamento também são apresentadas brevemente.

1 Vigilância Integrada da Febre Amarela Silvestre

1.1 Vigilância de casos humanos

No período de dezembro de 2016 até 17 de março de 2017, foram notificados ao Ministério da Saúde 1.561 casos suspeitos de febre amarela silvestre, desses, 850 (54,8%) casos permanecem em investigação, 448 (28,7%) casos foram confirmados e 263 (16,9%) foram descartados.



Tabela 1 - Distribuição dos casos de febre amarela notificados à SVS/MS até 17 de março de 2017, com início dos sintomas a partir de 01 dezembro de 2016, por UF do Local Provável de Infecção (LPI) e classificação.

UF do LPI	Municípios com casos notificados	Classificação dos casos				
		Total de casos notificados	Casos em Investigação	Casos Confirmados	Casos Descartados	
Região Centro-Oeste						
Goiás	5	7	3	0	4	
Região Norte						
Tocantins	7	7	6	0	1	
Região Nordeste						
Bahia ⁴	8	19	8	0	11	
Rio Grande do Norte	1	1	0	0	1	
Região Sudeste						
Espírito Santo	47	297	150	93	54	
Minas Gerais ¹	93	1158	667	349	142	
Rio de Janeiro	2	3	1	2	0	
São Paulo	25	25	11	4	10	
UF do LPI em Investigação²	-	15	4	0	11	
Descartados por outras UF's³	-	29	0	0	29	
Total	188	1561	850	448	263	

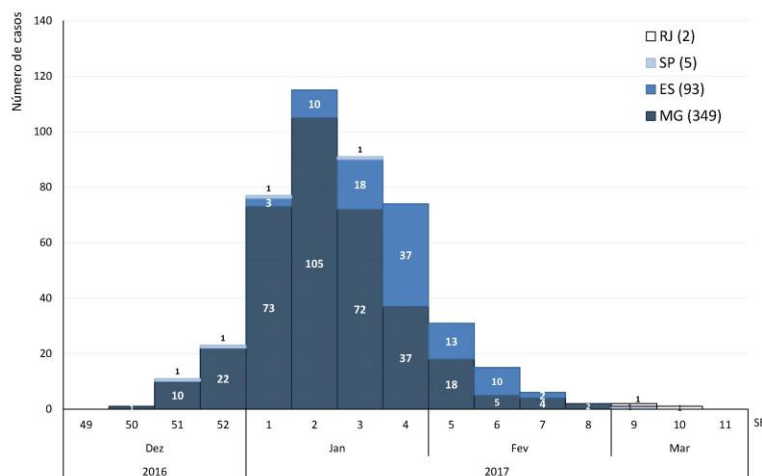
¹ Incluídos casos notificados pelas SES BA, ES, GO, SP, SC, PI, RJ e DF com LPI em MG.

² Incluídos casos notificados pelas SES PI, SC, AL e DF com LPI em Investigação.

³ Incluídos casos notificados e descartados por outras UF's.

⁴ Excluída uma duplicidade nos casos notificados

Figura 1 – Distribuição temporal (por semana epidemiológica) dos casos confirmados de febre amarela notificados à SVS/MS a partir de 01 de dezembro de 2016 até 17 de março de 2017, segundo data de início de sintomas.



O perfil demográfico dos casos confirmados assemelha-se ao 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, conforme demonstrado nas investigações epidemiológicas de campo realizadas.



Figura 2 – Distribuição por sexo e faixa etária dos casos confirmados de febre amarela à SVS/MS a partir de 01 de dezembro de 2016 até 17 de março de 2017.

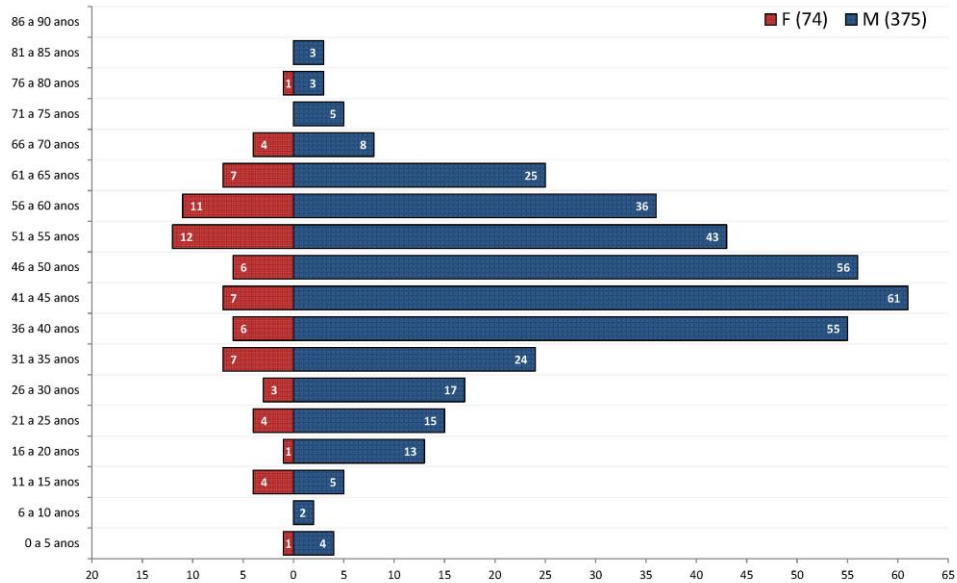
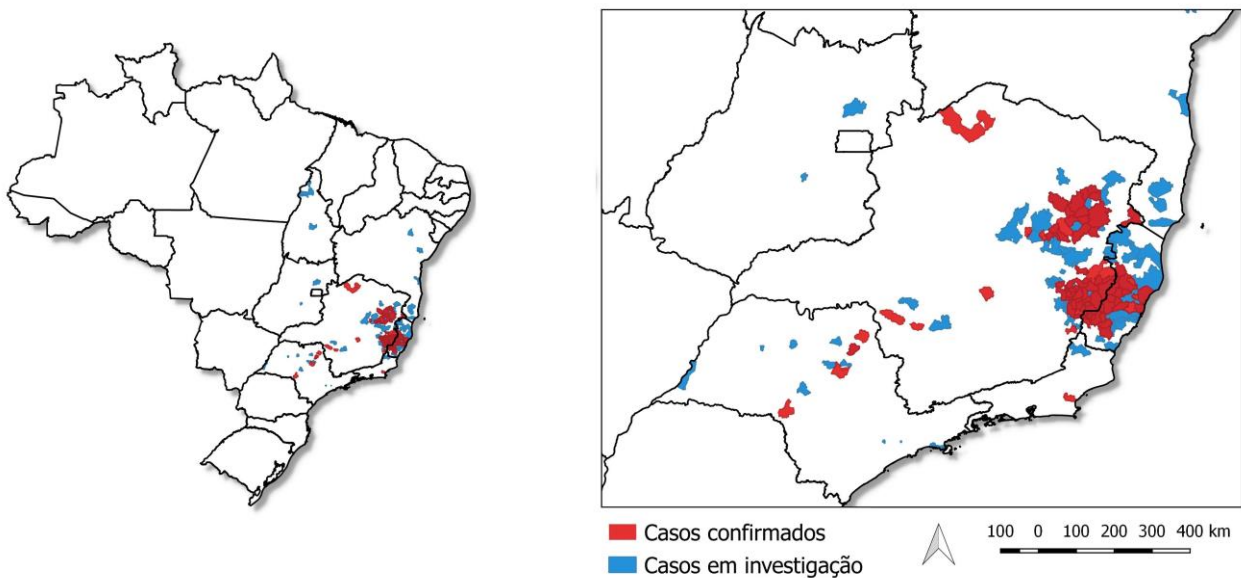


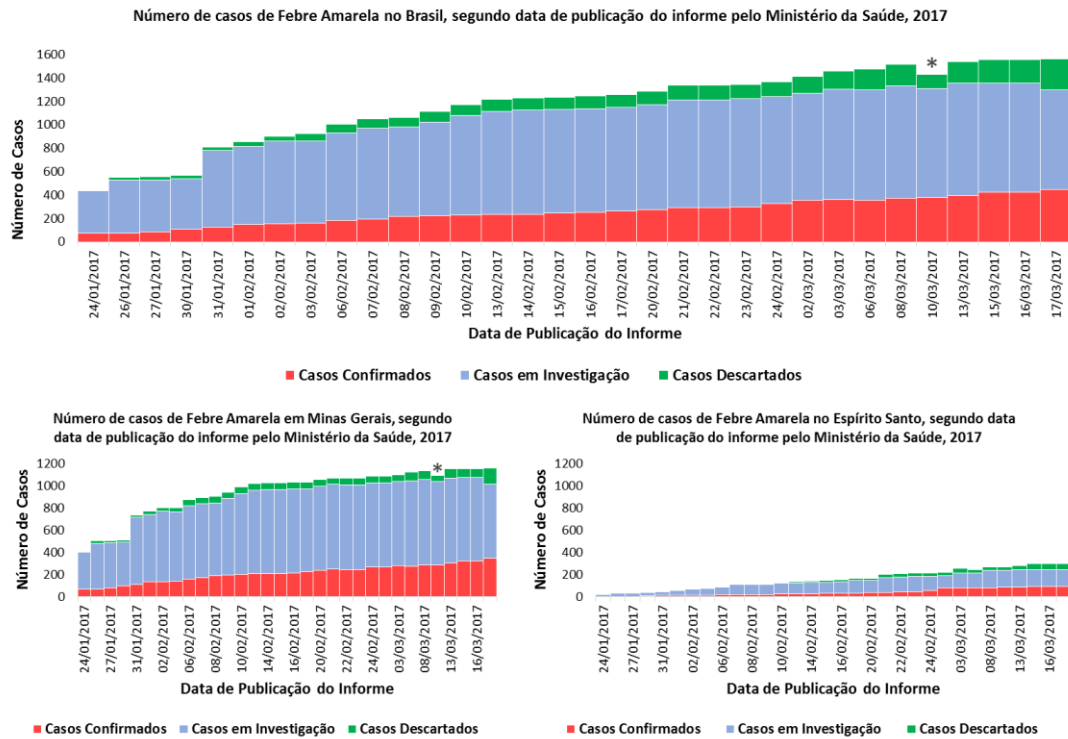
Figura 3 - Distribuição geográfica dos casos humanos confirmados e em investigação de febre amarela à SVS/MS, por município do LPI e classificação.





Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

Figura 4 – Distribuição de casos de febre amarela no Brasil, Minas Gerais e Espírito Santo notificado à SVS/MS segundo data de publicação do informe pelo Ministério da Saúde, 2017.

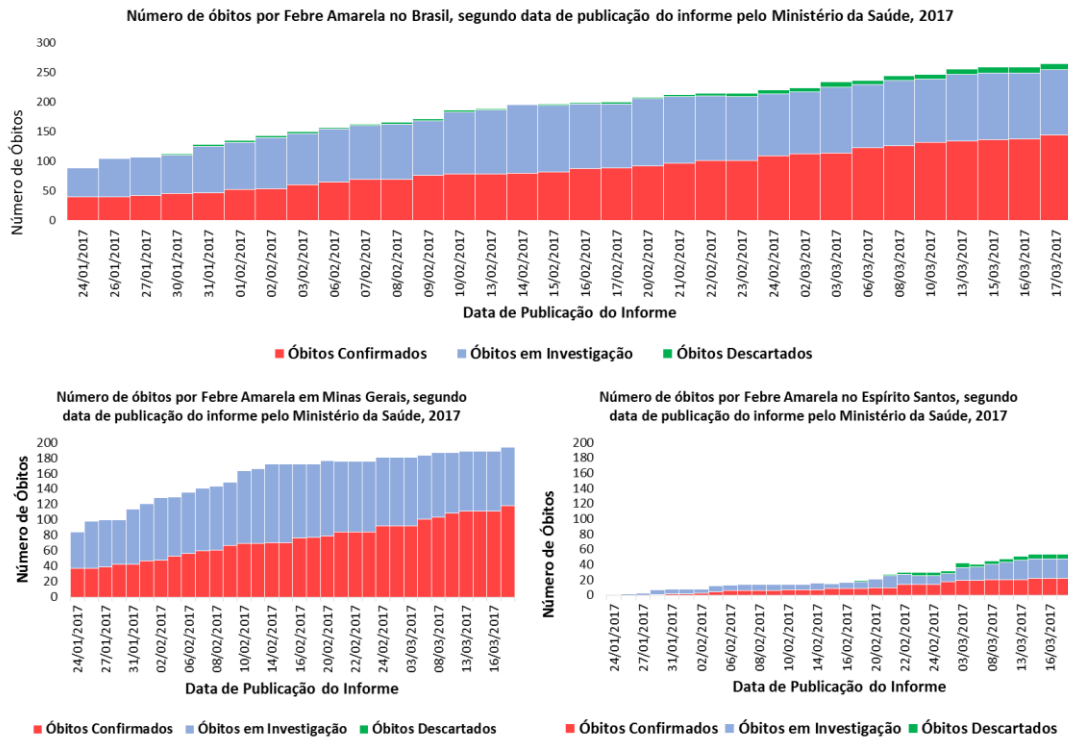


A Figura 4 apresenta o número de casos de febre amarela no Brasil desde a publicação do primeiro informe, em 24 de janeiro de 2017 até a data de 17 de março de 2017. Apesar da tendência ascendente do número de notificações, observa-se aumento nos números de casos confirmados e descartados, com conseqüente, diminuição no número de casos em investigação. A mesma tendência se observa nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo.



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

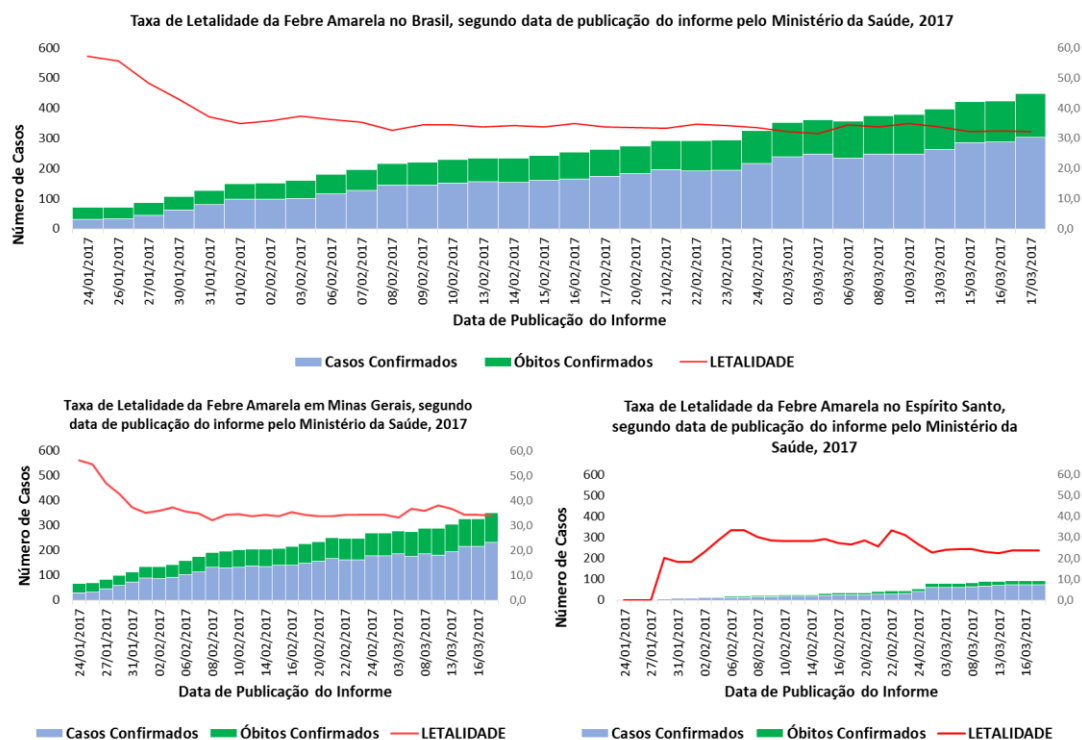
Figura 5 – Distribuição de óbitos por febre amarela no Brasil, Minas Gerais e Espírito Santo notificado à SVS/MS segundo data de publicação do informe pelo Ministério da Saúde, 2017.



Nota-se um aumento no número de óbitos notificados no Brasil. A intensificação das ações de vigilância epidemiológica mostram discreto incremento na confirmação dos óbitos por febre amarela em tempo oportuno. A mesma tendência é observada nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, onde se concentrou a maioria das notificações de óbitos por febre amarela (Figura 5). De maneira análoga, observou-se redução da taxa de letalidade geral (57,1% - 32,1%) e nos mesmos estados no período (Figura 6).



Figura 6 – Taxa de letalidade (%) de febre amarela no Brasil, Minas Gerais e Espírito Santo notificados à SVS/MS segundo data de publicação do informe pelo Ministério da Saúde, 2017.



Do total de casos notificados, 264 evoluíram para óbito, sendo que 144 (54,5%) foram confirmados, 110 (41,7%) em investigação e 10 (3,8%) descartados. A taxa de letalidade entre os casos confirmados foi de 32,2%.

Tabela 2 - Distribuição dos óbitos suspeitos de febre amarela entre o total de casos notificados à SVS/MS até 17 de março de 2017, com início dos sintomas a partir de 01 dezembro de 2016, por UF do Local Provável de Infecção (LPI) e classificação.

UF do LPI	Municípios com óbitos	Classificação dos óbitos			
		Total de óbitos notificados	Óbitos em Investigação	Óbitos Confirmados	Óbitos Descartados
Região Norte					
Tocantins	1	1	1	0	0
Região Nordeste					
Bahia	1	1	1	0	0
Rio Grande do Norte	1	1	1	0	0
Região Sudeste					
Espírito Santo	23	54	26	22	6
Minas Gerais ¹	49	194	76	118	0
Rio de Janeiro	1	1	0	1	0
São Paulo	4	4	1	3	0
UF do LPI em Investigação²	-	5	4	0	1
Descartados por outras UF's³	-	3	-	-	3
Total	80	264	110	144	10

¹ Incluídos óbitos notificados pelas SES da BA, SP, ES e DF com Local Provável de Infecção em MG.

² Incluídos óbitos notificados pelas SES AL, PI e SP com LPI em investigação

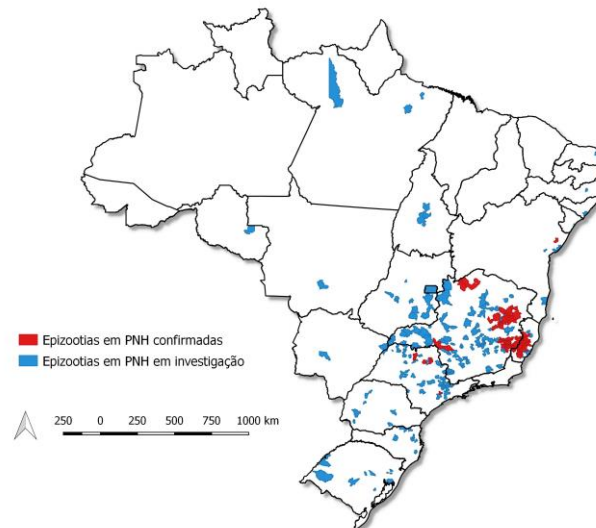
³ Incluídos óbitos notificados e descartados por outras UF's



1.2 Vigilância de Epizootias em Primatas Não Humanos (PNH)

A vigilância de epizootias em primatas não humanos (PNH) consiste essencialmente em captar informações, oportunamente, sobre adoecimento ou morte de PNH e investigar adequadamente esses eventos, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão para a adoção de medidas de prevenção e de controle e para reduzir a morbimortalidade da doença na população humana, em áreas afetadas (com transmissão ativa) e ampliadas (áreas adjacentes).

Figura 7 - Distribuição geográfica das epizootias em primatas não humanos suspeitas de febre amarela notificadas à SVS/MS até 17 de março de 2017, com data de ocorrência a partir de 01 dezembro de 2016, por município do Local Provável de Infecção (LPI) e classificação.



A equipe do Ministério da Saúde, com apoio da Equipe de Referência Nacional para investigação ecoepidemiológica participa das ações de busca ativa de PNH, sempre associada à pesquisa entomológica, quando o estado afetado solicita apoio, no sentido de: (i) produzir evidências que confirmem a circulação do vírus no local; (ii) delimitar áreas de risco; (iii) identificar possíveis alterações no perfil da doença; (iv) realizar treinamento em serviço das equipes de vigilância epidemiológica municipais e, quando oportuno, (v) sensibilizar a população e os atores da rede extra- saúde.

De dezembro de 2016 até 17 de março de 2017 foram notificadas ao Ministério da Saúde 1249¹ epizootias em PNH, das quais 394 permanecem em investigação, 12 foram descartadas, 389 foram confirmadas para febre amarela por critério laboratorial ou vínculo epidemiológico com epizootias em PNH ou casos humanos confirmados em áreas afetadas (municípios com evidência de circulação viral) e ampliadas (municípios limítrofes àqueles afetados (Figura 7).

1.3 Vigilância Entomológica

Considerando que a vigilância entomológica representa uma das áreas de atuação do Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle da Febre Amarela o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro vêm desenvolvendo um conjunto de coletas de campo que tem por objetivo realizar pesquisa de vírus a partir de mosquitos, cujo resultado positivo permite estabelecer vínculo epidemiológico

¹ Do total de epizootias em PNH notificadas, 454 permanecem indeterminadas, ou seja, não houve coleta de amostras ou o material coletado estava inviável para análise.



entre esse achado laboratorial e o evento sob investigação, ou ainda predizer o risco de transmissão de arbovírus para animais e para o homem.

1.3.1 Espírito Santo

Foram realizadas coletas entomológicas nos municípios de Ibatiba, Conceição do Castelo e Domingos Martins, na semana entre 20 e 24/02/2017. Os espécimes coletados foram encaminhados para identificação específica e detecção viral no Laboratório de Mosquitos Transmissores de Hematozoários na Fiocruz/RJ e estão em processo de triagem.

Também foram realizadas coletas na Ilha do Frade, em Vitória, no dia 24/02 e, entre 06 e 08/03/2017, novas coletas estão sendo realizadas com diferentes metodologias (armadilhas de oviposição, armadilha de adultos, aspiração, puçá). Na área urbana, a equipe de entomologia local conseguiu instalar 445 armadilhas de monitoramento de adultos, vistoriadas semanalmente.

Com relação ao controle vetorial, a partir dos casos suspeitos, foi realizado bloqueio com bombas costais nas residências dos pacientes, assim como nos hospitais de referência. Nos municípios com índice de infestação acima de 5% e áreas limítrofes aos casos, foram programados quatro ciclos de aplicação de adulticida malathion (EW44%) a ultrabaixo volume (UBV), iniciados na semana entre 6 a 10 de março de 2017.

1.3.2 Minas Gerais

Com relação ao controle vetorial, nos municípios que apresentaram casos suspeitos e/ou confirmados de epizootias e casos humanos, foram desenvolvidas diferentes ações, como proteção de unidades de saúde com telas (impregnadas ou não com inseticida), aplicação de UBV pesado e costal nos arredores dos locais que receberam pacientes suspeitos; intensificação do tratamento focal; fechamento temporário de parques com suspeita de epizootias, além de atividades relacionadas à mobilização e educação em saúde.

Foram realizadas coletas de vetores em ambiente urbano no bairro de Venda Nova, em Belo Horizonte, entre 08 e 13/02/17. No município de Simonésia as coletas foram realizadas em fragmento de mata no Distrito de Alegria, entre 14 e 19/02/17. Os espécimes coletados foram encaminhados para identificação específica e detecção viral no Laboratório de Mosquitos Transmissores de Hematozoários na Fiocruz/RJ e estão em processo de triagem.

No período de 11 a 21 de março de 2017 o Ministério da Saúde enviou uma equipe para realizar uma investigação ecoepidemiológica que envolveu busca ativa de primatas não humanos e vetores silvestres nas áreas com notificação de eventos suspeitos. As ações foram realizadas nos seguintes municípios: Alvarenga Central de Minas, Felício dos Santos, Imbé de Minas, Itamarandiba, Ituêta, São José do Jacuri e São Sebastião do Maranhão.

1.4 Diagnóstico Laboratorial

Diante da ocorrência do surto de febre amarela no país, a Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/SVS/MS), em parceria com os laboratórios de referências da rede, estabeleceu um protocolo de coleta, acondicionamento e transporte, além de fluxo de encaminhamento de amostras para atender o país neste momento emergencial. Alguns destes laboratórios estão em processo de implantação de novas metodologias, e à medida que forem se reestruturando, este fluxo será aprimorado.

Atualmente, a rede de referência para diagnóstico laboratorial da febre amarela para casos humanos se organiza da seguinte forma (Figura 8; Figura 9):



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

- **Instituto Evandro Chagas (IEC-PA)**, localizado no Pará, além de ser referência nacional, recebe também amostras do Acre, Amazonas, Rondônia, Roraima, Pará, Tocantins, Piauí, Alagoas, Pernambuco e Amapá;
- **Fundação e Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz-RJ)**, situado no Rio de Janeiro, é referência para os estados do Ceará, Rio Grande do Norte, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro;
- **Instituto Adolfo Lutz (IAL-SP)**, situado em São Paulo, é referência para os estados do Maranhão, Sergipe, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e São Paulo;
- **Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal (LACEN-DF)** é referência para os estados do Mato Grosso do Sul, Goiás, Mato Grosso e Paraíba. Em relação à rede de referência para diagnóstico laboratorial para casos de febre amarela em primatas não humanos, o **IAL-SP** é referência para os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Maranhão e Sergipe; a **FIOCRUZ-RJ** é referência para os estados do Espírito Santo, Bahia, Ceará, Rio Grande do Norte e o Rio de Janeiro; e, por fim, o **IEC-PA** é referência para os demais estados.

Figura 8 - Rede de referência para diagnóstico laboratorial da Febre Amarela Humana, Brasil, 2017.

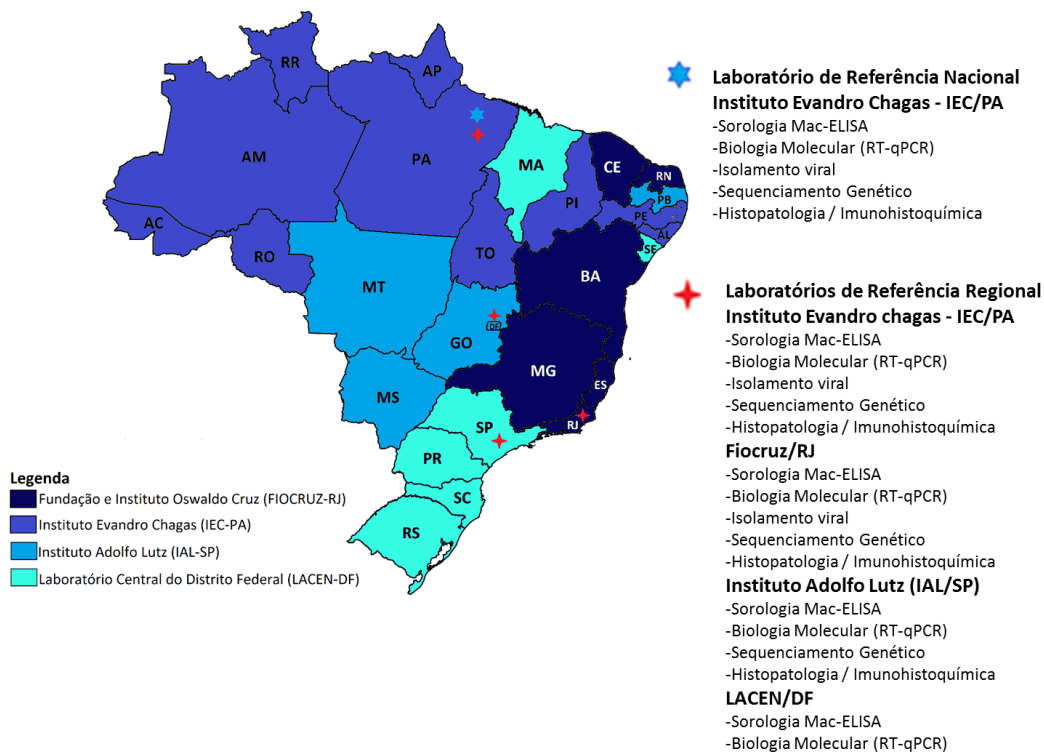
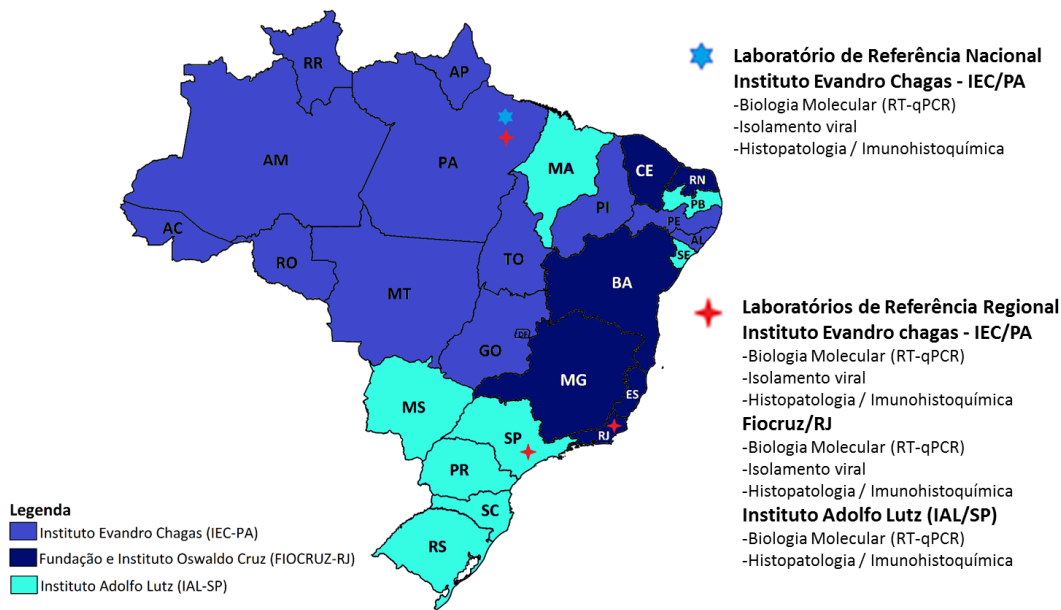




Figura 9 - Rede de referência para diagnóstico laboratorial da Febre Amarela Animal, Brasil, 2017.



Para a vigilância entomológica todos os estados do Brasil possuem como laboratório de referência o **Instituto Evandro Chagas (IEC-PA)**, localizado no Pará, com exceção do estado de São Paulo que possui capacidade instalada no **Instituto Adolfo Lutz (IAL-SP)**, no próprio estado.

2 Prevenção – Imunização

2.1 Distribuição de vacina de febre amarela

A vacina da febre amarela (VFA) é reconhecidamente uma vacina segura e eficaz e está disponível em todo país gratuitamente durante todo o ano, nas mais de 36 mil salas de vacinação.

Essa vacina é indicada para a população acima de 9 meses de vida até 59 anos de idade, nos 3529 municípios com recomendação de vacinação e para os viajantes que se deslocam para essas áreas ou países com evidência de circulação do vírus. Nas áreas com surtos, há a indicação da vacinação de crianças acima de 6 meses de vida, sendo esta dose não é considerada no Calendário Nacional de Vacinação.

Em 2017, diante da ocorrência de surto de febre amarela e do aumento das epizootias entre os meses de janeiro, fevereiro e março, o Ministério da Saúde encaminhou para os estados de Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo, Bahia e Rio de Janeiro o quantitativo de 17.493.385 milhões de doses desta vacina com objetivo de intensificar as estratégias de vacinação de forma seletiva, à saber: 7.500.000 milhões (MG), 3.455.000 milhões (ES), 3.588.385 milhões (SP), 900 mil (BA) e 2.050.000 mil (RJ). Além disso, já foram distribuídas 3.691.635 doses desta vacina na rotina, entre os meses de janeiro e março, para todos os estados da federação. Outras 224.000 doses desta vacina foram enviadas para intensificar as ações de vacinação nos estados do Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Goiás, Rio Grande do Sul, Piauí, Pará e Paraíba.

Atualmente nos estados de Minas Gerais, São Paulo, Espírito Santo, Bahia e Rio de Janeiro há transmissão ativa da doença, exigindo a realização de ações de intensificação vacinal seletiva em áreas afetadas e ampliadas em 533 municípios do Estado de Minas Gerais, 125 em São Paulo, 78 no Espírito Santo, 35 na Bahia e 30 no Rio de Janeiro, correspondendo a uma população de 27.345.433 habitantes.



2.2 Coberturas vacinais

As coberturas vacinais disponíveis no momento ainda são preliminares, uma vez que os estados priorizaram a ação de vacinação com consequente demora na alimentação do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Os registros de doses estão sendo realizados por meio de planilhas paralelas, as quais estão sendo encaminhadas para o PNI semanalmente. Gradativamente as doses estão sendo inseridas no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI).

A distribuição das coberturas vacinais nos estados com intensificação vacinal seletiva para a vacina febre amarela pode ser observada na Tabela 3. Dos 533 municípios de Minas Gerais e 125 de São Paulo que estão realizando estratégias de intensificação de vacinação, 533 e 118 municípios respectivamente já estavam incluídos na área de recomendação de vacinação em 2016 desses estados. Verifica-se que havia uma grande proporção de municípios que estavam com baixas coberturas vacinais. Este fato pode ter contribuído para a rápida expansão da doença, contribuindo para a disseminação para as áreas sem recomendação de vacinação, expandindo para municípios do Estado do Rio de Janeiro e Espírito Santo.

Com as ações de intensificação vacinal realizadas, neste momento, a proporção de municípios com baixas coberturas diminuiu consideravelmente. No entanto, ainda há necessidade de continuidade das ações de vacinação para garantir a homogeneidade da cobertura em todos os municípios, de acordo com a meta preconizada de 95% (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da cobertura vacinal da vacina febre amarela nos estados com surto, jan-dez/2016- jan-mar/2017.

UF com intensificação	Nº de municípios	Cobertura vacinal (%) 2016			Cobertura vacinal (%) 2017		
		< 50	50-94,9	> 95	< 50	50-94,9	> 95
São Paulo	125	12	80	33	8	73	44
Minas Gerais	533	253	255	25	36	308	189
Espírito Santo	78	0	0	0	4	60	14
Rio de Janeiro	30	0	0	0	21	8	1
Bahia	35	9	26	0	2	27	6
Total	801	274	361	58	71	476	254

Fonte: Planilha de monitoramento de doses dos estados- 16/03/2017 (Dados preliminares e sujeitos à revisão).

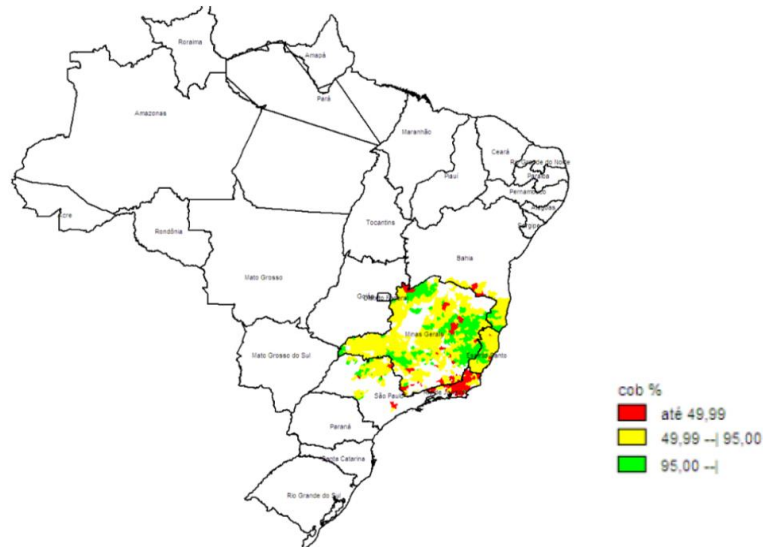
Nota: * Para os estados de MG, SP e BA foram considerados o acumulado de doses nos últimos 10 anos, porém os estados do RJ e ES iniciaram a vacinação em 2017.

** No dia 16/03/2017 foram inseridos mais 25 municípios do estado do Rio de Janeiro. A partir do dia 20/03/2017 será iniciada a intensificação vacinal seletiva nestes municípios.



A distribuição espacial das coberturas da vacina febre amarela pode ser encontrada nas Figura 10 – 16. Destaca-se que a meta de cobertura para esta vacina é de 95% da população.

Figura 10 - Cobertura Vacinal Acumulada - Brasil – 2016

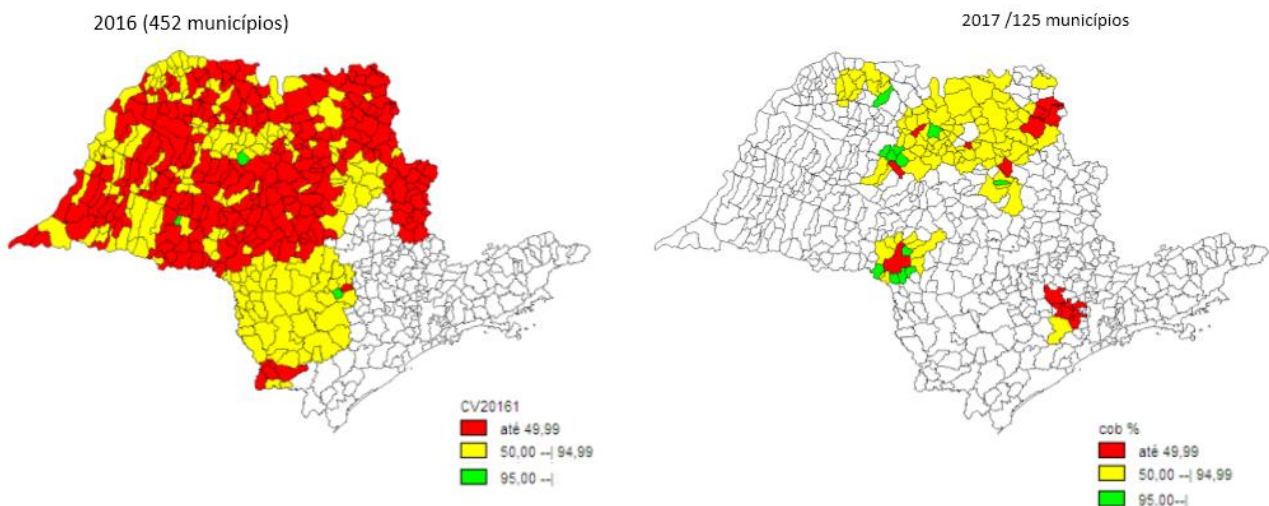


Fonte: Planilha de monitoramento de doses dos estados- 16/03/2017 (Dados preliminares e sujeitos à revisão).

Nota: * Para os estados de MG, SP e BA foram considerados o acumulado de doses nos últimos 10 anos, porém os estados do RJ e ES iniciaram a vacinação em 2017.

** No dia 16/03/2017 foram inseridos mais 25 municípios do estado do Rio de Janeiro. A partir do dia 20/03/2017 será iniciada a intensificação vacinal seletiva nestes municípios

Figura 11 - Coberturas vacinais da vacina de Febre Amarela nos municípios com recomendação de vacinação e intensificação - São Paulo - 2016 e 2017



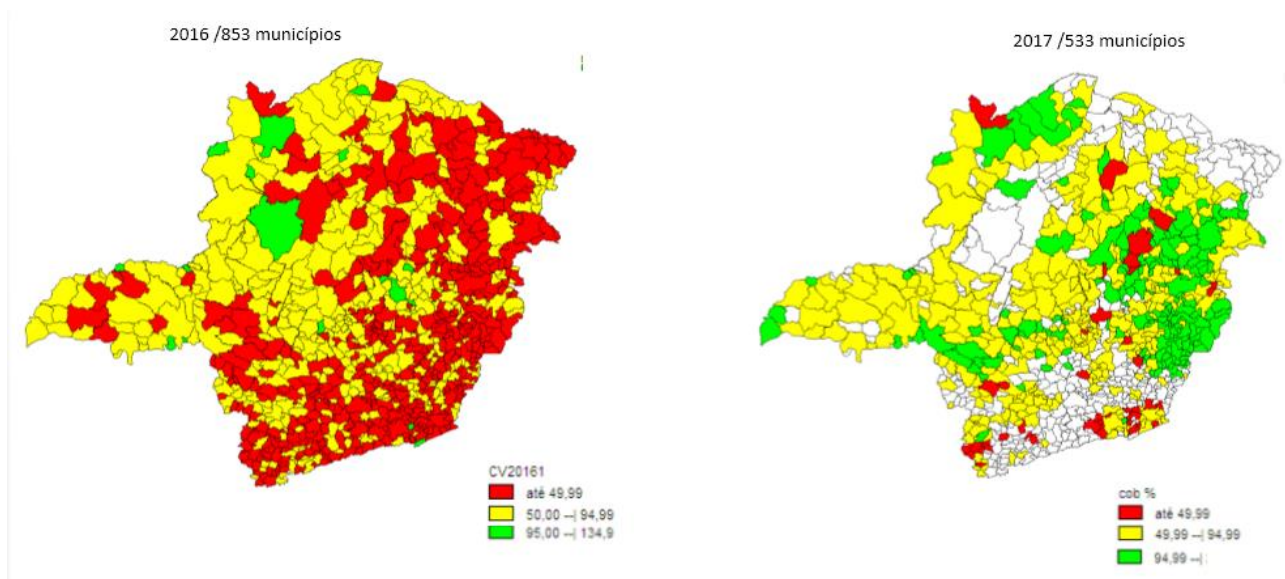
Fonte: Planilha de monitoramento de doses dos estados- 16/03/2017 (Dados preliminares e sujeitos à revisão).

Nota: * Para os estados de MG, SP e BA foram considerados o acumulado de doses nos últimos 10 anos, porém os estados do RJ e ES iniciaram a vacinação em 2017.

** No dia 16/03/2017 foram inseridos mais 25 municípios do estado do Rio de Janeiro. A partir do dia 20/03/2017 será iniciada a intensificação vacinal seletiva nestes municípios.



Figura 12 - Coberturas vacinais da vacina de Febre Amarela nos municípios com recomendação de vacinação e intensificação- Minas Gerais - 2016 e 2017

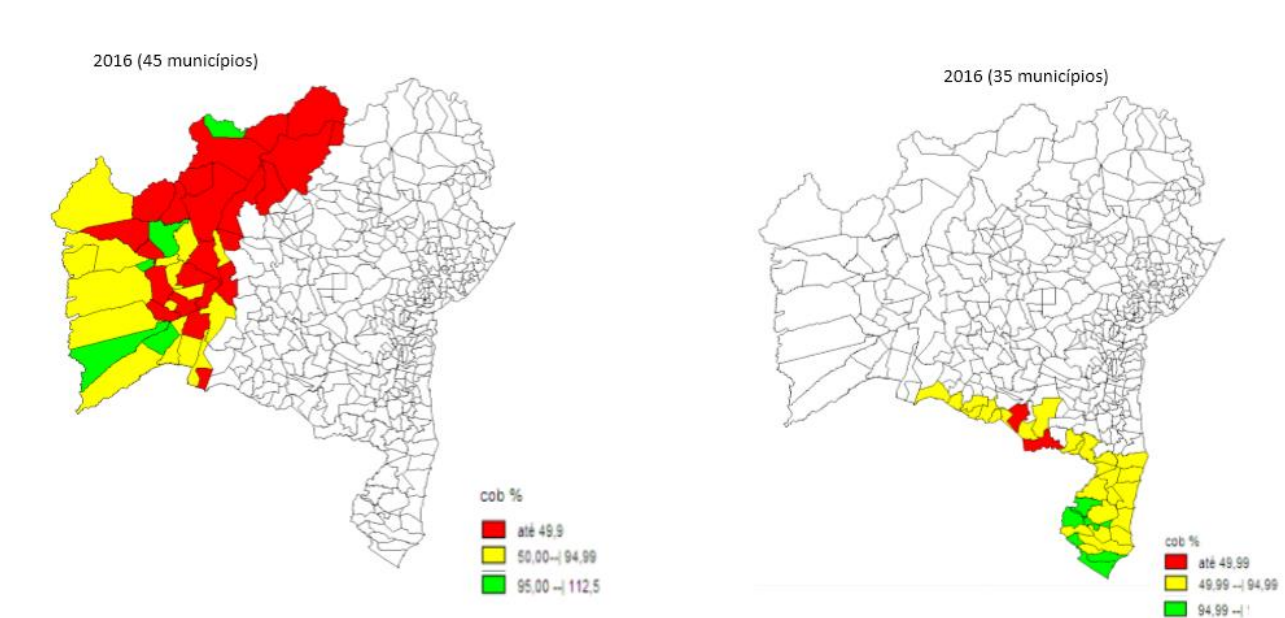


Fonte: Planilha de monitoramento de doses dos estados- 16/03/2017 (Dados preliminares e sujeitos à revisão).

Nota: * Para os estados de MG, SP e BA foram considerados o acumulado de doses nos últimos 10 anos, porém os estados do RJ e ES iniciaram a vacinação em 2017.

** No dia 16/03/2017 foram inseridos mais 25 municípios do estado do Rio de Janeiro. A partir do dia 20/03/2017 será iniciada a intensificação vacinal seletiva nestes municípios.

Figura 13 - Coberturas vacinais da vacina de Febre Amarela nos municípios com recomendação de vacinação e intensificação- Bahia- 2017



Fonte: Planilha de monitoramento de doses dos estados- 16/03/2017 (Dados preliminares e sujeitos à revisão).

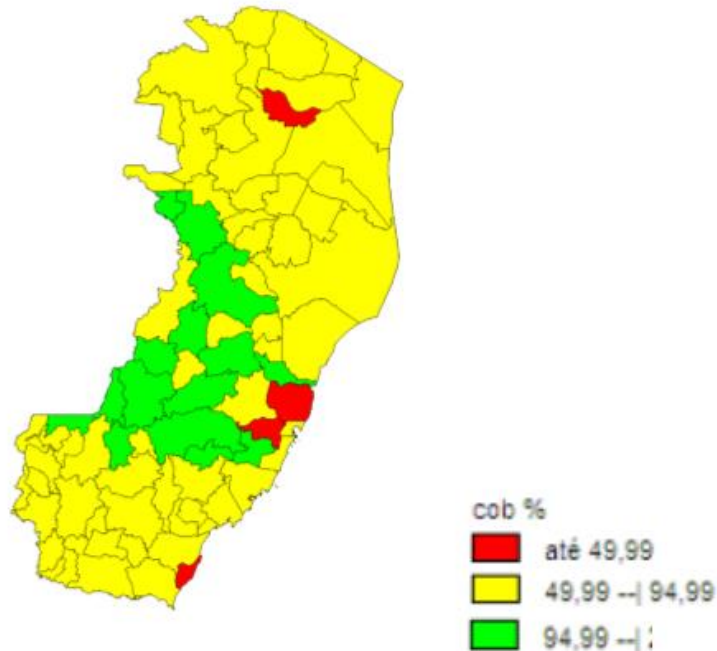
Nota: * Para os estados de MG, SP e BA foram considerados o acumulado de doses nos últimos 10 anos, porém os estados do RJ e ES iniciaram a vacinação em 2017.

** No dia 16/03/2017 foram inseridos mais 25 municípios do estado do Rio de Janeiro. A partir do dia 20/03/2017 será iniciada a intensificação vacinal seletiva nestes municípios.



Figura 14: Coberturas vacinais da vacina de Febre Amarela nos municípios com recomendação de vacinação e recomendação temporária de vacinação – Espírito Santo - 2017

ACRT 2017 (78 municípios)



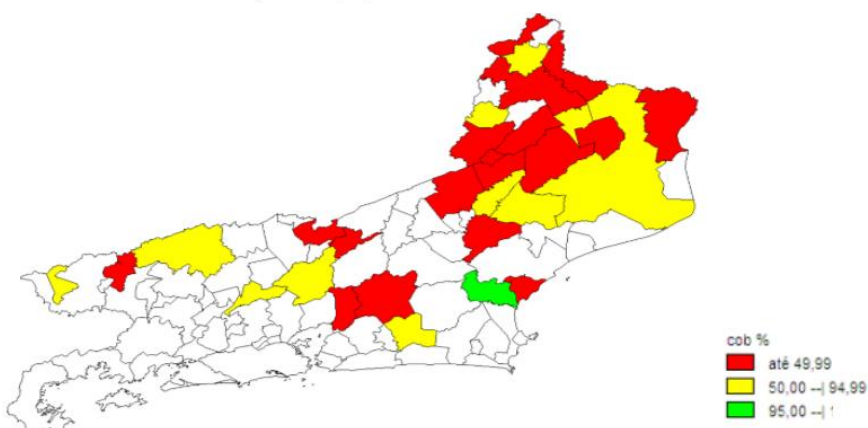
Fonte: Planilha de monitoramento de doses dos estados- 16/03/2017 (Dados preliminares e sujeitos à revisão).

Nota: * Para os estados de MG, SP e BA foram considerados o acumulado de doses nos últimos 10 anos, porém os estados do RJ e ES iniciaram a vacinação em 2017.

** No dia 16/03/2017 foram inseridos mais 25 municípios do estado do Rio de Janeiro. A partir do dia 20/03/2017 será iniciada a intensificação vacinal seletiva nestes municípios.

Figura 15 - Coberturas vacinais da vacina de Febre Amarela nos municípios com recomendação de vacinação e recomendação temporária de vacinação – Rio de Janeiro - 2017

ACRT 2017 (30 municípios)



Fonte: Planilha de monitoramento de doses dos estados- 16/03/2017 (Dados preliminares e sujeitos à revisão).

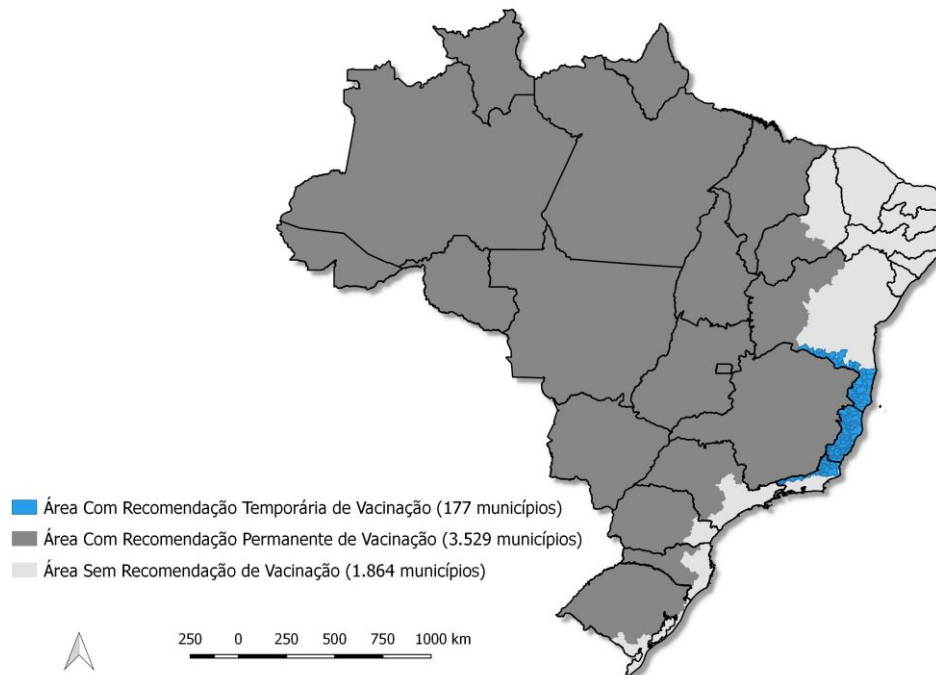
Nota: * Para os estados de MG, SP e BA foram considerados o acumulado de doses nos últimos 10 anos, porém os estados do RJ e ES iniciaram a vacinação em 2017.

** No dia 16/03/2017 foram inseridos mais 25 municípios do estado do Rio de Janeiro. A partir do dia 20/03/2017 será iniciada a intensificação vacinal seletiva nestes municípios.



Encontra-se em andamento uma ação coordenada entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais um plano de ação de monitoramento rápido de coberturas e varredura para interrupção do surto. A mesma ação está programada para ser executada em outros estados afetados pelo surto.

Figura 16 – Distribuição dos municípios segundo a recomendação de vacinação para controle de surto e prevenção da Febre Amarela, Brasil, 2017.



3 Outras ações

3.1 Manejo clínico

A Secretaria de Atenção a Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), recebeu solicitação por parte da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para apoio da Força Nacional do SUS (FN-SUS) em decorrência do surto de febre Amarela no Estado.

Como primeira etapa de atuação da FN-SUS, dois profissionais foram a campo no dia 12 de janeiro de 2017 e integraram, juntamente a Secretaria de Saúde Estadual de Saúde de Minas Gerais e Superintendência Regional, uma força tarefa para dar suporte técnico aos profissionais de saúde, medicamentos, insumos e organização de serviços dos municípios afetados.

Nesta primeira etapa foram estabelecidos fluxos de atendimento e encaminhamento dos casos suspeitos de febre amarela, em articulação com Atenção Primária à Saúde e orientação dos profissionais das instituições com potencial de atendimento no protocolo de manejo clínico e nos fluxos estabelecidos. Foram envolvidos os setores de Regulação de leitos, SAMU, UPA e hospitais da região e abertura de novos leitos sob gestão do Estado de Minas Gerais. Foram realizadas orientação de diagnóstico e tratamento aos pacientes com suspeita de Febre Amarela e devido encaminhamento para diminuir a letalidade da enfermidade.



De 23 de janeiro a 09 de fevereiro de 2017 as ações da FN-SUS incluíram o envio de equipes assistenciais que somaram em todo período 30 profissionais de saúde para suporte assistencial junto das equipes locais.

As equipes com 30 profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) atuaram nas unidades hospitalares e de saúde de Teófilo Otoni/MG, Novo Cruzeiro/MG e Setubinha/MG, municípios com maior número de casos suspeitos de febre amarela silvestre. Além da assistência clínica aos pacientes suspeitos foram desenvolvidas capacitações com os profissionais das unidades, divulgação e treinamento do protocolo do Estado com as equipes de Saúde da Família (PSF) e apoio à gestão local dos municípios de Novo Cruzeiro/MG e Setubinha/MG.

3.2 Visitas técnicas de campo

Após a notificação em janeiro de 2017 da ocorrência de suspeitos de casos de febre amarela silvestre em Minas Gerais e Espírito Santo, equipes formada por técnicos indicados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e treinandos do Programa de Epidemiologia Aplicada a Serviço do Sistema Único de Saúde (EpiSUS) se deslocaram para os dois estados para apoiar nas atividades de investigação e organização da sala de monitoramento das Secretarias Estaduais de Saúde. Ademais, estas equipes são responsáveis pela força-tarefa na articulação com secretarias estaduais de saúde para alinhamento dos critérios de notificação, confirmação e encerramento dos casos.

3.3 Ações de comunicação

- Realização de quatro coletivas de imprensa e atendimento de aproximadamente 20 demandas diárias de imprensa incluindo rádio, TV e jornal.
- Realização de campanha publicitária nacional (peças em anexo) e publicação de quatro matérias no blog da Saúde do Ministério da Saúde, com 314.688 visitas.
- Elaboração e divulgação de 11 matérias para rádios comerciais e comunitárias para os municípios pertencentes às Áreas com Recomendação Temporária e Permanente de Vacinação;
- Publicação de 38 *cards* sobre o tema febre amarela nas redes sociais, de janeiro até o momento,.
- Realização de ação conjunta entre Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), Ministério do Meio Ambiente (MMA), Instituto Chico Mendes (ICMbio), Instituto Brasileiro de Recursos Naturais Renováveis (Ibama) e Sociedade Brasileira de Primatologia (SBP) para discutir atividades de comunicação que evitem a morte provocada de primatas não humanos (PNH) e produção de material sobre epizootias, orientando que os macacos funcionam como sentinelas para a febre amarela e que não devem ser agredidos ou mortos (peças publicitárias em anexo).
- Realização de *Facebook Live* com o Diretor de Vigilância das Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (DEVIT/SVS/MS) sobre febre amarela.

3.4 Incentivos fiscais

Foi liberado R\$ 13,8 milhões destinados aos 256 municípios de cinco estados, como incentivo à vacinação da população contra a doença. Os municípios estão localizados nos estados de Minas Gerais (MG), Espírito Santo (ES), Rio de Janeiro (RJ), Bahia (BA) e São Paulo (SP), que abrangem uma população estimada de 8,6 milhões de pessoas. O recurso foi definido a partir da estimativa da população a ser vacinada em cada município.



O Ministério da Saúde também está adiantando outros R\$ 26,3 milhões que representa 40% de R\$ 40 milhões dos recursos de vigilância em saúde. Os valores deverão ser aplicados em ações de prevenção na área de vigilância para a febre amarela.

Repasso de recurso financeiro correspondente a R\$ 7.442.067,00, do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem disponibilizados ao Estado e aos Municípios de Minas Gerais (Ipatinga, Caratinga e Teófilo Otoni), destinados a cobrir despesas emergenciais com as ações de saúde durante 3 meses (Portaria n. 452, de 13 de fevereiro de 2017);

3.5 Ações de educação em saúde

Foram realizadas 254 atividades de teleconsultorias (a partir do 0800 e chats) e foi criado SIG (Special Interest Group, Grupo de Interesse Especial) para abordagem sobre as arboviroses, incluindo a Febre Amarela.

- Mobilização dos Núcleos de Telessaúde abordando o tema da Febre Amarela (Núcleos mobilizados: Telessaúde Estadual de Goiás - Webaula: Retorno da Febre Amarela: o que fazer?; Telessaúde Estadual da Bahia - Plantão Tira Dúvidas - Febre Amarela; Telessaúde Estadual do Rio de Janeiro - Webaula: Vacina e orientações para diagnóstico; Telessaúde Estadual de Minas Gerais - Webaula: Febre amarela - Condução de casos graves e Telessaúde Estadual do Espírito Santo - Webaula: Febre Amarela: diagnóstico diferencial e manuseio de casos suspeitos), totalizando 3.373 participantes.
- Curso desenvolvido pelo Núcleo de Telessaúde de Minas Gerais, *“O que os profissionais e gestores da área da saúde precisam saber sobre a Febre Amarela”*, que está em fase final de validação, sendo a previsão para disponibilização no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS) para a próxima semana.

3.6 Recomendações para controle vetorial urbano

Além da pesquisa entomológica em curso, o Ministério da Saúde em articulação com os estados e municípios mantém desde dezembro de 2015 a intensificação das ações de enfretamento da *Aedes aegypti*, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus, através da Sala Nacional de Coordenação e Controle (SNCC), das 27 Salas Estaduais (SECC), 1769 Salas Municipais (SMCC) e 1 sala interfederativa.

Não há indicação de controle vetorial em ambiente silvestre, dado as características da bioecologia das espécies envolvidas neste ciclo. Nas áreas rurais e silvestres, recomenda-se ampliar a vigilância de epizootias em PNH assim como de casos humanos suspeitos de febre amarela. Reforça-se a necessidade de monitoramento da cobertura vacinal da população nas áreas consideradas de risco e de recomendação de vacina.

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

O local onde o primata foi encontrado morto não necessariamente corresponde a área em que o animal foi infectado. Deve-se investigar se há possíveis corredores ecológicos dentro da área urbana a partir das matas ou parques de onde o animal pode ter se deslocado.

É importante intensificar a vigilância de casos humanos assim como as epizootias em PNH suspeitos no sentido de verificar a causa, conforme recomendado no Guia de Vigilância Epidemiológica, capítulo Febre



Amarela, disponível em: http://bvsmms.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://bvsmms.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 dos 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.

Área urbana com casos humanos e/ou epizootias confirmadas por FA

- Intensificação das ações contidas nos tópicos acima;
- No planejamento das ações de aplicação espacial de adulticidas, deve ser realizada uma avaliação técnica da área acometida para identificação do perfil das construções, número de imóveis existentes, condições domissanitárias 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 às visitas domiciliares dos agentes de controle de endemias, quantitativo de agentes de controle de endemias disponível e treinado 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.
- 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.

Foram concluídos sete ciclos de visitas domiciliares até o final de 2016, bem como o primeiro ciclo (28 de fevereiro) em 2017. O segundo ciclo está em andamento com finalização prevista para 30/04/2017. Do total de 77.797.379 imóveis previstos para acompanhamento, em todo Brasil, até 12/03/2017 já foram realizadas 41.844.183 (53,82%) visitas e trabalhados 34.955.357 (83,54%) imóveis.



Infere-se que os trabalhos realizados pelas Salas Estaduais e Municipais em conjunto com a Sala Nacional apresentam um resultado positivo das ações de enfrentamento ao *Aedes aegypti*, com alcance de 4.850 (87,07%) dos 5.570 municípios brasileiros com registro de acesso no SIM-PR.

4 Documentos Elaborados

Plano de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública - Febre Amarela (Acesso em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_contingencia_emergencias_febre_amarela.pdf);

Nota informativa Febre Amarela e Dengue – Recomendações para controle do *Aedes aegypti* em áreas com ocorrência de casos humanos e/ou epizootias com suspeita de Febre Amarela – CGDT/UVTV/CGPNCMD – em finalização;

Elaboração do “Guia de Febre Amarela para profissionais de Saúde”, com objetivo de auxiliar os profissionais de saúde que atuam nas unidades básicas localizadas nas regiões com surtos de febre amarela nos aspectos relacionados a identificação e manejo clínico de casos suspeitos e confirmados, identificação, encaminhamento e manejo clínico de casos graves, medidas de controle e prevenção do surto e Identificação e manejo de eventos adversos pós-vacinação (EAPV);

Publicação de 32 Informes Epidemiológicos Diários no âmbito do COES FA, referente ao monitoramento dos casos e óbitos de Febre Amarela no Brasil;

Nota Informativa nº 02/2017 (DEVIT/SVS/MS), de janeiro de 2017, que informa a situação epidemiológica da Febre Amarela e as recomendações para intensificação da vigilância no Brasil (Acesso em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/13/NOTA-INFORMATIVA-N---02-2017-FA-FINAL.pdf>);

NOTA TÉCNICA CONJUNTA ANVISA/SAS/MS Nº 011/2017, de 08/02/2017, sobre “critérios técnicos para triagem clínica de candidatos à doação de sangue para o vírus da febre amarela” (Acesso em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/21/Nota-Tecnica-Conjunta-011-2017-febre-amarela%20Versao-final.pdf>).

Atualização do Guia de Vigilância de Epizootias em Primatas Não-Humanos e Entomologia Aplicada à Vigilância da Febre Amarela, disponível em http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/17/Guia_Epizootias_Febre_Amarela_2a_ed_preliminar.pdf

5 Glossário

Área Com Recomendação Permanente 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 Temporária de Vacinação (ACRT): Áreas contíguas e/ou próximas às áreas com registro recente e, portanto, com risco de transmissão da doença e recomendação temporária de vacinação



em caráter cautelar. Algumas áreas sem registro de casos e não contíguas às áreas com registro de FA estão inseridas nessa classificação por questões geográficas e/ou operacionais (áreas próximas).

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 (iv) 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 Dengue, Zika, Saint Louis e o vírus do oeste do Nilo, além da vacinação contra a FA, em virtude da elevada frequência de reações inespecíficas e/ou cruzadas entre esses vírus, além do uso de técnicas laboratoriais não utilizadas anteriormente.

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.

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 com diagnóstico 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:

- 1) Epizootia em 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.
- 2) 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).
- 3) 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



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

de detecção, avaliando caso a caso, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

- 4) **Epizootia em primata não-humano indeterminada:** Rumor do adoecimento ou morte de macaco, com histórico consistente, sem coleta de amostras para diagnóstico laboratorial. Incluem-se nessa classificação aqueles eventos em que a investigação epidemiológica não reuniu amostras para investigação da causa da epizootia.
- 5) **Epizootia em primata não-humano descartada:** Resultado laboratorial negativo para FA ou com confirmação por outras causa



ANEXO

- Ações de vacinação de febre amarela - peças publicitárias realizadas pelo Nucom/SVS/MS disponibilizado no site da SVS (<http://bit.ly/acoespublicitarias>).

FEBRE AMARELA

Informação pra todos, vacina pra quem precisa.

A Febre Amarela pode ser evitada com a vacina, que é eficaz e segura para uso.

Se você mora ou pretende viajar para alguma região afetada pela Febre Amarela, fique atento e procure uma unidade de saúde mais próxima. Mas se você não reside e nem viajará para alguma dessas regiões, fique tranquilo, você não precisa se vacinar.

Fique atento aos sinais e sintomas da Febre Amarela:

- Olhos amarelos
- Dores no corpo, em geral
- Febre de início súbito
- Náuseas e vômitos
- Dor de cabeça
- Fadiga
- Dores nas costas
- Fraqueza

Se houver suspeitas de algum dos sintomas acima, procure uma unidade de saúde. Mas antes atente-se ao esquema vacinal contra a Febre Amarela, visualizando a tabela abaixo:

INDICAÇÃO:	ESQUEMA:
6 meses a 9 meses de idade incompletos	A vacina está indicada somente em situações de emergência epidemiológica ou viagens para área de risco. 1 dose aos 9 meses de idade. 1 dose de reforço aos 4 anos*.
9 meses até antes de completar 5 anos	*Se a criança não foi vacinada aos 9 meses, deve tomar a vacina e o reforço, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
A PARTIR DOS 5 ANOS	
Que receberem 2 doses da vacina	Estão imunizados e não precisam mais se vacinar.
Que receberam uma dose única da vacina	Deve tomar o reforço ainda que sejam adultos.
Que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação	Administrar a 1ª dose da vacina e 1 dose de reforço após 10 anos
60 anos e mais (sem vacina ou sem comprovante de vacinação)	Apenas após avaliação médica.
Gestantes	A vacinação é contraindicada. Na impossibilidade de adiar a vacinação, como em situações de emergência epidemiológica ou viagens para área de risco de contrair a doença, o médico deverá avaliar o benefício/risco da vacinação.
Lactantes com crianças com até 6 meses de idade	A vacinação é contraindicada até a criança completar 6 meses de idade. Caso a mãe tenha que se vacinar, ela terá que adiar de receber a vacina, evitar leite para o período de 28 dias após a vacinação. Se não tiver leite suficiente, usar o banco de leite.
Viajantes	* Viajantes internacionais: seguir as recomendações do Regulamento Sanitário Internacional. - Viajantes para áreas com recomendação de vacina no Brasil: vacinar, pelo menos 10 dias antes da viagem, no caso de 1ª vacinação. O prazo de 10 dias não se aplica no caso de reavacinação.

Para mais informações, clique aqui e saiba mais.

Vai viajar para uma região afetada pela FEBRE AMARELA? PREVINA-SE.

Procure uma unidade de saúde e tome a vacina com 10 dias de antecedência.

#FebreAmarela
Para mais informações, acesse saude.gov.br/febreamarela

FEBRE AMARELA

Informação pra todos, vacina pra quem precisa.

Fique atento às orientações para a vacinação contra a Febre Amarela.

INDICAÇÃO:	ESQUEMA:
6 meses a 9 meses de idade incompletos	A vacina está indicada somente em situações de emergência epidemiológica ou viagens para área de risco.
9 meses até antes de completar 5 anos	1 dose aos 9 meses de idade. 1 dose de reforço aos 4 anos*. *Se a criança não foi vacinada aos 9 meses, deve tomar a vacina e o reforço, com intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.
A PARTIR DOS 5 ANOS	
Que receberem 2 doses da vacina	Estão imunizados e não precisam mais se vacinar.
Que receberam uma dose única da vacina	Deve tomar o reforço ainda que sejam adultos.
Que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação	Administrar a 1ª dose da vacina e 1 dose de reforço após 10 anos
60 anos e mais (sem vacina ou sem comprovante de vacinação)	Apenas após avaliação médica.
Gestantes	A vacinação é contraindicada. Na impossibilidade de adiar a vacinação, como em situações de emergência epidemiológica ou viagens para área de risco de contrair a doença, o médico deverá avaliar o benefício/risco da vacinação.
Lactantes com crianças com até 6 meses de idade	A vacinação é contraindicada até a criança completar 6 meses de idade. Caso a mãe tenha que se vacinar, ela terá que adiar de receber a vacina, evitar leite para o período de 28 dias após a vacinação. Se não tiver leite suficiente, usar o banco de leite.
Viajantes	* Viajantes internacionais: seguir as recomendações do Regulamento Sanitário Internacional. - Viajantes para áreas com recomendação de vacina no Brasil: vacinar, pelo menos 10 dias antes da viagem, no caso de 1ª vacinação. O prazo de 10 dias não se aplica no caso de reavacinação.

Para mais informações, procure uma unidade de saúde ou acesse o saude.gov.br/febreamarela



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

ATENÇÃO!

Pessoas com mais de 60 anos e gestantes só devem se vacinar com orientação médica.



#FebreAmarela
Informação pra todos,
vacina pra quem precisa.



FIQUE ATENTO AOS SINAIS E SINTOMAS DA FEBRE AMARELA:

- Olhos amarelos
- Febre de início súbito
- Náuseas e vômitos
- Dores nas costas
- Dores no corpo, em geral
- Dor de cabeça
- Fadiga
- Fraqueza



#FebreAmarela
Informação pra todos,
vacina pra quem precisa.



Viajando para uma região afetada pela FEBRE AMARELA?

Tome a vacina e previna-se.



#FebreAmarela
Informação pra todos,
vacina pra quem precisa.

Para mais informações, acesse
saude.gov.br/febreamarela



Vai viajar para uma região afetada pela FEBRE AMARELA?

Tome a vacina com 10 dias de antecedência.

PREVINA-SE.



Para mais informações, procure uma unidade de saúde
ou acesse saude.gov.br/febreamarela





- Ações de sensibilização de epizootias em primatas não humanos



ACESE AQUI

Confira a lista de municípios com orientação para vacinação de Febre Amarela:

http://bit.ly/mun_vacina_fa

Confira a lista de municípios com casos confirmados ou em investigação para Febre Amarela:

http://bit.ly/tabela_casos_fa

COES Febre Amarela (Centro de Operações de Emergências em Saúde / Ministério da Saúde)

#1. TELEFONE FIXO +55(61)3315-3898 / +55(61)3315-2604

#2. TELEFONE CELULAR (+WHATSAPP) +55(61)9-9662-9080

#3. E-MAIL INSTITUCIONAL coes.fa@saude.gov.br

#4. VIDEOCONFERÊNCIA IP - 189.28.135.229 / Antes de conectar, deve ligar para +55(61) 3315-3907 ou 3315-3897